

NINA MELLIN, JOUNI VIHMO, ESA ÖSTERBERG

## **Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003**



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki  
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)  
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

Mellin, Nina & Vihmo, Jouni & Österberg, Esa

# Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto Raili Silius  
Kuviot Seija Puro

ISBN 951-33-1731-5 (nid)  
ISSN 1236-0740 (nid)  
ISBN 951-33-1732-3 (PDF)  
ISSN 1795-8210 (PDF)

Valopaino Oy  
Helsinki 2006



Sosiaali- ja terveysalan  
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2006

# Tiivistelmä

*Nina Mellin, Jouni Vihmo, Esa Österberg: Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003*

*Stakes, Raportteja 10/2006, 46 sivua, hinta 16 €. Helsinki 2006. ISBN 951-33-1731-5*

Tässä raportissa tarkastellaan alkoholin käytöstä aiheutuneiden haittojen välittömiä kustannuksia Suomessa vuonna 2003 erityisesti valtion ja kuntien talouden osalta. Raportti seuraa suomalaista 1990-luvulla alkanutta alkoholin käytön haittakustannusten laskennan perinnettä ja se pyrkii täydentämään Päihdetilastollisessa vuosikirjassa julkaistuja haittakustannustietoja.

Välittömillä kustannuksilla tarkoitetaan tässä raportissa alkoholihaitoista tarkasteluperiodin aikana aiheutuneita todellisia kustannuksia kuten esimerkiksi alkoholisairauksien hoidosta aiheutuneita menoja. Alkoholin käytön aiheuttamiin välittömiin kustannuksiin luetaan lisäksi kaikki muut julkiselle vallalle, kotitalouksille ja yrityksille aiheutuneet todelliset kustannukset, joita ei olisi ilman alkoholin käytöstä aiheutuneita ongelmia. Tyypillisiä tällaisia kustannuksia ovat esimerkiksi järjestyksenpidolle, oikeuslaitokselle ja vankeinhoidolle sekä sosiaalihuollolle alkoholin haitallisista vaikutuksista aiheutuneet menot.

Alkoholihaittojen ja haittakustannusten määrittelyssä, ryhmittelyssä ja määrän arvioinnissa on useita ongelmia. Alkoholin käyttöön liittyvien haittojen erottaminen muiden tekijöiden aiheuttamista haitoista on usein vaikeaa. On vaikeaa päätellä, missä haitoissa alkoholi on ollut pääasiallisena syynä, missä ei. Välittömien haittakustannusten lisäksi ilmenee myös kerrannaisvaikutuksia, joiden määrittely on hankalaa. Haittojen luokittelun ongelmana on myös se, että luokat eivät aina ole toisiaan pois sulkevia.

Alkoholin käytön aiheuttamien haittojen välittömiksi kustannuksiksi vuonna 2003 saatiin tässä tutkimuksessa 933 miljoonaa euroa. Terveystalouden kulut olivat lähes 90 miljoonaa euroa vuodessa. Sosiaalihuollon kulut nousivat 160 miljoonaan euroon, josta päihdehuollon osuus oli 90 miljoonaa euroa. Omaisuusvahinkojen arvoksi saatiin 210 miljoonaa euroa. Eläkkeet ja sairauspäivärahat olivat noin 220 miljoonaa euroa pääpainon ollessa selvästi eläkkeissä. Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon kului alkoholin vuoksi 254 miljoonaa euroa vuonna 2003.

Vertailu Päihdetilastollisen vuosikirjan taulukkoon kertoo, että tässä raportissa esitetyt terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kulut sekä järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannukset eivät poikkea olennaisesti aiempien tutkimusten tuloksista. Sen sijaan eläkkeiden sekä omaisuus- ja henkilövahinkojen osuus on tässä raportissa selvästi suurempi kuin päihdetilastollisen vuosikirjan taulukossa. Eläkkeiden osalta poikkeamaa selittää ennen muuta se, että tässä raportissa on otettu mukaan myös perhe-eläkkeet.

Valtion ja kuntien osuus kustannuksista on noin 60 prosenttia valtion osuuden ollessa hieman kuntien osuutta suurempi. Valtion kustannukset koostuvat ensi sijassa järjestyksen ja turvallisuuden takaamisesta, kun taas kuntien kustannukset koostuvat ennen muuta sosiaalihuollon ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen kustannuksista. Sosiaalihuollon osuus on lähes kaksi kolmasosaa kuntien alkoholiehtoisista kustannuksista.

Kustannusten erittely sektoreittain kertoo, että kaikki tässä raportissa samoin kuin aiemmin Suomessa tehdyissä laskelmissa esitetyt kustannukset eivät lankea suoraan valtiolle ja kunnille. Erityisesti eläke- ja vakuutusyhtiöt maksavat suuren osan alkoholiehtoisista eläkkeistä sekä omaisuus- ja henkilövahinkojen korvauksista.

Mitä tuo 933 miljoonaa euroa alkoholin haittakustannuksina lopultakin kertoo ja mitä se ei kerro? Yksinkertaistaen se kertoo, että Suomessa alkoholin käytön haitalliset vaikutukset johtivat 933 miljoonan euron siirtymiseen alkoholihaittojen takia osapuolelta toiselle vuoden 2003 aikana. Sitä voidaan käyttää lähtökohtana, jos halutaan arvioida, miten paljon haittakustannuksissa säästettäisiin, jos joisimme alkoholia vähemmän kuin nyt juomme tai jos oppisimme juomaan alkoholijuomia vähemmän haitallisella tavalla. Mutta sitä voidaan käyttää lähtökohtana myös silloin, kun halutaan arvioida kuinka paljon voisimme säästää alkoholihaittojen vaatimia menoja ja siirtää näin vapautuvia resursseja muille sektoreille jättämällä alkoholihaittojen hoitamisen pienemmälle prioriteetille.

Ovatpa haittakustannukset sitten 933 miljoonaa euroa tai sitä selvästi suuremmat tai pienemmät, haittakustannusten suuruus ei vielä sinänsä kerro, mitä tulisi tehdä tai tulisiko tehdä mitään. Tämä tieto yhdistettynä siihen, että valtio keräsi vuonna 2003 alkoholijuomaveroa 1 071 miljoonaa euroa ei esimerkiksi kerro, että alkoholista olisi yhteiskunnalle enemmän hyötyä kuin haittaa.

**Avainsanat:** Alkoholihaitat, Alkoholin käytön kustannukset, valtion alkoholimenot, kuntien alkoholimenot

# Sisällys

Tiivistelmä .....	3
Tutkimuksen tarkoitus ja raportin sisältö .....	7
Alkoholihaittojen ja haittakustannusten määrittelystä .....	8
Välittömät kustannukset.....	8
Välilliset kustannukset .....	8
Arvottomat kustannukset .....	8
Haittakustannusten sektorijako .....	9
Terveydenhuollon kustannukset .....	10
Vuodeosastohoito.....	10
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito .....	13
Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito.....	13
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito .....	13
Avohoito.....	14
Erikoissairaanhoidon avokäynnit .....	14
Terveyskeskuskäynnit.....	15
Mielenterveystoimistot.....	15
Kotisairaanhoido .....	16
Laskettavissa olevat alkoholiehtoiset kustannukset .....	16
Terveydenhuollon rahoitus .....	17
Kustannuslaskelma aiemman tutkimuksen valossa .....	18
Näkökulmia terveydenhuollon alkoholikuormitukseen .....	18
Rinnakkainen laskelma .....	19
Eläkkeet ja sairauspäivärahat .....	21
Työkyvyttömyyseläkkeet .....	21
Perhe-eläkkeet .....	21
Sairauspäivärahat alkoholisairauksista .....	22
Sairauspäivärahat ja korvaukset tapaturmista .....	22
Liikenneonnettomuuksien henkilövahingot .....	23
Kustannukset yhteensä .....	24
Valtion ja kuntien osuudet kustannuksista .....	24
Sosiaalihuollon kustannukset .....	26
Päihdehuolto .....	26
Toimeentulotuki .....	26
Lastensuojelu .....	27
Laitos- ja perhehoidon kustannukset .....	27
Lastensuojelun alkoholiehtoisuus .....	27
Kotipalvelut .....	28
Vanhusten kotipalvelut .....	28
Lapsiperheiden kotipalvelut .....	29
Kotipalvelun alkoholiehtoiset kustannukset .....	29
Laskettavissa olevat alkoholiehtoiset kustannukset .....	30

Laskelman ulkopuolelle jäävät alkoholiehtoiset erät .....	30
Yleinen sosiaalityö .....	31
Kirkon diakoniatyö .....	31
Muut laskelman ulkopuolella olevat erät .....	31
Sosiaalipalveluiden rahoitus .....	32
Valtionosuus .....	32
Päihdehuollon rahoitus .....	32
Toimeentulotuen rahoitus .....	33
Lastensuojelun rahoitus .....	33
Kotipalvelujen rahoitus .....	34
Vertailu aikaisemman laskelman tuloksiin .....	34
 Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kulut .....	 36
Rikollisuuskontrolli .....	36
Pelastustoimi .....	36
Rajavartiolaitos .....	37
Kustannukset yhteensä .....	38
Valtion ja kuntien osuudet kustannuksista .....	38
 Omaisuuksvahingot .....	 40
Onnettomuuksien omaisuusvahingot .....	40
Rikosten omaisuusvahingot .....	40
Valtion korvaamat rikosvahingot .....	41
Kustannukset yhteensä .....	41
Valtion ja kuntien osuus kustannuksista .....	42
Pohdintaa .....	42
 Yhteenveto ja keskustelu .....	 44

# Tutkimuksen tarkoitus ja raportin sisältö

Seuraavassa raportoidaan tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää alkoholin käytöstä aiheutuvien haittojen välittömiä kustannuksia julkiselle vallalle Suomessa vuonna 2003 erityisesti valtion ja kuntien talouden osalta. Lopputuotoksena on alkoholihaittojen välittömien kustannusten laskemiseen keskittyvä raportti, joka kattavuudeltaan vastaa Ritva Heinin ja Jukka Salomaan vuonna 1998 julkaisemaa raporttia ”Päihteiden käytön haittakustannukset vuosina 1994-1995” (Hein & Salomaa 1998). Tämä raportti taas perustuu alkoholin käytön haittakustannusten laskennan osalta Jukka Salomaan vuonna 1993 julkaisemaan raporttiin ”Alkoholin käytön haittakustannukset ja verotaso Suomessa” (Salomaa 1993). Samaa laskentakehikkoa käytettiin myös vuonna 1998 julkaistussa raportissa ”Alkoholijuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset” laskettaessa alkoholin aiheuttamaa taloudellista rasitusta (Österberg & al 1998, 35-41).

Raportin toisessa luvussa tarkastelemme alkoholihaittojen ja haittakustannusten määrittelyä. Kolmannessa luvussa raportoimme alkoholin käytön kustannukset terveydenhuollolle, kun terveydenhuollon kustannuksiin on luettu alkoholisairauksien vuodeosastohoito ja avohoito. Neljännessä luvussa tarkastelemme alkoholiehtoisia eläkkeitä ja sairauspäivärahoja sekä eräitä muita vastaavia menoeriä. Viidennessä luvussa tarkastelun kohteena ovat sosiaalihuollon kulut, joihin on sisällytetty alkoholiin kytkeytyvä päihdehuolto, toimeentulotuki ja lastensuojelu sekä kotipalvelu. Kuudennessa luvussa raportoidaan järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kulut. Niihin sisältyvät rikollisuuskontrolli ja pelastustoimi sekä rajavartiolaitos. Luvussa seitsemän käsitellään alkoholin aiheuttamia omaisuusvahinkoja sekä onnettomuuksiin että rikoksiin liittyen. Luvussa kahdeksan esitetään tutkimuksen yhteenveto.

Tämä tutkimus on tehty kahdessa eri vaiheessa. Keväällä 2004 Nina Mellin ja Jounin Vihmo toimivat Stakesin alkoholi- ja huumetutkimusryhmässä huhtikuun alusta kesäkuun loppuun korkeakouluharjoittelijoina. Syksyllä 2004 Nina Mellin ja Jouni Vihmo jatkoivat tutkimuksen tekemistä Stakesin alkoholi- ja huumetutkimusryhmän tiloissa lokakuun alusta joulukuun loppuun Alkoholiohjelman rahoituksella. Nina Mellin on kirjoittanut luvut kolme ja viisi, ja Jouni Vihmo luvut neljä, kuusi ja seitsemän. Esa Österberg on toiminut projektin vastaavana tutkijana ja osallistunut yhdessä Nina Mellinin ja Jouni Vihmon kanssa lukujen yksi, kaksi ja kahdeksan kirjoittamiseen.

## Lähteet

- Hein, Ritva & Salomaa, Jukka: Päihteiden käytön haittakustannukset vuosina 1994-1995. Alkoholi ja huumeet. Tilastoraportti 4/1998. Stakes, Helsinki 1998.
- Salomaa, Jukka: Alkoholin käytön haittakustannukset ja verotaso Suomessa. Tutkimusseloste No 22. Alkoholipoliittinen suunnittelu ja tiedotus. Alko, Helsinki 1993.
- Österberg, Esa & Kajalo, Sami & Leppänen, Kalervo & Niilola, Kari & Rauhanen, Timo & Salomaa, Jukka & Voipio, Iikka B.: Alkoholijuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset. Arviot Suomen alkoholilolista vuonna 2004 kolmen erilaisen alkoholiveron alentamisvaihtoehdon mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu No 8. Oy Edita Ab, Helsinki 1998.

# Alkoholihaittojen ja haittakustannusten määrittelystä

Vuonna 1993 julkaistussa raportissa Salomaa toteaa tutkimuksensa perustuvan kehikkoon, jossa alkoholin käytön aiheuttamia kustannuksia arvioidaan määrittelemällä kustannuksia aiheuttavat komponentit ja arvioimalla niiden raha-arvo (ks. Salomaa 1993; Hein & Salomaa 1999; Gutjahr & Gmel, 2001). Yhteiskunnalliset kustannukset jaetaan yleensä välittömiin ja välillisiin kustannuksiin.

## Välittömät kustannukset

Välittömillä kustannuksilla tarkoitetaan tässä raportissa Salomaata (1993) seuraten alkoholihaitoista tarkasteluperiodin aikana aiheutuneita todellisia kustannuksia, kuten esimerkiksi alkoholisairauksien hoidosta aiheutuneita menoja. Alkoholin käytön aiheuttamiin välittömiin kustannuksiin luetaan myös kaikki muut julkiselle vallalle, kotitalouksille ja yrityksille aiheutuneet todelliset kustannukset, joita ei olisi ilman alkoholin käytöstä aiheutuneita ongelmia. Tyypillisiä tällaisia kustannuksia ovat esimerkiksi järjestyksenpidolle, oikeuslaitokselle, vankeinhoidolle ja sosiaalihuollolle alkoholin haitallisista vaikutuksista aiheutuneet menot.

Alkoholihaittojen ja haittakustannusten määrittelyssä, ryhmittelyssä ja määrän arvioinnissa on useita ongelmia. Alkoholin käyttöön liittyvien haittojen erottaminen muiden tekijöiden aiheuttamista haitoista on usein vaikeaa. On vaikeaa päätellä, missä haitoissa alkoholi on ollut pääasiallisena syynä ja missä ei. Välittömien haittakustannusten lisäksi ilmenee myös kerrannaisvaikutuksia, joiden määrittely on vaikeaa. Haittojen luokittelun ongelmana on myös se, että luokat eivät aina ole toisiaan pois sulkevia.

## Välilliset kustannukset

Välillisillä eli epäsuorilla kustannuksilla tarkoitetaan esimerkiksi alkoholin käytöstä johtuvaa vankeuden, tilapäisen vamman tai sairauden sekä ennenaikaisen kuoleman aiheuttaman työpanoksen menetyksen arvoa sekä ennenaikaisen kuoleman johdosta menetetyt elämän arvoa sinänsä. Saattaa olla, että saatujen korvausten johdosta menetetyt työpanoksen arvo ei muodostu kotitalouksille kovin suureksi. Tällöin menetyksen kärsiikin eläkkeiden ja päivärahojen sekä tulonsiirtojen maksaja. Lisäksi valtio kärsii tappion menetettyjen verojen muodossa. Toisaalta valtio saattaa säästää kuolemantapausten yhteydessä tulonsiirtoja esimerkiksi eläkemaksuvelvoitteiden raukeamisen myötä (Salomaa 1993).

## Arvottomat kustannukset

Edellä esimerkkeinä mainitut välittömät alkoholihaittojen kustannukset ovat sellaisia, joissa oikeaa rahaa, euroja siirtyy henkilöltä tai instituutiolta toiselle. Myös useimmat edellä mainitut välilliset kustannukset ovat sellaisia, jotka toteutuessaan olisi voitu ilmaista rahamääräisenä kuten esimerkiksi alkoholiehtoisen kuoleman vuoksi menetetty työpanos.

Toisaalta alkoholin käytön seurauksiin liittyy myös sellaisia kustannuksia, joiden taloudellisen arvon yksiselitteinen määrittely on mahdotonta. Tällaisia kustannuksia ovat muun muassa ongelmakäyttäjän läheisille aiheutunut tuska ja suru sekä alkoholiehtoisen rikoksen tai onnettomuuden uhrille ja hänen läheisilleen aiheutuneet vastaavat ongelmat. Vaikka arvottomattomien kustannusten taloudellista arvoa ei yleensä pyritäkään mittaamaan rahamääräisenä, on niiden olemassaolo hyvä pitää mielessä alkoholin haittakustannuksia tarkasteltaessa.

## Haittakustannusten sektorijako

Haittakustannukset voidaan jakaa myös sen mukaan, minkä sektorin maksettavaksi haittakustannukset ensisijaisesti tulevat. Kustannusten ensisijaisia maksajia ovat joko yritykset, kotitaloudet tai julkinen sektori.

### Lähteet

- Gutjahr, Elisabeth & Gerhard, Gmel: The social cost of alcohol consumption. In: Klingemann, Harald & Gmel, Gerhard (Eds.): Mapping the social consequences of alcohol consumption. Kluwer Academic Publishers, Great Britain, 2001.
- Hein, Ritva & Salomaa, Jukka: What are the costs of substance abuse? Alcohol and drugs. *Alcologia* 11(3):135-143,1999.
- Salomaa, Jukka: Alkoholin käytön haittakustannukset ja verotaso Suomessa. Tutkimusseloste No 22. Alkoholipoliittinen suunnittelu ja tiedotus. Alko, Helsinki 1993.
- Salomaa, Jukka: The costs of the detrimental effects of alcohol abuse have grown faster than alcohol consumption in Finland. *Addiction* 90(4):525-537,1995.

# Terveydenhuollon kustannukset

## Vuodeosastohoito

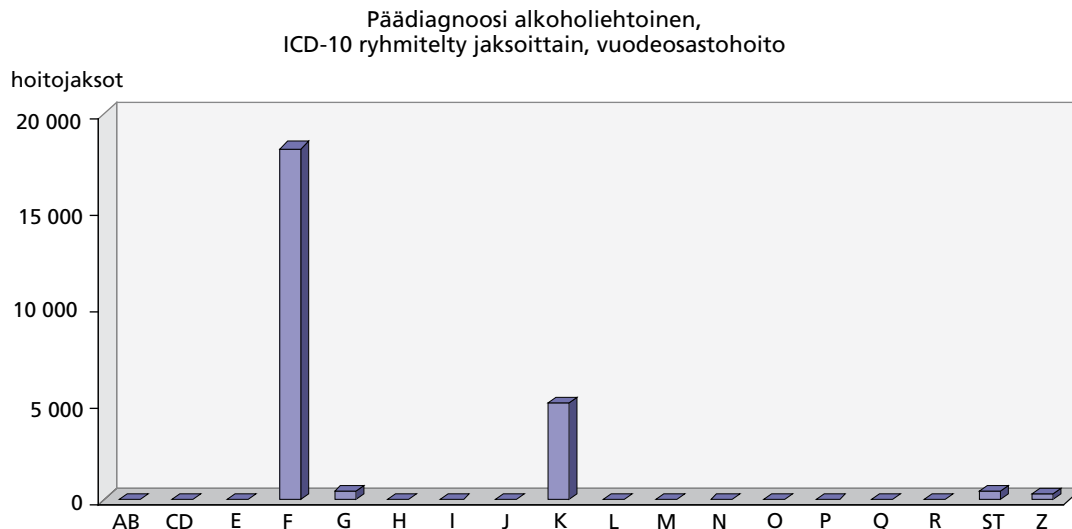
Terveydenhuollon vuodeosaston hoitoilmoituksista vuosittain kerättävä tieto rekisteröidään Stakesin Hilmo -tietokantaan. Alkoholien käyttöön liittyvää vuodeosastohoitoa kartoitettaessa tarkin lähestymistapa on poimia Hilmosta kaikki ne hoitojaksot, joihin on merkitty alkoholiehtoinen diagnoosi. Alkoholisairauksiin tai alkoholin käyttöön liittyviksi ICD-10 diagnooseiksi luetaan seuraavassa:

F10.0 – F10.9	Alkoholien käytön aiheuttamat aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt.
G31.2	Alkoholien aiheuttama hermoston rappeutuminen.
G62.1	Alkoholien käyttöön liittyvä monihermosairaus.
G72.1	Alkoholien käyttöön liittyvä lihassairaus.
I42.6	Alkoholisydänlihassairaus.
K29.2	Alkoholien aiheuttama mahatulehdus.
K70	Alkoholien aiheuttama maksasairaus.
K86.0	Alkoholien aiheuttama haimasairaus.
O35.4	Alkoholia väärinkäyttävän äidin hoito raskauden aikana sikiövaurion vuoksi.
P04.3	Äidin alkoholinkäytön vaikutus sikiöön ja vastasyntyneeseen.
Q86.0	Fetaali-alkoholioireyhtymä.
R78.0	Etanolin esiintyminen veressä.
T51	Alkoholimyrkytys.
X65	Tahallisesti itselle aiheutettu myrkytys tai muu altistuminen alkoholille.
Y15	Myrkytys tai muu altistus alkoholille, tahallisuus epäselvä.
Y57.3	Alkoholista vieroittamiseen käytettävien aineiden haittavaikutukset.
Y90	Verenalkoholin määrityksen perusteella todettu alkoholin osuus lisätekijänä.
Y91	Humalatilasta asteen perusteella todettu alkoholin osuus lisätekijänä.
Z04.0	Veren alkoholin mittaaminen.
Z50.2	Alkoholien väärinkäyttäjän kuntoutus.
Z71.4	Alkoholien väärinkäyttöön liittyvä neuvonta.
Z72.1	Alkoholien käyttö.

Hilmo-tietokantaan oli vuonna 2003 kirjattu kaiken kaikkiaan 1 386 058 hoitojaksoa, joista 32 892:en liittyi alkoholiehtoinen diagnoosi. Tässä tutkimuksessa alkoholiehtoiset hoitojaksot on jaettu kahteen toisensa poissulkevaan joukkoon sen perusteella, onko alkoholiehtoinen diagnoosi merkittävä hoitojakson pää- tai sivudiagnoosiksi. Tarkasteltavista hoitojaksoista 24 494:ssä päädiagnoosina on alkoholiehtoinen diagnoosi. Lopuissa 8 398:ssä hoitojaksossa alkoholidiagnoosi esiintyy vain sivudiagnoosina, jolloin päädiagnoosi on jokin muu kuin alkoholiehtoinen sairaus.

Koko terveydenhuollon vuodeosastojaksoista 1,8 prosenttia voidaan siten lukea päädiagnoosin perusteella alkoholin käytön seurauksista johtuvaksi. Lisäksi 0,6 prosenttia vuodeosastohoidosta kohdistuu potilaisiin, joiden hoidon tarpeeseen vaikuttaa ensisijaisen sairauden ohella alkoholiin liittyvän sivudiagnoosin määrittämä sairaus tai oire.

Tarkastellaan aluksi alkoholiehtoisien päädiagnoosien jakautumista eri ICD-10 tautiluokkiin. Kuvion 1 vaaka-akseli muodostuu ICD-10 luokituksen ensimmäisestä merkistä, joka on aina kirjain. Pysty-akseli kuvaa vuodeosastohoitojaksojen lukumäärää. Kuviosta nähdään, että alkoholiehtoinen päädiagnoosi on kuulunut useimmiten (74 % hoitojaksoista) mielenterveyden häiriöiden tautiluokkaan F. Tulos on odotusten mukainen, sillä luokkaan sisältyvät kaikki alkoholin käyttöön liittyvät elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F10–F19). Toiseksi eniten (21 %) alkoholiin liittyviä päädiagnooseja esiintyy ruuansulatuselimistön sairauksissa,

**Kuvio1.** Päädiagnoosiperusteiset hoitajakset eri ICD-10 -luokissa vuonna 2003

eli luokassa K. Alkoholimyrkytykset (T51) edustivat 1,7 prosenttia kaikista alkoholiehtoisista päädiagnooseista.

Kun tutkimme sivudiagnoosiperusteisia hoitajaksoja, tilanne näyttää hieman erilaiselta. Alkoholidiagnoosin ollessa ainoastaan sivudiagnoosina voi päädiagnoosi kuulua mihin tahansa ICD-10 -luokkaan. Tässä yhteydessä luokkakohtaisten frekvenssien tarkastelu on hyvin mielenkiintoista, sillä se tarjoaa ikkunan alkoholin liikakuluttajien muuhun sairastavuuteen.

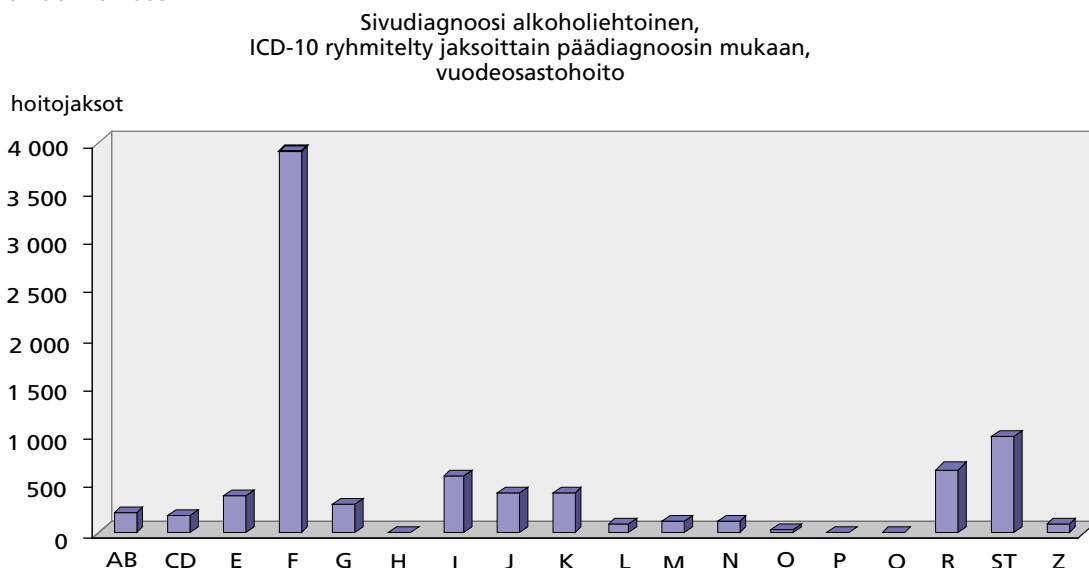
Alkoholisivudiagnoosin saaneista potilaista vuodeosastohoitajaksoja on kertynyt eniten niille, joilla on mielenterveyden häiriöön liittyvä päädiagnoosi. Näitä hoitajaksoja on kirjattu Hilmoon tarkasteluvuoden aikana 3 906 kappaletta. Alkoholisivudiagnoosin rinnalla tiheimmin esiintyviä mielenterveysongelmia olivat mielialahäiriöt (F3), skitsofrenia (F2) ja persoonallisuushäiriöt (F6). Toiseksi yleisin päädiagnoosi oli vamma tai myrkytys (S-T), joihin liittyi 993 hoitajaksoa. Muita keskeisiä tautiluokkia olivat muualla luokittelemattomat oireet (R) 651 hoitajaksoa, verenkiertoelinten sairaudet (I) 577 hoitajaksoa, hengityselinten sairaudet (J) 408 hoitajaksoa ruuansulatuselinten sairaudet (K) 395 hoitajaksoa ja aineenvaihduntasairaudet (E) 373 hoitajaksoa (Kuvio 2).

Toinen mielenkiintoinen näkökulma on tarkastella kokonaissairastavuuden alkoholiehtoisuutta vuodeosastohoidossa. Tämä lähestymistapa soveltuu erityisen hyvin kustannuslaskelman taustaksi kuvaamaan alkoholiehtoisien sairastavuuden mittasuhteita. Kuviossa 3 Hilmon kaikkien ICD-10 tautiluokkakohtaisten vuodeosastohoitajaksojen määrää on verrattu kuhunkin tautiluokkaan lukeutuvien alkoholiehtoisien diagnoosien määrään.

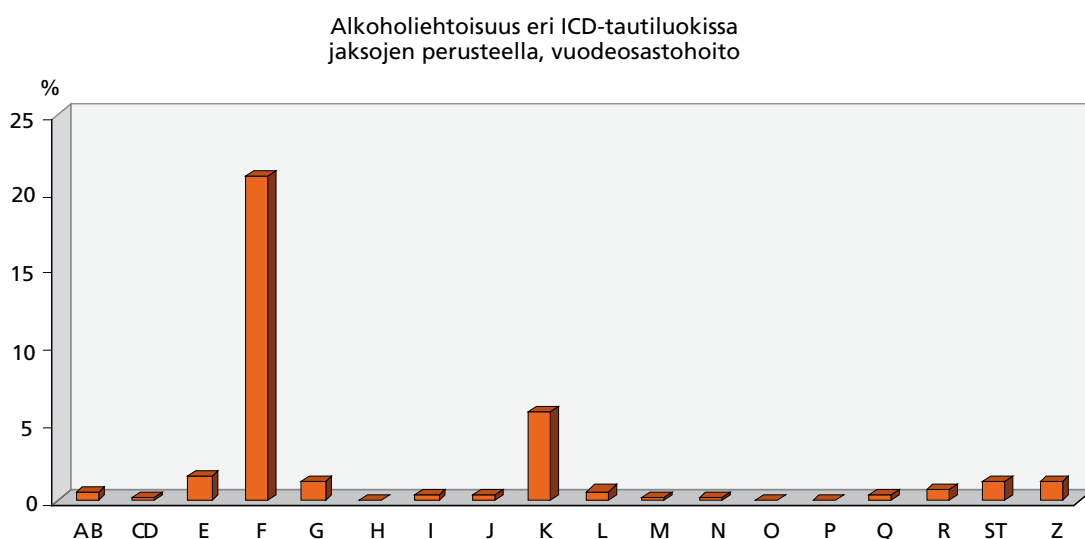
Vaaka-akseli kuvaa jälleen tautiluokituksen ensimmäistä merkkiä, ja pystyakseli kertoo, kuinka moneen prosenttiin kaikista hoitajaksokirjauksista liittyy kussakin tautiluokassa alkoholidiagnoosi. Toisin sanoen pystyakselin arvo 100 % tarkoittaisi, että kyseisessä tautiluokassa kaikki sairastaminen olisi alkoholiehtoisista. Kuvioista erottuu jälleen selvästi mielenterveyshäiriöiden luokka F. Peräti 21,1 prosenttia kaikista Hilmoon kirjatuihin päädiagnoosiin F liittyvistä jaksoista oli merkitty alkoholiehtoinen diagnoosi. Ruuansulatushäiriöistä 5,7 prosenttia liittyi alkoholin käyttöön. Muita selkeää alkoholiehtoisuutta sisältäviä ryhmiä ovat aineenvaihduntasairaudet (E) 1,6 prosenttia, vammat ja myrkytykset (S-T) 1,2 prosenttia sekä terveydentilaan vaikuttavat tekijät (Z) 1,2 prosenttia.

Vuodeosastohoidon kustannusten arviointi pohjautuu Timo Hujasen raporttiin ”Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001”. Raportissa esitetään hoitajakso- ja

**Kuvio 2.** Sivudiagnoosiperusteiset hoitajaksot eri ICD-10 -luokissa päädiagnoosinsa perusteella vuonna 2003



**Kuvio 3.** Alkoholiehtoisuus eri ICD-10 -luokissa vuonna 2003



hoitopäiväkohtaisia yksikkökustannuksia DRG-ryhmittäin, erikoisaloittain, sairaalatyypeittäin ja käyntilajeittain hoitotapahtumasta riippuen. Kustannustietojen soveltamiseksi alkoholihoidojaksot käsittävä aineisto luokiteltiin DRG-ryhmiin, erikoisaloihin ja sairaalatyyppeihin. Esitetyt vuoden 2001 kustannukset on deflatoitu vuoden 2003 hintoihin käyttämällä Tilastokeskuksen Julkisten menojen terveydenhuollon hintaindeksiä.

Vuodeosastohoitoa tarkastellaan kolmena erikoisalana, jotka ovat somaattinen erikoissairaanhoito, psykiatrinen erikoissairaanhoito ja yleislääketiede. Näin kullekin hoitajaksolle saadaan määriteltyä mahdollisimman tarkka hoitajakso- tai hoitopäiväkohtainen yksikköhinta.

### **Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito**

Vuonna 2003 kirjattiin 7482 somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksoa, joissa päädiagnoosi oli alkoholiehtoinen. Nämä jaksot sisälsivät yhteensä 38 427 hoitopäivää. Somaattisessa erikoissairaanhoidossa päädiagnoosi liittyi useimmiten (31 %) alkoholiriippuvuuden tai väärinkäytön aiheuttaman myrkytyksen tai muiden oireiden hoitoon (DRG 435). Seuraavaksi yleisimmät syyt olivat haimasairaudet (DRG 204) 29 prosenttia sekä maksakirroosi ja alkoholihepatiitti (DRG 202) 22 prosenttia.

Alkoholin käyttö esiintyi sivudiagnoosissa 2770 hoitojaksossa vuonna 2003. Tällöin yleisimpiä hoidon syitä olivat alkoholimyrkytys (DRG 449) 10 prosenttia, ruuansulatuskanavan verenvuoto (DRG 174) 4 prosenttia sekä pneumonia (DRG 089) 4 prosenttia. Kuten odottaa saattaakin, sivudiagnooseissa hajonta eri sairausryhmiin on huomattavasti suurempi kuin päädiagnooseissa.

Alkoholiehtoisten hoitojaksojen kustannukset on laskettu liittämällä niihin DRG-ryhmäkohtainen yksikkökustannushinta (Hujanen 2003). Tulokseksi saatiin satoja erilaisia hoitojakson hintoja, joiden vaihteluväli on DRG-ryhmästä riippuen 522–108 726 euroa. Päädiagnoosin perusteella alkoholiehtoisiksi määriteltyjen hoitojaksojen kustannukset olivat 13,5 miljoonaa euroa. Alkoholiehtoisen sivudiagnoosin sisältävien hoitojaksojen kustannukset olivat 5,8 miljoonaa euroa. Kaikkien sivudiagnoosiin liittyvien kustannusten ei voida kuitenkaan katsoa syntyneen alkoholin käytön johdosta. Tässä laskelmassa sivudiagnoosit on otettu mukaan laskennallisella painoarvolla 0,5 (ks. tarkemmin sivu 16). Tällöin somaattisen erikoissairaanhoidon alkoholiehtoisiksi kustannuksiksi saadaan 16,4 miljoonaa euroa vuonna 2003.

### **Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito**

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodehoitojaksoista 3 732:ssa oli alkoholiehtoinen päädiagnoosi vuonna 2003. Alkoholiehtoiseen päädiagnoosiin liittyviä hoitopäiviä oli tarkasteluvuonna 43 908. Keskimääräinen hoitojakson pituus on psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tyypillisesti melko pitkä, tässä aineistossa keskimäärin 11,8 päivää/hoitojakso. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa alkoholipäädiagnooseihin liittyvä vuodeosastohoito kohdistui miltei poikkeuksetta alkoholiriippuvuuden tai väärinkäytön aiheuttamien oireiden hoitoon (DRG 433–435).

Alkoholi esiintyi sivudiagnoosissa 3 397:ssä psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksossa. Hoitojaksot olivat keskimäärin pidempiä kuin päädiagnooseissa eli keskimääräisen hoitojakson pituus oli 28,6 päivää. Hoitopäiviä oli yhteensä 97 235. Yleisin hoidon syy hoitojaksojen lukumäärän mukaan arvioituna oli psykoosi (DRG 430), 41 prosenttia. Depressiivisistä neurooseista 36 prosenttia oli yhteydessä alkoholiehtoiseen sivudiagnoosiin (DRG 426). Persoonallisuushäiriöistä (DRG 428) 10 prosenttia oli yhteydessä alkoholiehtoiseen sivudiagnoosiin ja muista kuin depressiivisistä neurooseista (DRG 427) 3 prosenttia.

Psykiatrisen sairaanhoidon kustannukset on laskettu käyttäen Hujasen (2003, 44) määrittämää vuodeosastohoitopäivän hintaa, josta on vähennetty potilaan maksama osuus. Vuoden 2003 keskimääräiseksi hoitopäivän hinnaksi on tällöin saatu 249 euroa. Päädiagnooseihin liittyvät kustannukset olivat 10,9 miljoonaa euroa ja sivudiagnooseihin liittyvät kustannukset 24,2 miljoonaa euroa. Kun sivudiagnoosit otetaan mukaan 0,5 painolla, saadaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon kustannuksiksi 23,0 miljoonaa euroa vuonna 2003.

### **Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito**

Alkoholin käyttöön liittyvä päädiagnoosi oli merkitty 13 280:n hoitojakson tietoihin terveyskeskuksen vuodeosastoilla vuonna 2003. Näihin hoitojaksoihin sisältyi yhteensä 121 546 hoitopäivää. Yleisin hoitojakson peruste (89 %) oli alkoholiriippuvuuden tai väärinkäytön aiheuttamien oireiden hoito (DRG 434–435). Maksan toimintaan liittyviin (DRG 202) ongelmiin sai apua 5 prosenttia alkoholipäädiagnoosilla perusterveydenhuollon vuodeosastoilla hoidettavista.

Alkoholiehtoinen sivudiagnoosi ilman alkoholiin liittyvää päädiagnoosia oli kirjattu 2 231:een terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajaksoon. Sivudiagnooseihin liittyvät 36 703 hoitopäivää jakautuivat laajalti eri DRG-ryhmiin.

Terveyskeskusten vuodeosastohoidon alkoholiehtoiset kustannukset on arvioitu käyttämällä hoitopäivän hintana terveyskeskussairaalan vuodeosaston hoitopäivän keskimääräistä hintaa (Hujanen 2003, 35), joka on vuoden 2003 hintoihin deflatoituna 143,5 euroa. Päädiagnoosiperusteiset kustannukset olivat 17,4 miljoonaa euroa ja sivudiagnoosiperusteiset kustannukset 5,3 miljoonaa euroa. Ottamalla sivudiagnoosit mukaan 0,5 painolla, saadaan alkoholiehtoisiksi kustannuksiksi 20,0 miljoonaa euroa vuonna 2003.

## Avohoito

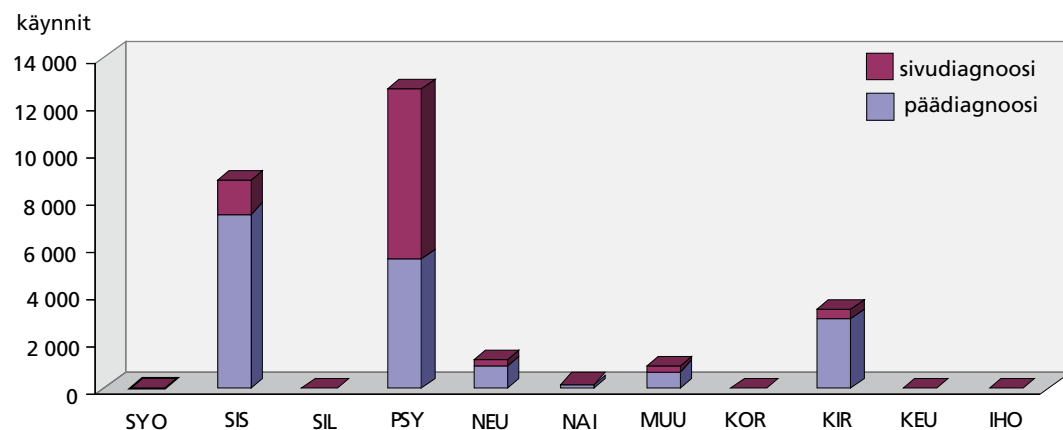
Terveydenhuollon avohoidon valtakunnallinen tilastointi on tarkinta erikoissairaanhoidon avokäyntien osalta. Perusterveydenhuollon avohoidosta tilastoidaan valtakunnallisesti käyntimäärät (Notitia-tietokanta), mutta ei potilaille annettuja diagnooseja.

### Erikoissairaanhoidon avokäynnit

Erikoissairaanhoidon avokäyntien tietoja kirjataan Stakesin Benchmarking-tietokantaan. Tiedoista on poimittu käyntikerrat, joihin liittyy alkoholiehtoinen pää- tai sivudiagnoosi. Käynnit on ryhmitelty kymmeneen erikoisalaan ja kolmeen sairaalatyyppiin, jotta yksikkökustannukset saadaan määriteltä mahdollisimman tarkasti. Erikoisalat ovat sisätaudit, kirurgia, naistentaudit ja synnytys, silmätaudit, korva- nenä- ja kurkkutaudit, iho- ja sukupuolitaudit, syöpätaudit, neurologia, lastenneurologia sekä keuhkosairaudet.

Vuonna 2003 erikoissairaanhoidon avokäyntejä oli kaiken kaikkiaan 5 973 507. Yhteensä 27 141:sta alkoholiehtoisesta diagnoosista 17 714 oli päädiagnoosiperusteisia ja 9 427:ään oli kirjattu alkoholiehtoinen sivudiagnoosi jonkin muun päädiagnoosin rinnalle. Kun tarkastellaan sekä pää- että sivudiagnooseja, ne jakautuvat eri erikoisaloille kuviossa 4 esitetyllä tavalla. Alkoholidiagnooseja oli kirjattu eniten psykiatrian erikoisalalle. Psykiatrian alan avokäynneistä 5 487:ssä alkoholi esiintyi päädiagnoosissa ja 7 147:ssä sivudiagnoosina. Päädiagnoosinsa perusteella alkoholiehtoisia käyntejä oli kuitenkin eniten sisätaudeissa, 7 410 tapausta. Myös kirurgian erikoisalalla oli paljon avokäyntejä, joiden päädiagnoosi liittyi alkoholiin (2 934 käyntiä).

**Kuvio 4.** Erikoissairaanhoidon alkoholiehtoiset poliklinikkakäynnit 2003 pää- ja sivudiagnoosin mukaan



Erikoissairaanhoidon avokäyntien kustannukset on arvioitu sairaalatyypeittäin Timo Hujasen määrittelemien yksikkökustannusten perusteella (Hujanen 2003, 77). Kustannusten vaihteluväli oli vuoden 2003 hintoihin deflatoituna 84–255 euroa. Alkoholiehtoiseen päädiagnoosiin liittyvien avokäyntien kustannukset olivat tarkasteluvuonna 3,1 miljoonaa euroa. Kun alkoholisivudiagnoosiin liittyvien käyntien kustannukset (1,3 miljoonaa euroa) otetaan mukaan 0,5 painolla, saadaan erikoissairaanhoidon avokäyntien alkoholiehtoisiksi kustannuksiksi 3,8 miljoonaa euroa vuonna 2003.

### **Terveyskeskuskäynnit**

Terveyskeskusten avohoitokäynteihin liittyviä diagnooseja ei tilastoida valtakunnallisesti, joten alkoholiehtoisuuden selvittämiseen on käytettävä vaihtoehtoista tapaa. Perusterveydenhuollon alkoholiin liittyvistä käynneistä saadaan tietoa Päihdetapauslaskennan avulla.

Päihdetapauslaskentaan on kirjattu kaikki yhden päivän aikana koko maassa tapahtuneet käynnit, jossa potilaan arvellaan olevan päihhteiden ongelmakäyttäjää, tai jossa haettiin apua päihdyneenä tai päihde-ehdoiseen haittaan liittyen. Tutkimuksen toteuttamispäivä (tiistai 14.10.2003) oli valittu siten, että se edustaa alkoholitapausten lukumäärän suhteen mahdollisimman tavanomaista päivää. Kun päihdetapauslaskentaa käytetään alkoholiehtoisien käyntien arvioimiseen, on huomattava, että alkoholiin liittyvän käynnin määrittely poikkeaa diagnoosiperusteisesta määrittelystä.

Päihdetapauslaskennan käyntiä ei voida systemaattisesti lukea alkoholin käytön seuraukseksi. On nimittäin mahdollista, että päihhteiden ongelmakäyttäjäksi tiedetty potilas tulee esimerkiksi uusimaan rokotusta, jolloin hänet olisi teoriassa luettava päihdetapaukseksi. Tällä perusteella Päihdetapauslaskennan antamaa tulosta voitaisiin epäillä lieväksi yliarvioksi. Toisaalta on mahdollista, että potilaan terveysongelmaa ei tunnisteta ”päihde-ehdoiseksi haitaksi” eikä siten kirjata päihdetapaukseksi. Tässä tapauksessa kyseessä olisi lievä aliarvio. Edellä mainituista epävarmuustekijöistä huolimatta voidaan kuitenkin todeta, että päihdetapauslaskenta antaa laskelman pohjaksi riittävän hyvän kuvan alkoholiehtoisesta asioinnista terveyskeskuksissa.

Päihdetapauslaskennan mukaan koko maan terveyskeskuksissa on havaittu tarkastelun kohteena olevana arkipäivänä 545 alkoholin käyttöön liittynyttä avokäyntiä. Kun tämä määrä kerrotaan terveyskeskusten aukiolopäivien määrällä (251), saadaan koko vuoden arkipäivinä tapahtuneeksi alkoholiehtoiseksi asioinniksi 136 795 käyntiä. Olettamalla, että terveyskeskuspäivystyksissä käy viikonloppuisin ja pyhäisin (vähintään) yhtä paljon alkoholitapauksia suhteessa käyntimääriin kuin arkena, saadaan käyntimäärien perusteella arvioitua pyhäpäivän keskimääräiseksi alkoholitapausten määräksi 16 käyntiä. Kun tämä kerrotaan päivystyspäivien lukumäärällä, saadaan vuositasolla 1 824 käyntiä, jolloin kaikki terveyskeskusten alkoholikäynnit olisivat arviolta 138 619 käyntiä. Liittämällä tähän lukuun perusterveydenhuollon vastaanottokäyntien keskimääräinen yksikkökustannus, 79,9 euroa (Hujanen 2003, 28), saadaan vuoden 2003 hintoihin deflatoiduksi terveyskeskuksen avokäyntien kustannuksiksi 11,1 miljoonaa euroa vuonna 2003.

### **Mielenterveystoimistot**

Terveyskeskusten alaisuudessa toimivat mielenterveystoimistot tarjoavat perusterveydenhuollon psykiatrasta avohoittoa. Mielenterveystoimistojen alkoholiehtoisien kustannusten arvioimiseksi on käytetty päihdetapauslaskennasta ilmenevää alkoholitapausten määrää, joka on 411 käyntiä yhden päivän aikana. Oletetaan, että mielenterveystoimistot ovat olleet auki samoina arkipäivinä kuin terveyskeskukset. Tällöin arvioksi vuosittaisista alkoholiehtoisista asioinneista saadaan (411 x 251) 103 161 käyntiä. Mielenterveystoimistokäynnin yksikkökustannukselle ei ole olemassa suositusta, koska palveluiden monimuotoisuus ja erilaiset järjestämistavat tekevät kustannusten vaihteluvälistä laajan (Hujanen 2003, 38). Tässä yhteydessä käytämme Helsingin kaupungin terveyskeskuksen mielenterveystoimistokäyntien yksikkökustannusta vuodelta 2003 (119 euroa),

joka sijoittuu hinnaltaan vaihteluvälin alaosaan. Mielenterveystoimistojen alkoholiehtoiksi kustannuksiksi saadaan täten 12,3 miljoonaa euroa vuonna 2003.

### **Kotisairaanhoido**

Kotisairaanhoidon piirissä tehtiin Stakesin Notitia-tietokannan mukaan 3 547 168 käyntiä vuonna 2003. Hilmon kotihoidon laskennassa ilmeni, että 0,6 prosentissa kotisairaanhoidon käynneistä ensisijainen hoitoon tulon syy oli päihdeongelma. Päihdetapauslaskennan perusteella voidaan päätellä, että noin 90 prosenttia kotisairaanhoidon päihdetapauksista on liittynyt alkoholin käyttöön. Alkoholiehtoisuudeksi saadaan siis 0,54 prosenttia, jolloin vuoden 2003 kotisairaanhoidon käynneistä 19 155 voidaan lukea alkoholi-ongelmaan liittyviksi. Yhden käynnin vuoden 2003 hintoihin deflatoitu kustannus, 42,6 euroa, perustuu Timo Hujasen määrittämään suositushintaan (2003, 33). Kotisairaanhoidon alkoholiehtoiset kustannukset olivat siten vuonna 2003 yhteensä 0,8 miljoonaa euroa.

## Laskettavissa olevat alkoholiehtoiset kustannukset

Terveysthuollon laskettavissa olevat kustannukset olivat vuonna 2003 yhteensä 87,5 miljoonaa euroa. Laskelman oletuksena on ollut, että kaikki hoitojaksot, joiden päädiagnoosiksi on merkitty alkoholiehtoinen diagnoosi, ovat alkoholin käytön seurausta. Sivudiagnoosien suhteen tulkinta on ongelmallisempi. On selvää, että alkoholiin liittyvästä sivudiagnoosista ei voi päätellä koko hoitojakson olevan alkoholiehtoinen. Samalla voidaan kuitenkin epäillä, että alkoholin käytöllä on ollut jokin merkitys potilaan terveydentilalle, mikäli lääkäri on päättänyt kirjata sen sivudiagnoosiin. Vaikka alkoholi olisikin ollut osasyynlinen potilaan terveyden huononemiseen, ei ole olemassa yleispätevää keinoa arvioida prosenttiosuutta, joka tällöin voidaan laskea alkoholin seuraukseksi. Tässä tutkimuksessa on käytetty laskennallista painoarvoa 0,5 sivudiagnoosien kustannusten huomioimisessa. Tähän menettelytapaan on päädytty, koska sivudiagnooseja ei ole haluttu jättää laskelman ulkopuolelle. Mikäli laskentakehikkoa käytetään tulevaisuudessa vastaavaan kustannusten arviointiin, muutokset sivudiagnoosikirjausten määrissä tulevat tällä tavoin esiin. Taulukossa 1 on kuitenkin ilmaistu pää- ja sivudiagnoosin perusteella aiheutuneet kustannukset myös erillisinä erinä.

Vuodeosastohoidossa päädiagnooseihin liittyneet kustannukset painottuivat terveyskeskusten vuodeosastoilla toteutettuihin hoitojaksoihin. Sivudiagnooseihin liittyvät vuodeosastohoidon kustannukset puolestaan aiheutuivat pääasiassa psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. Vuodeosastohoidon alkoholiehtoiset kustannukset olivat vuonna 2003 yhteensä 59,5 miljoonaa euroa.

Avohoidon alkoholiehtoiset kustannukset aiheutuivat lähinnä terveyskeskuksissa ja mielen-terveystoimistoissa toteutetuista hoitojaksoista. Kun avohoidon kustannuksiin luetaan mukaan lisäksi erikoissairaanhoidossa ja kotisairaanhoidossa toteutettu hoito, saadaan avohoidon alkoholiehtoisiksi kustannuksiksi 28,0 miljoonaa euroa. Suurin osa terveydenhuollon laskettavissa olevista alkoholiehtoisista kustannuksista vuonna 2003 liittyi siis vuodeosastohoidon kustannuksiin.

**Taulukko 1.** Terveydenhuollon alkoholiehtoiset kustannukset vuonna 2003, miljoonaa euroa

	Päädiagnoosin tai ensisijaisen syyn perusteella	Sivudiagnoosin perusteella	Yhteensä = päädiagnoosi + sivudiagnoosi x 0.5
<b>Vuodeosastohoito</b>			
somaattinen erikoissairaanhoido	13,5	5,8	16,4
psykiatrinen erikoissairaanhoido	10,9	24,2	23,0
perusterveydenhuolto	17,4	5,3	20,1
<b>Avohoito</b>			
erikoissairaanhoidon avo- käynnit	3,1	1,3	3,8
terveyskeskukset	11,1		11,1
mielenterveystoimistot	12,3		12,3
kotisairaanhoido	0,8		0,8
<b>Alkoholikustannukset yhteensä</b>			<b>87,5</b>

## Terveydenhuollon rahoitus

Tämä terveydenhuollon rahoitusosuuksia käsittelevä luku perustuu Stakesin sosiaalimenolaskelmasta ja selvityksestä ”Yksityinen palveluntuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa” (Kauppinen & Niskanen 2005) kerättyihin tietoihin. Rahoitusosuuksia tarkasteltaessa on otettava erityisesti huomioon eri tietolähteiden vertailukelpoisuuteen liittyvät rajoitukset. Sosiaalimenolaskelmassa on esitetty vuoden 2003 julkisen sektorin nettomenot ja asiakkaiden rahoitusosuudet. Kauppinen ja Niskasen selvitys käsittelee julkisen sektorin bruttomenoja sekä arvioita yksityisen sektorin osuudesta palveluntuotantoon sekä rahoitusvirtoihin vuodelta 2002. Kädessäsi oleva alkoholiehtoisten kustannusten laskelma puolestaan perustuu Timo Hujasen (2003) selvitykseen terveydenhuollon yksikkökustannuksista vuodelta 2001, joihin ei sisälly (tai joista on poistettu) asiakasmaksujen osuutta. Näin ollen eri lähteistä peräisin olevia rahoitustietoja on tarkasteltava rinnakkaisina ja toisiaan täydentävinä, eikä toisiinsa nähden suoraan vertailukelpoisina tietoina.

Terveyspalvelujen järjestämismvastuu on kunnilla. Julkisten palveluiden rahoittamiseksi kunnat saavat valtiolta sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta. Taulukossa 2 esitetään julkisen sektorin terveydenhuollon alkoholiehtoisten kustannusten laskennallinen jakautuminen valtion ja kuntien välillä. Rahoitusosuudet perustuvat Sosiaalimenolaskelman 2003 yksittäisten palveluiden rahoitukseen tuotettujen palvelujen nettomeno-osuuksia vastaavaan laskennalliseen rahoitusosuuteen.

Julkisen sektorin lisäksi terveyspalveluita tuottaa yksityinen sektori eli yritykset ja yhdistykset. Kustannusten perusteella yksityisten palveluntuottajien osuus terveyspalveluista on noin viidennes. Sairaalapalveluissa yksityisten palveluntuottajien kustannusosuus on noin 7 prosenttia ja lääkäripalveluissa noin 23 prosenttia. Yksityisillä terveyspalveluntuottajilla on sekä julkisia että yksityisiä asiakkaita. Eniten yksityisiä terveyspalveluja ostavat kotitaloudet, työnantajat ja Kela. Muita asiakkaita ovat Valtionkonttori, työeläkelaitokset, vakuutuslaitokset sekä kunnat ja kuntayhtymät (Kauppinen & Niskanen 2005, 31–32, 34).

Asiakkaiden osuus julkisten terveyspalveluiden rahoittamisesta ei sisälly alkoholiehtoisia kustannuksia koskevaan laskelmaan. Taulukkoon 3 on koottu Sosiaalimenolaskelmasta ilmenevät asiakkaiden rahoitusosuudet terveydenhuollossa vuonna 2003.

Asiakkaiden ostamia terveyspalveluita korvataan osittain julkisista varoista Kelan sairausvakuutuskorvauksen avulla. Kansaneläkelaitos maksoi yksityisen sektorin sairaanhoitokorvauksia vuonna 2003 yhteensä 1262,8 miljoonaa euroa (Kelan tilastollinen vuosikirja 2003). Julkinen sektori osallistuu yksityisen palveluntuottajien tukemiseen tukemalla paitsi asiakkaita, myös järjestöjä.

**Taulukko 2.** Julkisen sektorin terveydenhuollon alkoholiehtoiset kustannukset vuonna 2003, miljoonaa euroa

	Julkinen sektori yhteensä	Valtio	Kunnat
<b>Vuodeosastohoito</b>			
somaattinen erikoissairaanhoido	16,4	4,2	12,2
psykiatrinen erikoissairaanhoido	23,0	5,9	17,1
perusterveydenhuolto	20,1	5,1	14,9
<b>Avohoito</b>			
erikoissairaanhoidon avokäynnit	3,8	1,0	2,8
terveyskeskukset	11,1	2,8	8,2
mielenterveystoimistot	12,3	3,1	9,1
kotisairaanhoido	0,8	0,2	0,6
<b>Alkoholikustannukset yhteensä</b>	<b>87,5</b>	<b>22,4</b>	<b>65,1</b>

**Taulukko 3.** Terveydenhuollon rahoitusosuuksia vuonna 2003, miljoonaa euroa

	Julkinen	Asiakkaat	Yhteensä	Asiakkaat, %
Erikoissairaanhoidon vuodeosastot	2 460,0	147,7	2 607,7	5,7
Erikoissairaanhoidon avohoito	956,7	63,3	1 020,0	6,2
Perusterveydenhuollon vuodeosastot	922,5	151,9	1 074,4	14,1
Perusterveydenhuollon avohoito	1 127,5	65,1	1 192,6	5,5

Lähde: Sosiaalimenolaskelma 2003

Eräs keskeinen järjestösektorin tukija on Raha-automaattiyhdistys. Raha-automaattiyhdistyksen avustukset kansanterveyden edistämiseen vuonna 2003 olivat 103,9 miljoonaa euroa.

## Kustannuslaskelma aiemman tutkimuksen valossa

Hilmo-tietokantaan kirjattuihin hoitoilmoituksiin perustuvan poiminnan mukaan 2,4 prosenttiin vuodeosastojen hoitojaksoista liittyy alkoholidiagnoosi. Monissa aikaisemmissa päihde-ehtoisten sairaalal palveluiden käyttöä koskevissa tutkimuksissa on epäilty, että hoitoilmoitusten diagnooseista kerätyt tiedot eivät kuvaa päihdeiden aiheuttaman sairaalakuorman todellista laajuutta (LTT 1989; Seppä & Mäkelä 1993; Sillanaukee & al 1994; Eskola 1995; Sillanaukee & al 1999). Erityisesti traumapotilaita koskevissa kirjauksissa alkoholiehtoisuuden on epäilty olevan merkittävästi suurempaa kuin mitä hoitoilmoituksista ilmenee (Sillanaukee & al 1994; Eskola 1995). Alkoholien käyttö aiheuttaa monia terveydellisiä ongelmia, joita ei aina tunnusteta tai merkitä alkoholien käytön aiheuttamaksi. Potilaan voidaan pelätä esimerkiksi leimautuvan tai menettävän vakuutuskorvauksia alkoholidiagnoosin vuoksi (LTT 1989; Sillanaukee & al 1994; Eskola 1995; Sillanaukee 1999).

## Näkökulmia terveydenhuollon alkoholi-kuormitukseen

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettua erikoissairaanhoidoa koskeneessa vuosina 1993 ja 1994 tehdyissä tutkimuksissa vuodeosastohoitajaksojen päihde-ehdoisuudeksi saatiin hoitoilmoi-

tusten perusteella 1,5 ja 1,6 prosenttia (Sillanaukee & al 1999). Tätä taustaa vasten nyt tehdyn tutkimuksen 2,6 prosentin alkoholiehtoisuus on linjassa, varsinkin kun tiedämme alkoholin edustavan suurinta osaa päihde-ehdoisesta sairaanhoidosta ja alkoholihaittojen lisääntyneen viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tämä ja Pirkanmaalla tehty tutkimus eroavat toisistaan siten, että Pirkanmaan aineisto käsitti ainoastaan erikoissairaanhoidon tapahtumat, kun nyt on otettu mukaan myös perusterveydenhuollon vuodeosastot. Pirkanmaan tutkimuksen yhteydessä epäiltiin, että päihde-ehdoisuus olisi todellisuudessa liittynyt noin 10–20 prosenttiin sekä poliikklinikka- että vuodeosastohoidosta (Sillanaukee & al 1999).

Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa toteutetussa tehohoitopotilaita koskevassa tuoreessa tutkimuksessa (n = 893) todettiin hoitoon tulemisen syyn olleen selvästi alkoholin käytön seurausta 18 prosentissa tapauksista. Yhteensä 24 prosentissa tapauksista alkoholia epäiltiin todennäköiseksi hoitoon päätyneen syyksi (Uusiaro & al 2005). Nyt tehdyn laskelman aineistosta ei pystytä erottamaan tehohoitoa erilliseksi kokonaisuudeksi tulosten vertailemiseksi.

Psykiatrian alalla alkoholin käytön ja hoidon tarpeen yhteys oli kaikkein yleisintä. Aineistossamme psykiatrian alkoholiehtoisuudeksi saatiin diagnoosien perusteella 21,1 prosenttia, mikä on huomattavasti suurempi kuin muissa ryhmissä. Mielenterveyden häiriöissä on tavattu eniten alkoholiehtoisuutta myös eräissä aikaisemmissa tutkimuksissa (Salaspuro 1978; Seppä & Mäkelä 1993). Psykiatrisilla potilailla esiintyy tavanomaista enemmän alkoholin käytön häiriöitä. Ensinnäkin alkoholin käyttö aiheuttaa psyykkisiä oireita ja toisaalta psyykkiset oireet saattavat aiheuttaa alkoholinkäyttöä. Lisäksi osalla potilaista on kaksoisdiagnoosi eli alkoholiriippuvuus ja psykiatrinen sairaus samanaikaisesti. Esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten perusteella alkoholiriippuvuudesta tai -väärinkäytöstä kärsivistä potilaista joka viidennellä oli samanaikaisesti myös mielialahäiriö (Pirkola & al 2005).

## Rinnakkainen laskelma

Edellä esitettyä alkoholiehtoisten kustannusten laskelmaa voidaan verrata Stakesin Päihdetilastollisessa vuosikirjassa julkaistavaan taulukkoon ”Haittakustannukset pääryhmittäin” (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005). Vertailtavat laskelmat sisältävät samat kustannuserät, jotka ovat vuodeosastohoito, terveyskeskuskäynnit, mielenterveystoimistot ja kotisairaanhoido. Myöskään hoitopäivien lukumäärissä ei ole merkittäviä eroja. Laskelmat kuitenkin poikkeavat toisistaan hoitajaksojen hinnoittelun suhteen.

Salomaa-Hein -kehikon vuodeosastohoidon erät perustuvat Hilmosta kerättyihin alkoholiehtoisen diagnoosin sisältäneisiin hoitajaksoihin. Jaksoihin sisältyneet hoitopäivät hinnoitellaan sairaalatyyppikohtaista keskihintaa käyttäen. Laskelmassa esitetään alarajana päädiagnooseista aiheutuneet kustannukset (minimi) ja ylärajana pää- ja sivudiagnooseista aiheutuneet kustannukset (maksimi).

Tässä raportissa esitetyssä uudessa kehikossa alkoholiehtoiset hoitajakset hinnoitellaan sairaalatyyppikohtaisen keskihinnan sijasta DRG 2001 -ryhmäkohtaisilla yksikkökustannuksilla. Tällöin saavutetaan parempi laskentatarkkuus. Laskelman pohjana olevan aineiston perusteella olisi mahdollista tarkastella esimerkiksi eri sairaaloissa esiintyviä alkoholisairauksien tai -kustannusten jakaumia. Uusi laskentakehikko on herkkä kustannusten rakenteelle eri sairaalatyyppien sisällä.

Taulukossa 4 on esitetty terveydenhuollon laskelmien tulosten väliset eroavuudet. Tuloksista huomataan, että ne ovat suuruusluokaltaan hyvin samanlaisia. Tämä merkitsee, että aikaisempi keskimääräisiin kustannuksiin perustuva kehikko onnistuu kuvaamaan varsin hyvin terveydenhuollon alkoholiehtoisia kustannuksia. On kuitenkin huomattava, että mikäli alkoholihoidotaksojen kustannusrakenne jostain syystä muuttuisi, sairaalatyyppikohtaisiin keskihintoihin perustuva

**Taulukko 4.** Vuoden 2003 kustannuslaskelmien vertailu, miljoonaa euroa

	Tämä tutkimus	Päihdetilastollinen vuosikirja
Päädiagnoosit ("min")	69,1	66,0
Pää- ja sivudiagnoosit ("max")	105,7	107,1

Salomaa-Hein -laskelma ei reagoisi muutokseen. Tässä tilanteessa uuteen kehikkoon perustuva laskelma antaisi tarkemman tuloksen.

**Lähteet**

Tietokannat ja rekisterit/Stakes

- Benchmarking (erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit)
- Hilmo (hoitoilmoitukset vuodeosastohoidosta)
- Hilmo/kotihoidon laskenta 2003
- Notitia (perusterveydenhuollon avohoitokäynnit)
- Päihdetapauslaskenta
- Sosiaalimenorekisteri

**Muut lähteet**

- Eskola, Kari: Miten poistoilmoitus seuloa päihdeongelmaa? Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 47/1995. Jyväskylä 1995.
- Hein, Ritva & Salomaa, Jukka: Päihteiden käytön haittakustannukset vuosina 1994–1995. Alkoholit ja huumeet. Stakes Tilastoraportti 4/1998. Helsinki 1998.
- Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ylläpitämät tilastot.
- Hujanen, Timo: Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001. Stakes Aiheita 1/2003. Helsinki 2003.
- ICD-10 tautiluokitus. Suomalainen laitos, Stakes 1995.
- Julkisten menojen kuntatalouden terveydenhuollon hintaindeksi 2003. Tilastokeskus 2005.
- Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2003. Vammala 2004.
- Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes Raportteja 288:2005. Gummerus, Saarijärvi 2005.
- Granfelt, Jarmo: Alkoholisairauksien sairaalakustannukset. Laskentaperiaatteet ja suuruus vuonna 1987. Liiketaloustieteellinen tutkimuslaitos, sarja B 56. Helsinki 1989.
- Pirkola, Sami & Isometsä, Erkki & Suvisaari, Jaana & Aro, Hillevi & Joukamaa, Matti & Poikolainen, Kari & Koskinen, Seppo & Aromaa, Arpo & Lönnqvist, Jouko: DSM-IV Mood- anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40:1-10, 2005.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholit ja huumeet. SVT, Stakes, Gummeruksen kirjapaino, Vaajakoski 2005.
- Raha-automaattiyhdistyksen avustusrekisteri 2003.
- Salaspuro, Aarno: Alkoholiiin liittynyt terveystieteidenkäyttö Suomessa vuonna 1972. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja No 29. Forssa 1978.
- Seppä, Kaija & Lahtinen, Tuula & Antila, Susanna & Aalto, Mauri: Alcohol drinking among emergency patients – alcometer use and documentation. Alcohol & Alcoholism 39 (3): 262–265, 2004.
- Sillanaukee, Päivi & Sillanaukee, Pekka & Alaja, Riitta & Kääriäinen, Janne & Poutanen, Pauli & Seppä, Kaija: Päihdehaitat erikoissairaanhoidossa. Tutkimus päihdeiden osuudesta hoitoon hakeutumisen syynä sekä päihdeiden aiheuttamista kustannuksista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen sairaaloissa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:8.
- Sillanaukee, Päivi & Sillanaukee, Pekka & Seppä, Kaija: Päihdehaitat erikoissairaanhoidossa: Terveystaloustieteellinen näkökulma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1994:4. Helsinki 1994.
- Uusaro, A. & Parviainen, I. & Tenhunen, J. & Ruokonen, E.: The proportion of intensive care unit admissions related to alcohol use: a prospective cohort study. Acta Anesthesiol Scand 49, 1236–1240.

**Elektroniset lähteet:**

NordDRG Users' Manual 2001. Saatavana osoitteesta [http://norddrg.kuntaliitto.fi/manual\\_2001/](http://norddrg.kuntaliitto.fi/manual_2001/).

# Eläkkeet ja sairauspäivärahat

## Työkyvyttömyyseläkkeet

Taulukossa 5 esitetään alkoholisairauksien perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden arvioidut kustannukset vuonna 2003. Alkoholisairauksien perusteella myönnettyjä työkyvyttömyyseläkkeitä maksettiin yhteensä 105,5 miljoonaa euroa. Tiedot saadaan Kansaneläkelaitokselta, Eläketurvakeskukselta, Valtiokonttorilta ja Kuntien eläkevakuutukselta.

Eläkkeet myönnetään ja tilastoidaan ICD-10 -tautiluokituksen perusteella. Jokaista tautia vastaa oma koodi. Sairaudet saattavat esiintyä tilastossa sekä pääsairautena että lisäsairautena. Tilanne on yksiselitteinen, kun työkyvyttömyyseläke on myönnetty ensisijaisesti alkoholisairaudesta perusteella. Työkyvyttömyyseläketä voidaan kuitenkin myöntää myös tapauksissa, joissa ensisijaisena myöntämisperusteena on esimerkiksi sydänsairaus ja toissijaisena syynä alkoholisairaus.

Lisäsairauksien aiheuttamista eläkemennoista käytetään laskennallista painoarvoa 0,5. Tähän on päädytty, koska lisäsairauksia ei ole haluttu jättää laskelmien ulkopuolelle ja alkoholilla tiedetään olevan merkitystä sairauksien syntyyn. Toisekseen jos lisäsairauksia ei otettaisi huomioon, niiden kasvu ei näkyisi kustannuksissa.

Tilastot todennäköisesti aliarvioivat alkoholin käytön vuoksi myönnettyjä eläkkeitä. Tämä johtuu yksinkertaisesti siitä, että alkoholisairausta ei välttämättä haluta kirjata myöntämisperusteeksi. Alkoholisairaus saatetaan kirjata tilastoon esimerkiksi jonkin mielenterveyden häiriön ICD-koodilla.

Yksityisistä eläkevakuutuksista maksettiin työkyvyttömyyseläkkeitä 451 miljoonaa euroa vuonna 2003. Näiden eläkkeiden ja alkoholin suhdetta ei tämän selvityksen puitteissa pystytä arvioimaan.

## Perhe-eläkkeet

Taulukossa 6 esitetään perhe-eläkkeiden kustannukset vuonna 2003. Perhe-eläkkeillä tarkoitetaan leskeneläkkeitä ja alle kahdeksantoistavuotiaalle lapsille maksettua lapseneläkkeitä. Perhe-eläkkeet muodostuvat pääasiassa leskeneläkkeistä. Perhe-eläkkeitä maksavat samat tahot kuin työkyvyttömyyseläkkeitä. Perhe-eläkkeitä maksettiin 1 351,1 miljoonaa euroa vuonna 2003, josta noin 8,1 prosenttia eli 110 miljoonaa euroa arvioidaan olevan alkoholikuolemista johtuvia. Alkoholin

**Taulukko 5.** Työkyvyttömyyseläkkeet vuonna 2003, miljoonaa euroa

	Myöntämisperuste	Alkoholiehtoiset työkyvyttömyyseläkkeet
Yksityinen sektori		
Eläketurvakeskus	F10, 291, 303, K70, K86, T51, Z50, Z71, Z72	65,5
Julkinen sektori		
Kansaneläkelaitos	F10, 291, 303, K70, K86, T51, Z50, Z71, Z72	32,0
Valtiokonttori	F10	5,5
Kuntien eläkevakuutus	F10.0–F10.9, T51.0–51.9, K70.0–K70.9, K86.00–K86.08, I42.6, K29.2, R78.0, Z50.2, 71.4, Z72.1	2,5
<b>Yhteensä</b>		<b>105,5</b>

**Taulukko 6. Perhe-eläkkeet vuonna 2003**

	Perhe-eläkkeet, miljoonaa euroa	Alkoholiehtoisuus, prosenttia	Alkoholiehtoiset perhe-eläkkeet, miljoonaa euroa
Yksityinen sektori	860,3	8,1	69,9
Julkinen sektori			
Valtiokonttori	301,4	8,1	24,5
Kuntien eläkevakuutus	136,3	8,1	11,0
Muut*	13,4	8,1	1,1
Kansaneläkelaitos	39,6	8,1	3,2
<b>Yhteensä</b>	<b>1 351,0</b>		<b>109,7</b>

\*Kirkon keskusrahasto, Suomen pankki, Kelan henkilökunta, Ahvenanmaan maakuntahallitus

takia maksetuiksi perhe-eläkkeiksi lasketaan ensinnäkin alkoholisairauksiin kuolleiden omaisille maksetut perhe-eläkkeet. Toisaalta tiedetään, että myös väkivaltaisiin ja tapaturmaisiin kuolemiin liittyy usein alkoholi.

Erillistutkimuksesta (Martikainen & al 2005) saadaan työikäisten ja naimisissa olevien todennäköisyys kuolla alkoholisairauteen. Tämä todennäköisyys oli vuosina 1996–2000 miehille 9 prosenttia ja naisille 6 prosenttia. Painotettu keskiarvo molemmille sukupuolille oli 8,1 prosenttia. Lukua voidaan käyttää leskeneläkkeiden alkoholiehtoisuutena, koska perhe-eläkkeen myöntämisperusteena on avioliitto. Kaiken kaikkiaan työikäisenä kuolleista noin 12 prosenttia kuolee alkoholisairauksiin. Tämä tarkoittaa, että kaikista alkoholisairauksiin kuolleista arviolta noin 66 prosenttia olisi naimisissa. Lapseneläkkeiden kohdalla on tehtävä oletus, että alkoholisairauksiin kuolleilla on saman verran lapsia kuin muista syistä kuolleilla.

Alkoholin aiheuttamien väkivaltaisten ja tapaturmaisten kuolemien osalta pystytään myös laskemaan naimisissa olevien osuus. Ongelmana on, että kahta edellä mainittua tilastoa ei pystytä yhdistämään. Laskentamalli olisi todennäköisesti helposti parannettavissa yhteistyöllä Tilastokeskuksen kanssa. Perhe-eläkkeitä ei aikaisemmissa tutkimuksissa ole otettu mukaan.

## Sairauspäivärahat alkoholisairauksista

Taulukossa 7 esitetään Kansaneläkelaitoksen maksamat alkoholisairauksien perusteella myönnetty sairauspäivärahat. Kansaneläkelaitos maksoi alkoholisairauksien perusteella sairauspäivärahoja 4,6 miljoonaa euroa. Ne myönnetään ja tilastoidaan samojen periaatteiden mukaisesti kuin työkyvyttömyyseläkkeet. Sairauspäivärahojen kohdalla ei kuitenkaan tehdä pää- ja lisäsairaus-erottelua.

## Sairauspäivärahat ja korvaukset tapaturmista

Taulukossa 8 esitetään työnantajan pakollisesta tapaturmavakuutuksesta, vapaaehtoisesta tapaturmavakuutuksesta sekä Kelan sairauspäivärahoista tapaturmien perusteella maksettuja korvauksia vuonna 2003. Korvauksia maksettiin yhteensä 575,8 miljoonaa euroa, josta alkoholin osuudeksi arvioidaan noin 47,9 miljoonaa euroa.

Työnantajan pakollista tapaturmavakuutusta hoidetaan yksityisissä vakuutusyhtiöissä, Valtiokonttorissa sekä Maatalousyrittäjien eläkelaitoksessa. Näiden kolmen kohtaamien kustannusten määrää arvioidaan riskimaksuun perustuvalla korvausrasitteella, joka oli arviolta noin

**Taulukko 7.** Sairauspäivärahat alkoholisairauksista vuonna 2003, miljoonaa euroa

	ICD-10 myöntämisperuste	Sairauspäivärahat alkoholisairauksista
Kansaneläkelaitos	F10, K70, K86, Z50	4,6
Yhteensä		4,6

**Taulukko 8.** Korvaukset tapaturmista vuonna 2003

	Korvaukset tapaturmista, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kustannukset, miljoonaa euroa
Kansaneläkelaitos	82,5	20,0	16,3
Työnantajan pakollinen tapaturmavakuutus	430,0	4,4	19,1
Yksityiset tapaturmavakuutukset	63,3	20,0	12,5
Yhteensä	575,8		47,9

430 miljoonaa euroa vuonna 2003. Alkoholin aiheuttamien tapaturmien kustannukset olivat yhteensä arviolta noin 19,1 miljoonaa euroa. Kuntien eläkevakuutus on mukana tilastoissa. Vapaaehtoisesta tapaturmavakuutuksesta korvattiin yhteensä 63,3 miljoonaa euroa, josta alkoholin osuudeksi arvioidaan noin 12,5 miljoonaa euroa.

Varsinaisten tapaturmien korvausten lisäksi taulukossa 8 esitetään Kansaneläkelaitoksen maksamat sairauspäivärahat vammojen, myrkytysten ja eräiden ulkoisten syiden seurauksena vuonna 2003. Sairauspäivärahoja maksettiin yhteensä 82,5 miljoonaa euroa. Tästä alkoholin osuudeksi arvioidaan noin 16,3 miljoonaa euroa.

Työnantajan pakollisen työtaturmavakuutuksen sekä yksityisen tapaturmavakuutuksen tilastot saadaan Vakuutusyhtiöiden keskusliitolta. Tapaturmien kohdalla alkoholin osuutta ei tilastoida erikseen. Tästä johtuen tapaturmien alkoholiehtoisuus arvioidaan käyttämällä hyväksi erillistutkimuksia. Vapaa-ajan tapaturmien alkoholiehtoisuus saadaan Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahankkeen tiedoista. Hankkeessa mitattiin veren alkoholipitoisuus tapaturmien vuoksi erikoissairaanhoidon tulleilta 2 438 potilaalta. Näistä 481 potilaalla etyylipuhallustulos oli positiivinen. Vapaa-ajan tapaturmien alkoholiehtoisuudeksi saadaan siten 20 prosenttia.

Työtaturmien alkoholiehtoisuus saadaan Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksestä Alkoholihaitat työelämässä (STM/Selvityksiä 2004). Selvityksen mukaan arviolta noin 4,4 prosenttiin kuolemaan johtaneista työtaturmista liittyy alkoholin käyttö. Tarkasteltaessa kaikkia työtaturmia voidaan olettaa, että alkoholin osuus on hieman suurempi. Tilastot aliarvioivat alkoholin osuutta hieman, koska alkoholi mainitaan työtaturmatilastoissa vain kuolemantausten yhteydessä.

## Liikenneonnettomuuksien henkilövahingot

Taulukossa 9 esitetään liikenneonnettomuuksien henkilövahinkojen perusteella maksetut korvaukset vuonna 2003. Vakuutusyhtiöt maksoivat korvauksia yhteensä 214,8 miljoonaa euroa, josta alkoholin osuudeksi arvioidaan noin 31 miljoonaa euroa.

**Taulukko 9.** Korvaukset liikenneonnettomuuksien henkilövahingoista vuonna 2003

	Maksetut korvaukset, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kustannukset, miljoonaa euroa
Liikenneonnettomuudet	214,8	14,5	31,2
<b>Yhteensä</b>			<b>31,2</b>

**Taulukko 10.** Alkoholiehtoisten eläkkeiden, sairauspäivärahojen ja liikenneonnettomuuksien henkilövahinkokorvausten kustannukset vuonna 2003, miljoonaa euroa

Kustannuslaji	Alkoholin aiheuttamat kustannukset
Työkyvyttömyyseläkkeet	105,5
Perhe-eläkkeet	109,7
Sairauspäivärahat alkoholisairauksista	4,6
Tapaturmat	47,9
Liikenneonnettomuudet	31,2
<b>Yhteensä</b>	<b>298,9</b>

Maksetut korvaukset saadaan Vakuutusyhtiöiden keskusliitolta. Alkoholin aiheuttamat kustannukset arvioidaan käyttämällä hyväksi Tilastokeskuksen tietoon tulleiden tieliikenteen henkilövahinkoihin johtaneiden alkoholionnettomuuksien määrää suhteessa kaikkiin tieliikenteen henkilövahinkoihin johtaneisiin onnettomuuksiin.

Henkilövahinkoihin johtaneista onnettomuuksista tehdään yleensä poliisitutkinta. Tätä taustaa vasten voidaan olettaa, että suurin osa onnettomuuksista tulee ilmi.

## Kustannukset yhteensä

Taulukossa 10 esitetään alkoholiehtoisten eläkkeiden ja sairauspäivärahojen sekä liikenneonnettomuuksien henkilövahingoista maksettujen korvausten yhteenlaskettu summa. Alkoholiehtoiset työkyvyttömyyseläkkeet ja perhe-eläkkeet muodostavat suurimmat yksittäiset kustannuserät. Alkoholin aiheuttamien tapaturmien kustannukset näyttäisivät olevan suuremmat kuin tieliikenteen alkoholionnettomuuksien kustannukset.

## Valtion ja kuntien osuudet kustannuksista

Taulukossa 11 esitetään valtion ja kuntien osuudet edellä arvioituista alkoholin haittakustannuksista. Valtion ja kuntien osuudet saadaan vuoden 2003 sosiaalimenotilastosta (Stakes 2003). Tämän mukaan valtion osuus työkyvyttömyyseläkkeiden kustannuksista oli noin 19,2 prosenttia. Valtion maksamien alkoholiehtoisten työkyvyttömyyseläkkeiden kustannuksiksi tulee siten arviolta noin 20,3 miljoonaa euroa.

Valtion maksamien perhe-eläkkeiden osuus oli noin 108 miljoonaa eli noin 8 prosenttia kaikista perhe-eläkkeistä. Alkoholiehtoiset perhe-eläkkeet maksoivat valtiolle arviolta noin 8,8 miljoonaa euroa. Tapaturmien kustannukset valtiolle muodostuvat valtion työntekijöiden tapaturmavakuutuksesta ja Kansaneläkelaitoksen maksamista tapaturmien sairauspäivärahakorvauksista. Tapaturmien kustannukset valtiolle olivat arviolta noin 4,4 miljoonaa euroa.

**Taulukko 11.** Valtion ja kuntien osuudet kustannuksista vuonna 2003, miljoonaa euroa

Kustannuslaji	Alkoholin aiheuttamat kustannukset yhteensä	Valtion osuus kustannuksista	Kuntien osuus kustannuksista
Työkyvyttömyyseläkkeet	105,5	20,3	2,5
Perhe-eläkkeet	109,7	8,8	11,0
Sairauspäivärahat alkoholi-sairauksista	4,6	1,1	Ei tietoa
Tapaturmat	47,9	4,4	Ei tietoa
Liikenneonnettomuudet	31,2	–	–
<b>Yhteensä</b>	<b>298,9</b>	<b>34,6</b>	<b>13,5</b>

Kuntien ja valtion asema maksajana on erilainen. Kuntia täytyy tarkastella ensisijaisesti työnantajina. Näin tarkasteltuna kuntien kustannukset alkoholista johtuvista työkyvyttömyyseläkkeistä ovat yhtä kuin Kuntien eläkevakuutuksen maksamat alkoholista johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet. Sama pätee alkoholista johtuviin perhe-eläkkeisiin. Alkoholista johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset kunnille olivat arviolta noin 2,5 miljoonaa euroa ja perhe-eläkkeiden kustannukset arviolta noin 11 miljoonaa euroa.

Kunnat ovat työnantajina velvollisia vakuuttamaan työntekijänsä tapaturmien varalta. Tapaturmien osalta kuntien tarkkaa osuutta kustannuksista ei tämän selvityksen puitteissa pystytty tekemään. Työntantajina kunnat maksavat myös osan sairaspäivärahojen rahoituksesta.

#### Lähteet

- Eläketurvakeskus/Maksetut sairaseläkkeet alkoholisairauksien perusteella 2003.  
 Eläketurvakeskus/Maksetut perhe-eläkkeet 2003.  
 Kansaneläkelaitos/Maksetut sairaspäivärahat vammojen, myrkytysten ja muiden ulkoisten syiden perusteella 2003.  
 Kansaneläkelaitos/Maksetut sairaseläkkeet alkoholisairauksien perusteella 2003.  
 Kansaneläkelaitos/Maksetut perhe-eläkkeet 2003.  
 Kouvolan seudun terveyskeskus/Ilona Nurmi/Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahanke 2005.  
 Kuntien eläkevakuutus/Maksetut perhe-eläkkeet 2003.  
 Kuntien eläkevakuutus/Maksetut sairaseläkkeet alkoholisairauksien perusteella 2003.  
 Martikainen, P. & Martelin, T. & Nihtilä, E. & Majamaa, K. & Koskinen, S.: Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000. *Population studies* 59 (1): 99–115, 2005.  
 Stakes/Sosiaalimenotilasto 2003.  
 STM/Selvityksiä 2004:19/Alkoholihaitat työelämässä. Työmarkkinoiden keskusjärjestöjen toimenpiteet ja suunnitelmat alkoholihaittojen ehkäisemiseksi 2004.  
 Tapaturmavakuutusten liitto/Maksetut korvaukset tapaturmista 2003.  
 Tapaturmavakuutusten liitto/Maksetut korvaukset työtapaturmista 2003.  
 Vakuutusyhtiöiden keskusliitto/Maksetut korvaukset tieliikenteen henkilövahingoista 2003.  
 Tilastokeskus/Henkilövahinkoon johtaneet onnettomuudet 2003.  
 Tilastokeskus/Henkilövahinkoon johtaneet alkoholionnettomuudet 2003.  
 Valtiokonttori/Maksetut sairaseläkkeet alkoholisairauksien perusteella 2003.  
 Valtiokonttori/Maksetut perhe-eläkkeet 2003.

# Sosiaalihuollon kustannukset

## Päihdehuolto

Päihdepalvelut koostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä palveluista ja päihdehuollon erityispalveluista. Päihdepalvelujen saatavuus ja järjestämistapa vaihtelevat kunnittain. Suurissa kaupungeissa on tarjolla monipuolisia palveluja, joiden järjestäminen pienen kunnan väestöpohjalla ei olisi mielekästä. Pienissä kunnissa osa päihdepalveluista saattaa olla integroituneena muihin palveluihin, kuten terveydenhuoltoon, perussosiaalityöhön tai vanhustenhuoltoon, jolloin kustannukset näkyisivät ko. erissä.

Vuonna 2003 päihdehuollon laitoksissa hoidettiin 11 259 asiakasta ja A-klinikoilla kirjattiin 42 109 asiakaskäyntiä. Nuorisoasemilla käyntejä oli 5 149 ja päihdehuollon asumispalveluita ja ensisuoja käytti 5 381 asiakasta. Sekä päihdehuollon laitosten että avohuollon asiakasmäärät ovat viime aikoina olleet kasvussa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004, 16).

Päihdehuollon nettomenot vuonna 2003 olivat Stakesin sosiaalimenolaskelman mukaan 104,0 miljoonaa euroa. Menoihin on luettu mukaan A-klinikka- ja nuorisoasematoiminta, päihdeongelmaisten asuntola- ja asumispalvelut, päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutuspalvelut ja muu päihdehuolto sekä raittiustyö. Tähän erään sisältyvät myös Raha-automaattiyhdistyksen avustukset päihdehuoltoon. Vuonna 2003 tehdyn päihdetapauslaskennan mukaan alkoholi liittyi 87 prosenttiin päihdehuollon asiakaskäynneistä. Päihdehuollon alkoholiehtoiset kustannukset olivat siis 90,5 miljoonaa euroa vuonna 2003.

## Toimeentulotuki

Toimeentulotuki on viimesijainen taloudellinen tuki, jonka tarkoituksena on turvata henkilön tai perheen välttämätön toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Kunnilla on lakisääteinen velvollisuus myöntää toimeentulotukea laissa määrätyin ehdoin, mikäli kotitalouden tulot ja varat eivät riitä välttämättömiin jokapäiväisiin menoihin. Kunnat voivat myöntää lisäksi harkintansa mukaan ehkäisevää toimeentulotukea edistääkseen henkilön tai perheen omatoimista suoriutumista.

Vuonna 2003 toimeentulotukea sai 261 430 kotitaloutta ja ehkäisevää toimeentulotukea myönnettiin 19 134 kotitaloudelle. Kaikkiaan 8,1 prosenttia Suomen väestöstä sai toimeentulotukea. Etuutta saaneiden talouksien määrä oli vuodesta 2002 hieman vähentynyt. Toimeentulotuen nettomenot olivat kuitenkin samalla kasvaneet 1,1 prosenttia (Toimeentulotuki 2003; Sosiaalimenolaskelma 2003).

Kuntien yhteenlasketut toimeentulotukimenot koko maassa takaisinperintä vähennettynä olivat 451,4 miljoonaa euroa vuonna 2003 (Sosiaalimenolaskelma 2003). Toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien tuen tarpeen taustatekijöitä on kartoitettu edellisen kerran valtakunnallisella tasolla vuonna 2000, jolloin päihteiden käyttö oli merkitty ensisijaiseksi taustatekijäksi 3 prosentissa tapauksista (Toimeentulotukitilastot, Stakes 2003). Päihdetapauslaskennan avulla saadaan arvioitua alkoholia käyttäneiden osuus kaikista toimeentuloturvaa hakeneista sosiaalitoimiston päihdeasiakkaista. Tämä osuus oli 90 prosenttia. Alkoholin käytöstä aiheutuneet toimeentulotukimenot olivat siis 12,2 miljoonaa euroa vuonna 2003.

## Lastensuojelu

Lastensuojelun piirissä olevien lasten määrä on viime vuosina ollut kasvussa. Vuonna 2003 oli kodin ulkopuolelle sijoitettuna 14 392 lasta, joista 6 335 oli viimeisimmän sijoitustiedon mukaan laitoshuollossa ja 5 751 perhehoidossa. Loput 2 306 lasta oli muussa huollossa, sijoitettuna esimerkiksi päihdehuollon laitoksiin, ammattikoulun asuntoloihin tai kansanopistoihin. Lastensuojelun avohuollon tukitoimien piirissä oli samana vuonna 56 379 lasta. Tukitoimet ovat Lastensuojelulain 13 §:n mukaisia palveluja, joita voivat olla esimerkiksi taloudellinen tuki, asumisolojen järjestäminen, tukihenkilötoiminta, terapiapalvelut, loma- ja virkistyspalvelut tai muu lapsen tai perheen tukeminen (Lastensuojelu 2003; Lastensuojelurekisteri).

Suomessa lastensuojelun kustannusten ja toiminnasta aiheutuvien menojen tilastointi on painottunut sijaishuollon palveluihin. Lastensuojelun avohuollollisille palveluille tai ehkäisevälle lastensuojelutyölle ei ole yksikäsitteistä määritelmää, vaan kukin kunta ryhmittelee nämä kustannukset omaa tilastointitapaansa noudattaen. Tämän vuoksi vertailukelpoista tilastotietoa kuntien lastensuojelun kokonaismenoista ei ole saatavilla (Rousu & Holma 2004, 11–13).

### Laitos- ja perhehoidon kustannukset

Lastensuojelun laitoshuollon kokonaismenot, 240,3 miljoonaa euroa vuonna 2003, on saatu Stakesin sosiaalimenotilastosta, joka perustuu kuntien talous- ja toimintatilaston luokituksiin (Kuntaliitto 2001). Lastensuojelun laitoshuoltoon sisältyvät lastenkotien, koulukotien ja nuorisokotien menot.

Perhehoidon kustannukset on laskettu käyttäen pohjana Stakesin lastensuojelurekisteristä saatua perhesijoitusten määrää, joka oli yhteensä 7 379 tapausta vuonna 2003. Luku sisältää kaikki kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, joilla oli perhesijoitus tarkasteluvuoden aikana, ja on siten suurempi kuin luvun alussa mainittu viimeisimpään sijoitustietoon liittyvä lukema. Perheisiin sijoitetuilla oli lastensuojelurekisterin mukaan yhteensä 1 717 778 hoitopäivää vuonna 2003. Yhden perhehoitovuorokauden keskimääräiseksi kustannukseksi on arvioitu 53 euroa Kuusikkokuntia koskevien tilastotietojen perusteella (Kumpulainen 2004). Perhehoidon valtakunnallisiksi kokonaismenoiksi on siten saatu 91,0 miljoonaa euroa vuonna 2003. Tämä luku saattaa olla lievä yliarvio, mikäli perhehoitopäivän hinta on kalliimpi suurissa kunnissa.

Lastensuojelun kustannuksista voidaan ottaa laskelmassa huomioon laitoshuolto, perhehoito ja Raha-automaattiyhdistyksen avustukset lastensuojeluun. Näiden erien kokonaismenot vuonna 2003 olivat 363,8 miljoonaa euroa, ja ne edustavat valtaosaa kaikista lastensuojelun kuluista. Tässä huomioitujen kustannusten ulkopuolelle jää joitakin lastensuojelun avohuollon eriä, lähinnä kasvatus- ja perheneuvolat, ensi- ja turvakodit, tukihenkilötoiminta ja sosiaalinen lomatoiminta.

### Lastensuojelun alkoholiehtoisuus

Tutkittaessa alkoholin käytön ja lastensuojelun tarpeen välistä syy-yhteyttä huomataan, että on usein vaikeaa osoittaa yksittäistä tekijää, joka on johtanut lastensuojelun tarpeeseen. Yleisiä taustatekijöitä ovat päihteet, perheväkivalta, kasvatusongelmat ja mielenterveysongelmat. Ensisijaisen taustatekijän määrittäminen on siis usein lastensuojelun työntekijän subjektiivinen tilannearvio. Lastensuojelun tarpeen taustatekijöitä ei tilastoida valtakunnallisesti, joten joudumme perustamaan arviomme yksittäisten kaupunkien keräämiin tietoihin.

Helsingin kaupunki on tilastoinut vuonna 2003 lastensuojeluasiakkaidensa lastensuojelun tarpeeseen vaikuttaneita ensisijaisia taustatekijöitä. Päihteiden käyttö oli yleisin lastensuojelun tarpeeseen vaikuttanut tekijä. Vanhemman alkoholin käyttö oli ensisijaisena syynä 14,8 prosentissa tapauksista (sekäkäyttö mukaan luettuna) (Helsingin kaupunki 2003).

**Taulukko 12.** Lastensuojelun kokonaiskustannukset ja alkoholiehtoiset kustannukset, miljoonaa euroa

Laitoshuolto	240,3
Perhehoito	91,0
RAY-avustukset	32,5
Lastensuojelun kustannukset yhteensä	363,8
Alkoholi ensisijaisena syynä	15 %
Alkoholiehtoiset lastensuojelukustannukset	54,6

Vantaalla tehdyssä kartoituksessa tutkittiin vuosina 2001–2004 kerättyä aineistoa sijais- huollon ja perhekuntoutuksen asiakkaista. Yhdellä lapsella oli keskimäärin 5–6 kasvuolojen vakavaa riskitekijää. Päihteiden käyttö oli kolmanneksi yleisin riskitekijä kasvatusongelmien ja perheväkivallan jälkeen. Vanhempien päihteiden käyttö oli yksi riskitekijöistä 47 prosentilla asiakkaista ja lapsen tai nuoren oma päihteiden käyttö 18 prosentilla asiakkaista (Kaatra & Puustinen-Korhonen 2005).

Helsingin ja Vantaan tilastot eroavat toisistaan sekä tarkasteltavan otoksen että tarkastelun kohteen suhteen. Helsingin taustatekijäprosentti koskee kaikkia lastensuojeluasiakkaita ja pyrkii ottamaan huomioon vain sellaiset tapaukset, joissa alkoholi on ensisijaisena syynä. Vantaalla riskitekijäprosentit kuvaavat alkoholia yhtenä lastensuojelun tarpeen syistä ja koskevat edellistä suppeampia ja vaikeampihoitoisempia alaryhmiä. Vantaalta saadut prosenttiluvut eivät sovellu alkoholiehtoisuuden arvioimiseen laskelmissa, mutta antavat laajemman ja kokonaisvaltaisemman kuvan alkoholin osuudesta yhtenä lastensuojelun tarpeen taustatekijänä.

Alkoholin käyttöön liittyvien lastensuojelukustannusten arviointiin soveltuu käytettävissä olevista tiedoista parhaiten Helsingiltä saatu syytietoprosentti (15 %). Lastensuojelun alkoholiehtoiset kustannukset ovat siten 54,6 miljoonaa euroa vuonna 2003.

## Kotipalvelut

Kunnan tarjoamat kotipalvelut jakautuvat pääpiirteittäin vanhusten, lapsiperheiden ja vammaisten kotipalveluihin. Sosiaalihuollon vastuulla olevat kotipalvelut toimivat usein rinnakkain kotisairaanhoidon palvelujen kanssa, ja siksi ne on mahdollista yhdistää nk. kotihoitoksi. Tarkastelemme tässä yhteydessä kuitenkin ainoastaan kuntien talous- ja toimintatilaston luokitusten mukaisia kotipalveluja. Kotisairaanhoidon alkoholiehtoisia kustannuksia käsitellään terveydenhuoltoa koskevassa luvussa.

### Vanhusten kotipalvelut

Kunnallisia kotipalveluja käyttivät eniten yli 65-vuotiaat, joiden osuus kaikista kotipalvelujen asiakkaista oli 80 prosenttia. Ikääntyneiden suurempi palvelujen tarve liittyy vanhuuden mukanaan tuomiin sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen.

Alkoholin liikakäytön tiedetään vaikuttavan sairauksia pahentavasti ja johtavan usein myös ravitsemuksellisiin puutostiloihin (Heikkinen 2003, 327). Lisäksi alkoholin käytön yhteydessä tapahtuvat kaatumiset ja muut tapaturmat voivat olla vanhuksilla vaikeampihoitoisia ja pahemmin invalidisoivia kuin nuoremmilla. Vanhuksella oleva alkoholiongelma saattaisi siis johtaa lisääntyneeseen palvelun tarpeeseen. Kotipalvelua käyttäneillä vanhuksilla ei kuitenkaan ollut yleensä niin vakavia päihdeongelmia, että heidän tarkoituksenmukaisimmaksi hoitopaikakseen

olisi merkitty päihdehoitolaitosta. Tällainen merkintä oli kirjattu vain 0,2 prosentille kotipalvelun piirissä hoidettaville asiakkaita (Kotihoidon laskenta 2003).

Vanhusten osuus väestöstä kasvaa Suomessa huomattavasti lähivuosina. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan työikäisten määrä väestöstä alkaa vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Samalla yli 65-vuotiaiden lukumäärä nousee 1,7-kertaiseksi (Väestöennuste 2004). Kansanterveyslaitoksen tekemän aikuisväestön terveyskäyttämistutkimuksen mukaan erityisesti ”märän sukupolven” – eli suurten ikäluokkien – alkoholin kulutus oli lisääntynyt (Kansanterveyslaitos 2005). Kun tämä sukupolvi ehtii eläkeikään, tulee vanhusten alkoholinkäyttö todennäköisesti lisääntymään.

### Lapsiperheiden kotipalvelut

Lapsiperheet saavat kodinhoitoapua julkiselta ja yksityiseltä sektoreilta eri kriteerein. Kuntien kustantamaa, lakisääteistä kotiapua voi saada terveydellisin tai sosiaalisin perustein (esim. vanhemman sairaus tai uupuminen) tai lastensuojelullisena toimenpiteenä. Yksityisen sektorin apuun taas turvaudutaan, mikäli lapsi sairastuu äkillisesti tai kun vanhemmat haluavat hengähtää, harrastaa tai viettää kahdenkeskeistä aikaa (MLL). Julkisen ja yksityisen sektorin palvelut eroavat toisistaan paitsi saatavuuden myös rahoituksen ja asiakasmaksujen suhteen.

Kuntien kustantamaa kotiapua sai koko maassa 13 890 lapsiperhettä vuonna 2003 (Helsingin tilastollinen vuosikirja 2004, 156). Tämä vastasi 12 prosentista kaikista kodinhoitoavun saajista. Yksityistä kodinhoitoapua saaneista lapsiperheistä on tieto ainoastaan vuodelta 2002, jolloin näitä perheitä oli 30 800 (Kauppinen & Niskanen 2005, 59). Olettamalla tämän luvun pysyneen samalla tasolla myös seuraavana vuonna, saamme yksityisen kodinhoitoavun osuudeksi noin 70 prosenttia ja kunnan maksaman kotipalvelun osuudeksi noin 30 prosenttia lapsiperheasiakkaista. On huomattava, että asiakkaiden vastaanottaman kodinhoitoavun tiheys saattaa olla suurempi julkisella sektorilla. Kuntien tuottama palvelu saattaa siis vastata kokonaisuudessaan hieman suurempaa osuutta, kuin edellä mainitut luvut antavat ymmärtää.

Alkoholin käyttöön liittyviä kustannuksia tarkasteltaessa kysymys perheiden valikoitumisesta julkisen tai yksityisen sektorin asiakkaiksi on olennainen. Perheen vanhempien alkoholin liiakäyttö voi toimia perusteena kunnan tarjoamalle kotipalvelulle. Lisäksi kunnan perimät tuloista riippuvat asiakasmaksut ovat usein edullisempia kuin yksityisen sektorin kiinteät tunitaksat. Vaikuttaa siis todennäköiseltä, että alkoholisista kotipalvelua tarvitsevat lapsiperheet hakeutuvat nimenomaan kunnallisen kotipalvelun piiriin. Näin ollen pelkkien julkisen sektorin kotipalvelukustannusten huomioon ottaminen laskelmissa on perusteltua.

### Kotipalvelun alkoholiehtoiset kustannukset

Stakesin tekemän kotihoidon laskennan (30.11.2003) mukaan kotipalvelua saaneiden asiakkaiden hoitoon tulon pääsyynä on ollut päihdeongelma 1 prosentissa aineiston tapauksista. Päihdetapa-  
uslaskennan tulosten perusteella voimme arvioida, että kotipalvelun päihde-ehdoista käynneistä

#### Taulukko 13. Kotipalvelun kokonaiskustannukset ja alkoholiehtoiset kustannukset, miljoonaa euroa

Vanhusten kotipalvelut	351,2
Lapsiperheiden kotipalvelut	2,1
Vammaisten kotipalvelut	57,6
<b>Kotipalvelujen kustannukset yhteensä</b>	<b>435,8</b>
Alkoholi hoitoon tulon pääsyynä	1 %
<b>Kotipalvelun alkoholiehtoiset kustannukset</b>	<b>4,4</b>

**Taulukko 14.** Sosiaalihuollon kokonaiskustannukset ja alkoholiehtoiset kustannukset, miljoonaa euroa

Erä	Kokonaiskustannukset	Alkoholiehto	Alkoholiehtoiset kustannukset
Päihdehuolto	104,0	87 %	90,5
Toimeentulotuki	451,4	3 %	12,2
Lastensuojelu	363,8	15 %	54,6
Kotipalvelut	435,8	1 %	4,4
<b>Yhteensä</b>	<b>1 354,5</b>		<b>161,6</b>

95 prosenttia on liittynyt alkoholiin. Voimme siis pyöristää alkoholiehtoisuuden 1 prosentin osuuteen kotipalvelun kustannuksista. Kotipalvelun kustannukset vuodelta 2003 olivat Stakesin sosiaalimenorekisterin mukaan yhteensä 435,8 miljoonaa euroa. Näin ollen kotipalvelujen alkoholiehtoiset kustannukset vuonna 2003 olivat 4,4 miljoonaa euroa.

## Laskettavissa olevat alkoholiehtoiset kustannukset

Sosiaalihuollon laskettavissa olevat alkoholiehtoiset kustannukset olivat vuonna 2003 yhteensä 161,6 miljoonaa euroa. Suurin sosiaalihuollon alkoholiehtoinen kustannuserä aiheutuu päihdehuollosta, jonka alkoholin käytön aiheuttamat nettomenot olivat 90,5 miljoonaa euroa vuonna 2003. Lähes yhdeksän kymmenestä päihdehuollon käynnistä liittyy alkoholiin. Myös lastensuojelussa havaitaan huomattavaa alkoholiehtoisuutta. Viidentoista prosentin osuuden lastensuojelukäynneistä epäillään johtuvan alkoholin käytöstä. Ne aiheuttavat julkiselle sektorille 54,6 miljoonan euron menot. Toimeentulotuen 3 prosentin alkoholiehtoisuus aiheuttaa 12,2 miljoonan euron alkoholiehtoiset toimeentulotukimenot. Pienin laskelmassa mukana oleva alkoholin käytön aiheuttama sosiaalihuollon menoerä on kotipalveluiden 4,4 miljoonaa euroa. Alkoholi on pääasiallisena syynä yhteen prosenttiin kunnallisen kotipalvelun asiakkuuksista.

## Laskelman ulkopuolelle jäävät alkoholiehtoiset erät

Sosiaali- ja terveydenhuollon päihde-ehtoisia asiointea pyritään kartoittamaan joka neljäs vuosi tehtävän päihdetapauslaskennan avulla. Tässä tutkimuksessa kerätään tiedot Suomessa yhden vuorokauden aikana tapahtuneista päihde-ehtoisista asioinneista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä lukuun ottamatta päiväkoteja. Lomake täytetään jokaisesta asiakkaasta, jonka arvellaan olevan päihdeiden ongelmakäyttäjä tai joka hakee apua päihtyneenä tai päihde-ehtoiseen haittaan liittyen. Näin saadaan aikaan laaja kattavuus, joka vuonna 2003 käsitti 10 953 päihde-ehtoista asiointia yhden tiistaipäivän aikana (Nuorvala & al 2004).

Päihdetapauslaskennan avulla voidaan arvioida, missä määrin sosiaalihuollon päihde-ehtoisia asiakaskäyntejä tapahtuu päihdehuollon erityispalvelujen ulkopuolella. Nämä tiedot voivat auttaa arvioimaan, kuinka suuri osuus päihde-ehtoisista sosiaalihuollon tapahtumista on pystytty huomioimaan edellä tehdyissä kustannuslaskelmissa. Päihdetapauslaskennassa ilmeni yhteensä 9 780 alkoholiehtoista käyntiä, joista 6 573 oli tehty sosiaalihuollon yksikössä. Näistä päihdehuollon erityispalvelujen käyntejä oli 69 prosenttia, toimeentulotukikäyntejä 10 prosenttia,

lastensuojelukäyntejä 2 prosenttia ja kotipalvelukäyntejä 8 prosenttia kaikista sosiaalihuollon alkoholiehtoisista käynneistä. Nämä laskelmissa huomioon otetut erät vastaavat siis 89 prosenttia keskimääräisen päivän sosiaalihuollon asiakaskäynneistä. Koska suurin osa laskelmasta puuttuvista asioinnista on tapahtunut kustannuksiltaan edullisemmissa palvelulajeissa (yleinen sosiaalityö ja diakoniakäynnit), laskelmassa huomioon otetut erät peittävät todennäköisesti yli 89 prosenttia alkoholiehtoisista kustannuksista.

### **Yleinen sosiaalityö**

Päihdetapauslaskennan mukaan 5 prosenttia sosiaalihuollon alkoholiehtoisista asioinneista tapahtui yleisen sosiaalityöhön piirissä. Sosiaalimenolaskelman kustannustietojen lähteenä toimivan Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilaston luokitusten mukaan sosiaalityön kustannukset on jaettava asianomaisille tehtäville. Ohjeistuksen mukaan nämä menot kirjataan useita eri palveluja sisältäviin luokkiin, joiden kustannustietoja ei ole mahdollista saada jälkikäteen eriteltyinä. Yleisen sosiaalityön luonteen perusteella voimme kuitenkin epäillä, että yhden alkoholiehtoisien käynnin kustannukset ovat huomattavasti pienempiä kuin esimerkiksi hoitopäivä lastensuojelulaitoksessa.

Yleisen sosiaalityön päihde-ehtoisuutta voidaan tarkastella Espoon kaupungin tietojen avulla. Effica-tietojärjestelmän mukaan 8,7 prosentissa aikuissosiaalityön vireillepanoista oli syynä päihdeiden väärinkäyttö tarkastelujaksolla 1.11.2004–31.5.2005. Päihdetapauslaskennan avulla voidaan päätellä, että 88 prosenttia niistä sosiaalitoimiston päihdekäynneistä, jotka eivät saaneet toimeentuloturvaan liittyvää palvelua, liittyi alkoholiin (vrt. toimeentulotuki). Näin ollen yleisen sosiaalityön alkoholiehtoisuudeksi saataisiin Espoon tietojen perusteella 7,7 prosenttia.

### **Kirkon diakoniatyö**

Asioinnit kirkon diakoniatyön piirissä muodostavat päihdetapauslaskennan perusteella 3 prosenttia sosiaalihuollon alkoholiehtoisista käynneistä. Kirkon diakoniatyön tavoite on auttaa erityisesti heikoimmassa asemassa olevia ja niitä, jotka jäävät kaiken muun avun ulottumattomiin. Käytännön diakoniatyössä kohdataan runsaasti alkoholiongelmasta kärsiviä ihmisiä (Alkoholiohjelma 2004–2007, 64). Tästä näkökulmasta katsoen diakoniatyön suurehko osuus päihdetapauslaskennan asiakaskäynneistä on mielenkiintoinen. On mahdollista, että diakoniatyö tavoittaa päihdeasiakkaita, jotka jäävät joiltain osin kunnallisen palvelujärjestelmän ulkopuolelle.

Evankelis-luterilaisten seurakuntien diakoniatyön asiakaskontakteja oli 780 270 ja nettomenot olivat 56,2 miljoonaa euroa vuonna 2003 koko maassa (Kirkkohallitus). Tämä summa antanee liian pienen kuvan todellisista kustannuksista, sillä tarkasteluvuonna vain osa seurakunnista on kirjannut kaikki diakoniaan liittyvät menot. Evankelis-luterilainen kirkko rahoittaa diakoniatyötä pääasiassa kirkollisveron tuotoilla ja valtiolta saatavalla yhteisövero-osuudella. Diakoniatyötä ei voida ottaa mukaan kustannuslaskelmaan, koska asiakaskäyntien alkoholiehtoisuus ei ole selvillä.

### **Muut laskelman ulkopuolella olevat erät**

Päihdetapauslaskennasta löytyy edellisen lisäksi pieniä, yhden prosentin osuutta vastaavia alkoholiehtoisia eriä, nimittäin vanhainkoti, kasvatus- ja perheneuvola, ja muut avo- tai laitospalvelut. Muiden avo- ja laitospalvelujen pieni osuus viittaa siihen, että laskelmastamme pois jätetyt lastensuojelun avohuollon erät eivät ainakaan päihdetapauslaskennan perusteella ole merkittävän suuria. Kasvatus- ja perheneuvola on nimittäin ainoa lastensuojelun kustannusten ulkopuolelle jäänyt erä, jossa alkoholiehtoisien tapahtumien tiheys näkyy päihdetapauslaskennan tuloksissa. Perheneuvoloiden kustannuksia ei tilastoida erillisinä valtakunnallisesti, eikä kustannusten alkoholiehtoisuuskään ole selvillä. Kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaina oli vuonna 2003 koko maassa yhteensä 30 405 lasta ja nuorta (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2004, 156).

**Taulukko 15.** Alkoholiehtoiset kustannukset sosiaalihuollossa vuonna 2003, miljoonaa euroa

	Kokonais- menot	Alkoholi- ehtoisuus, %	Alkoholi- ehtoiset menot	Kuntien alkoholimenot	Valtion alkoholimenot
Päihdehuolto	104,0	87	90,5	67,3	23,2
Toimeentulotuki	451,4	3	12,2	9,1	3,1
Lastensuojelu	363,8	15	54,6	40,6	14,0
Kotipalvelu	435,8	1	4,4	3,3	1,1
<b>Yhteensä</b>	<b>1 354,5</b>		<b>161,6</b>	<b>120,2</b>	<b>41,4</b>

\*Valtion rahoitusosuuden määrä perustuu sosiaalimenolaskelmissa käytettyyn laskennalliseen rahoitusosuuteen.

## Sosiaalipalveluiden rahoitus

Tarkastelumme lähtökohtana on Stakesin laatima sosiaali- ja terveystalouselämäkerta, jonka tiedot kuntien nettomenoista on kerätty Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastosta. Kuntien keräämät asiakasmaksut eivät sisälly nettomenoihin, joten asiakkaiden osuus on mainittu tekstissä erikseen. Valtion, kuntien ja kuntayhtymien lisäksi sosiaalipalveluja tuottaa järjestöjen ja yritysten muodostama yksityinen sektori. Tarkastellessamme yhteiskunnallisia kustannuksia on järjestösektorin panoksen mukaan ottaminen perusteltua. Yksityisen sektorin palveluntuotantoa ja kustannuksia koskevat tiedot on saatu Stakesin julkaisemasta raportista Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa (Kauppinen & Niskanen 2005). Selvityksen sisältämät julkisen ja yksityisen sektorin kustannustiedot kuvaavat palveluntuotannon bruttokustannuksia. Ne eivät ole sosiaalimenolaskelmaan nähden vertailukelpoisia erilaisten laskentatapojen (ja eri tarkasteluvuoden) johdosta. Julkisen ja yksityisen sektorin välillä tapahtuvat rahoitusvirrat eivät siis liity varsinaiseen kustannuslaskelmaan, vaan niitä on tarkasteltava erillisenä ja täydentävänä informaationa.

Raha-automaattiyhdistyksen jakamat avustukset on kirjattu investointiavustuksia lukuun ottamatta valtion menoina tiettyihin sosiaalimenolaskelman eriin. Mikäli Raha-automaattiyhdistyksen avustukset tietyille sektorille eivät ole valmiiksi sisällytettynä vastaavaan erään sosiaalilaskelmassa, on ne otettu huomioon laskettaessa kustannuksia (ks. lastensuojelu). Järjestösektorin taloudellinen panos ei tule laskelmassa muuten huomioiduksi kuin Raha-automaattiyhdistyksen avustuksien rahoitetun toiminnan osalta. Kuntien ostopalvelujen määrä yksityisiltä sosiaalipalvelun tuottajilta on kuitenkin mainittu kunkin sosiaalihuollon erän yhteydessä.

### Valtionosuus

Sosiaalipalveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat, jotka saavat palveluiden järjestämistä varten tehtäväkohtaista käyttötalouden valtionosuutta. Vuonna 2003 sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden määrä oli laskennallisesti noin 26 prosenttia kuntien sosiaalihuollon nettomenoista (Sosiaalimenolaskelma 2003).

### Päihdehuollon rahoitus

Vastaanottamansa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden lisäksi kunnat voivat anoa valtiolta erillistä kehittämishankerahoitusta tai terveyden edistämisen määrärahoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeille on määritelty myös päihdehuollon toimialaan liittyviä painoalueita vuosille 2005–2007 (STM 2004, 22, 30). Päihteiden käytön ja päihdehaittojen ehkäisy oli niin ikään yksi terveyden edistämisen määrärahojen kolmesta painopistealueesta vuonna 2005 (STM 2005, 24).

Päihdepalvelujen tuottajina toimivat julkinen sektori, järjestöt ja yritykset. Julkinen sektori vastasi 40 prosentista päihdehuoltolaitosten bruttokustannuksista, kun järjestöjen osuus oli 52 prosenttia ja yritysten 8 prosenttia vuonna 2002. Vastaavasti avosektorilla julkisten palveluntuottajien kustannukset kattoivat valtaosan (94 %) kustannuksista, järjestöjen vastatessa loppuosasta. Järjestöjen korostunut asema päihdehuoltosektorilla johtuu siitä, että yksityiset A-klinikat ja lähes kaikki päihdehuollon asumispalveluyksiköt ovat järjestöjen omistamia (Kauppinen & Niskanen 2005, 28, 39).

Kunnat ja kuntayhtymät ostivat vuonna 2002 yksityisiltä päihdehuollon tuottajilta palveluja 44,8 miljoonalla eurolla. Myös kotitaloudet ja työnantajat ostavat päihdehuoltopalveluja, mutta ostojen määrästä ei ole tarkkaa tietoa (Kauppinen & Niskanen 2005, 77–78). Raha-automaattiyhdistyksen avustukset päihdehuoltoon olivat 20,0 miljoonaa euroa vuonna 2003, raittiustyö mukaan lukien.

Asiakkaat ovat Stakesin sosiaalimenolaskelman mukaan maksaneet kunnille 5,5 miljoonaa euroa päihdehuollon asiakasmaksuina vuonna 2003. Tämä vastaa 5,0 prosentin osuutta kokonaismenoista.

### **Toimeentulotuen rahoitus**

Kunnat rahoittavat toimeentulomenot itse apunaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus. Toimeentulotuki on tulonsiirto, eikä siitä peritä asiakasmaksuja. Tukea voidaan kuitenkin periä takaisin, mikäli hakijalla on tuloja, varoja tai sosiaalietuuksia, jotka eivät tukea annettaessa ole hänen käytettävissään.

### **Lastensuojelun rahoitus**

Kunnat saavat lakisääteisten lastensuojelupalvelujen tuottamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta, jonka määrä ei riipu kunnan todellisista lastensuojelumenoista. Jotta lastensuojelun mittavat kustannukset eivät estäisi asiakkaita saamaan riittäviä palveluja, perustettiin kuntien rasiituksen tasaamiseksi vuonna 1999 lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä. 25 000 euron perhekohtaisen omavastuun ylittävistä lastensuojelukustannuksista korvataan järjestelmän toimesta 70 prosenttia. Tätä tarkoitusta varten valtion budjetissa on erillinen kiinteä määräraha, jonka on tarkoitus vastata 50 prosentista kuntien lastensuojelumenoista. Valtio rahoittaa tasausjärjestelmän ylläpidon vähentämällä sen kustannukset kuntien käyttötalouden valtionosuuksiin varatuista rahoista, jolloin järjestelmä siis tasaa kustannukset kuntien kesken (Rousu & Holma 2004, 24–26). Kuntien on edellä mainittujen valtionosuuksien lisäksi mahdollista saada vuosien 2005–2007 kehittämishankerahoituksen painopistealueisiin liittyvää valtionavustusta. Nämä painopistealueet liittyvät muun muassa lasten avo- ja sijaishuollon sekä muiden psykososiaalisten erityispalvelujen kehittämiseen (STM 2004, 21, 31).

Vuonna 2002 yksityiset palveluntuottajat tuottivat yli puolet (63 %) kaikesta lasten ja nuorten laitos- ja perhehoidosta. Järjestöjen osuus yksityisestä palveluntuotannosta oli kaksi viidesosaa, lopun tuottivat yritykset. Lasten ja nuorten laitoshoidon tuotantokustannukset olivat järjestöjen osalta 72 miljoonaa euroa. Kuntien ostopalvelut yksityisiltä lasten ja nuorten laitoshoidon tuottajilta olivat yhteensä 122,8 miljoonaa euroa (Kauppinen & Niskanen 2005, 57, 77). Toiminta- ja investointiavustukset ovat myyntitulojen rinnalla tärkeä järjestöjen rahoituksen lähde. Raha-automaattiyhdistyksen avustukset lastensuojeluun vuonna 2003 olivat 32,5 miljoonaa euroa. Tämä summa ei sisälly sosiaalimenolaskelman luokkaan Lasten ja nuorten laitoshoidon, joten olemme ottaneet sen erillisenä eränä mukaan kustannuslaskelmaamme.

Lastensuojelumenoja rahoitetaan myös asiakasmaksujen avulla. Asiaksmaksujen osuus lastensuojelun laitoshuollon rahoittamisesta oli 2,3 prosenttia vuonna 2003 (Sosiaalimenolaskelma 2003). Perhehoidon asiakasmaksuista ei ole saatavilla tietoa.

## Kotipalvelujen rahoitus

Julkisen sektorin osuus kotipalvelujen kustannuksista oli 93 prosenttia ja yksityisten kotipalvelun tuottajien osuus vain 7 prosenttia kustannuksista vuonna 2002 (Kauppinen & Niskanen 2005, 28). Kotipalvelujen yksityistä tuotantoa rahoitetaan siis pääasiassa julkisin varoin.

Kuntien ostopalvelut yksityisiltä olivat 32,4 miljoonaa euroa vuonna 2002. Kunnilla on lisäksi mahdollisuus tukea yksityisiä ostajia palvelusetelien avulla, mutta käytetyistä euromääristä ei ole tarkempaa tietoa. Kotitaloustyön verovähennysoikeuden piiriin kuuluu varsinaisen kotipalvelutyön lisäksi muun muassa hoitotyö tai asunnon kunnostustyöt, joten sen kokonaissumma ei kuvaa pelkkää kotipalvelutyön tukemista. Verotuksen kotitalousvähennyksen määrä oli 90,5 miljoonaa euroa vuonna 2003. (Kauppinen & Niskanen 2005, 88). Raha-automaattiyhdistyksen tuki vanhustenhuoltoon, joka oli vuonna 2003 yhteensä 51,2 miljoonaa euroa, ei sisälly sosiaalimenolaskelman vanhusten kotipalveluun eikä vanhusten laitoshoidon koskeviin eriiin. Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia ei voida kuitenkaan ottaa laskelmassa huomioon, sillä kotipalveluja ei ole saatu eroteltuina muusta vanhustenhuollon tukemisesta.

Asiakkaatkin osallistuvat kotipalvelujen rahoittamiseen. Vuonna 2003 vanhusten kunnallisten kotipalvelujen asiakasmaksut olivat 67,7 miljoonaa euroa, joka vastaa 16 prosenttia kuntien menoista. Vammaisten kotipalvelujen asiakasmaksut kattavat 17 prosenttia kuntien menoista ollen 11,8 miljoonaa euroa. Lapsiperheiden asiakasmaksujen osuus oli 1,2 miljoonaa euroa eli 4 prosenttia kuntien menoista (Sosiaalimenolaskelma 2003).

## Vertailu aikaisemman laskelman tuloksiin

Stakesin Päihdetilastollisessa vuosikirjassa julkaistaan taulukkoa ”Haittakustannukset pääryhmittäin” (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004). Tässä raportissa esitetty sosiaalihuoltoa koskeva laskelma eroaa aiemmin julkaistuista kustannuslaskelmista lähteiden ja mukaan otettujen kustannusryhmien osalta. Keskeisin uuden laskelman mukanaan tuoma etu on kahden uuden kustannuserän, kotipalvelun ja lastensuojelun perhehoidon, huomioiminen laskelmassa. Päihdetilastollisen vuosikirjan mukaan alkoholin käytön haittakustannukset olivat sosiaalihuollossa 135–148 miljoonaa euroa vuonna 2003. Edellä esitetyn uuden kustannuslaskelman mukaan sosiaalihuollon alkoholiehtoiset kustannukset olivat 161,6 miljoonaa euroa vuonna 2003. Laskelmien välinen ero, 13,6–26,2 miljoonaa euroa, selittyy uuteen laskelmaan mukaan luetuilla perhehoidon ja kotipalvelun kustannuserillä.

### Lähteet

#### Tilastolähteet

Helsingin kaupungin lastensuojelutilastot 2003.  
 Kirkkohallituksen rekisterit.  
 Lastensuojelurekisteri/Stakes.  
 Päihdetapauslaskenta 2003/Stakes.  
 Raha-automaattiyhdistyksen avustustoimintaa koskevat rekisterit.  
 Sosiaalimenolaskelma 2003/Stakes.  
 Tilastokeskuksen väestöennuste.  
 Toimeentulotukitilastot/Stakes.

#### Kirjalliset lähteet

ESSPROS manual 1996. Eurostat, European comission.  
 Heikkinen, Eino: Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina: Gerontologia. Duodecim, Helsinki 2003.

- Helsingin kaupunki: Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2004. Karisto Oy Kirjapaino, Hämeenlinna 2004.
- Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes Raportteja 288/2005, Saarijärvi 2005.
- Kumpulainen, Aija (toim.): Kuuden suurimman kaupungin lasten sijaishuollon palvelujen ja kustannusten vertailu 2003. Kuusikko-työryhmä, Edita Oy 2004.
- Kuntaliitto: Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilaston luokitukset 2001. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2002.
- Lastensuojelulaki 5.8.1983/683.
- Lastensuojelu 2003. SVT Sosiaali- ja terveydenhuollollinen vuosikirja 2003:4 ja Stakesin tilastotiedote 17/2004.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauskaskennat 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 69 (6): 608–618, 2004.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2004. Alkoholi ja huumeet. SVT Sosiaaliturva 2004, Stakes, Gummeruksen kirjapaino, Vaajakoski 2004.
- Rousu, Sirkka & Holma, Tupu: Lastensuojelupalvelujen kustannukset ja hinnoittelu. Suomen Kuntaliitto, Jyväskylä 2004.
- STM: Valtionavustuksen hakeminen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeille vuosina 2005–2007. STM Oppaita 2004:15. Edita Prima Ab, Helsinki 2004.
- STM: Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2005. STM Sisäiset julkaisut.
- Taskinen, Sirpa: Lasten ja lapsiperheiden palvelut. Teoksessa Heikkilä Matti & Parpo Antti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes Raportteja 268/2002, Saarijärvi 2002.
- Tilastokeskus (2004a): ”Kainuu menettää eniten väestöä”. Lehdistötiedote 20.9.2004.
- Tilastokeskus (2004b): Kuntien talous- ja toiminta - kunnittaisia tietoja 2003. Helsinki 2004.
- Toimeentulotuki 2003. Tilastotiedote 31/2004. Stakes.

### **Muut lähteet**

- Aamenesta öylättiin -kirkollinen sanasto. [www.evl.fi](http://www.evl.fi).
- Kaatra, Anne & Puustinen-Korhonen, Aila: Katsaus Vantaan sijaishuoltoon ja perhekuntoutukseen. Julkaisematon moniste 4/2005.
- Kansanterveyslaitos: KTL tutkinut työikäisten suomalaisten elintavat vuonna 2004. Lehdistötiedote 28.2.2005.
- MLL, Mannerheimin lastensuojeluliitto. Lastenhoitotoiminta. [http://www.mll.fi/kasvattajan\\_tietokulma/perhelamaa/mll\\_apuna\\_arjessa/lastenhoitotoiminta/](http://www.mll.fi/kasvattajan_tietokulma/perhelamaa/mll_apuna_arjessa/lastenhoitotoiminta/)
- Raha-automaattiyhdistys. Puhelinkeskustelu Olli Paikkala 1.6.2005.

# Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kulut

## Rikollisuuskontrolli

Taulukossa 16 esitetään alkoholin käytöstä aiheutuneet kustannukset rikollisuuskontrollille vuonna 2003. Rikollisuuskontrollilla tarkoitetaan tässä poliisitoimea, Rajavartiolaitosta ja koko oikeusministeriön hallinnonala. Oikeusministeriön hallinnonalaan kuuluvat syyttäjälaitos, kaikki oikeusasteet, vankeinhoitolaitos, oikeusaputoimistot sekä ulosottolaitos. Kaikkien taulukossa 16 mainittujen viranomaisten yhteenlasketut toiminnalliset menot olivat vuoden 2003 tilinpäätöksen mukaan 1 089,1 miljoonaa euroa. Alkoholin aiheuttamat kustannukset olivat arviolta 188,6 miljoonaa euroa.

Alkoholin vaikutuksen alaisena tehtyjen rikosten osuus saadaan käyttämällä hyväksi poliisin esitutinnan yhteydessä syntyvää tilastoa. Poliisi tilastoi, onko syylliseksi epäilty ollut alkoholin vaikutuksen alaisena rikosta tehdessään. Alkoholin vaikutuksen alaisena tehtyjen rikosten yhteenlaskettu osuus kaikista tehdyistä rikoksista oli 18,5 prosenttia vuonna 2003. Tiedot saadaan myös rikoslajeittain.

Tämän suhdeluvun ajatellaan kuvaavan alkoholin osuutta kaikista rikoksista. Arvioimalla rikosten osuus eri viranomaisten työmäärästä, voidaan lopputuloksena arvioida alkoholin osuus eri viranomaisten työmäärästä. Tässä oletetaan, että kaikki viranomaiset kohtaavat alkoholin suhteen saman verran tapauksia (18,5 prosenttia rikoksista), vain rikosten osuus työmäärästä vaihtelee. Kun alkoholin osuus työmäärästä on tiedossa, saadaan kullekin viranomaiselle aiheutuvat alkoholiehtoiset kustannukset kertomalla kunkin viranomaisen toiminnalliset menot sen alkoholiehtoisen työmäärän prosenttiluvulla. Taustalla on oletus, että alkoholiehtoisten tapausten lukumäärä ei muutu ratkaisevasti siirryttäessä kriminaalipoliittisen tapahtumaketjun portaalta seuraavalle. Vankeinhoito muodostaa poikkeuksen. Vankeinhoidon alkoholiehtoisuus on suurempi kuin muiden viranomaisten. Alkoholin aiheuttamien kustannusten osuus vankeinhoidossa arvioidaan käyttämällä useampia tekijöitä.

## Pelastustoimi

Taulukossa 17 esitetään arvio alkoholin käytön aiheuttamista kustannuksista pelastustoimelle vuonna 2003. Pelastustoimen toiminnalliset menot olivat 411 miljoonaa euroa. Alkoholin aiheuttamat kustannukset olivat arviolta 64,9 miljoonaa euroa. Valtio ja kunnat maksavat pelastustoimen kustannukset. Valtion osuus saadaan vuoden 2003 tilinpäätöksestä ja kuntien osuudet saadaan Tilastokeskukselta. Kuntien pelastustoimen kustannusten laskentaa monimutkaistaa se, että kunnat myyvät jonkin verran pelastuslaitostensa palveluja toisilleen.

Pelastustoimen ja alkoholin suhteesta ei ole tällä hetkellä olemassa koko Suomea kattavaa tilastotietoa. Sisäasiainministeriö on tietoinen tästä pelastustoimen tilastointiin liittyvästä puutteesta ja kehittää parhaillaan seurantajärjestelmää, jossa muun muassa alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät onnettomuudet tilastoidaan. Lisäksi vuonna 2003 muodostetun Hätäkeskuslaitoksen tilastojen pitäisi olla käytettävissä kattavasti lähiaikoina. Tällä hetkellä saatavissa ovat vain vuoden 2004 kaikkien pelastuslaitosten pelastustehtävien lukumäärä sekä arvio kaikkien pelastuslaitosten sairaankuljetusten määrästä. Tiedot saadaan julkaisemattomasta sisäasiainministeriön pelastusosaston muistiosta Kunta- ja palvelurakennehanke.

**Taulukko 16.** Rikollisuuskontrollin kustannukset vuonna 2003

Viranomainen	Kustannukset vuoden 2003 tilinpäätöksen mukaan, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus työmäärästä, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kustannukset, miljoonaa euroa
Oikeusministeriö	80,1	2,6	2,1
Poliisilaitos	532,0	15,4	82,0
Syyttäjälaitos	29,6	18,5	5,5
Käräjäoikeus	117,8	7,2	8,5
Hovioikeus	33,2	12,6	4,2
Vankeinhoidolaitos	179,0	44,0	80,0
Oikeusapu	38,8	–	4,5
Ulosottolaitos	78,6	2,2	1,8
<b>Yhteensä</b>	<b>1 089,1</b>		<b>188,6</b>

**Taulukko 17.** Pelastustoimen kustannukset vuonna 2003

	Toimintamenot yhteensä, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus työmäärästä, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kustannukset, miljoonaa euroa
Pelastustoimi	411,0	15,8	64,9

Toinen vaihtoehto olisi käyttää esimerkiksi Helsingin pelastuslaitoksen vuoden 2003 hälytystilastoa kuvaamaan koko maan pelastustehtävien jakaumaa. Verrattaessa tehtävien jakaumia todettiin, että jakaumat poikkeavat ratkaisevasti toisistaan. Tästä syystä vuoden 2003 kustannuksia pitää tehtävyyppien osalta arvioida vuoden 2004 tehtävien jakaumalla.

Sairaankuljetuksia hoitavat myös yksityiset yritykset. Tämän lisäksi Kansaneläkelaitos korvaa suuren osan sairaankuljetuksista sekä pelastuslaitoksille että yksityisille yrityksille, mutta erottelua ei pystytty tällä hetkellä tekemään järkevästi. Korvausasia jää siten jatkoselvityksen aiheeksi.

Eri tehtävyytyypeistä arvioidaan ne tehtävät, joiden tiedetään sisältävän alkoholitapauksia. Näitä ovat sammutustehtävät, pelastustehtävät, liikenneonnettomuudet, ensivastetehtävät ja sairaankuljetustehtävät. Kaikille edellä mainituille ryhmille selvitetään alkoholiehtoisuudet. Tulipalojen osalta käytetään Onnettomuustutkintakeskuksen selvitystä (Tutkintaselostus D 1/2003 Y). Alkoholiin liittyvien ensivaste- ja sairaankuljetustehtävien ajatellaan olevan luonteeltaan tapaturmaisista. Edellä mainittujen osalta käytetään tapaturmien alkoholiehtoisuutta. Laskemalla alkoholiehtoisten tehtävien määrä kaikkien tehtävien määrästä saadaan alkoholin osuus pelastuslaitosten työmäärästä. Alkoholiehtoisen työmäärän arvioidaan olevan 15,8 % koko työmäärästä. Alkoholiehtoiset kustannukset saadaan kertomalla pelastustoimen vuoden 2003 toiminnalliset menot alkoholiehtoisen työmäärän prosenttiluvulla.

## Rajavartiolaitos

Taulukossa 18 esitetään Rajavartiolaitoksen kustannukset vuonna 2003. Rajavartiolaitoksen toiminnalliset menot olivat 18,5 miljoonaa euroa. Alkoholin aiheuttamat kustannukset olivat 0,6 miljoonaa euroa.

Tiedot on saatu Rajavartiolaitoksen esikunnan erillispyynnöstä tekemästä selvityksestä. Raportissa selvitettiin alkoholin käytön aiheuttamia kustannuksia Rajavartiolaitokselle. Kustannukset syntyvät lähinnä merialueella tapahtuneista onnettomuuksista, joissa alkoholi on ollut mukana.

**Taulukko 18.** Rajavartiolaitoksen kustannukset vuonna 2003

	Kustannukset vuoden 2003 tilinpäätöksen mukaan, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus työmäärästä, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kustannukset, miljoonaa euroa
Rajavartiolaitos	185,7	0,3	0,6

**Taulukko 19.** Alkoholin aiheuttamat turvallisuuden ylläpitämiseen liittyvät kustannukset vuonna 2003, miljoonaa euroa

Viranomainen	Alkoholin aiheuttamat kustannukset
Rikollisuuskontrolli	188,6
Pelastustoimi	64,9
Rajavartiolaitos	0,6
<b>Yhteensä</b>	<b>254,1</b>

**Taulukko 20.** Valtion ja kuntien osuudet turvallisuuden ylläpitokustannuksista vuonna 2003, miljoonaa euroa

Kustannuslaji	Alkoholin aiheuttamat kustannukset yhteensä	Valtion osuus kustannuksista	Kuntien osuus kustannuksista
Rikollisuuskontrolli	188,6	188,6	–
Pelastustoimi	64,9	5,6	59,3
Rajavartiolaitos	0,6	0,6	–
<b>Yhteensä</b>	<b>254,1</b>	<b>194,8</b>	<b>59,3</b>

Selvityksen mukaan kaluston käyttö aiheuttaa suurimmat kustannukset, sillä merialueella tapahtuvissa pelastus - ja etsintätapahtumissa käytetään yleensä helikoptereita ja veneitä.

## Kustannukset yhteensä

Taulukossa 19 esitetään alkoholin aiheuttamat kustannukset rikollisuuskontrollille, pelastustoimelle ja Rajavartiolaitokselle. Yhteenlaskettu summa vuonna 2003 oli 254,1 miljoonaa euroa. Rikollisuuskontrollin kustannukset muodostavat suurimman yksittäisen kustannuserän. Tarkasteltaessa yksittäisiä viranomaisia alkoholi näyttää aiheuttavan eniten kustannuksia vankeinhoidolle, poliisitoimelle ja pelastustoimelle. Näiden kolmen viranomaisen kustannukset muodostavat lähes 90 prosenttia tässä lasketuista kustannuksista.

## Valtion ja kuntien osuudet kustannuksista

Taulukossa 20 esitetään valtion ja kuntien osuudet alkoholin käytöstä aiheutuvista kustannuksista eri turvallisuuden ylläpidon viranomaisille vuonna 2003. Valtio maksaa arviolta 195 miljoonaa euroa. Kunnat maksavat arviolta 59 miljoonaa euroa. Valtion taloutta rasittaa rikollisuuskontrolli. Kuntien taloutta rasittaa pelastustoimi.

**Lähteet**

- Oikeusministeriö/Oikeusministeriön tulostietojärjestelmä.
- Oikeusministeriö/Käräjäoikeuden toiminnalliset menot 2003.
- Oikeusministeriö/Käräjäoikeudessa ratkaistut rikosjutut 2003.
- Oikeusministeriö/Käräjäoikeuksissa ratkaistut siviilijutut 2003.
- Oikeusministeriö/Hovioikeuksien työtili/Kaikki vuoden aikana ratkaistut jutut 2003.
- Oikeusministeriö/Hovioikeuksien työtili/vuoden aikana ratkaistut rikosjutut 2003.
- Oikeusministeriö/Oikeusaputoimistoissa ratkaistut asiat 2003.
- Oikeusministeriö/Ulosottovirasto/Sakot ja korvaukset 2003.
- Oikeusministeriö/Syyttäjälaitos/Syyttäjän ratkaisemat jutut 2003.
- Oikeusministeriö/Erillisselvitys/Kaija Hilpinen/Rikosten osuus Oikeusministeriön työmäärästä 2003.
- Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos/Rikollisuustilanne 2003.
- Onnettomuustutkintakeskus/Tutkintaselostus D 1/2003 Y.
- Poliisi/Tilastokeskus/Syyliseksi epäillyt yhteensä 2003.
- Poliisi/Tilastokeskus/Syyliseksi epäillyt alkoholin vaikutuksen alaisena 2003.
- Rikosseuraamusvirasto/Vangit pääririkoksen mukaan 2003.
- Rajavartiolaitoksen esikunta/Erillispyynnöstä tehty selvitys alkoholin käytön kustannuksista Rajavartiolaitokselle 2003.
- Sisäasiainministeriö/Poliisin tulostietojärjestelmä 2003.
- Sisäasiainministeriö/Pelastusosasto/muistio Kunta- ja palvelurakennehanke.
- Valtion tilinpäätös 2003/Hovioikeuksien toiminnalliset menot 2003.
- Valtion tilinpäätös 2003/Poliisin toiminnalliset menot 2003.
- Valtion tilinpäätös 2003/Vankeinhoidon toiminnalliset menot 2003.
- Valtion tilinpäätös 2003/Ulosottotoimistojen toiminnalliset menot 2003.
- Valtion tilinpäätös 2003/Syyttäjälaitoksen toiminnalliset menot.
- Valtion tilinpäätös 2003/Poliisin toiminnalliset menot 2003.
- Valtion tilinpäätös 2003/Oikeusministeriön toiminnalliset menot 2003.
- Valtion tilinpäätös 2003/Oikeusaputoimistojen toiminnalliset menot 2003.

# Omaisuuksien vahingot

## Onnettomuuksien omaisuusvahingot

Taulukossa 21 esitetään liikenneonnettomuuksien ja tulipalojen aiheuttamien omaisuusvahinkojen kustannukset vuonna 2003. Yhteenlasketut korvaussummat saadaan Vakuutusyhtiöiden keskusliitolta. Tieliikenteen omaisuusvahinkoja korvattiin yhteensä 153,7 miljoonaa euroa, josta alkoholin osuus oli arviolta 22,4 miljoonaa euroa. Tulipaloista korvattiin yhteensä 143,7 miljoonaa euroa, josta alkoholin osuus oli arviolta 33,3.

Alkoholin osuutta onnettomuuksiin ei tilastoida. Kummassakin tapauksessa alkoholiehtoisuus arvioidaan erillistutkimuksista. Tulipalojen osalta käytetään Onnettomuustutkimuskeskuksen selvitystä (Tutkimusraportti D 1/2003 Y), jossa tarkasteltiin kaikkia kuolemaan johtaneita tulipaloja vuonna 2003. Tutkimuksessa selvitettiin myös alkoholin osuutta tulipaloihin. Tutkituista 95:stä tulipalosta 22 oli sellaista, jossa runsaalla alkoholilla käytöllä arvioitiin olleen vaikutusta palon syttymiseen tai palon seurauksiin. Niissä tapauksissa palo oli saanut alkunsa useimmiten tupakoinnista runsaan alkoholinkäytön yhteydessä.

Tieliikenteen omaisuusvahinkojen osalta käytetään samaa Tilastokeskuksen lukujen perusteella laskettua alkoholiehtoa kuin henkilövahinkojen tarkastelussa. Käyttämällä hyväksi Tilastokeskuksen tietoon tulleiden tieliikenteen henkilövahinkoihin johtaneiden alkoholionnettomuuksien määrää suhteessa kaikkiin tieliikenteen henkilövahinkoihin johtaneisiin onnettomuuksiin saadaan tieliikenteen omaisuusvahinkojen alkoholiehtoisuudeksi 14,5 prosenttia.

Henkilövahinkoihin johtaneista liikenneonnettomuuksista tehdään yleensä poliisitutkinta. Tätä taustaa vasten voidaan olettaa, että suurin osa henkilövahinkoihin johtaneista onnettomuuksista tulee ilmi. Sen sijaan pienemmät tieliikenteen omaisuusvahingot muodostavat ongelman. Vakuutusyhtiöt kysyvät vahinkoilmoituksessa alkoholin osuutta onnettomuuteen. Poliisitutkintaa ei kuitenkaan tehdä läheskään kaikissa tapauksissa. Alkoholin osuudesta ei myöskään yleensä vapaaehtoisesti mainita. Tästä syystä pienempien liikennevahinkojen alkoholin aiheuttamista kustannuksista ei voida sanoa varmuudella mitään. Ne jätetään laskelman ulkopuolella.

## Rikosten omaisuusvahingot

Taulukoissa 22 ja 23 esitetään rikosvahinkojen kustannukset vuonna 2003. Taulukon 22 vakuutusyhtiöiden maksamat korvaukset saadaan Vakuutusyhtiöiden keskusliitolta. Vakuutusyhtiöt maksoivat korvauksia tässä tarkastelluista rikosvahingoista yhteensä 56,5 miljoonaa euroa, josta alkoholin osuus oli 16,9 miljoonaa euroa.

Taulukon 23 arvio perustuu Suomen kaupan liiton (ent. Kaupan keskusliitto) selvitykseen (Rikollisuustilanne 2003), jossa arvioitiin ulkopuolisten tekemien varkauksien, ryöstöjen ja mur-

**Taulukko 21.** Liikenneonnettomuuksien ja tulipalojen omaisuusvahingot vuonna 2003

	Korvaukset, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kus- tannukset, miljoonaa euroa
Liikenne-onnettomuudet	153,7	14,5	22,4
Tulipalot	143,7	23,1	33,3
<b>Yhteensä</b>	<b>297,4</b>		<b>55,7</b>

**Taulukko 22.** Vakuutusyhtiöiden rikosvahingoista maksamat korvaukset vuonna 2003

	Maksetut korvaukset, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kus- tannukset, miljoonaa euroa
Murrot, ryöstöt yms.	28,1	22,7	6,4
Ajoneuvojen varkaudet	23,4	32,1	7,5
Ilkivalta ajoneuvoille	5,0	61,0	3,0
<b>Yhteensä</b>	<b>56,5</b>		<b>16,9</b>

**Taulukko 23.** Kaupan alan rikosvahingot vuonna 2003

	Vuosittaiset kus- tannukset, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kus- tannukset, miljoonaa euroa
Varkaudet, murrot ja näpistykset	250,0	22,7	56,7

tojen aiheuttamia kustannuksia. Kustannuksien arvioitiin olevan noin 1 prosentti liikevaihdosta eli noin 250 miljoonaa euroa vuosittain. Alkoholin aiheuttamat kustannukset olivat arviolta 56,7 miljoonaa euroa. Kaupan alan kohtaamat rikosvahingot pitää arvioida erikseen, sillä vakuutusyhtiöt eivät korvaa esimerkiksi näpistyksiä.

Alkoholin aiheuttamien kustannusten osuus saadaan molemmissa tapauksissa käyttämällä hyväksi poliisin tilastoja. Tilastoista voidaan arvioida kaikille rikostyypeille erikseen alkoholin vaikutuksen alaisena tehtyjen rikosten osuus. Vakuutusyhtiöiden keskusliiton tilastoissa ja Suomen kaupan liiton selvityksessä rikostyyppejä on yhdistelty rikosryhmiksi. Näiden osalta käytetään kaikkien omaisuusrikosten keskimääräistä alkoholiehtoa.

## Valtion korvaamat rikosvahingot

Taulukossa 24 esitetään Valtiokonttorin vuonna 2003 maksamat rikosvahinkokorvaukset. Rikosvahinkokorvaukset sisältävät esimerkiksi kivusta ja särystä, henkisestä kärsimyksestä, hautauskuluista, vaatteista jne. maksettuja korvauksia. Korvauksia maksettiin yhteensä 8,2 miljoonaa euroa. Tästä alkoholin osuus oli arviolta 18,5 prosenttia eli noin 1,5 miljoonaa euroa. Alkoholin osuus saadaan laskemalla alkoholin vaikutuksen alaisena syylliseksi epäiltyjen osuus kaikista syylliseksi epäillyistä.

## Kustannukset yhteensä

Taulukossa 25 esitetään alkoholin aiheuttamien omaisuusvahinkojen kustannusten yhteenlaskettu summa. Rikosvahingot muodostavat suurimman yksittäisen kustannuserän. Verrattuna eri rikosten ja ilkivallan ilmenemismuotoihin, alkoholin käytöstä aiheutuneet tulipalot aiheuttavat yksittäisenä tapahtumana suurimmat kustannukset. Lisäksi Suomessa palokuolemat ovat yleisempiä kuin useissa Euroopan maissa (Suomen pelastusalan keskusjärjestö 2004).

**Taulukko 24.** Valtiokonttorin maksamat rikosvahinkokorvaukset vuonna 2003

	Rikosvahinkokorvaukset, miljoonaa euroa	Alkoholin osuus, prosenttia	Alkoholin aiheuttamat kus- tannukset, miljoonaa euroa
Rikosvahingot	8,2	18,5	1,5

**Taulukko 25.** Alkoholista aiheutuvat omaisuusvahingot vuonna 2003, miljoonaa euroa

Korvauslaji	Alkoholin aiheuttamat kustannukset
Liikenneonnettomuudet	22,4
Tulipalot	33,3
Rikosvahingot	73,6
Rikosvahinkokorvaukset	1,5
<b>Yhteensä</b>	<b>130,8</b>

## Valtion ja kuntien osuus kustannuksista

Omaisuusvahinkoja tarkasteltiin tässä lähinnä vakuutusyhtiöiden maksamien korvausten näkökulmasta. Näin tarkasteltuna valtion kustannusten osuudeksi saadaan vain alkoholin aiheuttamat rikosvahinkokorvausten kustannukset, jotka olivat arviolta 1,5 miljoonaa euroa vuonna 2003.

Lisäksi valtio ja kunnat maksavat osan ikivallan ja töhrimisten kustannuksista. Esimerkiksi Helsingin kaupungin alueella aiheutui vuonna 2000 noin 8,4 miljoonan euron kustannukset ilkevallasta. Tästä 2,9 miljoonaa oli kaupungin, 0,8 miljoonaa valtion ja sen yritysten ja loput 4,7 miljoonaa yksityisten kustannuksia. VR arvioi, että ilkevallalta maksaa sille noin 0,9 miljoonaa euroa vuosittain (Rikollisuustilanne 2004). Poliisin tilastosta tiedetään, että ilkevallantekijät ovat hyvin usein alkoholin vaikutuksen alaisena. Esimerkiksi vahingontekijöistä noin 61 prosenttia oli kiinni jäädessään alkoholin vaikutuksen alaisena. Ilkevallan ja töhrimisten aiheuttamat kustannukset jäävät lähes kokonaan tarkastelun ulkopuolelle. Tämä johtuu siitä, että molemmissa tapauksissa asianomistajia on paljon ja on vaikea sanoa kenen maksettaviksi kustannukset tulevat

## Pohdintaa

Rikosten omaisuusvahinkojen arviointi poikkeaa esimerkiksi onnettomuuksien omaisuusvahinkojen arvioinnista. Ensinnäkin rikosvahinkoja ei välttämättä korvaa kukaan. Toisekseen läheskään kaikki rikokset eivät tule ilmi. Piiloon jäävän rikollisuuden määrää ja niiden aiheuttamia kustannuksia pitäisi arvioida haastattelututkimuksilla. Haastattelututkimuksia ei kuitenkaan tehdä joka vuosi ja niiden luotettavuus voidaan kyseenalaistaa. Haastattelututkimukset perustuvat haastateltavien subjektiivisiin kokemuksiin. Kokemukset yleistetään koskemaan koko väestöä ja rikosvahingoille annetaan laskennallinen hinta. Tuorein haastattelututkimus on Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisu Kotitaloudet omaisuusrikosten kohteena (Heiskanen & al 2001). Maksetut korvaukset rikosvahingoista todennäköisesti aliarvioivat julkisen sektorin, yksityisten ja yritysten kohtaamia todellisia kustannuksia.

**Lähteet**

Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos/Rikollisuustilanne 2003.  
Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos/Rikollisuustilanne 2004.  
Onnettomuustutkintakeskus/Tutkintaselostus D 1/2003 Y.  
Poliisi/Tilastokeskus/Syyliseksi epäillyt yhteensä 2003.  
Poliisi/Tilastokeskus/Syyliseksi epäillyt alkoholin vaikutuksen alaisena 2003.  
Stakes/Sosiaalimenotilasto 2005.  
Suomen pelastusalan keskusjärjestö/Palokuolematilasto 2005.  
Suomen kaupan liitto/Selvitys vuosittaisesta varkaushävikistä 2003.  
Tilastokeskus/Henkilövahinkoon johtaneet onnettomuudet 2003.  
Tilastokeskus/Henkilövahinkoon johtaneet alkoholinnettomuudet 2003.  
Vakuutusyhtiöiden keskusliitto/Maksetut korvaukset rikosvahingoista 2003.  
Vakuutusyhtiöiden keskusliitto/Maksetut korvaukset palovahingoista 2003.  
Vakuutusyhtiöiden keskusliitto/Maksetut korvaukset ajoneuvojen varkauksista 2003.  
Vakuutusyhtiöiden keskusliitto/Maksetut korvaukset ajoneuvoihin kohdistuneesta ilkeistä 2003.  
Vakuutusyhtiöiden keskusliitto/Maksetut korvaukset tieliikenteen omaisuusvahingoista 2003.  
Valtiokonttori/Maksetut rikoskorvaukset 2003.

# Yhteenvedo ja keskustelu

Taulukossa 26 on esitetty yhteenvedo alkoholin käytön aiheuttamien haittojen välittömistä kustannuksista vuonna 2003. Kokonaissumma on 933 miljoonaa euroa. Terveydenhuollon kulut olivat lähes 90 miljoonaa euroa vuodessa. Sosiaalihuollon kulut nousivat 160 miljoonaan euroon, josta päihdehuollon osuus oli 90 miljoonaa euroa. Omaisuusvahinkojen arvoksi saatiin 210 miljoonaa euroa. Eläkkeet ja sairauspäivärahat olivat noin 220 miljoonaa euroa pääpainon ollessa selvästi eläkkeissä. Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon kului alkoholin vuoksi 254 miljoonaa euroa vuonna 2003.

Vertailu Päihdetilastollisen vuosikirjan taulukkoon kertoo, että tässä raportissa esitetyt terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kulut sekä järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon (tai riikollisuuskontrollin kuten sitä Päihdetilastollisessa vuosikirjassa kutsutaan) kustannukset eivät poikkea olennaisesti aiempien tutkimusten tuloksista. Sen sijaan eläkkeiden sekä omaisuus- ja henkilövahinkojen osuus on tässä raportissa selvästi suurempi kuin Päihdetilastollisen vuosikirjan taulukossa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 131). Eläkkeiden osalta poikkeamaa selittää ennen muuta se, että tässä raportissa on otettu mukaan myös perhe-eläkkeet.

Valtion ja kuntien osuus kustannuksista on noin 60 prosenttia valtion osuuden ollessa hieman kuntien osuutta suurempi. Valtion kustannukset koostuvat ensi sijassa järjestyksen ja turvallisuuden takaamisesta, kun taas kuntien kustannukset koostuvat ennen muuta sosiaalihuollon ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen kustannuksista. Sosiaalihuollon osuus on lähes kaksi kolmasosaa kuntien alkoholiehtoisista kustannuksista.

Kustannusten erittely sektoreittain kertoo siitä, että kaikki tässä raportissa samoin kuin aiemmin Suomessa tehdyissä laskelmissa esitetyt kustannukset eivät lankea suoraan valtiolle ja kunnille. Erityisesti eläke- ja vakuutusyhtiöt maksavat suuren osan alkoholiehtoisista eläkkeistä sekä omaisuus- ja henkilövahinkojen korvauksista (vrt. Österberg & al 1998, 80).

Jo raportin alussa korostimme, että alkoholihaittojen ja haittakustannusten määrittelyssä, ryhmittelyssä ja määrän arvioinnissa on useita ongelmia. Alkoholin käyttöön liittyvien haittojen erottaminen muiden tekijöiden aiheuttamista haitoista on usein vaikeaa. On vaikeaa päätellä, missä haitoissa alkoholi on ollut pääasiallisena syynä ja missä ei. Eri kustannuseriä tarkasteltaessa on lisäksi muistettava, että kustannusten määrä perustuu paitsi alkoholihaittojen määrään myös viranomaisten toimintaan eli siihen miten poliittisella tasolla on päätetty reagoida alkoholin käytön aiheuttamiin haittoihin. Jos esimerkiksi kadulla makaavan juopuneen korjaa talteen sairaankuljetusauton henkilökunta, joka toimittaa juopuneen poliklinikalle, kirjautuvat kustannukset toisin kuin silloin, kun juopuneen korjaa talteen poliisi, ja toimittaa hänet putkaan selviämään.

Samoin kuin kustannusten jakautuma myös kustannusten taso on kokonaisuudessa ja eri osatekijöiden kohdalla osittain seurausta poliittisista päätöksistä. Esimerkiksi viime vuosina poliisi on ottanut kiinni vajaat 100 000 päihtynyttä vuosittain. Vuonna 1975 vastaava luku oli lähes 300 000. Alkoholin kulutus on tällä hetkellä selvästi korkeampi kuin 1970-luvun puolessa välissä, ja juomatapatutkimusten mukaan alkoholin käytön humalahakuisuus ei ole vähentynyt. Jos poliisi noudattaisi nyt samaa pidätyskäytäntöä kuin 1970-luvulla, poliisi ottaisi kiinni ehkä puoli miljoonaa juopunutta vuodessa. Tällöin poliisin juopuneiden kiinniottoon käyttämät kustannukset olisivat selvästi suuremmat kuin mitä ne nyt ovat. Poliisin kustannuksiin on siis vaikuttanut päätös nostaa kiinniottokynnystä. Tässä yhteydessä voidaan myös kysyä, onko säilöönottokynnyksen kohottaminen johtanut yhteiskunnallisen hyvinvoinnin lisääntymiseen. Poliisin alenevien kustannusten vastapainona saattaa hyvinkin olla yksityisten kustannusten lisääntyminen.

Muitakin vastaavanlaisia esimerkkejä on helppo löytää. Esimerkiksi terveydenhuollossa siirtyminen sairaanhoidossa yhä enemmän sairaalahoidosta avohoitoon ei välttämättä vähennä sairastavuutta, vaikka se vähentääkin hoitokustannuksia.

**Taulukko 26.** Alkoholin käytön aiheuttamat välittömät kustannukset vuonna 2003, miljoona euroa

Kustannuslaji	Haittakustannukset	Valtion osuus	Kuntien osuus
Alkoholisairauksien vuodehoito	59,5	15,2	44,2
Muu terveydenhoito/avohoito	28,0	7,1	20,7
Työkyvyttömyys- ja perhe-eläkkeet	215,2	29,1	13,5
Sairauspäivärahat	4,6	1,1	..
Päihdehuolto	90,5	23,2	67,3
Toimeentulotuki, lastensuojelu ja kotipalvelut	71,2	18,2	52,9
Poliisi- ja pelastustoimi sekä Raja-vartiolaitos	147,5	88,2	59,3
Oikeus- ja vankeinhoitolaitos	106,6	106,6	..
Onnettomuuksien omaisuusvahingot	55,7	..	..
Onnettomuuksien henkilövahingot ja korvaukset tapaturmista	79,1	4,4	..
Rikosvahingot	75,1	..	..
<b>Yhteensä</b>	<b>933,0</b>	<b>293,1</b>	<b>257,9</b>

Tässä raportissa esitetyt laskelmat koskevat vuotta 2003, koska vuosi 2003 on viimeinen, jolta perustiedot olivat saatavana tutkimuksen tekoaikana. Laskelma tullaan myöhemmin päivittämään vuotta 2004 koskevaksi.

Palatkaamme vielä tuloksiin ja kysykäämme, mitä tuo 933 miljoonaa euroa alkoholin haittakustannuksina lopultakin kertoo ja mitä se ei kerro? Yksinkertaistaen se kertoo, että Suomessa alkoholin käytön haitalliset vaikutukset johtivat 933 miljoonan euron siirtymiseen alkoholihaittojen takia osapuolelta toiselle vuoden 2003 aikana. Sitä voidaan käyttää lähtökohtana, jos halutaan arvioida, miten paljon haittakustannuksissa säästettäisiin, jos joisimme alkoholia vähemmän kuin nyt juomme tai jos oppisimme juomaan alkoholijuomia vähemmän haitallisella tavalla. Mutta sitä voidaan käyttää lähtökohtana myös silloin, kun halutaan arvioida kuinka paljon voisimme säästää alkoholihaittojen vaatimia menoja ja siirtää näin vapautuvia resursseja muille sektoreille jättämällä alkoholihaittojen hoitamisen pienemmälle prioriteetille.

Olivatpa haittakustannukset sitten 933 miljoonaa euroa tai sitä selvästi suuremmat tai pienemmät, haittakustannusten suuruus ei vielä sinänsä kerro, mitä tulisi tehdä tai tulisiko tehdä mitään. Tämä tieto yhdistettynä siihen, että valtio keräsi vuonna 2003 alkoholijuomaveroa 1,4 miljardia euroa ei esimerkiksi kerro, että alkoholista olisi yhteiskunnalle enemmän hyötyä kuin haittaa (ks. esim. International guidelines ... 2003).

### Lähteet

- Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholi ja huumeet. SVT Sosiaaliturva 2005, Stakes, Gummerrus kirjapaino, Vaajakoski 2005.
- Single, Eric & Collins, David & Easton, Brian & Harwood, Henrick & Lapsley, Helen Kopp, Pierre & Wilson Ernesto: International guidelines for estimating the costs of substance abuse, second edition. World Health Organization, Switzerland 2003.
- Österberg, Esa & Kajalo, Sami & Leppänen, Kalervo & Nilola, Kari & Rauhanen, Timo & Salomaa, Jukka & Voipio, Iikko B.: Alkoholijuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset. Arviot Suomen alkoholilolista vuonna 2004 kolmen erilaisen alkoholiveron alentamismahdollisuuden mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu No. 8. Oy Edita Ab, Helsinki 1998.

## RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2006

Marja Veikkolainen, Päivi Hämäläinen: Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tieto- ja viestintäteknii-  
kan koulutus- ja oppimateriaalitarve ja koulutuksen kehittämisen haasteet  
Raportteja 9/2006 Tilausnro R9/2006

Marja-Leena Perälä, Eija Grönroos, Anu Sarvi: Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi  
Raportteja 8/2006 Tilausnro R8/2006

Ilkka Winblad, Jarmo Reponen, Päivi Hämäläinen, Maarit Kangas: Informaatio- ja kommunikaatiotekno-  
logian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2005. Tilanne ja kehityksen suunta  
Raportteja 7/2006 Tilausnro R7/2006

Ilka Haarni Keskeneräistä yhdenvertaisuutta.Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa  
tutkimustiedon valossa  
Raportteja 6/2006 Tilausnro R6/2006

Evert Vedung: Konsten att utvärdera nätverk  
Rapporter 5/2006 Tilausnro R5/2006

Pekka Ruotsalainen: Suositukset terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvaliselle sähköiselle arkistoin-  
nille. Usean toimintayksikön yhteinen käyttäjän ja käyttöoikeuksien hallinta – periaatteet ja suositukset  
Raportteja 4/2006 Tilausnro R4/2006

Päivi Lapveteläinen: Tieto- ja viestintätekniset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palvelu-  
ketjujen mahdollistajana  
Raportteja 3/2006 Tilausnro R3/2006

Tuula Hynninen, Maila Upanne: Akuutti kriisityö kunnissa vuosina 2002 ja 2005. Nykytila ja kehittämis-  
haasteet  
Raportteja 2/2006 Tilausnro R2/2006

Kirsi Vitikainen, Markku Pekurinen, Urpo Kiiskinen: Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakoin-  
nista aiheutuvien eliniänaikaisten hoitokustanusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen  
arviointia  
Raportteja 1/2006 Tilausnro R1/2006