

VATT-KESKUSTELUALOITTEITA
VATT-DISCUSSION PAPERS

315

JULKISESTI
TUETTU HAMMAS-
HOITO VUOSINA
1994-2000

Maija-Liisa Järviö

ISBN 951-561-470-8

ISSN 0788-5016

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Government Institute for Economic Research

Hämeentie 3, 00530 Helsinki, Finland

Email: etunimi.sukunimi@vatt.fi

Oy Nord Print Ab

Helsinki, lokakuu 2003

JÄRVIÖ MAIJA-LIISA: JULKISESTI TUETTU HAMMASHOITO VUOSINA 1994-2000. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Government Institute for Economic Research, 2003, (C, ISSN 0788-5016, No 315). ISBN 951-561-470-8.

Tiivistelmä: Vuosina 1994-2000 terveyskeskusten järjestämän hammashuollon käyttömenojen, potilaiden, käyntien ja henkilöstön määrien kehitys oli hyvin maltillista. Sen sijaan alueelliset erot terveyskeskusten hammashuollon palvelujen saatavuudessa olivat merkittävät. Suurin osa kunnista tarjosi hoitoa vain järjestelmälliseen hoitoon oikeutetuille. Myös Kansaneläkelaitoksen maksamista yksityisen hammashoidon korvauksista 76% kohdistui järjestelmällisen hammashoidon potilaille. Läänien väliset erot asukasta kohden lasketuissa kustannuksissa ja käyntimäärissä olivat huomattavat kuten myös kuntien tarjoaman hammashoidon kattavuudessa. Hammashuollon julkisen tuen laajennukset vuosina 2001 ja 2002 eivät lisänneet terveyskeskusten hammashuollon käyntimääriä vielä vuonna 2001, mutta lisäsivät yksityisiä hammashuoltokäyntejä.

Asiasanat: Julkisesti tuettu hammashuolto, kustannukset, kattavuus

JÄRVIÖ MAIJA-LIISA: JULKISESTI TUETTU HAMMASHOITO VUOSINA 1994-2000. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Government Institute for Economic Research, 2003, (C, ISSN 0788-5016, No 315). ISBN-951-561-470-8.

Abstract: The development of expenditures and the amounts of patient, visits and personnel of Finnish health centres were moderate in 1994-2000. The regional differences in the accessibility of public funded dental services were remarkable. Most municipalities offered dental care only for those, who were entitled to systematically care. Also 76 % of the reimbursements for private dental care paid from the Social Insurance Institution were used by those in systematically care. The differences in expenditures and visits per capita between provinces were remarkable as if as in the coverage of dental care provided by municipalities. The expansions of public funded dental care in 2001 and 2002 didn't increase visits in health centres in 2001 but increased the visits to private dental care.

Key words: Public funded dental care, expenditures, accessibility

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Aineisto	4
3 Julkisen hammashuollon resurssien ja tuotosten kehitys vuosina 1994-2000	5
3.1 Kustannukset	5
3.2 Hammashuollon käynnit ja potilaat	8
3.3 Hammashuollon henkilöstö	10
4 Julkisen ja yksityisen korvattavan hammashuollon kustannukset käynnit ja potilaat vuonna 2000: alueellinen tarkastelu	12
4.1 Kustannukset	13
4.2 Järjestelmällinen hammashuolto	15
4.3 Julkisesti tuetun hammashuollon kattavuus	16
5 Suun terveydenhuolto vuosituhannen alussa	18
6 Lopuksi	22
Lähteet	25

1 Johdanto

Suun hammashoitoa koskevat julkiset palvelut käynnistettiin vuonna 1956 lailla kansakoululaisten kunnallisesta hammashoidosta. Kansanterveyslaki (1972) laajensi hammashoidon palvelut koskemaan myös hammassairauksien ehkäisyä ja hoitoa rajaamalla palvelut kuitenkin pääasiassa alle kaksi vuotiaisiin ja 6-13-vuotiaisiin. Hammashoitoon oikeutettujen ikäluokkien määrää laajennettiin vähitellen niin, että vuonna 1975 palvelujen piiriin tulivat alle 17-vuotiaat, vuonna 1984 alle 19-vuotiaat, vuonna 1986 alle 25-vuotiaat ja vuonna 1990 alle 34-vuotiaat. Lisäksi kunnalliseen hammashoitoon ovat olleet oikeutettuja rintamaveteraanit, raskaana olevat ja eräitä yleissairauksia sairastavat.

Julkisen sektorin tuottama hammashoito on annettu pääasiassa terveyskeskusten maksuttomina tai subventoituna palveluina. Yksityissektorin hammashuoltopalvelujen kustannuksista Kansaneläkelaitos on korvannut taksoihinsa perustuvan osan korvauksiin oikeutetuille. Maksuttomien, subventoitujen tai Kansaneläkelaitoksen korvaamien palvelujen ulkopuolelle ovat jääneet oikomishoito ja proteettiikka rintamaveteraanien proteettista hoitoa lukuun ottamatta.

Kuntien mahdollisuudet vastaanottaa julkiseen hammashoitoon oikeutetut asiakkaat ovat erilaiset riippuen asiakaskunnan suuruudesta ja korvaavien palvelujen saatavuudesta. Suun terveydenhuollon kehittämisprojektin loppuraportin (2001) mukaan vuonna 1998 noin kolmannes suomalaisista asui alueilla, joissa terveyskeskushoitoon pääsi koko väestö, kolmannes alueilla, joissa terveyskeskukset hoitivat pääasiassa vuonna 1956 syntyneitä ja nuorempia ja kolmannes alueilla, joissa terveyskeskukset tarjosivat palveluja tätäkin suppeammalle ryhmälle. Koko väestöä palvelevia terveyskeskuksia oli eniten Keski-Suomessa ja vähiten Uudenmaan läänissä. Eniten hoitoon pääsyä rajoitettiin suurissa kaupungeissa ja vastaavasti yksityiset palvelut olivat keskittyneet kaupunkeihin ja Etelä-Suomeen.

Eduskunta sääti vuoden 2000 joulukuussa hammashuoltouudistusta koskevat kansanterveyslain (1219/2000) ja sairausvakuutuslain (1202/2000) muutokset, joilla koko väestö tuli yhteiskunnan tukeman hammashoidon piiriin. 1.4.2001 alkaen hoito tuli järjestää kaikille vuonna 1946 ja jälkeen syntyneille ja 1.12.2002 lähtien koko väestö oli julkisesti tuetun hammashoidon piirissä. Laki-en tavoitteena on, että väestö saa terveystarpeen mukaiset suun terveydenhuollon palvelut. Uudistuksen jälkeen hoitoon pääsyn perusteena ei ole enää ikä, vaan suun ja hampaiden terveydentilan edellyttämä hoidon tarve. Lakimuutoksen perusteluissa kuitenkin todetaan, että kunnan järjestämisvelvollisuuden laajennus ei merkitse sitä, että kuntalaisille syntyisi erityinen subjektiivinen oikeus päästä kunnalliseen hammashoitoon. Hammashuoltouudistus perustuu edelleen siihen, että julkinen tuki jaetaan sekä kunnallisen järjestelmän että sairausvakuutuksen kautta.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen marraskuussa 1999 antaman päätöksen (Dnro 889/4/97) mukaan kunnan asukkaiden tulee saada hammashuollon palveluja yhtenäisten perusteiden mukaan. Jos palveluja ei voida järjestää kaikille, tulee palvelujen rajaamisen perusteiden olla hyväksyttävät, ennalta tiedossa ja kohdistua kaikkiin samalla tavalla (Suomen Hammaslääkäriliiton kanta hammashoitopalvelujen kohdentamisesta. 15.3.2002).

Vuonna 2000 terveystieteiden järjestämän hammashuollon käyttömenot olivat 1,4 miljardia markkaa (235 milj. €), keskimäärin 10 prosenttia perusterveydenhuollon käyttömenoista. Kansaneläkelaitos maksoi yksityisen hammashuollon korvauksia 245 miljoonaa markkaa (41 milj. €), kaksi kolmasosaa muiden yksityislääkärien palkkioista maksetuista korvauksista.

Suun terveydenhuoltoa koskevia tutkimuksia on meneillä ainakin Stakesissa, sosiaali- ja terveysministeriössä ja Kansaneläkelaitoksen tutkimusyksikössä. Stakesissa tutkitaan suun terveydenhuollon haasteita sekä seurataan suun terveystieteiden palveluja ja arvioidaan hammashuollon kehitystä Suomessa ja EU-alueella. Sosiaali- ja terveysministeriön suun terveydenhuollon kehittämishankkeessa selvitetään 10 kunnan osalta mahdollisuutta kohdistaa olemassa olevat palvelut nykyistä tarkoituksenmukaisemmin väestön terveystarpeiden näkökulmasta. Kansaneläkelaitoksen tutkimusyksikön ja Kansanterveyslaitoksen yhteisprojektissa tutkitaan aikuisten suun terveyttä, hammashuollon palvelujen käyttöä ja subventioudistusta.

Suomen Kuntaliitto teetti tutkimuksen keskisuurten kaupunkien terveydenhuollon kustannuksista vuonna 2000 (Lahtinen ja Laitinen, 2001). Tutkimuksessa oli mukana kymmenen keskisuurta kaupunkia väkiluvultaan 30 700-58 000 asukasta. Tutkimuksen tulosten perusteella keskisuurten kuntien hammashuollon kustannukset ja suoritelmäärät vaihtelivat kaupunkien välillä. Perusterveydenhuollon hammashuollon kustannusosuus oli melko vakio, 3-5 prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista, ja vaihteli 212 markasta 334 markkaan asukasta kohden. Käyntejä asukasta kohden kertyi 0,5-0,9 ja käyntikerran hinta oli 277-441 markkaa. Kaikissa keskisuurissa kaupungeissa hammashuollon palvelujen suurin käyttäjäryhmä oli 7-14-vuotiaat ja heidän hammashuoltonsa kustannusosuus vaihteli 7-15 prosenttiin. Kustannukset nuorta kohden vaihtelivat 215 markasta lähes 400 markkaan ja käyntejä 7-14-vuotiasta kohden oli 2,2:sta 3,7:ään.

Stakesin tekemien erityiskyselyiden perusteella kuntakohtaiset kustannuserot selittyivät osin suun terveydenhuollon henkilöstön rakenteella ja osa palveluiden tarjonnalla. Kun palveluja tarjottiin tervehampaiselle väestölle, kustannukset olivat selvästi alhaisemmat kuin jos palveluiden piirissä oli hoitoa tarvitsevia aikuisia (Suun terveydenhuollon kehittämisprojektin loppuraportti, 2001, s.88).

Tässä selvityksessä pyritään kuvaamaan julkisesti tuetun hammashuollon kehitystä ja tilaa ennen julkisesti tuetun hammashuollon laajenemista. Luvussa 3 tar-

kastellaan kuntien kustantaman hammashuollon ja Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen hammashuollon tuotosten ja menojen kehitystä vuosina 1994-2000. Luvussa 4 katsotaan miten suuria alueellisia ja kunnittaisia eroja julkisen ja yksityisen hammashuollon järjestämisen laajuudessa, kattavuudessa ja kustannuksissa oli vuonna 2000. Luvuissa 5 ja 6 tarkastellaan suun terveydenhuollon palvelujen tilannetta vuosituhannen vaihteessa ja tarjonta- ja kysyntätekijöiden kehitysarvioita.

2 Aineisto

Vuosien 1994-2000 kunnittaiset terveystieteiden hammashuollon käynnit, potilasmäärät, hammashuollon käyttömenot ja väestötiedot perustuvat Stakesin ylläpitämään SOTKA-tietokantaan. Hammashuollon käynnit sisältävät hammaslääkärin, hammashoitajan ja hammashuoltajan käynnit ja ne on jaettu järjestelmällisen hammashuollon käynteihin (vuonna 1956 tai myöhemmin syntyneet) ja muun väestön hammashuollon käynteihin. Myös potilastiedot on eritelty järjestelmällisen hoitoon oikeutetuiksi potilaiksi ja muiksi potilaiksi. Hammashuollon käyttömenoista on eroteltavissa palvelujen ostot valtiolta, kunnilta, yhtymiltä ja muilta palvelujen tuottajilta.

Kaikista kunnista ei tietoja ole kaikilta vuosilta 1994-2000. Siten koko maan tiedot eivät sisällä joka vuosi samoja kuntia. Kunnittaisissa arvioinneissa on aineistosta poistettu kunnat, joilla ei ole tietoja joka vuodelta tai joiden tiedot ovat selvästi epäluotettavia. Käyttömenot asukasta kohden sisältää 427 kunnan tiedot, hammashuollon käynnit ja potilaat 388 kunnan tiedot. Vuonna 1997 Heinolan maalaiskunta liitettiin Heinolan kaupunkiin, Lohjan maalaiskunta Lohjan kaupunkiin ja Porvoon maalaiskunta Porvoon kaupunkiin. Nämä kuntamuutokset on otettu huomioon vuosien 1994-96 aineistoissa yhdistämällä liitettyjen kuntien tiedot.

Yksityisen korvattavan hammashuollon kunnittaiset kustannukset, korvausten määrä, korvauksia saaneiden lukumäärä ja käyntien määrä perustuvat myös SOTKA-tietokantaan. Koko maan tiedot perustuvat Kansaneläkelaitoksen tilastollisiin vuosikirjoihin vuosilta 1994-2000. Vuosien 2001 ja 2002 tiedot ovat Kansaneläkelaitoksen kuukausitilastoista.

Kuntien palveluksessa olevien ja yksityispraktiikkaa harjoittavien hammaslääkäreiden määrätiedot perustuvat Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenrekisterin tietoihin.

3 Julkisen hammashuollon resurssien ja tuotosten kehitys vuosina 1994-2000

Tässä luvussa kuvataan sekä kuntien kustantaman hammashuollon että Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen hammashuollon käyttömenojen, kustannusten, hoidettujen potilaiden ja käyntien määrän kehitystä vuosina 1994-2000. Lisäksi tarkastellaan järjestelmällisen hammashuollon kustannusten ja potilaiden osuutta julkisesti tuetussa hammashuollossa ja kuntien tuottaman hammashuollon henkilöstömäärän kehitystä. Hammashuollon resurssien ja tuotosten kehitystä kuvataan koko maan keskimääräisillä arvoilla ja joiltakin osin tarkastellaan myös lääneittäistä kehitystä.

Terveys 2000-tutkimuksen (2002) ensimmäisten tulosten mukaan aikuisten suun terveys on parantunut viimeisten 20 vuoden aikana. Esimerkiksi hampaattomuus on laskenut 37 prosentista 14 prosenttiin. Alueelliset erot olivat kuitenkin huomattavat, sillä hampaattomuus oli Pohjois-Suomessa kaksi kertaa niin yleistä kuin Etelä-Suomessa. Karies ja iensairaudet olivat edelleen hyvin yleisiä aikuisväestöllä, esimerkiksi iensairauksia oli edelleen kahdella kolmasosalla tutkimukseen osallistuneilla (10000 yli 18-vuotiasta). Vaikka hammashoitoa saaneiden määrä onkin kasvanut viidenneksellä, on hammashoidon palvelujen käyttö edelleen vähäisempää kuin muissa Pohjoismaissa. Myöskään sosiaaliset erot hammashoidon palvelujen käytössä eivät ole hävinneet.

3.1 Kustannukset

Kuntien kustantaman hammashuollon reaalihintaiset käyttömenot kohosivat vain noin neljä prosenttia, 1365 miljoonasta markasta 1423 miljoonaan markkaan vuosina 1994-2000. Henkilökunnan palkkojen osuus on hammashuollossa pienempi kuin muussa perusterveydenhuollossa johtuen esimerkiksi koneiden ja laitteiden investoinneista ja muuta perusterveydenhuoltoa suuremmista materiaalikuluista. Palkkojen osuus käyttömenoista kasvoi 39 prosentista 42 prosenttiin vuosina 1994-2000.

Käyttömenoista suurin osa muodostui terveyskeskuksen hammashuollon omasta toiminnasta. Muilta ostettujen palvelujen menot muodostivat 30 prosenttia käyttömenoista vuonna 2000, viisi prosenttiyksikköä vähemmän kuin kuusi vuotta aikaisemmin. Muilta ostetut palvelut olivat pääsääntöisesti yksittäisten kuntien terveyskeskusten ostamia hammashuollon palveluja kuntayhtymien terveyskeskuksilta.

Perusterveydenhuollon eli terveyskeskusten hammashuollon perimät maksut kattoivat 12-14 prosenttia niiden käyttömenoista vuosina 1994-2000. Stakesin julkaiseman tutkimuksen (2001) mukaan vuonna 1999 hammashuollon asiakas-

maksuja kertyi 296 miljoonaa markkaa eli noin 100 miljoonaa markkaa enemmän kuin SOTKA-tietokannan mukaan. 1990-luvun puolivälissä maksut muodostivat suurimman osan kuntien kustantaman hammashuollon käyttötuotoista, mutta viime vuosina niiden osuus on laskenut muutaman prosenttiyksikön samanaikaisesti kun valtiolta ja muilta sektoreilta saatujen myyntituottojen merkitys on kasvanut.

Asukasta kohti laskettuna kuntien kustantaman hammashuollon kiinteähintaisten käyttömenojen jakauma kehittyi varsin tasaisesti (taulukko 1). Hammashuoltoa edullisesti ja kalliisti tuottaneiden kuntien käyttömenojen välinen suhde ei juurikaan muuttunut. Kuntien alimman kymmenesosan menot olivat noin puolet ylimmän kymmenyksen menoista koko ajanjakson.

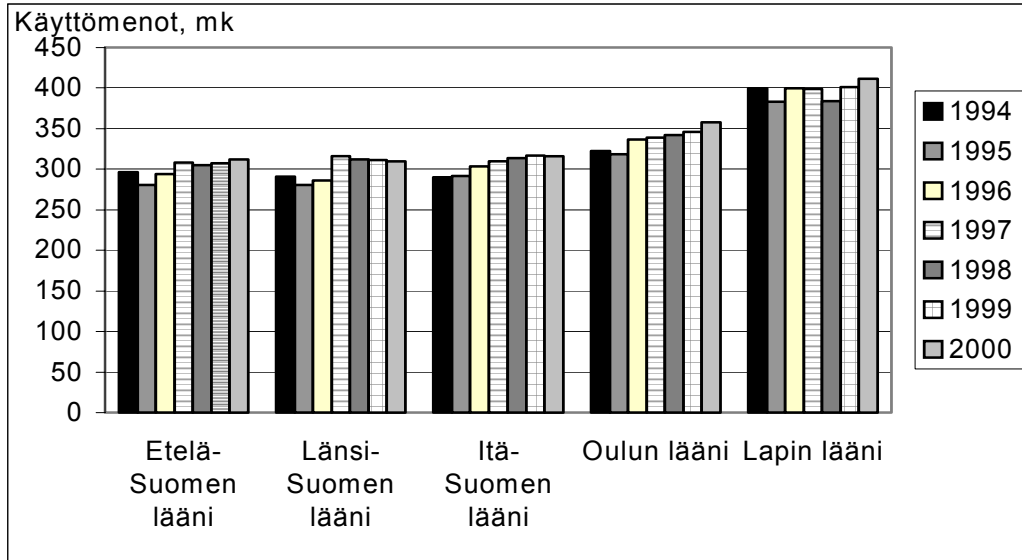
Taulukko 1. Hammashuollon käyttömenojen jakauma asukasta kohden vuosina 1994-2000, mk

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
alin 10%	203	196	208	221	221	224	225
alin 25%	245	238	243	266	261	265	264
mediaani	287	279	290	310	307	309	313
ylin 25%	341	338	351	367	370	368	370
ylin 10%	397	395	412	427	424	418	420

Lähde: Sotka-tietokanta

Lääneittäin tarkasteltuna hammashuollon käyttömenojen erot olivat huomattavat mutta läänien sisäinen reaalimenojen kehitys oli varsin maltillista vuosina 1994-2000 (kuvio 1). Eteläisimpien läänien terveyskeskuksissa annettuun hammashoittoon käytettiin keskimäärin noin 300 markkaa ja Lapin läänissä noin 400 markkaa asukasta kohden. Oulun läänissä kunnallisen hammashuollon käyttömenot asukasta kohden kohosivat eniten, noin 10 prosenttia ja olivat noin 360 markkaa vuonna 2000.

Kuvio 1. Kuntien kustantaman hammashuollon keskimääräiset käyttömenot asukasta kohden lääneittäin vuoden 2000 hinnoin vuosina 1994–2000, mk

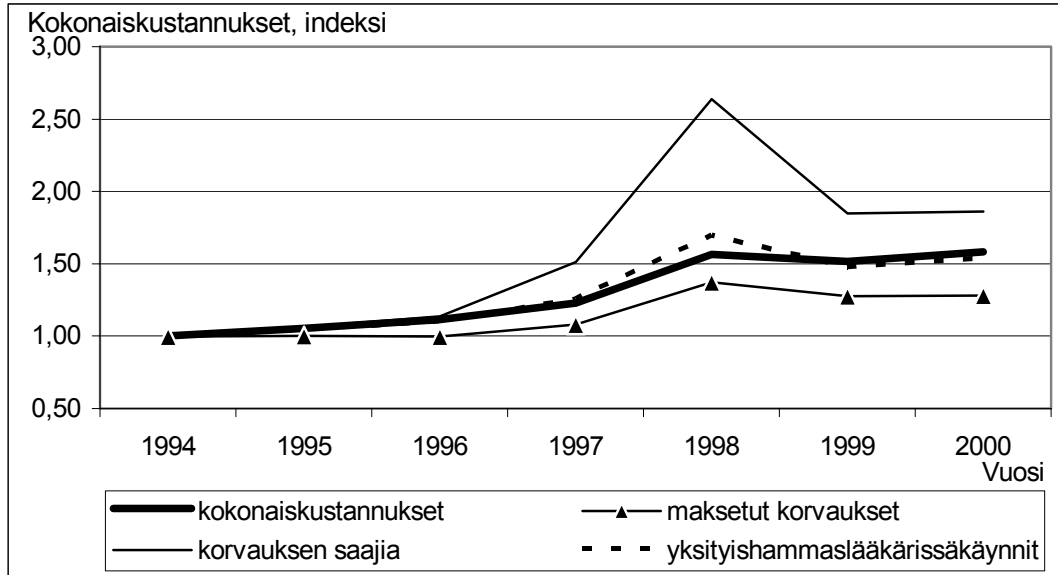


Lähde: Sotka-tietokanta

Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen hammashuollon kiinteähintaiset kustannukset kasvoivat runsaasta 340 miljoonasta markasta 544 miljoonaan markkaan vuosina 1994–2000, eli moninkertaisesti kuntien kustantaman hammashuollon käyttömenoihin verrattuna. On kuitenkin huomattava, että yksityisen hammashuollon kustannukset, joihin korvattavat potilasmaksut perustuvat, sisältävät käyttömenojen lisäksi laiteinvestoinnit ja mahdollisen voiton eivätkä siten ole täysin vertailukelpoiset kunnallisen hammashuollon käyttömenoihin.

Vuonna 2000 Kansaneläkelaitos maksoi korvauksia 245 miljoonaa markkaa, noin 58 miljoonaa markkaa (vuoden 2000 hinnoin) enemmän kuin vuonna 1994. Korvauksen suuruus on 60 prosenttia Kansaneläkelaitoksen vuonna 1989 vahvistamista taksoista. Käytännössä korvaus vaihteli 25–45 prosenttiin toimenpiteestä riippuen ja keskimääräinen korvausprosentti oli 45 vuonna 2000. Yksityisen hammashuollon hammaslääkärikäyntejä tehtiin 1,2 miljoonaa, joista kolme neljänestä 25–44-vuotiaille. Korvauksia maksettiin noin 465 000 henkilölle, keskimäärin 204 markkaa omavastuukertakäyntiä kohti. Korvauksen saaneiden määrä on kasvanut tasaisesti lukuun ottamatta vuotta 1998, jolloin korvauksien saaneiden määrä kasvoi noin 200 000:lla ja korvauksia maksettiin 660 000 henkilölle. Korvausten saajien määrän voimakkaaseen kasvupiikkiin vuonna 1998 vaikutti se, että 1.10.1997 lukien korvattiin vuonna 1955 tai sitä ennen syntyneille kerran kolmessa kalenterivuodessa hammaslääkärin suorittama tutkimus- ja ehkäisevä hoito yhdeltä toimenpiteeltä. (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2000).

Kuvio 2. Yksityisen sektorin hammaslääkärikäyntien, kokonaiskustannusten, maksettujen korvausten (vuoden 2000 hinnoin) ja korvausten saajien määrän kehitys vuosina 1994-2000, indeksi 1994=1



Lähde: Kansaneläkelaitoksen tilastolliset vuosikirjat

Kansaneläkelaitoksen maksamista yksityisen hammashoidon korvauksista 76 prosenttia kohdistui järjestelmällisen hammashoidon potilaille, joiden osuus korvausten saajista oli 72 prosenttia ja joiden käyntien sekä hoidon kustannusten osuus oli 80 prosenttia vuonna 2000.

3.2 Hammashuollon käynnit ja potilaat

Hammashuollon käyntien määrä oli varsin vakaa vuosina 1994-2000, noin 5 miljoonaa käyntiä vuodessa. Tosin SOTKA-tietokannan mukaan käyntejä olisi ollut 5,5 miljoonaa vuonna 2000, mutta Suomen Kuntaliiton toimittaman Terveyskeskusten taloustilaston ja Stakesin Sosiaali- ja terveydenhuollon vuosikirjan mukaan käyntien määrä oli 4,8 miljoonaa vuonna 2000.

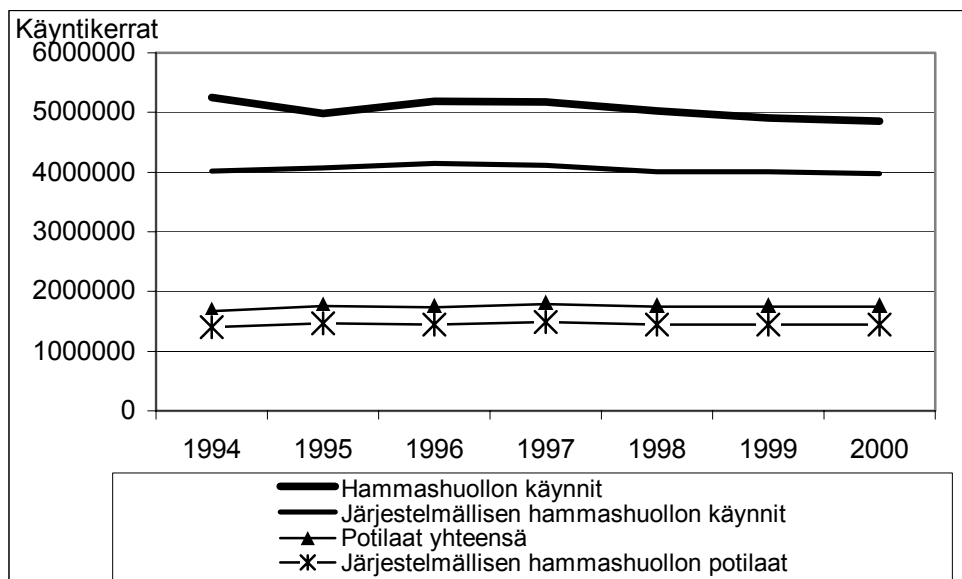
Kuntien kustantamien hammashuollon käynneistä kunnat itse tuottivat 60 prosenttia vuonna 1994 ja osuus kasvoi 65 prosenttiin vuoteen 2000 mennessä. Vastaavasti kuntayhtymiltä ostettujen hammashuoltokäyntien osuus laski 40 prosentista 35 prosenttiin, mihin vaikutti osin kolmen kuntayhtymän purkautuminen vuonna 1997. Muilta palvelujen tuottajilta ostettujen palvelujen osuus oli vähäinen, mutta kohosi 0,4 prosentista 0,6 prosenttiin vuosina 1994-2000.

Kunnallisen hammashuollon potilasmäärä ei paljonkaan vaihdellut vuosina 1994-2000 ja oli noin 1,7 miljoonaa henkilöä. SOTKA-tietokannan tietojen mukaan useissa kunnissa hammashuollon potilaiden määrä aleni vuonna 2000 kolman-

neksestä lähes puoleen, mikä vaikuttaa epäilyttävältä. Siksi vuoden 2000 potilasmääränä on käytetty Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollisen vuosikirjan lukuja. Kuntien kustantaman hammashuollon käynnit asukasta kohden vaihtelivat 0,4 käynnistä 2,4 käyntiin mediaanin ollessa 1,2 käyntiä vuosina 1994-2000. Neljäsosassa eli noin sadassa kunnassa käyntejä oli enemmän kuin 1,4 asukasta kohden. Järjestelmällisen hammashuollon potilaiden määrän kehitys oli vastaava kuin potilaiden kokonaismäärän.

Järjestelmällisen hammashuollon, so. julkisesti tuettuun hammashoittoon oikeutettujen asukkaiden käyntien keskimääräinen osuus kasvoi vuoden 1994 70 prosentista 80 prosenttiin vuoteen 2000 mennessä. Vuosina 1994-99 neljäsosassa kunnista järjestelmällisen hammashuollon käyntien osuus oli noin kaksi kolmasosaa mutta kohosi 69 prosenttiin vuonna 2000. Neljäsosassa kuntia järjestelmällisen hammashuollon käynnit muodostivat runsaat 80 prosenttia kaikista käynneistä vuosina 1994-99, mutta vuonna 2000 tällaisten kuntien osuus laski 74 prosenttiin.

Kuvio 3. Kuntien kustantaman koko hammashuollon ja järjestelmällisen hammashuollon käynnit ja potilaat vuosina 1994-2000

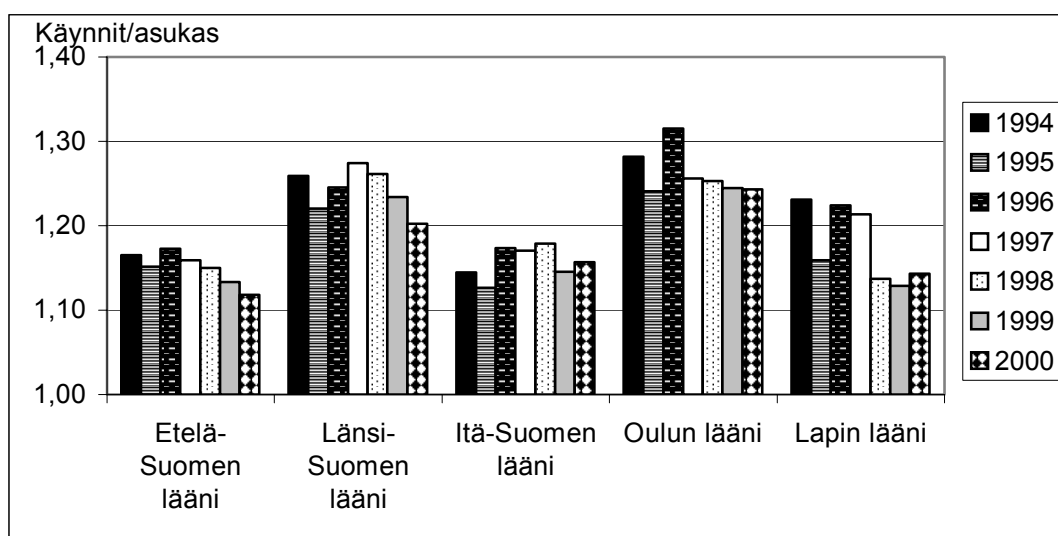


Lähde: Sotka-tietokanta

Potilasta kohden kuntien kustantaman hammashuollon käyntejä oli keskimäärin 2,9 vuosina 1994-99 ja 3,3 vuonna 2000. Todennäköiset virheet vuoden 2000 potilasmäärissä nostanevat käynnit potilasta kohden korkeammiksi kuin todellisuudessa oli. Vuosina 1994-99 neljäsosassa kuntia potilasta kohden oli korkeintaan 2,7 käyntiä ja neljäsosassa kuntia vähintään 3,2 käyntiä.

Länsi-Suomen ja Oulun läänien kunnat tarjosivat hammashuollon käyntejä asukasta kohden selvästi enemmän kuin muut läänit vuosina 1994-2000. Näissä lääneissä tehtiin asukasta kohden keskimäärin 0,1 käyntiä enemmän kuin muissa lääneissä. Lapin läänin asukasta kohden laskettujen hammashuollon käyntien vuosittainen suuri vaihtelu ei selity ainakaan hammashuollon henkilöstön määrän muutoksella, joka oli varsin vähäistä 1990-luvun jälkipuoliskolla.

Kuvio 4. Kuntien kustantaman hammashuollon käynnit asukasta kohden, kunnittaiset keskiarvot lääneittäin vuosina 1994 – 2000



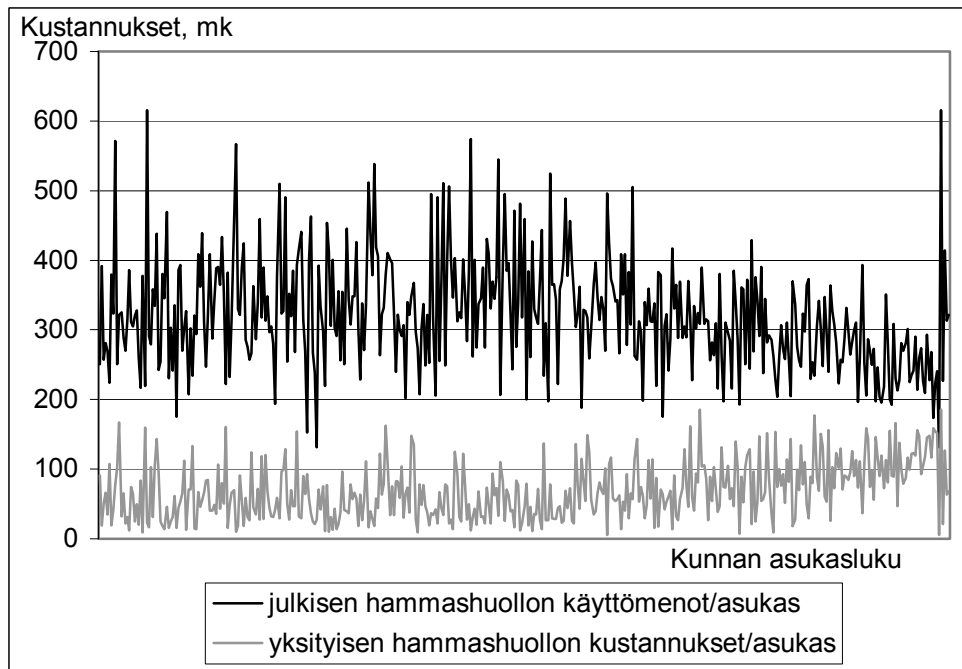
Lähde: Sotka-tietokanta

3.3 Hammashuollon henkilöstö

Vuosina 1994-2000 sekä kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskuksissa että yksityisellä sektorilla toimivien hammaslääkärien määrä pysyi lähes ennallaan, noin 2100 hammaslääkärinä. Perusterveydenhuollossa toimivien hammashoitajien määrä laski 2700 hoitajasta 2600 hoitajaan. Sen sijaan hammashuoltajien ja suuhygienistien määrä lisääntyi voimakkaasti 320 henkilöstö 450 henkilöön. Lähes kaikki kuntasektorilla toimineista hammashoitajista ja 94 prosenttia hammaslääkäreistä, hammashuoltajista ja suuhygienisteistä toimi perusterveydenhuollossa.

Hammashuollossa vakituisen henkilöstön poistumaa on korvattu osa-aikaisilla työsuhteilla. Vakituksessa kokoaikaisessa työsuhteessa toimivien hammaslääkäreiden osuus laski 82 prosentista 78 prosenttiin ja vastaavasti osa-aikaisessa työsuhteessa olevien määrä kasvoi 11 prosentista 17 prosenttiin vuosina 1994-2000.

Kuvio 5. Kuntien ja kuntayhtymien perusterveydenhuollon hammashuollon henkilöstön määrän kehitys, indeksi 1994=100



Lähde: Suomen Hammaslääkäriliiton tilastot

Koska hammaslääkärin määrä oli varsin vakaa koko 1990-luvun, kuntien kustantamassa hammashuollossa toimi keskimäärin 0,45 hammaslääkärinä tuhatta asukasta kohti. Vuosina 1994-2000 terveyskeskushammaslääkäri hoiti vuosittain keskimäärin 750 potilasta ja noin 2100 potilaskäyntiä.

Hammaslääkärin koulutuksen sisäänottomäärää supistettiin puoleen vuonna 1994, jolloin hammaslääkäriopinnot aloitti vain 55 opiskelijaa. Sisäänottomäärä on sittemmin nostettu ja vuonna 2001 hammaslääkäriopinnot aloitti 83 opiskelijaa. Sisäänottomäärän supistuminen näkyi vuoden 1999 laillistettujen hammaslääkärin määrässä, mikä oli vain 77 hammaslääkärinä, kun määrä oli 1990-luvulla suurimmillaan 132. Hammaslääketieteen opiskelun aloittavien opiskelijoiden määrän vähentyminen ei näkynyt kuitenkaan terveyskeskuksissa toimivien hammaslääkärin määrässä vielä vuonna 2000.

4 Julkisen ja yksityisen korvattavan hammashuollon kustannukset, käynnit ja potilaat vuonna 2000: alueellinen tarkastelu

Tässä luvussa tarkastellaan alueellisia ja kuntien välisiä eroja kunnallisen hammashuollon käyttömenoissa ja Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen hammashuollon kustannuksissa sekä julkisen hammashuollon kattavuudessa vuonna 2000. Tarkastelulla halutaan kuvata julkisin varoin tuotetun hammashuollon tilannetta ja kunnittaisia ja lääneittäisiä eroja ennen julkisesti tuetun hammashuollon laajenemista vuosina 2001 ja 2002.

Kuntien kustantaman hammashuollon potilaiden ja käyttömenojen läänien välinen jakauma vastasi melko hyvin niiden väestöosuutta. Etelä-Suomen lääni poikkesi hieman muista lääneistä, sillä siellä kunnan kustantaman hammashuollon potilaiden osuus oli väestöosuutta pienempi ja pienempi kuin meno-osuus. Länsi-Suomen ja Oulun lääneissä potilaiden osuus oli hieman suurempi kuin väestöosuus. Yksityisen korvattavan hammashuollon kustannusosuus oli Etelä-Suomen läänissä suurempi ja Itä-Suomen läänissä pienempi kuin väestöosuus. Neljä viidesosaa yksityisen hammashuollon korvattavista kustannuksista syntyi Etelä- ja Länsi-Suomen lääneissä.

Taulukko 3. Läänien osuudet väestöstä, kuntien kustantaman hammashuollon potilaista ja käyttömenoista sekä yksityisen korvattavan hammashuollon kustannuksista vuonna 2000, prosenttia

	Väkiluku	Potilaat	Käyttömenot	Yksityisen hammashuollon kustannukset
Etelä-Suomen lääni	41	36	38	47
Länsi-Suomen lääni	35	37	35	34
Itä-Suomen lääni	12	12	12	8
Oulun lääni	9	11	10	8
Lapin lääni	4	4	4	3

Lähteet: Sotka-tietokanta ja Kansaneläkelaitoksen tilastot

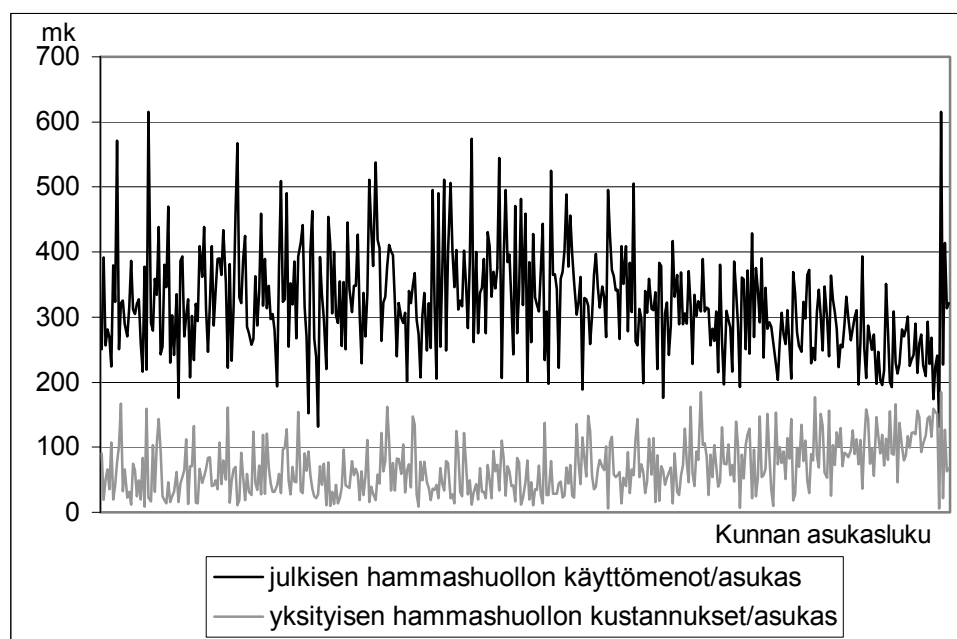
Myös järjestelmälliseen hammashoittoon kuuluvien ja järjestelmällisen hammashuollon potilaiden lääneittäiset osuudet vastasivat läänien väestöosuuksia.

4.1 Kustannukset

Odotettua oli, että julkisen hammashuollon käyttömenot asukasta kohden laskivat ja yksityisen hammashuollon kustannukset kohosivat kunnan väkiluvun kasvaessa. Tosin kaikenkokoisissa kunnissa oli sekä korkean että alhaisen kustannustason kuntia kummassakin menoryhmässä.

Puolessa kunnista julkisen hammashuollon käyttömenot asukasta kohden olivat välillä 130–313 markkaa ja puolessa 314–615 markkaa. Vastaavasti yksityisen hammashuollon kustannukset asukasta kohden olivat puolessa kunnista alle 63 markkaa ja puolessa 64–185 markkaa. Yksityisen hammashuollon kustannukset asukasta kohden olivat keskimäärin neljänneksen julkisen hammashuollon vastaavista käyttömenoista. Kunnittain tarkastellen suurimmillaan yksityisen hammashuollon kustannukset asukasta kohden olivat 90 prosenttia julkisen hammashuollon käyttömenoista ja pienimmillään vain prosentin.

Kuvio 6. Julkisen ja yksityisen hammashuollon kustannukset (mk) asukasta kohden vuonna 2000 kunnan asukasluvun mukaan



Lähteet: Sotka-tietokanta ja Kansaneläkelaitoksen tilastot

Kunnallisen hammashuollon potilasta kohden laskettujen käyttömenojen mediaani oli 884 markkaa ja potilasta kohden lasketut käyttömenot vaihtelivat alle sadasta markasta pariin tuhanteen markkaan, mutta ääriarvoihin on syytä suhtautua varauksella mahdollisten tilastointivirheiden vuoksi. Lääneittäin tarkasteltuna menot potilasta kohden olivat suurimmat Lapin ja Etelä-Suomen lääneissä (taulukko 3). Koko maan julkisen hammashuollon kokonaiskustannusten kannalta

merkittävää on menotaso potilasta kohden eteläisimmissä lääneissä, joissa asuu lähes kolme neljäsosaa potilaista.

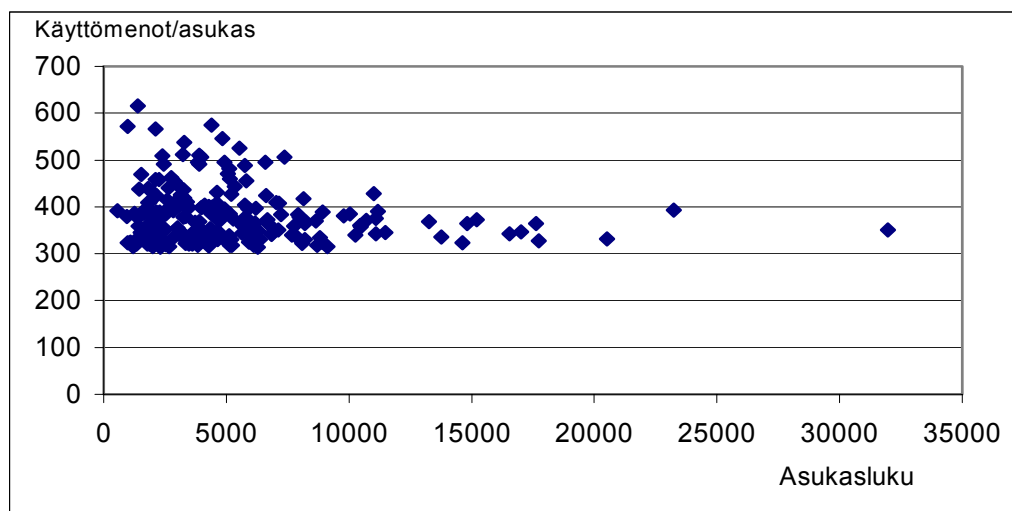
Taulukko 4. Kunnallisen hammashuollon käyttömenot potilasta kohden vuonna 2000 lääneittäin, markkaa

	Etelä-Suomen lääni	Länsi-Suomen lääni	Itä-Suomen lääni	Oulun lääni	Lapin lääni
Keskiarvo	1023	834	938	874	1103
Alin 10 %	492	404	493	449	609
Ylin 10 %	1392	1260	1344	1242	1553

Lähde: Sotka-tietokanta

Tarkasteltaessa asukasta kohden laskettujen julkisen hammashuollon käyttömenojen alinta ja ylintä puolikasta havaitaan, että mediaaniarvon ylittivät kunnat, joiden asukasluku oli alle 35 000 asukasta. Kaikki asukasluvultaan sitä suuremmat kunnat kuuluivat käyttömenojen alempaan puolikkaaseen.

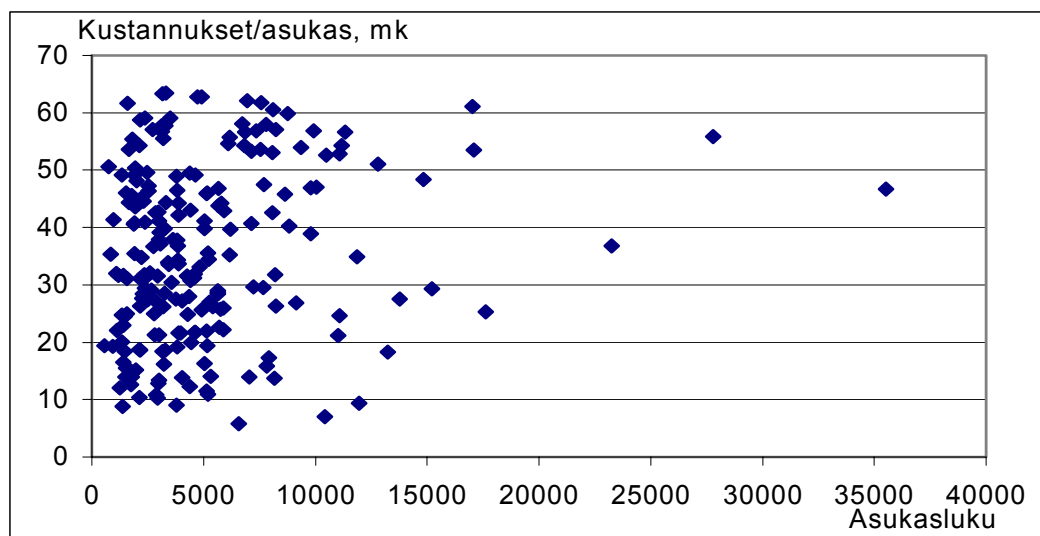
Kuvio 7. Kunnan väkiluku ja asukasta kohden laskettujen julkisen hammashuollon käyttömenojen mediaanin ylittävät kunnat vuonna 2000



Lähde: Sotka-tietokanta

Vastaavasti yksityisen korvattavan hammashuollon asukasta kohden laskettujen kustannusten mediaanin alittivat vain kunnat, joiden asukasluku oli alle 36 000 asukasta.

Kuvio 8. Kunnan väkiluku ja yksityisen hammashuollon asukasta kohden laskettujen kustannusten mediaanin alittavat kunnat vuonna 2000



Lähteet: Sotka-tietokanta ja Kansaneläkelaitoksen tilastot

Yksityisen hammashuollon kustannukset korvauksen saajaa kohden olivat keskimäärin 1170 markkaa, noin kolmanneksen korkeammat kuin kuntien kustantaman hammashuollon käyttömenot potilasta kohden. Kansaneläkelaitoksen maksama yksityisen hammashuollon korvaus korvauksen saajaa kohden oli keskimäärin 565 markkaa joten julkisesti tuetun yksityisen hammashuollon potilaan maksettavaksi jäi keskimäärin runsaat 600 markkaa eli yli puolet hoidon kustannuksista. Tilastokeskuksen hintaseurannan mukaan (10/2001) esimerkiksi hammaspaikan sairausvakuutuksen korvaama osuus oli 74-62 prosenttia yksityisen hammashoidon hinnasta.

Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenrekisterin mukaan vuonna 2000 Suomessa toimi 2 129 hammaslääkärinä kuntasektorin palveluksessa ja 2 663 yksityistä hammaslääkärinä. Luvut eivät ole toisiaan poissulkevia, sillä samalla henkilöllä voi olla useampia toimia tai vastaanottoja. Läänin hammaslääkäriosuus vastasi kohdullisesti sen väestöosuutta muualla paitsi Etelä-Suomen läänissä, missä kunnallisia hammaslääkäreitä oli väestöosuutta vähemmän ja yksityisiä hammaslääkäreitä väestöosuutta enemmän. Yli 80 prosenttia yksityisistä hammaslääkäreistä toimi Etelä- ja Länsi-Suomen lääneissä.

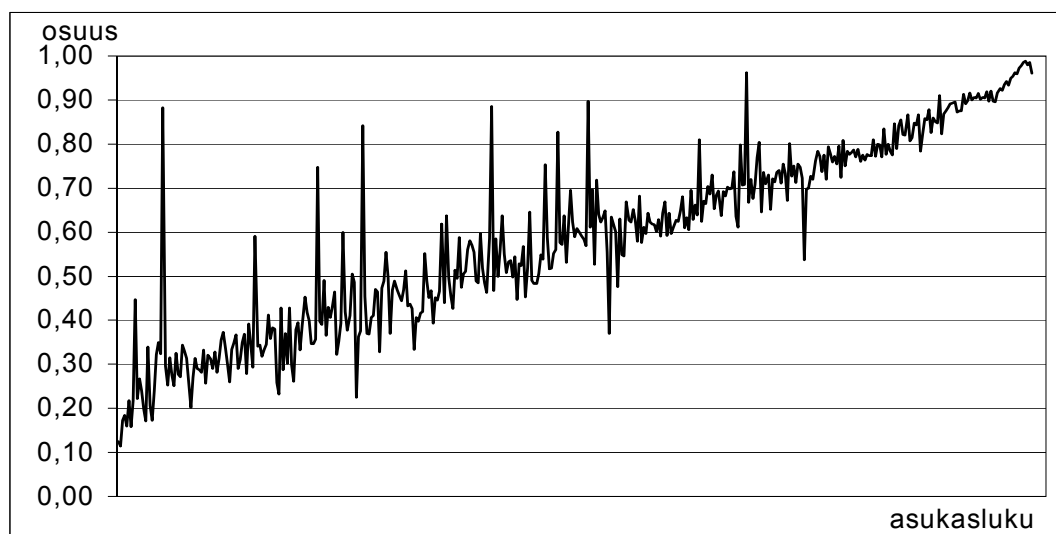
4.2 Järjestelmällinen hammashuolto

Järjestelmällisen hammashuollon potilaiden osuudella kaikista potilaista ja kunnan asukasluvulla näytti olevan selvä yhteys: Mitä pienempi kunta, sitä enemmän on hoidettu muitakin kuin järjestelmällisen hammashuollon piiriin kuuluvia potilaita. Alle 15 000 asukkaan kunnissa järjestelmällisen hoidon potilaat muodosti-

vat keskimäärin 53 prosenttia kaikista potilaista ja yli 30 000 asukkaan kunnissa heidän osuutensa oli yli 90 prosenttia.

Järjestelmällisen hammashoidon potilaiden osuus kaikista potilaista oli pienimmillään Etelä-Suomen läänissä (mediaaniarvo 55 %) ja suurimmillaan Lapin läänissä (mediaaniarvo 72 %). Osuuden hajonnassa ei ollut lääneittäisiä eroja.

Kuvio 9: Järjestelmällisen hammashuollon potilaiden osuus kaikista potilaista kunnan väkiluvun mukaan vuonna 2000, prosenttia



Lähde: Sotka-tietokanta

Järjestelmällisen hammashuollon piiriin kuuluvista keskimäärin 38 prosenttia käytti kuntien järjestämää hammashuoltoa vuonna 2000. Hoitoon oikeutetuista terveyskeskusten hammashuollon palveluja käytti enimmillään 74 prosenttia ja pienimmillään vain 14 prosenttia. Vain 10 prosentissa kuntia järjestelmällisen hammashuollon piiriin kuuluvista käytti kunnan tarjoamaa hammashuoltoa vajaa kolmannes ja 10 prosentissa kuntia yli 45 prosenttia.

4.3 Julkisesti tuetun hammashuollon kattavuus

Vuoden 2000 tarkasteluaineistoon kuului 5,1 miljoonaa henkilöä, joista kolme miljoonaa vuoden 1956 tai jälkeen syntyneitä järjestelmällisen hammashuollon piiriin kuuluvaa. Järjestelmällisen hammashoidon potilaita oli keskimäärin kolmasosa hoidon piiriin kuuluneista. Yksityisen korvattavan hoidon korvauksia sai 464 000 henkilöä. Julkista hammashoidon tukea sai 36 prosenttia väestöstä.

Suurimmassa osassa kuntia hoidettiin myös muiden kuin vuonna 1956 ja jälkeen syntyneiden hampaita. Kuitenkin tällaisten kuntien väestöosuus oli pieni. Vaikka yli 30 000 asukkaan kuntia on vain 30, niissä asui puolet (2,6 miljoonaa asukasta)

ja 65:ssä yli 15 000 asukkaan kunnassa kaksi kolmasosaa (3,3 miljoonaa asukasta) Suomen väestöstä. Siten suurin osa suomalaisista asui kunnissa, jotka tarjosivat hammashoitoa vain vähän tai ei lainkaan muille asukkaille kuin järjestelmälliseen hoitoon oikeutetuille. Lisäksi yli 35 000 asukkaan kunnissa yksityisen korvattavan alle 44-vuotiaiden osuus yksityisestä hoidosta korvauksia saaneista oli korkeampi (keskimäärin 17 %) kuin muissa kunnissa (keskimäärin 10 %). Siten yli 44-vuotiaiden eli järjestelmällisen hoidon piiriin kuulumattomien hammashoidon julkisessa rahoituksessa oli huomattavia kunnittaisia eroja vuonna 2000.

5 Suun terveydenhuolto vuosituhannen alussa

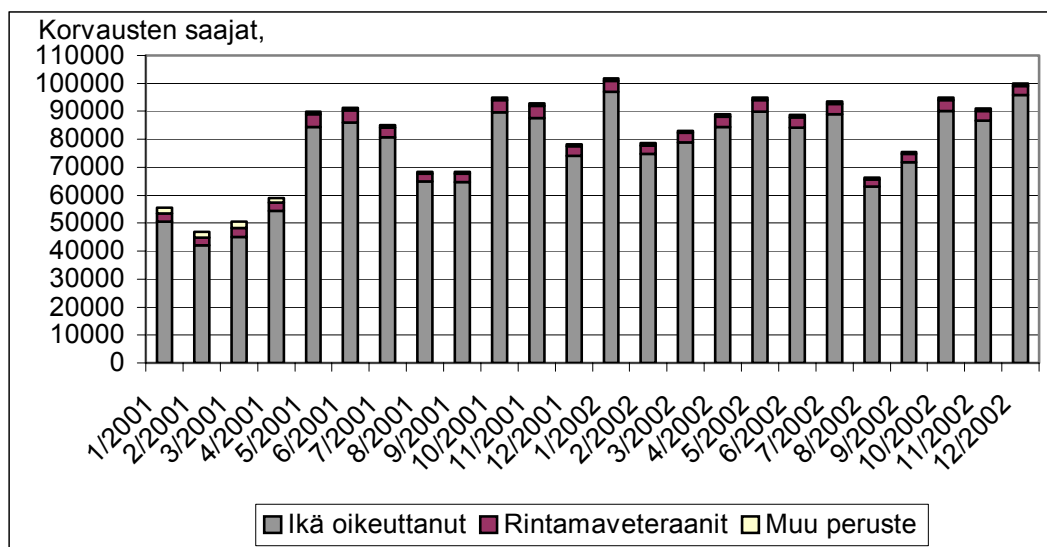
Suomen Hammaslääkäriliiton mukaan suun terveydenhuollon peruspalveluina voidaan pitää hoidon tarpeen arviointia, tarpeen mukaista hoitoa, päivystyspalveluita ja ennaltaehkäisevän tiedon antamista. Erikoispalvelujen käyttöä ovat rajoittaneet palvelujen saatavuus terveyskeskuksessa tai yksityissektorin palvelujen maksullisuus.

Vuoden 2000 tilastojen mukaan julkisesti tuetusta hammashoidosta pääsi osalliseksi lähes 1,8 miljoonaa henkilöä, kolmannes koko väestöstä. Terveyskeskuksien potilaita oli 1,3 miljoonaa ja lähes puoli miljoonaa sai Kansaneläkelaitoksen korvausta yksityisestä hammashoidosta. Vuoden 2001 hammashuollon laajennus toi noin 0,8 miljoonaa kansalaista julkisesti tuetun hammashuollon piiriin ja 1.12.2002 alkaen, kun koko väestö tuli julkisesti tuetun hammashuollon piiriin, oikeutettuja tuli lisää 1,3 miljoonaa.

Kunnallisen ja Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen hammashuollon saatavuudessa oli suuria kunnittaisia eroja. Esimerkiksi vuoden 2001 alussa vain puolet kymmenestä suurimmasta kaupungeista tarjosi hammashoitoa vuonna 1956 ja jälkeen syntyneille. Helsingissä, Vantaalla ja Porissa kunnalliseen hammashoittoon pääsi 37-40-vuotiaat ja nuoremmat ja Espoossa vain 30-vuotiaat ja nuoremmat. 1.4.2001 jälkeen kaikki kymmenen suurinta kaupunkia päättivät lykätä hammashoidon laajennusta vuoden 2002 alkuun. Kun Helsinki, Espoo, Vantaa, Oulu ja Pori laajensivat hammashoittoon oikeutetuiksi vuonna 1956 ja nuoremmat, niin 1.4.2001 näissä kaupungeissa hoidon piiriin tuli lisää lähes 48000 henkilöä. (Helsingin Sanomat 15.3.2001).

Vuoden 2001 hammashuollon laajennus toi julkisesti tuetun hammashuollon piiriin vuosina 1946-55 syntyneet. Terveyskeskusten antaman hammashuollon käynnit eivät kuitenkaan lisääntyneet vuonna 2001 vaan pysyivät aikaisempien vuosien tapaan noin viitenä miljoonana käyntinä. Sen sijaan Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen hammashuoltokäyntien lisääntyä 42 prosentilla eli 1,7 miljoonaan ja korvauksia käynneistä maksettiin 56 miljoonaa euroa eli kolmannes enemmän kuin edellisellä vuonna. Vuoden 2002 loppuun mennessä korvauksia oli maksettu 59 miljoonaa euroa. Korvausten saajien määrä nousi vuosina 2000-2001 470 000:sta 628 000:een ja vuoden 2002 loppuun mennessä korvauksia oli maksettu jo lähes miljoonalle yksityisiä hammashoitopalveluja käyttäneelle.

Kuvio 10. Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen hammashuollon korvausten saajat kuukausittain 1.1.2001 – 31.12.2002



Lähde: Kansaneläkelaitoksen kuukausitilastot

Sairausvakuutuslain perusteluissa (HE 155/2000) arvioidaan, että noin puolet uusista potilaista hakeutuu terveyskeskuksiin ja toinen puoli yksityisvastaanotille. Jos kaikki vuonna 1956 ja jälkeen syntyneet kolme miljoonaa kuntalaista olisi hoidettu terveyskeskusten hammashuollossa ja kaikkien terveyskeskusten käyttömenot potilasta kohti olisivat olleet vuoden 2000 keskimääräisten käyttömenojen suuruisia eli 880 markkaa potilasta kohden, olisivat käyttömenot olleet noin 2,6 miljardia markkaa vuonna 2000. Jos puolet yli 44-vuotiaista olisi käyttänyt kunnan kustantamaa hammashoitoa ja puolet yksityistä hammashoitoa, olisivat kunnan käyttömenot ja Kansaneläkelaitoksen maksamat korvaukset olleet noin 1,6 miljardia markkaa. Tällöin koko väestön hammashoidon julkiset menot olisivat olleet noin 4,2 miljardia markkaa eli kaksi ja puolikertaiset vuoden 2000 toteutuneisiin kustannuksiin. Todellisuudessa yli 44-vuotiaiden hammashoidon kustannukset olisivat oletettavasti suuremmat, sillä suuri osa tästä väestöryhmästä tarvitsee pitkäaikaisempaa ja monipuolisempaa hammashoitoa kuin tähän asti kunnallisen hammashoidon piirissä olleet.

Hammashuollon henkilöstön määrään vaikuttaa vielä jonkun vuoden se, että hammaslääkäriksi opiskelevien sisäänottomääriä alenettiin vuonna 1994 puoleen edellisestä vuodesta ja esimerkiksi vuonna 2001 laillistettiin vain 52 hammaslääkäriä. Laillistettujen hammaslääkärien määrä tulee kasvamaan, sillä koulutuksen sisäänottomääriä lisättiin 1990-luvun lopulla ja vuonna 2001 hammaslääketieteen opinnot aloitti 83 opiskelijaa. Eläkkeelle on arvioitu siirtyvän kuluvana vuosikymmenenä noin 500 hammaslääkäriä. Tosin hammaslääkäreiden eläkkeellesiir-

tymisikä on keskimääräistä korkeampi sillä vuonna 2001 yli 96 prosenttia alle 60-vuotiaista hammaslääkäreitä oli työssä.

Terveyskeskuksiin perustettiin vuonna 2001 arviolta 100 uutta hammaslääkärin virkaa (STM, 2002) ja terveyskeskusten hammashoitohenkilöstö kasvoi noin 7-8 prosenttia vuosina 2001 ja 2002. Vuonna 2002 laillistettuja hammaslääkäreitä oli 4737, joista 185 eläkeikäistä (Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenrekisteri). Suomen Hammaslääkäriliiton ennusteen mukaan hammaslääkärien määrä pienenee vuosittain niin, että nettolisäys olisi noin 83 prosenttia seuraavan 10 vuoden aikana, olettaen, että hammaslääkärikoulutuksen sisäänottomäärät säilyvät nykytasolla. Tällöin vuonna 2010 toimisi noin 4 500 hammaslääkärinä ja vuonna 2030 vain noin 3 600 hammaslääkärinä (Suomen Hammaslääkäriliiton tilastot).

Muuttamalla työnjakoa ja painottamalla tarpeen mukaista hoitoa on pystytty lisäämään aikuisväestön hammashuollon palveluja. Toimenpiteinä on käytetty vuositarkastusten suorittamista potilaan tarpeen mukaan ja hammaslääkärien joidenkin tehtävien siirtämistä suuhygienisteille. Esimerkiksi Jyväskylässä suuhygienistit suorittavat 2/3 potilaiden alkutarkastuksesta ja Siilinjärvellä on purettu hammashoidon jonoa siirtämällä alkutarkastus hammashoitajille. Lain mukaan kuitenkin ainoastaan hammaslääkäri voi tehdä taudin määrittämisen ja määrätä lääkkeitä. Suuhygienistin tai hammashuoltajan tekemistä toimenpiteistä potilas ei saa korvausta.

Jo vuonna 1988 hammashuollon väestövastuuta kokeiltiin Turussa ja Kuusamossa, mutta kokeilu ei vakiintunut kummassakaan kunnassa. Eräät kunnat ovat ottaneet käyttöön ostopalvelusopimukset valitsemiltaan yksityisen sektorin hammaslääkäreiltä. Esimerkiksi Helsinki käytti hammashoidon ostopalveluihin vuonna 2001 10 miljoonaa markkaa, joilla ostettiin 90 hammaslääkäriltä 9000 potilaan hoito. Vuoden 2002 Helsingin hammashoidon ostopalvelujen määrärahaksi on arvioitu noin kuusi miljoonaa euroa.

Tähän asti suuri osa väestöstä on jäänyt julkisesti tuetun hammashuollon ulkopuolelle. Siten heidän hammashoidon tarpeensa lisää hoidon kysyntää ainakin suurimmissa kaupungeissa. Vuoden 2002 joulukuun alussa voimaan tullut hammashoidon laajennus toi tuetun hammashuollon piiriin 1,3 miljoonaa uutta asiakasta, joista puolet oli 57-70-vuotiaita ja puolet yli 75-vuotiaita. Näiden ikäluokkien hammashoidon tarve on vaativampaa ja pitkäkestoisempaa kuin järjestelmällisen hammashuollon piirissä olleiden. Vaikkakaan protettinen hoito ei kuulu korvauksen piiriin, sen kysyntä tulee kasvamaan väestön ikääntyessä. Terveys 2000-tutkimuksen mukaan niiden, joilta puuttui osa hampaista, osuus ikäluokastaan kasvoi voimakkaasti yli 55-vuotiailla. Iän myötä myös suun terveys huononee. Vanhusten hammashuollon kehittämiseksi esimerkiksi Lahden kaupunki on järjestänyt kotipalveluna hammashoitajan suorittamaa kotihammashoitoa. Kotona asuvien vanhusikäluokkien kasvaessa, tällaisen kotipalvelun tarve ja kysyntä tulee varmaan kasvamaan.

Hammashuollon resurssien mahdollisuus vastata kasvavaa hammashuoltopalvelujen kysyntään ei voi perustua vain resurssien määrälliselle kasvulle. Kuten yleensä terveyspalveluissa, hoitotyön organisoinnilla ja työnjaolla voidaan säästää kustannussäästöjä tai laajentaa palveluja. Aikaisempaa vanhempien ikäluokkien tulo kuntien kustantaman hammashuollon asiakkaiksi merkitsee muutosta hoidon tarpeessa. Usein pitkäänkin ilman hammashoitoa olleiden hoito tulee olemaan vaativampaa kuin nuorten, koko ikänsä säännöllisessä hammashuollossa käyneiden hoito. Julkisesti tuettu hammashuolto ei ole kuntalaisten subjektiivinen oikeus, vaan halutessaan kunta saa käyttää muita rajoitteita kuin ikää valitessaan hammashoidon potilaita. Kunnat, jotka aikaisemmin tarjosivat hammashoitoa niukimmin, ovatkin rajoittaneet hammashoidon lähinnä ensiapuluonteiseksi.

6 Lopuksi

1.4.2001 asti julkisesti tuetun hammashuollon piiriin kuuluivat vuonna 1956 ja jälkeen syntyneet. Osa kunnista, lähinnä suurimmat kaupungit, rajoittivat kunnallisen hammashoidon tätä suppeammalle ryhmälle. Kun viisi kaupunkia laajensi kunnan hammashuollon koskemaan vuonna 1956 syntyneitä ja nuorempia, hammashuollon piiriin tuli lähes 50000 aikuista. 1.4.2001 julkisesti tuetun hammashuollon laajennus koski noin 0,8 miljoonaa kuntalaista ja 1.12.2002 alkava laajennus 1,3 miljoonaa henkilöä. Siten parin vuoden aikana yli kaksi miljoonaa aikuista tuli oikeutetuiksi joko kuntien kustantamaan tai Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityiseen hammashuoltoon. Sairausvakuutuslain perusteluissa (HE 155/2000) arvioidaan, että noin puolet uusista potilaista hakeutuu terveyskeskuksiin ja toinen puoli yksityisvastaanotoille.

Vuoden 2001 lopussa yksityissektorilla toimi päätoimisesti lähes sama määrä hammaslääkäreitä kuin terveyskeskuksissa. Kunnat valmistautuivat hammashuollon kysynnän kasvuun lisäämällä hammashuoltohenkilöstön virkoja ja hankkimalla palveluja yksityisiltä hammaslääkäreiltä ostopalvelusopimuksin. Vuoden 2001 terveyskeskusten antaman hammashuollon käynnit eivät kuitenkaan lisääntyneet vaan pysyivät aikaisempien vuosien tapaan noin viitenä miljoonana käyntinä. Sen sijaan hammashuollon laajennus näkyi yksityisiä palveluja käyttäneiden määrässä, joka kasvoi vuonna 2001 kolmanneksella ja oli vuoden 2002 loppuun mennessä neljänneksen suurempi kuin edellisellä vuonna. Suomen hammaslääkäriliiton suorittaman yksityishammaslääkäreille kohdistetun kyselyn mukaan vuonna 2001 yhtä suuri osa hammaslääkäreistä katsoi potilasmäärän olevan liian vähäinen kuin liian suuri (noin 13 prosenttia) kun vielä vuonna 1997 noin viidesosa hammaslääkäreistä piti potilasmääräänsä liian pienenä.

Suomen Hammaslääkäriliiton mukaan kaikkien suomalaisten hammashoidon järjestämiseen on riittävästi voimavaroja ja niiden hyödyntäminen voi periaatteessa tapahtua joko niin, että kunnat täydentävät omaa palvelutuotantoaan ostamalla palveluja yksityisiltä hammaslääkäreiltä tai antamalla palveluseleitä. Toisena vaihtoehtona on, että yhteiskunnan tuki kanavoidaan sekä kuntien että sairausvakuutuksen kautta. Myös Kansallisen terveysprojektin selvitysmies, pääjohtaja Jussi Huttunen esittää, että hammaslääkäripalvelujen omavastuut tulisi yhtenäistää korottamalla terveyskeskuksissa perittäviä maksuja ja/tai Kansaneläkelaitoksen maksamia sairausvakuutuskorvauksia. (Suomen Hammaslääkärilehti 5/2002, pääkirjoitus). Jotta potilaalla olisi mahdollisuus valita hoitopakkansa, tulisi Kansaneläkelaitoksen korvaustaksa nostaa oikealle tasolle. Sairausvakuutuslain mukaan potilaille korvataan 60 prosenttia hoitokuluista, mutta käytännössä korvaukset jäävät 35-40 prosenttiin. Kun hintaero ei enää ohjaisi potilaiden valintoja, hyvät hammashoitopalvelut saataisiin riittämään kaikille. (Suomen Hammaslääkäriliiton lehdistötiedote 4.5.2002).

Suun terveydenhuollon kehittämisprojektin loppuraportissa (2002) todetaan, että suun terveydenhuollon kehittämiseltä on puuttunut ulkoisia kannustimia eivätkä väestön tarpeet ole vaikuttaneet hammashoidon tavoitteiden asettamiseen. Erääksi suun terveydenhuollon ongelmaksi todetaan sen asema muun terveydenhuollon ”sivussa”. Muu terveydenhuolto ei ota riittävästi huomioon hammashuoltoa eikä mahdollisia synergiahyötyjä ole syntynyt. (Suun terveydenhuollon loppuraportti, 2002, s. 89). Kuten muussakin terveydenhuollossa, myös hammashuollossa sekä kunnallisesti että yksityisesti tuotetun palvelutoiminnan tulee olla kustannustehokasta. Terveyskeskusten hammashuollon kustannuserojen syitä tulisi selvittää samoin kuin Kansaneläkelaitoksen yksityisen hammashuollon korvausten perusteita.

Myös Kansallinen terveysprojekti esittää useita suosituksia, joista osa toteutetaan välittömästi ja osa odottaa valtioneuvoston päätöstä tai lakien muuttamista. Hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa ja jonojen hallinta ovat tärkeimpiä kehityskohteita. Hoitoon pääsyä ja jononhallintaa koskevien ongelmien ratkaisemiseksi sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän, jonka tehtävänä on vuoden 2003 loppuun mennessä laatia ehdotukset hoitoon pääsyn yleisistä periaatteista, hoidon tarpeen arvioinnin perusteista, jonon hallinnan periaatteista ja tarvittavista säädösmuutoksista. Säädösten on määrä tulla voimaan vuoden 2005 alusta. Valmistelun lähtökohtana on, että potilaan pitäisi päästä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle kolmessa päivässä ja tarvitsemaansa hoitoon kolmessa ja viimeistään viidessä kuukaudessa. Suun terveydenhuolto eroaa yleisterveydenhoidosta siinä, että hoitoon ei pitäisi hakeutua vasta oireiden ilmaannuttua, vaan hoitotakuun pitäisi sisältää säännölliset tarkastukset.

On ennustettu, että koulutetun ja ammattitaitoisen työvoiman saatavuus heikenee tulevina vuosikymmeninä. Työnantajat kilpailevat työntekijöistä paitsi palkalla mahdollisesti myös erilaisilla sosiaalisilla eduilla. Yleislääkäritasoisien työterveyshuollon lisäksi suun terveydenhuolto on osa työkykyä ylläpitävää toimintaa. Suun terveydenhuollolla on ennaltaehkäisevää vaikutusta paitsi suun sairauksien myös muiden sairauksien kannalta, sillä monet yleissairaudet näkyvät hampaissa ja suun limakalvoilla (Suuronen 2002). Nykyään työpaikkahammashuolto ei vielä ole kovin yleinen käytäntö ja henkilöstötuna se on työntekijälle veroton etu ja työnantajalle vähennyskelpoinen meno. Työterveyshuoltona järjestettävään hammashuoltoon ei ole yhtenäistä rahoitus- tai toimintamallia (U. Mattelmäki, Suun terveydenhuollon kehittämisprojektin 1998-2000 loppuraportissa).

Suun terveydenhoito on tähän asti ollut poikkeusasemassa muuhun perusterveydenhoitoon verrattuna, sillä etenkin suurimpien kaupunkien asukkaista suuri osa ei ole saanut minkäänlaista julkista tukea suun terveydenhuoltoon. Hammashoidon saatavuuden ja sekä ikäryhmittäisen että alueellisen tasavertaisuuden turvaamiseksi olisikin tärkeää, että Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen

hammashuollon korvauksilla tuettu yksityisen hoidon kustannukset ja potilaiden maksamat kunnallisen hammashoidon maksut olisivat samalla tasolla.

Lähteet:

Helsingin Sanomat 15.3.2001.

Kansaneläkelaitoksen tilastolliset vuosikirjat 1994-2000.

Kansaneläkelaitoksen kuukausitilastot 2001-2002.

Lahtinen, Y. ja Laitinen, P. (2001): Keskisuurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2000. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Lääkäri- ja hammaslääkäryövoima lokakuussa 2001. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Monisteita 2002:6.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuosikirja 1999 (2001). Sosiaaliturva 2001:3. SVT. Stakes. Helsinki.

SOTKA-tietokanta.

Suomen Hammaslääkärilehti 5/2002.

Suomen Hammaslääkärilehti 14/2002.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2001 (2001). Sosiaaliturva 2001:4. Stakes.

Suun terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998-2000. Loppuraportti (2001). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Monisteita.

Suuronen, R. (2002): Suu – kehon peili. Esitelmä Hammaslääketiedepäätymässä 8.11.2002.

Terveys 2000-tutkimus (2002). Kansanterveyslaitos.

Terveyskeskusten talous 2000. Perusterveydenhuolto (2002). Suomen Kuntaliitto.

Tilastokeskuksen hintaseuranta 10/2001 (2001). Tilastokeskus.

**VATT-KESKUSTELUALOITTEITA / DISCUSSION PAPERS ISSN 0788-5016
- SARJASSA ILMESTYNEITÄ**

260. Hakola Tuulia – Uusitalo Roope: Let's Make a Deal – the Impact of Social Security Provisions and Firm Liabilities on Early Retirement. Helsinki 2001.
261. Hjerppe Reino – Kari Seppo – Lönnqvist Henrik (toim.): Verokilpailu ja verotuksen kehittämistarpeet. Helsinki 2001.
262. Hakola Tuulia – Lindeboom Maarten: Retirement Round-about: Early Exit Channels and Disability Applications. Helsinki 2001.
263. Kilponen Juha – Romppanen Antti: Julkinen talous ja väestön ikääntyminen pitkällä aikavälillä – katsaus kirjallisuuteen ja simulointeja sukupolvimallilla. Helsinki 2001.
264. Riihelä Marja – Sullström Risto – Tuomala Matti: On Economic Poverty in Finland in the 1990s. Helsinki 2001.
265. Parkkinen Pekka: Suomen ja muiden unionimaiden väestön ikärakenne vuoteen 2050. Helsinki 2002.
266. Kari Seppo – Ylä-Liedenpohja Jouko: Classical Corporation Tax as a Global Means of Tax Harmonization. Helsinki 2002.
267. Kallioinen Johanna: Pyöräilyn institutionaalinen asema liikennesuunnittelussa. Helsinki 2002.
268. Kangasharju Aki and Venetoklis Takis: Business Subsidies and Employment of Firms: Overall Evaluation and Regional Extensions. Helsinki 2002.
269. Moisio Antti: Determinants of Expenditure Variation in Finnish Municipalities. Helsinki 2002.
270. Riihelä Marja – Sullström Risto: Käytettävissä olevien tulojen liikkuvuus vuosina 1990-1999. Helsinki 2002.
271. Kari Seppo – Kröger Outi – With Hanna: Saksan verouudistus 2001. Helsinki 2002.
272. Kari Seppo: Norjan ja Suomen tuloverojärjestelmän vertailua. Helsinki 2002.
273. Sinko Pekka: Labour Tax Reforms and Labour Demand in Finland 1997-2001. Helsinki 2002.
274. Pekkala Sari – Kangasharju Aki: Adjustment to Regional Labour Market Shocks. Helsinki 2002.
275. Poutvaara Panu: Gerontocracy Revisited: Unilateral Transfer to the Young May Benefit the Middle-aged. Helsinki 2002.
276. Uusitalo Roope: Tulospalkkaus ja tuottavuus. Helsinki 2002.
277. Kemppe Heikki – Lehtilä Antti: Hiilidioksidiveron taloudelliset vaikutukset. Helsinki 2002.
278. Rauhanen Timo: Liikevaihtoraja arvonlisäverotuksessa – Pienyrityksen kasvun este? Helsinki 2002.
279. Berghäll Elina – Kilponen Juha – Santavirta Torsten: Näkökulmia suomalaiseen tiede-, teknologia- ja innovaatiopolitiikkaan – KNOGG-työpajaseminaarin yhteenveto. Helsinki 2002.

280. Laine Veli: Evaluating Tax and Benefit Reforms in 1996 – 2001. Helsinki 2002.
281. Pekkala Sari – Tervo Hannu: Unemployment and Migration: Does Moving Help? Helsinki 2002.
282. Honkatukia Juha – Joutsenvirta Esa – Kemppe Heikki – Perrels Adriaan: EU:n laajuisen päästökaupan toteuttamisvaihtoehdot ja vaikutukset Suomen kannalta. Helsinki 2002.
283. Kotakorpi Kaisa: Access Pricing and Competition in Telecommunications. Helsinki 2002.
284. Hämäläinen Kari – Böckerman Petri: Regional Labour Market Dynamics, Housing and Migration. Helsinki 2002.
285. Sinko Pekka: Labour Taxation, Tax Progression and Job Matching – Comparing Alternative Models of Wage Setting. Helsinki 2002.
286. Tuomala Juha: Työttömyyden alueellisen rakenteen kehitys 1990-luvulla. Helsinki 2002.
287. Berghäll Elina: Virosta ja Ahvenanmaan itsehallintoalueelta Suomeen kohdistuvat verokilpailupaineet. Helsinki 2002.
288. Korkeamäki Ossi – Kyyrä Tomi: The Gender Wage Gap and Sex Segregation in Finland. Helsinki 2002.
289. Kilponen Juha – Santavirta Torsten: Taloudellinen kasvu, innovaatiot ja kilpailu – katsaus kirjallisuuteen ja politiikkasuosituksiin. Helsinki 2002.
290. Siivonen Erkki – Huikuri Satu (Edited): Workshop on Studies for Northern Dimension Kalastajatorppa 30 – 31 May, 2002. Helsinki 2002.
291. Pohjola Johanna – Kerkelä Leena – Mäkipää Raisa: Who Gains from Credited Forest Carbon Sinks: Finland and Other Annex I Countries in Comparison. Helsinki 2002.
292. Montén Seppo – Tuomala Juha: Alueellinen työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys 1990-luvulla. Helsinki 2003.
293. Lyytikäinen Teemu: Pienituloisuuden dynamiikka Suomessa. Helsinki 2003.
294. Aulin-Ahmavaara Pirkko – Jalava Jukka: Pääomapanos ja sen tuottavuus Suomessa vuosina 1975-2001. Helsinki 2003.
295. Vaittinen Risto: Maatalouskaupan vapauttaminen – kansainväliset vaikutukset ja merkitys EU:lle. Helsinki 2003.
296. Haataja Anita: Suomalaiset mikrosimulointimallit päätöksenteon valmistelussa ja tutkimuksessa. Helsinki 2003.
297. Kangasharju Aki – Korpinen Liisa – Parkkinen Pekka: Suomessa asuvat ulkomaalaiset: Esiselvitys. Helsinki 2003.
298. Hietala Harri – Lyytikäinen Teemu: Työn, pääoman ja kulutuksen verorasituksen mittaaminen. Helsinki 2003.
299. Räisänen Heikki: Rekrytointiongelmien ja työvoimapotentialin lääkärien, lastentarhanopettajien, farmaseuttien ja proviisorien ammattissa. Helsinki 2003.
300. Kröger Outi: Pääoma- ja yritystulojen verotus – uusi suunta? Helsinki 2003.

301. Kari Seppo – Liljeblom Eva – Ylä-Liedenpohja Jouko: Snedvridande beskattning av utländska investeringar: Reell och finansiell aktivitet inducerad av skattearbitrage. Helsinki 2003.
302. Pekkala Sari: Is Little Brother Nothing but Trouble?: Educational Attainment, Returns to Schooling and Sibling Structure. Helsinki 2003.
303. Vaittinen Risto: Liberalisation of Agricultural Trade – Global Implications and what it Means for the EU. Helsinki 2003.
304. Kangasharju Aki – Venetoklis Takis: Do Wage-subsidies Increase Employment in Firms? Helsinki 2003.
305. Räisänen Heikki: How to Cope with Labour Market Policy Tools in Economic Downturn: Finnish Evidence. Helsinki 2003.
306. Ruotoistenmäki Riikka – Siivonen Erkki: Tiehankkeiden rahoitusvajeen ratkaisu? Helsinki 2003.
307. Hjerppe Reino: Social Capital and Economic Growth Revisited. Helsinki 2003.
308. Honkatukia Juha – Kangasharju Aki – Vaittinen Risto: Suuren aluepolitiikan ja hajasijoittamisen vaikutuksia Keski-Suomessa. Helsinki 2003.
309. Luukkonen Antti: Palkkadiskriminaatio Suomen teollisuussektorin toimihenkilöillä vuonna 2000. Helsinki 2003.
310. Pekkala Sari: What Draws People to Urban Growth Centers: Jobs vs. Pay? Helsinki 2003.
311. Rantala Juha – Romppanen Antti: Ikääntyvät työmarkkinoilla. Helsinki 2003.
312. Hämäläinen Kari: Education and Unemployment: State Dependence in Unemployment Among Young People in the 1990s'. Helsinki 2003.
313. Berghäll Elina – Kiander Jaakko: The Finnish Model of STI Policy: Experiences and Guidelines. KNOGG Thematic Network WP4 Country Report – Finland. Helsinki 2003.
314. Kilponen Juha – Sinko Pekka: Does Centralised Wage Setting Lead into Higher Taxation? Helsinki 2003.