

*Eeva Widström ja Hennamari Mikkola*

## MITÄ KERTOO HAMMASHOITO- UUDISTUKSEN ARVIOINTI?

Hammashoitojärjestelyt Pohjoismaissa poikkeavat selvästi muun Euroopan käytännöistä (Widström & Eaton 2004). Tyypillistä näille maille on laaja, myös harvaanasutut alueet kattava julkinen sektori, joka yleensä vastaa ainakin lasten, laitoksissa ja kotisairaanhoidon piirissä olevien vanhusten, erilaisten erityisryhmien ja vaihtelevasti muun aikuisväestön hammashoidosta. Julkisen sektorin erityisenä vahvuutena on pidetty sitä, että myös ne, joiden oma aktiivisuus ja resurssit eivät riitä hoitoon hakeutumiseen, on pyritty saattamaan tarpeellisen hoidon piiriin, oli kyse sitten lapsista tai vanhuksista. Muissa EU-maissa, Isoa-Britanniaa lukuun ottamatta, hammashoito on pääosin yksityistä ja esimerkiksi vanhempien odotetaan itse huolehtivan lastensa hammashoidon järjestämisestä. Silloin kun hammashoitoa näissä maissa subventoidaan, se tapahtuu kansallisten ja/tai yksityisten vakuutusten kautta (Widström & Eaton 2004). Myös Pohjoismaissa toimii julkisen sektorin rinnalla yksityinen sektori, joka työllistää 45–75 % hammaslääkäreistä ja jonka antamaa hoitoa useimmissa maissa tuetaan julkisin varoin (Widström ym. 2005).

Meillä julkisen hammashoidon kehittäminen alkoi kouluhammashoitona 1950-luvun puolivälissä. 1970-luvulla kunnat saivat väestön hammashoidon järjestämisen vastuulleen kansanterveyslain myötä. Aluksi hoitoa järjestettiin terveyskeskuksissa ensisijaisesti lapsille, mutta vähitellen mukaan otettiin myös nuoria aikuisia (taulukko 1). 1980-luvun puolivälissä alettiin samoille nuorille aikuisille, jotka jo kuuluivat terveyskeskushoidon piiriin, maksaa sairausvakuutuskorvausta yksityisten hammashoitopalvelujen käy-

Taulukko 1. Kunnallisten ja yhteiskunnan tukemien yksityisten hammashoitopalvelujen laajeneminen 1950-luvulta 2000-luvulle

Aikajakso	Kunnallinen (terveyskeskus) hammashoito	Sairausvakuutuksen kautta tuettu yksityinen hammashoito
1956–1969	Kansakoululaiset	Sairausvakuutuskorvauksia silloin kun hammashoito oli yleissairauden hoitamisen kannalta välttämätöntä
1970–1979	0–18-vuotiaat asteittain hoidon piiriin	Sairausvakuutuskorvauksia silloin kun hammashoito oli yleissairauden hoitamisen kannalta välttämätöntä
1980–1989	19–31-vuotiaat asteittain hoidon piiriin, erityisryhmiä odottavat äidit, opiskelijat, merimiehet	Perushoitoa aletaan korvata 19–31-vuotiaille
1990–1999	32–43-vuotiaat asteittain hoidon piiriin, erityisryhmiä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneet ja rintamaveteraanit	32–43-vuotiaille aletaan korvata perushoitoa ja rintamaveteraaneille lisäksi myös proteettista hoitoa
2000–2007	Koko väestö hoidon piiriin vuosien 2001–2002 aikana	Koko väestö otetaan sairausvakuutuskorvausten piiriin perushoidon osalta, rintamaveteraanien korvaukset proteettisista hoidoista jatkuvat

töstä. Sen jälkeen yhteiskunnan tukea hammashoitoon lisättiin taas vähitellen ikäluokka kerrallaan sekä julkisella että yksityisellä sektorilla ja mukaan otettiin myös joitakin erityisryhmiä. Kaiken kaikkiaan yhteiskunnan tukeman hammashoidon laajeneminen oli hidasta eikä vastannut väestön hoidon tarpeessa tapahtuneita muutoksia.

Vuonna 2000, jolloin julkisen tai vaihtoehtoisesti sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen perushammashoidon piirissä olivat lasten ja nuorten lisäksi 44-vuotiaat (vuonna 1956 syntyneet) ja sitä nuoremmat aikuiset ja rintamaveteraanit, hoitojärjestelmää

uusittiin. Lainsäädäntöä muuttamalla poistettiin aikuisten terveyskeskuksiin pääsy rajoittaneet ikärajat ja kaikenikäiset aikuiset otettiin sairausvakuutuskorvausten piiriin (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2000; Laki sairaskorvauslain muuttamisesta 2000). Sairausvakuutuskorvauksia ei kuitenkaan ulotettu koskemaan proteettisia hoitoja.

Kansanterveyslain voimaantumisen jälkeen lasten ja nuorten suunterveys kohentui huomattavasti ensimmäisten 20 vuoden aikana (Nordblad ym. 2004) ja on sen jälkeen pysynyt kohtalaisen hyvänä. Myös aikuisilla oli vuosituhannen vaihteessa enemmän omia hampaita ja vähemmän reikiä kuin aikaisemmin. Silti aikuisilla on vielä runsaasti hoitamattomia suu- ja hammassairauksia ja erityisesti proteettisen hoidon tarvetta (Suominen-Taipale ym. 2004). Teknologian kehitys on tuonut hammashoittoon uusia hoitomenetelmiä, esimerkiksi implantit (keinojuuret), jotka tarjoavat toimivia hoitoratkaisuja aikaisemmin vaikeasti hoidettaviin tapauksiin. Aikuisväestön vaatimukset ja hoidon kysyntä ovat omien hampaiden yleistymisen myötä kasvaneet. Hoitopalvelujen käyttö on meillä kuitenkin ollut vähäisempää kuin muissa Pohjoismaissa. Korkeasti koulutettu ja hyvätuloinen väestönosa on käyttänyt palveluita suhteellisesti eniten (Poutanen ym. 2001; Ngyen & Häkkinen 2004), vaikka hoidon tarve on suurinta vähän koulutetuilla ja pienituloisilla. Suun terveydessä on myös alueellisia eroja, ja hampaattomuus on harvinaisempaa Etelä-Suomessa kuin muualla maassa.

Käytännössä myös sekä terveyskeskusten että yksityisten hoitopalvelujen saatavuus on vaihdellut suuresti sekä alueellisesti että paikallisesti jo ennen vuosina 2001–2002 toteutettua hammashoitouudistusta. Noin kolmasosalla aikuisista – etupäässä harvaanasuilla alueilla – oli mahdollisuus käyttää terveyskeskuspalveluja iästä riippumatta, ja toinen kolmannes taas asui isoissa kaupungeissa, joissa terveyskeskukset olivat rajoittaneet aikuisten hoitoon pääsyn huomattavasti alle kansanterveysasetuksen suosittamien ikärajojen. Yksityisiä hoitopalveluja on aina ollut tarjolla eniten kaupun-

geissa ja Etelä-Suomessa. Palvelujärjestelmä oli selvästi alueellisesti epätasa-arvoinen ja suosi pääosin nuorta väestöä.

## Hammashoitouudistuksen tavoitteet ja toteutus

Uudistuksen tavoitteena oli parantaa hammashoitopalveluiden saatavuutta, lisätä tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta palvelujen käytössä sekä vähentää hoitokustannusten merkitystä palvelujen käytön esteenä. Tavoitteena oli myös saattaa suun hoito samaan asemaan muun terveydenhuollon kanssa niin, että palvelut annetaan potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen eikä tietyn iän perusteella.

Uudistuksen toteuttamiseksi valtiolta lisäsi kuntien valti-onosuusrahaa 10,3 miljoonalla eurolla vuosina 2001–2003 ja sairausvakuutuskorvauksia maksettiin aikaisempaa enemmän. Hammashoidon ammattilaisten käyttöön laadittiin ohjeita yhtenäisistä hoitokriteereistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Muilta osin uudistus jäi kuntien toteutettavaksi. Vuonna 2005 voimaanastuneet hoitotakuusäännökset (L 855/2004; 856/2004) täsmensivät myös hammashuoltopalvelujen saatavuuteen liittyvää valtionohjausta. Hammashoitoon tulee päästä viimeistään kuuden kuukauden kulluttua siitä, kun hoidon tarve on todettu. Yksityistä sektoria ei pyritty erityisesti ohjaamaan.

Tässä artikkelissa tarkastellaan hammashoitouudistuksen ja aiheuttamia muutoksia palvelujen käytössä ja terveyskeskusten ja yksityissektorin toiminnassa Suomen Akatemian rahoituksella toteutetussa ”Markkinat, kannusteet ja tasa-arvo uudistusten kohteena olevassa hammashoidossa” -tutkimusprojektissa saatujen tulosten pohjalta. Hammashoitouudistusta arvioidaan myös sen terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta.

## Hammashoitouudistuksen vaikutukset palvelujen käyttöön

Uudistuksen jälkeen aikuisten hammashoidon kysyntä kasvoi voimakkaasti erityisesti terveyskeskuksissa, mutta myös yksityissektorilla (Nihtilä & Widström 2005; Kiiskinen ym. 2005). Terveyskeskuksissa käyneiden aikuisten määrä nousi, ja yksityissektorilla sairausvakuutuskorvauksia saaneiden aikuisten osuus kaksinkertaistui (taulukko 2). Suuri muutos yksityissektorilla johtui ennen kaikkea sairausvakuutuskorvausten saajien määrän noususta; hoidossa käyneiden kokonaismäärässä ei juuri tapahtunut muutoksia. Terveyskeskuksissa hoidettujen lasten ja nuorten määrä väheni hie-man, mutta heidän osuutensa väestöstä pysyi korkeana (taulukko 3). Kymmenessä suurimmassa kaupungissa, joissa aikuisten hoitoon pääsyä oli rajoitettu eniten, terveyskeskuspalveluita käyttäneiden aikuisten osuus väestöstä nousi uudistuksen alkuvaiheessa suhteellisesti eniten: 14,3 %:sta 17,2 %:iin. Pienissä kunnissa, jotka jo aikaisemminkin olivat tarjonneet palveluita koko väestölleen, muutos oli vähäinen: 31,0 %:sta 31,8 %:iin. Yksityisiä palveluja käytti uudistuksen jälkeen isoissa kaupungeissa 30,0 % ja pienissä kunnissa 14,1 % aikuisista. Alueelliset erot palvelujen ja sektoreiden käytössä olivat suuret. Julkisia palveluja käytettiin eniten Itä- ja Pohjois-Suomessa ja yksityisiä eniten Etelä-Suomessa (Niiranen ym. 2008).

Taulukko 2. Terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla (sairausvakuutuksen korvaamaa) hammashoitoa saaneiden henkilöiden määrät vuosina 2000, 2004 ja 2006

Vuosi	Terveyskeskuksissa käyneet 0–17-vuotiaat aikuiset yhteensä			Yksityissektoreilla käyneet 0–17-vuotiaat aikuiset yhteensä		
2000	898 222	846 138	1 744 360	ei tietoa	1 000 000*	
2004	842 947	964 214	1 807 161	9506	997 928	1 028 629
2006	817 696	1 046 999	1 860 695	9766	992 656	1 019 223

\* arvioitu luku

Taulukko 3. Hammashoitopalvelujen käyttöä kuvaavia tunnuslukuja (%) ennen hammashoitouudistusta ja sen jälkeen

	Ennen uudistusta vuosi 2000 %	Uudistuksen jälkeen vuosi 2004 %	vuosi 2006 %
Terveyskeskuksissa käyneiden lasten ja nuorten osuus vastaavan ikäisestä väestöstä (peittävyys)	77,4	76,2	74,4
Terveyskeskuksissa käyneiden aikuisten osuus aikuisväestöstä	21,6	23,5	25,1
Yksityissektorilla sairausvakuutuksen korvaamaa hoitoa saaneiden aikuisten osuus aikuisväestöstä	11,8	24,6	23,8

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin selvitysten mukaan vain noin 70 % terveyskeskuksista pystyi vuoden 2007 alussa noudattamaan hoitotakuulainsäädännön asettamia enimmäisaikarajoja hoitoon pääsyssä ja moniin terveyskeskuksiin muodostui pitkiä jonoja. Kiireellisten hammashoitopalvelujen tarjonta kuitenkin parani koko maassa.

Hammashoidon kokonaiskustannukset nousivat noin 23 % vuodesta 2000 vuoteen 2005 (taulukko 4). Suurin kustannusten nousu tapahtui yksityisellä sektorilla, jossa Kela-korvaukset nousivat lähes kaksinkertaisiksi. Hoitokustannukset terveyskeskuksissa hoidettua potilasta kohti olivat vuonna 2005 noin 74 % yksityissektorilla hoidetun potilaan kustannuksista. Terveyskeskuksissa potilaiden ja kuntien rahoitusosuudet eivät muuttuneet (potilaat 20 %, kunnat 80 %). Yksityisellä sektorilla sairausvakuutus korvasi aikaisempaa suuremman osuuden hoitokustannuksista (vuonna 2000 15 %, vuonna 2004 26 % ja vuonna 2005 23 %) (taulukko 4).

Taulukko 4. Hammashoidon kokonaiskäyttökustannukset (EUR, %) potilasta kohti terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla (2000–2005)

	Terveyskeskukset						Yksityissektori						Yhteensä					
	2000		2004		2005		2000		2004		2005		2000		2004		2005	
	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%
<b>Rahoitus</b>																		
Potilas itse	55	20	70	20	78	22	277	85	284	74	299	77	332	55	354	49	377	51
Sairaus- vakuutus							47	15	98	26	91	23	47	8	98	13	91	12
Kunnat	223	80	277	80	273	78							223	37	277	38	273	37
Kokonais- kustannukset	277	100	347	100	352	100	325	100	382	100	390	100	602	100	729	100	742	100
Kustannusten nousu %			25,2		1,4				17,8		2,0				21,2		1,7	
Potilaiden määrät	1 744 614 <sup>1)</sup>		1 807 161 <sup>2)</sup>		1 847 058		1 000 000 <sup>3)</sup>		1 028 630 <sup>4)</sup>		1 016 408		2 744 614		2 835 791		2 863 466	
Kustannus/ potilas, euroa	159		192		190		225		263		258		171		220		215	
Kustannus/ asukas, euroa	54		66		67		62		73		74		115		139		141	

HUOM: Yksityisen hoidon kustannukset/potilas on laskettu sairausvakuutuksen korvaamien hoitojen perusteella, eivätkä ne sisällä oikomishoitoa ja protetiikkaa ym., mistä korvausta ei makseta.

1) Aikuisten pääsy terveyskeskuksiin rajoitettua. Mukana 898 476 lasta.

2) Väestö oikeutettu terveyskeskushoitoon. Mukana 898 476 lasta.

3) Arvioitu luku yksityissektorin palveluiden käyttäjiä ennen hammashoito uudistusta (tuettua hoitoa saaneet + koko hoidon itse maksaneet)

4) Sairausvakuutuskorvausta saaneiden määrä. Vuonna 2004 koko väestö oli korvausten piirissä perushoidon osalta.

## Hammashoitouudistus käyttäjänäkö- kulmasta

Pääkaupunkiseudun keski-ikäisille tehty kyselytutkimus (Nihtilä & Widström 2005) osoitti, että kohderyhmä oli käynyt hammashoidossa jo ennen uudistusta melko tiheästi ja selvästi useammin kuin samanikäiset muualla maassa. Uudistuksen jälkeen palvelujen käyttöaste nousi entisestään. Kuten ennen uudistusta, ikäryhmä käytti pääasiallisesti yksityisen sektorin palveluita ja valtaenemmistö oli käynyt varsin pitkään samassa hoitopaikassa. Kuitenkin noin neljännes kyselyymme vastanneista oli vaihtanut tai yrittänyt vaihtaa hoitopaikkaa uudistuksen jälkeen, tavallisimmin yksityiseltä sektorilta julkiselle, mutta läheskään aina terveyskeskuksiin ei päässyt.

Toinen huomion arvoinen asia oli se, että keski-ikäisillä oli paljon heidän itsensä päivystysluonteiseksi kokemaa hoidon tarvetta: paikkojen irtoamisia, lohkeamisia ja proteesien korjausta, mikä johtuu pitkälti tälle ”amalgamisukupolvelle” tehdyistä runsaista aikaisemmista hammashoitotoimenpiteistä, joiden kestoikä on rajallinen. Tällöin säännöllisestikin hoidossa käyvät joutuivat tekemään ”ylimääräisiä” päivystyskäyntejä, mikä lisäsi hoitopalvelujen tarvetta ja käyttöä.

Edelleen tutkimuksemme osoitti, että pääkaupunkiseudun keski-ikäisillä hampaattomuus ja siihen liittyvä irtoproteesien käyttö olivat vähenemässä muuta maata nopeammin ja teknisesti monimutkaiset ja kalliit kiinteät proteesi-ratkaisut olivat lisääntymässä. Lähes joka kymmenennellä vastaajalla oli puuttuvia hampaita korvattu keinojuurilla eli implanteilla. Myös omien hampaiden kaltaisia (kulta)kruunuja ja siltoja oli kohtalaisen runsaasti erityisesti korkeasti koulutetuilla vastaajilla. Keski-ikäisillä sosiaalinen tausta heijastui vielä selvästi mahdollisuuksiin korvata puuttuvat hampaat ajanmukaisin menetelmin. Vastaajat pitivät suurena epäkohtana sitä, että heille tarpeellinen proteettinen hoito oli jätetty sairausvakuutuskorvausten ulkopuolelle. Tällä ikäryhmällä oli



myös paljon suuria paikkoja, joita tulisi voida korvata proteettisilla kruunuilla, jotka olisivat pitkäkestoisempia ja pitkällä aikavälillä taloudellisempia hoitoratkaisuja kuin yhteiskunnan nyt tukema hammaspaikkojen jatkuva korjailu. Yllättävä löydös oli se, että yksityishammaslääkäreillä käyneistä vastaajista ainoastaan hieman yli puolet katsoi hyötyneensä sairausvakuutuskorvauksista. Todennäköisesti sairausvakuutuskorvausten ulkopuolella olevia hoitoja on teetetty aikaisempaa enemmän.

Vaikka hoitokustannusten merkitys palvelujen käytön esteenä näytti viime vuosina hieman vähentyneen, noin joka kymmenes vastaaja ei ollut kustannussyistä pystynyt teettämään tarpeelliseksi katsottuja hoitoja viime hoitajaksollaan. Tämä koski erityisesti vähän koulutettuja vastaajia, joista joka viides oli tässä tilanteessa. Paradoksaalisesti korkeasti koulutetut käyttivät eniten rahaa hammashoitoonsa, vaikka heidän subjektiivinen hoidon tarpeensa oli vähäisin ja kliiniset terveystutkimukset ovat osoittaneet myös ”objektiivisen” hoidon tarpeen tässä ryhmässä pienimmäksi.

## Hammashoitouudistuksen toteutus terveyskeskuksissa

Terveyskeskuksissa hammashoitouudistuksen implementointikeinoina käytettiin ensisijaisesti lisähenkilöstön palkkaamista sekä henkilöstön työnjaon muutoksia. Joissakin suurissa kaupungeissa palveluita ostettiin yksityissektorilta (Vesivalo ym. 2006). Tutkimuksemme mukaan kunnissa ja kuntayhtymissä terveyskeskusten hammashoidolle oli asetettu valtakunnallisten hoidon saatavuuden parantamistavoitteiden lisäksi myös omia tavoitteita. Nämä painottuivat kuitenkin voimakkaasti hammashoidon uudistusta edeltäneen ajan tavoitteisiin, kuten lasten ja nuorten hyvän suun terveyden ylläpitoon. Joissakin terveyskeskuksissa oli nostettu esiin ikäihmisten tarpeet sekä aikuishoidon osaamisen kehittäminen.

Hammashoitouudistuksen valtakunnalliset terveystavoitteet välittyivät terveyskeskusten tavoitteiksi pääasiassa hoitokuvavaatimusten kautta (Vesivalo ym. 2006).

Hammaslääkärijohtajat näkivät terveyskeskusten hammashoidon toimintatavoissa muutostarpeita uusiin tavoitteisiin pyrittäessä. Muutoksia tarvittiin ennen kaikkea hoidon ja sen tukitoimintojen organisointiin. Merkittävimpänä yksittäisenä toimintatapamuutoksena tuotiin esiin henkilöstöryhmien välisen työnjaon kehittäminen eli käytännössä tiettyjen perinteisesti hammaslääkärien tekemien työtehtävien siirtämistä suuhygienistien ja hammashoitajien tehtäväksi. Erityisesti tämä koski lasten ja nuorten seulontatarkastuksia ja hoitoja. Kehittyneemmällä työnjaolla uskottiin päästävän tilanteeseen, jossa hammaslääkärit voisivat käyttää suuremman osan työajastaan aikuispotilaiden hoitoihin. Osa terveyskeskuksista toteutti erilaisia prosessien uudistamiseen liittyviä muutoshankkeita, jotka koskivat muun muassa ajanvarauksen sekä tieto- ja mobiiliteknikan välineiden käytön kehittämistä.

## Kannusteet ja tavoitteiden saavuttamisen esteet

Johtavilla hammaslääkäreillä oli omasta mielestään selkeä käsitys hammaslääkäriensä tuottavuudesta. Tietojärjestelmät mahdollistivat toiminnan seuraamisen. Useimmat johtavat hammaslääkärit olivat sitä mieltä, että käytössä oleva virkaehtosopimuksen mukainen palkkausmalli, jossa 25–30 % hammaslääkärien palkasta muodostui toimenpidepalkkioista, kannusti ahkeruuteen, mutta ei välttämättä huomioimaan laajemmin väestön suun terveyttä. Kahdessa tutkimukseen osallistuneessa terveyskeskuksessa oli käytössä tulospalkkiojärjestelmä. Tulospalkkioilla pyrittiin kannustamaan koko henkilökuntaa tavoitteiden mukaiseen toimintaan. Niitä käyttäneet olivat tyytyväisiä malliensa ohjausvaikutuksiin.

Johtajat olivat yleisesti sitä mieltä, että valtaosa henkilökunnasta oli sitoutunut terveystieteiden hammashoidon tavoitteisiin. Monet kuitenkin toivat esiin sen, että sitoutuminen ei koskenut kaikkia työntekijöitä. Sitoutumisen ongelmat koskivat nimenomaan hammashoidossa tapahtuneita muutoksia. Tavoitteiden toteuttamisen esteistä tulivatkin esille myös ongelmat muutoksen läpiviennissä käytäntöjen muuttamiseksi ja esimerkiksi työnjaon toteuttamiseksi. Hammaslääkäreillä ei aina ollut halua antaa potilaitaan muiden ammattiryhmien hoidettavaksi niin kuin se terveystieteiden johdon näkökulmasta olisi ollut tarkoituksenmukaista. Toisaalta suuhygienistit eivät välttämättä olleet innokkaita ottamaan vastaan sellaisia töitä, joista hammaslääkärit olisivat saaneet palkkion, mutta jotka heillä olisivat sisältyneet peruspalkkaan (Vesivalo ym. 2005).

Johtajat eivät pitäneet käytössään olleiden aineettomien kannusteiden valikoimaa kovin monipuolisena. Palautteen antaminen tehdystä työstä oli tärkein aineettoman kannustamisen väline. Tästä huolimatta johtavat hammaslääkärit kokivat, että heillä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa terveystieteiden hammashoidon toimintatapoihin. Hammashoitouudistuksen aiheuttamana ongelmana tuotiin esiin ”hoitoloiden tukkeutuminen potilastulvan alla”. Ongelmat ilmenivät muun muassa hoitojaksojen venymisenä ja hoidon muuttumisena päivystysluonteiseksi. Useat haastateltavat katsoivat terveystieteiden hammashuollon tarvitsevan lisää työvoimaa – ”käsipareja” – ja näkivät henkilöstöresurssien heikon saatavuuden tavoitteiden saavuttamisen tiellä olevana esteenä.

## Uudistuksen vaikutukset yksityissektorilla

Vuonna 2005 hammashoitoalan kaikkiaan 1 890 yrityksen liikevaihto oli 390 miljoonaa euroa, mikä vastasi lähes puolta (49 %) koko yksityisestä terveydenhuoltoalan liiketoiminnasta. Ham-

mashoitoyrityksistä suurin osa sijaitsi kymmenessä suurimmassa kaupungissa. Alan 100 suurimman yrityksen joukosta 78 %:lla liikevaihto jäi alle yhden miljoonan euron. Alalla oli vain yksi suuri yritys, jonka markkinaosuus liikevaihdolla mitattuna oli 17 %. Tutkimuksemme kohteena olleella ajanjaksolla 2000–2005 suuret hammashoitoyritykset osoittautuivat hyvin menestyneiksi taloudellisten tunnuslukujen perusteella (kuvio1). Yritysten liikevaihto kasvoi yhteensä +24,5 %, kun hintojen nousun (+17,3 %) vaikutus oli poistettu. Heti hammashoitouudistuksen jälkeen vuonna 2003 yritysten liikevaihto kasvoi vain vähän (+1,6 %). Suuret yritykset kasvoivat kuitenkin koko tarkasteluajanjaksolla hieman nopeammin kuin toimiala keskimäärin (Mikkola ym. 2007).

Hammashoitouudistuksesta johtuneen hoidon kysynnän kasvun vuoksi yritykset olisivat voineet kasvaa nopeammin. Yritysten näkemysten mukaan alan kasvua rajoittivat työvoimapula, liiketoiminta-osaamisen puute ja pieni yrityskoko. Kaikilla keskeisillä tunnusluvuilla mitattuna suurimmat yritykset olivat tutkitulla ajanjaksolla erittäin kannattavia (kuvio 1). Alalle tyypillistä oli myös hyvä vakavaraisuus. Hammashoitouudistus ei tutkimuksemme mukaan vaikuttanut juuri mitenkään keskeisiin tunnuslukuihin. Alan liikevaihdosta 67,4 % oli sairausvakuutuskorvauksen piirissä olevaa hoitoa vuonna 2005. Yritysten palvelujen myynnistä suurin osa oli näin ollen perushoitoa. Tutkitulla ajanjaksolla keskimääräinen sairausvakuutuskorvaus hoidossa käynnyttä kohti ei juuri noussut. Yritysten vähäinen liikevaihdon kasvu uudistuksen jälkeen +1,6 %

Omavaraisuusaste	58,7 %
Sijoitetun pääoman tuotto	29,4 %
Liiketoiminnan voitto	14,2 %

Kuvio 1. Suurimpien hammashoitoalan yritysten taloudellisten tunnuslukujen keskiarvot vuonna 2005 (N = 49)

vuonna 2003, +2,0 % vuonna 2004 ja +8,0 % vuonna 2005 oli todennäköisesti seurausta uusista asiakkaista ja korvausten ulkopuolella olevien hammashoitopalvelujen, kuten protetiikan ja esteettisten hoitojen, kasvusta.

Yritysten menestystekijöitä arvioitiin myös liiketaloustieteessä vakiintuneiden arviointimenetelmien avulla (Porter 1980; 1990) (kuvio 2). Tuotannontekijöistä tärkein oli koulutettu ja erikoistunut työvoima, josta yritykset kilpailivat perusterveydenhuollon organisaatioiden kanssa. Haastateltujen käsityksen mukaan ammatilliset intressit ohjasivat alan kehitystä enemmän kuin taloudelliset intressit. Yrityksen pääoman omistivat yleensä yrityksessä työskentelevät hammaslääkärit ja osa yrityksistä oli ns. perheyrityksiä. Tulevaisuudessa alan yrityskoon kasvaessa ja teknologian kehittyessä myös pääomansijoittajien tulon yritysten omistajiksi uskottiin lisääntyvän.

Yksityissektorilla oli kolme eri asiakasryhmää: yksittäiset kuluttajat, kunnat ja yritykset, jotka ostivat työntekijöilleen hammashoitopalveluita työsuhde-etuina. Yksittäisten kuluttajien osuus oli asiakaskunnasta merkittävin (70–95 %). Yksittäisille yrityksille merkittävä osa liikevaihdosta muodostui kuntien ostopalveluista (5–40 %) ja näiden arvioitiin tulevaisuudessa kasvavan. Kysyntäolosuhteita pidettiin erittäin hyvinä ja hammashoitouudistus oli lisännyt hoidon kysyntää. Hammaslääkäripula terveystieteissä ja hoitotakuu-uudistus olivat lisänneet vuokratyövoiman kysyntää.

Tuotannontekijät  
Kysyntäolosuhteet  
Lähi- ja tukialat  
Yritysten strategiat ja rakenne  
Kilpailuolosuhteet  
Valtion ja edunvalvontajärjestöjen rooli

Kuvio 2. Yritysten menestyksen perustekijät Porterin mallissa

Alan lähi- ja tukialoista tärkein oli hammasteknikot, joiden kanssa yhteistyö sujui kitkattomasti. Yrityksillä ei ollut tapana kilpailuttaa hammasteknikoiden palveluita, vaan hammasteknikot laskuttivat asiakkaita itsenäisesti tuottamistaan palveluista. Kokonaisuudessaan lähi- ja tukialojen merkitys alalla oli vähäinen.

Valtaosa hammashoitoyrityksistä oli valinnut strategiakseen tuottaa mahdollisimman laajan valikoiman palveluita, ja erikoistuminen vain tiettyihin palveluihin oli harvinaista. Pitkän henkilökohtaisen asiakassuhteen luominen ja sen vahvistaminen vuosittaisella kutsumenettelyllä oli keskeinen strategia asiakaskunnan säilyttämiseen. Pitkäaikainen asiakassuhde ja kutsumenettely olivat myös keino erilaistaa palvelut kunnallisesta hammashoidosta. Kutsumenettely oli koettu myös tehokkaimmaksi markkinointikeinoksi, ja muu markkinoinnin tarve nähtiin alalla vähäiseksi.

Yleisin tapa tulla markkinoille oli ostaa vastaanotto, jolla oli jo vakiintunut asiakaskunta. Suurin osa haastatelluista arvioi, että yksittäisten hammaslääkärien pitämät ns. solo-vastaanotot vähenevät tulevaisuudessa ja yrityskoko kasvaa. Suuremmasta yrityskoosta arveltiin olevan skaalaetuja muun muassa laitehankinnoissa sekä ja tunnetun tuotemerkin luomisessa. Ammattitaidon kehittämisen katsottiin onnistuvan paremmin isommissa yksiköissä. Myös kuntien laajemmat ostopalvelusopimukset ovat helpommin suurempien yritysten saatavilla. Ala ei kuitenkaan vielä ollut kypsä laajentamaan yrityskokoja. Haastateltujen mielestä yrityskoon laajentamisen esteenä olivat hammaslääkärien bisnesosaamisen puute ja pelko lisääntyvistä hallinto- ja johtotehtävistä.

Yritykset ilmoittivat kilpailevansa keskenään palveluvalikoimalla ja laadulla. Hintakilpailua koettiin haastateltujen mukaan viimeksi 1990-luvun lamavuosina. Markkinointi nähtiin enemmän tiedonvälityskeinona kuin kilpailuvälineenä. Moni oli sitä mieltä, että uudistuksen myötä suotuisat kysyntäolosuhteet olivat pikemminkin vähentäneet kilpailua alalla kuin lisänneet sitä. Osa haastateltavista piti kuntien perusterveydenhuoltoa kilpailijanaan, osa

enemmänkin yhteistyökumppaneina, jotka lähettivät potilaita erikoishoitoihin tai ohjasivat heitä yksityissektorille pitkien jonojen vuoksi. Ne yritykset, jotka kokivat kilpailua perusterveydenhuollon kanssa, olivat sitä mieltä, että perusterveydenhuollon alhaiset hinnat vinouttivat hammashoitomarkkinoita. Myös yksityishammaslääkäreille tehty kyselytutkimus viittasi siihen, ettei alalla juuri koettu olevan kilpailua.

Edunvalvontaorganisaatio järjesti yrityksille hyvin organisoidun koulutusta ja seurasi alan kustannus- ja hintakehitystä. Useimmat yritykset käyttivät Hammaslääkäriliiton tilastoja määritellesään hintoja palveluilleen.

## Arvio uudistuksen tavoitteiden toteutumisesta

Taulukossa 5 on arvioitu hammashoitouudistuksen terveystaloudellisten tavoitteiden toteutumista. Hammashoitouudistus nosti aikuisten hoidon kysyntää. Tämä oli odotettavissa. Kysyntää on myös nostanut hampaattomuuden väheneminen. Kun alle 65-vuotiaasta aikuisväestöstä enää 6 % on hampaattomia, niin tätä vanhemmista vastaava osuus on vieläkin 44 %. Vastaisuudessa aikuisten ja ikäihmisten hoidon kysyntä ja tarve tulevat entisestään kasvamaan ja nuoren väestön hoidon tarve vähenee. Palveluita käyttäneiden määrä nousi kuitenkin suhteellisen vähän, vaikka vuoden 2000 väestötutkimuksen mukaan aikuisilla suun hoidon tarve on suurta. Osa kasvaneesta kysynnästä kilpistyi suurten terveyskeskusten jonoihin. Keväällä 2007 tehdyssä selvityksessä todettiin 25 000 henkilön jonottaneen suurten kaupunkien terveyskeskuksiin yli puoli vuotta eikä hoitotakuuta ole kaikissa terveyskeskuksissa vieläkään pystytty toteuttamaan. Tärkeimpänä syynä jonojen muodostumiseen terveyskeskukset pitivät hammaslääkäripulaa ja osassa terveyskeskuksia myös suuhygienistipulaa. Hammaslääkärien rekrytoin-

Taulukko 5. Arvio hammashoitoudistuksen terveystaloudellisten tavoitteiden toteutumisesta

Tavoite	Toteuttamiskeinot	Arvio onnistumisesta
Hoidon saatavuuden parantaminen	Ikärajoitukset pois terveyskeskuksista	Palvelujen saatavuus parantunut
	Sairausvakuutuskorvaukset perushoidosta kaikenkäisille aikuisille	Suurissa terveyskeskuksissa pitkiä jonoja
Tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden paraneminen hoitopalvelujen käytössä	Ikärajoitukset pois terveyskeskuksista	Teoriassa kaikkien, käytännössä erityisesti keskituloisten asema parani
	Sairausvakuutuskorvaukset perushoidosta kaikenkäisille	Tasa-arvo parani yksiköissä palveluita käyttävän ryhmän sisällä ikärajoitteiden poistuttua. Uudistus vähensi pääasiassa hyvätuloisten kustannuksia. Tuki kohdentui yhä selkeästi nuoren väestön eikä iäkkäämmän väestön hoitotarpeiden mukaan
Vähentää hoitokustannuksia (palvelujen käytön esteenä)	Terveyskeskuksissa kaikki hoito subventoitua Perushoito yksityissektorilla subventoitua	Yhteiskunnan maksuosuus hoitokustannuksista kasvoi
Saada suun terveydenhoito toimimaan samoilla periaatteilla kuin muukin terveydenhoito	Hoitotakuulainsäädännön soveltaminen	Terveyskeskusten suun terveydenhoito lähentyi toimintatavoiltaan muuta julkista terveydenhoitoa

tiin muista EU-maista ei juuri ole ryhdytty. Naapurimaissamme Ruotsissa ja Norjassa tätä on tehty jo vuosia, ja Isossa-Britanniassa jo noin neljännes hammaslääkärökunnasta on koulutettu maan rajojen ulkopuolella. EU:n sisällä työvoiman liikkuvuus on tärkeä arvo sinänsä, ja monissa uusissa EU-maissa on runsaasti hammaslää-



käreitä, jotka eivät työllisty omassa maassaan, kun hammashoitoa on viime vuosina yksityistetty (Widström & Eaton 2004).

Hoitojärjestelmä on hammashoitouudistuksen myötä muuttanut oikeudenmukaisemmaksi, kun hoitomahdollisuuksia ja tukia rajoittanut ikäraja ”vuonna 1956 syntyneet ja nuoremmat” -käsite poistettiin. Hammashoidon väestölle aiheuttamat keskimääräiset kustannukset laskivat jonkin verran. Eniten uudistuksesta hyötyivät ne yksityisiä palveluita käyttäneet, jotka eivät aikaisemmin olleet saaneet sairausvakuutuskorvauksia, ja terveyskeskuksiin päässeet uudet potilaat.

Tutkimustulostemme mukaan hammashoidossa on tapahtunut oikeansuuntaisia muutoksia, mutta muutokset ovat olleet hitaita. Alalla ehdittiin tottua hyvin pienin askelin tapahtuviin parannuksiin kansanterveystieteen astuttua voimaan. Lasten ja nuorten hoidon priorisointia tehtiin aikuisten kustannuksella liiankin pitkään lähtökohtana vahva usko siihen, että terveyskeskushammashoito ratkaisevalla tavalla pystyy ehkäisemään suu- ja hammas-sairauksia erityisesti lapsilla ja nuorilla säännöllisesti toistuvilla tarkastuksilla ja ehkäisevillä ja korjaavilla hoitotoimenpiteillä. Uudempien tutkimusten mukaan näiden sairauksien ehkäisyssä keskeistä on hyvä kotihoito (suuhygieniä, fluorihammastahna ja järkevät ruokailutottumukset). Vähemmälle huomiolle on jäänyt se, että tutkimustulokset osoittavat myös, että aikuisväestö pystyy hammashoitotoimenpiteitten ansioista säilyttämään aikaisempaa enemmän omia hampaita ja että korjaava hammashoito parantaa elämänlaatua. Näin ollen toimivat hoitopalvelut ovat tärkeitä kaikenikäisille.

Terveyskeskuksissa tärkeimmät keinot sopeutua uudistuksen myötä kasvaneeseen kysyntään ovat olleet lisähenkilöstön rekrytointi ja pyrkimys työnjaon muuttamiseen hammaslääkärien ja suuhygienistien välillä. Uusia toiminnan järjestämiseen liittyviä innovaatioita on ollut vähän, ja työtä näyttäisi ohjaavan aikaisempi käytäntö ja vaikeasti muutettavat vakiintuneet työrutiinit. Muutos-

vastarinta terveyskeskuksissa on ollut suurta. Erityisesti kiireellisen hoidon kysynnän kasvu on koettu rasittavaksi ja henkilökunta on epäillyt väestön käyttävän kiireellisyyttä verukkeena hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi (Turunen ym. 2008). Toisaalta kun tiedetään, että keski-ikäisellä ja vanhemmalla väestöllä on runsaasti kestoikäntään rajallisia, vanhoja paikkoja, on luonnollista, että ennakoimattomasti hoidon tarvetta ilmenee kaiken aikaa ja jatkossa tämäntyypinen hoidon kysyntä tulee vieläkin kasvamaan. On myös selvää, että iäkkäämmän väestön tarvitsemat hoidot ovat usein raskaampia ja vaikeampia kuin nuoremman väestön hoidot.

Potilaiden lisäys tapahtui pääosin julkisella sektorilla. Aikaisempien tutkimusten valossa näyttää siltä, että yksityissektorilla on jo asiakkainaan valtaosa hammashoitopalveluita säännöllisesti käyttävästä hyvin koulutetusta ja hyvätuloisesta väestöstä eikä yksityissektorilla näyttänyt olevan tarvetta hankkia lisää asiakkaita eikä erityisemmin kasvattaa liikevaihtoaan. Terveyskeskuksissa uudet asiakkaat edustivat pääosin keskiluokkaa (Kiiskinen ym. 2005), joten tältä osin sosiaalisten erojen palvelujen käytössä voidaan katsoa jonkin verran vähentyneen. Silti palvelujen käyttö ei vieläkaan kohdistu väestön tarpeitten mukaisesti, niin kuin esimerkiksi Ruotsissa, jossa vähän koulutusta saaneet käyttävät palveluita enemmän kuin korkeasti koulutetut – aivan niin kuin terveystietojen valossa asian pitäisi olla. Hoidon sisällössä ja laadussa on vielä suuria potilaiden sosioekonomiseen taustaan liittyviä eroja. Iäkkään aikuisväestön tärkeimpään suunterveysongelmaan – hampaattomuuden ja puuttuvien hampaiden korvaamiseen – ei ole toistaiseksi pystytty kohdentamaan riittävästi resursseja, vaan yhteiskunnan tuki suun hoitoon lähtee yhä vielä pääosin nuorehkon väestön tarpeista.

Yleensä ajatellaan, että kilpailu palvelujen tuottajien välillä olisi eduksi myös terveydenhoidossa ja toisi myös edullisempia hintoja. Suun terveydenhoidossa näin ei ole. Hammashoitoloiden ei ole ainakaan toistaiseksi tarvinnut kilpailla asiakkaista: yhteydet vakioasiakkaisiin voidaan yksityissektorilla ylläpitää kutsumalla heitä

säännöllisesti hoitoon, ja julkinen sektori ei vedä, niin että kilpailua voisi sitä kautta syntyä. Yksityissektorilla potilasvirtaukset pitäisi saada suuremmaksi, jotta terveyskeskuksissa jäisi aikaa myös erityisryhmien hoitoon ja hoitoon saattamiseen. Erikoishammaslääkäritasoisen hoidon saatavuuteen joudutaan myös kiinnittämään aikaisempaa enemmän huomiota.

## Kirjallisuus

- Hoitotakuulainsäädäntö 855/2004 ja 856/2004.
- Kiiskinen U, Suominen-Taipale L, Aromaa A & Arinen S (2005) Koettu suun terveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 22. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 1219/2000.
- Laki sairaskuutuslain muuttamisesta 1202/2000.
- Mikkola H, Vesivalo A, Jauhiainen S & Widström E (2007) An Outlook of Dental Practices – Drivers, Barriers and Scenarios. Liiketaloudellinen aikakauskirja 56(2),167–192.
- Nguyen L & Häkkinen U (2004) Income-Related Inequality in the Use of Dental Services in Finland. Applied Health Economics and Health Policy 3(4), 251–262.
- Nihtilä A & Widström E (2005) Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 70(3), 323–333.
- Niiranen T, Widström E & Niskanen T (2008) Oral Health Care Reform in Finland – reducing inequity in care provision. BMC Oral Health 8(39). <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/3>>
- Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J & Karhunen T (2004) Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta 2000-luvulle. Raportteja 278. Helsinki: Stakes.
- Porter M.E (1980) Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors. New York: Free Press.
- Porter M.E (1990) The competitive advantage of nations. New York: Free Press.
- Poutanen R & Widström E (2001) Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö. Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. Yhteiskuntapolitiikka 66 (3), 248–255.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2005) Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Oppaita 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M & Aromaa A (toim.) (2004) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Turunen S, Widström E & Helenius P (2008) Hammashuollon arkipäivävystyksen käyttö Helsingin terveys-

- keskuksessa. Suomen Hammaslääkärilehti 15, Painossa.
- Vesivalo A, Widström E, Mikkola H & Tampsi-Jarvala T (2006) Terveyskeskusten hammashoidon tavoitteet ja kannusteet hammashoitouudistuksen implementoinnissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43,146–156.
- Widström E & Eaton K (2004) Oral health care systems in the Extended European Union in 2003. Oral Health Preventive Dentistry 2(3), 155–194.
- Widström E, Ekman A, Aandahl SL, Pedersen MM, Augustsdottir H & Eaton AK (2005) Development in oral health policy in the Nordic countries since 1990. Oral Health Preventive Dentistry 3(4), 225–235.