

Osmo Soininvaara



Suun terveydenhuolto tasapainoa etsimässä

Selvitysmiesraportti elokuussa 2008

Osmo Soininvaara

Suun terveydenhuolto tasapainoa etsimässä

Selvitysmiesraportti elokuussa 2008

Julkaisija: Suomen Hammaslääkäriliitto
Taitto: Annariitta Kottonen
Kannen kuva: Mikko Paartola, Vastavalo.fi

ISBN 978-951-98869-7-8 (nid.)
ISBN 978-951-98869-8-5 (pdf)

Multiprint Oy, Helsinki 2008

Sisältö

Esipuhe	4
1. Suun terveydenhuolto on kulkenut omia polkujaan	5
2. Verovaroin maksettavaksi.....	6
2.1. Sairausvakuutus vai terveystakeskus?	8
2.2. Palvelurakenteet eivät mullistuneet.....	10
2.3. Hoitotakuu	12
3. Mitä tapahtui hampaiden hoidolle?.....	13
3.1. Helsinki esimerkkinä vaikeuksissa olevasta kaupungista	14
3.2. Kainuu esimerkkinä syrjäisestä alueesta	18
4. Monikanavainen rahoitus	19
4.1. Suun terveydenhuollosta tienavaaja rahoituksen yhtenäistämässä!.....	21
4.2. Yksityisen ja julkisen hoidon työnjako	26
4.3. Sairausvakuutuskorvaukset.....	28
5. Sosiaaliset terveyserot	29
5.1. Tarkastukseen kutsuminen.....	32
6. Ennaltaehkäisy.....	35
7. Hammaslääkärikoulutus	36
7.1. Alimitoituksen hinta.....	38
7.2. Ylimitoituksen hinta.....	38
7.3. Hammaslääkärikoulutuksen alueellinen sijoittaminen.....	41
7.4. Alueelliset kiintiöt opiskelijavalintaan	42
8. Suositukset	44
Lähdeluettelo	46

Esipuhe

Vuosituhannen vaihteessa otettiin hammaslääkäripalvelut sairausvakuutuksen korvausten piiriin. Samanaikaisesti kunnille osoitettiin velvollisuus tarjota suun terveydenhuollon palveluja koko väestölle. Nämä toimenpiteet ja vähän myöhemmin toteutettu hoitotakuu ovat tuottaneet paikoin suuria paineita kuntien terveyskeskushammashoitoon sekä muotoilleet uudestaan työnjakoa julkisen ja yksityisen hoidon välillä.

Tämä selvitys on tehty Suomen Hammaslääkäriliiton tilauksesta. Selvityksessä kartoitetaan suun terveydenhuollon järjestämisessä ilmenneitä ongelmia sekä etsitään ilmenneisiin ongelmiin ratkaisuja.

Toimin peruspalveluministerinä vuosina 2000–2002, aikana jolloin päätettiin sairausvakuutuskorvausten ja kuntien hoitovelvoitteen ulottamisesta koko väestön suun terveydenhuoltoon. Tämä voi luonnollisesti vaikuttaa tarkastelukulmaani edellä mainittujen uudistusten arvioinnissa.

Keskityn selvityksessäni aikuisten hammashoidon järjestämiseen. Tarkastelun ulkopuolelle on jätetty lasten suun terveydenhuolto, oikomishoito kokonaisuudessaan sekä erikoishammaslääkäreiden palvelut, koska ne eivät kuuluneet vuosituhannen vaihteen uudistusten piiriin.

Raportissa esitetyt johtopäätökset ja suositukset perustuvat muun muassa lukuisiin keskusteluihin eri henkilöiden kanssa, joista tärkeimpinä mainittakoon Suomen Hammaslääkäriliiton toiminnanjohtaja Matti Pöyry ja varatoiminnanjohtaja Anja Eerola. Heitä kiitän hyvästä yhteistyöstä.

Olen haastatellut raporttia varten myös lukuisia muita henkilöitä sekä sovitusti tapaamalla tai puhelimitse että terveydenhuollon seminaarien kahvitauoilla ja muissa vastaavissa epävirallisissa tilaisuuksissa.

Helsingissä 3.8.2008

Osmo Soininvaara
Valt.lis.

1. Suun terveydenhuolto on kulkenut omia polkujaan

Hammaslääkäri tarvitsi niin erilaisia taitoja ja välineitä kuin muut lääkärit, ja potilaat kokivat särkevät hampaat niin erilliseksi asiaksi muusta terveydentilastaan, että hammaslääkärit erikoistuivat muusta lääkärikunnasta jo hyvin varhain omaksi ammattikunnakseen. Hammaslääkärit muodostivat pitkään yhden hengen yrityksiä ja vastaanotot olivat vielä 1900-luvun alkupuoliskolla tavallisesti asunnon yhteydessä. Potilas maksoi hoidon itse. Jos ei ollut varaa hammaslääkäriin palkkioihin, joutui tulemaan toimeen huonommilla hampailla. Yksinkertaisin hoito särkevään hampaaseen oli vetää se pois, eikä tähän tarvittu aina edes hammaslääkäriä. Hampaattomuus ja liemiruoka olivat aina kuuluneet vanhuuteen, eikä sitä siksi osattu pitää kummallisena.

Yksityisen hoidon osuus suuri

Historiallisista syistä yksityissektorin osuus on hammaslääkäripalveluissa edelleen suuri, laskutavasta riippuen noin puolet. Näin se on myös Ruotsissa. Muussa terveydenhuollossa yksityisen hoidon osuus on vain noin viidennes. Yksityisistä hammaslääkäreistä merkittävä osa tekee töitä pienillä yhden tai kahden hammaslääkäriin vastaanotoilla. Hammaslääkäreitä on vanhastaan ollut lähinnä kaupungeissa, joissa on ollut riittävästi maksukykyistä kysyntää. Suomessa edelleen sekä palvelujen tarjonta että niiden kysyntä vaihtelevat alueellisesti niin, että eniten hammaslääkäriin palveluja käytetään kaupungeissa. Sosiaaliset terveiserot ovat Suomen koko terveydenhuollon ongelma, mutta erityisen suuret erot ovat suun terveydenhuollossa. Varakkailla ja hyvin koulutetuilla hampaat ovat paremmassa kunnossa ja he käyttävät enemmän hammaslääkäriin palveluja.

Silmälääkärit kehittyneet samalla tavalla erillään muusta terveydenhuollosta

Vähän samalla tavalla ja samasta syystä silmälääkärit erilaistuivat omaksi erilliseksi ammattikunnakseen ja organisoituivat hammaslääkärien tapaan yksittäisiksi ammatinharjoittajiksi. Kun kansalaiset tottuivat maksamaan silmälasinsa itse, he maksavat ne yhä itse, vaikka muut apuvälineet ovat muuttuneet veroravoin kustannettaviksi. Vaativampi silmänsairauksien hoito tapahtuu julkisissa sairaaloissa, mutta perusterveydenhuoltotasoista silmälääkärintointia ei edelleenkaan ole juuri järjestetty verovaroin.

Polkuriippuvuus

Moni yhteiskunnallinen ilmiö noudattaa polkuriippuvuutta. Kerran valitulta tieltä ei vähäisin syin siirrytä toiselle. Hammashoidossa vallitsee yhä yksityisen ammatinharjoittajan perinne. Samalla tavoin on organisoitu Saksan ja Itävallan perhelääkärijärjestelmä. Me pidämme Suomessa kahdeksan lääkärin terveystakeskusta pienimpänä toimivana kokonaisuutena, mutta monessa maassa perhelääkärit ottavat edelleen potilaansa vastaan yksin.

*Kotivastaanotoista
hammaslääkärikes-
kuksiin*

Varustetaso hammaslääkäriin vastaanotolla kehittyi ja pääoma-
valtaistui teknologian kehittyessä. Kotivastaanotoista siirryttiin
ajan myötä hammaslääkärikeskuksiin. Hammashoitaja ilmaantui
hammaslääkäriin vastaanotolle työtä tehostamaan. Aluksi hammas-
lääkäri koulutti itse itselleen avustajan. Järjestelmällinen hammas-
hoitajakoulutus aloitettiin vasta 1966. Panoramaröntgenin käytön
yleistyminen suosi monen hammaslääkäriin yhteisvastaanottoa,
koska yhden röntgenlaitteen kapasiteetti riitti hyvin monelle ham-
maslääkäriin. Yhteinen vastaanottoapulainen auttoi hammaslääkä-
riä keskittymään omaan työhönsä.

Yleislääketiede organisoitui kunnanlääkärien ja sairaalalai-
toksen varaan. Yleislääkäri antoi välttämätöntä hoitoa, joten ilman
hoitoa ei voinut jäädä, vaikka ei pystynyt maksamaan lääkäriin
palkkiota. Kun kunnanlääkäriin vastaanotot korvattiin verovaroin
rahoitetulla terveystakeskuksilla, hammashoito oli tarkoitus ottaa
mukaan, mutta varojen puuttuessa kunnallinen hammashoito rajat-
tiin ensisijaisesti alle 18-vuotiaisiin.

Pyrkimystä ottaa hammashoito osaksi muuta terveydenhuoltoa
on ollut pitkään. Koko kansan hammashoidon voi sanoa alkaneen
kansakouluista vuona 1956, jolloin säädettiin laki kansakoulujen
hammaslääkärintoimesta. Puolustusvoimat huolehti varusmiesten
hampaista. Tavaksi tuli laittaa hampaat kuntoon asevelvollisuusai-
kana eräänlaisena korvauksena miespuoliselle väestölle asepalve-
lukselta.

2. Verovaroin maksettavaksi

Pyrkimykset saattaa hammashoito muun terveydenhuollon ta-
voin verovaroin rahoitettavaksi johtivat julkisin varoin kustannetun
hammashoillon ikärajan nostoon vaiheittain niin, että vuonna 1985
ikäraja nousi 21 vuoteen. Vuonna 1986 julkisesti tuetun hammas-
hoidon piiriin otettiin kaikki vuonna 1961 ja sen jälkeen syntyneet.
Tämä loi automaatin lisätä verovaroin tuettuun hammashoitoon oi-
keutettuja yhdellä ikäluokalla vuodessa. Vuonna 1990 ikärajaa siir-
rettiin vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin, eli tuohon aikaan
34-vuotiaisiin. Monessa kunnassa hammashoitoa kuitenkin rajoit-
tettiin lain tarkoittamasta laajuudesta rahan puutteeseen vedoten.

Hammaslääkäreitä oli pitkään lähinnä vain kaupungeissa,
koska vain kaupungeissa oli riittävästi maksukykyisiä asiakkaita.
Valtio, joka 1990-luvun alkuun asti hallitsi terveydenhuoltojärjes-
telmää prosentuaalisten valtionapujen ja virkakiintiöiden avulla,

*Valtion toimin
hammaslääkäreitä
maaseudun
terveyskeskuksiin*

korvasi maaseudun hammaslääkärivajauksen sallimalla avokäitesti kunnallisten hammaslääkärin virkojen perustamisen maaseudun terveyskeskuksiin. Tämä edisti hoidollista tasa-arvoa, mutta oli tietysti taloudellisesti epätasa-arvoista niiden kaupunkikuntien silmissä, joiden asukkaat joutuivat hoidattamaan hampaansa ilman valtion taloudellista tukea. Asetelma muuttui päivystaiseksi, kun prosentuaalisista valtionosuuksista siirryttiin laskennallisiin. Terveyskeskushammaslääkärin virka muuttui etuoikeudesta kunnallistaloudelliseksi taakaksi.

Vuonna 1997 suomalaisista noin kolmannes asui kunnissa, jotka olivat järjestäneet terveyskeskuksissaan hammashuollon koko väestölle, kolmannes kunnissa, jotka tarjosivat näitä palveluja kansanterveislain mukaisesti vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille ja kolmannes kunnissa, jotka rajasivat voimavarojen puutteeseen vedoten hoidon kansanterveislain vaatimuksia suppeammalle joukolle.¹

*Verovähennys
oikeus poistui,
mutta sairaus-
vakuutus ei
tullutkaan*

Vaikka koko väestö ei ollut kunnallisen hammashoidon sen paremmin kuin sairausvakuutuskorvaustenkaan piirissä, valtio ja kunnat osallistuivat huomattavassa määrin hammashuollon kustannuksiin sairauskulujen verovähennysoikeuden kautta. Normaalilla palkansaajalla marginaalivero oli 40–55 prosenttia joten verovähennys korvasi kustannuksista huomattavan osan vuoteen 1992 asti, jolloin sairauskulujen verovähennysoikeudesta luovuttiin.

Kun verovähennysoikeudesta luovuttiin, tarkoitus oli korvata tämä ulottamalla hammashuollon sairausvakuutusjärjestelmä koko väestöön vuoden 1992 alusta. Lama ja julkisen talouden ahdinko pakottivat lykkäämään lain toimeenpanoa väliaikaisilla laeilla. Niinpä hammashoidon menot eivät lähes vuosikymmenen ajan oikeuttaneet sen paremmin sairausvakuutuskorvaukseen kuin verovähennyksenkään.

*Tahtoa oli, rahat
puutuivat*

Suun infektioiden yhteydet potilaan muuhun terveydentilaan opittiin tuntemaan ja tiedostamaan entistä paremmin myös päättäjien keskuudessa, mikä lisäsi paineita ottaa hampaiden hoito osaksi terveydenhuollon normaalia kokonaisuutta. Lipposen ensimmäisessä hallituksessa (1995–1999) oli suuria haluja vaan ei rahaa laajentaa julkista hammashoitoa. Eräänlaisena köyhän miehen reformina toteutettiin vuoden 1997 lokakuun alusta sairausvakuutuslain muutos, jonka mukaan myös ennen vuotta 1956 syntyneille tuli oikeus saada kerran kolmessa vuodessa korvausta hammaslääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja ennaltaehkäisevästä hoidosta.

*Lipposen toisen
hallituksen
ohjelma*

Lipposen toisen hallituksen ohjelmaan kirjattiin vuonna 1999 varovaisesti ja vaikeaselkoisesti, että koko väestön mahdollisuus

¹ HE 149/2000

saada yhteisistä varoista tuettua hammashuoltoa toteutetaan kustannusneutraalisti vaiheittain. Hallitus antoi vuonna 2000 esitykset verovaroin tuetun hammashoidon laajentamisesta koko väestöön. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että hammastulehduksilla on havaittu olevan yhteyttä sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn. Esitykset koskivat sekä sairausvakuutusta että kunnallista hammashoitoa. Koko väestö tuli vaiheittain molempien lakien piiriin vuoden 2002 joulukuusta alkaen.

2.1. Sairausvakuutus vai terveyskeskus?

Verovaroin tuetun hammashoidon laajentuessa koko väestöön jouduttiin ratkaisemaan, missä määrin tuleva hoito pohjautuisi kunnalliseen hoitoon ja missä määrin sairausvakuutuksen tukemaan yksityisten hammaslääkärien antamaan hoitoon. Vaihtoehtona oli laajentaa pelkästään sairausvakuutuksen turvin rahoitettua yksityistä hammashoitoa vuoden 1991 lainsäädännön mukaisesti tai laajentaa samassa yhteydessä kunnan velvollisuutta järjestää hammaslääkärien palvelut kuntalaisille terveyskeskusten kautta.

Asetelma oli vuonna 2000 päätöstä tehtäessä hankala. Pelättiin molempien vaihtoehtojen, sekä pelkkään sairausvakuutuksen korvausten laajentamiseen tyytymisen että kunnallisten terveyskeskusten järjestämisvastuun laajentamisen aiheuttavan epätarkoituksenmukaista hoidon siirtymistä paikasta toiseen, tästä aiheutuviin jonoihin yhtäällä ja kapasiteetin vajaakäyttöisyyteen toisaalla.²

Pelkän sairausvakuutuksen korvauskäytännön laajentaminen olisi ollut yksinkertaista. Tämä ratkaisu olikin aluksi esillä valmistelussa, mutta sen pelättiin johtavan terveyskeskushoidon alasajoon. Kunnat, jotka olivat järjestäneet hammashoidon kuntoon terveyskeskuksissaan, olisivat joutuneet maksamaan hoidon kunnan budjetista. Samanaikaisesti kunnallisen hammashoidon laiminlyöneiden kuntien osalta hammashoidon olisi maksanut Kansaneläkelaitoksen kautta valtio. Siirtyminen prosentuaalisista valtionosuuksista laskennallisiin oli tehnyt oman hammashoidon tarjoamisen kunnalle selvästi aiempaa epäedullisemmäksi. Houkutus ajaa terveyskeskusten hammashoito alas ja jättäytyä yksityissektorin varaan olisi tällöin ollut varsin suuri.

Toisaalta ei ollut kovin tarkoituksenmukaista sekään, että siellä missä oli hyvin toimiva yksityisiin hammaslääkäreihin nojaava verkko, tämä ajettaisiin alas ja investoitaisiin suuria summia ham-

Pelkkä sairausvakuutuskorvaus olisi johtanut terveyskeskusten antaman suun terveydenhuollon alasajoon

Hyviä yksityis-palveluja ei haluttu ajaa alas

² Tämän raportin kirjoittaja toimi peruspalveluministerinä vuosina 2000–2002. Oheinen teksti perustuu omakohtaisiin muistoihin noilta ajoilta.

maslääkärien vastaanottoon terveystieteissä. Hallituksen esityksen perusteluissa oletettiin, että tällaiset kunnat päätyisivät ostamaan palveluja yksityissektorilta.

Sellainenkin ajatus esitettiin, että tehtäisiin laajempi uudelleenjärjestely kuntien ja valtion välillä: siirrettäisiin myös hammashoidon Kela-korvaukset kuntien maksettaviksi, jolloin järjestelmä kohtelisi tasapuolisesti sekä hammashoidossaan terveystieteisiin että yksityissektoriin nojaavia kuntia.

Sairausvakuutuksen korvaustaso jäi entistä verovähennysoikeutta huonommaksi

Valtion rahapula pakotti pitämään hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset matalalla tasolla. Korvausprosentti oli muodollisesti 60, mutta korvaukseen oikeuttavat taksat vahvistettiin paljon todellisia matalammiksi. Vuoden 2003 alkupuoliskolla hammashoidon sairausvakuutuksen korvausaste oli 37,5 % potilaan maksamista todellisista kustannuksista, mutta vuoden 2007 alkupuoliskolla enää 32,5 %. Vuoden 2008 alusta hammashoidon korvauksia tarkistettiin ylöspäin tavoitteena, että ne kattaisivat 40 % todellisista kuluista. Maaliskuussa 2008 keskimääräinen korvausprosentti oli kuitenkin vain 37. Huomattakoon, että vuoteen 1992 voimassa ollut sairauskulujen verovähennysoikeus merkitsi keskimäärin selvästi suurempaa tukea yksityistä hammaslääkärinä käyttävälle potilaalle kuin nykyiset sairausvakuutuskorvaukset.

Terveystieteisiin toimenpidemaksut

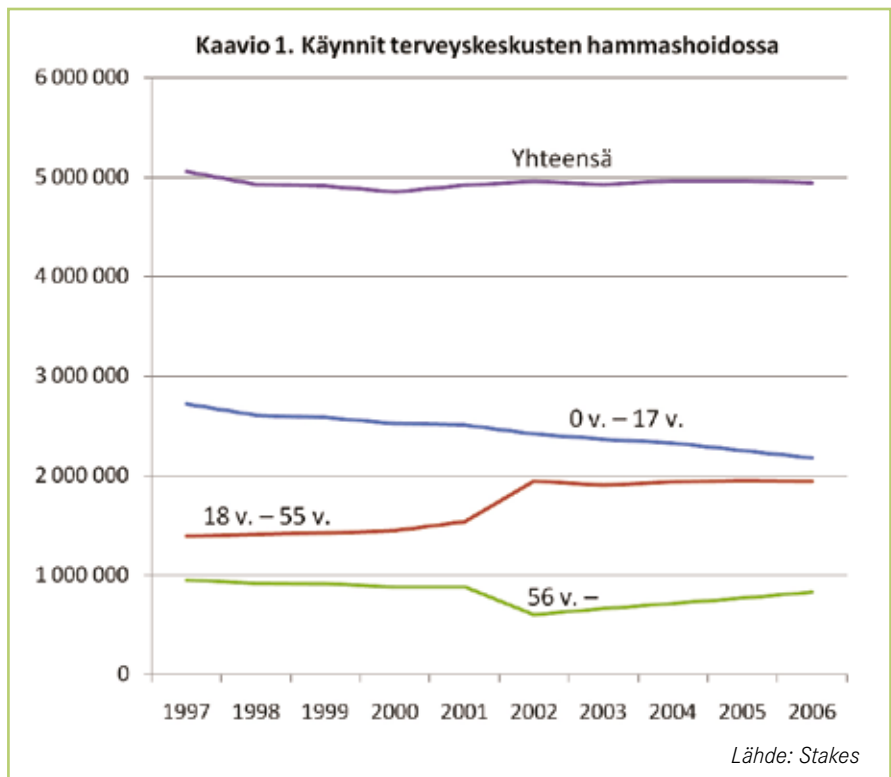
Kunnallisen hammashoidon maksut asetettiin korkeammaksi kuin muussa terveydenhuollossa, jotta sairausvakuutuksen matala korvausaste ei tuottaisi painetta kunnalliseen hoitoon ja jotta velvollisuus hoidon järjestämiseen ei tulisi kunnille kohtuuttoman kalliiksi. Käyntimaksun lisäksi maksua perittiin tehdyistä toimenpiteistä, mikä poikkesi terveystieteisten yleisestä käytännöstä. Hammasproteesit jäivät sairausvakuutuksen ulkopuolelle. Potilaan olisi silti taloudellisesti halvempaa valita kunnallinen hoito, mutta eron ei katsottu olevan niin suuri, että se synnyttäisi voimakasta siirtymistä yksityisestä hammashuollosta julkiseen. Hallituksen esityksessä todettiinkin: ”Tällaisessa tilanteessa ei siten ole merkittäviä taloudellisia paineita vakiintuneiden hoitosuhteiden katkaisemiseen.”³ Esityksessä korostettiin myös, että vaikka kunnalla on velvollisuus tarjota hammashoitoa koko väestölle, tämä ei muodosta yksityiselle kuntalaiselle subjektiivista oikeutta hammaslääkärin palveluihin. Näin ollen palvelun epäämisestä tämä ei voisi vaatia itselleen korvausta.

³ HE 149/2000.

Vanhat potilaat tekivät terveyskeskuksissa tilaa uusille

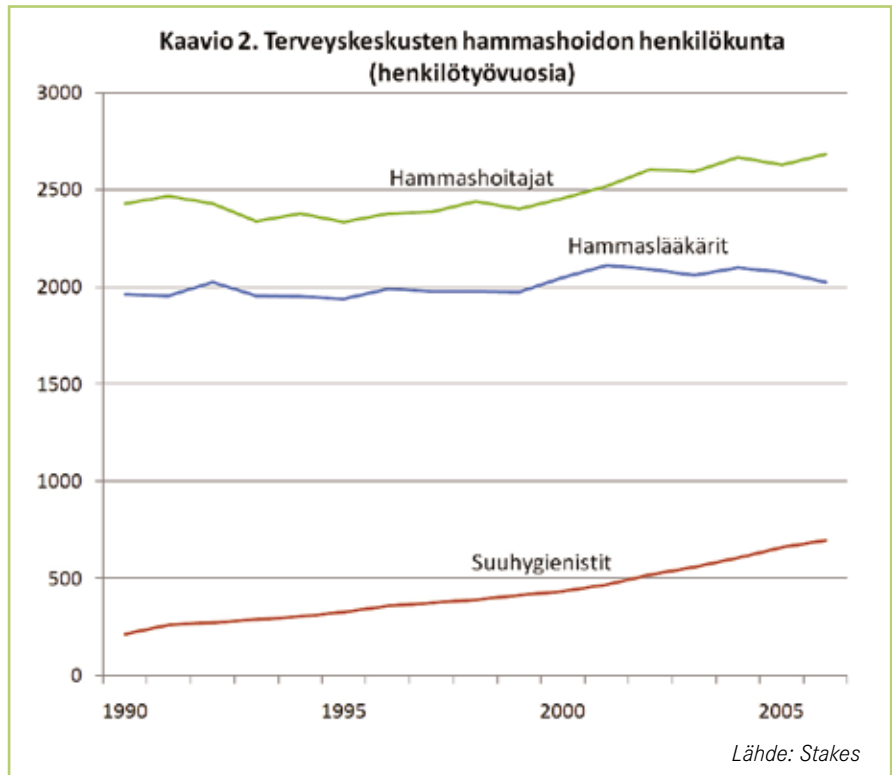
2.2. Palvelurakenteet eivät mullistuneet

Kunnissa pelättiin suurta ryntäystä terveyskeskuksissa annettavaan hammashoittoon sen jälkeen, kun hoidon tarjoaminen koko väestölle oli tullut kuntien velvollisuudeksi. Koko maata ajatellen hammashoidon potilaskäyntien kokonaismäärässä ei terveyskeskuksissa kuitenkaan tapahtunut suurta muutosta – vuodesta 2000 vuoteen 2002 käynnit lisääntyivät vain pari prosenttia – mutta potilaiden ikäjakaumassa tapahtui. Koululaisten hammashoito oli vähentynyt tasaisesti ja käyntien määrä väheni niiden kahden vuoden aikana edelleen sadalla tuhannella. Yli 56-vuotiaiden käynnit terveyskeskusten hammashoidossa vähenivät samana aikana noin 300 000 käynnillä, samalla kun 18–55-vuotiaiden käyntien määrä puolestaan kasvoi puolella miljoonalla. Vanhat potilaat saivat tehdä tilaa uusille.



Hammaslääkärien määrä terveyskeskuksissa ei koko maan tasolla juuri muuttunut. Vuosituhannen vaihteen tienoilla terveyskeskukset onnistuivat lisäämään hammaslääkärien määrää jonkin verran, mutta sen jälkeen se kääntyi laskuun; suurimpana syynä tähän oli hammaslääkäripula. Osa-aikaisuus on yleistynyt voimakkaasti

niin, että vuonna 2006 jo neljännes terveystieteiden hammaslääkäreistä oli osa-aikaisia. Hammashoitajien määrää on lisätty vuosittuuhannen vaihteesta 200 henkilötyövuoden verran. Suuhygienistien koulutus oli aloitettu monivaiheisesti 1980-luvun lopulla. Heidän määräänsä terveystieteissä kasvoi nopeasti kasvaen edelleen ja heille on siirtynyt jonkin verran hammaslääkärien tehtäviä.



*Suurten kaupunkien
terveyskeskus-
hammashoito
tukkeutui*

Muutos oli luonnollisesti suurin niissä kaupungeissa, joissa terveystieteet olivat aiemmin antaneet hammashoitoa vain erityisryhmille. Niissä potilaiden siirtymä yksityissektorilta terveystieteeksi oli paikoin odotettua suurempi. Jonotusaika huomioon ottaen tämä ei aina vaikuttanut taloudellisesti rationaaliselta, mutta monelle asia tuntui terveystieteiden saaman palautteen perusteella olevan periaatteellinen. Terveystieteidenhoitoon on oikeus ja siksi sitä on saatava. Lainsäädäntö ei kuitenkaan taannut potilaille subjektiivista oikeutta kunnan järjestämään hammashoitoon. Moni kunta käytti tätä perusteena edetä hitaasti hammashoidon kapasiteetin lisäämisessä.

2.3. Hoitotakuu

Hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005 teki oikeudesta hammas-
hoitoon paljon konkreettisemmän. Kunnat, jotka olivat vitkastelleet
kunnallisen suun terveydenhuollon järjestämisessä, joutuivat jär-
jestämään asiat kuntoon nopeasti sakon uhan alaisina. Suun ter-
veydenhuollon osalta hoitotakuun aikarajat määriteltiin väljemmin
kuin muussa terveydenhuollossa. Riitti, että kiireettömään hoitoon
pääsi kuudessa kuukaudessa.

*Hoitotakuu venytti
aloitettuja hoitoja*

Hoitotakuun ehdot täyttyivät, kun hoito aloitettiin kuuden kuu-
kauden sisällä. Hoidon saattamisesta loppuun laki ei sanonut mi-
tään. Tämä johti osassa kuntia epätarkoituksenmukaisiin hoito-
käytäntöihin. Potilas tarkastettiin ja jos jotain kiireellistä hoidon
tarvetta havaittiin, se hoidettiin. Vähemmän kiireellistä hoitoa var-
ten potilas asetettiin hoitojonoon, jonka etenemisestä ei ollut sään-
nöksiä. Moni hammaslääkäri koki tämän erittäin turhauttavaksi.
Työhyvinvoinnin heikkeneminen terveyskeskuksissa on taas enti-
sestään vaikeuttanut hammaslääkärin virkojen täyttämistä. Perus-
teet, joiden mukaan vähäiset voimavarat saatiin näin kohdistetuik-
si kiireisimpiin tapauksiin, saattoivat päteä jonkin aikaa. Pitkällä
aikavälillä tällainen töiden epätarkoituksenmukainen järjestely on
kuitenkin tehotonta eli haaskaa vähäisiä voimavaroja.

*Hoitotakuun taat-
tava myös hoidon
loppuun saattami-
nen määräajassa*

Oli välttämätöntä ulottaa hoitotakuu suun terveyden hoitoon,
sillä jos näin ei olisi tehty, kunnat olisivat hoitotakuun pakottamina
kohdentaneet voimavarat muuhun terveydenhuoltoon ja jättäneet
suun terveydenhuollon vähemmälle huomiolle. Nykymuodossaan
hoitotakuu toimii kuitenkin epätarkoituksenmukaisesti. Siksi hoi-
totakuuta on suun terveydenhuollon osalta kiristettävä siten, että
myös hoidon loppuun saattamiselle tulee määräaika. Tämä edellyt-
tää kunnilta melkoista lisäpanostusta hammashoitoon. Jos asiasta
päätettäisiin syksyn 2008 aikana, säädökset voisivat tulla voimaan
vuoden 2010 aikana. Tällöin kunnat voisivat varautua muutokseen
budjettivalmisteluissaan. Siirtymävaiheessa kuntien taakkaa voisi
ehkä helpottaa joustamalla vastaavasti joksikin aikaa nykyisestä
kuuden kuukauden rajasta hoidon aloittamiselle. **(Suositus 1)**

*Useimmat kunnat
selviäisivät kiristy-
neestä hoitotakuus-
ta ostopalvelujen
avulla, mutta vaike-
uksia tulisi siellä,
missä hammas-
lääkäreitä on liian
vähän*

Selviäisivätkö kunnat kiristyneestä hoitotakuusta? Siellä, mis-
sä yksityisiä hammaslääkäreitä on tarjolla, taakasta selvitään os-
topalvelujen avulla rahalla. Tilanne on hankalampi siellä, missä
hammaslääkäreitä ei kertakaikkisesti ole. Tällöin on joko potilaalle
maksettava matka hammaslääkärin luo tai hammaslääkäreitä on
houkuteltava töihin hammaslääkäripulan vaivaamille seuduille.
Lääninhallitukset suhtautuvat varmaankin pitkämielisemmin kun-
tiin, joiden on jokseenkin mahdoton selvittää velvoitteistaan. Ylivoi-

mainen enemmistö suomalaisista asuu kuitenkin kunnissa, joilla on edellytykset selvittää hoitotakuun tiukennuksesta. Hammaslääkäriskoulutuksen lisääminen lieventää ajan myötä hammaslääkäripuuta myös syrjäisimmillä seuduilla.

3. Mitä tapahtui hampaiden hoidolle?

Kattavaa tietoa siitä, miten tehdyt uudistukset ovat vaikuttaneet suun terveydentilaan, palvelujen käyttöön ja sosiaalisiin terveyseroihin ei ole saatavissa. Parasta mitä on saatavilla on Kansanterveyslaitoksella tehty otostutkimus *Koettu suunterveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana* (Urpo Kiiskinen, Liisa Suominen-Taipale, Arpo Aromaa ja Sisko Arinen, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, 22/2005). Tämä tutkimus päättyi valitettavasti vuoteen 2004.

*Vaikutukset
toivotun suuntaisia,
mutta vähäisiä*

Tutkimus osoittaa hammashoidon uudistusten vaikuttaneen tarkoitetulla tavalla, joskin muutokset ovat ainakin vuoteen 2004 mennessä vielä pieniä. Tässä vaiheessa ei myöskään hoitotakuu ollut voimassa. Moni kunta katsoi, ettei velvollisuus taata suun terveydenhuollon palveluja koko väestölle ollut sitova.

Suun terveydentilan hyväksi kokoneiden määrä oli noussut ja oman arvionsa mukaan hammashoitoa tarvitsevien osuus laskenut ja vuoden aikana hammashoidossa käyneiden osuus noussut ennen vuotta 1956 syntyneissä ikäluokissa. Erityisen voimakkaasti oli noussut terveystieteidenhammaslääkärillä käyneiden osuus ikäluokassa 1946–55. Vuonna 2001 ikäluokasta oli käynyt hammashoidossa terveystieteidenhammaslääkärillä käyneiden osuus 14 %, mutta vuonna 2004 jo 22 %. Kasvaneiden jonojen vaikutuksesta ehkä kertoo, että nuoremmissa ikäluokissa, jotka olivat jo aiemmin oikeutettuja terveystieteidenhammaslääkärin palveluihin, yksityisten palvelujen käyttö näytti lisääntyneen jonkin verran, joskaan tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Sosiaaliset terveyserot näyttivät tasoittuneen jonkin verran. Vähemmän koulutetut ja pienituloiset olivat lisänneet hammashoidon palvelujen käyttöä. Terveystieteidenhammaslääkärin jonojen seurauksena tai sairausvakuutuskorvausten houkuttelemana osa aiemmin terveystieteidenhammaslääkärin käyttäneistä vuoden 1956 jälkeen syntyneistä miehistä oli siirtynyt yksityisten hammaslääkärien asiakkaiksi.

Taulukko 1. Suun terveydenhuollon tunnuslukuja 2001 ja 2004.

	<i>Syntymävuosi</i>	<i>2001</i>	<i>2004</i>
Suun terveyden hyväksi kokoneiden osuus (%)	1956–70	69	71
	1946–56	55	61
	< 1946	44	47
Oman arvionsa mukaan hammashoitoa tarvitsevia (%)	1956–70	47	47
	1946–56	55	45
	< 1946	45	43
Hammashoidossa vuoden aikana käyneiden osuus (%)	1956–70	60	63
	1946–56	60	67
	< 1946	51	54

*Lähde: Koettu suun terveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoito-
uudistuksen aikana. KTL:n julkaisuja 22/2005.*

3.1. Helsinki esimerkkinä vaikeuksissa olevasta kaupungista⁴

*Potilaita tulvi
terveyskeskuksen
hammashoitoon*

Helsingin kaupungissa lainsäädännön muutokset tuottivat muuta maata vaikeamman tilanteen terveyskeskushammashoitoon. Helsinki oli siihen asti priorisoimaton potilaita iän perusteella siten, että vain nuorimmat, ensin alle 30-vuotiaat ja vähän myöhemmin alle 39-vuotiaat otettiin hoitoon. Lakia tulkittiin niin, ettei määräys vuonna 1956 tai sen jälkeen syntyneistä ollut velvoittava.

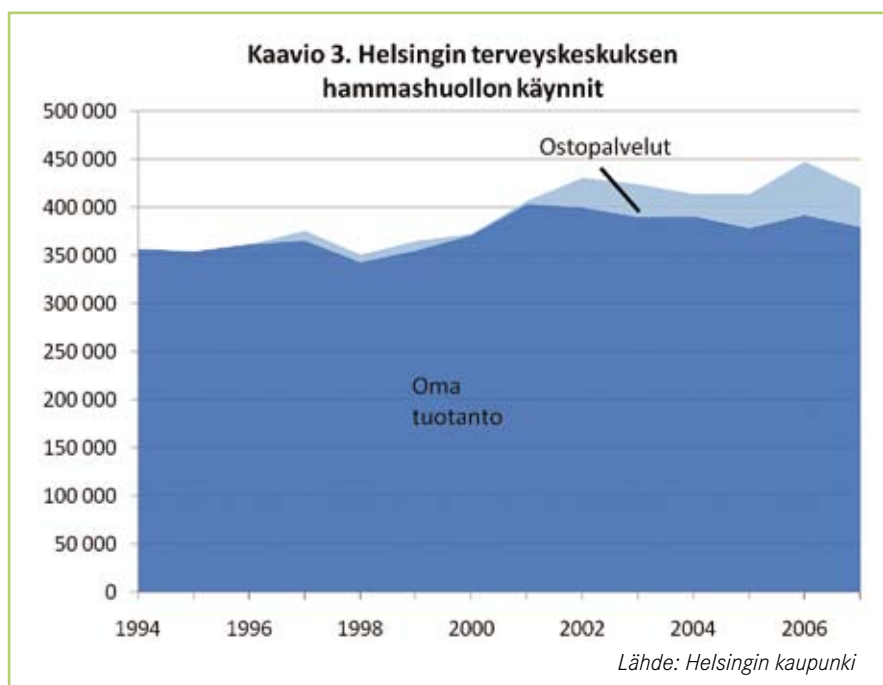
Näin tulkittiin monessa muussakin kaupungissa. Kolmasosa suomalaisista asui kunnissa, joissa terveyskeskushammashoidon piiriin ei ollut otettu kaikkia lain tarkoittamia ryhmiä. Vuoden 2002 joulukuussa Helsingin terveyskeskuksen hammashoidon potentiaalisten asiakkaiden määrä nousi kerralla neljännesmiljoonalla. Lakia laadittaessa oli oletettu, että valtaosa niistä helsinkiläisistä, jotka olivat hoidattaneet hampaansa yksityissektorilla, menettelisivät näin jatkossakin, koska taloudellisesti nämä vaihtoehdot eivät olleet kuitenkaan niin kovin erilaisia. Monelle maksukykyisellekin kyse oli asiakaspalautteen mukaan kuitenkin enemmän periaatteesta kuin rahasta. Helsingin terveyskeskuksen hammashoidolla ei näyttänyt olevan mitään mahdollisuuksia selvittää kasvavasta potilasmäärästä.

*Oikeusasiamies
kielsi priorisoi-
masta tutkimatta
potilasta*

Helsinki pyrki selviämään potilastulvasta priorisoimalla joitakin väestöryhmiä – esimerkiksi reumaa sairastavia – mutta eduskunnan oikeusasiamies antoi tästä huomautuksen sanoen, ettei ketään saa laittaa jonoon tutkimatta. Tämän jälkeen kaikki tutkittiin, mutta terveet aikuiset joutuivat epämääräisen pitkään hoitojonoon.

⁴ Tämä teksti perustuu suurelta osin Helsingin johtajahammaslääkäri Seija Hiekkasen haastatteluun.

Terveyskeskuksen hammashoidon kapasiteetin lisäämistä rajoitti lähinnä rahapula. Henkilökuntaa olisi siinä vaiheessa vielä saanut. Vuoden 2003 budjettia tehtäessä, kun rahaa vielä oli, kaupungin päättäjät eivät ottaneet hammashoidon kasvavia vaatimuksia täysin todesta, vaan olettivat eduskunnan taipuvan siirtämään lakien voimaantuloa. Vuoden 2004 budjettia tehtiin Helsingissä vakavissa kriisitunnelmissa, koska kaupunki menetti huomattavasti yhteisöveroja valtion päätöksellä. Vuoden 2004 budjetti oli reaalisesti neljä prosenttia pienempi kuin vuoden 2003 budjetti. Näissä oloissa huomattavat lisäykset hammashoidon menoihin eivät olleet realistisia.



*Valitus lykkäsi
hankintaa*

Hallituksen esityksessä 149/2000 oli oletettu, että Helsingin kaltaisissa kunnissa terveystakeskus ostaisi palveluja ostopalvelusopimuksina yksityisiltä hammaslääkäreiltä. Näin Helsinki yritti tehdäkin. Hankintalain mukaan tämä piti tehdä kilpailuttamalla, mutta tuloksesta valitettiin ja hankinta pantiin käsittelyn ajaksi täytäntöönpanokieltoon.

Jos terveystakeskuksen tutkimuksen ja yksityisen hammaslääkärin antaman hoidon välillä oli pitkä ajallinen viive, Helsinki suostui maksamaan hampaiden minitutkimuksen, jolla varmistettiin, että terveystakeskuksessa tehty diagnoosi oli ajan tasalla.

*Hoitotakuuta
noudatettiin,
mutta tutkittujen
potilaiden hoito-
jono saattoi venyä
20 kuukauteen*

Vuonna 2005 voimaan tullut laki hoitotakuusta saattoi Helsingin hammashoidon entistä ahtaammalle. Se johti käytäntöön, jossa potilaan otettua yhteyttä hammashoittoon hänelle annettiin ensimmäinen aika jokseenkin tasan kuuden kuukauden päähän. Ensimmäisellä käynnillä hammaslääkäri tutki potilaan ja teki mahdolliset kiireelliset toimet. Näin lain kirjain saatiin täytetyksi. Vähemmän kiireellisiä toimia varten potilas pantiin hoitojonoon, jonka aikamääriä hoitotakuu ei enää säädellyt. Tämä hoitojono saattoi venyä pahimmillaan 20 kuukauteen.

*Maksusitoumus
purki hoitojonon*

Pitkäksi venyneiden hoitojonojen purkamiseksi Helsinki otti käyttöön järjestelmän, jota kutsuttiin palveluseteliksi, mutta joka oli todellisuudessa muodoltaan maksusitoumus. Tässä asiakirjassa lueteltiin ne toimet, joita potilaalle tuli tehdä ja määrättiin, mitä kaupunki siitä maksaa. Potilaan maksusuudeksi jäi sama summa, joka hänen olisi tullut maksaa samasta hoidosta terveyskeskuksessa. Potilaalla oli oikeus hakeutua maksusitoumuksen turvin valitseman yksityisen hammaslääkärin vastaanotolle. Maksusitoumusten avulla hoitojonoa onnistuttiin merkittävästi purkamaan. Maksusitoumukset poikkesivat ostopalvelusta siten, ettei niitä kilpailutettu, vaan kaupunki määräsi yksipuolisesti kiinteän hinnan ja potilas sai hakeutua hoitoon valitsemalleen hammaslääkärille, jos tämä hyväksyi kaupungin määräämän hinnan.

Tilanteen helpotuttua keväällä 2008 Helsingin tavoitteena on päästä takaisin normaaliin tilanteeseen, jossa potilaan kaikki hoitoa vaativat hampaat hoidetaan pian ensimmäisen käynnin jälkeen.

Helsingin kokemusten analysointia

Helsinki on poikkeuksellinen esimerkki, koska lakimuutosten aiheuttama epätasapaino julkisen ja yksityisen hoidon välillä oli suuri eikä kaupungissa vallinnut pulaa hammaslääkäreistä toisin kuin muualla maassa. Siksi Helsingin kokemukset kertovat erityisen hyvin jännitteistä julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä.

*Terveyskeskusham-
mashoidon suosio
ylitti odotuksen*

Potilaiden siirtyä yksityissektorilta terveyskeskuksiin ylitti ennakoidun. Tämä ei jonotusajat huomioon ottaen vaikuttanut rationaaliselta, koska samat henkilöt olivat aiemmin hoidattaneet hampaansa yksityisellä hammaslääkärillä täysin ilman sairausvakuutuskorvausta eikä ero potilaan maksettavaksi yksityisestä hoidosta jäävän maksun ja terveyskeskusmaksun välillä kuitenkaan valttavan suuri ollut.

*Moni yksityinen
hammaslääkäri
tyytymätön
alihankkijan osaan*

Monet yksityisistä hammaslääkäreistä olivat tyytymättömiä ostopalvelusopimuksiin, jotka tekivät heistä kaupungin alihankkijoita. Potilas tutkittiin terveyskeskuksessa, minkä jälkeen ostopalvelu-

hammaslääkäri teki ne ja vain ne toimenpiteet, jotka terveyskeskus oli tilannut. Yksityiset hammaslääkärit katsoivat tämän vievän toimintansa autonomian ja kaventavan hammaslääkärien työnkuvaa, koska heiltä vietiin oikeus päättää ammattitaitonsa nojalla potilaalle annettavasta hoidosta. Lienee selvää, että yksityisten hammaslääkärien ammattitaito jäi tässä järjestelyssä vajaakäyttöiseksi.

Kustannustaso terveyskeskuksissa ja yksityis-hammaslääkäreillä jokseenkin sama

Kustannustaso oli terveyskeskushammaslääkärin hoidossa ja ostopalvelusopimuksissa suunnilleen yhtä korkea. Ostaminen ei tullut siis itse tekemistä kalliimmaksi. Maksusitoumuksissa, joita ei kilpailutettu vaan kaupunki määräsi ”palvelusetelille” kiinteän hinnan, hintataso oli johtajahammaslääkäri Seija Hiekkasen mukaan ostopalvelusopimusten ylärajalla.

Kapasiteettiraja ei tullut vastaan

Helsingissä näyttää olevan yksityispuolella vapaata kapasiteettia, koska yksikään potilas ei palannut maksusitoumuksen kanssa sanoen, ettei löytänyt hammaslääkärää. Tavallaan potilaat siis odottivat hoitoa turhaan, koska kapasiteettia hoitaa enemmän olisi ollut. Hammashoidon uudistus on tuottanut Helsingissä jonoja kunnalliseen hoitoon ja alikäyttöä yksityissektorille.

Päällekkäistä työtä

Kun sekä ostopalvelusopimuksissa että maksusitoumuksissa potilas tutkittiin terveyskeskuksessa ja hoidettiin tämän tutkimuksen perusteella yksityisvastaanotolla, syntyi jonkin verran kahteen kertaan tehtävää työtä ja siten voimavarojen haaskausta.

Miksi kaupunki ei voi luottaa yksityisiin hammaslääkäreihin, jos Kelakin luottaa?

Aiheellisesti voidaan kysyä, miksi kaupungin on tarpeen tutkia potilas itse ja sitten lähettää hänet yksityiselle hammaslääkärille saamaan hoitoa. Eikö voitaisi luottaa siihen, että yksityinen hammaslääkäri tekee jokseenkin saman diagnoosin ja päätyy samoihin toimenpiteisiin kuin terveyskeskuksen hammaslääkäri? Kokonais-taloudellisesti tämän luulisi olevan edullisempaa. Näin menetellen potilaan aikaa säästyisi – ainakin yksi hammaslääkärillä käynti vähemmän – ja hammaslääkärien kokonaisuudessaan käyttämä aika vähenisi, koska nykykäytäntö tuottaa kahteen kertaan tehtävää työtä.

Liian joustava käytäntö toisi liikaa potilaita?

Tätä käytäntöä voisi selittää sillä, että kaupunki pelkää yksityisten hammaslääkärien tekevän jotain enemmän tai kalliimpaa. Kansaneläkelaitos ei ole katsonut tällaista yksityissektorin valvontaa tarpeelliseksi. Kaupunki voisi hyvin valvoa sopimuslääkäreitään pistokokein. Vaikka tällaisen luottamuksen tuloksena kaupunki joutuisi maksamaan vähän sellaisestakin hoidosta, jota se nykykäytännöllä ei tilaisi, on vaikea uskoa, että tämä tulisi kalliimmaksi kuin nykyinen järjestelmä, jossa tehdään osittain päällekkäistä työtä. Kaupungin käyttäytymistä selittää joko kunnalliselle sektorille tyypillinen ylivarvaisuus – tai sitten ongelma syntyy kaksika-

navaisesta järjestelmästä. Jos Helsinki maksaisi ilman ylimääräistä ”simputusta” potilaiden hoidon yksityisillä hammaslääkäreillä, miksi kukaan enää hakeutuisi yksityiseen hoitoon itse maksavana ja maksaisi enemmän?

Hoitotakuu toimii väärin

Hoitotakuu, jossa potilaalle taataan ensimmäinen kontakti määräajassa, mutta loppuhoidolle ei ole takarajaa, ei johda hoidollisesti eikä tuotantotaloudellisesti järkevään hoitoon.

3.2. Kainuu esimerkkinä syrjäisestä alueesta⁵

Kajaanissa jonot purettiin ja virat saatiin täyteen

Kajaanissa oli vuoden 2002 alussa jonossa 1800 hammashoitoa tarvitsevaa potilasta. Jono saatiin puretuksi ilman mainittavaa lisäväen palkkaamista yksinkertaisesti keskitetyllä ajanvarauksella, eikä uutta jonoa ole sen jälkeen muodostunut. Kajaanin kaupungissa hammaslääkäriin virat on saatu täyteen. Oulusta on saatu houkuteluksi vastavalmistuneita töihin Kajaaniin. Jonojen purkautuminen on ilmeisesti näkynyt yksityisten hammaslääkärien potilasmäärissä, koska yksityislääkäreitä on hakeutunut terveyskeskukseen töihin. Moni hammaslääkäri on osa-aikainen, joko osa-aikaeläkkeellä tai perhesyistä. Joka neljäs terveyskeskuksen hammaslääkäreistä on osa-aikaeläkkeellä, mikä merkitsee, että uusia joudutaan palkkaamaan – tai ainakin yrittämään palkata – varsin pian.

Syrjäisimpiin kuntiin hammaslääkäreitä ei saada

Kainuun syrjäisemmissä kunnissa, esimerkiksi Kuhmossa ja Puolangalla tilanne on pahempi, koska hammaslääkäreitä ei virkoihin saada, ei edes terveydenhuollon työvoimaa vuokraava MedOne ole onnistunut heitä välittämään. Näissä kunnissa ei voida taata edes hoitotakuun toteutumista. Periaatteessa yhteisen maakunnan puitteissa kuhmolainen voisi hakeutua hoitoon myös Kajaaniin, mutta käytännössä näin ei tapahdu. Syrjäkunnissa suun terveyden tila ei myöskään ole järin hyvä.

Kajaanissa on myös yksityisiä hammaslääkäreitä. Jonkin verran siirtymää yksityispuolelta kunnan puolelle on, kun potilaat havaitsevat, ettei jonoa ole. Hoitoon pääsyn helppoutta ei ole aktiivisesti mainostettu. Yleensä kunta ”hankkii” uudet potilaat akuuttihoitoa kautta. Potilaat oppivat käyttämään terveyskeskusta huomattavasti, että hoitoa saa ja se on halpaa. Proteeseja tai kruunuja terveyskeskuksessa ei kuitenkaan laiteta, vaan niitä varten potilas ohjataan yksityissektorille. Huomattavan suuri osa potilaista tulee päivystyksen kautta, kun hammas on kipeä, eikä säännöllisen tarkastuksen kautta.

⁵ Teksti perustuu Kainuun maakunnan johtavan hammaslääkäri Heikki Pullin haastatteluun.

4. Monikanavainen rahoitus

Rahoituksen monikanavaisuus on yleisesti tunnistettu terveydenhuoltomme rakenteelliseksi ongelmaksi. Jokainen maksajataho ajattelee asiaa omalta kannaltaan pyrkien tietoisesti tai tiedostamattaan minimoimaan omaa osuuttaan kustannuksista. Seurauksena osaoptimoinneista terveydenhuolto tai yksittäisen potilaan hoito ei muodosta optimaalista kokonaisuutta. Tämä johtaa merkittäviin tehokkuustappioihin, mikä ilmenee heikentyneenä hoidon laatuna, turhana jonotuksena ja turhina kustannuksina.

Suun terveydenhuollossa tasajako yksityiseen ja julkiseen

Kaikki monikanavaisuuden ongelmat eivät kosketa suun terveydenhuoltoa. Ristiriitaa kunnan kustantaman hoidon ja Kelan maksaman lääkehoidon välillä ei juuri ole, eikä voida osoittaa palvelurakenteen tuottavan sanottavasti ylimääräisiä valtion maksettavaksi jääviä kuljetuspalveluja. Toisaalta suun terveydenhuolto on jakautunut lähes puoliksi terveystieteiden keskuksiin ja yksityissektorin antamaan hoitoon. Tämä tuottaa maksimaalisen ristiriidan kahden rahoittajan, Kelan ja kuntien kesken. Jonkin verran epäoptimaalisia hoitomuodon valintoja saattaa seurata siitä, että potilas joutuu maksamaan proteesin itse sekä kunnallisessa hoidossa että sairausvakuutuksen korvaamassa yksityisessä hoidossa. Hammas pyritään korjaamaan paikkaamalla silloinkin, kun kruunu tai silta olisi perustellumpi vaihtoehto. Varsinainen ongelma on kuitenkin kunnan ja Kelan maksuosuuksien välillä.

Kela tarvitsee matalan korvaustason, terveystieteiden keskuksien tarvitsevat jonoja Resurssien lisäys ei poista jonoja terveystieteiden keskuksista

Kuvitelkaamme hetken, että sekä valtio että kunnat pyrkivät minimoimaan oman kustannusosuutensa suun terveydenhuollossa. Valtion on pidettävä sairausvakuutuskorvaukset riittävän matalina, jotta potilaan oli kalliimpaa käyttää yksityisiä palveluja. Muussa tapauksessa jokseenkin kaikki potilaat mitä ilmeisimmin valitsisivat yksityisen hoidon siellä, missä yksityisiä palveluja on tarjolla ja terveystieteiden keskuksiin jonoja. Kunnalla ei olisi motivaatiota lyhentää terveystieteiden keskuksien jonoja, eivätkä kuntalaisetkaan tätä kovin pontevasti vaatisi, koska yksityinen hoito olisi heille vallan kelvollinen ratkaisu. Jos taas kunnat tuottaisivat laadukkaita maksuiltaan edullisia palveluja ilman jonoja, jokseenkin kaikki yksityislääkärien potilaat siirtyisivät ajan myötä terveystieteiden keskuksien asiakkaiksi, koska yhtä hyvän palvelun saa halvemmalla. Tämä tekee myös tyhjäksi kuntien panostukset jonojen lyhentämiseen. Sitä mukaa kun resursseja lisätään, uusia potilaita siirtyy yksityispuolelta terveystieteiden keskuksien asiakkaiksi ja jonot jäävät lähes ennalleen.

Vaikka kaikki eivät näin kyynisesti ajattele, riittää, että jotkut molemmilla puolilla ajattelevat edes vähän tähän suuntaan. Havain-

not tukevat tätä. Suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvaukset jättävät yksityissektorin palveluja käyttävän potilaan maksettavaksi selvästi terveyskeskusmaksua enemmän ja kaupunkikunnissa, joissa yksityisten hammaslääkärien osuus on perinteisesti suuri, jono-terveyskeskusten hammaslääkäreille ovat kohtuuttoman pitkät. Nurinkurisesti vaikuttaa siltä, että jono-terveyskeskushammashoitoon ovat sitä suuremmat, mitä suurempi on hammaslääkäritiheys.

Jotkut kaupungit ovat lyhentäneet terveyskeskusten jonoja antamalla potilaille maksusitoumuksia yksityisille hammaslääkäreille. Tällöin potilas pääsee kunnan maksamana yksityiselle hammaslääkärille selvästi halvemmalla kuin Kela-korvauksen varassa. Tätä etua ne eivät voi tarjota eivätkä tarjoa kuin riittävän pitkään terveyskeskuksissa jonottaneille. Muutenhan kaikki yksityislääkärille pyrkivät käyttäisivät tätä itsensä kannalta edullisempaa reittiä.

Kaksikanavaisessa rahoituksessa jono-terveyskeskusten hammaslääkäreiltä ennen kuin valtaosa potilaista on siirtynyt terveyskeskusten asiakkaiksi tai Kela-korvaukset on nostettu niin korkeiksi, että potilaille molemmat vaihtoehdot ovat taloudellisesti jokseenkin samanarvoisia. Tässä tilanteessa taas aikaa myöten terveyskeskuksissa järjestettävä hoito loppuisi lähes kokonaan, koska kunnan kannattaa ohjata potilaat jonojen avulla käyttämään yksityistä hoitoa. Nyt lisäresurssien antaminen terveyskeskushoitoon tuo vain terveyskeskuksiin lisää asiakkaita, mutta ei poista jonoja.

Kaksikanavainen rahoitus johtaa väistämättä jonoihin ja voimavarojen vajaakäyttöön

Kaksikanavaisuuden hintana meillä on samanaikaisesti jono- ja terveyskeskuksiin ja käyttämätöntä kapasiteettia yksityisellä puolella. Kysynnän säätelyllä jonojen avulla ei saavuteta säästöjä. Muussa terveydenhuollossa osa potilaista poistuu jonoista spontaanin paranemisen johdosta, mutta reikäiset hampaat muuttuvat vain vaikeahoitaisemmiksi. Kun hammaslääkäreistä on pahenevaa pulaa, on haaskausta pitää osaa hammaslääkäreistä vajaakäytöllä. Vajaakäyttöä on myös se, että yksityissektorilla potilaita kutsutaan hammaslääkärin tarkastukseen turhan tiheästi. On vaikea arvioida nykyistä voimavarojen epätarkoituksenmukaista kohdentumista ja osittaista vajaakäyttöisyyttä rahana, mutta kyse on vähintään useasta kymmenestä miljoonasta eurosta vuodessa.

Yksityisen hoidon alasajo olisi voimavarojen haaskausta

Voimavarojen epätarkoituksenmukaista käyttöä olisi myös siirtää koko suun terveydenhuolto terveyskeskuksiin kunnissa, joissa yksityissektori toimii moitteettomasti. Olemassa olevat fyysiset ja henkiset investoinnit yksityisiin hammaslääkäriasemiin menetettäisiin samoin kuin panostukset hyvin toimiviin käytäntöihin; onhan hammaslääkärin-toimen harjoittajilla takanaan pitkä historia yksityisinä ammatinharjoittajina.

Nykysäännöillä laadukasta tasapainoa ei saavuteta ennen kuin jokseenkin koko suun terveydenhuolto on siirtynyt terveystakeskukseen. Tämä ei Helsingin kokemusten mukaan näyttäisi tuottavan säästöjä. Kustannustaso yksityisillä hammaslääkäreillä on samaa luokkaa kuin terveystakeskuksen järjestämässä hammashoidossa.

Kaksikanavaisuus on ongelmallista myös kuntien välisen tasavaruuden kannalta. Kunta, joka on järjestänyt oman hammashoitonsa hyvin, joutuu maksamaan sen kokonaan itse, kun taas kunta, jonka asukkaat joutuvat terveystakeskuksen jonojen vuoksi turvautumaan yksityisten hammaslääkäreiden palveluksiin, siirtää kustannuksen koko maan maksettaviksi. Jos maa jakautuisi kahtia niin, että toisella puolella kunnat hoitaisivat koko suun terveydenhuollon terveystakeskuksissa ja toisella puolella turvauduttaisiin pääasiassa yksityiseen terveydenhuoltoon ja Kela-korvauksiin, edellinen puolisko rahoittaisi jälkimmäisen puoliskon suun terveydenhuoltoa. Valtio maksaa suun terveydenhuollosta yhtä paljon asiansa hyvin ja huonosti hoitaneille kunnille. Kunnan on kannattavinta ottaa laskennallinen valtion osuus vastaan ja ohjata potilaat yksityissektorille. Ei ole oikein palkita kuntia palvelujen huonosta järjestämisestä.

4.1. Suun terveydenhuollosta tienavaaja rahoituksen yhtenäistämässä!

Suuren yksityissektorin osuuden ja yksityisen hoidon syvään juurtuneen perinteen vuoksi suun terveydenhuolto voisi toimia tienraivaajana ratkottaessa monikanavaisen terveydenhuollon ongelmaa. Tienraivaajan rooli sopisi hyvin myös asetelman yksinkertaisuuden vuoksi.

Tavoitteena tulisi olla järkevä tasapaino julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Siellä, missä yksityissektori toimii vanhastaan hyvin, ei pitäisi olla syytä siirtää itsetarkoituksellisesti toimintaa terveystakeskukseen. Missä terveystakeskukset puolestaan pystyvät tarjoamaan suun terveydenhuoltoa kokonaisedullisemmin, hoito kannattaisi järjestää terveystakeskuksissa. Järkevää tasapainoa ei voida saavuttaa, elleivät molemmat vaihtoehdot – yksityinen hoito ja terveystakeskushoito – ole sekä potilaan että kunnan kannalta suunnilleen yhtä edullisia, kun otetaan huomioon hoidon hinta ja siihen liittyvät laatutekijät.

1) Nostetaan sairausvakuutuskorvauksia

Sovinnaisin tapa tavoitella tasapainoa olisi nostaa sairausvakuutuskorvauksia niin, että yhteiskunnan tuki olisi molemmissa hoitomuodoissa yhtä suuri. Tällöin ei tarvitsisi muodollisesti myöskään puuttua monikanavaisen rahoitukseen. Sairausvakuutuskorvausten nosto lähelle terveyskeskushoidon tukitasoa saattaisi molemmat vaihtoehdot potilaan kannalta suunnilleen yhtä edulliseksi, mutta vähentäisi kuntien motivaatiota pitää huolta terveyskeskushammashoidosta. Tämä johtaisi ennen pitkää lähes koko toiminnan yksityistämiseen, mikä ei sekään ole tarkoituksenmukaista. Jos kunnan asukkaat saavat yksityislääkäriltä yhtä edullisia hammaslääkärin palveluja kuin terveyskeskuksesta, olisi kunnan talouden kannalta jokseenkin hölmöä tarjota ne terveyskeskuksesta kunnan maksamana sen sijaan, että ohjaisi potilaat yksityislääkäreille valtion maksamaan hoitoon. Myöskään kuntalaiset tuskin painostaisivat päättäjiä käyttämään rahaa terveyskeskusten hammaslääkäripalveluihin, koska yhtä edullisen hoidon saisi yksityissektorilta.

Tämän vaihtoehdon huonoihin puoliin kuuluu myös se, että se toisi suun terveydenhuoltoon ne vakuutusmuotoisen terveydenhuollon ongelmat, jotka ovat johtaneet kustannusten karkaamiseen tätä mallia koko terveydenhuollossaan soveltavissa maissa.

2) Kela korvaamaan terveyskeskushoitoa

Alueellisesti asetelmasta saisi neutraalin, jos Kela maksaisi terveyskeskuksessa annettavasta hoidosta samoin periaattein kuin yksityissektorin hoidosta. Silloin muun maan asukkaat rahoittaisivat kunnan asukkaiden saamaa suun terveydenhuoltoa yhtäläisesti siitä riippumatta, onko paino kunnassa saatavassa suun terveydenhuollossa yksityissektorilla vai terveyskeskuksissa. Potilaan kannalta tilanne tulisi neutraaliksi vasta, jos sairausvakuutuskorvauksia samalla nostettaisiin niin, että molemmat hoitomuodot olisivat hänelle yhtä edullisia, kun hinnan lisäksi otetaan huomioon laatutekijät. Valtio maksaisi tällöin kunnan antaman hoidon käytännössä lähes kokonaan ja kunta vastaisi vain toiminnan organisoinnista.

Tämä vaihtoehto merkitsisi radikaalia muutosta kunta-valtio-suhteessa. Sosiaali- ja terveystoimessa valtionosuudet perustuvat laskennalliseen palvelutarpeeseen, eivät toteutuneisiin kustannuksiin tai tuotettujen palvelujen määriin. Terveyskeskukselle maksettavat sairausvakuutuskorvaukset merkitsisivät Kelan kautta maksettavaa suoriteperusteista valtionosuutta; valtionosuus riippuisi siitä, kuinka paljon hoitoa on annettu. Tämä ei olisi ennennäkemätöntä, sillä opetustoimen valtionosuudet ovat suoriteperusteisia.

Kunta saa niitä annetun opetuksen suhteessa, ei nuorisoikäluokkien koon suhteessa. Vuoteen 1993 asti valtionosuudet olivat prosentuaalisia. Valtio maksoi kunnan kantokyvyn mukaisen prosentuaalisen osuuden valtionosuuteen oikeuttavista menoista.

Suun terveydenhuolto ei ole otollisin kohde suoriteperusteisille valtionosuuksille

Suoriteperusteiset valtionosuudet voisivat olla perusteltuja osassa sosiaali- ja terveystointa. Ne olisivat parhaimmillaan joillekin vähemmistöryhmille suunnatuissa palveluissa, joiden rahoittamiseen itsekkäästi ajattelevilla kunnilla ei ole motivaatiota. Valtion välittömän vastuun lisäämistä voisi ajatella esimerkiksi vammais- palveluissa, maahanmuuttajien palveluissa ja mahdollisesti myös romaniväestölle räätälöidyissä asumispalveluissa. Suun terveydenhuollossa ei ole kuitenkaan ole kysymys vähemmistön saamista palveluista, joten se soveltuu huonosti suoritepohjaisen valtionosuusjärjestelmän aloittajaksi. Jos valtion maksuosuus olisi suuri, tämä järjestely voisi kannustaa palvelujen ylimitoitukseen siellä, missä hammaslääkäreitä on tarjolla, jolloin palvelut muualla maassa vaarantuisivat henkilöstöpulan vuoksi. Niinpä tätä vaihtoehtoa ei kehitetä tässä raportissa pidemmälle eräistä sen sisältämistä hyvistä puolista huolimatta.

3) Sairausvakuutukset kunnan maksettaviksi

Alueellisesti neutraali

Yksityinen ja terveystieteidenhoito tulisivat alueellisesti tasa-arvoisiksi, jos suun terveydenhuollon sairausvakuutusmaksut tulisivat kunnan maksamiksi. Tällä periaatteella toimii Ruotsin terveydenhuolto, jossa sekä sairausvakuutus että meillä kuntien tuottama terveydenhuolto ovat molemmat maakuntien vastuulla. Riippumatta siitä, mikä on sairausvakuutuskorvausten taso, järjestelmä olisi alueellisesti neutraali. Se miten yksittäisessä kunnassa painotetaan yksityistä ja terveystieteidenhoitoa olisi kunnan ja kuntalaisten sisäinen asia eikä vaikuttaisi siihen, miten kunnan ulkopuolelta kyseisen kunnan palveluja rahoitetaan. **(Suositus 2)**

Kela vastaisi yhä maksatuksesta, mutta perisi rahat kunnilta kuten lasten kotihoidon tuessa

Omaa sairausvakuutustoimistoa kuntien ei tarvitsisi pystyttää. Toimintaa pyöritettäisiin Kelan toimistoissa nykyiseen tapaan, mutta laskut menisivät kuntiin. Näin menetellään jo nyt lasten kotihoidontuen kohdalla.

Jos sairausvakuutuskorvaukset pysyisivät nykytasolla, potilaan kannalta tilanne säilyisi yhtä epäneutraalina kuin nytkin eikä paine siirtyä terveystieteidenhoitoon helpottuisi. Olisi luontevaa tässä yhteydessä nostaa sairausvakuutuskorvauksia lähemmäs sitä tasoa, jolla kunta tukee terveystieteidenhoitoa annettavaa hoitoa.

Euromääräinen tuki molemmissa vaihtoehdoissa yhtä suureksi?

Potilaan valinnanvapaudella ja pyrkimyksellä löytää tehokkain mahdollinen tuotantotapa voisi perustella käytäntöä, jossa molempia hoitomuotoja tuettaisiin yhtä paljon. Tämä on periaatteena Ruotsissa. Oikea sairausvakuutuskorvauksen taso olisi terveyskeskushoidon kustannustaso vähennettynä potilasmaksulla. Jos yksityissektori pystyy tuottamaan palvelut terveyskeskusta halvemmalla, sen kuuluukin tämän ajattelutavan mukaan saada hoito järjestettäväkseen. Jos yksityissektorin kustannustaso on korkeampi, se ansaitsee potilaansa vain, jos korkeampaa hintaa vastaa korkeampi laatu. Hoidon laadun soisi olevan molemmissa hoitomuodoissa sama, mutta potilas kokee laaduksi myös mahdollisuuden neuvotella vastaanottoajoista ja vastaanoton järkevän sijainnin.

Vakuutusmuotoisen terveydenhuolto sisältää ylihoidon riskin

Vakuutusmuotoinen terveydenhuolto, jossa yksityiset palveluntarjoajat vastaavat hoidosta ja sairausvakuutus maksaa, sisältää merkittävän kustannusriskin. Terveydenhuollon kustannukset ovat lähes aina suurempia vakuutusmuotoista terveydenhuoltoa soveltavissa maissa kuin verorahoitteen järjestelmän maissa. Kun hoito tuottaa taloudellista hyötyä palvelun tuottajalle, on houkutus tehdä toimenpiteitä ja tutkimuksia, jotka verorahoitteen järjestelmässä jätetään tekemättä. Ruotsin omaksuma käytäntö saattaa johtaa kustannusten karkaamiseen tai siihen, että joudutaan perustamaan raskas byrokratia valvomaan rahankäyttöä.

Sairausvakuutuskorvaukseen minimitaso ja vapaaehtoinen kuntalisä

On objektiivisia, kuviteltuja tai ideologisia syitä suosia terveyskeskushammashoitoa. Niinpä voisi ajatella, että lailla säädettäisiin suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvausten minimitasosta. Tämän vähimmäistason päälle kunnat voisivat maksaa kotihoidon tuen tapaan kuntalisää riippuen paikallisista olosuhteista ja kunnan tavoitteista. Voisi kuvitella, että suuret kaupungit, joissa on vanhastaan vahva yksityisten hammaslääkärien perinne, maksaisivat korkeampia sairausvakuutuskorvauksia, jotta eivät joutuisi tekemään ylimääräisiä investointeja terveyskeskushammashoitoon. Vastaavasti kunnat, joissa terveyskeskushoito on kunnossa, eivät mielellään saattaisi omaa hoitoaan vajaakäyttöiseksi tukemalla hoidon kannalta tarpeetonta yksityissektoria. Pienempiin korvauksiin päädyttäisiin myös, jos kunnassa katsotaan terveyskeskuksissa annettavalla suun terveydenhuollolla päästävän parempaan yhteistyöhön muun terveydenhuollon kanssa.

Yksityisten hammaslääkärien hoitopäätöksiin on voitava luottaa

Nyt kunnan lähettäessä potilaita terveyskeskuksesta maksusitoumuksen kanssa yksityisen hammaslääkäriin hoidettavaksi, terveyskeskus määrittelee, mitä hoitoa potilaalle annetaan. Tämä voi joissakin yksityistapauksissa säästää kunnan rahaa, mutta siinä syntyy päällekkäistä työtä ja ylimääräisiä kustannuksia sekä poti-

laan aikaa menee hukkaan. Kela luottaa hammaslääkäriin rehellisyyteen ja ammattitaitoon. Näin tulee kunnankin tehdä, jos se joutuu ottamaan Kelan roolin yksityisen suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvausten osalta. Mikäli sairausvakuutukset laajennetaan korvaamaan myös kalliita proteeseja, voi olla perusteltua vaatia niihin terveystieteiden hyväksyntä.

Terveystieteiden tutkimuksessa potilas maksaa toimenpidekohtaisen kiinteän hinnan hoidostaan. Näin menetellään myös kunnan yksityiseltä sektorilta ostamassa hoidossa. Vaikka eri hammaslääkäreillä on erilaiset hinnat, se ei vaikuta potilasmaksuun, vaan erotuksen maksaa kunta. Sairausvakuutuksessa asia on toisin päin. Korvaus on kiinteä todellisesta hinnasta riippumatta. Jos potilas valitsee tavallista kalliimman hammaslääkäriä, hän maksaa erotuksen itse.

Onko oikein, että potilas saa yksityisellä sektorilla enemmän maksamalla parempaa hoitoa? Erot hoidon lääketieteellisessä laadussa eivät ylipäänsä ole hyväksyttävissä. Voi olla perusteltua, että potilas maksaa enemmän mukavuudesta; esimerkiksi siitä että hammaslääkäriin vastaanotto on helposti saavutettavissa ja että vastaanottoaika sopii hänen almanakkaansa. Terveystieteiden tutkimuksessa tällaista lisämaksumahdollisuutta ei ole, mikä on johtanut siihen, että terveystieteiden tutkimukset ovat usein huonoilla ja halvoilla liikepaikoilla ja erityisesti työssäkäyvän väestön kannalta vaikeasti saavutettavissa. Hammaslääkäriä voi käydä kesken työpäivän, joten olisi perusteltua, että vastaanotto on lähellä työpaikkaa eikä lähellä asuntoa. Helsingin ydinkeskustassa on monta yksityistä lääkäri- ja hammaslääkäriasemaa, mutta ei yhtään terveystietokeskusta.

Vaikka sairausvakuutuskorvaukset siirtyisivät kuntien maksettavaksi, kannattaisi säilyttää nykykäytäntö, jossa korvaus on euromääräisesti kiinteä, ja potilas on vastuussa valitsemansa hammaslääkäriin palkkiotasosta. Jotta taloudellinen vastuu hammaslääkäriin valinnasta voidaan jättää potilaalle itselleen ja jotta hintakilpailu toimisi kunnolla, yksityisten hammaslääkärien palkkioiden tulisi olla helposti vertailtavissa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön tulisi vahvistaa yhtenäinen muoto hammaslääkäripalkkioiden ilmoittamiseen, jota hammaslääkärien tulisi soveltaa Internet-sivuillaan ja muussa markkinoinnissaan. Kunta voisi ylläpitää sivuillaan lueteloa kunnan alueella toimivista hammaslääkäreistä ja näiden perimistä palkkioista. **(Suositus 3)**

Potilaalla on oikeus maksaa mukavuudesta ja vaivattomuudesta, mutta hoidon tason oltava kaikille sama

*Korvaus kiinteä, vastuu hammaslääkäriin palkkioiden tasosta potilaalle
Hintatietojen oltava helposti saatavilla*

4.2. Yksityisen ja julkisen hoidon työnjako

Suun terveydenhuollossa kuten muussakin terveydenhuollossa on pitkään taitettu hieman ideologissävyytteisesti peistä siitä, olisiko parempi järjestää hoito terveystaloksissa vai yksityissektorilla. Terveystaloshoidon puolesta on esitetty muun muassa seuraavia argumentteja:

Terveyshuollossa suun terveydenhuolto olisi helpompi integroida yleiseen terveydenhuoltoon

Terveyshuollossa on yksityistä hammashoitoa paremmat edellytykset kaataa raja-aitoja suun terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon välillä. Tämä voisi vähentää sosiaalisia terveyseroja suun terveydenhuollossa, koska terveystaloksia käyttää keskimäärin vähätuloisempi ja vähemmän koulutettu osa väestöstä. Voitaisiin luoda toimivia järjestelmiä, joissa terveystaloslääkäri voisi ohjata potilaan suuhygienistin tai hammaslääkäriin vastaanotolle ja päinvastoin. Infektiot eivät kunnioita terveydenhuoltoon iskostuneita hallinnollisia rajoja. Tämä argumentti on sitä pätevämpi, mitä suurempi osa kuntalaisista hakee terveystalpalvelunsa ensisijaisesti terveystaloksista, mutta pätee huonosti työterveyshuollon tai yksityislääkärien asiakkaisiin.

Yhteisistä tiloista synergiaetuja

Jos terveystaloshammashoito sijaitsee fyysisesti samoissa tiloissa muun terveystalustoiminnan kanssa, on saavutettavissa tiloihin, ajanvaraukseen ja vastaanottohenkilöstöön sisältyviä synergiaetuja. Yhteinen ajanvaraus voi luonnollisesti olla, vaikka tilat olisivat erilläänkin.

Kustannukset paremmin kurissa terveystaloksissa

Kustannusten on sanottu pysyvän paremmin kurissa terveystalosten järjestämässä hoidossa. Riski kustannusten karkaamisesta liittyy kaikkeen yksityissektorin tarjoamaan ja veronmaksajien rahoittamaan hoitoon koko terveydenhuollossa. Tarjonta synnyttää kysyntää. Jos alalle muodostuu ylikapasiteettia, hoitodikaatit laskevat. Tämän riskin oletetaan olevan pienempi terveystaloksissa. Nykyisen hammaslääkäripulan vallitessa ylihoidon pelkoa ei juuri ole muutamaa paikkakuntaa lukuun ottamatta. Jos ylihoitoa pelätään, sairausvakuutuksen maksaja, on se sitten Kela tai kunta, voisi tarkkailla tilastollisin keinoin yksityisten hammaslääkärien toimintaa ja puuttua asiaan, jos toiminnassa esiintyy jonkin hammaslääkäriin kohdalla merkittävää poikkeamaa keskimääräisestä. **(Suositus 4)**

Hyvin toimivaa ei kannata korjata

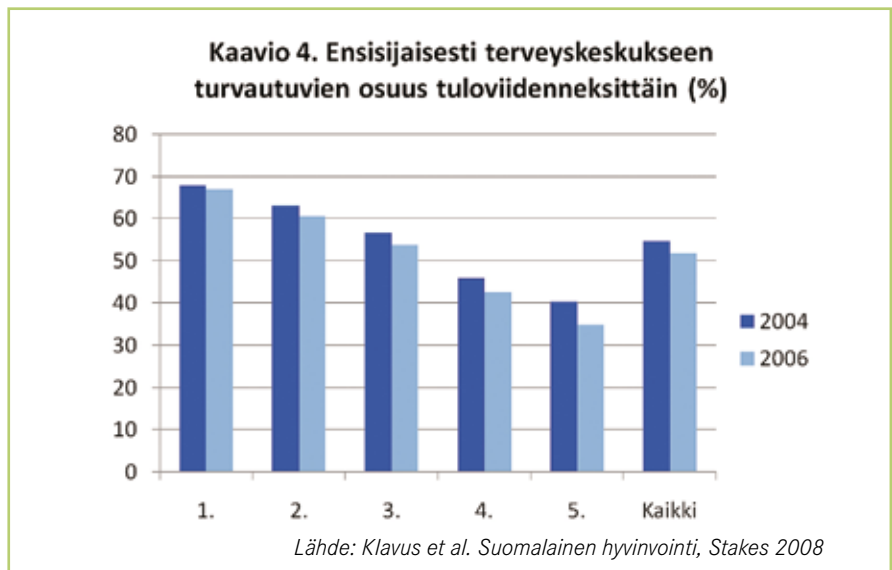
Yksityisen hoidon puolesta taas on sanottu, ettei kannata korjata sitä, mikä toimii hyvin. Kustannustaso yksityisessä hoidossa ei ole terveystalushoitoa suurempi. Niissä kaupungeissa, joissa on kattava yksityisten hammaslääkärien verkosto, luopuminen jo olevasta infrastruktuurista ja uusien vastaanottopisteiden rakentaminen tuottaisi tarpeetonta kuluja.

Yksityiset ovat kehittäneet palvelujaan mallikkaasti

Terveyskeskusten menetetty maine voi vaikuttaa suun terveydenhuoltoonkin

Yksityiset hammaslääkärit ovat parantaneet palvelutasoaan ja pyrkineet sijoittamaan toimintansa niin, että hoitoon on helppo tulla. Vähätellä ei pidä vakiintuneiden asiakassuhteiden merkitystä. Toiminnan kehittäminen on ollut yksinkertaisempaa kuin terveyskeskuksissa, joita usein vaivaa hallinnollinen kankeus. Mahdollisuus määrätä omista työajoistaan ja päättää itse työmäärästään tekee työstä miellyttävämpää. Toki joustavampiin työaikoihin olisi periaatteessa mahdollisuus myös terveyskeskuksissa.

Juuri nyt terveyskeskukset ovat monissa kaupungeissa kriisiytyneet niin, että työssäkäyvä ja maksukykyinen asiakaskunta hakee normaalit lääkäripalvelunsa muualta. Terveyskeskuksista on yleislääketieteen osalta tulossa nopeasti työttömien, eläkeläisten ja vähävaraisten hoitopaikka. Kaavion 4 luvut perustuvat kyselyyn, jossa tiedusteltiin, mistä henkilö pyrki ensisijaisesti saamaan vastaanottoajan terveystalvija tarvitessaan. Taulukko osoittaa, että kahdessa vuodessa terveyskeskusten markkinaosuus on pudonnut kolme prosenttiyksikköä. Julkisen sektorin osuutta heikentää vielä se, että myös sairaalan poliklinikan osuus ensisijaisena yhteydenottokohteena on laskenut saman tutkimuksen mukaan prosenttiyksiköllä. Dramaattisinta pudotus on ollut tulojakauman ylimmässä viidenneksessä, jossa terveyskeskusten markkinaosuus on laskenut 5,5 prosenttiyksikköä ja koko julkisen sektorin osuus yhteensä seitsemän prosenttiyksikköä. Jos kehityksen annetaan jatkua tähän suuntaan, ei tunnu uskottavalta sekään, että hammashoito siirtyisi näissä kaupungeissa valtavirrasta poiketen merkittävästi terveyskeskuksiin.



Näkökohdat työnjaosta yksityisen hammashoidon ja terveyskeskusten tarjoaman hammashoidon väliltä käyvät vahvasti ristiin. Tilanne vaihtelee paikkakunnittain niin objektiivisesti kuin ideologisestikin. Edellä ehdotettu sairausvakuutuskorvausten siirtäminen kuntien vastuulle saisi aikaan sen, että tästä työnjaosta voitaisiin päättää tarkoituksenmukaisesti ilman sitä häiritsevää vaikutusta, jonka maksajan vaihtuminen tuo nyt päätöksiin. Tämä voisi johtaa myös hyvin tarkoituksenmukaisiin työnjakoa koskeviin innovaatioihin.

*Korvaukset
euromääräisiksi*

4.3. Sairausvakuutuskorvaukset

Hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset ovat periaatteessa 60 prosenttia kuluista, mutta ne lasketaan kuvitteellisesta taksasta, joka on säästösyistä määrätty niin alas, ettei palvelua ole tähän hintaan saatavilla. Olisi yksinkertaisempaa ja asiakkaan kannalta ymmärrettävämpää luopua näennäisestä prosenttilaskusta kokonaan ja määrätä korvaukset suoraan euromääräisiksi. Tämä muutos sisältää teoreettisen mahdollisuuden siitä, että korvaukset nousisivat nykyisestä siinä tapauksessa, että joku yksityinen hammaslääkäri perisi vahvistettua taksaa alempaa potilasmaksua. Näin ei käytännössä tapahdu koskaan jo senkin vuoksi, ettei hammaslääkäri ole motivoitunut alentamaan maksuaan, jos valtaosa alennuksen antamasta hyödystä menee valtiolle. **(Suositus 5)**

Suuria kustannuksia korvattava

Ruotsissa juuri voimaan astunut hammashoitouudistus mullistaa sairausvakuutuksen korvauskäytännön. Kansalaisia houkuttelee tarkistuttamaan hampaansa ja käyttämään ennaltaehkäisevää hoitoa joka toinen vuosi postitettavalla hoitosetelillä. Hoitosetelin arvo on alle 30-vuotiailla ja yli 75-vuotiailla 65 euroa ja 30–74 -vuotiailla 32 euroa. Tämän lisäksi sairausvakuutus korvaa vain suuria kustannuksia, 320 euroa ylittävistä kustannuksista puolet ja 1600 euroa ylittävistä kustannuksista 85 prosenttia.

Suomen käytäntö on lähes päinvastainen. Meillä maksetaan korvaukset pienistäkin menoista, kun kalliita toimenpiteitä, proteeseja, siltoja tai kruunuja ei korvata lainkaan. Myös terveyskeskuksissa ne kuuluvat hammaslääkärin työtä lukuun ottamatta kokonaan itse maksettaviksi. Tämä on vakuutusperiaatteena nurinkurista, sillä vakuutuksenhan tulisi korvata suuria riskejä eikä pieniä. Se johtaa myös epätarkoituksenmukaisiin hoitokäytäntöihin, jotka tulevat lopulta kalliimmiksi. Kruunun sijasta hammasta yritetään korjata isolla paikalla, joka tiedetään lyhytikäiseksi. Korvauskäytäntö tulisi Ruotsin tapaan muuttaa päinvastaiseksi niin, että

suurista kustannuksista maksettaisiin suhteessa enemmän ja pienistä vähemmän. Sama ongelma vaivaa koko sairausvakuutusta, joten sairausvakuutuksen muuttaminen suun terveydenhuollon osalta suuria kustannuksia paremmin korvaavaksi on syytä tehdä koko järjestelmän remontin yhteydessä. Ruotsalainen järjestelmä, jossa perustason hammashoitoa ei joka toinen vuosi annetun hoitotetelin lisäksi korvata lainkaan, ei sovi Suomeen, koska meillä sosiaaliset erot suun terveydenhoidossa ovat paljon Ruotsia suuremmat.

*Proteesit
sairausvakuutus-
korvausten piiriin*

Jos hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset annetaan kuntien maksettavaksi, voidaan samassa yhteydessä laajentaa korvaukset kattamaan myös proteesit. Samalla tietysti kunnan tulisi vastaavasti osallistua niiden kustannuksiin terveystieteidenhammas-hoidossa. Eräs mahdollisuus olisi, että yksityinen hammaslääkäri tarvitsisi kunnan terveystieteidenhammaslääkärin luvan kalliisiin toimenpiteisiin, mikäli toimenpide halutaan sairausvakuutuksesta korvattavaksi. **(Suositus 6)**

5. Sosiaaliset terveyserot

Vaikka Suomessa tuloerot ovat maailman pienimpiin kuuluvia, sosiaaliset terveyserot ovat teollisuusmaiden kärkitasoa. Pienituloiset ja vähän koulutetut käyttävät terveydentilaansa nähden vähän terveyspalveluja ja kuolevat huomattavasti nuorempina kuin varakkaat ja hyvin koulutetut.

*Sosiaaliset ter-
veyserot suun ter-
veydenhuollossa
suuremmat kuin
koko terveyden-
huollossa*

Sosiaaliset terveyserot näkyvät myös suun terveydenhuollossa. Pienituloisilla ja vähän koulutetuilla hampaat ovat suurituloisten hampaita huonommassa kunnossa, he harjaavat hampaitaan vähemmän ja käyttävät vähemmän hammaslääkärin palveluja.

Eddy van Doorslaer ja Cristina Masseria ovat tutkineet terveyspalvelujen käytön eriarvoisuutta 21 OECD-maassa⁶. Tutkimus on julkaistu vuonna 2006, mutta sen aineistona ovat vuoden 2000 tiedot. Tutkimuksessa on verrattu terveyspalvelujen käyttöä terveydentilaan. Eroa tarpeen ja käytön välillä on selitetty tuloilla ja laskettu tästä eriarvoisuusindeksi. Jos indeksi on positiivinen, suurituloiset käyttävät terveyspalveluja suhteessa terveydentilaansa pienituloisia enemmän ja jos indeksi on negatiivinen, huonotuloiset käyttävät palveluja suhteessa terveydentilaansa enemmän.

Kaikissa maissa pienituloiset ovat suurituloisempia sairaampia ja siksi tarvitsevat terveyspalveluja suurituloisia enemmän. Melkein kaikkialla he myös käyttävät terveyspalveluja suurituloisia enemmän. Tästä tekevät poikkeuksen vain Suomi ja Ruotsi, joissa

⁶ Inequalities in access to medical care by income in developed countries; Eddy van Doorslaer, Cristina Masseria, Xander Koolman for the OECD Health Equity Research Group, 2006.

keskimäärin terveemmät suurituloiset käyttävät terveyspalveluja myös absoluuttisesti enemmän kuin pienituloiset.

Taulukon 5 sarakkeissa lääkäriissä käynnillä tarkoitetaan yleislääkäriä, erikoislääkäriä tai hammaslääkäriä käyntiä. Käyntimäärässä on laskettu käyntien määrä vuoden sisällä henkeä kohden. Todennäköisyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka moni on vuoden aikana ylipäänsä käyttänyt näitä palveluja edes kerran.

Taulukossa on mitattu kaikkien lääkäripalvelujen ja erikseen hammaslääkäripalvelujen käyttöä tuloluokittain ja verrattuna tätä terveydentilaan. Alkuperäisessä tutkimuksessa luvut on julkaistu desimaalilukuina siten, että täysin eriarvoista tilannetta kuvaisi luku 1. Tässä ne on lukemisen helpottamiseksi kerrottu tuhannella.

Taulukko 2. Terveydenhuollon palvelujen käytön eriarvoisuusindeksi.				
Maa	Lääkäriissäkäynti		Hammaslääkäriissä käynti	
	Määrä	Todennäköisyys	Määrä	Todennäköisyys
Tanska	4,9	-0,1	49,2	46,2
Belgia	-31,3	2,1	30,2	68,2
Sveitsi	-8,2	2,3	62,2	56,4
Britannia	...	2,8	...	62,9
Australia	...	3,0	...	78
Espanja	-11,8	5,5	136,8	143,4
Kreikka	7,2	5,8	95,5	99,8
Itävalta	25,6	6,2	63,4	49,6
Unkari	3,3	6,2	122,2	118,1
Ranska	17,3	7,0	62,1	52,6
Saksa	9,9	7,7
Alankomaat	-17,2	8,9	42,3	34,2
Irlanti	-32,3	9,8	130	139,8
Italia	4,1	10,4	105,2	118,1
Norja	9,2	10,9
Kanada	4,9	15,1	125,6	112,7
Ruotsi	42,2	26,3	...	28,0
Portugali	67,9	33,3	196,2	200,5
Suomi	73,3	36,3	102,5	113,6
Meksiko	...	42,1
USA	67,7	43,8	55,3	159,7

Lähde: *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, Eddy van Doorslaer ja Cristina Masseria

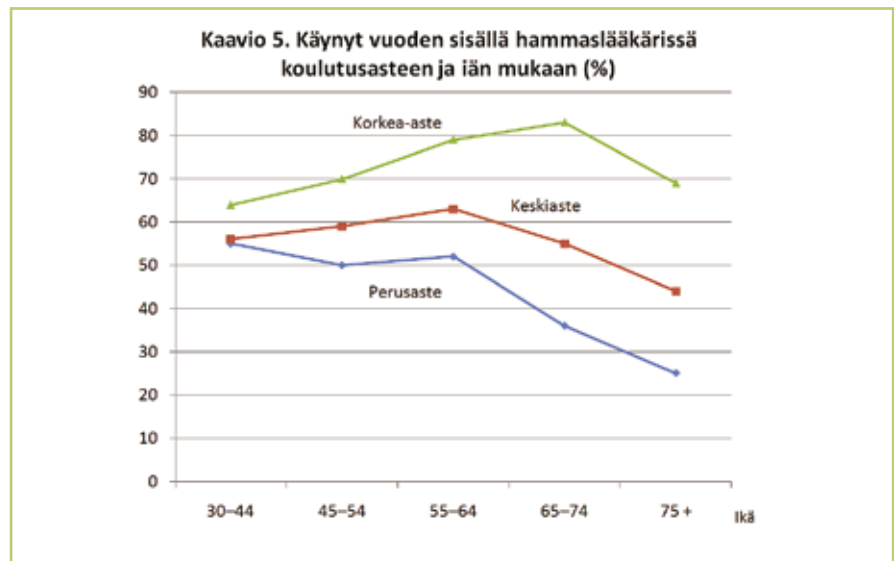
Suomi kuuluu OECD:n tutkimuksen mukaan eriarvoisimpiin maihin terveyspalvelujen käytön osalta

Suomi on lääkäriissä käyntien määrässä tutkituista maista eriarvoisin ja käynnin todennäköisyydessäkin kolmanneksi eriarvoisin USA:n ja Meksikon jälkeen. Hammaslääkäripalvelujen käytössä Suomi sijoittuu eriarvoisuusasteikolla keskivaiheille. Silti eriarvoisuusindeksi on hammaslääkäriissä käynnin osalta selvästi suurempi kuin terveydenhuollossa kokonaisuudessaan. Suun terveydenhuolto on huomattavan eriarvoista kaikkialla – ilmeisesti johtuen alan historiasta. Huomattakoon, että Ruotsi sijoittuu koko terveydenhuollossa eriarvoisimpien, mutta hammaslääkäripalvelujen käytössä tasa-arvoisimpien maiden joukkoon.

Suomessa suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä selittivät tutkimuksessa paitsi tulot ja koulutus muita myös maita enemmän kaupungissa asuminen. Tämäkin on perua siitä, että hammaslääkäreitä oli pitkään lähinnä vain kaupungeissa.

Vähävaraisten, vähän koulutettujen ja syrjäisesti asuvien suun terveydenhuollon palvelujen parantaminen on koko Suomen suun terveydenhuollon keskeisiä haasteita. Tämä edellyttää kohtalaisen suuria taloudellisia panostuksia. Se merkitsee myös suurempaa hammaslääkäritarvetta.

Suun terveydenhuollon osalta asiat ovat huono-osaisilla huominkin kuin hyväosaisilla mitataan asiaa miten hyvänsä. Pienituloiset tai vähemmän koulutetut harjaavat hampaitaan vähemmän, heidän hampaansa ovat huonommassa kunnossa ja niitä on suussa vähemmän ja he käyttävät vähemmän suun terveydenhuollon palveluja kuin suurituloiset tai korkeammin koulutetut. Kaikki ei kuitenkaan ole kehittymässä huonompaan suuntaan. Meillä on koulutustason mukaan selvä ero siinä, kuinka usein hammaslääkäriissä



käydään, mutta ikäluokittain tarkasteltuna erot ovat tasoittumassa. Erikoista on, että hyvin koulutetut nuoret aikuiset käyttävät hammaslääkärin palveluja jopa vähemmän kuin vanhemmat ikäluokat. Selitys voi toki olla paremmissa hampaissa ja vähäisemmässä hoidon tarpeessa. Tieto on vuodelta 2000, jolloin alle 44-vuotiaat olivat tuolloin periaatteessa julkisesti tuetun suun terveydenhuollon piirissä.

5.1. Tarkastukseen kutsuminen

Suun terveydenhuollon eriarvoisuutta torjuisi tehokkaasti, jos kaikki kutsuttaisiin säännöllisin välein tarkastukseen. Ihanteellista olisi, jos kaikilla suomalaisilla olisi oma hammaslääkäri, yksityinen tai kunnallinen. Tähän on kuitenkin vielä matkaa. Se voisi onnistua, jos pääsisimme eroon nykyisestä monikanavaisesta rahoituksesta, jolloin tavoitteelle voitaisiin valjastaa yhtäläisesti kunnalliset ja yksityiset hammaslääkärit. Nykytilanteessa tämä tuottaisi kovan paineen terveyskeskusten hammaslääkärien asiakkaiksi. Jotta potilaalle voitaisiin osoittaa omalääkäriksi yksityinen hammaslääkäri, yksityispuolen maksujen pitäisi olla keskenään yhtä suuret eikä ero potilaan kannalta verrattuna terveyskeskusmaksuun voi muodostua kovin suureksi. Toki nykyjärjestelmän puitteissakin olisi mahdollista sopia ostopalveluista.

Terveyskeskuslääkärin lähetettävä suun terveydentilan tarkastukseen

Huonohampaisia suun terveydenhuollon palvelujen ulkopuolella olevia näyttäisi sosioekonomisten korrelaatioiden perusteella olevan runsaasti terveyskeskusten yleislääkärin palveluja käyttävien keskuudessa. Olisi hyvä, jos terveyskeskuslääkäri ottaisi tavakseen lähettää potilaat hammastarkastukseen, jos nämä eivät ole pitkään aikaan hampaitaan tarkastuttaneet. Tämän tiedon pitäisi näkyä potilaan elektronisissa terveystiedoissa, ellei hän ole kieltänyt niiden tallettamista. Mikäli suunnitelmat työttömien ”työterveystarkastuksista” toteutuvat, tähän pitäisi ehdottomasti liittää suun terveydentilan tarkastaminen.

Hammaslääkäri vai suuhygienisti?

Suorittaisiko tarkastuksen hammaslääkäri vai suuhygienisti? Neuvoloissa lapsen terveydentilan tarkastaa terveydenhoitaja. Jos ongelmia on, hän lähettää lapsen edelleen lääkärin vastaanotolle. Järjestelmä toimii hyvin ja säästää huomattavasti lääkärin työaika. Samaa mallia on sovellettu eräissä kunnissa suun terveydenhuollon tarkastuksissa. Tässä on kuitenkin selvä ero neuvoloihin. Lapsista valtaosa on terveitä, kun taas valtaosa suuhygienistien tarkastamista potilaista päättyy kuitenkin hammaslääkärin vastaanotolle, jolloin sama tarkastus tehdään uudestaan. Jos 75 prosenttia potilaista tulee

näin tarkastetuksi kahteen kertaan, pitää hammaslääkärin tekemän tarkastuksen hinnan olla nelinkertainen suuhygienistin tekemään tarkastukseen nähden, ennen kuin tämä työnjako kannattaa. Jos hammaslääkärien kapasiteetti riittää, tuntuisi rationaalisemmalta, että tarkastuksen tekisi suoraan hammaslääkäri. Suuhygienisti soveltuu parhaiten tarkastamaan vähäriskisiä potilaita, koska tällöin kahteen kertaan tutkimisia tulee suhteessa vähemmän.

Työnjaosta päättäminen kannattaa kuitenkin jättää terveyskeskuksille itselleen, koska tilanteet vaihtelevat paikallisesti. Suuhygienistien tekemä alkujaottelu voi olla perusteltua, jos hammaslääkäreitä on liian vähän. Voidaan myös ajatella käytäntöä, jossa terveyskeskuslääkäri lähettää potilaan hammaskiven poistoon pelkästään sillä perusteella, ettei tätä toimenpidettä ole vuosiin tehty. Hammaskiven poiston yhteydessä suuhygienisti tulee toki nähdä hampaiston muunkin tilan. Jos hampaiston tilanne on hyvin huono, hammaslääkärin tarkastukseen lähettämiseen riittää ”suuhygienistin vilkaisu”.

Kuinka usein tarkastukseen?⁷

Mikä olisi oikea väli suun terveydentilan tarkastukselle? Asiantuntijoiden käsitykset tästä vaihtelevat suuresti. Jos hammaslääkäreistä ei olisi pulaa, voisi olla perusteltua kutsua kaikki tarkastettavaksi kerran vuodessa. Näin tiheään tapahtuvaan hammaslääkärin tekemään tarkastukseen ei ole Suomessa mahdollisuutta, koska hammaslääkäreitä ei ole riittävästi. On paljon parempi tarkastaa kaikki joka toinen vuosi kuin puolet joka vuosi ja loppuja ei lainkaan. Koska asiantuntijoiden käsitykset optimaalisesta tarkastusvälistä menevät vahvasti ristiin, vaikuttaa siltä, että hyötyfunktio on perin laakea; hyödyt ja haitat tarkastusvälien lyhentämisestä ja pidentämisestä kumoavat osin toisensa ja lopputulos on jossain määrin ma kuasia.

Seulontojen optimaalinen tiheys riippuu siitä, kuinka kohtalokasta on hoidon viivästyminen. Suomessa ei seulota mitään syöpäläjiä vuoden välein. Kahdessa vuodessa hampaistossa pystyy harvoin kehittymään mitään kovin vakavaa, ei ainakaan oireettomasti. Alkava karies kannattaa toki havaita mahdollisimman aikaisin, mutta riskiryhmiä lukuun ottamatta kerran vuodessa tapahtuva tarkastus

⁷ Tämän luvun johtopäätökset perustuvat artikkeliin Heikki Murtomaa ja Pirkko Letto: Kansanterveyslaista hoitotakuuseen – kerran vuodessa hammaslääkärissä? *Duodecim* 2005;121(21):2325–31, kyseisen artikkelin innostamaan internetsurffailuun, joka tuotti tulokseksi runsaasti vastaavia tieteellisiä tai puolilitieteellisiä pohdintoja aiheesta sekä keskusteluun Oulun kaupungin palveluyksikköpäällikön, ylihammaslääkäri Sakari Kärkäisen kanssa.

vaikuttaa niukkojen voimavarojen tuhlaukselta. Jos tarkastustiheys on sama kaikille, kerran kahdessa vuodessa näyttäisi sopivalta tahdilta.

*Yhteiskunta mak-
samaan hammas-
tarkastuksen joka
toinen vuosi*

Harkinnanarvoinen olisi Ruotsissa omaksuttu käytäntö lähettää jokaiselle kahden vuoden välein palveluseteli, joka maksaa osan hammastarkastuksen kustannuksista. Koska sosiaaliset erot suun terveydenhuollon palvelujen käytössä ovat niin suuret, setelin arvon voisi olla Suomessa Ruotsia korkeampi niin, että sillä voisi maksaa hammastarkastuksen ja ennaltaehkäisevän hoidon kustannukset kokonaan. Tämä käytäntö toisaalta lisäisi hammastarkastusten määrää siinä osassa väestöä, jolla nyt on puutteita suun terveydenhuollon palvelujen käytössä. Toisaalta se voisi harventaa tarkastuksia siinä osassa väestöä, joka tarkastuttaa hampaansa liian usein, kun otetaan ottaen huomioon hammaslääkäreistä Suomessa vallitseva pula.

*Tarkastusväli
riskiluokituksen
mukaan*

Sama tarkastusväli kaikille ei ole kuitenkaan optimaalinen, koska potilaiden riski vaihtelee. Kokenut hammaslääkäri pystyy tekemään potilaasta kokonaisarvion ja päättelemään tämän riskitason. Parhaiten potilaan taipumusta saada karies ennustaa luonnollisesti hänen aiempi karieshistoriansa.⁸ Jos osa potilaista voidaan luokitella vähäriskisiksi, heidän määräraikaistarkastuksensa tai joka toinen niistä voidaan antaa suuhygienistin tehtäväksi.

On kuitenkin vaikea luoda hallinnollinen, kaikkia tasapuolisesti koskeva järjestelmä, johon sisältyy riskiluokituksesta riippuva tarkastusväli. Terveyskeskuksissa tämä on mahdollista ja siihen kannustetaan virkaehtosopimuksella, jonka perustella hammaslääkärille maksetaan korvaus tarkastuksesta myös potilaan välivuosi-
na. Vastaavan järjestelmän kehittäminen yksityiseen hammashoittoon vaikuttaa hankalalta ilman omahammaslääkärijärjestelmää. Yksityisten hammaslääkärien potilaille sairausvakuutuskorvauksen maksaminen tarkastuksesta joka toinen vuosi tuntuu parhaalta kompromissilta.

*Työterveys-
tarkastukset*

Hammaslääkärin palvelut eivät kuulu Kelan korvaamaan työterveyshuoltoon. Jos näitä palveluja annetaan työnantajan kustantamana, Kela maksaa työnantajalle saman sairausvakuutuskorvauksen, jonka se olisi maksanut samasta hoidosta potilaalle. Tämä korvaus on huomattavasti huonompi kuin muusta hoidosta maksetut korvaukset, jotka ovat sairauden hoidosta 50 prosenttia todellisista menoista ja 60 prosenttia ennaltaehkäisevästä työterveyshuollosta.

⁸ Heikki Murtomaa ja Pirkko Letto

Parantunut työterveyshuolto on johtanut terveydenhuollon eriarvoisuuden kasvuun ja ollut myötävaikuttamassa terveyskeskusten aliresursointiin. Silti olisi hyvä, että ainakin hammastarkastukset ja ennaltaehkäisevä hoito liitettäisiin työterveyshuollon määräaikaissiin tarkastuksiin työpaikoilla, joilla sellaisia järjestetään. Henkilö, joka saa kaiken muun terveydenhuollon työterveyshuoltona, ei hankasti hakeudu suun terveyden kysymyksissä kokonaan toisen organisaation hoidettavaksi. (Suositus 7)

6. Ennaltaehkäisy

Suun terveydentilan paraneminen nuorissa ikäluokissa on pysähtynyt ja karies on alkanut uudestaan yleistyä. Syytä voidaan etsiä palvelujärjestelmästä. Hammashoidon uudistukset ovat pakottaneet kunnat panostamaan enemmän aikuisväestön hammashoittoon, minkä seurauksena kouluikäisten palveluja on karsittu. Tämä tuskin kuitenkaan selittää koko suunnanmuutosta.

Suomen suuhygienistiliiton ja Oral-B:n teettämän tutkimuksen mukaan vain 60 prosenttia suomalaisista harjaa hampaansa vähintään kaksi kertaa päivässä. Ruotsissa tämän tekee noin 90 prosenttia kansalaisista. Sosiaaliset terveyserot näkyvät tässäkin: hyvätuloiset ja hyvin koulutetut huolehtivat hampaistaan paremmin. Suomessa pelkän peruskoulun käyneistä vain joka toinen harjaa hampaansa kahdesti päivässä, mutta korkeakoulututkinnon suorittaneista noin 80 prosenttia.

Päiväkodeissa hampaiden harjaaminen on korvattu yleisesti ksylitolipurukumilla. Tällä pyritään estämään infektioiden leviämistä, erityisesti korvatulehduksia. Hampaiden harjauksesta luopumista suositti Duodecim-seuran vuoden 1997 konsensuskokousjulkilausuma *Antibioottiresistenssi - säilyykö lääkkeiden teho?* Lapset lainasivat hammasharjoja toisilleen, mikä ei tietysti ollut hygienian kannalta toivottavaa. Toisaalta harjauksen jääminen pois päiväkotien antamasta kasvatuksesta on valitettavaa. Konsensusjulkilausuma korosti kotien vastuun lisääntymistä hampaiden harjaukseen totuttelussa, mutta tämä ei johtanut mihinkään toimenpiteisiin. Olisi hyvä pohtia keinoja, joilla hammasharjojen lainaaminen voitaisiin estää ja palata hampaiden harjaamisen opettamiseen päiväkodeissa, sillä tuo elämänvaihe on tapojen omaksumisen suhteen ratkaiseva. Terveyserot periytyvät vääjäämättä, jos vastuu hampaiden harjaukseen opettamisesta jää kodeille.

Kouluikäisten ruokavaliossa on toivomisen varaa. Makeis- ja virvoitusjuomaverot on poistettu, mikä on lisännyt sokeripitoisten välipalojen suosiota. Happamien virvoitusjuomien ja urheilujuomien suosio on kasvanut. Moni ei tiedä tai tiedosta niiden haitallisia ominaisuuksia hampaiden kannalta. Osansa on myös kouluruokailun säästöillä. Moni kokee kouluruokailun niin huonoksi, että jättää sen syömättä ja korvaa energiantarpeen makeisilla.

Makeis- ja virvoitusjuoma-automaatit tulee pikaisesti saada pois kouluista. Ne ovat tulleet sinne ovelasti tukemaan oppilaskuntien työtä. Jos automaattien vuokra maksettaisiin koululle, kyse olisi niin pienistä rahoista, että niistä voidaan helposti luopua – varsinkin kun hinta tulee hammashoidon lisääntyvinä kustannuksina saman kunnan maksettavaksi. Oppilaskunnille pienetkin rahat ovat suuria. Siksi automaateista luopuminen on niin vaikeaa. **(Suositus 8)**

7. Hammaslääkärikoulutus

Hammaslääkärikoulutuksesta on vastikään ilmestynyt kaksikin selvitystä, huhtikuussa 2007 ilmestynyt Liisa Suominen-Taipaleen Hammaslääkäriliiton tilauksesta laatima *Selvitys Hammaslääkäri-työvoimasta* ja elokuussa 2007 ilmestynyt Risto-Pekka Happonen Opetusministeriön tilauksesta laatima *Selvitys hammaslääketieteen koulutuksen valtakunnallisesta kehittämisestä 2007*. Koska selvitykset ovat tuoreita ja asiantuntevasti laadittuja, tukeudun tässä niihin. Näissä selvityksissä päädytään esittämään hammaslääkärien vuotuisiksi koulutustarpeeksi 150 vuodessa, mikä edellyttäisi sisäänoton nostamista nykyisestä noin sadasta 160:een. Tämä vastaa Vanhasen toisen hallituksen hallitusohjelman tavoitteita. Tosin Risto-Pekka Happonen toteaa tavoitteesta moniselitteisesti, ettei ”sisäänoton nostaminen nykyisestä noin 100 aloituspaikasta 160 opiskelijaan (tutkintotavoite 150 tutkintoa) vuodessa ole ylimitoitettu”.

Hammaslääkärien koulutuksen mitoittamiseen liittyy runsaasti epävarmuustekijöitä:

- Miten tavoiteltu eläkeiän nostaminen onnistuu hammaslääkärien keskuudessa? Tämä ei itse asiassa ole epävarmuustekijänä ole kovin merkittävä, sillä hammaslääkäri, joka ei siirry eläkkeelle 60-vuotiaana, tekee sen mitä todennäköisimmin viimeistään 65-vuotiaana.
- Hammaslääkärit käyttävät hyvin yleisesti oikeutta osa-aikaeläkkeeseen. Jos osa-aikaeläkkeen ehtoihin tulee muutoksia, tällä voi olla vaikutusta hammaslääkärien tekemien työtuntien määrään.

Päätös joudutaan tekemään epävarmuuden oloissa

- Kuinka suuri osa hammaslääkäreistä pysyy koulutustaan vastaavassa työssä? Hammaslääkärit ovat yleensä pysyneet hyvin sekä alalla että maassa, mutta voiko tähän luottaa tulevaisuudessa?
- Kuinka pitkän työajan hammaslääkärit itselleen valitsevat? Hammaslääkärien keskuudessa on runsaasti osa-aikaisia. Nuorten hammaslääkärien elämänarvot voivat olla vähemmän työorientoituneita kuin vanhempien kohorttien. Lääkäreiden keskimääräinen vuotuinen työaika on lyhentynyt selvästi niin Suomessa kuin ulkomaillakin. Sama kehitys voi koskea myös hammaslääkäreitä.
- Kuinka suuri osa hammaslääkärikoulutuksen aloittaneista valmistuu hammaslääkäreiksi? Erityisesti Oulun yliopistossa hammaslääkärikoulutuksen keskeyttäneiden määrä on ollut huomattavan suuri (29 %). Tämä on suurelta osalta johtunut siitä, että hammaslääkärikoulutuksen aloittaneet ovat siirtyneet opiskelemaan lääketiedettä. Vaikuttaa siltä, että kyse on ollut jopa suunnitelmallisesta sivuoven käyttämisestä lääketieteelliseen tiedekuntaan.
- Miten työolot kehittyvät? Tiedot työhyvinvoinnin heikkenemisestä hammaslääkärien keskuudessa voivat ennakoita luultua varhaisempaa eläköitymistä, suurempaa osa-aikaisuutta ja houkutusta vaihtaa alaa.
- Miten kehitty hoidon tarve ja hampaiden kunto? Jos hampaat ovat paremmassa kunnossa, niissä on vähemmän hoitamista. Toisaalta hampaissa on enemmän hoitamista, jos niitä ylipäänsä suussa on.
- Kuinka hyvään suun terveydenhuoltoon tähdätään ja mitä asiasta poliittisella tasolla päätetään? Poliittisella tasolla päätetään hammashoidon tasosta ja määristä määrittelemällä sairausvakuutuskorvaukset, terveyskeskusten resursointi ja hoitotakuu. Tässä raportissa esitetään hammaslääkäriissä käymättömien kutsumista tarkastukseen määrääjain.
- Miten kehitty työnjako hammaslääkärien ja suuhygienistien välillä? Hammaslääkärien tarve luonnollisesti vähenee, jos suuhygienistit alkavat tehdä ennen hammaslääkäreille kuuluneita töitä.
- Miten kehitty hammashoidon tuottavuus?

Hammaslääkärikoulutuksen määristä joudutaan päättämään suuren epävarmuuden vallitessa. Kun ehdottomasti oikeata käsitystä tulevaisuudessa tarvittavista hammaslääkärimääristä ei ole käytettävissä, päätöksentekoteorian mukaan ei kannata yrittää tähdätä mahdollisimman lähelle maalia, vaan on otettava huomioon myös, mikä on erehtymisen hinta, jos koulutusmäärät yli- tai alimitoitetaan.

*Huonosti hoidetut
kärsivät*

7.1. Alimitoituksen hinta

Jos hammaslääkäreitä koulutetaan liian vähän, hoidon taso ja saatavuus vaarantuvat. Hammaslääkäripula tulee pysymään ankarana tai pahenemaan osassa maata. Jonot hoitoon kasvavat ja hoito tulee keskittymään kiireelliseen hoitoon. Hammaslääkärikoulutuksen alimitoituksesta kärsisivät erityisesti ne alueet ja väestöryhmät, jotka nytkin ovat hoidon saatavuuden kannalta huonoimmassa asemassa. Virhe maksetaan huonona hoitona ja huonoina hampaina.

*Indikaatioita
tiukennettava*

Jos hammaslääkäripula pahenee, kaikkeen siihen, mitä hammaslääkärit nyt tekevät, ei kapasiteettia riitä. Hoidon indikaatioita on nostettava ja tyydyttävä huonompiin hampaisiin.

*Tehostetut toimet
syrjäalueiden
hyväksi*

Tällöin on kehitettävä järjestelyjä, joissa oleva hammaslääkärikapasiteetti saadaan palvelemaan paremmin koko maata: joko hammaslääkärit matkustavat potilaiden luo tai potilaat matkustavat hammaslääkärien luo. Yhteiskunta joutuu käyttämään huomattavasti rahaa houkutellakseen hammaslääkäreitä töihin syrjäseuduille ja niihin maakuntiin, joissa ei ole hammaslääkärikoulutusta.

Hammaslääkäreiden työpanosta on niukkuuden lisääntyessä käytettävä tehokkaammin. Tämän pitäisi olla mahdollista, sillä pärjätäänhän useimmissa muissa maissa pienemmällä hammaslääkärimäärällä. Työt on tällöin organisoitava toisin ja työnjakoa hammaslääkärien ja suuhygienistien välillä on tarkistettava.

Hammaslääkäripulaan voidaan myös sopeutua. Oulun kaupungin terveyskeskuksessa yhden hammaslääkärin vastuulla olevaa väestöä on pystytty nostamaan 2400 henkeen ja jopa tämän ylikin tiimityöskentelyllä ja kannustavalla palkkausjärjestelmällä. Vähäriskiset potilaat tarkastetaan selvästi muita harvemmin ja heidän hampaitensa tilan tarkastaminen on annettu suuhygienistin tehtäväksi. Tämä vastaa kansallisessa terveyshankkeessa tavoitteeksi otettua työnjaon muutosta, jossa lääkäreiden ja hammaslääkäreiden vähemmän vaativia töitä kehoitetaan siirtämään hoitohenkilökunnalle. Terveiden potilaiden tarkastuskertojen harventaminen tuottaa selvää säästöä, mutta työnjaon muutoksesta koituvat taloudelliset säästöt eivät ole yhtä merkittäviä, koska suuhygienistejä tarvitaan vastaavasti enemmän. Hammaslääkärien työpanosta se kuitenkin säästää. Jos hammaslääkärien koulutus alimitoitetaan, vastaaviin toimiin on ryhdyttävä koko maassa.

*Koulutuksen hinta
ei ratkaiseva*

7.2. Ylimitoituksen hinta

Jos hammaslääkäreitä koulutetaan liikaa, koulutusinvestointeja menee hukkaan, mutta tällä ei ole asiassa suurta merkitystä. Helsingin yliopistossa yhden hammaslääketieteen liseniaatin koulutus mak-

saa noin 65 000 euroa. Tämän lisäksi tulevat kliiniseen harjoitte-
luun annettu erityisvaltionosuus, joka on samaa suuruusluokkaa
kuin koulutuksen hinta yliopistolle. Kustannukset koulutuksen li-
säyksestä ovat tätä selvästi vähäisemmät. Sadan hammaslääkärin
kouluttaminen liikaa maksaa korkeintaan kymmenen miljoonaa
euroa, todennäköisesti selvästi tätä vähemmän. Suuremmat tappiot
kansantaloudelle aiheutuu siitä, että lahjakasta työvoimaa tarvittai-
siin muuallakin.

*Työttömyyden riski
olematon*

Liialliset koulutusmäärät voivat johtaa työttömyyteen tai ali-
työllisyyteen. Työttömyyden riski hammaslääkäreillä on vähäinen
ja vähäisenä se pysyisi, vaikka hammaslääkäreitä koulutettaisiin
liikaa. Ainoan merkittävän riskin hammaslääkärien työttömyyden
lisääntymiseksi muodostavat poliittiset päätökset. Laman aikana,
kun kunnat olivat suurissa taloudellisissa vaikeuksissa, hammas-
hoidolta poistettiin verovähennysoikeus korvaamatta sitä sairaus-
vakuutuksella. Tällöin myös hammaslääkärien keskuudessa vallitsi
muutaman vuoden ajan ankara työttömyys.

*Tarjonnan kasvu
kasvattaa kysyntää*

Riski on taloudellinen. Terveystaloustieteilijät varoittavat, että
koulutuksen ylimitoitus johtaa menojen kasvuun. Jonkinlaisena
lainalaisuutena voidaan pitää sitä, että terveydenhuollon kapasitee-
tin kasvu johtaa myös kysynnän kasvuun. Riskinä on hoitoindikaa-
tioiden aleneminen tarpeettomasti ja rahanmeno ilman vastaavaa
terveyshyötyä. Hoito ei jakaudu vain välttämättömään ja turhaan.
Tähän väliin mahtuu suuri harmaa vyöhyke, jossa hoidosta saatu
hyöty suhteessa siitä aiheutuviin kustannuksiin on lähinnä maku-
asia. Kun yhteiskunta maksaa suuren osan kuluista, sen on voitava
varmistaa, että annettava hoito on siihen uhrattavan rahan arvois-
ta.

*Haluttomuus tehok-
kuuden lisäämiseen*

Riskinä liian suuriin koulutusmääriin liittyy myös halutto-
muus tehostaa toimintaa. Sen kaltaiset toimet, joilla hammaslääkä-
rien työpanoksen käyttöä on tehostettu Oulun terveyskeskuksessa,
jäävät herkästi toteutumatta ylitarjonnan vallitessa. Toisaalta näitä
toimia ei Oulussa ole estänyt se, että hammaslääkäritiheys Pohjois-
Pohjanmaalla on varsin suuri.

*Suurta hammas-
lääkäritiheyttä
on kokeiltu
Uudellamaalla*

Jos koko maassa olisi Uudenmaan hammaslääkäritiheys, maa-
han tarvittaisiin noin tuhat hammaslääkärinä nykyistä enemmän.
Varsinais-Suomessa hammaslääkäritiheys on vielä Uttamaatakin
suurempi. Liialliseksi pelätyn hammaslääkäreiden määrän seura-
uksia voi siis tarkkailla Uudellamaalla, sillä edes huomattava ham-
maslääkärikoulutuksen ylimitoitus ei pysty nostamaan koko maan
hammaslääkäritiheyttä Uudenmaan tasolle.

Yksityispuolella on vajaakäyttöistä kapasiteettia

Työttömyyttä hammaslääkärien keskuudessa ei esiinny lainkaan, mutta kymmenen prosenttia yksityisistä hammaslääkäreistä valittaa potilasmäärien vähäisyyttä. Vajaasti käytetystä kapasiteetista kertoo sekin, että kun Helsingin kaupunki osti maksusitoumuksilla suuren määrän hoitoa, yhdelläkään hoitosetelin saaneista ei ollut vaikeuksia saada aikaa yksityissektorilta. Kovin vakavasta työn puutteesta ei voi olla kyse, koska jokainen hammaslääkäri työllistyi halutessaan muualle maahan tai terveyskeskukseen.

Terveyskeskuksissa pulaa väestä

Vaikka yksityissektorilla on Uudellamaalla väljyyttä, julkisessa terveydenhuollossa podetaan jokseenkin yhtä suurta pulaa hammaslääkäreistä. Työmäärät ovat suuria ja jonot pitkiä. Jos kaksikanavaisen rahoituksen ongelmista päästäisiin, Uudellamaalla vallitsisi ilmeisesti suunnilleen tasapaino hoidon tarpeen ja hammaslääkärien määrän välillä.

Hoitavatko yksityiset hammaslääkärit liian hyvin?

Hoidetaanko uusmaalaisten hampaita liian hyvin; onko osa hoidosta siis kustannustehotonta? Yksityiset hammaslääkärit kutsuvat potilaat yleisesti tarkastukseen vuoden välein. Koko maan hammaslääkäripulaa ajatellen tämä on liian usein, mutta kansainvälisten arvioiden mukaan tahti on sopiva, jos ei tarvitse ajatella hammaslääkärikapasiteetin säästeliästä käyttöä. Toisaalta optimaalinen tarkastusväli riippuu hampaiden kunnosta ja sairauden riskistä. Voidaan perustellusti väittää, että terveitä ja vähäriskisiä potilaita kutsutaan tarkastukseen liian usein. Tarkastus ei itsessään ole kallias. Taloudellisesti merkittävä ylihoito ongelma syntyy vasta, jos tarkastusten seurauksena ryhdytään kalliisiin hoitotoimenpiteisiin matalalla indikaatiolla.

Terveyserojen tasaamisessa riittäisi hyödyllistä työtä

Toisaalta myös Uudellamaalla lienee runsaasti potilaita, joita hoidetaan liian huonosti. Ovathan sosiaaliset terveyserot suun terveydenhuollossa suuret. Niinpä Uudeltamaaltakin löytyisi hyödyllistä, kustannustehokasta tekemistä koko maakunnan varsin runsaalle hammaslääkärikunnalle. Jos suun terveydenhuollossa pystytään pitämään huolta voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta, pelot siitä, että hammaslääkärikoulutuksen ylivoimainen johtaisi kustannustehottomaan ylihoitoon, ovat aiheettomia. Voimavarojen haaskausta voi syntyä lähinnä silloin, jos hammaslääkärikoulutusta lisätään yli nykyisen tarpeen, eivätkä pyrkimykset ohjata kapasiteettia terveyserojen kaventamiseen onnistu.

Jos hammaslääkäreitä liikaa, tarkastetaan useammin

Koska käsitykset siitä, kuinka usein potilaat olisi kutsuttava hammaslääkäriin suorittamaan tarkastukseen vaihtelevat niin suuresti, on syytä olettaa, että hyötyfunktio on muodoltaan melko laakea. Ei ole hoidollisesti missään tapauksessa ainakaan suuri virhe kutsua vain joka toinen vuosi eivätkä toisaalta rahat mene hukkaan,

jos tarkastukseen kutsutaan kerran vuodessa. Hammaslääkärien tarpeeseen tällä on suuri merkitys. Hammaslääkäreitä tarvittaisiin koko maan tasolla noin tuhat enemmän koko väestön vuosittaiseen tarkastamiseen verrattuna siihen, että keskimääräinen tarkastusväli olisi kaksi vuotta.

Ylikapasiteetti kehittyisi hitaasti ja siihen ehdittäisiin reagoida

Jos hammaslääkärikoulutus osoittautuisi ylimitoitetuksi, aikaa reagoida siihen olisi. Lähivuosina hammaslääkäreistä on joka tapauksessa paheneva pula. Vajaus kääntyy ylimitoitukseksi varsin hitaasti. Tällöin koulutusta on mahdollista taas vähentää. Hammaslääkärikoulutuksen järjestämisen kannalta koulutusmäärien hilaaminen ylös ja alas on hyvin epätarkoituksenmukaista ja aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia. Suun terveydenhuollon kustannuksista hammaslääkärikoulutus on kuitenkin vain muutaman prosentin luokkaa.

Koulutusmääriä kannattaisi lisätä enemmän tai muuttaa työnjakoa

Kaiken kaikkiaan vaikuttaa siltä, että riski hammaslääkärikoulutuksen mitoituksessa on epäsymmetrinen: hinta alimitoituksesta on huomattavasti suurempi kuin samansuuruisesta ylimitoituksesta. Tämä puoltaisi hammaslääkärikoulutuksen lisäämistä ehdotetusta 160 aloituspaikasta. Tämän vaihtoehtona on työnjaon selvä muutos hammaslääkärien ja suuhygienistien välillä.

7.3. Hammaslääkärikoulutuksen alueellinen sijoittaminen

Hammaslääkärit ovat sijoittuneet Suomeen epätasaisesti: suurin hammaslääkäritiheys on maakunnissa, joissa hammaslääkäreitä koulutetaan eli Varsinais-Suomessa, Uudellamaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Vastaavasti muissa maakunnissa, erityisesti Itä-Suomessa podetaan vajeusta hammaslääkäreistä. Hammaslääkärit ovat kuitenkin sijoittuneet ympäri maata selvästi tasaisemmin kuin lääkärit.

Itä-Suomen hammaslääkäripulan korjaamiseksi selvitysmies Risto-Pekka Happonen esittää hammaslääkärikoulutuksen aloittamista Kuopiossa. Asia on ristiriitainen. Sadan viidenkymmenen koulutuspaikan hajauttaminen neljään yliopistoon vaikuttaa tehottomalta. Ehdotuksella on vastassaan valtion tuottavuusohjelma. Hajautunut koulutus vaatii enemmän opettajatyövoimaa, jota tuottavuusohjelma vaati vähennettäväksi koko korkeakoululaitoksessa. Koulutuksen kustannuksia ja laatua ajatellen olisi päinvastoin perusteltua keskittää koko hammaslääkärikoulutus yhdelle paikkakunnalle. Happonen mukaan hammaslääkärikoulutuksen alasajo 1990-luvulla tuhosi koulutus- ja tutkimusosaamista. Voidaanko näin ollen luottaa siihen, että päteviä opettajia riittää hajautettavaksi neljälle paikkakunnalle?

Koulutuspaikkakunnan ympäristöön syntyy ”tuhlausta” sitä enemmän mitä väkiriikkaammasta seudusta on kyse

Hammaslääkäreillä on ymmärrettävistä syistä taipumus jäädä töihin opiskelupaikkakunnalleen. Tämä näyttäisi aiheuttavan noin 20 prosenttia suuremman hammaslääkärietiheyden niihin maakuntiin, joissa hammaslääkärikoulutusta annetaan. Muiden alueiden kannalta menetys on luonnollisesti sitä suurempi, mitä suuremmasta paikkakunnasta on kyse. Uudellemaalle mahtuu ylimääräisiä hammaslääkäreitä paljon enemmän kuin heitä mahtuisi vaikkapa Kainuuseen, jos koulutusta annettaisiin Kainuussa. Tässä suhteessa Helsingin hammaslääkärikoulutus tuottaa suurinta mahdollista alueellista tuhlausta. Kuopio olisi oiva paikka koulutukselle, jos hammaslääkärikoulutusta annettaisiin vain yhdellä paikkakunnalla. Pohjois-Savoon ei kertakaikkisesti mahdu lukumääräisesti kovin paljon ylimääräisiä hammaslääkäreitä ja koulutetun väen näyttää olevan helpompi muuttaa pieneltä paikkakunnalta suuremmalle kuin päinvastoin.

Uusi koulutuspaikka lisäisi ”tuhlausta”

Koulutuspaikkakuntia ympäröivien alueiden ylimääräinen hammaslääkärietiheys aiheuttaa sitä enemmän tuhlausta, mitä runsasväkisempiä nuo paikkakunnat ovat mutta myös sitä enemmän mitä useammalla paikkakunnalla koulutusta annetaan. Hammaslääkärikoulutuksen aloittaminen Kuopiossa auttaisi varmaankin Itä-Suomen hammaslääkäripulaan, mutta muualla se saattaisi pahentaa tilannetta, koska Kuopion ympäristö liittyisi niihin alueisiin, joissa hammaslääkäreitä on koko maata ajatellen liikaa.

Hammaslääkärien alueellista jakautumista ajatellen oli varsin outo päätös aloittaa hammaslääkärikoulutus Turussa vuonna 2003, sillä hammaslääkärietiheys oli jo tuolloin Varsinais-Suomessa maan suurin. Koska koulutuksen aloittaminen ja lopettaminen on kallista ja henkilöresursseja ajatellen hankalaa, en ehdota muutoksia hammaslääkärien koulutukseen.

7.4. Alueelliset kiintiöt opiskelijavalintaan

En pidä koulutuksen aloittamista Kuopiossa mahdottomana, mutta varsin ongelmallisena. Sen vaihtoehdoksi esitän, että hammaslääkärikoulutuksessa otettaisiin käyttöön alueelliset kiintiöt sisäänotossa. (Suositus 9)

Nämä kiintiöt tulee jonkin verran ylimitoittaa suosimaan syrjäseutuja, koska osa valmistuneista jää opiskelupaikkakunnalle siitä riippumatta, mistä ovat lähtöisin. Kiintiöitä mitoitettaessa on otettava huomioon myös eläkkeelle siirtyvien hammaslääkäreiden alueellinen jakauma.

*Kliininen harjoittelu
maakuntiin*

Sisäänoton alueellisia kiintiöitä tulee täydentää hajauttamalla hammaslääketieteen opiskelijoiden kliininen harjoittelu alueellisesti. Tämä tuottaa jonkin verran lisäkustannuksia, mutta on tästä huolimatta kannattavaa.

*Yliopistolakia on
muutettava*

Aloituspaikkojen alueellinen kiintiöinti on ristiriidassa opiskelijoiden tasa-arvon kanssa. Vastakkain on toisaalta hoidon saamisen tasa-arvo ja opiskelun tasa-arvo. Eduskunnan apulaisoikeusasiamies antoi vuonna 2007 päätöksen, jonka mukaan vasta lukioista valmistuneiden suosiminen yliopistojen opiskelijavalinnoissa olisi pyrkijöiden tasa-arvon kannalta ongelmallista ja yliopistolain vastaista. Tämän perusteella voisi päätellä alueellisten kiintiöiden käyttöönoton vaativan myös yliopistolain muutosta.

Kielikiintiöitä on jo

Yliopistojen sisäänotossa on jo kiintiöt ruotsinkielisille. Oulun hammaslääkäriskoulutuksessa on myös kiintiöity yksi paikka saamenkieliselle. Opettajankoulutukseen on useaan otteeseen ehdotettu kiintiöitä miesopiskelijoille, mutta esitykset on toistaiseksi ainakin hylätty. Opetusministeriön virkamiehet ovat suullisesti ilmoittaneet kielikiintiöiden perusteluna perustuslain takaamia äidinkielisiä palveluita. Alueelliset kiintiöt puolestaan rikkoisivat tasa-arvoa. Tätä on vaikea ymmärtää, koska myös oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin on perustuslain takaamaa.

8. Suositukset

Tilanne suun terveydenhuollossa ei ole tyydyttävä. Terveyskeskus-hammashoitoon on monin paikoin kohtuuton jono, hoitoajat ovat liian pitkiä ja hammaslääkärien tyytyväisyys työoloihinsa on laskenut. Samanaikaisesti pitkien terveystieteiden jonojen kanssa yksityisillä hammaslääkäreillä on paikoin vapaata kapasiteettia. Tasapainottomuuden syy on suurelta osin kaksikanavaisessa rahoituksessa. Sosiaaliset terveyserot ovat suun terveydentilan ja palvelujen käytön osalta vielä suuremmat kuin muun terveydenhuollon kohdalla. Palvelujen saatavuudessa ja käytössä on myös huomattavia alueellisia eroja.

Pula hammaslääkäreistä on tulppana hoidon asianmukaiselle järjestämiselle koko maassa. Pula näkyy alueellisesti, koska hammaslääkäreillä on taipumus jäädä töihin opiskelupaikkakunnalleen ja suosia suuria paikkakuntia. Hammaslääkäreitä jää lähivuosina paljon eläkkeelle, minkä vuoksi hammaslääkärikoulutusta on lisättävä huomattavasti.

Nuorten hampaiden tila parani pitkään, mutta myönteinen kehitys on kääntynyt huonompaan suuntaan. Suomalaiset ovat Pohjoismaiden huonoimpia hampaiden harjaajia. Valistuskampanjoille on tarvetta.

Esitän ryhdyttäväksi ainakin seuraaviin toimiin. Ehdotusten perustelut löytyvät tekstistä asianomaisista luvuista.

1. Hoitotakuu tulee määrittää suun terveydenhuollon osalta tiukemmaksi siten, että myös aloitetun hoidon loppuun saattamiselle tulee määräaika. Päätös tästä tulee tehdä vähintään vuosi ennen säännöksen voimaan astumista, jotta kunnat osaisivat ottaa sen huomioon talousarvioita laatiesaan. (Luku 2.3.)
2. Suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvaukset siirretään kuntien vastuulle. Tämä korvataan lisäämällä kuntien valtionosuuksia Kelan nyt maksamien suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvausten määrällä. Vuonna 2007 tämä summa oli 93,5 miljoonaa euroa. Käytännön maksatuksesta vastaisi edelleen Kansaneläkelaitos, joka laskuttaisi siitä kuntia. (Luku 4.1.)
3. Hintakilpailun tehostamiseksi ja potilaiden oikeusturvan parantamiseksi tiedot hammaslääkäriminimialueista tulee olla potilaan saatavissa helposti ja yhtenäisessä muodossa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön tehtävänä on

vahvistaa hintaluettelolle yhtenäinen muoto. Kunnan tulee ylläpitää luetteloa alueellaan toimivista hammaslääkäreistä hintaluetteloiheen. (Luku 4.1.)

4. Kansaneläkelaitos kehittää tilastollisen tavan tarkkailla hammaslääkärin hoitokäytäntöjä. Jos jonkun hammaslääkärin kohdalla esiintyy merkittävää poikkeamista normaalista, voidaan hammaslääkärin hoitokäytäntöjen oikeellisuus tarkistaa. (Luku 4.2.)
5. Sairausvakuutuskorvauksissa tulee siirtyä teoreettisesta 60 prosentin korvaustasosta potilaan kannalta selkeämpiin euromääräisiin korvauksiin. (Luku 4.3.)
6. Suun terveydenhuollon sairausvakuutuskustannuksissa tulee painottaa suurten kustannusten korvausta. Proteesit tulee ottaa sairausvakuutuskorvauksen piiriin samalla kun kunnat osallistuisivat niiden kustannuksiin terveyskeskus-hammashoidossa. Jos sairausvakuutuskorvaukset siirtyvät kuntien maksettavaksi, voidaan ajatella, että kalliin proteesin korvattavuus edellyttäisi kunnan hammaslääkärin suostumusta toimenpiteeseen. (Luku 4.3.)
7. Suun terveydentilan tarkastus liitetään osaksi työterveydenhuollon tarkastuksia. (Luku 5.1.)
8. Yleistä valistusta suun terveydenhuoltoon liittyvän ennaltaehkäisyn tehostamiseksi on lisättävä merkittävästi päiväkodeissa ja koulussa sekä myös aikuisväestön keskuudessa. Hampaiden harjaus on palautettava päiväkoteihin yli kolmivuotiaiden osalta. Tähän liittyvää riskiä infektoiden leviämisestä torjutaan kouluttamalla henkilökunta tiedostamaan pesutilanteeseen liittyvät riskit ja velvoittamalla hoitajat valvomaan, etteivät hammasharjat vaihdu lasten kesken. Suun terveydenhuoltoon liittyvän ennaltaehkäisyn opetusta tehostetaan peruskoulun terveystieteiden opetuksessa. Makeis- ja virvoitusjuoma-automaatit poistetaan kouluista ja ne korvataan tarjoamalla oppilaille mahdollisuus terveelliseen välipalaan, jos koulupäivä venyy pitkäksi. (Luku 6.)
9. Selvitetään mahdollisuudet muuttaa yliopistolakia siten, että hammaslääkärinkoulutukseen opiskelijat voidaan valita ainakin osittain alueellisista kiintiöistä. Koulutukseen liittyvää kliinistä harjoittelua tulee hajauttaa alueellisesti. (Luku 7.4.)

Lähdeluettelo

- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X and OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ 2006.
- Hallituksen esitys 149/2000 eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidon lain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta.
- Hallituksen esitys 155/2000 eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
- Happonen Risto-Pekka: Selvitys hammaslääketieteen koulutuksen valtakunnallisesta kehittämisestä 2007. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:40.
- Kiiskinen Urpo, Suominen-Taipale Liisa, Aromaa Arpo ja Arinen Sisko: Koettu suunterveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, 22/2005).
- Kinnarinen Minna: Suun Terveydenhuolto julkisella sektorilla Länsi-Suomen läänissä 1999. Länsi-Suomen lääninhallitus. 2002.
- Klavus et al. Suomalainen hyvinvointi, Stakes 2008.
- Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma. 1999.
- Murtomaa Heikki ja Letto Pirkko: Kansanterveyslaista hoitotakuuseen - kerran vuodessa hammaslääkärissä? Duodecim 2005;121(21): 2325-31.
- Rannikko Altti, Palo Maria: Ruotsi kaksinkertaistaa hammashoidon tuet. Suomen hammaslääkärilehti 5/2008.
- Suominen-Taipale Liisa: Selvitys hammaslääkärityövoimasta - arvioita hammaslääkärrien määrästä tulevana vuosikymmeninä. Suomen Hammaslääkäriliitto. 2007.
- Suomalaisten aikuisten suunterveys, Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004
- Wikipedia.



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund

Fabianinkatu 9 B
00130 HELSINKI
www.hammaslaakariliitto.fi