

# SUUN TERVEYDENHUOLTO JA SOTE-UUDISTUS

Selvitys

20.3.2017

AVANCE

Mikko Alkio  
Petri Kuoppamäki  
Elina Saviharju

## Sisällys

<b>1.</b>	<b>JOHDANTO .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>SUUNTERVEYDEN MERKITYS KANSANTERVEYDELLE JA KANSANTALOUELLE .....</b>	<b>3</b>
2.1	Suunterveyden merkitys kansanterveydelle .....	3
2.2	Suunterveyden merkityksestä kansantaloudelle .....	6
<b>3.</b>	<b>SUUN TERVEYDENHUOLTO VERTAILUMAISSA.....</b>	<b>8</b>
3.1	Ruotsi .....	8
3.2	Tanska.....	10
3.3	Norja.....	11
3.4	Alankomaat .....	13
3.5	Iso-Britannia, erityisesti Englanti.....	15
3.6	Suun terveydenhuollon järjestelmien kansainvälisiä vertailuja .....	18
<b>4.</b>	<b>SUUN TERVEYDENHUOLLON MARKKINAT SUOMESSA JA KYSYNNÄN MUODOSTUMINEN...21</b>	
4.1	Julkiset ja yksityiset suun terveydenhuollon palvelut .....	21
4.2	Kysynnän määräytyminen ja asiakkaan rooli suun terveydenhoitopalveluissa .....	24
<b>5.</b>	<b>ESITETTY KAPITAATIOMALLI JA ARVIO SEN VAIKUTUKSESTA SUUNTERVEYTEEN SUOMESSA.....</b>	<b>28</b>
<b>6.</b>	<b>VAIHTOEHTOINEN ESITYS SUUNTERVEYDEN JA SUUN TERVEYDENHUOLLON LAADUN PARANTAMISEKSI SUOMESSA .....</b>	<b>31</b>
6.1	Edellytyksiä valinnanvapauden ja kilpailun toimivuudeksi suun terveydenhuollossa .....	31
6.2	Oralin esittämä vaihtoehtoinen malli .....	35
6.3	Vaihtoehtoisen mallin vaikutukset sekä edut verrattuna nykyesitykseen .....	37
6.4	Oralin esittämän mallin vaatimat muutokset HE-luonnoksessa esitettyyn lainsäädäntöön .....	41

## 1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö on 31.1.2017 pyytänyt lausuntoja SOTE-uudistukseen liittyvästä asiakkaan valinnanvapautta koskevasta hallituksen esitysluonnoksesta ("HE-luonnos"). Oral Hammaslääkärit Oyj ("Oral") on pyytänyt Avance Asianajotoimistoa ja professori Petri Kuoppamäkeä (Aalto yliopisto) laatimaan selvityksen HE-luonnoksessa esitetystä mallista ja sen vaikutuksista suunterveyteen ja suun terveydenhuoltoon Suomessa. Lisäksi Oral on pyytänyt selvitystä kehitystä vaihtoehtoisesta suun terveydenhuollon mallista ja sen vaikutuksista.<sup>1</sup> Avance Asianajotoimistossa työstä ovat vastanneet Mikko Alkio ja Elina Saviharju.

Esitämme tässä selvityksessä yleiskuvan suunterveyden ja suun sairauksien vaikutuksesta ihmisen kokonaisterveyteen. Arvioimme tätä kautta myös suun terveysongelmien välittömiä ja välillisiä kansantaloudellisia vaikutuksia. Esitämme vertailun suun terveydenhuollon järjestelmistä eräissä muissa maissa ja arvioita kuvailtujen järjestelmien vaikuttavuudesta. Kuvaamme myös suun terveydenhuollon palvelujen ja markkinoiden nykytilan Suomessa ja esittelemme ne eri seikat, jotka vaikuttavat suun terveydenhuollon palvelujen kysyntään. Lopuksi kuvailemme sekä HE-luonnoksessa esitetyn suun terveydenhuollon mallin että Oralin esittämän vaihtoehtoisen suun terveydenhuollon mallin ja arvioimme näiden vaikutusta suun terveydenhuollon markkinoihin ja suunterveyteen Suomessa, erityisesti taloustieteen ja terveystaloustieteen antamien työkalujen avulla.

Yleisestä SOTE-uudistuksen viitekehyksestään huolimatta *tämä selvitys rajoittuu yksinomaan suun terveydenhuoltoon*. Se on muusta terveydenhuollosta erillinen ja monin tavoin hyvin erilainen terveydenhuollon osa-alue. Tästä syystä sitä tulisi arvioida muusta terveydenhuollosta erikseen myös SOTE-uudistuksen yhteydessä.

Suun terveydenhuolto on saanut SOTE-uudistuksessa ja HE-luonnoksessa osakseen huomattavan vähän huomiota. Vaarana on, että uudistuksen yhteydessä suun terveydenhuollon rakenteita muutetaan ottamatta huomioon suun terveydenhuollon erityispiirteitä tai analysoimatta muutosten vaikutuksia suunterveyteen. Tämän selvityksen tarkoituksena on selvittää suun terveydenhuollon keskeisiä erityispiirteitä ja tarjota työkaluja suun terveydenhuollon uudistamisen suunnan ja keinojen määrittämiseen sekä HE-luonnoksessa esitetyn mallin arvioimiseen nimenomaan suun terveydenhuollon ominaispiirteet huomioon ottaen.

## 2. SUUNTERVEYDEN MERKITYS KANSANTERVEYDELLE JA KANSANTALOUDELLE

### 2.1 Suunterveyden merkitys kansanterveydelle

Suunterveys on tärkeä osa koko kehon terveyttä ja suun terveysongelmat eivät rajoitu vain suuhun, vaan ne vaikuttavat henkilön muuhunkin terveydentilaan.<sup>2</sup>

Suun sairauksilla on monia vaikutuksia yleisterveyteen ja hyvinvointiin. Erityisen suuri merkitys suunterveydellä on henkilöille, jotka ovat terveydentilansa takia tavallista alttiimpia infektioille, sillä

---

<sup>1</sup> Mallia on kuvattu tarkemmin luvussa 6.

<sup>2</sup> Ks. esim. Petersen–Bourgeois–Ogawa–Estupinan–Day–Ndiaye, The global burden of oral diseases and risks to oral health, Bulletin of the World Health Organization 83(9)2005:661–669, s. 661–662.

suu on tärkeä infektioportti koko elimistöön.<sup>3</sup> Lievät hammasperäiset infektiot ovat avoterveydenhuollossa huomattavan yleisiä, mutta niiden tarkkaa ilmaantuvuutta ei tiedetä.<sup>4</sup> Suomen Hammaslääkäriliiton mukaan jopa suurimmalla osalla aikuisista on suussa jonkinlainen krooninen tulehdus.<sup>5</sup>

Yläleuan poskihammasperäiset infektiot voivat levitä poskionteloihin aiheuttaen poskiontelotulehduksen. Tulehdus voi levitä jopa silmäkuoppaan asti.<sup>6</sup> Suun tulehdus voi lisäksi levitä muualle kehoon ja pahimmillaan aiheuttaa esimerkiksi verenmyrkytyksen, sydämen sisäkalvon tulehduksen (endokardiitin), nikamatulehduksen tai paiseita muualla elimistössä, kuten aivoissa, keuhkoissa, vatsaontelossa ja maksassa.<sup>7</sup>

Hoitamattomana tai tehokkaan hoidon viivästyessä hammasperäiset infektiot voivat kehittyä hengenvaarallisiksi.<sup>8</sup> Äkillisistä suun alueen infektiosta juuri hammasperäiset infektiot ovat yleisimpiä. Jopa 20-30% kaikista yleistyneeseen sairaalahoitoa vaativaan hammasperäiseen infektiioon sairastuneista aikuisista kuolee.<sup>9</sup>

Suuperäisten yleisinfektioiden estämiseksi hampaiston infektiot tulisi Käypä hoito -suositukseen mukaan pyrkiä hoitamaan ennen leikkauksia, joissa elimistöön asetetaan vierasesine tai aloitetaan voimakas immunosuppressiivinen lääkehoito. Suun infektioiden hoito on samasta syystä tärkeää myös ennen leukojen alueelle kohdistuvaa sädehoitoa sekä ennen suonensisäisten bisfosfonaattien aloitusta (esim. osteoporoosin, malignien veritautien ja tiettyjen syöpien hoidossa<sup>10</sup>). Suun alueen infektioiden tehokas hoitaminen potilaan ollessa terve, ilman suuperäisille infektiolle altistavia yleissairauksia tai lääkityksiä, vähentäisi merkittävästi mikrobilääkkeiden (esim. antibiootit) käytön tarvetta hammashoidon yhteydessä.<sup>11</sup>

Huono suunterveys on yksi riskitekijä valtimokovettumataudin sekä sydän- ja aivoinfarktin taustalla.<sup>12</sup> lensairaudet voivat nostaa riskiä kuolla sydäninfarktiin kolminkertaiseksi.<sup>13</sup> Parodontiitti (kiinnityskudossairaus) kasvattaa sydänsairauksien riskiä yksinään ja erillään muista riskitekijöistä.<sup>14</sup> Patologisesti syventyneen ientaskun (yli 6mm) seitsemässä hammaspinnassa on todettu olevan yhteydessä 2-3-kertaiseen sydäntautiriskiin. Pitkälle edenneen hampaita kiinnittävän luun

---

<sup>3</sup> Suun terveyttä koko väestölle 2013, STM raportti 2013:39 (Helsinki 2013), s. 32–33.

<sup>4</sup> Hammasperäiset äkilliset infektiot ja mikrobilääkkeet, Käypä hoito -suositus 2011 (<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50090>, vierailtu 15.3.2017).

<sup>5</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Hampaiden ja suun sairaudet (<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/suun-sairaudet-ja-tapaturmat/hampaiden-ja-suun-sairaudet#.WK8W7zuLSUk>, vierailtu 15.3.17).

<sup>6</sup> Hammasperäiset äkilliset infektiot ja mikrobilääkkeet, Käypä hoito -suositus 2011.

<sup>7</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Suunterveyden merkitys yleisterveydelle (<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/suu-ja-yleisterveys/suunterveyden-merkitys-yleisterveydelle#.WK8RfDuLSUj>, vierailtu 15.3.17).

<sup>8</sup> Suun terveyttä koko väestölle 2013, STM raportti 2013:39 (Helsinki 2013), s. 32–33.

<sup>9</sup> Hammasperäiset äkilliset infektiot ja mikrobilääkkeet, Käypä hoito -suositus 2011.

<sup>10</sup> Hammasperäiset äkilliset infektiot ja mikrobilääkkeet, Käypä hoito -suositus 2011; Forss, Bisfosfonaattihoito on riskitekijä muiden joukossa, "Bisfosfonaatit" -sessio Hammaslääkäripäivillä 11.11.2010 (<http://www.hammaslaakaripaivat.fi/Apollonia/wwwhtml.nsf/sp?Open&cid=Tiedeuutiset&screen=Tie-dotScreen&cat=content3841C3>, vierailtu 15.3.17).

<sup>11</sup> Hammasperäiset äkilliset infektiot ja mikrobilääkkeet, Käypä hoito -suositus 2011.

<sup>12</sup> Suuklinikka, Mihin suun terveys vaikuttaa?, 28.1.2010 (<http://www.toh-tori.fi/?page=5446580&id=7110024>, vierailtu 15.3.17).

<sup>13</sup> Tuomainen–Nyssönen–Laukkanen–Tervahartiala–Tuomainen–Salonen–Sorsa–Pussinen, Serum Matrix Metalloproteinase-8 Concentrations Are Associated With Cardiovascular Outcome in Men, *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* 27(12)2007:2722–2728.

<sup>14</sup> Lösche–Kocher, Parodontitis als Risikoindikator für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, *Risikokompodium Parodontitis*, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Parodontologie/KZV Hessen/LZK Hessen (Quintessenz Verlag 2002), s. 67.

menetyksen on todettu olevan yhteydessä viisinkertaiseen akuutin sepelvaltimokohtauksen riskiin. Tutkimuksen mukaan mitä huonompi hampaiden kiinnityskudosten tila oli, sitä useampi sepelvaltimo oli merkittävästi ahtautunut. Löydös oli riippumaton potilaiden iästä tai tunnetuista sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöistä.<sup>15</sup> Erään tutkimuksen mukaan juurihoidon tarpeessa olevat hoitamattomat hampaat nostavat sepelvaltimotaudin riskin 2,7-kertaiseksi.<sup>16</sup> Toisessa tutkimuksessa on todettu, että parodontiitti voi nostaa riskiä sairastua sepelvaltimotautiin 70%.<sup>17</sup>

Suun kroonisten infektioiden on todettu liittyvän varusmiesten hengitystieinfektioiden yleisyyteen ja tiheyteen, keuhkokuumeiden määrään vanhuksilla ja vauvojen alhaisen syntymäpainon riskiin.<sup>18</sup> Periodontiitin on lisäksi havaittu lisäävän ennenaikaisen synnytyksen riskiä.<sup>19</sup> Parodontiitti vaikuttaa haitallisesti myös etenkin miesten hedelmällisyyteen.<sup>20</sup>

Tutkimusten nojalla iensairauksiin sairastuneilla on kuusinkertainen määrä nivelreumaa normaali-ikäisestä verrattuna.<sup>21</sup> Hampaiston tulehdukset huonontavat myös monen kroonisen sairauden, kuten myös reuman sekä diabeteksen hoitotasapainoa.<sup>22</sup> Esimerkiksi diabeetikoilla hampaiden kiinnityskudosten terveys korreloi diabeteksen hoitotasapainon kanssa: suun kiinnityskudosten terveys vaikuttaa suoraan diabeteksen hoitotasapainoon. Säännöllinen hammaslääkärissä käynti ja hammashoito ovatkin osa hyvää diabeteksen hoitoa. Reumaatikoilla suun terveys ja tulehdussettomuus vaikuttaa myös nivelten terveyden ylläpitoon. Suun tulehduksia aiheuttavat bakteerit voivat nimittäin yleiseen verenkiertoon päästessään hakeutua nivelten nivelrakoihin aiheuttaen nivelissä tulehduksen, joka pahimmillaan voi tuhota nivelen. Tästä syystä reumaatikon tulisi käydä hammaslääkärissä säännöllisesti, hammaslääkärin jokaisen potilaan tautitilan mukaan määritellyin väliajoin ja sen perusteella laaditun hoitosuunnitelman mukaan.<sup>23</sup>

Suun infektio voi olla yksi Alzheimerin taudin riskitekijöistä, vaikka taudilla on monimutkainen ja monitekijäinen etiologia. On myös osoitettu suun bakteerien ja niiden tuotteiden esiintymiä Alzheimer-potilaiden aivoissa. Suunterveyden ja suuhygienian parantaminen voi siis olla tärkeä Alzheimerin tautia ehkäisevä toimenpide.<sup>24</sup>

---

<sup>15</sup> Lääkärilehti verkkojulkaisu, Parodontiitin ja sepelvaltimoiden ahtautumisen välillä on yhteys, 9.11.2011 (<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/parodontiitin-ja-sepelvaltimoiden-ahtautumisen-valilla-on-yhteys/>, vierailtu 15.3.17).

<sup>16</sup> Kimari, Juurihoito on myös sydämen hoitoa, Hammaslääkärilehti 10/2016 (<http://www.hammaslaakari-paivat.fi/Apollonia/wwwhtml.nsf/sp?Open&cid=tiedeuutiset&screen=TiedotScreen&cat=content1B985E>, vierailtu 15.3.17).

<sup>17</sup> Tiitinen, Parodontiitti uhkaa sydäntä, Kotilääkäri 1/2015 (<https://kotilaakari.fi/kotilaakari/parodontiitti-uhkaa-sydanta/>, vierailtu 15.3.17).

<sup>18</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Suunterveyden merkitys yleisterveydelle.

<sup>19</sup> Radnai–Gorzó–Urbán–Eller–Novák–Pál, Possible association between mother’s periodontal status and preterm delivery, *Journal of Clinical Periodontology* 33(11)2006:791–796, s. 791.

<sup>20</sup> Bieniek–Riedel, Bacterial foci in the teeth, oral cavity, and jaw – secondary effects (remote action) of bacterial colonies with respect to bacteriospermia and subfertility in males, *Andrologia* 25(3)1993:159–62.

<sup>21</sup> Mercado–Marshall–Klestov–Bartold, Is there a relationship between rheumatoid arthritis and periodontal disease? *Journal of Clinical Periodontology* 27(4)2000:267–272, s. 268.

<sup>22</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Suunterveyden merkitys yleisterveydelle.

<sup>23</sup> Suuklinikka, Mihin suun terveys vaikuttaa?, 28.1.2010.

<sup>24</sup> Holmstrup–Damgaard–Olsen–Klinge–Flyvbjerg–Nielsen–Hansen, Marginaaliseen parodontiittiin liittyvä samanaikainen sairastavuus: saman asian kaksi eri puolta? *Suomen Hammaslääkärilehti* 3/2017, s. 33–34.

## 2.2 Suunterveyden merkityksestä kansantaloudelle

Suun terveydenhuoltoa koskeissa raporteissa on todettu olevan ongelmallista, että useissa EU:n jäsenvaltioissa ei arvioida suun sairauksien kustannuksia, mukaan lukien kustannukset jotka olisivat vältettävissä ennaltaehkäisevän suun terveydenhuollon, suun terveyden edistämistoiminnan ja julkisen terveystalouden avulla.<sup>25</sup>

Kansainvälisesti on todettu, että perinteinen suun sairauksien hoito on erittäin kallista ja korjaava suun terveydenhuolto aiheuttaa 5-10% teollisuusmaiden julkisen terveydenhuollon kustannuksista. Suun terveydenhuollon kustannuksia on kuitenkin viime vuosina saatu laskemaan sellaisissa teollisuusmaissa, jotka ovat investoineet ennaltaehkäisevään suun terveydenhuoltoon ja missä tämän seurauksena suun sairauksien ilmenemistiheys on saatu laskuun.<sup>26</sup>

Suomessa ei ole ainakaan julkisesti saatavilla selkeää tietoa suun sairauksien tai huonon suun terveyden aiheuttamista välillisistä kustannuksista, esimerkiksi suun terveysongelmien aiheuttamien muiden terveysongelmien kautta. Tästä syystä olemme koonneet alle tietoa niistä kustannuksista, jotka aiheutuvat sairauksista joiden syntyyn tai hoitovasteeseen suun terveysongelmilla on negatiivinen vaikutus.

On oletettavaa, että suun terveysongelmien lisääntyessä myös alla esitetyt välilliset kustannukset kasvavat. Toisaalta on myös oletettavaa, että investoimalla suunterveyteen ja erityisesti ennaltaehkäisevään suun terveydenhuoltoon voitaisiin myös vähentää näitä merkittäviä välillisiä kustannuksia kansantaloudelle.

- Aivoinfarkteista aiheutuu Suomessa vuosittain yli 1,1 miljardin euron kustannukset.<sup>27</sup>
- Alzheimerin tautia sairastavien hoitoennuste-kustannukset vuonna 2015 olivat yhteiskunnalle 3,9 miljardia euroa. Yhden muistisairaahan hoidon kustannukset elinaikanaan ovat n. 200 000 euroa.<sup>28</sup>
- Vuonna 2014 Suomen sairaaloissa hoidettiin 15.016 sepelvaltimotautikohtausta.<sup>29</sup> Näiden potilaiden osalta vuosittainen yhteiskustannus olisi noin 242 miljoonaa euroa.<sup>30</sup>

---

<sup>25</sup> Ks. esim. Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 10, 14.

<sup>26</sup> Petersen–Bourgeois–Ogawa–Estupinan–Day–Ndiaye, The global burden of oral diseases and risks to oral health, Bulletin of the World Health Organization 83(9)2005:661–669, s. 665.

<sup>27</sup> Zenicor, Lääketieteellistä taustaa (<https://zenicor.fi/laaketieteellista-taustaa/>, vierailtu 15.3.2017).

<sup>28</sup> Kangas, Alzheimerin tautia helpottava, Saksassa tutkittu hoitomenetelmä, Aamulehti blogit, 6.7.2011 (<http://aamulehdenblogit.ning.com/profiles/blogs/alzheimerin-tautia-helpottava>, vierailtu 15.3.17).

<sup>29</sup> THL, Sepelvaltimotautikohtaukset (myös kuolemaan johtaneet) diagnooseilla I21–I21, Sydän- ja verisuonitautirekisteri (<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautirekisteri/sepelvaltimotauti/raakaluvut>, vierailtu 15.3.17).

<sup>30</sup> Arvioitu vuoden 2009 keskimääräisten kustannusten perusteella, jolloin sydäninfarktipotilaasta syntyneet kustannukset olivat noin 16.000 euroa. THL, Sydäninfarktin hoidossa edelleen tehostamisen varaa (<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2012/sydaninfarktin-hoidossa-edelleen-tehostamisen-varaa>, vierailtu 15.3.17).

- Pelkästään vuonna 2015 kroonisen sepelvaltimotaudin lääkkeiden erityiskorvaukset aiheuttivat 26,7 miljoonan euron kustannukset.<sup>31</sup> Vuonna 2014 tehdyn arvion mukaan sepelvaltimotaudin osuus kaikista terveydenhuollon kustannuksista oli 7,9 %<sup>32</sup>, mikä vastasi noin 1,5 miljardia euroa.<sup>33</sup>
- Diabeteksen hoito maksoi Suomessa vuositasolla noin 1,35 miljardia euroa vuonna 2011 esitetyn arvion mukaan.<sup>34</sup> Diabeteksen kustannukset aiheuttavat noin 10-15% Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannuksista.<sup>35</sup>
- Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet kuten reuma aiheuttavat Suomessa lähes 600 miljoonan euron suorat kustannukset vuodessa.<sup>36</sup> Vuonna 2014 nivelreumaa sairasti 1,6 % väestöstä.<sup>37</sup> Eurooppalaisella tasolla nivelreuman arvioidaan aiheuttavan keskimäärin 13.500 euron vuosittaiset kulut potilasta kohden. Näin laskettuna nivelreuman vuosittaiset kustannukset Suomessa olisivat noin 1,2 miljardia euroa.<sup>38</sup> Vuonna 2015 yksinään reumaattisten niveltulehdusten ja hajapesäkkeisten sidekudostautien lääkekorvauksista aiheutui Suomessa 13 miljoonan euron kulut.<sup>39</sup>
- Erään vuodelta 2004 olevan tutkimuksen mukaan nivelreuman hoidon kokonaiskustannukset olivat 2,2 miljoonaa euroa puolen vuoden ajalta. Keskimääräiset suorat kustannukset olivat 4.373 euroa per potilas kuuden kuukauden jaksolta. Vajaa puolet (48,7%) näistä kustannuksista aiheutui terveydenhuollosta, 38,6% omaisten ja läheisten antaman avun vaihtoehtoiskustannuksista ja 12,7% jokapäiväistä toimintaa tukevista sosiaalipalveluista. Lääkekustannusten osuus oli 7,7%.<sup>40</sup>

Saatavilla ei ole tarkkoja tietoja siitä, miten suuri osa yllä viitatuista eri sairauksien aiheuttamista kustannuksista Suomessa johtuu suun terveysongelmista. Tiedossa kuitenkin on, että suun terveysongelmilla on vaikutus näiden sairauksien ilmenemistiheyteen tai hoitovasteeseen. Täten vaikuttaa selvältä, että jos esimerkiksi Oralin esittämät suun terveydenhuollon tavoitteet saavutetaan edes jollakin tasolla, voitaisiin näitä välillisiä kustannuksia vähentää merkittävästi. Säästöt ylittäisivät pidemmällä aikavälillä todennäköisesti suunterveyden parantamiseksi välttämättömien, Oralin ehdottamien toimenpiteiden kustannukset.

<sup>31</sup> Tilastokeskus, Suomen tilastollinen vuosikirja 2016, s. 313 ([https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/130803/yyti\\_stv\\_201600\\_2016\\_net.pdf?sequence=2](https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/130803/yyti_stv_201600_2016_net.pdf?sequence=2), vierailtu 15.3.17).

<sup>32</sup> Sipilä–Parikka–Härkänen–Juntunen–Koskela–Martelin–Koskinen, Kuntien väliset erot sairastavuudessa – THL:n sairastavuusindeksin tuloksia, Suomen Lääkärilehti 69(45)2014:2985–2992, s. 2987.

<sup>33</sup> Vuoden 2014 terveydenhuollon kustannukset olivat 19,5 miljardia euroa. THL, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2014 (<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>, vierailtu 15.3.17).

<sup>34</sup> Kangas, Alzheimerin tautia helpottava, Saksassa tutkittu hoitomenetelmä, Aamulehti blogit, 6.7.2011.

<sup>35</sup> Reini, Diabetes Causes Substantial Losses for the Finnish Economy, THL discussionpaper 14/2013, s. 12 ([http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104476/URN\\_ISBN\\_978-952-245-905-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104476/URN_ISBN_978-952-245-905-3.pdf?sequence=1)).

<sup>36</sup> Reumaliitto, Reumaliitto vaikuttaa (<https://www.reumaliitto.fi/fi/reumaliitto/tietoa-meista/reumaliitto-vaikutaa>, vierailtu 15.3.17).

<sup>37</sup> Suomen tilastollinen vuosikirja 2016, Tilastokeskus, s. 314.

<sup>38</sup> Suomen väkiluku vuonna 2014 oli 5.471.753. Tilastokeskus, Suomen väkiluku vuodenvaihteessa 5 471 753, 27.3.2015 ([http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2014/vaerak\\_2014\\_2015-03-27\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2014/vaerak_2014_2015-03-27_tie_001_fi.html), vierailtu 15.3.17). Ks. Joensuu, Biologisten lääkkeiden kustannusvaikuttavuus nivelreuman hoidossa: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus, pro gradu (Helsingin yliopisto, Farmasian tiedekunta 2013), s. 2.

<sup>39</sup> Tilastokeskus, Suomen tilastollinen vuosikirja 2016, s. 313.

<sup>40</sup> Siekkinen, Hoitoketjujen kustannuksien ja vaikuttavuuden arviointi nivelreumapotilailla (pro gradu) (Tampereen yliopisto terveystieteen laitos 2010), s. 39.

### 3. SUUN TERVEYDENHUOLTO VERTAILUMAISSA

#### 3.1 Ruotsi

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne, organisaatio ja rahoitus eroavat monessa suhteessa Suomen nykyisestä järjestelmästä. Terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjäalueella tai vastaavalla alueella. Kukin alue vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan suun terveydenhoito mukaan lukien.<sup>41</sup> Suun terveydenhuollosta säännellään laissa (*Tandvårdslagen*).

Suun terveydenhuollon palvelut ovat olleet ilmaisia kaikille alle 21-vuotiaille tammikuusta 2017 alkaen, jolloin ilmaisten palvelujen yläikärajaa nostettiin aiemmasta. Ilmaiset palvelut kattavat lähes kaikki suun terveydenhuoltopalvelut, mutta esimerkiksi hammasraudat ovat maksullisia.<sup>42</sup> Ilmaisten palvelujen yläikärajaa tullaan nostamaan edelleen kahdessa otteessa, 22 vuoteen tammikuussa 2018 ja 23 vuoteen tammikuussa 2019.<sup>43</sup> Suun terveydenhuollon palvelut ovat Ruotsissa yläikärajan jälkeen maksullisia, mutta kansalaiset saavat suun terveydenhuoltoon tukea valtion suun terveydenhuollon tukijärjestelmästä.<sup>44</sup>

Ruotsin suun terveydenhuoltojärjestelmä uudistettiin heinäkuussa 2008. Uudistuksen tavoitteena oli ylläpitää suunterveyttä kansalaisten keskuudessa sekä mahdollistaa kohtuuhintainen suun terveydenhuolto. Uudistuksessa hallitus painotti varsinkin hammaslääkärikäyntien toistumistiheyden tärkeyttä. Tämän takia Ruotsissa otettiin suun terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksen myötä käyttöön yleinen avustus hammashuoltoa varten (*allmänt tandvårdsbidrag*), jonka tarkoituksena on kannustaa säännöllisiin, ennaltaehkäiseviin hammaslääkärikäynteihin. Tämän lisäksi uudistuksen myötä otettiin myös käyttöön ns. suoja korkeita kustannuksia vastaan (*högkostnadsskydd*).<sup>45</sup>

Potilaan ikä määrittelee hammashuollon yleisen avustuksen määrän. Tuki on 300 kruunua vuodessa 20–29-vuotiaille, 150 kruunua vuodessa 30–74-vuotiaille ja 300 kruunua vuodessa 75-vuotiaista alkaen. Avustuksen voi käyttää osamaksuna suun terveydenhuoltokäynnin yhteydessä vaapaavalintaisen hammaslääkärin tai hammashygieenikon vastaanotolla. Avustuksen voi myös säästää, jolloin on mahdollista käyttää kahden vuoden avustukset saman vuoden aikana.<sup>46</sup>

Suoja korkeita kustannuksia vastaan on puolestaan tarkoitettu edesauttamaan varsinkin huonosta suunterveydestä kärsivien taloudellisia mahdollisuuksia käyttää tarvittavia suun terveydenhuollon palveluja, jotta heidän suunterveytensä paranisi. Suoja korkeita kustannuksia vastaan tarkoittaa käytännössä tukea laajojen toimenpiteiden kustannuksiin. Potilas saa julkisista varoista 50 %:n korvauksen 3000–15 000 kruunun suun terveydenhuollon kustannuksista ja 85 %:n kor-

---

<sup>41</sup> THL, Esimerkkejä valinnanvapaudesta Euroopassa – Ruotsi (<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus/esimerkkeja-valinnanvapaudesta-euroopassa/ruotsi>, vierailtu 15.3.17).

<sup>42</sup> 1177 Vårdguiden, Fri tandvård för barn och unga (<http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Tandvard-for-barn-och-ungdomar/> , vierailtu 15.3.17).

<sup>43</sup> Försäkringskassan, Statligt tandvårdsstöd ([https://www.forsakringskassan.se/tandvard/statligt\\_tandvardsstod](https://www.forsakringskassan.se/tandvard/statligt_tandvardsstod), vierailtu 15.3.17).

<sup>44</sup> 1177 Vårdguiden, Tandvård när du är över 21 år – statligt tandvårdsstöd (<http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Tandvard-nar-man-ar-over-20-ar---statligt-tandvardsstod/>, vierailtu 15.3.17).

<sup>45</sup> Riksrevisionen, Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?, RIR 2012:12, s. 17–18 ([http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/15990/Anpassad\\_12\\_12\\_Tandv%C3%A5rdsreformen%202008.pdf](http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/15990/Anpassad_12_12_Tandv%C3%A5rdsreformen%202008.pdf), vierailtu 15.3.17).

<sup>46</sup> Kommittédirektiv 2014:28 om 2008 års tandvårdsreform, s. 4 (<http://www.regeringen.se/49bbc5/contentassets/6f9618df43c44ccca1cf1f023af1277e/2008-ars-tandvardsreform-dir.-201428>, vierailtu 15.3.17).



vauksen suun terveydenhuollon kustannuksista, jotka ylittävät 15 000 kruunua. Uudistuksen toteuttamisessa pidettiin tärkeänä sitä, että myös potilas maksaa aina tietyn osuuden kustannuksista itse, jotta välttyttäisiin suun terveydenhuoltopalveluiden ylikulutukselta.<sup>47</sup>

Suoja korkeita kustannuksia vastaan soveltuu vain erikseen määriteltyjen suun terveydenhuollon palveluiden hankkimiseen ja potilas maksaa itse kaikki kustannukset suojan piiriin kuulumattomista suun terveydenhuollon palveluista. Suojan piiriin kuuluu laaja skaala tarkastuksia ja hoitoja, kuten esimerkiksi säryn ja sairauden hoito, reikien paikkaus, hammaskruunut, jos hampaassa on laaja vaurio sekä irrotettavat hammasproteesit. Hammaslääkärit ja hammashygieenikot ovat velvollisia tiedottamaan potilaalle palvelujen kuulumisesta suojan piiriin.<sup>48</sup>

Tammikuussa 2013 otettiin Ruotsissa lisäksi käyttöön järjestelmä, joka tukee tietyistä sairauksista tai vammoista kärsivien suun terveydenhuoltoa. Tuen tarkoituksena on tavoittaa henkilöt, joilla on suunterveyttä haittaavia sairauksia, tai vammoja, joilla on negatiivisia vaikutuksia suunterveyteen. Tuen määrä on 600 kruunua kuuden kuukauden jaksoissa. Sairaudet ja vammat, jotka oikeuttavat tukeen, on määritelty asetuksessa (2008:193).<sup>49</sup>

Suun terveydenhuollon tuet maksetaan suun terveydenhuollon palveluntarjoajille. Potilaat saavat osansa tuesta potilasmaksujen vähennyksenä.<sup>50</sup> Palveluntarjoajan tulee liittyä vakuutuskassaan (*försäkringskassan*), jotta potilas saisi tuen. Hammaslääkärit ja hammashygieenikot saavat itse hinnoitella palvelunsa, mistä johtuen eri palveluntarjoajien hinnat vaihtelevat. Suoja korkeita kustannuksia vastaan on kuitenkin kytketty referenssihintoihin, jotka määrittelevät suojan piiriin kuuluvat kustannukset. Vastuussa oleva viranomainen (*Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket*) tarkistaa referenssihinnat vuosittain tammikuussa.<sup>51</sup>

Hammaslääkärin ja hammashygieenikon palvelut kuuluvat Ruotsissa valinnanvapauden piiriin. Potilas voi vapaasti valita, minkä hammaslääkärin tai hammashygieenikon palveluita haluaa käyttää eikä potilas ole sidottu esimerkiksi paikkakuntaan. Potilas voi myös vaihtaa palveluntarjoajaa koska tahansa. Lisäksi potilas saa itse valita, haluaako hän käyttää julkista suun terveydenhuoltoa (*Folktandvården*) vai yksityistä palveluntarjoajaa. Tosin, jos potilaan valitsema palveluntarjoaja ei kuulu vakuutuskassaan, potilas ei saa julkista tukea palvelujen käyttöön.<sup>52</sup> Huoltajat voivat listata kolme vuotta täyttäneen lapsensa valitsemansa hammaslääkärin luona, jolloin hammaslääkäri tarvearvion mukaan kutsuu lapsen hammaslääkärikäynnille. Tukijärjestelmään kuuluvia 21 vuotta täyttäneitä henkilöitä ei automaattisesti kutsuta hammaslääkärikäynneille, vaan ajan varaus on potilaan omalla vastuulla.<sup>53</sup>

Tukijärjestelmään tuli muutamia muutoksia tammikuussa 2017. Muutokset koskivat lähinnä korvausehtoja ja muutoksien yhteydessä annettiin lisäksi yleisiä neuvoja selventämään ja yksinkertaistamaan suun terveydenhuollon järjestelmää.<sup>54</sup>

---

<sup>47</sup> Kommittédirektiv 2014:28 om 2008 års tandvårdsreform, s. 4.

<sup>48</sup> 1177 Vårdguiden, Tandvård när du är över 21 år – statligt tandvårdsstöd.

<sup>49</sup> Kommittédirektiv 2014:28 om 2008 års tandvårdsreform, s. 7.

<sup>50</sup> Kommittédirektiv 2014:28 om 2008 års tandvårdsreform, s. 8.

<sup>51</sup> 1177 Vårdguiden, Tandvård när du är över 21 år – statligt tandvårdsstöd.

<sup>52</sup> 1177 Vårdguiden, Tandvård när du är över 21 år – statligt tandvårdsstöd; 1177 Vårdguiden, Rättigheter inom tandvård (<http://www.1177.se/Tema/Tander/Sa-fungerar-tandvarden/Rattigheter-inom-tandvard/>), vierailtu 15.3.17).

<sup>53</sup> Folktandvården, Lista ditt barn (<https://www.folktandvardenstockholm.se/behandlingar-och-utbud/tandvard-for-barn/lista-ditt-barn/>), vierailtu 15.3.17).

<sup>54</sup> Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Ändringar i tandvårdsstödet från 15 januari 2017 (<http://www.tlv.se/tandvard/andringar-i-tandvardsstodet/>), vierailtu 15.3.17).

Suun terveydenhuolto Tanskassa perustuu lakiin (*Bekendtgørelse af Sundhedsloven*) ja sen järjestämisvastuu on viidellä hallintoalueella ja 98 kunnalla. Suun terveydenhuoltojärjestelmä on Tanskassa jaettu julkiseen ja yksityiseen suun terveydenhuoltoon.<sup>55</sup> Hallintoalueet vastaavat pääasiassa alueen aikuisille tarjottavasta suun terveydenhuollosta.<sup>56</sup> Kunnat vastaavat taas pääasiassa lapsiin ja nuoriin kohdistuvasta ilmaisesta suun terveydenhuollosta sekä ilmaisesta tai vähennyshenkkeisestä suun terveydenhuollosta tietyille muille väestöryhmille (*omsorgstandpleje* ja *specialtandpleje*).<sup>57</sup>

Julkinen suun terveydenhuolto on ilmaista kaikille lapsille ja nuorille 17-vuotiaaksi asti. 16-vuotiaista lähtien nuoret voivat myös halutessaan käyttää yksityistä palveluntarjoajaa kotikuntansa kustannuksella.<sup>58</sup> Palvelun järjestämisvastuu on kunnalla, mutta myös yksityinen palveluntarjoaja, joka on solminut sopimuksen kunnan kanssa, voi tarjota ilmaisia palveluita.<sup>59</sup> Tanskassa 88 % kaikista lapsista saa suun terveydenhuoltopalvelunsa julkisilta suun terveydenhuoltopalveluntarjoajilta ja 12 % yksityisiltä palveluntarjoajilta.<sup>60</sup> Ilmaiseen suun terveydenhuoltoon kuuluvat esimerkiksi säännölliset tarkastukset ja hammashuolto.<sup>61</sup> Alle 18-vuotiaan tulee kuulua väestörekisteriin kunnassaan, jotta olisi ilmaisen suun terveydenhuoltopalvelun piirissä. Lasta ei tarvitse ilmoittaa julkiseen järjestelmään, vaan rekisteröityminen hoituu automaattisesti väestörekisterin kautta.<sup>62</sup>

Alle 18-vuotiaiden lisäksi Tanskassa tietyt väestöryhmät voivat olla oikeutettuja ilmaiseen suun terveydenhuoltoon tai maksuvähennykseen käyttämistään suun terveydenhuoltopalveluista (*omsorgstandpleje*).<sup>63</sup> Kuntien on tarjottava ennaltaehkäisevää ja hoitavaa suun terveydenhuoltoa henkilöille, joilla on vaikeuksia hyödyntää tavallisia suun terveydenhuoltopalveluja esimerkiksi liikuntarajoitteiden tai fyysisten tai henkisten vammojen takia. Kunnanvaltuusto voi päättää, että kyseistä palvelua saava henkilö vastaa itse kustannusten tietystä osasta. Vuonna 2016 potilaan omavastuun enimmäismäärä oli kuitenkin rajoitettu 490 kruunuun vuodessa.<sup>64</sup> Tämän lisäksi kuntien on tarjottava suun terveydenhuollon erityispalveluita esimerkiksi psyykkisistä sairauksista kärsiville, kehitysvammaisille ja autismia sairastaville (*specialtandpleje*).<sup>65</sup>

<sup>55</sup> Nihtilä (Ed.), A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care, THL report 32/2010 (Helsinki 2010), s. 15 (<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80108/a389b3ed-a262-44c5-bad0-b9d3eecd089.pdf?sequence=1>, vierailtu 15.3.17).

<sup>56</sup> Sundhedsstyrelsen, Regional tandpleje og tilskudsordninger (<https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/regional-tandpleje-og-tilskudsordninger>, vierailtu 15.3.2017).

<sup>57</sup> Sundhedsstyrelsen, Kommunal tandpleje og tilskudsordninger (<https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/kommunal-tandpleje-og-tilskudsordninger>, vierailtu 17.3.2017); Sundhedsstyrelsen, Omsorgstandpleje ([https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/kommunal-tandpleje-og-tilskudsordninger/omsorgs\\_tandpleje](https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/kommunal-tandpleje-og-tilskudsordninger/omsorgs_tandpleje), vierailtu 17.3.2017) ja Sundhedsstyrelsen, Specialtandpleje (<https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/kommunal-tandpleje-og-tilskudsordninger/specialtandpleje>, vierailtu 17.3.2017).

<sup>58</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s.112.

<sup>59</sup> Sundhedsstyrelsen, Børne- og ungdomstandpleje ([https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/kommunal-tandpleje-og-tilskudsordninger/boerne-og-ungdoms\\_tandpleje](https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/kommunal-tandpleje-og-tilskudsordninger/boerne-og-ungdoms_tandpleje), vierailtu 15.3.17).

<sup>60</sup> Nihtilä (Ed.), A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care, THL report 32/2010 (Helsinki 2010), s. 15; Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, *Tandlægebladet* 119(9)2015:702–711, s. 706.

<sup>61</sup> Nihtilä (Ed.), A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care, THL report 32/2010 (Helsinki 2010), s. 15.

<sup>62</sup> Sundhedsstyrelsen, Børne- og ungdomstandpleje.

<sup>63</sup> Sundhedsstyrelsen, Tandpleje (<https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje>, vierailtu 15.3.17).

<sup>64</sup> Sundhedsstyrelsen, Omsorgstandpleje.

<sup>65</sup> Sundhedsstyrelsen, Specialtandpleje.

Yksityiset hammaslääkärit ja hammashygienikot tarjoavat suun terveydenhuoltoa aikuisille 18-vuotiaista alkaen.<sup>66</sup> Tanskassa 18 vuotta täyttäneet aikuiset saavat hallintoalueilta avustusta suun terveydenhuoltopalvelujen maksuun.<sup>67</sup> Tukiryhmiä on kaksi. Ensimmäiseen ryhmään kuuluva henkilö maksaa osan suun terveydenhuoltopalvelustaan itse ja julkinen sairausvakuutusjärjestelmä korvaa loput. Palveluntarjoajan veloittama kokonaiskustannus on useimmille hoitotoimenpiteille säädetty sopimuksella hallintoalueiden ja Tanskan Hammaslääkäriliiton välillä. Tuen voi saada vain, jos käyttää suun terveydenhuollon palveluntarjoajaa, joka on liittynyt sairausvakuutusjärjestelmään. Toiseen ryhmään kuuluva henkilö on oikeutettu samoihin etuihin kuin ensimmäiseen ryhmään kuuluva henkilö, mutta palveluntarjoaja määrittelee itse hintansa eikä palveluntarjoajan tarvitse kuulua sairausvakuutusjärjestelmään. Jos palveluntarjoaja ei kuulu sairausvakuutusjärjestelmään, potilas voi saada avustusta sairaskuluvakuutuksesta olemalla yhteydessä kuntaansa. Molemmat ryhmät maksavat omavastuuosuuden suoraan palveluntarjoajalle.<sup>68</sup>

Hallintoalueiden antaman tuen määrä vaihtelee.<sup>69</sup> Tuki kohdistuu lähinnä ennaltaehkäisevään ja perustason suun terveydenhuoltoon. Suun tarkistukset, hammaspaikat, parodontiitin hoito, juurihoito ja suukirurgia ovat myös tuen piirissä. Tuet vaihtelevat 30–65 %:n välissä kokonaismaksuista potilaan iästä ja saadusta hoidosta riippuen.<sup>70</sup> Useimmilla aikuisilla oikomishoito, hammaskruunut, hammassillat ja irrotettavat proteesit ovat potilaan omalla vastuulla.<sup>71</sup> Tanskassa potilas maksaa itse keskimäärin 82.5 % suun terveydenhuollon kustannuksistaan.<sup>72</sup>

Tanskan lapsille ja nuorille suunnattu ilmainen suun terveydenhuollon järjestelmä rahoitetaan paikallisilla verotuloilla. Aikuisten suun terveydenhuolto puolestaan rahoitetaan potilasmaksuilla sekä kansallisilla verotuloilla.<sup>73</sup> Lisäksi noin 2.2 miljoonalla aikuisella on suun terveydenhuollon kattava yksityinen sairaskuluvakuutus.<sup>74</sup>

### 3.3 Norja

Norjassa suun terveydenhuollosta säännellään laissa (*Lov om tannhelsetjenesten*). Läänit vastaavat suun terveydenhuoltopalvelujen tarjoamisesta. Läänejä on Norjassa yhteensä 19.<sup>75</sup> Läänin

---

<sup>66</sup> Nihtilä (Ed.), A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care, THL report 32/2010 (Helsinki 2010), s. 15–16.

<sup>67</sup> Sundhedsstyrelsen, Regionalt tilskud til voksentandpleje <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/regional-tandpleje-og-tilskudsordninger/regional-tilskud-til-voksentandpleje>, vierailtu 17.3.17).

<sup>68</sup> Københavns Kommune, Tandpleje, (<http://www.kk.dk/tandpleje>, vierailtu 15.3.17); Tandlæge foreningen, Gruppe 1 og gruppe 2 sikrede ([https://www.tandlaegeforeningen.dk/Patienter/Priser/tilskud\\_tandpleje\\_2013/voksne/gruppe\\_1\\_gruppe\\_2](https://www.tandlaegeforeningen.dk/Patienter/Priser/tilskud_tandpleje_2013/voksne/gruppe_1_gruppe_2), vierailtu 15.3.17).

<sup>69</sup> Tandlæge foreningen, Gruppe 1 og gruppe 2 sikrede.

<sup>70</sup> Tandlæge foreningen, Gruppe 1 og gruppe 2 sikrede; Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 112.

<sup>71</sup> Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, Tandlægebladet 119(9)2015:702–711, s. 703.

<sup>72</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 112.

<sup>73</sup> Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, Tandlægebladet 119(9)2015:702–711, s. 707.

<sup>74</sup> Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, Tandlægebladet 119(9)2015:702–711, s. 703.

<sup>75</sup> Nihtilä (Ed.), A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care, THL report 32/2010 (Helsinki 2010), s. 23–24.

vastuuseen kuuluu, että hammaslääkärin ja hammashygienikon palveluita on tarjolla kaikille läänin asukkaille.<sup>76</sup>

Norjan suun terveydenhuolto on jaettu julkiseen ja yksityiseen suun terveydenhuoltoon.<sup>77</sup> Julkisen suun terveydenhuoltojärjestelmä on maanlaajuinen, ja sen järjestävät ja kustantavat läänit. Vuonna 2008 noin 20% väestöstä sai suun terveydenhuoltopalveluja julkisilta suun terveydenhuollon palveluntarjoajilta. Suun terveydenhuollon palveluita aikuisille tarjoavat pääasiassa yksityiset palveluntarjoajat.<sup>78</sup>

Julkista suun terveydenhuoltoa tarjotaan ilmaiseksi muutamalle väestöryhmälle. Näitä ovat lapset sekä nuoret 18 vuoden ikään asti, kehitysvammaiset, vanhuksat ja muut pitkäaikaisessa vähintään kolme kuukautta kestävässä laitoshoidossa tai kotihoidossa olevat potilaat.<sup>79</sup> Henkilö kuuluu omaan paikalliseen julkisen suun terveydenhuollon palveluntarjoajan toimipiiriin. Paikallinen julkinen suun terveydenhuollon palveluntarjoaja kutsuu toimipiirinsä kuuluvat lapset 18-vuotiaiksi asti säännöllisiin tarkastuksiin. Ensimmäinen kutsu tulee pääsääntöisesti lapsen täytettyä kolme vuotta.<sup>80</sup>

Norjassa 19- ja 20-vuotiaat nuoret maksavat vain 25% käyttämiensä suun terveydenhuollon palvelujen hinnasta. Valtio maksaa loput 75%. Vähennys koskee vain julkisia suun terveydenhuoltopalveluita ja kotiosoite määrittää mihin julkisen suun terveydenhuollon palveluntarjoajan piiriin vähennykseen oikeutettu kuuluu.<sup>81</sup> Tämän lisäksi myös vangit sekä huume- tai alkoholiongelman takia vieroitusohjelmassa olevat voivat, julkisen suun terveydenhuollon palveluntarjoajan kapasiteetin mukaan, saada suun terveydenhuollon palvelunsa julkiselta palveluntarjoajalta.<sup>82</sup>

Julkiset suun terveydenhuollon palveluntarjoajat voivat kapasiteettinsa mukaan tarjota suun terveydenhuollon palveluita myös muille kuin yllä mainituille ilmaiseen suun terveydenhuoltoon tai maksuvähennykseen oikeutetuille väestöryhmille. Tällöin muuhun väestöryhmään kuuluva henkilö maksaa julkisista suun terveydenhuollon palveluista lääninvaltuuston (*fylkestinget*) määräämän kiinteän maksun.<sup>83</sup>

Norjan sosiaalivakuutusjärjestelmään (*Folketrygden*) kuuluvat pääsääntöisesti kaikki jotka laillisesti asuvat Norjassa vähintään 12 kuukauden ajanjakson ajan.<sup>84</sup> Sosiaalivakuutusjärjestelmän kautta vähävaraiset ihmiset voivat hakea suun terveydenhuoltoa varten tukea.<sup>85</sup> Tukea haetaan

---

<sup>76</sup> Regjeringen, Tannhelsetjenesten (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/tannhelse/id115300/>, vierailtu 15.3.2017).

<sup>77</sup> Regjeringen, Tannhelsetjenesten.

<sup>78</sup> Nihtilä (Ed.), A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care, THL report 32/2010 (Helsinki 2010), s. 24.

<sup>79</sup> Sør-Trøndelag Fylkeskommune, Dine rettigheter (<https://www.stfk.no/Tjenester/Tannhelse/Dine-rettigheter/>, vierailtu 17.3.17).

<sup>80</sup> Helsenorge, Hvem betaler tannlegerregningen din? (<https://helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegerregningen-din>, vierailtu 17.3.17).

<sup>81</sup> Sør-Trøndelag Fylkeskommune, Dine rettigheter.

<sup>82</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 266.

<sup>83</sup> Sør-Trøndelag Fylkeskommune, Dine rettigheter.

<sup>84</sup> Arbeids- og velferdsforvaltningen NAV, Medlemskap i folketrygden (<https://www.nav.no/no/Person/Flere+tema/Arbeid+og+opphold+i+Norge/Relatert+informasjon/medlemskap-i-folketrygden>, vierailtu 15.3.17).

<sup>85</sup> Nihtilä (Ed.), A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care, THL report 32/2010 (Helsinki 2010), s. 25.

oman kunnan sosiaalivakuutuskonttorilta toimittamalla konttorille hammaslääkärin kustannusarvio.<sup>86</sup> Sosiaalivakuutusjärjestelmä korvaa myös esimerkiksi suun syöpää, parodontiittia tai 12 muita sairausryhmää sairastavan potilaan suun terveydenhuollon kustannuksia.<sup>87</sup> Hoidot järjestetään yleensä yksityisellä sektorilla.<sup>88</sup>

Norjassa on käytössä suoja korkeita kustannuksia vastaan. Suoja vapauttaa yksilön tiettyjen terveydenhuollon kustannusten maksusta. Suoja kattaa myös tietyjä suun terveydenhuollon palveluita kuten esimerkiksi hammas-, suu-, ja leukasairauksien hoito sekä iensairauksien kuten parodontiitin hoito. Potilas saa suojan käyttöönsä, kun hän on maksanut tietyn määrän omavastuita terveydenhuollon palveluista.<sup>89</sup> Tammikuussa 2017 suojajärjestelmä uudistettiin ja uudistuksen myötä yksinkertaiset suun terveydenhuollon palvelut kuuluvat suojan omavastuukategoriaan kaksi, jossa omavastuun osuus on 1 990 kruunua vuodelta 2017. Uudistuksen myötä koko omavastuun maksanut henkilö saa kolmen viikon kuluessa omavastuun täyttymisestä automaattisesti postissa setelin, joka oikeuttaa suojaan.<sup>90</sup>

Pääsääntö Norjassa on, että muut kuin erikseen määritellyt väestöryhmät, esimerkiksi terveet, taloudellisesti toimeentulevat aikuiset, maksavat suun terveydenhuollon palvelunsa itse.<sup>91</sup> Maksavat potilaat voivat vapaasti valita käyttämänsä suun terveydenhuollon palveluntarjoajan.<sup>92</sup> Norjassa ei säännellä yksityisten suun terveydenhuollon palveluntarjoajien maksuja vaan yksityiset palveluntarjoajat määrittelevät itse omat hintansa.<sup>93</sup> Potilas, jolle on myönnetty seteli korkeita kustannuksia vastaan, voi joutua maksamaan osan käyttämänsä palveluntarjoajan maksusta itse, jos myönnetty maksuseteli ei kata palveluntarjoajan maksua kokonaan.<sup>94</sup>

Sosiaalivakuutusjärjestelmää Norjassa rahoitetaan potilasmaksuilla ja paikallisilla sekä kansallisilla verotuloilla.<sup>95</sup>

### 3.4 Alankomaat

Alankomaiden terveydenhoitojärjestelmä rakentuu terveydenhoitovakuutuksille. Vuodelta 2006 oleva terveydenhoitovakuutuksia koskeva laki (Zorgverzekeringwet) velvoittaa kaikki Alankomaissa asuvat tai työskentelevät ottamaan terveydenhuollon perusvakuutuksen, joka kattaa välttämätöntä terveydenhoitoa, kuten yleislääkärikäyntejä, sairaalahoitoa ja reseptilääkkeitä. Hallitus päättää perusvakuutuksen kattamat hoitomuodot. Terveydenhoitovakuutusten tarjoajien on myönnettävä perusvakuutus kaikille sitä hakeville ja vakuutusmaksun on oltava kaikille sama. Tämän lisäksi vakuutetun palkasta peritään tulosidonnainen maksu, jonka työnantaja maksaa suoraan terveysturvavakuutusrahastolle. Pienituloisten on mahdollista saada tukea terveydenhoidon

---

<sup>86</sup> Sør-Trøndelag Fylkeskommune.

<sup>87</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 266.

<sup>88</sup> Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, Tandlægebladet 119(9)2015:702–711, s. 704.

<sup>89</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 266.

<sup>90</sup> Helsenorge, Frikort for helsetjenester (<https://helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/frikort-for-helsetjenester>, vierailtu 15.3.17).

<sup>91</sup> Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, Tandlægebladet 119(9)2015:702–711, s. 704.

<sup>92</sup> Sør-Trøndelag Fylkeskommune, Dine rettigheter.

<sup>93</sup> Nihtilä (Ed.), A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care, THL report 32/2010 (Helsinki 2010), s. 25 ja Helsenorge, Frikort for helsetjenester.

<sup>94</sup> Helsenorge, Frikort for helsetjenester.

<sup>95</sup> Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, Tandlægebladet 119(9)2015:702–711, s. 707.

perusvakuutuksen vakuutusmaksun kattamiseen ja alle 18-vuotiaiden perusvakuutuksesta ei koidu vakuutusmaksuja. Vakuutusmaksu on noin 100 euron luokkaa kuukaudessa.<sup>96</sup>

Suun terveydenhuollossa terveydenhoidon perusvakuutus kattaa kuitenkin vain suunterveyden hoidon alle 18-vuotiaille, suukirurgian ja tekohampaat sekä suun terveydenhoidon tietyille erityisryhmille, kuten fyysisestä tai psyykkisestä vammasta kärsiville.<sup>97</sup> Aikuisten on siten katettava suun terveydenhoidon kustannuksensa joko vapaavalintaisella, ylimääräisellä hoitovakuutuksella tai maksamalla syntyvät hoitokustannukset itse. Sekä perusvakuutus että lisävakuutus otetaan yksityiseltä vakuutusyhtiöltä, joiden oletetaan kilpailevan asiakkaista vakuutusmaksujaan alentamalla.<sup>98</sup>

Kansallinen terveydenhoitoviranomainen valvoo sekä hoidon laatua ja sisältöä että rehellistä kilpailua vakuutusyhtiöiden ja terveydenhoitopalveluiden tarjoajien välillä. Viranomainen myös asettaa vuosittain kansalliset ylärajat suun terveydenhoidon maksuille. Näitä ylärajoja noudattaen hammaslääkärit laskuttavat jokaisesta hoitotoimenpiteestä.<sup>99</sup>

Alankomaissa ei ole erillistä julkista suun terveydenhuollon tarjoajaa pois lukien pieni, yksityisenä yrityksenä toimiva koulujen hammashoidon tarjoaja. Sairaaloissa ei myöskään ole hammashoitopalveluja, lukuun ottamatta suu- ja leukakirurgiaa. Alankomaissa laajaa yleisten toimenpiteiden valikoimaa tarjoavat hammaslääkärit, jotka työskentelevät sairaaloiden ja koulujen ulkopuolella yksin tai pienissä ryhmissä, työskentelevät ns. yleisvastaanottotoiminnassa (General Practice). Valtaosa yleisvastaanottotoiminnan parissa työskentelevistä hammaslääkäreistä on itsenäisiä ammatinharjoittajia. Hammaslääkäripalveluiden saatavuus on hyvä maaseudulla ja kansallisella tasolla kysyntä ja tarjonta ovat tasapainossa, mutta esimerkiksi kaupunkialueilla voi olla jonkin verran pulaa hammaslääkäreistä.<sup>100</sup>

Koska aikuisten on rahoitettava suun terveydenhoitonsa omin varoin joko ylimääräisellä vakuutuksella tai maksamalla täysiä hoitomaksuja, on mahdollista, että suun terveydenhoidon hinta on joillekin este hammashoitoon pääsulle. Ylimääräisten terveydenhoitovakuutusten myöntämisessä vakuutuksen antaja voi myös soveltaa tiukkoja kriteerejä vakuutuksen myöntämiselle, jolloin kaikille ei myönnetä vakuutusta. Tämän lisäksi ylimääräisistäkin terveydenhoitovakuutuksista korvataan kustannuksia vain tiettyyn määrään asti ja vaikka tämä katto riittää perushoitoon, se ei kata suurempia operaatioita.<sup>101</sup>

---

<sup>96</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 255; Government of the Netherlands, Health insurance (<https://www.government.nl/topics/health-insurance/contents/standard-health-insurance>, vierailtu 15.3.17); Just Landed, Healthcare (<https://www.justlanded.com/english/Netherlands/Netherlands-Guide/Health/Healthcare>, vierailtu 15.3.17).

<sup>97</sup> Government of the Netherlands, Health insurance in the Netherlands (The Hague 2011), s. 27 (<https://www.government.nl/documents/leaflets/2012/09/26/health-insurance-in-the-netherlands>, vierailtu 15.3.17).

<sup>98</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 255–256; Government of the Netherlands, Health insurance.

<sup>99</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 255, 260.

<sup>100</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 260; Health Council of the Netherlands, Perspectives on oral health care (The Hague 2012) s. 39.

<sup>101</sup> Health Council of the Netherlands, Perspectives on oral health care (The Hague 2012) s. 39–40.

### 3.5 Iso-Britannia, erityisesti Englanti

Isossa-Britanniassa kansallinen terveystalutus NHS järjestää suun terveydenhuollon palveluita pääasiassa tekemällä sopimuksia yksityisten hammaslääkäreiden kanssa. Mikäli yksityiset hammaslääkärit hyväksyvät NHS:n alaisia potilaita, he toimivat osana yleistä hammashoitopalvelua (General Dental Service, GDS), jota paikalliset viranomaiset koordinoivat. NHS:n suun terveydenhuoltopalveluja tarjoavat hammaslääkärit neuvottelevat sitoumuksensa hankintaviranomaisen kanssa (commissioning authority) ja voivat yksilöllisen NHS-sopimuksensa nojalla tarjota haluamansa määrän hoitoa NHS:n piirissä. Jotkut hammaslääkärit Englannissa tarjoavat hoitoa myös toisen sopimuskehyksen, Personal Dental Services (PDS), puitteissa. PDS-sopimusten ehdot poikkeavat GDS-sopimusten ehdoista muun muassa sen osalta, että ne ovat määräaikaista, siinä missä GDS-sopimukset ovat voimassa toistaiseksi. Esimerkiksi NHS:n oikomishoitoa tarjoavat hammaslääkärit toimivat monesti PDS-sopimuksen nojalla.<sup>102</sup>

Yksityisten hammaslääkäreiden lisäksi Isossa-Britanniassa on julkinen hammashoitopalvelu Salaried Primary Dental Care Service (SPDCS), joka tarjoaa suun terveydenhuoltopalveluita pääasiassa lapsille, vammaisille ja kotihoitoa tarvitseville sekä muille henkilöille, joilla on heikommat lähtökohdat saada hammashoitoa muualta. Myös useimmat isot julkiset sairaalat ja kaikki hammaslääketiedettä opettavat sairaalat tarjoavat hammashoitopalveluita. Erikoistason hammashoitoa on saatavilla lähetteen pohjalta sairaaloiden hammashoitopalvelussa (Hospital Dental Service). Valtaosa erikoistason hammashoidosta tarjotaan kuitenkin yksityisesti NHS:n puitteiden ulkopuolella.<sup>103</sup>

Kaikki edellä mainitut julkisen sektorin suun terveydenhoitopalvelut suunnitellaan ja koordinoidaan terveystalutuksen ja julkisten järjestöjen toimesta alueellisella ja paikallisella tasolla. Terveystalutuksen ostavat yleensä palveluita paikallisilta tuottajilta palvelusopimusten nojalla. NHS:n järjestelmän puitteissa työskentelevien hammaslääkäreiden korvausten tasosta päättää hallitus puoliriippumattomalta Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden arviointielimeltä (Doctors' and Dentists' Review Body) saamansa ohjeistuksen nojalla. Hammaslääkärin oikeutensa vastikään saaneet hammaslääkärit puolestaan saavat kansallisen tason mukaista palkkaa ja työskentelevät palkattuina hammaslääkäreinä.<sup>104</sup>

NHS:lle työskenteleviltä hammaslääkäreiltä edellytetään yleensä valvotun ammattiharjoittelun suorittamista.<sup>105</sup> Isossa-Britanniassa laajaa yleisten toimenpiteiden valikoimaa tarjoavat hammaslääkärit, jotka työskentelevät sairaaloiden ja koulujen ulkopuolella yksin tai pienissä ryhmissä, työskentelevät ns. yleisvastaanotto toiminnassa (General Practice). Valtaosa yleisvastaanotto toiminnan parissa työskentelevistä hammaslääkäreistä on itsenäisiä ammatinharjoittajia.<sup>106</sup>

Periaatteessa kaikilla Isossa-Britanniassa on oikeus päästä NHS-hammaslääkärin hoitoon, mutta käytännössä tämä ei toteudu. Monet hammaslääkärit eivät hyväksy potilaikseen kaikkia NHS:n ehdoilla hoitoon hakeutuvia potilaita ja hammaslääkärin löytäminen voi olla haastavaa, etenkin

---

<sup>102</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 358.

<sup>103</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 358–359, 367.

<sup>104</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 358.

<sup>105</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 360.

<sup>106</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 366.

jos ei käy säännöllisesti samalla lääkärillä.<sup>107</sup> Lisääntyvissä määrin hammaslääkärit Englannissa ovat siirtyneet tarjoamaan pelkästään yksityistä hoitoa. Siirtymää tähän suuntaan tapahtui esimerkiksi vuoden 2006 jälkeen, kun uusi hammashoitosopimus (Dental Contract) muutti NHS:n hammaslääkäreille maksamien korvausten perusteita tavalla, joka epäilytti osaa hammaslääkäreistä.<sup>108</sup>

Suun terveydenhoito poikkeaa maksullisuudellaan useimmista muista NHS:n terveydenhoitopalveluista.<sup>109</sup> Asiakkaiden lisääntyneen yksityisen suun terveydenhuollon palveluiden käytön ja NHS:n palveluista maksettavien asiakasmaksujen johdosta suun terveydenhoidon kokonaiskustannuksista 60 % katetaan potilaiden suorilla maksuilla ja 40 % verovaroista.<sup>110</sup> NHS:n suun terveydenhuoltopalvelun asiakasmaksu riippuu toimenpiteen vaikeusasteesta. Hoitojaksot on lajiteltu kolmeen eri maksuluokkaan. Esimerkiksi perustarkastus maksaa vajaat 20 puntaa ja kaiken perustarkastuksesta siltoihin ja hammasproteeseihin kattava hoitojakso maksaa kalleimman maksuluokan perusteella reilut 200 puntaa. Yhden hoitojakson aikana asiakasta laskutetaan vain kerran koko hoitojaksosta, vaikka yksittäisiä hammaslääkärikäyntejä olisi useampia. Jos potilas tarvitsee saman maksuluokan hoitotoimenpidettä kahden kuukauden sisällä hoitojakson päättymisestä, hänen ei tarvitse maksaa hoidosta uudestaan. NHS:n kautta tulisi olla saatavilla kaikki hoito, jonka hammaslääkäri katsoo tarpeelliseksi hyvän suun terveyden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi.<sup>111</sup> Tämän lisäksi hammaslääkärit saavat myös tarjota yksityisiä palveluita NHS-palvelukokonaisuuden yhteydessä, jos potilas hyväksyy tämän.<sup>112</sup>

NHS:n suunterveydenhuolto on ilmaista tietyille potilasryhmille. Esimerkiksi alle 18-vuotiaat, alle 19-vuotiaat opiskelijat, raskaana olevat naiset sekä erilaisten toimeentulotuen muotojen saajat ovat oikeutettuja ilmaiseen hammashoittoon NHS:n piirissä. Alle 18-vuotiaat, joilla on siihen selvä terveyteen liittyvä syy, voivat saada maksutta myös oikomishoitoa, jota ei pääsääntöisesti ole tarjolla aikuisille NHS:n piirissä. Vähätuloiset henkilöt puolestaan voivat saada tukea suun terveydenhuollon maksuihinsa.<sup>113</sup> Lisäksi sairaaloiden tuottamat suun terveydenhuoltopalvelut ja valtaosa SPDCS:n palveluista ovat niitä saaville potilaille täysin ilmaisia.<sup>114</sup>

Suun terveydenhuollon palveluiden tuottamista Englannissa ja Walesissa ohjaa sopimus hammashoidosta. Voimassa oleva sopimus tuli voimaan vuonna 2006 ja on saanut osakseen laajaa kritiikkiä. Sopimuksen merkittävä ongelma on ollut muutos hammaslääkäreiden saamien korvausten perusteissa. Ennen vuotta 2006 voimassa olleen hammashoitosopimuksen perusteella hammaslääkäreille maksettiin yksittäisten toimenpiteiden perusteella. Vuoden 2006 hoitosopimuksen

---

<sup>107</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 358; Steele–Clarke–Rooney–Wilson, NHS dental services in England – an independent review (2009), s. 19 ([http://www.sigwales.org/wp-content/uploads/dh\\_101180.pdf](http://www.sigwales.org/wp-content/uploads/dh_101180.pdf), vierailtu 17.3.17).

<sup>108</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 358; Steele–Clarke–Rooney–Wilson, NHS dental services in England – an independent review (2009) s. 14.

<sup>109</sup> NHS, NHS dental services explained (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/dentists/Pages/nhs-dental-charges.aspx>, vierailtu 15.3.17).

<sup>110</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 357.

<sup>111</sup> NHS, NHS dental services explained; NHS, How much will I pay for NHS dental treatment (<http://www.nhs.uk/chq/Pages/1781.aspx?CategoryID=74>, vierailtu 15.3.17).

<sup>112</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 359; NHS, NHS dental services explained.

<sup>113</sup> NHS, NHS in England: help with health costs (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Dentalcosts.aspx>, vierailtu 15.3.17); NHS, Orthodontics (<http://www.nhs.uk/Conditions/Orthodontics/Pages/Introduction.aspx>, vierailtu 15.3.17).

<sup>114</sup> Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 358.



perusteella hammaslääkäreille maksetaan vuosittainen korvaus siitä, että nämä toteuttavat sovittun määrän hoitojaksoja, jotka lasketaan ns. UDA:iden (Units of Dental Activity) pohjalta.<sup>115</sup> Sopimuksen perusteella hammaslääkäreille ei makseta jokaisesta toimenpiteestä vaan hinta on sama siitä riippumatta, tarvitseeko potilas esimerkiksi yhden vai kymmenen paikkaa, mikä vähentää hammaslääkärien halukkuutta tarjota palveluita. Sopimuksen on muun muassa katsottu johdaneen siihen, että hampaista poistetaan sen sijaan, että niihin pantaisiin kruunu.<sup>116</sup> Iso-Britannian hammaslääkäreitä edustavan järjestön mukaan sopimus kannustaa hammaslääkäreitä täyttämään hallituksen tavoitteita hoitotoimenpiteiden ja hampaiden korjausten osalta, mutta ei parantamaan potilaiden suunterveyttä.<sup>117</sup> Sopimuksen voimaantulo pahensi hammaslääkäripalveluiden saatavuusongelmia ja NHS:n hammaslääkärillä Englannissa viimeisen kahden vuoden aikana käyneiden prosentuaalinen osuus koko väestöstä laski 55,8 %:sta maaliskuussa 2006 53,3 %:iin maaliskuussa 2008.<sup>118</sup> Kesäkuussa 2016 edeltävien kahden vuoden aikana NHS:n hammaslääkärillä käyneen aikuisväestön osuus oli kuitenkin noussut 51,8 %:iin verrattuna 48,9 %:iin maaliskuussa 2008.<sup>119</sup>

Englannissa valmistellaan uutta hammashoitosopimusta, joka näillä näkymin voitaisiin ottaa käyttöön vuonna 2018 tai 2019. Pilotointi uuden sopimuksen laatimista varten aloitettiin 2011.<sup>120</sup> Uudistukselle on nähty olevan tarvetta, sillä nykyinen vuodesta 2006 voimassa oleva hampaanhoitoyksiköille (UDA) rakentuva järjestelmä perustuu täysin hoitoaktiivisuuteen ja palkitsee näin ollen hammaslääkäreitä enemmän hoitotoimenpiteistä, kuten hampaiden korjaamisesta, kuin tulevien sairauksien ehkäisemisestä.<sup>121</sup> Hoitoyksiköille perustuvan korvausjärjestelmän on katsottu korostavan lukuarvoja hoidon laadun ja palvelun toimittamisen kustannuksella.<sup>122</sup> Ison-Britannian hammaslääkäreitä edustava järjestö on toivonut siirtymistä malliin, jossa korvaukset perustuvat puhtaasti kapitaatiolle.<sup>123</sup> Uuden järjestelmän peruseräaatteina olisi hoitopolkumallia tukeva arviointiin ja ennaltaehkäisyyn sekä hoitoon perustuva lähestymistapa, hoidon laadun arviointi ja palkitseminen sekä korvausjärjestelmä, joka tukisi sekä jatkuvaa hoitoa ja ennaltaehkäisyyn keskittymistä että toimenpiteiden toteuttamista.<sup>124</sup> Hammaslääkäreiden korvausten perustana olisivat sekä toimenpidepohjaiset (activity-based) että kapitaatiopohjaiset määreet. Toimenpidepohjais-

---

<sup>115</sup> Steele–Clarke–Rooney–Wilson, NHS dental services in England – an independent review (2009) s. 14; Kravits–Bullock–Cowpe–Barnes, EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1, The Council of European Dentists (2015) s. 366; British Dental Association, Dental contract reform (<https://bda.org/dentists/policy-campaigns/campaigns/dental-contract-reform>, vierailtu 16.3.17).

<sup>116</sup> BBC News, NHS dentistry 'set back 20 years' ([http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/wales/7251246.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/wales/7251246.stm), vierailtu 15.3.17).

<sup>117</sup> British Dental Association, The NHS contract: 10 years on (<https://www.bda.org/contractreform>, vierailtu 15.3.17).

<sup>118</sup> Steele–Clarke–Rooney–Wilson, NHS dental services in England – an independent review (2009) s. 14; NHS, NHS Dental Statistics, 2007-08, annual report (<http://content.digital.nhs.uk/article/2021/Website-Search?productid=568&q=patient+seen&topics=13204&pubdate=%2c2008&sort=Relevance&size=10&page=1#top>, vierailtu 15.3.17).

<sup>119</sup> NHS, NHS Dental Statistics, 2007-08, annual report; NHS, NHS Dental Statistics for England - 2015-16, (<http://content.digital.nhs.uk/article/2021/Website-Search?productid=21894&q=dental&topics=13204&sort=Relevance&size=10&page=1#top>, vierailtu 15.3.17).

<sup>120</sup> Department of Health, Dental Contract Reform: Prototypes, Overview document (2015) s. 5; NHS Business Services Authority, Dental Contract Reform – Prototypes (<http://www.nhsbsa.nhs.uk/Dental-Services/5640.aspx>, vierailtu 15.3.17).

<sup>121</sup> Department of Health, Dental Contract Reform: Prototypes, Overview document (2015) s. 5.

<sup>122</sup> Woodington, Challenges facing NHS dental contract reforms: Pilot exit, British Dental Journal 218(12)2015:695–697, s. 696.

<sup>123</sup> British Dental Association, BDA response to launch of dental prototypes (<https://www.bda.org/news-centre/press-releases/bda-response-to-launch-of-dental-prototypes>, vierailtu 15.3.17).

<sup>124</sup> Department of Health, Dental Contract Reform: Prototypes, Overview document (2015), s. 7.

ten korvausten katsotaan kannustavan hoitoon ja kapitaatiopohjaisten puolestaan hoidon jatkuvuuteen ja ennaltaehkäisyyn, millä toivotaan saavutettavan hyvä tasapaino.<sup>125</sup> Suunnitteluvaiheessa kokeillaan kahta korvausversiota, joista toisessa noin 60 % ja toisessa noin 83 % muodostuisi kapitaatiokorvauksista.<sup>126</sup> Potilailta kerättäisiin edelleen myös potilasmaksuja, joilla katettaisiin nykyiseen tapaan noin 25 % kokonaisbudjetista.<sup>127</sup> Potilaan hoitopolun ensivaihe sisältäisi suun terveyden arvioinnin, jossa potilaan suun terveys luokiteltaisiin kolmiportaisella asteikolla vihreäksi, keltaiseksi tai punaiseksi ja tehtäisiin tarpeelliset hoitotoimenpiteet. Toisessa vaiheessa arvioitaisiin seuraavan suun terveyden tarkastuksen tarve, minkä jälkeen hammaslääkäri viimeisessä vaiheessa arvioisi onko tarvetta ennaltaehkäisevälle hoidolle tai neuvontakäynnille ennen seuraavaa tarkastuskäyntiä.<sup>128</sup> NHS ostaisi edelleen hammaslääkäreiltä perustason suun terveydenhoitoa vuositasolla sovittavien palvelutasojen perusteella.<sup>129</sup>

### 3.6 Suun terveydenhuollon järjestelmien kansainvälisiä vertailuja

Suun terveydenhuoltoa koskevissa kansainvälisissä raporteissa on todettu, että kansainvälisiä vertailuja vaikeuttaa suun terveydenhuollosta ja suun terveydestä saatavilla olevan vertailukelpoisen tiedon vähäinen määrä. Tämä koskee myös EU-maiden välisiä vertailuja ja vaikeuttaa nykytilan arviointia, parhaiden käytäntöjen identifiointia ja resurssien allokointia sinne, missä niitä eniten kaivattaisiin.<sup>130</sup>

Pohjoismaisen raportin mukaan suun terveydenhuollon kokonaiskustannukset kansalaista kohden vuonna 2010 vaihtelivat huomattavasti eri pohjoismaiden välillä. Kulut olivat korkeimmat Norjassa (274 USD) ja Ruotsissa (272 USD), verrattuna Tanskaan (202 USD) ja Suomeen (193 USD), joka piti vertailun häntäpäätä.<sup>131</sup> Esimerkiksi Ruotsissa investoitiin siten suun terveyteen n. 30% enemmän kuin Suomessa jo tuolloin. Kommentaareissa on todettu, että osa eroista selittyy eri pohjoismaiden välisillä ostovoiman eroilla<sup>132</sup>, mutta ero on tämänkin huomioon ottaen selvä.

Vaikka ero investoinneissa suun terveyteen oli suhteessa Tanskaan pienempi kuin suhteessa Ruotsiin tai Norjaan, tutkimukset osoittavat, että suun terveys on myös Tanskassa Suomea paremmalla tasolla. Suomessa on esimerkiksi hampaattomuutta suuremmalla osalla väestöstä kuin Tanskassa. Esimerkiksi yli 65-vuotiaista suomalaisista 41%:lla ilmenee hampaattomuutta, kun Tanskassa osuus on 27% 65-74-vuotiaiden keskuudessa.<sup>133</sup> Syy tähän löytyy historiasta, huominnasta suun terveydenhuollon saatavuudesta, taloudellisista rajoitteista ja todennäköisesti myös yleisistä asenteista, joissa hampaita ei ole pidetty tärkeinä.<sup>134</sup> Pohjoismaisissa vertailuissa on myös todettu, että esimerkiksi karies miesten keskuudessa vaikutta jonkin verran yleisemmältä

---

<sup>125</sup> Department of Health, Dental Contract Reform: Prototypes, Overview document (2015), s. 8.

<sup>126</sup> Department of Health, Dental Contract Reform, Engagement Events, January and February 2017, s. 8 (<https://www.pcc-cic.org.uk/article/evaluation>, vierailtu 15.3.17).

<sup>127</sup> Department of Health, Dental Contract Reform: Prototypes, Overview document (2015), s. 10.

<sup>128</sup> Department of Health, Dental Contract Reform, Engagement Events, January and February 2017, s. 7.

<sup>129</sup> Department of Health, Dental Contract Reform: Prototypes, Overview document (2015), s. 10.

<sup>130</sup> Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 46.

<sup>131</sup> Norwegian Directorate of Health, Quality indicators in oral health care: A Nordic project (2012), s. 22-23.

<sup>132</sup> Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, *Tandlægebladet* 119(9)2015:702–711, s. 707.

<sup>133</sup> Englannissa hampaattomuutta ilmenee Suomeakin enemmän, 46%:lla yli 65-vuotiaista. Petersen–Bourgeois–Ogawa–Estupinan–Day–Ndiaye, The global burden of oral diseases and risks to oral health, *Bulletin of the World Health Organization* 83(9)2005:661–669, s. 663.

<sup>134</sup> Widström–Agustsdottir–Byrkjeflot–Pälvärinne–Christensen, Systems for provision of oral health care in the Nordic countries, *Tandlægebladet* 119(9)2015:702–711, s. 710.

Suomessa Tanskaan verrattuna. Parodontiittiin liittyen ikenien verenvuoto oli tutkimuksen mukaan yleistä molemmissa maissa, mutta Suomessa vaikuttivat sekä matalat että syvät ientaskut olevan Tanskaa yleisempiä.<sup>135</sup>

Noin 40 vuotta sitten tanskalaisten lasten suunterveys oli Euroopan pohjatasoa. Fokusoidulla ja proaktiivisella ennaltaehkäisevään hoitoon panostavalla lähestymistavalla julkinen suun terveydenhuolto on saavuttanut erittäin hyviä tuloksia. Vuosien 1974 ja 2000 välillä 12-vuotiaiden tanskalaisten keskiarvo hampaiston kuntoa osoittavassa DMFT-indeksissä<sup>136</sup> laski 78% 4,5:stä 0,98:aan. Vuoteen 1997 mennessä jo yli 99% tanskalaisista lapsista sai suun terveydenhoitoa vuosittain.<sup>137</sup> Vertailun vuoksi, DMFT-indeksi 12-vuotiaiden keskuudessa oli OECD:n mukaan Yhdistyneissä Kuningaskunnissa 0,7 vuonna 2008; Ruotsissa samana vuonna 0,9; Suomessa 0,7 vuonna 2009, Alankomaissa 0,6 vuonna 2012, Norjassa 1 vuonna 2014 ja Tanskassa 0,4 vuonna 2014.<sup>138</sup>

Tanskan suun terveydenhuollon tietokantoja ja tiedonkeruun järjestelmiä on kehitetty suuntaan, joka mahdollistaa paremman ennaltaehkäisevän toiminnan. On todettu, että mahdollisuus potilaiden hoidon suunnitteluun on tämän ansiosta parempi Tanskassa kuin esimerkiksi Norjassa ja Ruotsissa, missä kerättävien tietojen laatu ja ala heijastaa vanhakantaisempaa näkemystä suun terveydenhuollosta. Toisaalta Ruotsissa on olemassa kariesta ja parodontiittia koskeva kansallinen laaturekisteri (SKaPa), minkä tarkoituksena on kunnianhimoisesti yhdistää potilasrekisteritietoja ja esimerkiksi potilaiden itsearvioinneista saatuja tietoja.<sup>139</sup> SKaPa julkaisee vuosittain raportin suunterveyden tilaan liittyvistä seikoista, mm. vertailu siitä miten suurella osalla potilaista on eri maakunnissa suoritettu parodontiittitatuksen määrittely.<sup>140</sup>

Myös Ruotsin suunterveyden taso oli Euroopan häntäpäätä 1970-luvun alussa karieksen määrällä mitattuna. Ennaltaehkäisevän ohjelman avulla Ruotsi nousi kuitenkin kariestilastoissa Euroopan huippuun nopealla aikataululla, reilussa vuosikymmenessä. On todettu, että karieksen ehkäisyohjelma oli menestyksekkäs muun muassa siksi, että se perustui huolelliseen tutkimukseen ennen implementointia ja se myös integroitiin hyvin osaksi muita julkisia palveluja, kuten lastentarhaa ja koulua. Ohjelman tavoitteena oli ”ei approksimaalisia paikkoja, ei okklusaalisia amalgaamipaikkoja ja lapset mukaan ottamaan vastuuta omasta suunterveydestään.”<sup>141</sup> Kaikki

---

<sup>135</sup> Axtelius–Johansson–Söderfeldt, Oral B's Nordic Report on Oral Health, Caries prevalence among children, adolescents and adults, and periodontal conditions among adults in Denmark, Finland, Norway and Sweden (Malmö University 2007, Faculty of Odontology), s. 3.

<sup>136</sup> DMFT-indeksi ilmoittaa reikiintyneiden, puuttuvien (poistettujen) ja paikattujen hampaiden yhteenlasketun määrän. Esim. Duodecim Terveyskirjasto ([http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_teos=ltt&p\\_artikkeli=ltt00576](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_teos=ltt&p_artikkeli=ltt00576), vierailtu 15.3.2017).

<sup>137</sup> Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 40.

<sup>138</sup> OECD.Stat: Health Status: Dental Health ([http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT), vierailtu 15.3.17).

<sup>139</sup> Skeje–Klock, Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management, BMC Oral Health 2014, 14:43 (<https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-14-43>, vierailtu 15.3.17), s. 5-6. Ks. myös Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (<http://www.skapareg.se/ot-her-language/>, vierailtu 15.3.17).

<sup>140</sup> SKaPa Årsrapport 2015, s. 82–83 (<http://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2016/11/SKaPa-%C3%85rsrapport-2015.pdf>, vierailtu 15.3.17).

<sup>141</sup> Packington, Successful Control of Dental Caries in Sweden Without Fluoridation, National Pure Water Association (2008), s. 1 ([http://www.npwa.org.uk/wp-content/uploads/2008/06/varmland\\_general\\_fin.pdf](http://www.npwa.org.uk/wp-content/uploads/2008/06/varmland_general_fin.pdf), vierailtu 16.3.17).

lapsilla todetut kariesesiintymät kirjattiin kansalliseen tietojärjestelmään jatkuvan seurannan mahdollistamiseksi.<sup>142</sup>

Englannin suun terveydenhuollon järjestelmää on pidetty muun muassa Ruotsin järjestelmää huonompana ja kritisoitu siitä, että NHS:n kululeikkausten seurauksena esimerkiksi pohjoisen köyhemmillä alueilla hammaslääkäriasemat ovat kykenemättömiä täyttämään niille asetetut tulostavoitteet. Täten heikkotuloisten ihmisten on ollut vaikea saada tarvitsemaansa hammashoitoa NHS:n piiristä. Kyselytutkimusten mukaan ongelmana on ainakin se, että ihmisten on vaikea löytää alueeltaan NHS-hammaslääkärinä ja joillakin alueilla ainoastaan yksi viidestä toimenpiteiden suorittajasta ottaa vastaan uusia NHS-potilaita.<sup>143</sup> Hammashuollon huono tila ilmenee muun muassa kun katsotaan tilastoja hampaiden poistoista anestesian alaisena. Hampaan poisto on suun terveydenhuollon ainut keino, kun kariesen ehkäisy on epäonnistunut.<sup>144</sup> Tämä on suuressa kontrastissa Ruotsin tilanteeseen, missä painopiste on ennaltaehkäisevässä suun terveydenhuollossa. Englannissa joko jätetään kokonaan implementoimatta tai implementoidaan vaivallisesti kaikkein tehokkaimmat kariesen ja parodontitiin vastaiset ennaltaehkäisevät toimenpiteet.<sup>145</sup>

Englannissa lähes joka neljäs 5-vuotias kärsii hampaiden reikiintymisestä ja tämä oli vuosina 2014-2015 tavallisin syy 5-9-vuotiaiden lasten sairaalahoitoon, vaikka kyseessä on ennalta ehkäistävässä oleva suun terveysongelma.<sup>146</sup> Hampaiden poistot edustivat 7%:ia kaikista sairaalassa tehdyistä toimenpiteistä 0-19-vuotiaiden englantilaisten keskuudessa vuosina 2015-2016.<sup>147</sup> Vuonna 2013 edelleen 46%:lla 15-vuotiaista ja 34%:lla 12-vuotiaista Englannissa, Walesissa ja Pohjois-Irlannissa oli ilmeistä hampaiden reikiintymistä pysyvissä hampaissaan. Luvut olivat laskeneet vuodesta 2003, mutta olivat edelleen merkittäviä. Lisäksi 35% 15-vuotiaiden vanhemmista ilmoittivat, että lapsen suunterveys oli vaikuttanut perheen normaalielämään kyselyä edeltävien kuuden kuukauden aikana. Lähes joka neljäs vanhemmista oli ottanut töistä vapaata lapsensa suunterveyden takia kyseisenä ajanjaksona.<sup>148</sup>

Eurobarometri-tutkimuksen mukaan EU-maiden asukkaista ahkerimmin hammaslääkärissä käyvät alankomaalaiset ja tanskalaiset. Viimeisten 12 kuukauden aikana hammaslääkärissä oli käynyt 83% alankomaalaisista ja 78% tanskalaisista. Myös Ruotsissa luku on varsin korkea (71%). Keskiarvo 27 EU-maan kesken on 57%.<sup>149</sup> Suomessa luku oli vuonna 2011 toteutetun tutkimuksen mukaan naisilla hieman yli EU-keskiarvon (62%) ja miehillä hieman alle sen (55%).<sup>150</sup> Yhdistyneessä kuningaskunnassa viimeisen vuoden aikana hammaslääkärissä oli käynyt 64%.<sup>151</sup>

---

<sup>142</sup> Packington, Successful Control of Dental Caries in Sweden Without Fluoridation, National Pure Water Association (2008), s. 2.

<sup>143</sup> RCS Faculty of Dental Surgery, Actions for the government to improve oral health (2015), s. 6.

<sup>144</sup> Packington, Successful Control of Dental Caries in Sweden Without Fluoridation (National Pure Water Association 2008), s. 3.

<sup>145</sup> Packington, Successful Control of Dental Caries in Sweden Without Fluoridation, National Pure Water Association (2008), s. 4.

<sup>146</sup> Public Health England, Launch of the Children's Oral Health Improvement Programme Board, 26.9.2016 (<https://www.gov.uk/government/news/launch-of-the-childrens-oral-health-improvement-programme-board>, vierailtu 16.3.17).

<sup>147</sup> Public Health England, Hospital episodes for teeth extraction of children 0-19Y 2011-12 to 2015-16 (<http://www.nwph.net/dentalhealth/Extractions.aspx>, vierailtu 16.3.17).

<sup>148</sup> NHS Digital, Child Dental Health Survey 2013, England, Wales and Northern Ireland, 19.3.2015 (<http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB17137>, vierailtu 16.3.17).

<sup>149</sup> Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 30.

<sup>150</sup> Koskinen–Lundqvist–Ristiluoma (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, THL raportti 68/2012, s. 181.

<sup>151</sup> Special Eurobarometer 330: Report: Oral health, February 2010 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_330\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf), vierailtu 16.3.17), s. 49.

Tanskan lisäksi erityisesti Ruotsin suun terveydenhuollon järjestelmää pidetään eri maiden välisissä vertailuissa kansainvälisesti korkeatasoisena. On esimerkiksi todettu, että paitsi Tanskassa myös Ruotsissa on huomattu suun sairauksien vähenemiseen liittyen positiivisia trendejä ja tämän seurauksena suun terveydenhuollon kustannusten laskua. Molemmissa maissa on suunnattu investointeja ennaltaehkäisevään suun terveydenhuoltoon.<sup>152</sup> Yli 50-vuotiaiden eurooppalaisten keskuudessa tehdyssä tutkimuksessa esimerkiksi Ruotsissa ja Hollannissa todettiin vain vähäinen määrä operatiivista suun terveydenhoitoa.<sup>153</sup>

Kansainvälisesti on todettu, että ennaltaehkäisevään suun terveydenhuoltoon investoineet teollisuusmaat ovat onnistuneet kääntämään suun sairauksien ilmenemisen laskuun viime vuosina, mikä on myös johtanut suun terveydenhuollon kustannusten laskuun.<sup>154</sup>

## **4. SUUN TERVEYDENHUOLLON MARKKINAT SUOMESSA JA KYSYNNÄN MUODOSTUMINEN**

### **4.1 Julkiset ja yksityiset suun terveydenhuollon palvelut**

Kunnan on terveydenhuoltolain nojalla järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut. Näihin palveluihin kuuluvat väestön suun terveydenhuollon seuranta, terveysneuvonta ja -tarkastukset, suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito sekä jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen sekä tuen ja tutkimuksen tarpeen varhainen havaitseminen.<sup>155</sup>

Terveyskeskusten hammashoitopalveluja käytti vuonna 2015 noin 1,9 miljoonaa henkilöä.<sup>156</sup> Vuonna 2014 asiakkaita oli 1,8 miljoonaa, mikä vastasi 33,4 %:a väestöstä.<sup>157</sup> Näistä käyttäjistä noin kaksi kolmasosaa oli alle 18-vuotiaita.<sup>158</sup>

Terveyskeskuksissa annettu hammashoito on maksutonta alle 18-vuotiaille.<sup>159</sup> Aikuisilta peritään maksu asiakasmaksuasetuksen mukaan<sup>160</sup>, muu osuus hoidon kustannuksista rahoitetaan pääasiassa verotuloilla ja sairaskassan kautta<sup>161</sup>. Asiakasmaksu on suun terveydenhuollossa muuta terveydenhuoltoa suurempi.<sup>162</sup>

---

<sup>152</sup> Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 24.

<sup>153</sup> Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 35.

<sup>154</sup> Petersen–Bourgeois–Ogawa–Estupinan–Day–Ndiaye, The global burden of oral diseases and risks to oral health, Bulletin of the World Health Organization 83(9)2005:661–669, s. 665.

<sup>155</sup> Terveydenhuoltolaki (1326/2010); Suun terveydenhuolto, STM (<http://stm.fi/suun-terveydenhuolto>, vierailtu 16.3.17).

<sup>156</sup> Saukkonen-Vuorio, Perusterveydenhuolto 2015, THL (2016) (<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/perusterveydenhuollon-palvelut/perusterveydenhuolto>, vierailtu 16.3.17).

<sup>157</sup> Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, Yleispeustelut 31.1.2017, s. 48.

<sup>158</sup> Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, Yleispeustelut 31.1.2017, s. 19.

<sup>159</sup> Hammashuollon maksut, STM (<http://stm.fi/hammashuollon-maksut>, vierailtu 16.3.17).

<sup>160</sup> Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992).

<sup>161</sup> Vuonna 2012 suun terveydenhuollon pääasialliset rahoitustavat olivat asiakasmaksut, verotus ja sairaanhoitovakuutus. Pääasialliset rahoittajat olivat kotitaloudet (58%), kunnat (14%), valtio (14%) ja sairausvakuutus (13%). Seppälä-Pekurinen (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat, THL raportti 22/2014, s. 20.

<sup>162</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämisehdotukset, STM 2013:39 (2013) s. 8.

Suuren kysynnän ja hammaslääkäripulan takia julkisen suun terveydenhuollon piirissä on hoitoon pääsyssä ollut 2000-luvulla viiveitä osassa terveyskeskuksia.<sup>163</sup>

Julkisen suun terveydenhuollon järjestämisessä pyritään yhdenvertaisuuteen, toisin sanoen kaikilla tulisi olla samanlaiset oikeudet ja mahdollisuudet saada hoitoa. Tähän liittyen on laadittu yhdenvertaiset hoitoon pääsyn perusteet, joilla pyritään turvaamaan kaikille samanlaiset oikeudet ja mahdollisuudet päästä hoitoon.<sup>164</sup> Lisäksi lainsäädännössä on tiettyjä määräaikoja, joiden puitteissa hoitoon pääsyn tulisi julkisen suun terveydenhuollon piirissä toteutua. Terveyshuoltolain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava potilaan suunterveyden hoidon tarve viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas ottaa yhteyden terveyskeskukseen. Potilaan on lisäksi päästävä tarpeelliseksi todettuun suun terveydenhoitoon kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista, tai viimeistään kuudessa kuukaudessa, jos hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.<sup>165</sup>

Vuonna 2013 lähes 90% väestöstä asui sellaisella alueella, jossa suun terveydenhuoltoon pääsee kuuden kuukauden kuluessa hoitoon hakeutumisesta.<sup>166</sup> Tilanne oli parantunut tältä osin vuodesta 2011, jolloin osuus oli vain 78%.<sup>167</sup>

Hammashuollon toimivuuden näkökulmasta on olennaista, että huolehditaan riittävästä hammaslääkärien koulutuksesta. Suun terveydenhuollossa resurssien vaihtelu kunnasta riippuen on kuitenkin johtanut joissakin kunnissa pitkiin hoitoon pääsyn odotusaikoihin. Pienille kunnille voi olla hankalaa saada vakituista hammaslääkäriä. Kuntien palvelujen kysyntään vaikuttaa myös se, onko alueella yksityissektorin palveluntarjontaa.<sup>168</sup> Esimerkiksi lokakuussa 2016 toteutuneiden käyntien odotusajat hoidon tarpeen arvioinnista hammaslääkärille pääsyyn eri aluehallintovirastojen alueella olivat seuraavat:

---

<sup>163</sup> Suun terveydenhuolto, STM.

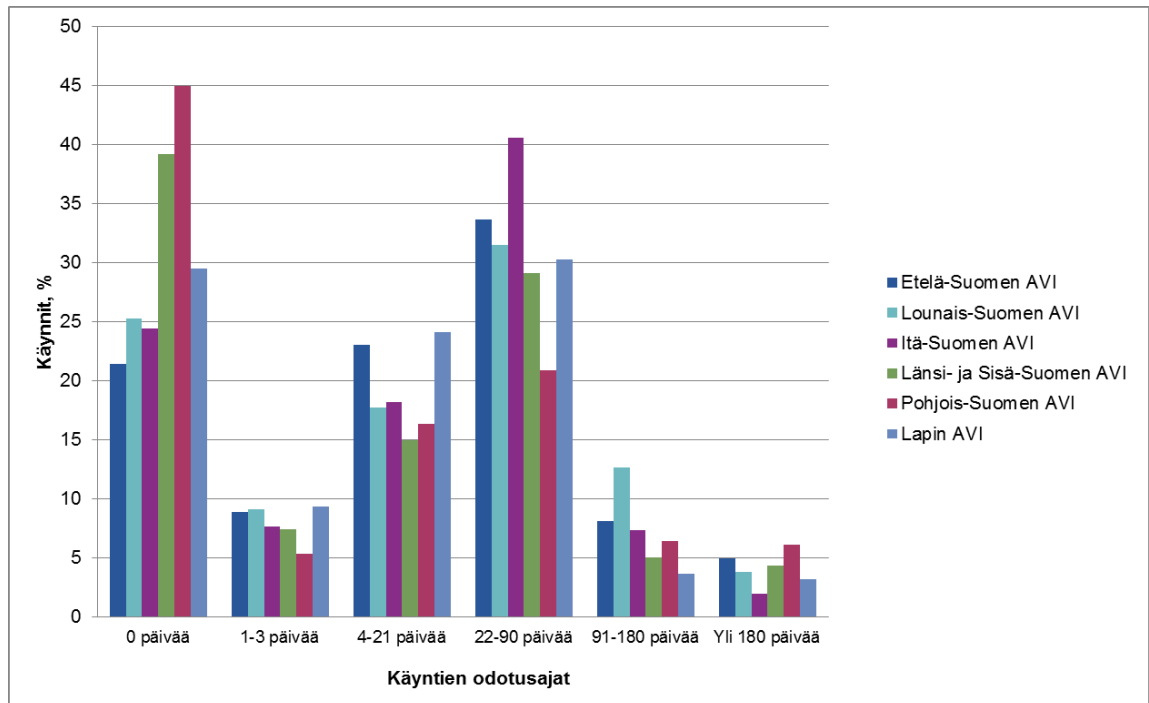
<sup>164</sup> Suun terveydenhuolto, STM.

<sup>165</sup> Terveys- ja sosiaalilaki (1326/2010), 51 §.

<sup>166</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (Helsinki 2013) s. 69.

<sup>167</sup> Hoitoon pääsy terveyskeskuksissa, Aluehallintovirasto 19.12.2011 ([http://www.avi.fi/web/avi/aiheet/-/asset\\_publisher/vsYlviaU2Psg/content/alueelliset-erot-terveyskeskuslaakarin-vastaanotolle-paasyssa-olivat-edelleen-suuret;jsessionid=A22E86C8B9D6DC40DD8EA801632C9BDE](http://www.avi.fi/web/avi/aiheet/-/asset_publisher/vsYlviaU2Psg/content/alueelliset-erot-terveyskeskuslaakarin-vastaanotolle-paasyssa-olivat-edelleen-suuret;jsessionid=A22E86C8B9D6DC40DD8EA801632C9BDE), vierailtu 16.3.17).

<sup>168</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013) s. 24.



169

Vuonna 2015 kiirettömän hammaslääkärin vastaanottokäynnin toteutuman mediaaniaika oli seitsemän päivää. Noin 50% käynneistä suuhygienistin luona toteutui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Keskimääräiset kiirettömän hammaslääkärikäyntien toteutuma-ajat olivat kuitenkin huomattavasti korkeampia, mikä kertoo osalla asiakkaista olleen poikkeuksellisen pitkiä odotusaikoja.<sup>170</sup>

Erikoishammaslääkäripalvelut ovat jakautuneet epätasaisesti ja alueelliset erot ovat suuret. Muutamaa suurta kaupunkia lukuun ottamatta suun terveydenhuollossa on puutetta riittävästä osaamisesta erikoistason hoitoon.<sup>171</sup> Kotipaikkakunnasta riippuen potilaat ovat eriarvoisessa asemassa erityisesti terveyskeskuksen erikoishammaslääkärien ja erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden suhteen. Huomattava osa väestöstä jää ilman tarvitsemiaan suun terveydenhuollon erikoispalveluja, koska heillä on vaikeuksia hankkia tarvitsemiaan palveluita myöskään yksityiseltä sektorilta, jossa hoitojen korkea hinta muodostuu esteeksi.<sup>172</sup>

Hoitoon pääsyn viivästyminen on STM:n 2013 julkaistussa raportissa nostettu erikseen esiin selkeänä potilasturvallisuusriskinä.<sup>173</sup>

<sup>169</sup> THL, Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa, Kuviot ja taulukot tiedonkeruun keskeisistä tuloksista lokakuussa 2016 (<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoonpaasy-perusterveydenhuollossa>, vierailtu 16.3.17), s. 9.

<sup>170</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 49.

<sup>171</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013) s. 29.

<sup>172</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013), s. 32.

<sup>173</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013), s. 25.

Yksityinen sektori tuottaa noin puolet aikuisten suun terveydenhuollon palveluista.<sup>174</sup> Esimerkiksi vuonna 2014 julkisen suun terveydenhuollon puolella toteutui 4,9 miljoonaa asiakaskäyntiä, kun taas Kelan korvaamia yksityishammashoitokäyntejä oli yhteensä noin 2,8 miljoonaa.<sup>175</sup> Todellinen yksityisen suun terveydenhuollon palvelujen käyttö on ollut tätäkin suurempaa, sillä Kela-korvaus ei kata kaikkia yksityisen suun terveydenhuollon palveluja. Yksityissektorin merkitys peruspalvelujen tuottajana on suun terveydenhuollossa huomattavasti korkeampi kuin muun terveydenhuollon piirissä, missä se yleensä lähinnä täydentää julkista terveydenhuoltoa ja painottuu erikoislääkäripalveluihin.<sup>176</sup>

Yksityisiä hammaslääkäripalveluja käyttää vuodessa noin miljoona potilasta.<sup>177</sup> Yksityisvastaanotoilla hoidetaan kaikkia ikäluokkia mutta pääpaino on aikuisten hoidossa.<sup>178</sup>

Kelan sairausvakuutus korvaa potilaalle osan yksityisen hammashuollon palvelujen kustannuksista Kelan julkaiseman luettelon mukaisesti. Luettelossa määritellään korvattavat tutkimus- ja hoitotoimenpiteet ja niiden korvaustaksat.<sup>179</sup> Korvaus kattaa käytännössä n. 15% yksityisen hoidon kustannuksista.<sup>180</sup> Kela-korvauksia ei kuitenkaan saa kaikista yksityisen hammashuollon piirissä tehdyistä toimenpiteistä ja mm. proteettiset toimenpiteet ovat korvausten ulkopuolella. Lisäksi oikomishoidosta maksetaan korvauksia vain tietyissä erityistilanteissa.<sup>181</sup>

Kela-korvausten määrää yksityisen suun terveydenhuollon palveluista leikattiin vuoden 2016 alusta yhteensä noin 40%, minkä on raportoitu johtaneen potilaiden vähenemiseen yksityisellä puolella. Potilaiden määrä on tämän seurauksena lisääntynyt julkisen suun terveydenhuollon piirissä, mutta ei yksityisellä puolella tapahtuneen vähentymisen määrää vastaavasti. Toisin sanoen vaikuttaa siltä, että osa suomalaisista on Kela-korvausten leikkauksen seurauksena jättänyt hampaansa hoitamatta.<sup>182</sup> Selvitysten mukaan yksityisen suun terveydenhuollon piirissä hoitoon pääsee yleensä nopeasti, usein jo saman päivän aikana.<sup>183</sup>

## 4.2 Kysynnän määräytyminen ja asiakkaan rooli suun terveydenhoitopalveluissa

Väestötutkimuksen perusteella iensairaudet ovat Suomessa vielä valittavan yleisiä, vaikka 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä tapahtuikin myönteistä kehitystä.<sup>184</sup>

---

<sup>174</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Mistä hoitoa? (<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/mista-hoitoa#.WK8SJTULSUk>, vierailtu 16.3.17); Toimialat, Lääkäripalveluyritykset ry ([http://www.lpy.fi/lpy\\_yksityinen\\_terveydenhuolto/lpy\\_toimialat](http://www.lpy.fi/lpy_yksityinen_terveydenhuolto/lpy_toimialat), vierailtu 16.3.17).

<sup>175</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 48.

<sup>176</sup> Suun terveydenhuolto osana uudistuvia sote-palveluita, Suomen Hammaslääkäriliitto (<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/liiton-toiminta/suun-terveydenhuolto-osana-uudistuvia-sote-palveluita#.WK7B8zuLSUk>, vierailtu 16.3.17).

<sup>177</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Mistä hoitoa?

<sup>178</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Mistä hoitoa?

<sup>179</sup> Kela, Hammashoidon taksat ([http://www.kela.fi/documents/10180/0/Hammashoidon\\_taksat\\_2016.pdf/402606dd-66d6-49e7-bcd5-eacf1634f06e](http://www.kela.fi/documents/10180/0/Hammashoidon_taksat_2016.pdf/402606dd-66d6-49e7-bcd5-eacf1634f06e), vierailtu 16.3.17).

<sup>180</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Mistä hoitoa?

<sup>181</sup> Kela, Hammashoidon korvaukset (<http://www.kela.fi/hammashoito>, vierailtu 16.3.17).

<sup>182</sup> Sutinen, Kela-korvausten leikkaus ohjaa suomalaisia julkiseen hoitoon – Lääkäri arvioi: Osa jättänyt hoidot kokonaan väliin, Helsingin Sanomat 28.2.2017 (<http://www.hs.fi/politiikka/art-2000005106305.html>, vierailtu 16.3.17).

<sup>183</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Mistä hoitoa? Hammashoitoyritysten määrä vähentyi vuosina 2007-2012 noin 5%. Toisaalta toimialan liikevaihto on kasvanut nopeasti, mikä viittaa yrityskoon kasvuun. Siipola, Suun terveydenhuollon kilpailuolosuhteet, Case Helsinki ja Espoo (pro gradu) (Tampereen yliopisto 2016), s. 36. Alalla on ollut viime vuosina huomattavissa konsolidaatiota ja yrityskauppoja.

<sup>184</sup> Ks. Koskinen–Lundqvist–Ristiluoma (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, THL raportti 68/2012, s. 107.



Esimerkiksi Terveys 2011 –tutkimuksen mukaan suurella osalla tutkimuksen otannasta oli edelleen iensairaus: 70%:lla yli 30-vuotiaista miehistä ja 55,6%:lla saman ikäisistä naisista oli iensairaus, jossa ientaskun syvyys oli vähintään 4mm. Erityisen huolestuttavana tutkimuksessa pidettiin sitä, että jo 30-44-vuotiaiden keskuudessa vastaavat luvut olivat miehillä 56,5% ja naisilla 42,8%.<sup>185</sup> Saman tutkimuksen mukaan kariesta esiintyi noin joka viidennellä suomalaisella (28,2%:lla yli 30-vuotiaista miehistä ja 14,1%:lla naisista).<sup>186</sup>

Joka kymmenennellä 30 vuotta täyttäneellä suomalaisella ei Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan ollut lainkaan omia hampaita. Osuus kasvoi 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa entisestään: 75 vuotta täyttäneistä miehistä hampaattomia oli 29% ja naisista lähes puolet.<sup>187</sup>

Yleisimmät suun sairaudet ovat pääosin oireettomia tai vähäoireisia kroonisia tulehdussairauksia, joten ne pääsevät etenemään huomaamatta.<sup>188</sup> Säännöllinen suun terveyden tutkimus olisi tärkeää, jotta ongelmiin voitaisiin puuttua riittävän aikaisessa vaiheessa.

Vuonna 2013 julkaistun tutkimuksen mukaan 17% pääkaupunkiseudun väestöstä ei aikavälillä 2005–2009 käyttänyt hammashoitopalveluita lainkaan. Miehistä suurempi osuus ei ollut käynyt hammashoidossa (22%) eikä tarkastuksessa (39%) kuin naisista (13% ja 27%).<sup>189</sup> Vuonna 2011–2012 toteutetun tutkimuksen mukaan miehistä 75% ja naisista 84% oli käynyt hammashoidossa edellisen kahden vuoden aikana. Terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolla oli käynyt 23% miehistä ja 25% naisista. Yksityishammaslääkärin vastaanotolla puolestaan oli käynyt 33% miehistä ja 37% naisista.<sup>190</sup> Vuonna 2014 yli 85-vuotiaista enää alle 20% kävi suun terveydenhuollossa terveyskeskuksessa ja hiukan yli 20% oli yksityisten hammaslääkärien asiakkaita.<sup>191</sup> Todennäköisesti keskeinen syy alhaisiin käyntimääriin liittyy heikkoon saatavuuteen julkisella sektorilla.

Tuoreiden raporttien mukaan hammaslääkäripalveluiden käyttäjien määrä on vähentynyt edelleen erityisesti vuoden 2016 alusta toteutettujen yksityisten suun terveydenhuollon palvelujen Kela-korvausten merkittävien leikkausten seurauksena. Vähentymisen osasyynä pidetään sitä, että potilaiden kustannusten noustessa osa heistä vaikuttaa jättäneen hampaansa hoitamatta.<sup>192</sup> Suun terveydenhuollon Kela-korvauksia on leikattu rajusti vuosina 2015–2016, muun muassa rajaamalla korvattavat suun tutkimukset yhteen kertaan kahdessa kalenterivuodessa, laskemalla hammaslääkärin ja suuhygienistien palkkiotaksojen toimenpidekohtaisia korvaustaksoja sekä poistamalla joitakin toimenpiteitä korvattavien toimenpiteiden luettelosta kokonaan.<sup>193</sup> Leikkausten seurauksena suun terveydenhuollon palveluista maksettavien sairaskorvausten

---

<sup>185</sup> Koskinen-Lundqvist-Ristiluoma (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, THL raportti 68/2012, s. 107.

<sup>186</sup> Koskinen-Lundqvist-Ristiluoma (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, THL raportti 68/2012, s. 107.

<sup>187</sup> Koskinen-Lundqvist-Ristiluoma (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, THL raportti 68/2012, s. 104.

<sup>188</sup> Suomen Hammaslääkäriliitto, Hampaiden ja suun sairaudet (<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suun-terveys/suun-sairaudet-ja-tapaturmat/hampaiden-ja-suun-sairaudet#.WK8W7zuLSUK>, vierailtu 16.3.17).

<sup>189</sup> Kallio-Kallio-Pesonen-Rahkonen-Murtomaa, Hammashoitopalvelujen käyttämättömyys, Voiko syynä olla muutakin kuin terveet hampaat?, Yhteiskuntapolitiikka 78 (2013):1, s. 22–23.

<sup>190</sup> Koskinen-Lundqvist-Ristiluoma (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, THL raportti 68/2012, s. 182.

<sup>191</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 19.

<sup>192</sup> Sutinen, Kela-korvausten leikkaus ohjaa suomalaisia julkiseen hoitoon – Lääkäri arvioi: Osa jättänyt hoidot kokonaan väliin, Helsingin Sanomat 28.2.2017.

<sup>193</sup> Poistetut toimenpiteet ovat hampaiston jäljennökset, paikkaushoidon tukitoimenpiteet, suun ja hampaiston muut toimenpiteet sekä ensiapuluonteiset tai muut vastaavat käynnit. Ks. Hammaslääkäriliitto, Kela-korvauksiin muutoksia 1.1.2015 (<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/ajankohtaista/ajassa/kela-korvauksiin->

määrä on laskenut 123 miljoonasta eurosta vuonna 2014 noin 55 miljoonaan euroon vuonna 2016.<sup>194</sup>

Hammaslääkäriliiton arvion mukaan noin kolmannes potilaista jää ilman tarvitsemaansa erikoishammaslääkärin hoitoa.<sup>195</sup>

Suun terveydenhuollon palvelujen tarpeen odotetaan lisääntyvän jo lähitulevaisuudessa mm. vanhenevan väestön määrän lisääntyessä. Hoidon tarvetta tulee lisäämään myös se, että hampaattomuuden vähentyessä vanhemmissa ikäluokissa yhä useammalla vanhuksella on omat hampaat.<sup>196</sup>

Vuonna 2013 tehdyn tutkimuksen mukaan suunterveys on Suomessa yleisesti parantunut ja terveyserot ovat tasaantuneet, mutta eri väestöryhmien välillä on edelleen suuria eroja. Palveluihin hakeutuminen sekä suun omahoito ovat vähäisintä vähemmän koulutetuilla, vaikka hoidon tarve näissä ryhmissä olisi suurin.<sup>197</sup>

Hammashoidossa henkilön omahoito on ensiarvoisen tärkeää ja esimerkiksi hampaiden reikiintymistä ja ien- ja kiinnityskudossairauksia voidaan kustannustehokkaimmin hallita itsehoidon avulla.<sup>198</sup> Tavallisimmat suun sairaudet ovat aiheutumismekanismitaan yksinkertaisia sairauksia, joiden ehkäisy olisi yksinkertaista ja kustannustehokasta. Sairaudeksi edettyään niiden hoito sen sijaan on työvoimavaltaisella alalla kallista, minkä lisäksi niiden hoitoennuste on huono. Hyvään omahoitoon kuuluisivat paitsi suun ja hampaiden puhdistus, myös sokerin käytön rajoittaminen, fluori- ja ksylitolituotteiden käyttö sekä säännölliset suun terveydenhuollon ammattilaisen tarkastukset.<sup>199</sup>

---

[muutoksia-112015#.WMaRE6KxWUI](http://www.kela.fi/sairaanhoitokorvaukset_kirjeet-ja-tiedotteet), vierailtu 16.3.17). Taksakohtaiset muutokset saatavilla osoitteessa [http://www.kela.fi/sairaanhoitokorvaukset\\_kirjeet-ja-tiedotteet](http://www.kela.fi/sairaanhoitokorvaukset_kirjeet-ja-tiedotteet), vierailtu 16.3.17.

<sup>194</sup> Kela korvasi vielä vuonna 2014 hammashoidosta 31,1% sairausvakuutuksen kautta ja eurotasolla korvauksia suoritettiin noin 123 miljoonan euron edestä. (Kela, Sairaanhoitokorvausten saajat/ Hammashoito 2014, <http://www.kela.fi/kelasto>, vierailtu 16.3.17.) Vuonna 2015 Kela-korvauksista leikattiin Sipilän hallituksen säästöjen mukaisesti 75 miljoonaa euroa, josta 33 miljoonaa kohdistui hammashoidon korvauksiin. (HE 204/2014.) Leikkausten jälkeen hammashoidon Kela-korvausprosentti oli enää 24,1%. (KELA, Sairaanhoitokorvausten saajat/ Hammashoito 2015, <http://www.kela.fi/kelasto>, vierailtu 16.3.17.) Leikkauksia jatkettiin vuoden 2016 alusta, jolloin hammashoidon sairausvakuutuskorvauksia leikattiin edelleen 40 miljoonaa euroa (HE 204/2014), minkä seurauksena korvausprosentti laski 15,7%:iin. Tämän seurauksena sairausvakuutuskorvauksia maksettiin suun terveydenhuollosta enää noin 55 miljoonaa euroa, eli alle puolet vuoden 2014 tasosta. (Kela, Sairaanhoitokorvausten saajat/ Hammashoito 2016, <http://www.kela.fi/kelasto>, vierailtu 16.3.17.)

<sup>195</sup> Erikoishammaslääkäreistä on pula – osa väestöstä jää vaille hoitoa, Hammaslääkäriliiton tiedote, Hammaslääkäripäivät 7.11.2013 (<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/erikoishammaslaakareista-pula-osa-vaestosta-jaa-vaille-hoitoa#.WLWbvjuLSUk>, vierailtu 16.3.17).

<sup>196</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013) s. 29–30. Ks. myös Erikoishammaslääkäreistä on pula – osa väestöstä jää vaille hoitoa, Hammaslääkäriliiton tiedote, Hammaslääkäripäivät 7.11.2013.

<sup>197</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (Helsinki 2013) s. 23.

<sup>198</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013) s. 41. Ks. myös Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 29, jonka mukaan USA:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan sairauden hoitoon perustuva järjestelmä ei ole taloudellisesti kestävä, sosiaalisesti tavoiteltava tai eettisesti vastuuntuntoinen lähestymistapa. Suun sairauksista hyvin suuri osa kyetään jo ennaltaehkäisemään ja yhteisöön vaikuttava ennaltaehkäisevä toiminta on yleisesti ottaen kustannustehokkaampaa verrattuna toimenpiteisiin pohjautuvaan lähestymistapaan. Tämä on totta erityisesti riskiryhmien osalta.

<sup>199</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013), s. 60–61.

Kuitenkin vuonna 2011 vain noin 80% naisista ja 50% miehistä harjasi hampaansa suosituksen mukaan kahdesti päivässä tai useammin.<sup>200</sup> Kansainväliset vertailut ovat jo pitkään osoittaneet suomalaisten nuorten ja erityisesti poikien harjaavan hampaitaan muiden maiden ikätovereitaan vähemmän. Vaikuttaakin siltä, että nuorena opitut tavat ovat jatkuneet aikuisiällä. Vuonna 2010-2011 tehdyn tutkimuksen mukaan suomalaisista yläasteikäisistä vain 50% ja lukioikäisistä 60% harjasivat hampaansa kahdesti päivässä. Tämän on arvioitu merkitsevän sitä, että suomalaisten hampaiden harjaus tulee pysymään liian vähäisellä tasolla vielä pitkään tulevaisuuteen.<sup>201</sup>

Suun itsehoidon tasoa parantamalla voitaisiin vähentää suun terveydenhuollon hoitopalvelujen tarvetta. Tällä olisi vaikutusta sekä palvelujen kysyntään, että myös palvelujen järjestämisestä syntyviin kustannuksiin.<sup>202</sup> Korjaavan hammashoidon kustannukset ovat merkittävä menoerä kehittyneissä maissa, ja niiden osuus julkisista terveydenhuollon menoista on 5–10 prosenttia<sup>203</sup>. Lisäksi säännöllisillä, suun terveysongelmien ennaltaehkäisyä tukevilla tarkastuksilla voitaisiin ehkäistä ja hoitaa kroonisia suun sairauksia niin, etteivät ne pääsisi pahenemaan ja mahdollisesti aiheuttamaan edelleen muita sairauksia. Ennaltaehkäisevä suun terveydenhoito parantaa omahoitoa. Kuitenkin esimerkiksi yksityisen suun terveydenhuollon Kela-korvausten merkittävät leikkaukset vaikuttavat vievän suun terveydenhuoltoa Suomessa ennaltaehkäisevästä hoidosta päinvastaiseen suuntaan, jossa hoitoon ei enää hakeuduta edes entisellä tasolla.<sup>204</sup>

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2013 julkaistussa raportissa on katsottu suun terveydenhuoltoon liittyväksi uhkaksi kannusteiden ja palkkiojärjestelmien painottuminen liiaksi korjaavaan hoitoon ennaltaehkäisevän hoidon kustannuksella.<sup>205</sup> Lainsäädäntö jo tuolloin määritteli ja tuki terveyden edistämistä ja ehkäisevää suun terveydenhoitoa. Näiden merkitys tiedostettiin, mutta käytettävissä olevia keinoja ei riittävästi hyödynnetty tavoitteiden saavuttamiseksi. Merkittäväksi tekijäksi katsottiin korjaavaan hoitoon painottuva palkkiojärjestelmä sekä toimenpidekeskeiset tuottavuutta ja kustannustehokkuutta kuvaavat mittarit. Valtakunnallisia terveyden edistämisen ja ehkäisevän hoidon vaikuttavuusmittareita ei ollut käytössä.<sup>206</sup>

Suun terveydenhuollon kustannuksia on kuitenkin viime vuosina saatu laskemaan nimenomaan sellaisissa teollisuusmaissa, jotka ovat investoineet ennaltaehkäisevään suun terveydenhuoltoon ja missä tämän seurauksena on saatu suun sairauksien ilmenemistiheys laskuun.<sup>207</sup>

Hoitotakuun määräaikojen toteuttamisen ja seurannan katsottiin myös johtaneen siihen, että hoidon painopiste oli siirtynyt akuuttihoitoon ja akuuttiluonteisen hoidon suuntaan kokonaishoidon ja

---

<sup>200</sup> Koskinen–Lundqvist–Ristiluoma (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*, THL raportti 68/2012, s. 102.

<sup>201</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013), s. 61.

<sup>202</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013), s. 14.

<sup>203</sup> Kallio–Kallio–Pesonen–Rahkonen–Murtomaa, *Hammashoitopalvelujen käyttämättömyys, Voiko syynä olla muutakin kuin terveet hampaat?*, *Yhteiskuntapolitiikka* 78(1)2013:20–34, s. 20; WHO, *Oral health fact sheet no. 318* (2012) (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>, vierailtu 16.3.17).

<sup>204</sup> Sutinen, *Kela-korvausten leikkaus ohjaa suomalaisia julkiseen hoitoon – Lääkäri arvioi: Osa jättänyt hoidot kokonaan väliin*, *Helsingin Sanomat* 28.2.2017.

<sup>205</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013), s. 9.

<sup>206</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013), s. 14.

<sup>207</sup> Petersen–Bourgeois–Ogawa–Estupinan–Day–Ndiaye, *The global burden of oral diseases and risks to oral health*, *Bulletin of the World Health Organization* 83(9)2005:661–669, s. 665.

pitkäjänteisten hoitosuhteiden sekä kroonisten suusairauksien hoidon kustannuksella. Johtopäätöksenä todettiin, että seurannan toteutuminen yksin määräaikoja mittaamalla voi ohjata toimintaa liikaa vain jonojen seurantaan laadullisen kehittämisen sijaan.<sup>208</sup>

Hyvä hoidon saatavuus edellyttää kysynnän ja kapasiteetin tasapainoa. Palvelujen riittävän tarjonnan takaamiseksi tulisikin vaikuttaa kysyntään muun muassa edellä kuvatuin keinoin.

Suomen suun terveydenhuollon merkittävä ongelma on liian vähäisestä kapasiteetista johtuvien pitkien odotusaikojen aiheuttama julkisten palvelujen huono saatavuus. Toisaalta yksityisen suun terveydenhuollon kustannukset ovat asiakkaalle korkeat, erityisesti kun palveluihin annettavaa sairausvakuutuskorvausta on leikattu merkittävästi viime vuosina. Nämä molemmat seikat luovat eriarvoisuutta ja heikentävät palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Tämän seurauksena myös suomalaisen suun terveydenhuollon hoidon tehokkuus laskee, sillä käytettävissä oleva kapasiteetti ei allokoidu optimaalisesti.

Toisaalta sairausvakuutuskorvaukset tällä hetkellä ohjaavat suun terveydenhuoltoa lyhyellä tähtämällä halpojen, mutta huonompilaatuisten ratkaisujen tekemiseen. Tämä kasvattaa suun terveydenhuollon kustannuksia pitkällä aikavälillä, sillä se johtaa toimenpiteiden ketjuuntumiseen ja huonompaan suunterveyteen. Suun terveysongelmat puolestaan aiheuttavat lukuisia muita sairauksia, joiden aiheuttamat välilliset kustannukset ovat kansantaloudellisestikin merkittäviä. Suun sairauksien ja suunterveyden välillisistä kustannuksista ei ole saatavilla laajaa aineistoa erityisesti Suomea koskien, mutta saatavilla olevien tietojen perusteella suun sairauksilla on mitä todennäköisimmin merkittäviä kansanterveydellisiä ja kansantaloudellisia vaikutuksia.

SOTE-uudistuksen tavoitteena on vastata muun muassa yllä selvitettyihin ongelmiin ja tehostaa suomalaista suun terveydenhuoltoa niin, että käytettävissä oleva kapasiteetti saataisiin mahdollisimman tehokkaasti palvelemaan suun terveydenhuollon kehittämistä. Tavoitteena on myös asiakkaan valinnanvapautta lisäämällä valjastaa kaikki suomalaiset ottamaan vastuuta omasta suunterveydestään ja sen hoidosta. Suomen suunterveyden tasoa voidaan huomattavasti nostaa yhdistämällä asiakkaiden omahoito tasa-arvoisesti saatavilla oleviin ja korkealaatuisiin suun terveydenhuollon palveluihin. Palvelujen painopisteen tulisi olla ennaltaehkäisevässä suun terveydenhuollossa, jotta suun terveydenhuollon kustannukset saataisiin ulkomaisten esimerkkien avulla laskuun.

## **5. ESITETTY KAPITAATIOMALLI JA ARVIO SEN VAIKUTUKSESTA SUUNTERVEYTEEN SUO- MESSA**

Hallituksen esitysluonnoksessa todetaan, että SOTE-uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta sekä hillitä kustannusten kasvua. Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on myös sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen. Uudistuksella pyritään myös vahvalla ohjauksella varmistamaan nykyistä asiakaslähtöisempien, integroitujen ja vaikuttavien palvelujen toteutuminen kustannustehokkaalla tavalla. Integroidun palvelurakenteen tavoitteena on muun muassa mahdollistaa käytössä olevien voimavarojen vaikuttava ja kustannustehokas hyödyntäminen.<sup>209</sup>

---

<sup>208</sup> Suun terveyttä koko väestölle – Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM 2013:39 (2013), s. 24.

<sup>209</sup> Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, Yleispuhe- ja kirjallisuusvaliokunta, Yleispuhe- ja kirjallisuusvaliokunta 31.1.2017, s. 50–51.

Nimenomaan valinnanvapautta koskevan esitysluonnoksen tavoitteena on muun muassa edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelun tuottaja, parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua sekä vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen. Toteutettavan valinnanvapausmallin tulisi myös kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta sekä tukea itsemääräämisoikeutta ja yksilöiden omaa vastuunottoa terveydestään ja hyvinvoinnistaan.<sup>210</sup> Esitysluonnoksessa esitettyä mallia tulee myös suun terveydenhuollon osalta arvioida erityisesti näitä tavoitteita vasten.

Luonnoksessa esitetään mallia, jossa asiakas valitsisi oman suun terveydenhuollon palveluntuottajan ilmoittautumismenettelyssä vuodeksi kerrallaan. Ilmoittautuminen tulisi tehdä maakunnalle.<sup>211</sup> Lailla säädettäisiin näistä ns. suoran valinnan palveluiden piiriin kuuluvista palvelukokonaisuuksista. Palveluihin kuuluisivat esimerkiksi perustason suun terveydenhuollon palvelut ja ns. laajennetun perustason suun terveydenhuollon palveluja. Suoran valinnan palvelut sisältäisivät kiireettömät palvelut sekä suunhoidon yksikön aukioloaikojen rajoissa kiireelliset palvelut (kiirevastaanotot).<sup>212</sup> Maakunta vastaisi suoran valinnan palveluihin sisältyvien palvelukokonaisuuksien ja asiakkaiden palveluketjujen yksityiskohtaisemmasta määrittelystä maakunnan ja sen asukkaiden tarpeiden mukaisesti.<sup>213</sup>

Maakunnan liikelaitoksen toimipisteet tuottaisivat ne sosiaali- ja terveysterveystoimet, jotka eivät kuulu suoran valinnan palvelujen tai niihin sisältyvän maksusetelin piiriin tai asiakassetelin piiriin. Asiakkaan palvelutarpeesta riippuen asiakas saisi palvelun suoraan maakunnan liikelaitoksesta tai asiakkaalle myönnettäisiin asiakasseteli tai henkilökohtainen budjetti liikelaitoksen tekemän palvelutarpeen arvioinnin jälkeen.<sup>214</sup>

Suoran valinnan palveluntuottajat puolestaan saisivat esitetyn mallin mukaan kiinteän asiakas-kohtaisen kapitaatiokorvauksen, joka perustuisi listautuneiden asiakkaiden määrään ja tarvittaessa asiakkaan hyvinvointiriskiin.<sup>215</sup> Korvaus olisi siis riippumaton palvelujen tosiasiallisesta käytöstä.

Hallituksen esitysluonnoksen mukaan maakunnalle asetettaisiin velvollisuus korvata suoran valinnan palveluista vähintään 4/5 osuus kiinteänä korvauksena. Maakunta voisi päättää kiinteän korvauksen käytöstä myös asetettua vähimmäistasoa laajemmin ja maksaa tuottajalle koko korvauksen kiinteänä korvauksena.<sup>216</sup> Maakunta voisi maksaa saman kiinteän korvauksen kaikista asiakkaista (yleinen kiinteä korvaus) tai määrittellä erilaisia ryhmäkohtaisia kiinteitä korvauksia. Tällöin maakunta maksaisi tiettyyn ryhmään tai tiettyihin ryhmiin kuuluvasta asiakkaasta kiinteän korvauksen, jonka määrittelyssä olisi otettu huomioon kyseisiin ryhmiin lukeutuvien asiakkaiden oletettu hoidontarve. Ryhmät perustuisivat kansallisiin tarvetekijöihin ja niitä voisi olla useita erilaisia. Tarvetekijöille määriteltäisiin kansalliset painokertoimet, jotka määrittäisivät tarkemmin tietyn tarvetekijän merkitystä kiinteän korvauksen laskennassa. Maakunta voisi perustellusta syystä

---

<sup>210</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 53–54.

<sup>211</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 57.

<sup>212</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 56.

<sup>213</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 57.

<sup>214</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 57.

<sup>215</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yleisperustelut, s. 58.

<sup>216</sup> Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, Yksityiskohtaiset perustelut 31.1.2017, 51 § s. 36.

poiketa kansallisista painokertoimista oman alueensa korvausjärjestelmän toimivuuden varmistamiseksi. Poikkeaminen voisi olla hallituksen esitysluonnoksen mukaan perusteltua esimerkiksi suun terveydenhuollon korvausjärjestelmän osalta.<sup>217</sup>

On epäselvää, saavutettaisiinko esitetyllä mallilla yleisesti SOTE-uudistukselle tai nimenomaisesti valinnanvapauslainsäädännölle asetettuja tavoitteita suun terveydenhuollon piirissä.

Taloustieteen piiristä on todettu, että valinnanvapausuudistukset terveydenhuollon saralla voivat kannustaa tuottajia kilpailemaan potilaista ja kehittämään entistä parempia palveluja. Kilpailun syntymisen keskeisenä edellytyksenä on kuitenkin pidetty sitä, että tuottajien tulot riippuvat potilaiden valinnoista ("raha seuraa potilasta") ja että tulot ovat tuottajille aiheutuviin kustannuksiin nähden riittävällä tasolla. Toisin sanoen kannuste kilpailla asiakkaista suun terveydenhuollon alalla edellyttäisi toiminnasta syntyvän tuloja, joita on mahdollista käyttää investointeihin, kuten henkilökunnan palkkaamiseen, palveluvalikoiman laajentamiseen tai laadun parantamiseen.<sup>218</sup>

Kapitaatio olisi ongelmallinen suun terveydenhuollossa muun muassa johtuen kapitaatioon perustuvien korvausmallien yleisesti tunnistetuista haitallisista vaikutuksista hoidon laatuun ja saatavuuteen. Korvauksen perustuessa kapitaatioon lääkäreillä olisi kannusteita pidättäytyä suorittamasta hoitotoimenpiteitä, sillä niiden suorittaminen ei lisäisi maksettavaa korvausta vaan ainoastaan vähentäisi saatavaa voittoa.<sup>219</sup> Kapitaatioon perustuva korvausmalli suun terveydenhuollossa kannustaisi hammaslääkärinä myös pyrkimään mahdollisuuksien mukaan siirtämään vaativampaa hoitoa tarvitsevat potilaat eteenpäin sen sijaan, että lääkäri itse suorittaisi potilaan kaipaaman toimenpiteen.<sup>220</sup>

Kapitaatiojärjestelmien tyypillinen ongelma on, että korvauksen määrä ei heijasta sitä miten sairaita tai terveitä palveluntarjoajan potilaat ovat. Tämä luo palveluntarjoajalle kannusteen välttää potilaita, joilla on runsaasti sairauksia tai kalliisti hoidettavia sairauksia, sillä tällaisten potilaiden runsas määrä omien hoidettavien joukossa on tuottajalle merkittävä taloudellinen riski.<sup>221</sup> Hallituksen esitysluonnoksessa todetaan, että maakunnilla olisi velvollisuus korvata 80-100% suun terveydenhuollon suoran valinnan palveluista kapitaatiokorvauksella ja että kapitaatiokorvauksen määrittämisessä maakunnalla olisi oikeus ottaa huomioon tietyt tarvetekijät määritellyin painokertoimin.<sup>222</sup> Tässä käsitellyt kapitaation talous- tai kilpailutaloustieteelliset ongelmat ovat relevantteja myös hallituksen esitysluonnoksessa määritellyissä olosuhteissa.

Valinnanvapauslakiluonnoksen mukaan palveluntarjoajilla olisi myös suun terveydenhuollon piirissä velvollisuus hyväksyä potilaita potilaslistoilleen ilmoittautumisjärjestyksessä<sup>223</sup>, millä pyritäisiin poistamaan niin sanottu kermankuorinta, eli pelkästään helposti hoidettavien, terveiden potilaiden valinta. Palveluntuottajat voisivat tästä huolimatta kuitenkin pyrkiä vaikuttamaan suun

---

<sup>217</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yksityiskohtaiset perustelut, 51 § s. 37.

<sup>218</sup> Ks. Saxell, Terveydenhoitopalvelujen kilpailu voi johtaa kilpavarusteluun, VATT Policy Brief 4-2014, s. 2.

<sup>219</sup> Mechanic–Altman, Payment Reform Options: Episode Payment Is A Good Place To Start, Health Affairs 28(2)2009:w262–w271, s. w266; Miller, From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care, Health Affairs 28(5)2009:1418–1428, s. 1420.

<sup>220</sup> Iverson–Lurås, The Effect of Capitation on GPs' Referral Decisions, Health Economics 9(3)2000:199–210, s. 207.

<sup>221</sup> Miller, From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care, Health Affairs 28(5)2009:1418–1428, s. 1420.

<sup>222</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yksityiskohtaiset perustelut, 51 § s. 36–37.

<sup>223</sup> Hallituksen esitysluonnos, Yksityiskohtaiset perustelut, 16 § s. 15.

terveydenhuollon potilasainekseensa esimerkiksi keskittämällä toimintansa kaupunkeihin ja muille varakkaille alueille, missä asukkaiden suunterveys keskimäärin on parempi.

Kapitaatiokorvaukset synnyttäisivät suun terveydenhuollossa ongelmia myös hoidon laadun osalta. Kapitaatio on eräänlaista hintasääntelyä, joka ei kannusta laadun parantamiseen vaan ennemminkin sen pudottamiseen. Hintakatto olisi erityisen ongelmallinen suun terveydenhuollossa, missä kliinisen työn osuus on suuri, verrattuna esimerkiksi perusterveydenhuoltoon.

Ennalta määritellyt kattohinnat voisivat suun terveydenhuollossa johtaa yleisesti pyrkimykseen tuottaa palvelu mahdollisimman edullisesti ("race to the bottom"), sillä tällöin palveluntuottaja voisi maksimoida kattohinnan ja tuotantokustannusten erotuksena saatavan voiton. Laadun parantamiseksi tehtäviin investointeihin puolestaan kannustaisivat odotettavissa olevat korkeammat tulot. Kun saavutettavissa oleva tulo on hintakatolla rajoitettu, kannusteita investointeihin ja laadun parantamiseen ei ole. Suun terveydenhuollon laatu olisi kapitaatiomallissa lisäksi erityisen uhatuna, kun huomioidaan kasvava suun terveydenhuollon kustannuspaine johtuen väestön ikääntymisestä ja kun entistä suuremmalla osalla ikääntyneestä väestöstä on hoitoa tarvitsevia omia hampaita jäljellä.

Tämä selvitys ei sisällä kilpailutaloustieteellistä keskittymisanalyysiä, mutta yleisellä tasolla voidaan kuitenkin todeta, että kapitaatio johtaa todennäköisesti tuottajakenteen keskittymiseen, koska pienillä toimijoilla ei ole mahdollisuutta kantaa (vakuutustoimintaan verrattavaa) kapitaatio-riskiä.

Kapitaatiomallia suun terveydenhuollossa puoltaisikin lähinnä kustannusten näennäinen ennustettavuus ja edullisuus, kun suun terveydenhuoltopalvelujen tuottajille maksettavat korvaukset voitaisiin laskea ennalta. Odotettavissa olevan laadun heikkenemisen johdosta kustannusten ennakoitavuus olisi kuitenkin näennäistä ja lyhytkatseista. Kapitaatiokorvaukset eivät kannustaisi toteuttamaan parhaita mahdollisia suunterveyden hoitotoimenpiteitä ja esimerkiksi käyttämään paikkoihin kalliimpia, mutta kestävämpiä, ratkaisuja. Suun terveydenhuollossa teknologinen kehitys on johtanut kohti kestävämpiä, mutta samalla kalliimpia ratkaisuja (esimerkiksi keraamiset paikat ja kruunut). Kustannukset lyhyellä tähtämellä minimoiva hoito johtaisi siihen, että paikat olisi uusittava säännöllisin väliajoin, mikä aiheuttaisi lisäkustannuksia ylimääräisten hammaslääkärikäyntien johdosta. Tämä lisäisi suun terveydenhuollon kustannuksia pidemmällä aikavälillä. Heikkolaatuinen suun terveydenhuolto johtaisi myös sairauksiin ja välillisiin kustannuksiin muualla terveydenhuollossa. Tämä johtaisi suun terveysongelmien välillisten kustannusten nousuun erilaisten muiden sairauksien kustannusten nousun kautta.

## **6. VAIHTOEHTOINEN ESITYS SUUNTERVEYDEN JA SUUN TERVEYDENHUOLLON LAADUN PARANTAMISEKSI SUOMESSA**

### **6.1 Edellytyksiä valinnanvapauden ja kilpailun toimivuudeksi suun terveydenhuollossa**

Tarkasteltaessa kilpailun lisäämistä terveydenhuoltomarkkinoilla on syytä kiinnittää huomiota siihen, millaista kilpailua sääntelykokonaisuudessa oikeastaan tarkoitetaan tai millaiseen sääntelyyn se johtaa. *Kilpailuprosessi* voidaan määritellä sarjaksi aloitteista ja vastareaktioista koostuvia toimenpiteitä, joilla yritykset pyrkivät parantamaan asemaansa markkinoilla suhteessa kilpailijoihinsa. Kilpailun prosessiluonnetta korostavia määritelmiä voidaan luonnehtia *dynaamisiksi määritelmiksi*. Kilpailua ei tarkastella valokuvamaisena otoksena tietyn hetken tilanteesta, vaan pidemmän aikavälin kehityskulkuna, jossa tilanteet vaihtelevat. Kilpailun lopputulos ei ole ennakolta selvillä. Täydelliseltä tuntuva voitto osoittautuu myöhemmin vain yhdeksi vaiheeksi kehityksen pyörässä, jossa valta-asemia saavutetaan, pidetään ja menetetään. Tässä mielessä kilpailuprosessi on perusluonteeltaan ikuinen ja markkinavoima aina väliaikainen. Kilpailuteoriassa aiemmin painottuneesta vallitsevien kilpailuolosuhteiden kuvaamisesta on enenevässä määrin siirrytty

markkinoiden muutosta koskevan dynaamisen prosessin tutkimiseen. Kilpailuteoreettisessa kirjallisuudessa<sup>224</sup> puhutaan *kilpailun funktioista*, joilla kuvataan taloudellisen kilpailun merkitystä ja tehtäviä hyödykkeiden tuotannossa ja yhteiskuntaelämän järjestämisessä. Vapaa suorituskilpailu mahdollistaa sen, että

- 1) markkinoilla syntyvä tarjonta vastaa kuluttajien preferenssejä (*ohjausfunktio*);
- 2) tuotantopanokset ohjautuvat tehokkaimpaan mahdolliseen käyttöön ja yritykset hyödyntävät tehokkaimpia mahdollisia tuotantomenetelmiä (*allokaatiofunktio*);
- 3) teknisen edistyksen seurauksena markkinoilla syntyy aiempaa edullisempia tuotantomenetelmiä ja kokonaan uusia hyödykevaihtoehtoja (*innovaatiofunktio*);
- 4) markkinat reagoivat nopeasti olosuhteissa tapahtuviin muutoksiin sopeuttamalla ja uudelleen ohjaamalla tuotantoaan (*sopeutumisfunktio*);
- 5) markkinoilla syntyvä tulonjako perustuu suoritukseen (*tulonjakofunktio*);
- 6) markkinat itse kontrolloivat ja purkavat valtakeskittymiä ja estävät siten markkinavoiman pysyväisluonteisen keskittymisen (*vallan hajuttamisfunktio*).

Taloudellisessa kilpailussa voidaan erottaa toisistaan vaihdanta- ja rinnakkaisprosessi. *Vaihdantaprosessissa* tarkastellaan kauppakumppanin valinnanvapautta ja sen rajoituksia. Tämä valinnanvapaus on sitä suurempi, mitä suurempi hyödykkeiden keskinäinen korvaavuus on ja mitä joustavammin yritykset voivat suunnata tuotantoaan uudelleen. *Rinnakkaisprosessilla* tarkoitetaan samoilla markkinoilla toimivien kilpailevien yritysten välistä kilpailua, mukaan lukien sillä hetkellä vielä markkinoiden ulkopuolella olevat potentiaaliset kilpailijat. Rinnakkaisprosessi voidaan jakaa *innovatiiviseen* ja *imitoivaan* kilpailuun, jolloin saadaan esille kilpailun syklinen luonne. Innovatiivinen käyttäytyminen, esimerkiksi entistä paremman tuotantomenetelmän kehittäminen, tuo innovaation tekijälle kilpailuedun, jonka turvin yritys saa hetkittäisesti markkinavoimaa. Toimivassa kilpailussa kauppakumppanin tai asiakkaan riippuvuus on kuitenkin luonteeltaan tilapäistä. Luova prosessi saa päätöksensä kilpailijoiden ryhtyessä jäljittelemään innovatiivista yritystä, jotta luovalle kilpailulle syntyisi uusia edellytyksiä.

Sote-uudistusta koskevien linjausten mukaan järjestelmää on tarkoitus kehittää siten, että julkisen ja yksityisen sektorin palvelutuottajat tuottavat samoja palveluja kilpailutilanteessa, jolloin tarve yhtäläisiin toimintaedellytyksiin aktualisoituu entisestään. Tähän asti julkista ja yksityistä terveydenhoitoa on koskenut erilainen sääntely, esimerkiksi lupamenettelyt ja valvonta ovat poikenneet toisistaan.<sup>225</sup>

Palvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat ovat olleet usein taustalla, kun kilpailullisia elementtejä on otettu eri maissa käyttöön julkisesti rahoitettujen terveystalusten tuotannossa. Näin on pyritty houkuttelemaan uusia tuottajia ja monipuolistamaan palveluita. Ruotsin esimerkkiin viitaten on arvioitu, että valinnanvapausjärjestelmässä, jossa potilaalla on mahdollisuus valita palveluiden tuottaja, pienten palveluntuottajien alalle pääsy on helpompaa kuin markkinoilla, jossa toimijat

---

<sup>224</sup> Ks. esim. Arndt (1981) s. 52; Tolksdorf (1994) s. 17-32; Herdzina (1999) s. 16-33; Berg (1995) s. 302 ss.

<sup>225</sup> Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 60.



valitaan esimerkiksi hankintalain mukaisella tarjouskilpailulla. Tarjouskilpailussa hankittavat kokonaisuudet ovat usein suuria ja näin omiaan suosimaan isoja toimijoita. Kaiken kaikkiaan Ruotsissa valinnanvapausuudistus lisäsi muutamassa vuodessa terveyskeskusten lukumäärää lähes viidenneksellä. Samalla järjestelmä on kannustanut suurempia toimijoita ketjumaiseen toimintaan sosiaali- ja terveyspalveluissa, joissa tällaista monimuotoisuutta ei aikaisemmin ole ollut.<sup>226</sup>

Palveluiden saatavuuden parantaminen on ollut tärkeä tavoite monien maiden terveydenhuolto-uudistuksessa. Kun palvelutuotantoa avataan kilpailulle siten, että järjestelmän kannusteet ovat kunnossa, tämä luo edellytyksiä uusien toimijoiden alalle tuloon, mikä osaltaan parantaa palveluiden saatavuutta. Naapurimaiden esimerkit vahvistavat tämän; esimerkiksi Ruotsissa kilpailullisen toimintaympäristön luominen merkitsi palveluiden saatavuuden paranemista ja tarjonnan monipuolistumista.<sup>227</sup>

Kilpailua lisäävien uudistusten taustalla on ollut pyrkimys parantaa saatavuuden lisäksi laatua. Taloustieteen teoreettisen ja empiirisen kirjallisuuden perusteella terveyspalveluiden tuottajien välinen kilpailu on johtanut laadun paranemiseen ja kustannusten laskemiseen kilpailullisilla alueilla. Kilpailun ja laadun välinen vuorovaikutus voi kuitenkin olla moniselitteisempää, ja kilpailun vaikutukset riippuvat muun muassa tuottajien taloudellisista tavoitteista ja ominaispiirteistä. Valinnanvapaus vaatii kuitenkin tuekseen potilaille tarjolla olevaa vertailukelpoista tietoa, jotta valinnanvapaus toimii toivotulla tavalla.<sup>228</sup>

Nykyjärjestelmä ei sisällä systemaattisia kannusteita toimintojen kehittämiseen. Kilpailullisten elementtien ja valinnanvapauden lisääminen luo osaltaan kannusteet kehittää toimintaa ja luoda uusia innovatiivisia ratkaisuja. Hankintalain mukaista kilpailuttamista on moitittu siitä, että se ei nyky muodossaan edistä innovatiivisia ratkaisuja keskittyessään ennen muuta hintaan.<sup>229</sup>

Kilpailun toimivuuden edellytyksenä on, että asiakkaalla on valinnanvapaus eli mahdollisuus hylätä huonolaatuiset tai kalliit palvelut. Näin markkinat toimivat siten, että parhaimmat ja tehokkaimmat palveluntarjoajat säilyvät ja tehottomat poistuvat markkinoilta. Valinnanvapauteen perustuvan terveydenhuoltojärjestelmän rakentaminen mahdollistaisi palveluntuottajien välisen kilpailun laadulla ja hinnoilla. Potilaan valinnanvapauteen kytkeytyy tiukasti myös raha seuraa -potilasta toimintamalli. Kilpailu ei tällä hetkellä toimi parhaalla mahdollisella tavalla suun terveydenhuollon markkinoilla. Alalla on palveluresursseja, jonka tuomat mahdollisuudet tulisi hyödyntää entistä paremmin julkisessa palveluntuotannossa. Potilaan valinnanvapaus itsessään ei tuo automaattisia kustannussäästöjä, mutta se mahdollistaa toimijoiden tasapuolisten kilpailuolosuhteiden syntymisen ja siten kilpailuhyötyjen saavuttamisen.<sup>230</sup>

Jotta kilpailuprosessi (*toimiva valinnanvapaus*) voisi toimia ja tuottaa siltä odotettuja hyötyjä, valitun kompensatiomallin tulisi olla sellainen, että

---

<sup>226</sup> Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 62.

<sup>227</sup> Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 63.

<sup>228</sup> Ks. Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 63.

<sup>229</sup> Ks. Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 63.

<sup>230</sup> Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 63.

- 1) eri palveluntuottajien laatu, innovatiivisuus ja kustannusedut pääsevät esille
- 2) palveluntuottajilla on kannustin pyrkiä mahdollisimman hyvään suoritukseen
- 3) asiakastyytyväisyys ja siitä saatavat signaalit ohjaavat kysyntää hinta-laatusuhteeltaan parhaisiin toimijoihin
- 4) palveluntuottajilla on jatkuva kannustin kehittää palveluitaan.

Jo edellä kuvatuista syistä kapitaatiomalli ei täytä näitä vaatimuksia ainakaan suun terveyden ja suun terveydenhuollon palvelujen sääntelyssä. Pikemminkin kapitaatiomalli loisi *jäykän ja staattisen järjestelmän, jossa palveluntuottajilta puuttuvat kannustimet toimintansa kehittämiseen*. Palveluntuottajilla ei nimittäin olisi itselleen sanottavaa hyötyä laadun parantamisesta. Pikemminkin maksimihinnan piirteitä sisältävällä järjestelmällä luotaisiin negatiivisia kannustimia heikentää palvelun laatua aina kun mahdollista, sillä tämä maksimoisi palveluntuottajan saamaa katetta. Tämä voi ilmetä mahdollisimman halpojen kliinisten metodien käyttämisenä niissäkin tilanteissa, joissa hammaslääketieteelliset syyt puhuisivat muiden hoitokeinojen puolesta. Toisena kehityskulkuna voitaisiin olettaa nähtävän palvelutarjonnan keskittymistä palveluntuottajalle hinta-kustannussuhteeltaan mahdollisimman ”edullisiin” asiakasryhmiin, eli siis sellaisiin, joilta saadaan kapitaatiomaksuja ilman riskiä kalliista hoitotoimenpiteistä. Tämä eriarvoistaisi hammashuoltoa nykyiseenkin tilanteeseen verrattuna. Kolmanneksi palveluntuottajilta puuttuisivat kannustimet hoidon laatua parantaviin uusinvestointeihin aina kun niihin liittyisi merkittävä investointiriski.

Jotta valinnanvapaus tuottaisi tuottajille kannusteita toiminnan laadulliseen kehittämiseen, edellyttää tämä, että raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen palveluntuottajalle. On lisäksi tärkeä varmistaa, että rahan seuraaminen on joustavaa ja oikeudenmukaista.<sup>231</sup>

Tuottajille maksettavat korvaukset ja niiden määrätymisperusteet ovat olennaisen tärkeitä toivottujen tulosten saavuttamisen kannalta. Korvausten tulisi kannustaa vaikuttavaan ja laadukkaaseen tuotantoon sekä mahdollistaa järjestäjän tehokas ohjaus.<sup>232</sup> Suun terveydenhuollon laadun parantamisen kannalta erilaisia palvelusetelin käyttämiseen perustuvia ratkaisuja voidaan pitää jäykkää kapitaatiomallia parempana vaihtoehtona. Samalla on mahdollista luoda kansalaisille kannustimia omaehtoiseen suun terveyteen panostamiseen. Voidaan myös olettaa, että käytettävissä olevat resurssit saadaan parempaan käyttöön, kun maksettavat korvaukset korreloivat kapitaatiomallia paremmin kulloisenkin kysynnän eli vaadittujen hoitotoimenpiteiden kanssa. Sääntelymallin ei tulisi ohjata käyttämään mahdollisimman halpoja vaan mahdollisimman kustannustehokkaita hoitomalleja, kun huomioon otetaan potilaan tarve ja käytettävissä olevat resurssit.

Edellä mainituista syistä suun terveydenhuollon uudistus on mielestämme perusteltua toteuttaa ensivaiheessa muulla kuin esitetyllä kapitaatiomallilla. Jotta suun terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksessa saavutettaisiin halutut tulokset, olisi tärkeää huomioida muiden maiden suun terveydenhuoltojärjestelmien toimivat ja toimimattomat käytännöt. Tältä osin on korostettava erityisesti Iso-Britanniassa (NHS) tehtyjä virheitä suun terveydenhuollossa.

---

<sup>231</sup> Ks. Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 59.

<sup>232</sup> Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 64.

- NHS:n suun terveydenhuollon järjestelmä osoittaa, että liian matalia korvauksia saavat hammaslääkärit siirtyvät tarjoamaan palveluita yksityisesti, jolloin julkista suun terveydenhuoltoa tarjoavan lääkärin löytäminen voi muuttua äärimmäisen haastavaksi.
- NHS:n järjestelmän rakenteesta ja esimerkiksi hampaiden poistojen yleisyydestä järjestelmän piirissä on havaittavissa, että rahoitusmallista, joka ei riittävässä määrin heijasta tarjottujen palvelujen määrää ja syntyneitä kustannuksia, seuraa hoidon laadun heikkeneminen.
- Alankomaiden terveydenhoitojärjestelmän rakenteesta ja hollantilaisten hyvästä hammaslääkärikäyntitiheydestä on pääteltävissä, että hyviä tuloksia voidaan saada myös järjestelmällä, jossa potilaat pääasiassa itse ovat vastuussa suun terveydenhuollostaan.
- Tanskan ja Ruotsin kokemusten valossa on havaittavissa, että ennaltaehkäisevän suun terveydenhuollon korostaminen ja siihen investoiminen kannattavat suun terveyden parantamiseksi ja myös kustannusten vähentämiseksi.
- Tanskan terveydenhuoltojärjestelmässä on myös havaittu suun terveydenhuollon tietokantojen ja tiedonkeruun voivan tehostaa ennaltaehkäisevää suun terveydenhuoltoa.
- Ruotsin onnistuneesta karieksen ehkäisyohjelmasta voidaan myös havaita, että uudet mallit tulisi perustaa perusteelliseen selvitykseen.

## 6.2 Vaihtoehtoinen malli

Vaihtoehtoinen malli tähtää laadun, saatavuuden ja kokonaistehokkuuden parantamiseen (Vaihtoehtoinen malli). Mallin tavoitteena on hoidon laadun merkittävä nostaminen sekä siirtyminen kansantaloudelle kalliista reaktiivisesta toimintatavasta ennaltaehkäisevään suun terveydenhuoltoon.<sup>233</sup> Näin voitaisiin muun muassa hallita kroonista iensairautta ja minimoida uusien tautien puhkeaminen. Kuten edellä on selvitetty, pääosa suun sairauksista syntyy tunnettujen mekanismien seurauksena ja niiden ennaltaehkäisy olisi melko yksinkertaista ja edullista. Etenemään päästyään suun sairauksista sen sijaan tulee kalliita ja hankalia hoitaa, minkä lisäksi ne aiheuttavat lukuisia muita sairauksia ja erilaisten sairaustilojen pahentumista. Tehokkaalla ja laadukkaalla ennaltaehkäisyllä nämä suun sairauksien inhimilliset ja taloudelliset välilliset kustannukset voitaisiin välttää.

Vaihtoehtoisen mallin ensi vaiheessa vähennettäisiin julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon palvelujen asiakkaan omavastuiden eriarvoisuutta. Tämä voitaisiin toteuttaa nostamalla yksityisten suun terveydenhuollon palvelujen sairausvakuutuskorvauksia niin, että asiakkaiden omavastuu laskisi julkisen puolen omavastuiden tasolle. Tämä voitaisiin toteuttaa noin 200–300 miljoonan euron lisäinvestoinnilla suunterveyteen. Ottaen huomioon suun sairauksien merkittävät suorat ja välilliset kustannukset kansantaloudelle, tämä investointi todennäköisesti saataisiin takaisin sääs-

---

<sup>233</sup> Mallin kuvaus ja arvio tässä luvussa perustuu Oralin esitykseen ehdottamastaan mallista, mukaan lukien tätä koskevat julkisen sektorin kustannusarviot.

töinä näistä kustannuksista suun sairauksien vähentyessä, kansainvälisten esimerkkien mukaisesti.<sup>234</sup> Lisäksi tämän voidaan olettaa alentavan nykyisiä julkisen sektorin menoja, jolloin julkisen sektorin kustannustaakka ei kasva edellä kuvatun summan mukaisesti.

Mallissa toteutettaisiin *suunterveyden kansallinen diagnosointivaihe* 1.1.2019-31.12.2021. Tämän vaiheen aikana kerättyjen tietojen perusteella määriteltäisiin uudistuksen tarkat jatkotoimet. Porrastetulla uudistuksella pyritään paitsi uudistuksen hyvään ja joustavaan täytäntöönpanoon, myös välillisiä kustannuksia synnyttävän suunterveyden korjausvelan poistamiseen.

Esitettyssä mallissa palvelusta maksettava julkinen korvaus voisi olla kiinteähintainen, mutta palveluntuottajille tulisi sallia joustava hinnoittelu (esimerkiksi ilta- tai viikonloppulisät). Lisäksi mallissa yksityiset suun terveydenhuollon palveluntuottajat sitoutuisivat olemaan nostamatta hintoja omavastuun laskua vastaavasti ja erityisryhmien asiakasmaksut pidettäisiin ennallaan. Tämä koskisi esimerkiksi diabeetikkoja, joilla on sairaudestaan johtuen erityistarve saada suun terveydenhuollon palveluja. Myös yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijat tulisivat valinnanvapauden piiriin ja saisivat opiskelijakortillaan suun terveydenhuollon palvelut edullisella asiakasmaksulla. Asiakasmaksulain uudistuksella säädeltäisiin ensimmäisen vaiheen hinnoittelusta.

Asiakasmaksut kerättäisiin 1.1.2019 alkaen suoraan suun terveydenhuollon palvelupisteessä. Näin vältettäisiin pienten asiakasmaksusummien laskuttamisen aiheuttamat turhat transaktiokustannukset ja voitaisiin kohdistaa varat varsinaiseen suun terveydenhuoltoon. Asiakasmaksun periminen asiakkaalta suoraan palvelupisteessä vähentäisi myös palveluntuottajien luottoriskiä ja parantaisi yleensäkin asiakkaiden sitoutumista omaan hoitoonsa. Ruotsissa on myös todettu, että asiakkaan vastuu ainakin osasta hoitonsa kustannuksista on toivottavaa, jotta vältyttäisiin suun terveydenhuoltopalveluiden ylikulutukselta.<sup>235</sup>

Omavastuiden tasaaminen julkisen ja yksityisen sektorin suun terveydenhuollon palvelujen osalta korjaisi nykyisen epätasapainon, jossa julkisella puolella on saatavuusongelma, kun taas yksityisellä puolella on resursseja, mutta epäsuhtainen hinnoittelu rajoittaa hoitoon hakeutumista. Tästä epäsuhdasta ollaan laajasti yhtä mieltä ja esimerkiksi jo Kelan vuonna 2013 julkaistussa hammashoidon eri korvausmalleja pohtineessa selvityksessä todettiin olevan johdonmukaista pyrkiä siihen, että suuremmalla osalla väestöstä olisi aikaisempaa paremmat mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluja. Myös sosiaali- ja terveysministeriö on korostanut julkisen ja yksityisen sektorin resurssien optimaalista hyödyntämistä suun terveydenhuollon saatavuuden edistämiseksi ja palvelujen tehokkuuden kehittämiseksi. Kaikkien opiskelijoiden tuominen valinnanvapauden piiriin lisäisi myös tasa-arvoa, saatavuutta ja resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä.

Suun terveydenhuollon palveluntuottajat aloittaisivat samanaikaisesti omavastuiden tasaamisen kanssa kattavan suun terveydentilan kartoituksen ja seurannan kansallisella tasolla. Tämä toteutettaisiin suun terveydenhuollon palveluntarjoajien antamalla palvelulupauksella<sup>236</sup>, jossa nämä sitoutuisivat laatimaan kaikista asiakkaistaan ientulehdustilanteen kartoittamiseksi ientaskukartan ja parodontiittiluokituksen (henkilön parodontiittiriskin määrittelemiseksi). Kerätyt tiedot tallennet-

---

<sup>234</sup> Suun terveydenhuollon kustannuksia on saatu vähennettyä teollisuusmaissa, joissa on suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevään hoitoon tehtyjen investointien seurauksena saatu suun sairauksien ilmenemistiheys laskuun. Petersen–Bourgeois–Ogawa–Estupinan–Day–Ndiaye, The global burden of oral diseases and risks to oral health, Bulletin of the World Health Organization 83(9)2005:661–669, s. 665.

<sup>235</sup> Kommittédirektiv 2014:28 om 2008 års tandvårdsreform, s. 4.

<sup>236</sup> Oral kuvaa palvelulupauksen sisällön tarkemmin tämän selvityksen **Liitteessä 1**.

taisiin potilastietojärjestelmään ja raportoitaisiin kanta.fi -palvelussa. Tämä mahdollistaisi kansallisen suunterveyden tilan kattavan diagnosoinnin ja suun terveydenhuollon toimien vaikuttavuuden seurannan.

Suomessa on jo toteutettu mittava, ennaltaehkäisyä painottanut reikiintymisen vastainen kampanja. Sen seurauksena lasten suunterveys parani Suomessa merkittävästi 1970-1990-lukujen aikana.<sup>237</sup> Ientulehdusten suuren levinneisyyden ja mittavien välillisten vaikutusten takia, sekä väestön ikääntyessä vastaavanlainen kampanja tulisi toteuttaa ientulehdusten osalta osana siirtymää ennaltaehkäisevään ja korkealaatuiseen suun terveydenhuoltoon.

Palvelulupauksen avulla uudistuksen ensimmäisten vuosien aikana kerättävää tietoa voitaisiin kansallisella tasolla käyttää suun terveydenhuollon uudistuksen toisen portaalan toimenpiteiden yksityiskohtaiseksi määrittelemiseksi. Seurannan avulla olisi mahdollista tutkia miten eri suun terveydenhuollon toimet vaikuttavat sekä potilaiden suunterveyteen että kokonaisterveyteen, kuten edellä mainittujen erilaisten vakavien sairauksien ilmenemiseen ja hoitotasapainoon. Tällä tavalla voitaisiin myös vertailla eri toimenpiteiden kustannustehokkuutta kansantalouden näkökulmasta. Tämä mahdollistaisi tehokkaampien ohjauskeinojen käytön paitsi kansalaisiin nähden, myös suhteessa suun terveydenhuollon palveluntuottajiin.

Tarkkojen vaikutuslaskelmien perusteella julkinen tuki voitaisiin suun terveydenhuollossa kohdistaa sellaisiin toimenpiteisiin, jotka kaikkein kustannustehokkaimmin vähentävät yksilölle ja kansantaloudelle sekä inhimillisesti että taloudellisesti kalliita sairauksia. Tämä voitaisiin toteuttaa henkilökohtaisen suun terveydenhuollon tilin avulla, joka annettaisiin jokaiselle käytettäväksi suun terveydenhuollon palvelujen ostoon vuosittain. Palveluja olisi voitava omakustanteisesti hankkia myös tilin arvon ylittävältä osalta, sillä tämä mitä todennäköisimmin parantaisi suunterveyden tasoa ja vähentäisi julkisen suun terveydenhuollon kustannuksia pidemmällä aikavälillä paremman ennaltaehkäisyänsä ansiosta. Tili lisäisi tasa-arvoa suunterveyden palveluihin pääsyssä ja parantaisi suun terveydenhuollon resurssien optimaalista käyttöä sekä julkisen että yksityisen puolen resurssit yhdistämällä. Tarkan seurantatiedon ansiosta olisi mahdollista määrittellä setelin arvo niin, että se paitsi parantaisi suunterveyden tasoa Suomessa kansallisesti, olisi myös kustannustehokas tämän tavoitteen saavuttamisessa.

### 6.3 Vaihtoehtoisen mallin vaikutukset verrattuna nykyesitykseen

Vaihtoehtoinen malli perustuu ensimmäisessä vaiheessa suun terveydenhuollon nykyisen saatauvuusongelman ratkaisemiseen yksityisen suun terveydenhuollon palvelujen asiakkaan omavastuuta laskemalla. Suun terveydenhuollon nykyjärjestelmässä julkisten palvelujen käyttäjän omavastuu on noin 20% palvelujen tuottamisen kustannuksista. Kapasiteettia on kuitenkin liian vähän, joten julkisissa palveluissa on merkittävä saatauvuusongelma. Yksityisissä suun terveydenhuollon palveluissa on vapaata kapasiteettia, mutta asiakkaan omavastuu on 85% palvelujen tuottamisen kustannuksista. Tällä hetkellä toisin sanoen tuetaan yhteisin varoin suun terveydenhuollon julkista palveluntuotantoa merkittävästi yksityistä palveluntuotantoa enemmän.

---

<sup>237</sup> Vuonna 1975 12-vuotiailla suomalaisilla oli keskimäärin 6,9 reikiintynyttä, paikattua tai kariksen vuoksi poistettua hammasta. Karies väheni merkittävästi vuoteen 1994 saakka. 1990-luvun puolivälissä tilanne alkoi kääntyä huonompaan suuntaan, mutta esimerkiksi vuonna 2000 luku oli edelleen merkittävästi lähtötasoa alhaisempi (keskimäärin 1,2). Suominen-Taipale–Sund–Widström, Association of Examination Rates with Children's National Caries Indices in Finland, *The Open Dentistry Journal* 3/2009:59–67, s. 59; Alanen, Kariesta ei voitettukaan, *Duodecim* 121(2)2005:129-130 (<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/2/duo94752>, vierailtu 17.3.17).

Verrokkimaissa on saatu hyviä kokemuksia terveydenhuollon avaamisesta kilpailulle: esimerkiksi Ruotsissa kilpailullisen toimintaympäristön luominen merkitsi palveluiden saatavuuden paranemista ja tarjonnan monipuolistumista.<sup>238</sup> Uusi malli perustuisi ensimmäisen vaiheen kattavaan suunterveyden ja suun terveydenhuollon vaikuttavuuden analyysiin, joten se toteutettaisiin Ruotsin esimerkin mukaisesti perusteellisen selvityksen nojalla.

Vaihtoehtoinen malli kannustaisi ennaltaehkäisevään suun terveydenhuoltoon, mikä mm. Ruotsin esimerkin mukaan on johtanut suunterveyden paranemiseen. Kansainvälisissä selvityksissä onkin todettu, että juuri ennaltaehkäisevällä työllä vähennetään eriarvoisuutta suun terveydenhuollossa ja saavutetaan parhaat hoitotulokset.<sup>239</sup> On myös vahvaa näyttöä siitä, että esimerkiksi reikiintymisen ennaltaehkäisyn edut ylittävät sen aiheuttamat kustannukset.<sup>240</sup> Nyt esitetyllä mallilla voitaisiin saavuttaa samanlaisia valtakunnallisia hyötyjä iensairauksien torjunnassa kuin mihin Suomessa aikoinaan päästiin juuri lasten hampaiden reikiintymisen torjunnassa. Tällä tavoin voitaisiin myös saavuttaa merkittäviä kansantaloudellisia säästöjä, jos suun sairauksien vähentymisen kautta myös niiden aiheuttamia muita terveysongelmia saataisiin vähennettyä.<sup>241</sup>

Jo esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuodelta 2012 peräisin olevassa ”Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011” tutkimuksessa todettiin, että iensairaudet ovat suomalaisten keskuudessa edelleen hyvin yleisiä. Tilastojen valossa niitä oli Pohjois-Suomessa ja Helsingin seudulla noin kahdella kolmasosalla väestöstä (56%:lla naisista ja 70%:lla miehistä). Erityisenä huolenaiheena nostettiin esiin iensairauksien runsas esiintyminen jo varhaisessa keski-ikässä, 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä.<sup>242</sup> Tästä huolimatta iensairaudet ovat jääneet Suomessa vain vähälle huomiolle, eikä tilanteen parantamiseksi ole ryhdytty merkittäviin toimenpiteisiin. Sen sijaan suun terveydenhuollon sairaanhoitokorvauksia on leikattu erittäin merkittävästi viime vuosina. Näiden leikkausten välillisistä kustannuksista muun muassa iensairauksien aiheuttamien muiden terveysongelmien muodossa ei ole tietoa. Täten vaikuttaa perustellulta, että osana Oralin esittämää vaihtoehtoista mallia esitetään nimenomaan iensairauksia koskevaa kansallista kartoitus- ja seurantakampanjaa sekä hoidon saatavuuden lisäämistä.

Kelan sairausvakuutuskorvauksia tarkastelleessa tutkimuksessa vuodelta 2013 verrattiin vaihtoehtoisia korvausmalleja ja arvioitiin, että tilimalli lisäisi jonkin verran yksityisen hammashoidon käyttöä ja voisi rohkaista säännölliseen hammashoittoon, koska pienillä kustannuksilla asiakkaan maksettavaksi jäisi nykyistä pienempi osa.<sup>243</sup> Sairausvakuutusjärjestelmää uudistettaessa on joh-

---

<sup>238</sup> Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 62.

<sup>239</sup> “Oral health inequalities will only be reduced through the implementation of effective and appropriate oral health promotion policy. Treatment services will never successfully tackle the underlying cause of oral diseases. Robust and reflective data is of supreme importance in the planning, implementation and evaluation of community preventive activities and oral health promotion. However, very few high quality outcome measures exist for use in the evaluation of oral health policy and environmental interventions. The lack of appropriate and high quality outcome measures is hampering the development of oral health promotion. As a result, there are few data to demonstrate the impact and potential of preventative measures. *Insufficient emphasis is often placed on the primary prevention of oral diseases.*” Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 47 (korostus lisätty).

<sup>240</sup> Patel, The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe (2012), s. 24.

<sup>241</sup> Ks. edellä luvut 2.1 ja 2.2.

<sup>242</sup> Koskinen–Lundqvist–Ristiluoma (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, THL Raportti 68/2012, s. 107.

<sup>243</sup> Jauhainen–Holappa–Maljanen–Virta–Helminen–Mikkola, Vaihtoehtoisia korvausmalleja hammashoidon sairausvakuutusjärjestelmän kehittämiseksi, Kela työpapereita 49/2013, s. 32.

donmukaista pyrkiä siihen, että suuremmalla osalla väestöstä olisi aikaisempaa paremmat mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluita. Tutkimuksessa tarkasteltujen vaihtoehtoisten korvausmallien lähtökohtana on edistää väestön pääsyä yksityiseen hammashoittoon. Korvausmalleja laadittaessa on myös pohdittu, voidaanko korvausjärjestelmää muuttamalla aktivoida väestöä hoitamaan ja tarkastuttamaan hampaitaan säännöllisesti. Hammashoidossa yksilön omahoito on ensiarvoisen tärkeää.<sup>244</sup> Tutkimuksessa arvioitiin, että tilimalli lisäisi palvelujen käyttöä maltillisesti.<sup>245</sup>

Oikein toteutettuna terveystalouden tuottajien välinen kilpailu johtaa laadun paranemiseen ja kustannusten laskemiseen kilpailullisilla alueilla. Kilpailun ja laadun välinen vuorovaikutus on kuitenkin monimutkainen kysymys, ja kilpailun vaikutukset riippuvat muun muassa tuottajien taloudellisista tavoitteista ja ominaispiirteistä ja niihin vaikuttavissa ohjausjärjestelmissä. SOTE:ssa keskeiseksi ohjausvälineeksi nousee käyttöön otettava korvausmalli.

Vaihtoehtoisella mallilla luodaan systemaattisia kannusteita toimintojen kehittämiseen. Kilpailullisten elementtien ja valinnanvapauden lisääminen luo osaltaan kannusteet parantaa laatua, kehittää toimintaa ja luoda uusia innovatiivisia ratkaisuja. Toimiva kilpailu edellyttää myös tietoa palveluista. Kun vertailukelpoista tietoa on saatavilla, potilas voi entistä helpommin valita tarpeisiinsa sopivan tuottajan. Pelkkä tieto ei kuitenkaan riitä, jos asiakkaalta puuttuvat tehokkaat mahdollisuudet reagoida mahdollisiin ongelmiin, eikä tätä voida korvata palveluntuottajan omilla raporteilla toimintansa onnistumisesta. Esitetyssä mallissa potilaalla on itsellään heti mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa, mikäli hän ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun. Asiakkaan mahdollisuus reagoida positiivisesti tai negatiivisesti onkin yksi keskeisistä toimivan kilpailun edellytyksistä.

SOTE:n onnistuminen suun terveydenhuollossa edellyttää kilpailuneutraliteettia. Tämä tarkoittaa, että yksityisiä ja julkisia toimijoita kohdellaan samantarvoisesti ja vältetään kaikkia sellaisia lainsäädännöllisiä tai hallinnollisia ratkaisuja, jotka vääristäisivät kilpailua palveluntuottajien välillä.<sup>246</sup> Tämä edellyttää ensinnäkin, että palveluntuottajilla on tasapuoliset oikeudet tarjota hammaslääketieteen ja erikoishammaslääketieteen palveluita. Toiseksi, hammashuollosta maksettavan julkisen tuen tulee olla samalla tasolla sekä julkisilla että yksityisillä palveluntuottajilla. Yksityinen sektori ei pysty kilpailemaan hinnalla julkisen palveluntarjoajan kanssa, mikäli julkista palvelua tuetaan verovaroin yksityistä palveluntuotantoa enemmän. Esitetyssä mallissa julkisen ja yksityisen korvausosuus on samalla tasolla ja kilpailuneutraliteetti saadaan turvatuksi.

Perimällä asiakkaan omavastuuosuus suoraan vastaanotolla vähennetään vaihtoehtoisessa mallissa merkittävästi transaktiokustannuksia. Tämä turvaa yksikanavaisen rahoitusmallin eikä niukoja resursseja tuhlaata rahojen siirtelyyn organisaatiosta toiseen. Esitetty yksikanavainen malli

---

<sup>244</sup> Jauhiainen-Holappa-Maljanen-Virta-Helminen-Mikkola, Vaihtoehtoisia korvausmalleja hammashoidon sairausvakuutusjärjestelmän kehittämiseksi, Kela työpapereita 49/2013, s. 8–9, 31. Suoritetun laskelman perusteella arvioitiin, että tilimalli ei lisäisi palvelujen käyttöä kohtuuttoman paljon. Vaikka tilimallissa keskimääräinen korvausprosentti (34 %) on alhaisempi kuin taksamallissa (37 %), tilimalli lisää palvelujen käyttöä, koska tilimallissa korvausprosentti muodostuisi taksamalla korkeammaksi kustannusten ollessa pienemmät kuin 500 euroa. Suurimmalla osalla potilaista kustannukset ovat alle 500 euroa.

<sup>245</sup> Jauhiainen-Holappa-Maljanen-Virta-Helminen-Mikkola, Vaihtoehtoisia korvausmalleja hammashoidon sairausvakuutusjärjestelmän kehittämiseksi, Kela työpapereita 49/2013, s. 31.

<sup>246</sup> Elinkeinotoiminnan näkökulmasta kilpailuneutraliteetti tarkoittaa julkisen ja yksityisen elinkeinotoiminnan tasapuolisia toimintaedellytyksiä. Oikeudenmukaisesti, tasapuolisesti ja puolueettomasti toimivat markkinat ovat tärkeitä, jotta taloudellinen tehokkuus ja yhteiskunnan voimavarojen tarkoituksenmukainen kohdentaminen toteutuisi. Ks. esim. Virtanen et al., Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset SOTE-palveluissa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016, s. 59–60. Todellinen kilpailu ei ole mahdollista, jos julkiseen ja yksityiseen sektoriin sovelletaan eri toimintaedellytyksiä.

on hallinnollisesti erittäin tehokas. Asiakasmaksun perimisen on myös havaittu lisäävän asiakkaan motivaatiota omaehtoiseen hampaiden hoitoon. Kuten edellä on selvitetty, esimerkiksi Ruotsissa katsotaan, että asiakkaan vastuu osasta terveydenhuollon palvelujensa kustannuksista on toivottavaa palvelujen ylikäytön estämiseksi. Heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevilta maksu voidaan jättää perimättä.

Julkaistussa HE-luonnoksessa SOTE-korvauksista 4/5 osaa perustuisi kapitaatioon ja vain 1/5 todellisiin hoitosuoritteisiin. Ehdotus on sikäli ymmärrettävä, että pelkästään suoriteperusteisiin korvauksiin liittyy riski ylihoitosta ja kustannusten käsistä karkaamisesta. Toisaalta, kuten edellä ilmenee, kapitaatiomallin merkittävänä heikkoutena on pidettävä sitä, että kapitaatio ei ohjaa palveluntuottajia tarkoituksenmukaiseen hoitotyöhön, kun korvausta ei makseta hoitotyön vaan asiakkuuden perusteella. Ongelma korostuu suunterveydessä, joka painottuu kliiniseen hoitotyöhön. Vaihtoehtoisessa mallissa suunterveyden julkiset korvaukset maksettaisiin kunkin palveluntuottajan todellisten suoritteiden perusteella, eikä ”kuolleiden sielujen”<sup>247</sup> perusteella, jotka palveluntuottaja on onnistunut itselleen haalimaan. Kilpailun toimivuuden ja hoitotyön kustannus-laatusuhteen näkökulmasta suoriteperusteisuus on selkeästi osumatarkempi vaihtoehto. Joka tapauksessa suunterveyden korvausten tulisi perustua ainakin pääosin suoritteille.

Potilaan näkökulmasta esitetty malli parantaa saatavuutta ja poistaa nykyistä eriarvoisuutta. Julkinen hammashoito ei pysty vastaamaan kaikkeen siihen kohdistuvaan kysyntään. Samaan aikaan yksityistä hammashoitoa on kuitenkin tarjolla runsaasti. Toisaalta yksityisen hoidon kustannukset ovat johtaneet tilanteeseen, jossa tarpeellinen hammaslääketieteellinen hoito jää usein kokonaan antamatta. Nykyisin suun terveydenhuollon palveluiden kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa. Keskeisin ongelma on, että yhä suurempi joukko palveluntarvitsijoista jonottaa hoitoa julkisella sektorilla samaan aikaan, kun yksityisellä puolella on vapaata kapasiteettia, mutta asiakailta puuttuu usein maksukykyä. Poistamalla nykyinen raja-aita julkisen ja yksityisen hammas­huollon väliltä jonot poistuvat, asiakas saa aidon valinnanvapauden ja voi hakeutua itsensä kannalta parhaaseen hoitopaikkaan. Tämän voidaan olettaa johtavan välillisten kustannusten laske­miseen.

Esitetty malli myös lisää joustavuutta ja järjestelmän kokonaistehokkuutta, kun niin koululaisten kuin työssäkäyvien hammaslääkäripalveluihin voitaisiin hakeutua myös iltaisin ja viikonloppuisin. Palvelujen saatavuus lisääntyisi, kun kysyntä ohjaisi palveluntuotantoa asiakkaiden luo. Näin yksityisten suun terveydenhuollon toimijoiden kilpailuneutraaliteetti julkisten palveluntuottajien kanssa mahdollistaisi muun muassa palvelujen palauttamisen alueille, joilta ne ovat viime vuosina kiihtyneen keskittämiskehityksen seurauksena poistuneet. Esimerkiksi Vantaa mietti vuonna 2013 silloin 33 eri hammashoitolassa tarjoamansa palveluiden keskittämistä Tikkurilaan ja Myyr­mäkeen vuoteen 2022 mennessä.<sup>248</sup> Päätöstä näin rajusta keskittämisestä ei ollut syksyyn 2016 mennessä tehty, mutta vuosittain suljetaan muutama toimipaikka ja kehitys kulkee kohti suurempia toimintayksiköjä.<sup>249</sup> Keskittämisen vaikutukset eivät siten rajoitu vain pienemmille paikkakun­nille, vaan koskevat koko Suomea.

---

<sup>247</sup> Kuolleet sielut on [Nikolai Gogolin](#) kirjoittama romaani, joka kertoo salaperäisen päähenkilön Tšitšikovin ostosmatkoista ja niistä koituvista tapahtumista. Tšitšikov osti matkoillaan maanomistajilta kuolleita sieluja eli kuolleita maaorjia, joita ei ole vielä poistettu henkikirjoitusluettelosta. Järjestelyllä myyjät välttivät varal­isuusveron ja ostaja saattoi käyttää kuolleita sieluja pankkilainan vakuutena. Kirja on Gogolin pääteos.

<sup>248</sup> Vantaan Sanomat, Vantaa keskittää: Vain kaksi hammashoitola jäi jäljelle, 11.11.2013 (<http://www.vantaansanomat.fi/artikkeli/264875-vantaa-keskittaa-vain-kaksi-hammashoitola-jaa-jaljelle>, vierailtu 14.3.17).

<sup>249</sup> Helsingin Sanomat, Hammaslääkärin tuoli taittuu näppärästi matkalaukkuun – vastaanottoaikasi hoide­taan pian uudella tavalla, 22.9.2016 (<http://www.hs.fi/kaupunki/art-2000002921991.html>, vierailtu 14.3.17).



#### **6.4 Vaihtoehtoisen mallin vaatimat muutokset HE-luonnoksessa esitettyyn lainsäädäntöön**

Vaihtoehtoinen malli suun terveydenhuollon uudistamiseksi edellyttäisi, että suun terveydenhuollon asiakasmaksuista säädettäisiin esimerkiksi laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Suun terveydenhuolto tulisi vastaavasti jättää HE-luonnoksessa esitetyn kapitaation ja muiden maksuja koskevien säännösten soveltamisalan ulkopuolelle. Malliin liittyvä maksuliikenne tulisi huomioida maakuntien rahoitusta koskevissa tulevilla lainsäädännöksissä. Rahoitusmuodosta huolimatta tavoitteena on, että viime kädessä kustannuksista vastaa maakunta, jolloin ehdotus on linjassa yksikanavaisen rahoitusjärjestelmän kanssa.