

HAMMASHOITOMAKSUJEN SUBVENTIOUUDISTUKSEN  
VAIKUTUS HAMMASHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖÖN,  
HOIDON SISÄLTÖÖN JA KUSTANNUKSIIN

Riikka-Mari Helveranta  
Pro gradu-tutkielma  
Terveystaloustiede  
Kuopion yliopiston terveys-  
hallinnon- ja talouden laitos  
Toukokuu 2008

## TIIVISTELMÄ

KUOPION YLIOPISTO, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta  
terveyshallinnon- ja talouden laitos, terveystaloustiede

RIIKKA-MARI HELVERANTA: Hammashoitomaksujen subventiouudistuksen vaikutus  
hammashoitopalvelujen käyttöön, hoidon sisältöön ja kustannuksiin

Pro gradu -tutkielma, 44 s, 1 liite (9 sivua)

Ohjaajat: YTM Eila Kankaanpää, PhD Urpo Kiiskinen, HLT, THM Liisa Suominen-Taipale

Kesäkuu 2008

---

Avainsanat: hammashoitopalvelut, subventiouudistus, moraalinen vaara

Hammashoidon subventiouudistuksella haluttiin tukea tasapuolista hoitoon pääsyä. Vuoteen 2002 saakka ennen vuotta 1956 syntyneet olivat epätasa-arvoisessa asemassa ikänsä puolesta, koska he eivät olleet oikeutettuja hammashoitoon terveyskeskuksessa tai sairausvakuutuskorvauksiin yksityisestä hammashoidosta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää onko hammashoitomaksujen subventiouudistus aiheuttanut muutoksia yksityissektorilla hammashoidossa käyneiden osuuteen, hammashoitopalvelujen sisältöön eli käyntien sisältämiin toimenpiteisiin sekä asiakkaiden hammashoitoon kohdistuneisiin kustannuksiin. Subventiouudistuksen vaikutusta tarkasteltiin terveyspalvelujen kysyntään ja tarjontaan liittyvän moraalisen vaaran näkökulmasta.

Tutkimusaineistona oli Kansanterveyslaitoksen ja Kelan yhteistyönä toteuttaman hammashoitouudistuksen vaikutuksia arvioivan tutkimuksen yhteydessä kerätty paneeliaineisto. Aineistosta käytettiin uudistusta edeltävänä vuonna 2001 kerätty ja toisella seurantakerralla alkuvuodesta 2004 kerätty osa.

Alustavien tutkimustulosten mukaan voidaan sanoa, että suuria muutoksia ei ollut verrattaessa vuosien 2001 ja 2004 tuloksia. Hammaslääkärissä käyneiden osuudessa ei ollut muutosta edellä mainittujen vuosien välillä. Jälkimmäisenä vuonna terveyskeskuksessa hoidossa käyneitä oli enemmän joten voidaan sanoa, että terveyskeskukseen hammashoitoon hakeutuminen oli kasvanut hieman subventiouudistuksen tultua voimaan. Yksityisellä hammaslääkärillä hoidossa käyneillä olivat kasvaneet hoidon tarpeen määrittelyn ja perushoitojen osuudet vuosien 2001 ja 2004 välillä. Kustannusrakenteessa korvattujen hoitojen osuus kasvoi kyseisien vuosien välillä molemmissa ikäryhmissä.

Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että subventiouudistuksen vaikutukset ovat uudistuksen tavoitteiden mukaisia.

## **ABSTRACT**

UNIVERSITY OF KUOPIO, Faculty of Social Sciences Department of Health Policy and Management, Health Economics

RIIKKA-MARI HELVERANTA: Implications of dental care reform for use of dental care services and contents and cost of dental care.

Master's Thesis 44 pages, 1 appendix (9 pages)

Advisors: MSc Eila Kankaanpää, PhD Urpo Kiiskinen, DDS, PhD, MSc Liisa Suominen-Taipale

June 2008

---

Key words: dental care services, dental care reform, moral hazard

Dental care reform was implemented in order to support equitable access to dental care services. Until 2002 people born before 1956 were in disadvantaged position because of their age as they were not entitled to subventioned dental care services.

In the present study the aim was to find out whether dental care reform brought about changes in quantity of private dental care users, the type of services utilized (e.g. treatment measures performed), and the costs of dental care services. The influence of dental care subvention reform was examined from viewpoint of moral hazard in demand and supply of services.

Empirical analyses were based on longitudinal survey data on oral health and dental care utilisation collected by the National Public Health Institute in order to evaluate the effects of the reform. The baseline data were collected in spring 2001 followed by identical survey in spring 2004.

The detected overall changes between the study years 2001 and 2004 were relatively small. There was no change in the proportion of study subjects who reported to have visited private dental care. Instead, an increase in proportion of subjects who reported having visited public dental care was shown. Some changes were detected in the type of care utilized by customers of private dental care. Two types of treatment measures performed increased: those determining need for care including examinations and radiographs, and basic care including restorative care, endodontics and polishing or scaling. The proportion of treatments eligible for the public health insurance reimbursement increased between years 2001 and 2004.

Results of the present study are in line with the goals set for the reform.

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 TUTKIMUKSEN TAUSTALLA OLEVAT TEORIAT .....	7
2.1 Terveyden kysyntä ja terveystalvelujen kysyntä.....	7
2.2 Terveydenhuollon markkinat .....	8
2.2.2 Hammashoitopalvelujen tarjonta ja kysyntä .....	10
3 TUTKIMUKSEN KESKEINEN VIIITEKEHYS .....	11
3.1 Moraalinen vaara.....	11
3.1.1 Kuluttajan moraalinen vaara .....	11
3.1.2 Palvelujen tarjoajan moraalinen vaara .....	12
3.2 Tarjoajien luoma kysyntä (Supplier Induced Demand, SID) .....	12
3.3 Vakuutuksen vaikutuksesta terveydenhuoltopalvelujen käyttöön ja kustannuksiin .....	13
3.4 Aikaisempia tutkimuksia vakuutuksen vaikutuksesta hammashoitopalvelujen käyttöön ja hoidon sisältöön .....	15
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	18
5 TUTKIMUSATELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT .....	19
5.1 Tutkimusaineisto, -asetelma ja menetelmät.....	19
5.2. Käytetyt muuttujat ja niiden luokittelu.....	20
6 TULOKSET.....	24
6.1 Kyselyyn vastanneet.....	24
6.2 Hammashoidossa käyneet.....	25
6.3 Hoidon sisältö .....	29
6.4 Molempina vuosina yksityishammaslääkärillä hoidossa käyneet.....	32
6.5 Hammashoitosektorin valinta .....	34
7 POHDINTA.....	37
7.1 Tutkimuksen merkityksen ja toteuttamisen tarkastelua .....	37
7.2 Tutkimustulosten tarkastelua .....	37
Lähdeluettelo .....	42
LIITE.....	45

## 1 JOHDANTO

Suomessa kunnallinen ja yksityinen palvelujärjestelmä yhdessä tuottavat väestön tarvitsemat hammashoitopalvelut. Kansanterveyslaissa 1972 säädettiin velvoite kunnallisen hammashoidon järjestämisestä. Voimavarojen vähäisyyden vuoksi julkinen hammashoito on kohdentunut ensisijaisesti lapsiin ja nuoriin, aikuisten käyttäessä pääasiassa yksityisiä palveluja ja maksaessaan hammashoidon kustannukset kokonaan itse. Kuntien järjestämät hammashoitopalvelut rahoitetaan verovaroilla sekä asiakasmaksuilla. Aikuisten hammashoitoa alettiin korvata sairausvakuutuksesta vuonna 1986. Hoitoon oikeutettujen määrää on lisätty siten, että vuodesta 1990 lähtien kaikki **vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet** kuuluivat osittain julkisesti rahoitetun hammashoidon piiriin. Vuoden 2000 lopussa päätettiin uudistuksesta, jossa julkisesti rahoitettu hammashoito laajennettiin koskemaan koko väestöä. Uudistus toteutettiin kahdessa vaiheessa siten, että 1.4.2001 alkaen vuonna 1946 syntyneet ja kaikki sitä nuoremmat olivat oikeutettuja hoitoon terveyskeskuksessa tai vastaavasti saamaan sairausvakuutuskorvauksia yksityishammaslääkärikäynneistä. 1.12.2002 alkaen sairausvakuutuskorvauksen piiriin tulivat myös vuonna 1945 ja sitä ennen syntyneet, jolloin hammashoidon sairausvakuutuskorvaus ulottui kattamaan koko väestön.

Osa yksityishammaslääkärin perimistä maksuista korvataan julkisesta sairausvakuutuksesta. Tutkimuksen toteuttamisen aikana Kansaneläkelaitos (Kela) korvasi yksityisestä hammashoidosta potilaalle aiheutuvia kustannuksia 60 % hoitokuluista vuonna 1972 vahvistetun taksan mukaan (Kiiskinen ym 2005, Arinen ym. 2004). Käytännössä korvaukset jäivät noin 30 – 40 %:iin todellisista kuluista, koska Kela ei ollut tarkistanut taksoja vuoden 1972 jälkeen ([www.kela.fi](http://www.kela.fi), [www.stm.fi](http://www.stm.fi)).

Hammashoitomaksujen subventiouudistus on ollut merkittävä terveystoiminnan toimenpide Suomen terveystoimintajärjestelmässä. Kansaneläkelaitos käynnisti yhdessä Kansanterveyslaitoksen (KTL) kanssa hankkeen hammashoitomaksujen subventiouudistuksen vaikutusten selvittämiseksi. Uudistuksen vaikutusten arviointi on osa hammashoidon kehittämistä. Uudistusta edeltävät tiedot oli kerätty keväällä 2001 ja seurantatiedot syksyllä 2002 sekä alkuvuodesta 2004. (Kiiskinen ym. 2005.) Uudistuksella ennakoitiin olevan vaikutusta hammashoitopalvelujen käyttöön ja suun terveyteen koska koko väestö voi käyttää subventoituja hammaslääkäripalveluja ja tämä alentaa

hammashoitopalvelujen käytön taloudellisia esteitä. Asiakaskunta kasvaa koska hampaallisten osuus jatkuvasti suurenee väestössä.

Aineistoon perustuvan aikaisemman tutkimisen näkökulma on ollut hammashoitopalvelujen käyttö, käyttäjien sektorin valinta ja jakautuminen sektorien kesken sekä uudistuksen vaikutukset kohdeväestön suunterveyteen lyhyellä aikavälillä (Kiiskinen ym. 2005). Aineistosta ei ole tutkittu hammashoitopalvelujen hoidon sisältöjä ja kustannusten ja hoidon sisällön muutosten välistä suhdetta. Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan mahdollista hammashoitopalvelujen hoidon sisällön muutosta kysymyksellä: Mitä muutoksia hammashoitomaksujen subventiouudistus on aiheuttanut yksityissektorin hammashoitopalvelujen hoidon sisältöön (tehtyihin toimenpiteisiin)? Hammashoidon kustannusten muutosta subventiouudistuksen aikana tarkastellaan kysymyksellä: Mitä muutoksia uudistus on aiheuttanut asiakkaiden hammashoidon kustannuksiin? (Asiakkaan antamaa tietoa.)

Näitä uudistuksen mukanaan tuomia muutoksia tulisi tarkastella terveydenhuollon rajallisia voimavaroja vasten, jotta välttytään voimavarojen epätarkoituksenmukaiselta käytöltä ja kohdentumiselta sekä yhteiskunnan hyvinvointitappion synnyttämiseltä. Sairausvakuutuksen laajeneminen koko väestöä koskevaksi lisää palvelujen tasapuolista ja oikeudenmukaista jakautumista. Samalla se kuitenkin lisää myös moraalisen vaaran vaikutusta sekä kuluttajien että palvelujen tarjoajien käyttäytymisessä.

Tässä tutkielmassa esitellään ensin tutkimuksen taustalla olevat teoriat ja tutkimuksen keskeinen viitekehys. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat esitellään luvussa 4 ja tutkimusasetelma, aineisto ja menetelmät luvussa 5. Tulokset esitellään luvussa 6, jonka jälkeen viimeinen luku sisältää pohdinnan ja johtopäätöksiä.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTALLA OLEVAT TEORIAT

### 2.1 Terveyden kysyntä ja terveystalouden kysyntä

Terveyden kysyntämallien lähtökohtana on oletus, että kuluttaja pyrkii maksimoimaan hyvinvointiaan ja rationaalisena olentona edistämään terveyttään, jolloin terveystaloustieteessä sanotaan tällöin hänellä esiintyvän terveyden kysyntää. Yksilön hyvinvointi riippuu erilaisten hyödykkeiden yhdistelmien määrästä. Yksilön preferenssit, hyödykkeiden hinnat ja käytettävissä olevat tulot säätelevät hankittavien hyödykkeiden määrää. (Sintonen ym, 1997, 113-128, Arinen S, 1992.)

Terveyden kysynnän taloudellista mallia on kehittänyt erityisesti Michael Grossman, jonka mukaan kysyntä terveydenhuollossa on pohjimmiltaan terveyden kysyntää ja terveystalouden kysyntä voidaan johtaa terveyden kysynnästä. Terveystaloudet eivät välttämättä suoraan tuota hyötyä kuluttajalle vaan joissain tapauksissa pikemminkin suoraa haittaa, mutta niiden ajatellaan parantavan terveyttä jatkossa. Grossmanin mukaan yksilöllä on terveystaloudet, jolla on taipumus vähentyä ajan myötä. Yksilöt kuitenkin tuottavat terveyttä käyttämällä aikaansa ja yhdistelemällä erilaisia markkinahyödykkeitä budjettirajoitteen sisällä, jolloin terveystaloudet liittyy suoraan hyötyfunktioon muiden yksilön kuluttamien hyödykkeiden kanssa. Koulutuksen vaikutus terveystalouden kysyntään näkyy optimaalisen terveystalouden kasvamisena. (Grossman 2000, Wagstaff 1986.)

Terveystaloudilla on erityispiirre verrattaessa tavanomaisiin kulutushyödykkeisiin. Terveystalouden kysyntä on terveyden tarpeesta johdettua kysyntää, jolloin terveystaloudet ei kysytä niiden itsensä takia vaan niiden oletettujen terveystaloudet vaikutusten takia. Tämän vuoksi perinteistä talousteorian kysyntämallia on laajennettava niin, että terveyden kysyntämallissa terveydentila sisällytetään kuluttajan hyötyfunktioon. Terveystalouden kysyntä riippuu muun muassa palvelujen hinnasta, jotka koostuvat raha-, aika- ja matkakustannuksista. Muita kysyntään vaikuttavia tekijöitä ovat kuluttajan tulot, koulutus, olemassa oleva terveystalouden määrä ja siihen vaikuttavat tekijät, kuten elintavat ja ympäristötekijät.

Ellis ja McGuire (1990) ovat artikkelissaan käsitelleet terveydenhuoltopalvelujen kulutuksen määrää ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä parasta terveydenhuollon maksujärjestelmää.

Kysyntäpuolen kustannusten jakautuminen ja tarjontapuolen maksujärjestelmä antavat kaksi erillistä tapaa vaikuttaa terveystalouden kulutuksen määrään. Paras maksujärjestelmä kuluttajan hyvinvoinnin maksimoimiseen ja terveydenhuollon kulutuksen tehokkaan tason löytämiseen on sellainen, jossa tuottajat eivät ole halukkaita tuottamaan kaikkea palvelua jota kuluttajat kysyvät. Antamalla tuottajille korvausjärjestelmän kautta kannustimia rajoittaa tuotantoa voidaan suojella kuluttajia palvelujen tarjoajien moraaliselta vaaralta.

## 2.2 Terveystalouden markkinat

Markkinoilla myydään erilaisia tavaroita ja palveluita eli hyödykkeitä ja täydellisen kilpailun markkinoilla hyödykkeen kysyntä ja tarjonta määräävät sen hinnan. Täydelliset markkinat ovat talouden ideaalimalli, joka ei toteudu sellaisenaan millään talouden osa-alueella. Mikään täydellisten markkinoiden oletuksista ei päde terveydenhuollossa, joten täydelliset markkinat epäonnistuvat terveydenhuollossa.

Sintonen ja Linnosmaa (2000) ovat määritelleet piirteitä, jotka erottavat terveydenhuollon muista hyödykkeistä ja palveluista. Yksi piirre on, että yksilön terveystalouden kysyntä on ennustamatonta ja lisääntyy hänen sairastuttuaan. Toinen piirre on, että yksilö ei useinkaan tiedä palvelujen laatua.

Terveystalouden erityispiirteitä ovat epävarmuus, ulkoisvaikutukset ja tiedon epätasainen jakautuminen. Epävarmuus liittyy sekä yksilön sairastumiseen, sairastumisen seurauksiin ja sen mukanaan tuomiin rahallisiin menetyksiin sekä hoidon saamiseen, vaikuttavuuteen ja sen kustannuksiin. Terveystalouden palvelujen kysyntää on vaikea ennustaa, sillä jokaisen yksilön terveystalouden kysyntä ja käyttö on epävarmaa. (Sintonen ym, 1997.)

Julkinen valta subventoi hammashuoltoa, ja pyrkii näin vaikuttamaan hammashoitopalvelujen kulutukseen. Ulkoisvaikutuksena on väestön yleisterveydentilan kohoaminen. Välittämiseen perustuvaa ulkoisvaikutusta tapahtuu yksilötasolla kun hammaslääkäri tekee päätöksensä altruistisin periaattein epäitsekkäästi eikä omaa taloudellista etuaan ajatellen.

Tiedon epätasainen jakautuminen tarkoittaa, että kuluttajalla eli potilaalla ja palvelun tarjoajalla eli hammaslääkärillä on erilainen tiedontaso hammaslääkärin hyväksi. Tätä suhdetta kutsutaan agenttisuhteeksi. Ongelmallisen agenttisuhteesta tekee se, että molemmat pyrkivät maksimoimaan



hyvinvointiaan mutta heidän hyvinvointifunktionsa eivät ole toisistaan riippumattomat. (Sintonen ym, 1997.)

Täydellisillä markkinoilla kuluttaja on suvereeni eli täysin tietoinen palvelujen saatavuudesta ja kustannuksista. Todellisuudessa kuluttaja joutuu tiedon epätasaisen jakautumisen vuoksi delegoimaan päätöksenteon oman hoitonsa suhteen palvelujen tarjoajalle. Agenttisuhteen vuoksi palvelujen tarjoaja päättää kuluttajan puolesta mitä terveystalvveluja ja kuinka paljon tämä tarvitsee. (Evans 1991, Sintonen ym, 1997.)

### 2.2.1 Hammashoito terveydenhuollon erityistapauksena

Edellä luetellut terveydenhuollon erityispiirteet eivät ole voimakkaasti esillä hammashoidossa. Sintonen ja Linnosmaa (2000) ovat määritelleet piirteitä, jotka erottavat hammashoidon muista terveydenhuollon palveluista. Näitä piirteitä ovat

1 hammassairauksia on suhteellisesti vähän ja niiden esiintyminen on paremmin ennustettavissa

2 yksilöt tavallisesti kokevat hammashoidossa saman menettelytavan useasti elämänsä aikana ja voivat oppia kokemuksistaan palvelujen laadusta

3 hammassairaudet ovat suhteellisen helppoja diagnosoida ja melkein kaikki tieto hoitopäätöksiä varten voidaan saada röntgenkuvista

4 hammashoidossa on ehkä enemmän hoitovaihtoehtoja tietyn sairauden hoitoon kuin muissa sairauksissa

5 hammashoidossa on laajakantoisia ehkäisevän hoidon mahdollisuuksia, joilla todella on vaikutusta resurssien säästämiseen, toisin kuin muussa sairaanhoidossa

6 jos luetaan pois hammastapaturmat ja hammassärkytapaukset hammashoito on harvoin kiireellistä hoitoa eikä hoitamaton hammassairaus aiheuta välitöntä uhkaa yksilön terveydelle.

Edellä luetellut Sintosen ja Linnosmaan väitteet pitävät osittain paikkansa. Kuitenkaan esimerkiksi kohta 1, hammassairauksien ennustettavuus ei pidä täysin paikkaansa. Yksilön terveystalvveltyäytymisestä voidaan tehdä osittaista ennustamista hammassairauksien syntyyn mutta hammas- ja suusairauksien esiintymiseen yksilöllä vaikuttavat myös esimerkiksi lapsuudessa muodostunut syljenkoostumus tai hampaiston purenta-asemassa tapahtuvat muutokset trauman, kulumisen tai poistettujen hampaiden takia. Myöskään kohta 3, hammassairauksien väitetty helppous diagnosoinnissa ei täysin pidä paikkaansa. Kliininen diagnosointi on hammaslääketieteen vaativimpia osa-alueita yhdessä röntgendiagnostiikan kanssa. Hammassairaudet ovat yksi yleisemmistä pitkäaikaissairauksista eli niiden esiintyvyyttä ei voida pitää vähäisenä. Terveystalvvel 2000 -tutkimuksen mukaan aikuisväestöstä kariesta on joka kolmannella ja syventyneitä ientaskuja

kahdella kolmesta. (Suominen-Taipale ym. 2004.) Kohdassa 4 väitetty hoitovaihtoehtojen laajuus ei mitä luultavimmin koske klinisiä hoitoja. Kliinisten hoitojen hoitovaihtoehdot hammassairauksien kohdalla ovat rajoitetut mutta esimerkiksi proteettisia hoitovaihtoehtoja samaan tilanteeseen on useita.

### 2.2.2 Hammashoitopalvelujen tarjonta ja kysyntä

Hammashoitopalvelujen erilaiset tarjontaolosuhteet heijastuvat palvelujen kysyntään ja käyttöön. Zweifelin ja Manningin (2000) mukaan välimatkat ja näistä aiheutuvat aikakustannukset ovat kuluttajan tärkeimpiä kannustimia ja määräävänä tekijänä kun kuluttajat ratkaisevat valitsevatko yksityisen vai julkisen palveluntarjoajan ja missä määrin palveluja käytetään. Birch (1988) tutkimuksessa selvisi, että potilaat runsaan hammaslääkäritarjonnan alueella saavat huomattavasti keskimääräistä enemmän toimenpiteitä hoitoajanjakson aikana kuin harvemman hammaslääkäritiheyden alueella asuvat potilaat. Lisäys hammaslääkärien määrässä johtaa intensiivisempään palvelujen tarjontaan, koska useimmat hammaslääkärit haluavat tyydyttää tulotason tarpeensa.

Tampsi-Jarvala ym. (2007) on tutkinut tarjontaan vaikuttavaa hintakilpailua ja hinnoittelupäätöksen syntymistä yksityisillä hammashoitomarkkinoilla. Tutkimuksessa todetaan, että yksityisten hammashoitopalvelujen hinnat eivät määräydy normaaleissa markkinaolosuhteissa, eivätkä välttämättä edes yritysten kustannusrakenteen mukaan, vaan hinnoittelua ohjaa edunvalvontaorganisaation (Suomen hammaslääkäriliitto) hinnoittelupalvelu. Hinnoitteluun vaikuttaa myös erikoishammaslääkäri koulutus, yhteisvastaanotolla toimiminen ja muiden alueella sijaitsevien yksityishammaslääkärivastaanottojen määrä. Näillä kaikilla tekijöillä oli hintoja nostava vaikutus.

### 3 TUTKIMUKSEN KESKEINEN VIITEKEHYS

#### 3.1 Moraalinen vaara

Vakuutukselle on tyypillistä se, että sillä on taipumus vaikuttaa markkinoilla toimivien, sekä kuluttajien että palvelun tuottajan, käyttäytymiseen. Ongelmia aiheuttaa lähinnä kustannusten kontrollointi ja se koskee sekä julkista että yksityistä vakuutusta. Moraaliseksi vaaraksi (moral hazard) kutsutaan vakuutustapahtuman todennäköisyyden ja vahingon suuruuden kasvamista silloin kun yksilö on hankkinut vakuutuksen odottamattomien tapahtumien ja menojen varalle. Tällöin kyse on kuluttajien ja palvelun tarjoajan asenteissa tapahtuneesta höltymisestä.

Vakuutusmäärän muutoksen vaikutus tulee esille kuluttajien tai tuottajien käyttäytymisessä silloin kun palvelun kysyntä on joustavaa. Osassa terveystalouksista kysyntä on kuitenkin melko joustamatonta, jolloin muutokset julkisen vakuutuksen määrässä eivät aiheuta suurta muutosta kysynnässä kyseisessä terveystalouksessa. Tämän ovat todenneet Grabowski ym. (2005) tutkiessaan moraalista vaaraa hoivakotipalvelujen käytössä.

##### 3.1.1 Kuluttajan moraalinen vaara

Kuluttajan moraalinen vaara syntyy, koska vakuutus vähentää hoidon rahallisia kustannuksia, eikä hänellä ole taloudellista kannustetta kustannusten hillitsemiseen. Koska vakuutus alentaa kuluttajalta perittäviä maksuja, tarkoittaa se yleensä, että hinnan alentuessa kysyntä kasvaa. Tällöin terveydenhuoltomenoilla on taipumus kasvaa suuremmiksi kuin jos vakuutusta ei olisi ja synnyttää yhteiskunnalle hyvinvointitappiota. Hyvinvointitappio syntyy kun palvelun tuottamat kustannukset ylittävät potilaalle hoidosta koituvan lisähyödyn arvon.

Ex ante moraalilla vaaralla tarkoitetaan tilannetta, missä yksilö voi ennen sairastumista laiminlyödä ennaltaehkäiseviä toimia oman terveytensä suhteen, jolloin sairastumisen ja hoidon kysynnän todennäköisyys saattaa kasvaa. Kannuste terveellisiin elämäntapoihin vähenee, koska vakuutus auttaa yksilöä selviytymään odottamattomista terveydenhuoltomenoista. Dave ja Kaestner (2006) ovat tarkastelleet terveystalouksista ja ex ante moraalista vaaraa. He toteavat, että aikaisempien tutkimusten tuloksissa terveystalouksella ei ole voitu osoittaa ex ante moraalisen

vaaran vaikutusta vaikka muissa vakuutuksissa, kuten autovakuutuksissa ex ante moraalisen vaaran vaikutus on löydetty. Mahdollinen selitys tälle on, että terveystakuutus muuttaa ennaltaehkäisevän terveystyöskäytymisen lisäksi yhteydenpitoa terveydenhuoltohenkilökuntaan ja terveystyöpalvelujen käyttöä. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole eroteltu suoria vaikutuksia (ex ante moraalinen vaara) ja epäsuoria vaikutuksia (lääkärissä käyntejä). Dave ja Kaestner erottelevat omassa tutkimuksessaan nämä ja löytävät todisteita siitä, että terveystakuutus on yhteydessä selvästi vähentyneeseen ennaltaehkäisevään terveystyöskäytymiseen ja lisääntyneeseen epäterveelliseen käyttäytymiseen vanhemmilla ihmisillä.

Sairastumisen jälkeen vakuutettu kuluttaja pystyy vaatimaan enemmän ja laadultaan parempaa hoitoa kuin mitä hän sairauteensa nähden tarvitsee tai mikä olisi taloudellisesti katsoen tehokasta ja tällöin puhutaan ex post moraalista vaarasta. (Sintonen ym. 1997, Zwiefel ja Manning 2000.)

### 3.1.2 Palvelujen tarjoajan moraalinen vaara

Käytettyjen palvelujen määrä ja laatu riippuu palvelujen tarjoajasta, jolloin voidaan puhua palvelujen tarjoajan moraalista vaarasta. Hoidon antajan käyttäytyminen voi muuttua kun potilas on vakuutettu. Potilaalle voidaan tarjota määrällisesti enemmän tai kalliimpia hoitoja kuin mitä sairauden hoito edellyttää tai mitä olisi mahdollista tarjota, jos potilaalla olisi täysi tietämys. Tämä tilanne voi ilmetä suoritepohjaisen palkkausjärjestelmän (fee-for-service) yhteydessä. Tarjoajien moraalinen vaara voi syntyä myös yksinkertaisesti kustannuksia koskevasta tietämättömyydestä. (Sintonen ym. 1997).

### 3.2 Tarjoajien luoma kysyntä (Supplier Induced Demand, SID)

Kuluttajan täydellinen tietämys ei toteudu terveydenhuollossa eikä myöskään hammashoidossa. Tässä hammashoito ei eroa muusta terveydenhuollosta. Palvelun tarjoajan (hammaslääkärin) toimiessa potilaan agenttina palvelun tarjoaja ohjaa kysyntää hammashoitomarkkinoilla. Tämä eroaa perinteisistä taloudellisista analyyseistä, joissa markkinoiden hyödykkeiden kysyntä ja tarjonta perustuvat kuluttajien ja tuottajien itsenäiseen päätöksentekoon. Tarjoajien luomaa kysyntää on kaikki, mitä hammaslääkäri määrää ja mitä täysin informoitu ja täysin tietoinen potilas ei käyttäisi. Tarjoajien luomalla kysynnällä on vaikutusta terveydenhuollon kustannuksiin, yksilön terveydentilaan ja tulojen jakautumiseen potilaiden ja lääkärin kesken. Jos palvelun tarjoajalla on

valta vaikuttaa harkinnanvaraisesti kysyntään, se voi johtaa sekä tuotosten ja hintojen kasvuun. Tarjoajat voivat myydä enemmän samaan hintaan lisäämällä kuluttajien kysyntää tai he voivat myydä saman tuotoksen kalliimpaan hintaan lisäämällä kysyntää ja samanaikaisesti nostamalla hintoja. (Evans 1991, Sintonen ja Linnosmaa 2000.)

Sintonen ja Maljanen (1995) kiinnittävät huomiota henkilökohtaisiin ja yleisiin kannustimiin, joita voidaan käyttää kysynnän luomisessa. Henkilökohtaisesta kannustimesta esimerkkinä potilaan hoitoon kutsuntajärjestelmä, joka lisää hammashoitopalvelujen kysyntää. Kutsuntajärjestelmässä potilas kutsutaan hoitoon hammaslääkärin toimesta ennalta sovitun ajan kuluttua. Erityisesti tällä näyttää olevan huomattavaa vaikutusta kuluttajien hoidon tarpeen luontiin sekä palvelujen käyttöön. Yleistä kysynnänluontia ovat mediakampanjat ja yleinen mielipiteenmuokkaus säännöllisten hampaidentarkastusten puolesta. Suomessa Hammaslääkäriliitto kampanjoi tämän puolesta. Suositukset yksilöllisistä hoitoväleistä vaikuttavat vuosittain hoidossa käyneiden määrään (Häkkinen 2006).

Tarjoajien luomaa kysyntää käsittelevässä kirjallisuudessa viitataan tarjoajien epäeettiseen käyttäytymiseen, joka tarkoittaa että potilaan saaman rajahyödyn arvo on nolla tai negatiivinen. Birch (1988) mukaan potilaiden tietämättömyydessä tarjoajien luoma kysyntä on välttämätöntä, jotta niukkoja resursseja voidaan säännöstellä hyödyn mukaan. Hammaslääkärit johtavat potilaiden terveyden kysynnän lisääntymisen hammashoitopalvelujen kysyntään. Tässä laajuudessa kaikki hammashoitopalvelujen käyttö on tarjoajien luomaa kysyntää.

### 3.3 Vakuutuksen vaikutuksesta terveydenhuoltopalvelujen käyttöön ja kustannuksiin

Folland et al. (2001) mukaan vakuutuksista voidaan erottaa kahta eri tyyppiä:

1. vakuutus, jonka syntyy markkinoilla, jossa ostajat haluavat suojata itsensä jotain harvoin ilmaantuvaa tapahtumaa vastaan. Tätä tapahtumaa voidaan arvioida tilastollisesti.
2. valtion vakuutusohjelma, jossa valtio on vakuuttajana.

Valtion vakuutusohjelman voi erottaa siitä, että sen vakuutusmaksut ovat suurelta osin tuettuja sekä siitä, että osanotto sairausvakuutukseen on pakollista valtion säättämien kelpoisuus sääntöjen mukaan. Valtion vakuutusjärjestelmät toimivat usein tulonsiirtoina yhteiskunnan segmentistä toiseen. (Folland 2001.)

Yksityinen sairausvakuutus on vaihtoehto julkiselle sairausvakuutukselle. Yksityiset vakuutusyhtiöt tarjoavat erilaisia vakuutus sopimuksia väestölle ja rahoitus koostuu yksilöllisten vakuutusten vakuutusmaksuista. Vakuutusmaksut perustuvat odotetun sairastuvuuden ennustamiseen ja hoidon todellisten kustannusten arvioimiseen. Yksityiseen sairausvakuutukseen pohjautuva vakuutusjärjestelmä on yleisesti käytössä USA:ssa mutta ei läntisessä Euroopassa. Pelkästään yksityisiin vakuutusmarkkinoihin perustuvaa järjestelmää ei kuitenkaan ole missään maassa. Myös USA:n terveydenhuollossa, joka on eniten yksityistetty terveydenhuoltojärjestelmä maailmassa, on merkittävä osuus julkisella rahoituksella. Vuonna 2001 julkinen rahoitus kattoi 45% kaikista Amerikan terveydenhuollon kustannuksista kun käyttäjämaksut olivat 14% ja yksityisistä vakuutusmaksuista kertyi 35%. (Grytten J. 2005.)

Pelkästään yksityiseen rahoitukseen perustuvaa hammashoidon vakuutusjärjestelmää ei luultavasti ole missään maassa. Tälle on kaksi selitystä. Ensimmäinen on, että yksityisen vakuutuksen hyödyt hammashoidossa suhteessa kustannuksiin ovat vähäiset. Suhteellisen pienen ja ennustettavissa olevan haitan vakuuttaminen ei yleensä kannata, koska kustannukset ovat suuret verrattuna riskin pientymisestä saatavaan etuun. Toiseksi kilpailu vakuutusyhtiöiden välillä on tehotonta, johtuen potilaiden valikoitumisesta. Epäsuotavaa valikoitumista tapahtuu kun ihmiset, joilla on pieni sairastumisen riski jättäytyvät vakuutuksen ulkopuolelle, koska he maksaisivat liian suurta vakuutusmaksua suhteessa vakuutuksesta saavutettaviin etuihin. Kun terveimmät ihmisen jättäytyvät pois vakuutuksen piiristä, täytyy vakuutusmaksuja nostaa ja koska korkea riskiset yksilöt jäävät jäljelle kohoavat vakuutusyhtiöiden kustannukset. Tämän vuoksi vakuutus maksuja täytyy nostaa ja yhä enemmän ihmisiä jättäytyy pois vakuutuksen piiristä ja niin edelleen.

Vaikka pelkästään yksityisesti rahoitettuja hammashoitopalvelujen vakuutuksia ei ole, on markkinoilla olemassa yksityisiä vakuutuksia, joihin on liitetty hammashoitovakuutus, kahdesta syystä. Ensinnä hammashoidon liittäminen vakuutusturvaan voi toimia syöttinä muihin kannattavampiin vakuutuksiin kun vakuutusyhtiöt keräävät asiakkaita ja toiseksi jotkut työnantajat tarjoavat hammashoitovakuutuksen työntekijöilleen. (Grytten J. 2005)

Hammashuollon rahoitusmallit poikkeavat länsimaissa toisistaan hyvinkin paljon. Rahoituksen lähteet vaihtelevat täysistä potilasmaksuista täydelliseen yleiseen rahoitukseen. Hammaslääkärien palkkiot puolestaan voivat koostua kokonaan toimenpidekohtaisista palkkioista tai toisaalta palkasta tai verorahoilla maksetuista korvauksista. (Grytten J. 2005, Widström E. ja Eaton K. 2004, Parkin D ja Yule B. 1988.) Julkisesti rahoitettu hammashoito on yleistä esimerkiksi Pohjoismaissa, joissa

hyvinvointipalveluissa on yleisesti vahva julkinen johto ja kontrolli. Täysin vastakkainen hyvinvointipalvelujen järjestämis- ja rahoitusmalli on esimerkiksi USA:ssa, joissa toiminta pohjautuu pääosin yksityissektorin ratkaisuihin ja yksityiseen tarjontaan. Hammashuollon rahoitusmalleilla on erilaisia vaikutuksia potilaiden ja hammaslääkäreiden käyttäytymiseen eli potilaiden hammashuoltopalvelujen kysyntään ja siihen kuinka paljon ja mitä palveluja hammaslääkärit tuottavat. (Grytten J. 2005)

Grytten (2005) on verrannut artikkelissaan julkisen ja yksityisen vakuutuksen roolia. Julkinen sairausvakuutus rahoitetaan verorahoin ja jäsenyys on pakollista, koska verot kerätään kaikilta ihmisiltä. Toisin sanoen esimerkiksi Suomessa ja monissa Länsi-Euroopan maissa jokainen kansalainen on syntymästään saakka vakuutettu. Tähän malliin liittyy yleensä myös se, että lasten ja nuorten hammashoito kuten toimenpiteet ja ehkäisevä työ kuuluvat kokonaisuudessaan julkisen hammashoidon piiriin. Näin varmistetaan se, että lapsilla ja nuorilla on yhtäläinen mahdollisuus päästä hammashoitoon ja ehkäistään eriarvoisuutta sekä se tilanne, että lasten pääsy hammashoitoon olisi jollain tavalla riippuvainen vanhempien taloudellisesta tilanteesta. Joissain maissa esimerkiksi Suomessa aikuisten hammashoito on valtion toimesta tuettua. Grytten (2005) on sitä mieltä, että sairausvakuutus voi laajassa mittakaavassa olla perusteltua maissa, joissa tuloerot väestössä ovat suuret.

Vakuutusmuoto vaikuttaa palvelujen kysyntään. Vakuutukset joissa vakuutussuoja kattaa kaikki menot alusta alkaen vaikuttavat enemmän kysyntään kuin vakuutukset, joissa asiakas maksaa ensin kaikki hoidon kustannukset ja saa jälkeempään vakuutuksesta korvauksen. (Mueller ym. 1988) Tästä johtaen voidaan sanoa, että Suomessa lääkärin tai hammaslääkärin tekemällä suorakorvaus sopimuksella Kelan kanssa on merkitystä palvelujen kysyntään. Suorakorvaus tapauksissa asiakas maksaa hammaslääkärille vain omavastuuosuuden hoidon kustannuksista ja lääkäri hakee potilaan korvausosuuden suoraan Kelalta.

#### 3.4 Aikaisempia tutkimuksia vakuutuksen vaikutuksesta hammashoitopalvelujen käyttöön ja hoidon sisältöön

Manning ym. (1986) on tutkinut vakuutussuojan vaikutusta palvelujen käyttöön. Tutkimuksessa osallistuja perheet jaettiin satunnaisesti eri ryhmiin, joista jokainen ryhmä sai oman vakuutussuunnitelman erilaisella kustannusten korvausprosentilla. Maksuasteet olivat 0% (free plan), 25%, 50% ja 95% kaikista terveydenhuollon kustannuksista. Vakuutussuunnitelmilla oli

perheen tulojen mukaan määritelty käteismenojen katto, joka oli 5%, 10% tai 15% perheen tuloista tai maksimissaan 1000 dollaria. Tulokset osoittivat, että täyden vakuutusturvan maksuryhmässä (0%) oli 34% enemmän käyntejä ja 46% suuremmat hammashoidon kustannukset kuin 95% maksuasteen ryhmässä.

Mueller ja Monheit (1988) ovat tutkineet vakuutusuojan vaikutuksia hammashuollossa ja todenneet sen helpottavan hoitoon pääsyä sekä lisäävän hammashuoltopalvelujen käyttöä ja näin ollen vaikuttavan myös menoja ja kustannuksia lisäävästi. Tutkimuksen mukaan vakuutusmuodosta riippuen kustannukset vakuutetuilla per henkilö nousivat. Kustannusten nousu voi heijastua lisääntyvinä hammashoito kontakteina, yhdisteltyjen palvelujen muutoksena tai siirtymisenä korkeampilaatuisiin palveluihin (erikoishammaslääkärit) tai korkeampihintaisten hammaslääkärien palveluihin. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota vakuutuksen vaikutukseen palvelujen yhdistelemisessä. Tulokset osoittivat, että vakuutusuojalla oli vain vähän vaikutusta perus hammashuoltopalveluihin, kuten puhdistuksiin ja röntgentutkimuksiin. Vakuutuksella näytti kuitenkin olevan selvä vaikutus kalliimpien hammashoitopalvelujen, kuten siltojen ja kruunujen, käyttöön. Vakuutus lähes kaksinkertaisti todennäköisyyden käyttää kalliimpia hammashoitopalveluja. Tutkimuksessa todettiin, että kulutus asukasta kohti lisääntyi käyntien osalta 29 prosenttia ja kustannuksien osalta 62 prosenttia verrattuna niihin, joilla vakuutusta ei ollut. Suhteellinen nousu käyntien määrässä oli huomattavasti pienempi kuin suhteellinen nousu kustannuksissa.

Manning ja Phelps (1979) on tutkinut hinnan ja potilaan maksuosuuden vaikutusta hammashoitopalvelujen kysyntään. Tutkimuksessa selvitettiin hinnan vaikutusta käyttäytymiseen sekä haluttiin saada päättäjille ehdotuksia maksuosuuksien asettamisesta. Löydökset tutkimuksessa olivat, että yksilöt joilla oli täysi vakuutusturva käyttivät 2-3 kertaa enemmän hammashuollon palveluita kuin yksilöt, joilla ei ollut vakuutusturvaa, ja että kysynnän hintajousto on suurempi suuremmissa tuloluokissa.

Rand-tutkimuksessa (Newhouse J. 1993) vakuutuksen vaikutuksesta käyttöön todettiin, että perheet käyttivät sitä vähemmän terveystalvija, mitä enemmän heidän piti maksaa hoidon kustannuksista. Rand-tutkimuksen tuloksien mukaan myös toimenpiteiden laadulla oli merkitystä. Erikoishammashoidon toimenpiteiden (proteesihoidot, oikomishoito ja kiinnityskudoksen hoidot) käyttö reagoi enemmän maksuosuuden vaihteluihin kuin yleisen käytön todennäköisyys. Täyden vakuutuksen tilanteessa henkilöillä oli vähemmän karioituneita ja enemmän paikattuja hampaita,



mutta vähemmän puuttuvia hampaita kuin pienemmän vakuutusturvan ryhmässä. Samoin henkilöillä täyden vakuutuksen ryhmässä oli vähemmän kiinnityskudossairauksia kuin vähemmän vakuutetuilla.

Jari Ahlberg (1997) on tutkimuksessaan todennut, että hammashoidon subventoiminen lisäsi hammashoitopalvelujen käyttöä teollisuusalan työntekijöillä. Lisäksi tuki vakiinnutti hoitoaikoja ja hoidon sisältöä koska säännöllinen hoidossa käynti vähentää yllättävän hoidontarpeen esiintymistä.

Arinen ym. (1991) ovat selvittäneet vuonna 1986 voimaantulleen hammashuollon subventioudistuksen vaikutusta nuorten aikuisten hammashoitopalvelujen käyttöön ja käytön sisältöön Suomessa. Tällöin hinta vaikutti vain vähän hoitotyyppien esiintymiseen. Tämä tulos eroaa aikaisemmin esitellyistä amerikkalaisista tutkimuksista. Myös Terveys 2000 –tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan hintasubventioiden vaikutus palvelujen käyttöön ei erottunut selvästi (Häkkinen 2006).

Holst (1982) tutkiessaan norjalaisia miespuolisia työntekijöitä puolestaan totesi, että edes kattavan hammashoidontuen piiriin kuulumisen ei riittä lisäämään hammashoitopalvelujen käyttöä. Kolmannen maksaja osapuolen ylläpitämä korkeakaan korvaustaso ei ole riittävä kannustin lisäämään suun terveyttä ja säännöllisiä hammaslääkärissä käyntejä, joten muita kannustimia täytyisi harkita korvausten lisäksi tai sijaan.

Kiiskisen ym. (2005) tutkimuksessa tarkasteltiin koettua suun ja hampaiden terveydentilaa sekä hammashoitopalvelujen käyttöä. Koettu suunterveys oli parantunut ja hoidon tarve vähentynyt vuoden 2001 keväästä vuoden 2004 kevääseen (subventioudistuksen aikana). Samanaikaisesti vuoden aikana hammashoidossa käyneiden osuus oli kasvanut 57 %:sta 61 %:iin. Hoidossa käyneiden osuus kasvoi voimakkaimmin ikäryhmissä, jotka tulivat uudistuksen johdosta hinnaltaan alennettujen palvelujen piiriin. Hammashoitopalvelujen käyttö lisääntyi väestöryhmissä, jotka aikaisemmin eivät olleet hinnaltaan alennettujen palvelujen piirissä. Vähemmän koulutettujen ja alimpaan tuloluokkaan kuuluvien hammashoitopalvelujen käyttö lisääntyi. Yksityishammaslääkäreillä merkittävin muutos oli asiakaskunnan nuorentuminen. Raportoitujen muutosten mukaan kehityksen suunta oli kokonaisuudessaan lain perusteella subventioudistukselle ennalta asetettujen tavoitteiden mukainen (L 1219/2000, L1202/2000).

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Hammashoitopalvelujen käyttöä on tarkasteltu ikäryhmittäin, koska hoidon kustannusten aleneminen vaikuttaa eritavoin eri ikäryhmissä hammashoitouudistusta edeltäneiden ikärajoitusten takia. Uudistuksen vaikutuksista ollaan kiinnostuneita, koska ne antavat tietoa hammashoitopalvelujen tarpeesta ja käytöstä, joiden avulla voidaan ennakoida tulevaa hoidon ja hammashoitohenkilöstön tarvetta (Kiiskinen ym. 2005). Aineistosta tehdyn aikaisemman raportin perusteella voidaan todeta, että väestön suun terveys oli parantunut ja hoidon tarve vähentynyt hammashoitouudistuksen aikana, samalla kun hammashoidossa käyneiden osuus oli kasvanut. Hammashoitopalvelujen käytön muutos on ollut oikeansuuntaista, kun ajatellaan palvelujen kohdistumista hoidontarpeen mukaan.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitä muutoksia hammashoitomaksujen subventiouudistus on aiheuttanut hammashoidossa käyneiden hoidon määriin ja sisältöön väestön eri ikäryhmissä (ennen vuotta -56 syntyneet ja vuonna -56 ja sen jälkeen syntyneet) sekä eri sosiodemografisissa ryhmissä. Muutoksia hoidon sisällössä kuvataan muutoksilla toimenpiteiden määrässä per potilas. Tutkitaan myös mitä muutoksia uudistus on aiheuttanut potilaiden hammashoidon kustannuksiin. Hypoteesina on, että hoidon sisällössä tapahtuu muutosta siihen suuntaan, että väestö saa uudistuksen myötä korvauksen piiriin tulleita hoitoja aiempaa enemmän. Hypoteesin mukaan kustannusten väheneminen lisää välillisesti myös kalliimpien proteettisten hoitojen määrää.

Tutkimuksella haetaan vastauksia kysymyksiin:

- 1) Mitä muutoksia hammashoitomaksujen subventiouudistus on aiheuttanut hammashoidossa käyneiden hoidon määrään?
- 2) Mitä muutoksia hammashoitomaksujen subventiouudistus on aiheuttanut hammashoidossa käyneiden hoidon sisältöön (tehtyihin toimenpiteisiin per potilas)?
- 3) Mitä muutoksia uudistus on aiheuttanut hoidossa käyneiden hammashoidon kustannuksiin? (Asiakkaiden ilmoittamat)
- 4) Mitkä tekijät vaikuttavat potilaan hammashoitosektorin valintaan?

## 5 TUTKIMUSATELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT

### 5.1 Tutkimusaineisto, -asetelma ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto on osa suurempaa aineistokokonaisuutta, joka kerätty uudistuksen vaiheistuksiin sovitetuilla kyselyillä. Ensimmäinen vaihe toteutettiin ennen uudistusta (helmi-/maaliskuu 2001), toinen uudistuksen ensimmäisen vaiheen jälkeen (loka-/marraskuu 2002) ja kolmas uudistuksen tultua voimaan täysmittaisena (helmi-/maaliskuu 2004). Kyselyillä selvitettiin väestön koettua suun terveyttä ja hoidon tarvetta, hammashoitopalvelujen käyttöä ja hoidon sisältöä sekä hammashoidon menoja.

***Taulukko 1. Kyselyiden ja uudistuksen vaiheiden sijoittuminen vuosien 2001 ja 2004 välille.***

I kysely helmi- maaliskuu 2001	uudistuksen I vaihe 1.4.2001 - vuonna -46 sen jälkeen syntyneet mukaan	II kysely loka- marraskuu 2002	uudistuksen II vaihe 1.12.2002 - koko väestö sairausvakuutuksen piiriin	III kysely helmi- maaliskuu 2004
-----------------------------------	--	-----------------------------------	---	-------------------------------------

Väestöä edustavat poikkileikkausotokset on poimittu vuosina 2001, 2002 ja 2004 ositettuna ryväotantana. Menettelyssä on hyödynnetty Terveys 2000 tutkimuksen otantakehikkoa (Heistaro 2005) siten, että tutkittavat on poimittu Terveys 2000 tutkimukseen valittujen kuntien vuonna 1970 tai ennen syntyneistä asukkaista tavoiteltuun otoskokoon johtavalla poimintatiheydellä. Terveys 2000- tutkimuksen otokseen kuuluneet henkilöt rajattiin kohdeperusjoukon ulkopuolelle. Otoskoot olivat 4029 (kevät 2001), 2000 (syksy 2002) ja 3963 (kevät 2004). Vuoden 2004 otokseen on poimittu myös vuosina 1971- 73 syntyneitä, jotta tarkastelu viisivuotiskäryhmissä olisi mahdollista.

Väestöä edustavien poikkileikkauskyselyjen lisäksi kerättiin kaksi paneeliaineistoa, joista toisen lähtöaineistona oli satunnaisotos (n=2000) Terveys 2000 –tutkimuksen suun kliiniseen tutkimukseen osallistuneista. Koska tutkimukseen osallistuneita oli tarpeen vaatiessa kehotettu

hakeutumaan hammashoittoon, tutkimukseen osallistuminen on todennäköisesti vaikuttanut näiden tutkittavien hoitoon hakeutumiseen ja mahdollisesti myös muuhun terveystyöskäytymiseen. Tästä syystä tämän tutkimuksen aineistoksi valittiin toinen paneeliaineisto, jonka lähtöaineistona oli vuonna 2001 toteutettu väestöä edustava satunnaisotos.

Tutkimusasetelmaksi valittiin ennen uudistusta – uudistuksen jälkeen asetelma. Tämän tutkimusasetelman vuoksi aineistosta rajattiin pois vuoden 2002 kyselyn aineisto (Taulukko 1). Mukaan otettiin 2001 kyselyn aineisto, koska se sijoittuu ajankohtaan ennen uudistuksen alkamista. Ennen uudistusta korvaukseen olivat oikeutettuja vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet. Vuoden 2004 kyselyn aineisto kertoo tilanteen uudistuksen jälkeen, kun sairausvakuutuskorvaus koskee koko väestöä. Aineisto tätä tutkimusta varten kerättiin niistä vastaajista, jotka olivat vastanneet molempien vuosien 2001 ja 2004 kyselyihin. Näin otoskoko muodostui 2072 suuruiseksi.

### *Tilastolliset analyysit*

Analyysin kohteena olevat muuttujat estimoitiin SPSS 14.0 ohjelmistolla käyttäen muuttujan tyyppiin sopivaa logistista regressiomenetelmää. Keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys tutkimusvuosien välillä testattiin ei parametrisellä kahden riippuvan otoksen testillä. Prosenttiosuuksien erojen vertaaminen tutkimusvuosien välillä testattiin McNemarin testillä. Aineiston osittamisessa muiden tekijöiden (sukupuoli, ikäryhmä, peruskoulutus, jne.) suhteen käytettiin kaikissa edellä mainituissa menetelmissä SPSS-ohjelman split file-toimintoa. Hammashoitosektorin valinta- malleissa tehdyissä heteroskedastisuus- ja multikollinearisuus testeissä käytettiin STATA 7.0 ohjelmistoa.

## 5.2. Käytetyt muuttujat ja niiden luokittelu

### *Taustamuuttujat*

Taustatekijöitä kuvaavia muuttujia olivat sukupuoli, syntymävuosi, peruskoulutus, korkein peruskoulutuksen jälkeen suoritettu tutkinto ja perheen kuukausitulot. Syntymävuosi luokiteltiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi: 1) ennen vuotta 1956 syntyneet ja 2) vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet. Peruskoulutuksesta tehtiin kaksiluokkainen muuttuja: 1) enintään peruskoulu ja 2)

>peruskoulu. Korkein peruskoulutuksen jälkeen suoritettu tutkinto jaettiin kahteen luokkaan: 1) ei korkeakoulututkintoa ja 2) korkeakoulututkinto. Perheen kuukausitulot luokiteltiin kolmeen tuloluokkaan: 1) alin, 2) keski ja 3) ylin.

### *Hoidon tarve*

Hammashoitopalvelujen tarvetta kuvaavia muuttujia olivat puuttuvien hampaiden lukumäärä ja irrotettavien hammasproteesien käyttö. Puuttuvien hampaiden lukumäärä luokiteltiin kahteen luokkaan: 1) 0-10 ja 2) >10. Yli kymmenen puuttuvaa hammasta voi ennakoida irrotettavien hammasproteesien käyttöä. Irrotettavat hammasproteesit luokiteltiin kahteen luokkaan: 1) on ja 2) ei.

### *Palvelujen käyttö*

Hammashoidossa käyntiä selvitettiin seuraavasti. Tutkittavilta kysyttiin ovatko he käyneet viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana hammashoidossa. Vastausvaihtoehdot olivat 1) kyllä ja 2) en. Seuraavaksi kysyttiin hoitopaikan valintaa kysymyksellä: Kuinka monta kertaa olette käynyt viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana a. terveyskeskushammaslääkärillä, b. yksityisellä hammaslääkärillä, c. muulla hammaslääkärillä, d.hammasteknikolla tai e. muussa hammashoidossa?

Analyyseja rajattiin kysymyksen 32 Oletteko käynyt viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana hammashoidossa? perusteella. Mukaan otettiin vain ne jotka olivat käyneet. Kysymyksillä 33 a) Kuinka monta kertaa olette käynyt viimeksi kuluneiden 12 kk aikana terveyskeskus hammaslääkärillä ja b) Kuinka monta kertaa olette käynyt viimeksi kuluneiden 12 kk aikana yksityisellä hammaslääkärillä, rajattiin otos niihin henkilöihin, jotka vastaavat tässä tutkimuksessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

### *Hammaslääkärikäyntien määrä ja hoidon sisältö*

Yksityishammaslääkäri käyntien sisältöä selvitettiin seuraavasti. Tutkittavilta kysyttiin kuinka monta kertaa he olivat käyneet viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana yksityisellä hammaslääkärillä. Vastausvaihtoehdot ei ollut annettu etukäteen. Samalla tavalla kysyttiin myös terveyskeskushammaslääkärillä käyntiä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Seuraavaksi kysyttiin mitä hoitoja he olivat saaneet viimeisimmän hoitajakson aikana. Vastausvaihtoehdot olivat

kuhunkin kohtaan olivat 1) kyllä, 2) ei tai 3) en tiedä. Hoidon sisältöä kuvaavat muuttujat ryhmiteltiin uudestaan taulukon 2 mukaan.

**Taulukko 2. Hoidon sisältö ryhmiteltynä.**

<b>I Hoidontarpeen arviointi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>§ suun ja hampaiden tutkimus</li><li>§ röntgenkuvaus</li></ul>
<b>II Ehkäisevät hoidot</b> <ul style="list-style-type: none"><li>§ fluorilakkaus tai muu fluorihoido</li><li>§ harjausopetus</li><li>§ ravintoneuvonta</li><li>§ fluorinkäytön neuvonta</li></ul>
<b>III Perushoidot</b> <ul style="list-style-type: none"><li>§ paikkaus tai paikan uusinta</li><li>§ juurihoito</li><li>§ hampaiden puhdistus tai hammaskiven poisto</li></ul>
<b>IV Erikoishoidot</b> <ul style="list-style-type: none"><li>§ hampaan tai juuren poisto</li><li>§ suun alueen leikkaus</li><li>§ leukanivelvaivojen hoito</li></ul>
<b>V Ei korvattavat hoidot</b> <ul style="list-style-type: none"><li>§ kruunun tai sillan valmistus tai korjaus</li><li>§ irtoproteesin valmistus tai korjaus</li></ul>

Hoidontarpeen arviointi, ehkäisevä hammashoito, perushoidot ja erikoishoidot ovat olleet korvattavia sekä ennen uudistusta että uudistuksen jälkeen vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille. Ennen vuotta -56 syntyneet saivat sairausvakuutuskorvauksen hammastarkastuksesta kerran vuodessa ennen uudistusta ja muiden hoitojen korvauksen uudistuksen jälkeen. Proteettiset hoidot eivät ole korvattavia kummallekaan ikäryhmälle. Hoidon sisältöä luokiteltiin edelleen kahteen luokkaan: korvattaviin hoitoihin (I-IV) ja ei korvattaviin hoitoihin (V).

### *Hammaslääkärin hoidosta aiheutuneet kustannukset*

Tutkittavilta kysyttiin paljonko he olivat maksaneet omasta hammashoidostaan yksityishammaslääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Yksityishammaslääkärikustannukset luokiteltiin kolmeen luokkaan: 1) 0-170 euroa, 2) 171-1350euroa ja 3) > 1351 euroa. Alin luokka sisältää hinnan perusteella pääosin hoidontarpeen määrittämiseen liittyviä toimenpiteitä sekä joitakin ehkäisevän hoidon toimenpiteitä. Nämä toimenpiteet tehdään pääsääntöisesti potilaalle kerran vuodessa tai hoitojaksossa. Keskimäinen luokka sisältää perushoidon toimenpiteitä tai erikoishoitotoimenpiteitä. Näitä toimenpiteitä potilaalla voi olla useita saman vuoden tai hoitojakson sisällä. Ylimmän luokan hintataso tarkoittaa proteettisten eli ei korvattavien hoitojen kustannuksia. Nämä toimenpiteet ovat pitkäkestoisia mutta toistuvat harvoin. Terveyskeskuksessa hammashoidossa käyneiltä tiedusteltiin samalla tavalla oman hammashoitonsa kustannuksista terveyskeskuksessa.

## 6 TULOKSET

Tätä tutkimusta varten aineisto rajattiin siten, että mukaan otettiin vain ne henkilöt, jotka olivat vastanneet kyselyihin molempina vuosina 2001 ja 2004 (n=2072). Tässä työssä erityisenä kiinnostuksen kohteena olivat molempina vuosina yksityissektorilla hammashoidossa käyneet. Subventiouudistus ei lisännyt yksityisellä sektorilla hammashoidossa käyneiden osuutta väestössä. Vuonna 2001 yksityisellä sektorilla hoidossa käyneitä oli 645 henkilöä ja vuonna 2004 640 henkilöä. Tulokset esitellään ensin kaikkien kyselyyn vastanneiden ja hammashoidossa käyneiden mukaan. Näiden jälkeen tuloksia esitellään yksityisellä hammaslääkärillä käyneiden mukaan.

### 6.1 Kyselyyn vastanneet

Vastanneista naisia oli yli puolet ja lähes 70 % vastaajista kuului ikäryhmään "ennen vuotta 1956 syntyneet". Sociodemografisia taustatekijöitä kuvaavista muuttujista voidaan sanoa, että noin kolmasosalla vastaajista oli peruskoulutuksena enemmän kuin peruskoulu ja alle kolmasosalla korkeakoulututkinto. Vastaajat jakautuivat melko tasaisesti kolmeen tuloluokkaan, keskituloluokkaan kuuluvia oli kuitenkin hiukan enemmän kuin alimpaan ja ylimpään tuloluokkaan kuuluvia vastaajia. Noin kolmasosa vastaajista ilmoitti että heiltä puuttuu yli kymmenen hammasta. Irrotettavien hammasproteesien olemassaolo jakoi vastaajat lähes puoliksi. Taulukossa 3 on esitetty vastaajien jakaumat taustamuuttujien mukaan lähtötilanteessa eli vuonna 2001.



**Taulukko 3. Vastaajien jakaumat taustamuuttujien mukaan vuonna 2001.**

Muuttujat	n	%
<b>Sukupuoli</b>		
Naiset	1223	59,0
Miehet	849	41,0
<b>Ikäryhmä</b>		
Ennen vuotta 1956 syntyneet	1447	69,8
Vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet	625	30,2
<b>Peruskoulutus</b>		
Enintään peruskoulu	1435	69,3
>peruskoulu	587	28,3
<b>Korkein peruskoulutuksen jälkeen suoritettu tutkinto</b>		
Ei korkeakoulu tutkintoa	1680	81,1
Korkeakoulututkinto	243	11,7
<b>Puuttuvien hampaiden lukumäärä</b>		
0-10	1505	72,6
> 10	553	25,7
<b>Irrotettavat hammasproteesit</b>		
Kyllä	646	31,2
Ei	592	28,6
<b>Perheen kuukausitulot</b>		
Alin	657	31,7
Keski	784	37,8
Ylin	519	25,0

## 6.2 Hammashoidossa käyneet

Hammashoidossa 12 kuukauden aikana käyneiden määrässä ei ollut tapahtunut muutosta (Taulukko 4.). Ennen uudistusta yksityissektorilla oli käynyt hoidossa noin kaksi kolmasosaa kaikista kyselyyn vastanneista ja terveyskeskuksen hoidossa alle kolmasosa. Uudistuksen jälkeen yksityissektorilla käyneiden osuus oli edelleen yli 60 % mutta terveyskeskuksessa käyneiden osuus oli noussut yli kolmasosaan.

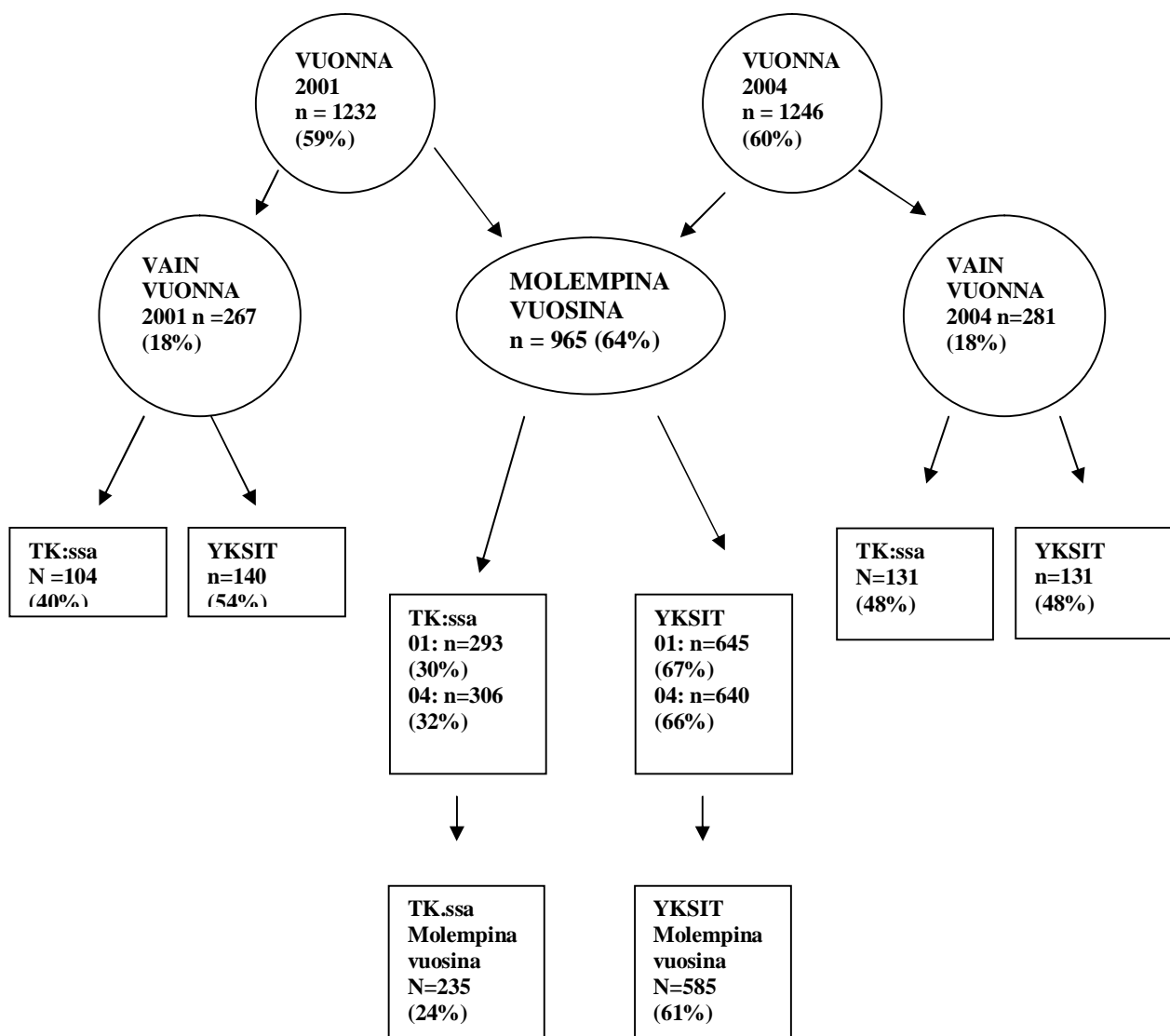
**Taulukko 4. Hammashoidossa ja eri hoitosektoreilla käyneet (n = 2072) vuosina 2001 ja 2004.**

% (n)	
Vuonna 2001	Vuonna 2004
Hammashoidossa 59 % (1232)	Hammashoidossa 60 % (1246)
Yksityissektorilla: 63 % (788)	Yksityissektorilla: 62 % (772)
Terveyskeskuksessa: 28 % (399)	Terveyskeskuksessa: 35 % (438)

Kaikista vastanneista (n = 2072) molempina vuosina hammashoidossa käyneitä oli 965 henkilöä ja edelleen molempina vuosina yksityishammaslääkärillä käyneitä 585 henkilöä. Kuviossa 1 esitetään hoidossa käyneet hoitosektorin mukaan vuosina 2001 ja 2004. Prosentit eivät summaudu sataan

prosenttiin, koska osa vastanneista kävi hammashoidossa molempina vuosina ja osa vain vuonna 2001 tai 2004. Hoitopaikan valinnassa osa vastaajista kävi eri hoitosektorilla vuosina 2001 ja 2004 tai molemmilla sektoreilla samana vuonna.

**Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden jakautuminen hoidossa käyneisiin käyntivuoden mukaan ja hoidossa käyneiden hoitosektori. (TK=terveyskeskus, YKSIT=yksityinen hammaslääkäri)**



Naiset olivat miehiin nähden aktiivisempia hammashoidossa kävijöitä vaikka miehet lisäsivät hammashoidossa käyntiä verrattaessa vuosia 2001 ja 2004. Naiset lisäsivät hieman terveyskeskushammaslääkärillä käyntiä kun taas miehet lisäsivät sekä terveyskeskus- että yksityisen

hammaslääkärin palvelujen käyttöä. Ikäryhmän mukaan jaoteltuna ennen vuotta 1956 syntyneiden terveyskeskushammaslääkärillä käynnit lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi ja yksityishammaslääkäripalvelujen käytössä tapahtui pientä vähenemistä. Vastaavasti vuonna 1956 syntyneillä ja sitä nuoremmilla hammashoidossa käynti lisääntyi hieman yksityishammaslääkärin puolella ja väheni terveyskeskuksissa. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden hammashoitopalvelujen käyttö väheni merkitsevästi kun verrataan vuosia 2001 ja 2004. Puuttuvien hampaiden lukumäärä oli yhteydessä hammaslääkäripalvelujen käyttöön siten, vastaajat joilta puuttui yli kymmenen hammasta lisäsivät terveyskeskushammaslääkäripalvelujen käyttöä enemmän kuin vastaajat, joilta puuttui alle 10 hammasta. Keskimmäiseen tuloluokkaan kuuluvat vastaajat lisäsivät vuosien 2001 ja 2004 välillä hammaslääkäripalvelujen käyttöä tilastollisesti merkitsevästi. Taulukossa 5 on esitetty vuoden aikana hammashoidossa käyneiden prosentuaalinen muutos taustamuuttujien mukaan vuosina 2001 ja 2004. Taulukoissa esitetyt luvut on tummennettu silloin kun hammashoitopalvelujen käytössä oli ollut tilastollisesti merkitsevää muutosta. Hammashoitosarakkeessa on esitetty eri vuosille kaikista vastaajista (n=2072) ne, jotka ovat käyneet hammashoidossa molempina vuosina tai vain toisena vuonna. Myös yksityishammaslääkärillä ja terveyskeskushammaslääkärillä käyneissä ovat mukana molempina vuosina samalla sektorilla käyneet, molempina vuosina eri sektorilla käyneet tai vain toisena vuonna hammashoidossa käyneet.

**Taulukko 5. Hammashoidossa 12 kuukauden aikana käyneet (%) taustamuuttujien mukaan.**

(TK-hammaslääkäri = terveyskeskushammaslääkäri)

	Vuonna 2001			Vuonna 2004		
	Hammas- hoito n=1232	TK- hammaslääkäri n=399	Yksityinen hammaslääkäri n=788	Hammas- hoito n=1246	TK- hammaslääkäri n=438	Yksityinen hammaslääkäri n=772
<b>Sukupuoli</b>						
Naiset	63	20	40	63	22	40
Miehet	54	18	35	56	20	34
<b>Ikäryhmä</b>						
Ennen vuotta 1956 syntyneet	58	<b>14*</b>	42	59	<b>17*</b>	40
Vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet	65	32	29	63	30	31
<b>Peruskoulutus</b>						
Enint. peruskoulu	55	18	34	56	21	33
>peruskoulu	73	22	48	72	23	48
<b>Peruskoulutuksen jälkeinen tutkinto</b>						
Ei korkeakoulu tutkintoa	59	20	37	60	22	37
	<b>78**</b>	22	54	<b>71**</b>	21	50
Korkeakoulututkinto						
<b>Puuttuvien hampaiden lukumäärä</b>						
0-10	70	23	45	70	25	45
> 10	31	8	19	33	12	18
<b>Irrotettavat hammasproteesit</b>						
Kyllä	41	10	28	40	13	24
Ei	71	24	47	69	25	45
<b>Tuloluokka</b>						
Alin	51	17	31	51	21	28
Keski	<b>62**</b>	21	39	<b>67**</b>	24	41
Ylin	71	20	49	69	21	48

Muutos vuodesta 2001, \* p<0,10, \*\* p< 0,05, \*\*\* p< 0,01

### 6.3 Hoidon sisältö

Tarkasteltaessa aineistoa toimenpiteiden mukaan, havaitaan että molempina vuosina hammashoidossa käyneiden ilmoittamat hammashoidon toimenpiteet ovat kokonaisuutta tarkasteltaessa hiukan vähentyneet vuodesta 2001 vuoteen 2004. Osa molempina vuosina hammashoidossa käyneistä (n=965) oli käynyt molempina vuosina terveystieteidenhammaslääkärin hoidossa (n=235) ja osa molempina vuosina yksityisellä hammaslääkärillä (n=585). Loput vastanneista eivät joko olleet käyneet hammashoidossa tai olivat käyneet jossain muussa, esimerkiksi hammasteknikon hoidossa. Molempina vuosina hammashoidossa käyneiden mukaan vuosien 2001 ja 2004 välillä terveystieteidenhammaslääkärikeskuksessa lisääntyi hieman ainoastaan suun alueen leikkaukset ja yksityissektorilla hampaiden puhdistus tai hammaskiven poisto ja fluorihoidot mutta nämä eivät tulleet tilastollisesti merkitseviksi. Merkitsevästi vähenivät terveystieteidenhammaslääkärikeskuksessa suun ja hampaiden tutkimus sekä hampaiden puhdistus tai hammaskiven poisto ja yksityissektorilla paikkaukset, juurihoito ja suun alueen leikkaukset. Taulukossa 6 ensimmäisessä sarakkeessa on esitetty kaikkien molempina vuosina hammashoidossa käyneiden ilmoittamat toimenpiteet ja seuraavissa sarakkeissa molempina vuosina hammashoidossa käyneiden toteutuneet toimenpiteet hoitosektoreittain.

**Taulukko 6. Toteutunut hoito eli molempina vuosina hoidossa käyneiden (n=965) ilmoittamat toimenpiteet (%) vuosina 2001 ja 2004 hammashoidossa sekä terveyskeskus (TK)- ja yksityishammaslääkärillä 12 kuukauden aikana käyneillä.**

	Vuonna 2001			Vuonna 2004		
	Hammas- hoito n=965	TK- hammaslääkäri n=235	Yksityinen hammaslääkäri n=585	Hammas- hoito n=965	TK- hammaslääkäri n=235	Yksityinen hammaslääkäri n=585
Suun ja hampaiden tutkimus	70	<b>64*</b>	73	65	<b>51*</b>	72
Röntgenkuvaus	28	31	30	26	30	26
Paikkaus tai paikan uusinta	53	54	<b>55*</b>	49	53	<b>48*</b>
Juurihoito	<b>12**</b>	10	<b>14*</b>	<b>9**</b>	9	<b>10*</b>
Kruunun tai sillan valmistus tai korjaus	7	5	8	5	4	6
Irtoproteesin valmistus tai korjaus	4	4	3	4	3	3
Hampaan tai juuren poisto	9	9	9	9	9	8
Suun alueen leikkaus	<b>3*</b>	1	<b>4**</b>	<b>2*</b>	2	<b>2**</b>
Leukanivelvaivojen hoito	1	1	1	1	1	1
Hamp.puhdistus tai hammaskiven poisto	55	<b>54*</b>	57	50	<b>43*</b>	58
Fluorilakkaus tai muu fluorihoido	20	26	19	21	21	22
Harjausopetus	7	10	5	5	5	5
Ravintoneuvonta	2	4	1	2	4	1
Fluorin käytön neuvonta	4	5	4	4	4	4

Muutos vuodesta 2001, \* p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01

Hoitotoimenpiteet oli ryhmitelty uudelleen viiteen luokkaan toimenpiteen sisällön mukaan. Uudelleen ryhmittelyn avulla voitiin nähdä muutokset hoidon sisällössä, kun suurimmalle osalle potilaista tehtävä hoidontarpeen määrittäminen oli rajattu omaksi ryhmäkseen. Ei korvattavat hoidot oli myös rajattu omaksi ryhmäkseen, jolloin nähtiin muutos varsinaisten hoitotoimenpiteiden sisällössä vuosina 2001 ja 2004. Tilastollisesti merkitseväksi nousi ainoastaan vuosien 2001 ja 2004 välillä molempina vuosina yksityishammaslääkärillä käyneillä muutos erikoishoitosten osuudessa. Ei korvattavat hoidot vähenivät yksityishammaslääkärillä molempina vuosina käyneillä vuodesta 2001 vuoteen 2004 mutta tämä muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Taulukossa 7 on esitetty viiteen luokkaan ryhmiteltyjen hoitojen muutokset hoitosektorin mukaan vuosina 2001 ja 2004 ensimmäisessä sarakkeessa kaikkien molempina vuosina hammashoidossa käyneiden osalta ja seuraavissa sarakkeissa molempina vuosina terveyskeskus hammaslääkärillä tai yksityishammaslääkärillä käyneiden osalta.

**Taulukko 7. Toteutunut hoito eli molempina vuosina hammashoidossa käyneiden (n=965) ilmoittamien hoitotoimenpiteiden osuus (%) luokiteltuina (I= hoidon tarpeen määrittäminen, II= ehkäisevät hoidot, III= perushoidot, IV= erikoishoidot, V= ei korvattavat hoidot (proteettiset hoidot)) vuosina 2001 ja 2004 hoitosektorin mukaan.**

	Vuonna 2001			Vuonna 2004		
	Hammas- hoito n=965	TK- hammaslääkäri n=235	Yksityinen hammaslääkäri n=585	Hammas- hoito n=965	TK- hammaslääkäri n=235	Yksityinen hammaslääkäri n=585
<b>Toimenpideluokat</b>						
I	71	71	74	70	61	77
II	25	32	23	25	26	25
III	76	90	73	77	88	76
IV	11	11	<b>12*</b>	9	10	<b>9*</b>
V	10	8	11	8	6	8

Muutos vuodesta 2001, \* p<0,10, \*\* p< 0,05, \*\*\* p< 0,01

Molempina vuosina hammashoidossa käyneiden ilmoittamissa toimenpiteiden määrissä verrattaessa vuosia 2001 ja 2004 nousivat tilastollisesti merkitseväksi yksityishammaslääkärillä käyneillä perushoittojen ja erikoishoittojen erot. Kokonaisuutena toimenpiteiden keskimäärissä tapahtui pientä vähenemistä, joskaan se ei tullut tilastollisesti merkitseväksi muutoin kuin perushoittojen osalta. Taulukossa 8 on esitetty vastaajien ilmoittamat luokiteltujen toimenpiteiden määrät hoitosektoreiden mukaan.

**Taulukko 8. Molempina vuosina hammashoidossa käyneiden ilmoittamat luokiteltujen toimenpiteiden määrät vuosina 2001 ja 2004 hoitosektoreiden mukaan.**

	Vuonna 2001			Vuonna 2004		
	Hammas- hoito n=965	TK- hammaslääkäri n=235	Yksityinen hammaslääkäri n=585	Hammas- hoito n=965	TK- hammaslääkäri n=235	Yksityinen hammaslääkäri n=585
<b>Hoitoluokat</b>						
I	1,16	1,20	1,23	1,12	1,14	1,19
II	0,46	<b>0,56*</b>	0,48	0,45	<b>0,47*</b>	0,49
III	<b>1,50***</b>	1,50	<b>1,66**</b>	<b>1,44***</b>	1,41	<b>1,58**</b>
IV	0,15	0,12	<b>0,56*</b>	0,13	0,12	<b>0,11*</b>
V	0,14	0,11	0,14	0,13	0,09	0,12

Muutos vuodesta 2001, \* p<0,10, \*\* p< 0,05, \*\*\* p< 0,01

Vastanneiden ilmoittamien hammashoidon kustannusten jakautuminen kustannusryhmiin perustuu hinnan ja toimenpiteen sisällön yhteyteen. Kustannusryhmien jakoperusteet on esitelty tarkemmin Hammaslääkärin hoidosta aiheutuneet kustannukset - otsikon alla. Kustannusryhmissä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa vuosien 2001 ja 2004 välillä missään kustannusryhmässä. Taulukossa 9 on esitetty kaikkien vastanneiden jakautuminen ikäryhmittäin ja kustannusluokittain vuosina 2001 ja 2004.

**Taulukko 9. Vastanneiden (n=2072) jakautuminen (%) kustannusluokkiin ilmoittamiensa hammashoidon kustannusten perusteella hoitosektoreittain vuosina 2001 ja 2004 (Kustannusluokat 1) 0-170 euroa 2) 171-1350 euroa ja 3) >1351 euroa).**

		Vuonna 2001		Vuonna 2004	
		TK- hammaslääkäri n=399	Yksityinen hammaslääkäri n=788	TK- hammaslääkäri n=399	Yksityinen hammaslääkäri n=788
Ikäryhmä	Kust. luokka				
Ennen vuotta 1956 syntyneet	1	58,7	54,2	58,4	60,5
	2	37,8	41,5	38,8	37,5
	3	3,6	4,3	2,8	2,0
Vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet	1	56,6	68,5	63,2	69,0
	2	42,5	31,5	35,5	30,1
	3	0,9	0,0	1,2	0,9

#### 6.4 Molempina vuosina yksityishammaslääkärillä hoidossa käyneet

Molempina vuosina yksityisellä hammaslääkärillä käyneistä naisia oli yli 60 % ja miehiä alle 40%. Vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneitä oli hieman yli viidennes ja vanhempaa ikäluokkaa lähes neljä kertaa enemmän. Enintään peruskoulun oli käynyt 60 % ja enemmän kuin peruskoulun alle 40 %. Korkeakoulututkinto oli yksityissektorilla käyneistä alle 20 % ja muu kuin korkeakoulututkinto lähes neljä kertaa useammalla. Lähes 90 % ilmoitti vastauksissaan, että heiltä puuttuu joitakin hampaita ja hieman yli 10 % että heiltä puuttuu enemmän kuin 10 hammasta. Irrotettavat hammasproteesit oli noin viidesosalla. Yksityishammaslääkärillä hoidossa käyneistä alimpaan tuloluokkaan kuului reilut 20 % ja kahteen ylempään tuloluokkaan kumpaankin noin kolmasosa vastaajista.



**Taulukko 10. Molempina vuosina yksityisellä hammaslääkärillä käyneiden (n=585) jakaumat taustamuuttujien mukaan ensimmäisellä mittauskerralla vuonna 2001.**

Muuttujat	n	%
<b>Sukupuoli</b>		
Naiset	382	65
Miehet	203	35
<b>Ikäryhmä</b>		
Ennen vuotta -56 syntyneet	456	78
Vuonna -56 ja sen jälkeen syntyneet	129	22
<b>Peruskoulutus</b>		
Enintään peruskoulu	350	60
> peruskoulu	221	38
<b>Korkein peruskoulutuksen jälkeen suoritettu tutkinto</b>		
Ei korkeakoulututkintoa	456	78
Korkeakoulututkinto	104	18
<b>Puuttuvien hampaiden lukumäärä</b>		
0-10	513	88
>10	67	12
<b>Irrotettavat hammasproteesit</b>		
Kyllä	126	22
Ei	207	35
<b>Tuloluokka</b>		
Alin	138	24
Keski	230	39
Ylin	201	34

Vuosien 2001 ja 2004 välillä ei löytynyt tilastollista merkitsevyyttä korvattavissa eikä ei korvattavissa hoidoissa kummassakaan ikäryhmässä, vaikka kokonaisuutena korvattavia hoitoja saavien osuus oli hieman noussut ja ei korvattavia hoitoja saaneiden osuus laskenut. Taulukossa 11 on esitetty korvattavia hoitoja ja ei korvattavia hoitoja saaneiden yksityishammaslääkärillä hammashoidossa käyneiden osuuden muutos luokiteltuna ikäryhmän mukaan vuosien 2001 ja 2004 välillä.

**Taulukko 11. Yksityishammaslääkärillä hammashoidossa käyneiden (n=788) osuus, jotka saaneet korvattavia hoitoja ja ei korvattavia hoitoja vuosina 2001 ja 2004 luokiteltuna ikäryhmän mukaan.**

	Vuonna 2001		Vuonna 2004	
	Korvattavat	Ei korvattavat	Korvattavat	Ei korvattavat
	hoidot	hoidot	hoidot	hoidot
	%	%	%	%
<b>Ikäryhmä</b>				
<b>Ennen vuotta 1956 syntyneet</b>	26	8	27	7
<b>Vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet</b>	45	4	48	3

## 6.5 Hammashoitosektorin valinta

Ikäryhmä korreloi kaikkien muiden muuttujien kanssa. Muuttuja laitettiin kuitenkin malliin, koska se on tärkeä selittäjä hammashoitosektorin valinnassa. Taulukossa 12 on esitetty malleissa käytettyjen muuttujien väliset korrelaatiot.

**Taulukko 12. Taustamuuttujien väliset korrelaatiot**

	sukupuoli	ikäryhmä	peruskoulutus	peruskoul.jälk.tutk.	puuttuvat hampaat	proteesit	perheen tulot	TK käynti	yksit.käynti
sukupuoli	1								
ikäryhmä	0,01	1							
peruskoulutus	-0,089**	0,284**	1						
peruskoul. jälk. tutk.	-0,021	0,056*	0,530**	1					
puuttuvat hampaat	-0,02	-0,366**	-0,297**	-0,166**	1				
proteesit	0,053	0,413**	0,384**	0,233**	-0,740**	1			
perheen tulot	0,069**	0,230**	0,359**	0,269**	-0,287**	0,335**	1		
TK käynti	0,011	0,289**	-0,037	-0,44	-0,051	0,103**	-0,052	1	
yksit.käynti	0,07	-0,252**	0,049	0,36	-0,019	-0,029	0,05	-0,842**	1

\* p< 0,05, \*\* p< 0,01

Yksityissektorin valintaa selittäviin malleihin vuosille 2001 ja 2004 oli laitettu malliin 1 selittäjiksi kaikki taustamuuttujat ja terveyskeskus hammaslääkärillä käynti. Malleissa 2 oli laitettu mukaan kaikki edellisissä malleissa merkitseviksi jääneet muuttujat. Mallit 3 oli rakennettu lisäämällä muuttujat yksi kerrallaan. Vuoden 2004 malli 1 ja molempien vuosien mallit 3 läpäisivät Ramsayn reset-testin. Malleissa ei ollut multikollinearisuutta eikä heteroskedastisuutta. Yksittäisistä muuttujista "proteesit" pudotti tutkittavista pois noin puolet. Tämän vuoksi molempien vuosien

malleihin 3 ei ole laitettu tätä muuttujaa. Taulukossa 13 on esitetty mallit yksityissektorin valintaa selittävästä muuttujasta.

**Taulukko 13. Yksityissektorin valinta vuosille 2001 ja 2004.**

2001	Muuttujat	95,0% C.I.for EXP(B)			Sig.	Nagelkerke R Square	2004	Muuttujat	95,0% C.I.for EXP(B)			Sig.	Nagelkerke R Square
		OR	Lower	Upper					OR	Lower	Upper		
<b>Malli 1</b>	sukupuoli	0,76	0,402	1,437	0,399	0,742	<b>Malli 1</b>	sukupuoli	0,721	0,395	1,317	0,288	0,592
	ikäryhmä	0,906	0,383	2,145	0,823			ikäryhmä	0,913	0,418	1,994	0,819	
	peruskoulutus	0,942	0,385	2,309	0,897			peruskoulutus	0,586	0,246	1,392	0,226	
	perusk. jälk. tutkinto	1,227	0,435	3,457	0,699			perusk. jälk. tutkinto	0,671	0,240	1,874	0,446	
	puuttuvien hamp. lkm	3,721	1,359	10,183	0,011			puuttuvien hamp. lkm	7,107	2,484	20,334	0,000	
	proteesit	1,165	0,455	2,982	0,750			proteesit	3,809	1,473	9,85	0,006	
	perheen tulot	0,605	0,237	1,549	0,295			perheen tulot	0,572	0,24	1,365	0,208	
	käynti tk	181,764	88,59	372,931	0,000			käynti tk	63,261	30,555	130,98	0,000	
	Constant	-3,025			0,000			Constant	0,079			0,001	
N	620					607							
Prob>F	0.000					0.000							
<b>Malli 2</b>	puuttuvien hamp. lkm	3,345	1,860	6,014	0,000	0,742	<b>Malli 2</b>	puuttuvien hamp. lkm	3,794	1,565	9,194	0,003	0,567
	käynti tk	204,941	125,321	335,147	0,000			proteesit	1,903	0,882	4,105	0,101	
	Constant	0,029			0,000			käynti tk	48,283	26,836	86,869	0,000	
								Constant	0,048			0,000	
N	1193					660							
Prob>F	0.000					0.000							
<b>Malli 3</b>	ikäryhmä	0,249	0,186	0,333	0,000	0,116	<b>Malli 3</b>	ikäryhmä	2,971	2,254	3,917	0,000	0,080
	peruskoulutus	0,671	0,498	0,904	0,009			peruskoulutus	0,593	0,450	0,782	0,000	
	puuttuvien hamp. lkm	1,658	1,133	2,426	0,009			puuttuvien hamp. lkm	1,945	1,36	2,781	0,000	
	perheen tulot	0,652	0,452	0,940	0,022			Constant	0,667			0,072	
	Constant	3,747			0,000								
N	1138					1185							
Prob>F	0.000					0.000							

Terveyskeskushammaslääkärin valintaa selittäviin malleihin vuosille 2001 ja 2004 oli laitettu muuttujat edellä kuvatun mallin mukaisesti. Näistä malleista vuoden 2001 mallit 2 ja 3 ja vuoden 2004 malli 3 läpäisivät Ramsayn reset-testin. Malleissa ei ollut multikollineaarisuutta eikä heteroskedastisuutta. Molempien vuosien malli 3 selitti parhaiten terveyskeskusektorin valintaa. Taulukossa 14 on esitetty mallit terveyskeskuslääkärin valintaa selittävästä muuttujasta.

**Taulukko 14. Terveyskeskushammaslääkärin valinta vuosille 2001 ja 2004.**

2001		95,0% C.I.for EXP(B)				Nagelkerke R Square	2004		95,0% C.I.for EXP(B)				Nagelkerke R Square
	OR	Lower	Upper	Sig.			OR	Lower	Upper	Sig.			
<b>Malli 1</b>	sukupuoli	0,777	0,406	1,489	0,447	0,762	<b>Malli 1</b>	sukupuoli	1,142	0,655	1,99	0,640	0,678
	ikäryhmä	4,149	1,746	9,862	0,001			ikäryhmä	2,230	1,084	4,587	0,029	
	peruskoulutus	2,605	0,984	6,900	0,054			peruskoulutus	1,708	0,768	3,798	0,189	
	perusk. jälk. tutkinto	0,697	0,228	2,133	0,527			perusk. jälk. tutkinto	0,766	0,291	2,020	0,590	
	puuttuvien hamp. lkm	2,52	0,846	7,506	0,097			puuttuvien hamp. lkm	2,961	1,176	7,452	0,021	
	proteesit	0,787	0,291	2,124	0,636			proteesit	1,046	0,461	2,372	0,915	
	perheen tulot	0,996	0,369	2,686	0,994			perheen tulot	1,132	0,497	2,577	0,768	
	käynti yksit.							käynti yksit.					
	Constant	186,33	89,999	385,768	0,000		Constant	86,702	47,197	159,28	0,000		
		0,012			0,000			0,017			0,000		
N	620							607					
Prob>F	0.000							0.000					
<b>Malli 2</b>	ikäryhmä	3,739	2,235	6,258	0,000	0,769	<b>Malli 2</b>	ikäryhmä	1,868	1,168	2,988	0,009	0,738
	peruskoulutus	1,388	0,831	2,319	0,211			puuttuvien hamp. lkm	2,349	1,3	4,247	0,005	
	käynti yksit.	156,728	96,849	253,627	0,000			käynti yksit.	132,35	84,449	207,43	0,000	
	Constant	0,021			0,000			Constant	0,021			0,000	
N	1182							1196					
Prob>F	0.000							0.000					
<b>Malli 3</b>	ikäryhmä	4,277	3,243	5,64	0,000	0,128	<b>Malli 3</b>	ikäryhmä	2,969	2,259	3,903	0,000	0,080
	peruskoulutus	0,563	0,423	0,749	0,000			peruskoulutus	1,597	1,196	2,132	0,001	
	Constant	0,353			0,000			perheen tulot	1,435	1,021	2,018	0,038	
							Constant	0,207			0,000		
N	1182							1135					
Prob>F	0.000							0.000					

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen merkityksen ja toteuttamisen tarkastelua

Subventiouudistuksen vaikutusten tutkiminen on aikaisemmissa tutkimuksissa keskittynyt väestötosten poikkileikkausaineistojen tarkasteluun Terveys 2000-aineistosta. Pitkittäisseurantaa ei Terveys2000 -aineistosta ole vielä tehty. Tässä työssä käytettyä II paneeliaineistoa ei ole aikaisemmin käytetty tutkimusaineistona, joten aikaisempia tuloksia paneeliaineistosta ei ole. Yleisesti tarkasteltuna subventiouudistuksen vaikutuksista on olemassa todella vähän tutkimustuloksia.

Terveys 2000-aineiston aikaisemmat tarkastelut ovat lähestyneet hammashoitomaksujen subventiouudistusta hammashoitopalvelujen käytön, hammashoitosektorin valinnan ja koetun suun terveyden näkökulmista. Hoidon sisällön tarkastelu paneeliaineistossa oli uusi näkökulma subventiouudistuksen vaikutusten arviointiin. Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksen mukaista myös potilaiden hammashoitokustannusten sekä hoidon luokitusten (korvattavien ja ei korvattavien hoitojen) vertailu. Tästä saatava tieto kertoo subventiouudistuksen vaikutuksista korvattujen hoitojen määriin sekä hoidon sisällön mahdollisesta muutoksesta.

Aineiston tarkastelu ennen vuotta -56 syntyneet ja vuonna -56 ja sen jälkeen syntyneiden ikäluokissa oli tarkoituksen mukaista, koska sairausvakuutuksen laajeneminen vanhempiin ikäluokkiin koski ennen vuotta -56 syntyneitä ja uudistuksen mahdolliset vaikutukset hoidon sisältöön saadaan tällöin näkyviin.

### 7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

#### *Hammashoidossa käyneiden hoidon määrä ja hoitosektori*

Alustavien tutkimustulosten mukaan voidaan sanoa, että suuria muutoksia ei ollut verrattaessa vuosien 2001 ja 2004 tuloksia. Hammaslääkärissä käyneiden osuudessa ei ollut muutosta vuosien 2001 ja 2004 välillä. Jälkimmäisenä vuonna terveyskeskuksessa hoidossa käyneitä oli enemmän. Tämä voi osaksi selittyä ilmiöllä, joka tapahtui julkisessa hammashoidossa väestön saatua tiedon

uudistuksen voimaantulo aikataulusta. Uudistus sisälsi myös ajatuksen, että julkisessa hammashoidossa ei voida asettaa ikärajoja hoitoon pääsulle vaan kaikki pääsevät hoitoon syntymävuoteen katsomatta. Asiakkaat jäivät odottamaan uudistuksen voimaantuloa, jolloin kasautui patoutunutta hoidontarvetta. Oletettavasti osa tästä hoidontarpeesta näkyi taulukon 4 tuloksessa.

Sukupuolten välillä oli havaittavissa pientä eroa. Subventiouudistus ei näyttänyt yleisesti vaikuttaneen naisten hoitoon hakeutumiseen. Miehet lisäsivät terveyskeskushammaslääkäri palvelujen käyttöä, mutta erot eivät tulleet tilastollisesti merkitseviksi. Tulosten mukaan ennen vuotta 1956 syntyneet hakeutuivat uudistuksen tultua voimaan terveyskeskuksen hammaslääkärin hoitoon. Ero vuosien välillä oli tilastollisesti merkitsevä. Nuorempi ikäryhmä hakeutui yksityissektorille. Tämä tulos on subventiouudistuksen tarkoituksen mukainen, koska tiedetään että terveys jakautuu sosiaaliryhmittäin eriarvoisesti. Subventiouudistuksella oli tarkoitus kaventaa eroja ja parantaa väestön tasa-arvoa. ( Niiranen ym. 2008, Suominen-Taipale ym. 2004, Häkkinen 2006.)

Alimpaan ja keskimmäiseen tuloluokkaan kuuluvien vastajien osuus kasvoi hieman vuosien 2001 ja 2004 välillä molemmissa ikäryhmissä sekä terveyskeskushammaslääkärin että yksityishammaslääkärin hoidossa käyneillä. Vaikka erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä, niin voidaan sanoa, että suunta on uudistukselle ennalta asetettujen tavoitteiden mukainen eli hammashoitopalvelujen käyttö kasvoi eniten väestöryhmissä, jotka aikaisemmin olivat tuetun hoidon ulkopuolella tai taloudellisesti heikommassa asemassa. Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös Kiiskinen ym. (2005) tutkimuksesta.

### *Hammashoidon sisältö*

Hoidon sisältöä yksittäisinä toimenpiteinä tarkasteltaessa nähdään, että yleisesti toimenpiteiden osuudet ovat vähentyneet. Tämä voi johtua hoidontarpeen vähenemisestä säännöllisesti hammashoidossa käyvillä. Todennäköisesti tutkimukseen ovat halukkaita osallistumaan sellaiset henkilöt, jotka ovat säännöllisessä hammashoidossa kävijöitä.

Terveyskeskuksessa tilastollisesti merkitseviksi tulivat erot vuosien välillä suun ja hampaiden tutkimuksessa sekä hampaiden puhdistuksessa tai hammaskiven poistossa. Se antaa viitteitä siitä, että hoitotakuun tultua voimaan jonojen paine terveyskeskukseen pyrkivistä hammashoidon asiakkaista kasvaa. Tämä voi tarkoittaa, että akuuttien hoitojen osuus hammashoidosta kasvaa

entisestäään. Vuonna 2003 kiireellisiä hoitokäyntejä oli kolmasosalla (33 %) aikuisista. Suurissa ja keskisuurissa terveyskeskuksissa kiireellisiä hoitokäyntejä oli merkittävästi enemmän kuin pienissä. Hoitokäynneistä kiireelliset hoitokäynnit veivät noin viidenneksen. (Widström ym. 2006.)

Yksityisektorilla merkittäviä eroja hoidon sisällössä vuosien 2001 ja 2004 välillä olivat paikkauksien, juurihoidon ja suun alueen leikkauksien väheneminen. Nämä kaikki ovat toimenpiteitä, joihin säännöllisellä hammashoidossa käynnillä voidaan katsoa olevan vaikutusta.

Toimenpide ryhmittäin tarkasteltuna ainoa tilastollisesti merkitsevä ero vuosien välillä löytyi yksityishammaslääkäri palvelujen käytössä erikoishoitojen osuudessa, jotka vähenivät. Tässä tilanteessa palvelujen tarjoajat voivat teorian mukaisesti luoda kysyntää kutsulla hammashoittoon. Asenteiden höltyminen voi johtaa myös ylimääräisten hammashoitopalvelujen tarjoamiseen hammaslääkärin tulotason säilyttämiseksi, vaikka potilaan hoidontarve pienenesi.

Luokiteltujen toimenpiteiden määrät laskivat tilastollisesti merkitsevästi ehkäisevien hoitojen osalta terveyskeskushammaslääkärillä käyneillä ja perus- ja erikoishoitojen osalta yksityishammaslääkärillä käyneillä. Nämä tulokset tukevat edellä mainittuja havaintoja siitä, että säännöllisesti hammashoidossa käyneillä hoidon tarve vähenee ajan myötä. Hieman huolestuttava suuntaus on terveyskeskushammaslääkärin hoidoissa ehkäisevien hoitojen väheneminen, koska kokonaishoitopotilaan hoidontarve tulisi vähentyä ja siirtyä enemmän ehkäisevän hammashoidon suuntaan.

### *Hammashoidon kustannukset*

Molemmissa ikäryhmissä vastanneiden osuus oli lisääntynyt hieman alimmassa kustannusluokassa sekä terveyskeskus hammaslääkärin että yksityishammaslääkärin hoidossa käyneillä. Tämä tukee aikaisempia tuloksia hoidontarpeen vähenemistä ajan myötä säännöllisessä hammashoidossa käyneillä. Lisääntyneet kustannukset voivat johtua lisääntyneistä hammaslääkärikäynneistä, hoidon sisällön muutoksesta tai siirtymisestä kalliimman, esimerkiksi erikoishammaslääkärin hoitoon (Mueller ym. 1988). Alkuperäinen oletus siitä, että hammashoidon kustannukset voivat nousta, kun potilaille tehdään subventioudistuksen myötä enemmän ja kalliimpia toimenpiteitä ei näyttäisi näiden tulosten valossa pitävän paikkaansa.

Ennen vuotta 1956 syntyneiden ikäluokassa kustannusluokkaan kolme eli korkeimpaan kustannusluokkaan kuuluvien osuus oli laskenut vuosien 2001 ja 2004 välillä. Kustannusluokkaan kolme sisälsi proteettisten hoitojen kustannuksia, joista asiakkaat saavat hammaslääkärin tekemästä

työstä pienen osan sairausvakuutuskorvausta mutta proteesien valmistuksesta aiheutuva kustannus on kokonaisuudessaan potilaan maksettavaa. Tulos on suuntaa antava mutta voidaan sanoa, että se on uudistuksen tavoitteiden mukainen.

#### *Yksityishammaslääkärillä hammashoidossa käyneiden hoidon määrä ja kustannukset*

Subventiouudistuksen vaikutukset näkyivät tuloksissa yksityishammaslääkärillä hoidossa käyneillä. Vaikka vuosien väliset hammashoidon korvattavien ja ei korvattavien hoitojen erot eivät tulleet merkitseviksi, niin tuloksista nähdään, että pientä lisäystä tapahtui korvattavien hoitojen osuudessa ja pientä vähenemistä ei korvattavien hoitojen osuudessa. Hypoteesi oletti, että hammashoitomaksujen subvention myötä tapahtuisi lisääntymistä ei korvattavia hoitoja saaneiden osuudessa. Alkuperäinen oletus väestön siirtymisestä kalliimpiin hoitoihin sairausvakuutuksen laajenemisen myötä ei saanut tukea tutkimuksen tuloksista.

#### *Hammashoitosektorin valinta*

Yksityishammaslääkärin valintaa hoitopaikaksi selittivät mallien 3 mukaan vuonna 2001 potilaan ikäryhmä, peruskoulutus, puuttuvien hampaiden määrä ja perheen kuukausitulot. Vuonna 2004 selittävät muuttujat olivat samat, paitsi perheen kuukausitulot tulivat mallissa ei merkitseviksi. Terveyskeskushammaslääkärin valintaa hoitopaikaksi vuonna 2001 selittivät ikäryhmä ja peruskoulutus. Vuonna 2004 merkitseväksi selittäjäksi tuli myös perheen kuukausitulot. Mallit sisälsivät lähes koko kyseisten vuosien otoksen mutta mallien selitysaste jäi heikoksi.

#### *Keskeiset muutokset*

Nämä tulokset antavat viitteitä siitä, että subventiouudistuksen vaikutukset ovat uudistuksen tavoitteiden mukaisia. Uudistuksella haluttiin tukea tasapuolista hoitoon pääsyä. Vuoteen 2002 saakka ennen vuotta 1956 syntyneet ovat olleet epätasa-arvoisessa asemassa ikänsä puolesta, koska eivät saaneet sairausvakuutuskorvausta. Myös pienempi tuloisten henkilöiden on mahdollisuus uudistuksen tultua voimaan valita halutessaan yksityishammaslääkärin hoito. Tutkimus tulokset antoivat suuntaa antavat vastaukset tutkimuskysymyksiin ja tukivat osittain alkuun asetettuja oletuksia.



Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia aiheesta. Vaikka tilastollisesti merkitseviä eroja vuosien välille saatiin joihinkin muuttujiin, niin erot olivat kokonaisuutta katsoen pieniä. Subventiouudistuksen vaikutusten seuranta-aika oli lyhyt ja pitkän aikavälin vaikutusten esiin saamiseksi kyselyitä olisi tehtävä jatkossa samalle vastaajajoukolle. Tämän tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia ja subventiouudistuksen vaikutuksia tulisi tarkastella pidempiaikaisesti tutkimusaineistoissa täsmällisemmän kuvan saamiseksi. Uusintakysely samalle vastaajajoukolle on tehty 2007, mutta tuloksia uudesta aineistosta ei vielä ole. Tämä olisi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

## Lähdeluettelo

Ahlberg J.(1997), Implications of a Subsidized Dental Care Program for Oral Health and Its Determinants, University of Helsinki, Helsinki.

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. (1998), Suomalaisten terveys ja terveystalvelujen käyttö, osa VI: Nuorten aikuisten hammashoidon sisältö ennen subventioudistusta ja sen jälkeen, Stakesin julkaisuja, Terveys 1998:5.

Arinen S. (1992), Subventioudistuksen vaikutus nuorten aikuisten hammashuoltopalvelujen käyttöön, Yliopistollinen väitöskirja, Helsingin yliopisto, Helsinki.

Arinen S, Sintonen H. (1994), The choice of dental care sector by young adults before and after subsidisation reform of finland. Social Science Med. Vol.39: 2: 291-297.

Birch S. (1988), The identification of supplier-inducement in a fixed price system of health care provision, Journal of Health Economics, 7:129-150.

Dave D, Kaestner R. (2006), Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from medicare, Working Paper 12764, NBER Working Paper Series.

Evans R. (1991), Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. The Economics of Health 10, 66-77.

Folland S, Googman AC, Stano M. (2001), The economics of health and health care, Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall.

Grabowski D, Gruber J. (2005), Moral hazard in nursing home use. Working Paper 11723. NBER Working Paper Series.

Grossman M. (2000), The human capital model , in : A.J. Culyer and J.P. Newhouse, eds., Handbook of Health Economics, Amsterdam, Chapter 7.

- Grytten J. (2005), Models for financing dental services. *Community Dental Health* 22, 75-85.
- Heistaro S. (toim.), Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005.
- Holst D. (1982), Third party payment in dentistry. An analysis of an effect of a third party payment system and systems determinants, University of Oslo, Oslo.
- Häkkinen Unto, Alha Pirkko (toim.). (2006), Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot, Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 10B /2006.
- Kiiskinen U, Suominen-Taipale L, Aromaa A, Arinen S, Koettu suun terveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 22/2005.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 1219/2000.
- Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 1202/2000.
- Manning W, Phelps C. (1979), The demand for dental care. *The Bell Journal of Economics*. 10:503-525.
- Manning W, et.al. (1986), The demand for dental care: Evidence from a randomized trial in health insurance, R-3225-HHS (The Rand Corporation, Santa Monica, CA).
- Mueller C, Monheit A. (1988), Insurance coverage and the demand for dental care, Results for non-aged white adults. *Journal of Health Economics* 7:59-72.
- Niiranen T, Widström E, Niskanen T. (2008), Oral health care reform in Finland - aiming to reduce inequity in care provision. *BMC Oral Health*, Jan 28;8:3.
- Newhouse J. and The Insurance Experiment Group. (1993), *Free for All, A RAND Study*, Harvard University Press, Cambridge, London.

Parkin D, Yule B. (1988), Patient charges and the demand for dental care in Scotland, 1962-81. *Economics* 20, 229-242.

Sintonen H, Linnosmaa I. (2000), Economics of dental services. *Handbook of Health Economics* 24:1252-1296.

Sintonen H, Maljanen T. (1995), Explaining the utilisation of dental care. Experiences from the Finnish dental market. *Health Economics*, 4:453-466.

Sintonen H, Pekurinen M, Linnakko E. (1997), *Terveystaloustiede*, WSOY, Porvoo.

Suominen-Taipale L, Norblad A, Vehkalahti M. ja Aromaa A. (toim.) (2004), Suomalaisen aikuisen suunterveys, *Terveys 2000 - tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004.

Tampsi-Jarvala T, Mikkola H, Vesivalo A, Widström E. (2007), Hintakilpailu ja hinnoittelupäätökset yksityisillä hammashoitomarkkinoilla. *Terveystaloustiede 2007*, Työpapereita 2/2007, Stakes.

Wagstaff A. (1986), The Demand for Health. Some New Empirical Evidence. *Journal of Health Economics* 5:195-233.

Widström E, Eaton K. (2004), Oral healthcare system in the extended European Union. *Oral Health Prev Dent* 2:155-194.

Widström E, Suominen-Taipale L. (2006), Aikuisten hammashoidosta terveyskeskuksissa. Tietoja vuoden 2003 erilliselvityksestä. *Suomen hammaslääkärilehti* 2006;15:2-6.

[www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/200204124032MV?OpenDocument](http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/200204124032MV?OpenDocument)

[www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sosva/svsai/svkorvaus.htx](http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sosva/svsai/svkorvaus.htx)

Zwiefel P, Manning W. (2000), Moral hazard and consumer incentives in health care. *Handbook of Health Economics*, Volume 1:8: 410-455.

## LIITE

### Liite 1. Kyselylomake

#### AIKUISTEN HAMMASHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖTUTKIMUS 2004

1. Minä vuonna olette syntyneet? 19 \_\_\_\_\_
2. Sukupuolenne?  1 nainen  
 2 mies
3. Nykyinen siviilisäätyenne?  1 naimisissa  
 2 avoliitossa  
 3 eronnut tai asumuserossa  
 4 leski  
 5 naimaton
4. Kuinka monta jäsentä kuuluu kotitalouteenne (perheeseen) tällä hetkellä, itsenne mukaan luet-  
tuna? *Laskekaa mukaan myös omasta tai puolison aiemmasta* \_\_\_\_\_ perheenjäsentä  
*liitosta olevat lapset, jotka asuvat kotitaloudessa vain osan aikaa*  
*(riippumatta siitä, missä he ovat kirjoilla).*
5. Kuinka moni kotitalouteenne kuuluvista on alle 18-vuotias? \_\_\_\_\_
6. Peruskoulutuksenne?  
*Valitkaa korkein suorittamanne koulutus.*
- 1 vähemmän kuin kansakoulu  
 2 kansakoulu  
 3 kansalaiskoulu  
 4 osa keskikoulua tai osa peruskoulua (vähemmän kuin 9 vuotta)  
 5 keskikoulu  
 6 peruskoulu  
 7 osa lukiota tai lukion päästötodistus  
 8 ylioppilastutkinto
7. Mikä on korkein peruskoulutuksen jälkeen suorittamanne koulutus tai tutkinto?  
*Valitkaa korkein suorittamanne koulutus.*
- 1 ei mitään ammattikoulutusta  
 2 ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus  
 3 ammattikoulu, oppisopimuskoulutus, näyttötutkinto  
 4 ammatillinen koulu (esim. teknillinen koulu)  
 5 ammatillinen opistotutkinto  
 6 erikoisammattitutkinto (esim. mestarintutkinto)  
 7 ammattikorkeakoulututkinto  
 8 alempi korkeakoulututkinto  
 9 ylempi korkeakoulututkinto  
 10 lisensiaatin tutkinto  
 11 tohtorin tutkinto

**8. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten tämänhetkistä pääasiallista toimintaanne?**

*Pääasiallinen on se toiminta, johon käyttää eniten aikaa tai josta saa eniten tuloja.*

*Osa-aikaeläkeläiset valitsevat vaihtoehdon 2.*

- 1 kokopäivätyö
- 2 osa-aikatyö
- 3 opiskelija
- 4 eläkkeellä
- 5 työtön tai lomautettu
- 6 hoitamassa omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä
- 7 varusmies- tai siviilipalvelu
- 8 muu

**9. Mihin ryhmään kuulutte/kuuluitte työelämässä?**

*Jos ette ole tällä hetkellä työssä, vastatkaa viimeisimmän ammattinne tai työnne perusteella.*

- 1 ylempi toimihenkilö (johto-, suunnittelu- ja tutkimus-, opetustehtävät tms.)
- 2 alempi toimihenkilö (työnjohto, toimisto- ja myyntityö tms.)
- 3 muu palkansaaja (teollisuus-, maatalous-, jakelu- ja palvelutyöntekijä tms.)
- 4 maatalousyrittäjä (ml. metsä-, puutarha-, kalastus- tms.)
- 5 muu yrittäjä tai ammatinharjoittaja
- 6 muu
- 7 en ole koskaan toiminut päätoimisesti ammatissa

**10. Mikä on nykyinen/viimeisin ammattinne?**

---

**11. Onko yleinen terveydentilanne mielestänne nykyisin...**

- 1 hyvä     2 melko hyvä     3 keskitasoinen     4 melko huono     5 huono

**12. Onko hampaidenne kunto ja suunne terveydentila mielestänne nykyisin...**

- 1 hyvä     2 melko hyvä     3 keskitasoinen     4 melko huono     5 huono

**13. Kuinka monta omaa hammasta Teiltä puuttuu (viisaudenhampaat mukaan lukien)?**

- 1 ei puutu yhtään hammasta
- 2 puuttuu 1–5 hammasta
- 3 puuttuu 6–10 hammasta
- 4 puuttuu yli 10 hammasta, mutta ei kaikkia
- 5 kaikki hampaat puuttuvat

**14. Onko Teillä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja?**

- 1 kyllä                       2 ei

15. Kuinka usein käytätte suunne ja hampaidenne hoitoon...

Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin (a-f)

	Päivittäin	Viikoittain	Harvemmin	En lainkaan
a. tavallista hammasharjaa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. sähköhammasharjaa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. hammaslankaa tai hammasväliharjaa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. hammastikkuja?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. fluorihammastahnaa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. fluoritabletteja tai -liuosta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

16. Kuinka usein nautitte, muulloin kuin varsinaisten aterioiden yhteydessä, makeita välipaloja, esimerkiksi makeisia, makeita virvoitusjuomia, sokerilla maustettua kahvia tai teetä?

- 1 3 kertaa tai useammin päivässä
- 2 1–2 kertaa päivässä
- 3 2–6 kertaa viikossa
- 4 harvemmin
- 5 en koskaan

17. Arveletteko nyt tarvitsevanne hammashoitoa?

- 1 kyllä
- 2 en

18. Onko Teillä irrotettavia hammasproteeseja? Tämä kysymys koskee vain henkilöitä, joilta puuttuu omia hampaita. Muut vastaavat seuraavaksi kysymykseen 19.

- 1 on kokoproteesit eikä yhtään omaa hammasta, ⇒ SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 21
- 2 on koko- tai osaproteesi ja omia hampaita
- 3 ei proteeseja eikä omia hampaita ⇒ SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 26
- 4 ei proteeseja ja on omia hampaita

19. Onko Teillä tapana käydä hammaslääkärissä...

- 1 säännöllisesti tarkastusta varten
- 2 vain silloin, kun Teillä on särkyä tai jotakin vaivaa ⇒ SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 22
- 3 ei koskaan ⇒ SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 26

20. Kuinka usein Teillä on tapana käydä hammaslääkärissä tarkastusta varten?

- 1 noin kerran vuodessa
- 2 noin kahden vuoden välein
- 3 harvemmin

21. Kuinka usein käytte hammaslääkärissä tarkastuttamassa hammasproteesinne (tietämättä itse, onko niissä vikaa)? Tämä kysymys koskee vain kokoproteesin käyttäjiä, joilla ei ole lainkaan omia hampaita.

- 1 noin kerran vuodessa
- 2 ainakin kerran viidessä vuodessa
- 3 harvemmin
- 4 en koskaan ⇒ SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 26

22. Onko Teillä joku tietty hammaslääkäri, johon otatte yhteyttä tarvitessanne hammashoitoa?

- 1 kyllä  
 2 ei ⇒ SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 26

23. Onko tämä hammaslääkäri...

- 1 terveyskeskushammaslääkäri  
 2 yksityishammaslääkäri  
 3 jokin muu hammaslääkäri

24. Onko tällä hammaslääkärillä tapana kirjeitse tai puhelimitse kutsua Teidät hoitoon tai antaa uusi tarkastusaika hoitojakson viimeisellä käynnillä?

- 1 kyllä  2 ei

25. Onko tämä hammaslääkäri kutsunut kirjeitse tai puhelimitse Teidät hoitoon...

a) viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?

- 1 kyllä  2 ei

b) sitä edeltäneiden 12 kuukauden aikana?

- 1 kyllä  2 ei

26. Miten pitkäksi arvioitte matkanne lähtöpaikalta (kotoa tai työpaikalta) sille hammaslääkärille, jota käytätte tai tarvitessanne käyttäisitte? \_\_\_\_\_ km

27. Miten yleensä kuljette tai tarvittaessa kulkisitte matkan tälle hammaslääkärille?

- 1 jalan  
 2 polkupyörällä  
 3 henkilöautolla  
 4 julkisilla liikennevälineillä  
 5 taksilla  
 6 muulla tavoin

28. Kuinka paljon arvioitte yhden hammaslääkärisikäynnin keskimäärin vievän Teiltä aikaa matkoihin kuluva aika mukaan lukien? *Arviota pyydetään ajanvarauskäynnistä, joten odotushuoneessa tavanomaisesti kuluva aika lasketaan mukaan. Aika arvioidaan normaalista lähtöpaikasta (esim. kotoa tai työpaikalta) lähdettäessä tavanomaista kulkuvälinettä käyttäen.*

\_\_\_\_\_ tuntia \_\_\_\_\_ minuuttia

29. Menetättekö palkkaa tai tuloja, jos käytte työaikana hammaslääkärisissä? *Työtulojen menetykseksi lasketaan myös se, että yrittäjän tai itsenäisen ammatinharjoittajan tulot jäävät tavallista pienemmiksi hammaslääkärisissä käyntiin kuluvan ajan takia, kuten myös se, että joutuu korvaamaan käyntiin käytetyn työajan myöhemmin.*

- 1 Kyllä  2 en  3 en ole työelämässä ⇒ SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 31

30. Korvaako työnantaja tai työpaikan sairaus- tai avustuskassa hammashoitonne kustannuksia?

- 1 kyllä  2 ei



31. Nyt pyydämme Teitä arvioimaan yksityishammaslääkärin perimien palkkioiden ja terveyskeskusmaksun välistä hintaeroa seuraavasti: Jos hammashoitonne yksityishammaslääkärillä maksaisi 200 euroa, mitä arvioitte tämän saman hoidon maksavan Teille terveyskeskuksessa?

- |                            |               |                             |                |
|----------------------------|---------------|-----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | 0–20 euroa    | <input type="checkbox"/> 8  | 141–160 euroa  |
| <input type="checkbox"/> 2 | 21–40 euroa   | <input type="checkbox"/> 9  | 161– 180 euroa |
| <input type="checkbox"/> 3 | 41–60 euroa   | <input type="checkbox"/> 10 | 181– 200 euroa |
| <input type="checkbox"/> 4 | 61–80 euroa   | <input type="checkbox"/> 11 | 201– 220 euroa |
| <input type="checkbox"/> 5 | 81–100 euroa  | <input type="checkbox"/> 12 | 221– 240 euroa |
| <input type="checkbox"/> 6 | 101–120 euroa | <input type="checkbox"/> 13 | 241– 260 euroa |
| <input type="checkbox"/> 7 | 121–140 euroa | <input type="checkbox"/> 14 | 261 euroa –    |

32. Oletteko käynyt viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana hammashoidossa?

- 1 kyllä  
 2 en ⇒ SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 40

33. Kuinka monta kertaa olette käynyt viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana...

*Jos ette ole käynyt hoidossa, vastatkaa 0 kertaa.*

- a. terveyskeskuksen hammaslääkärillä? \_\_\_\_\_ kertaa  
b. yksityisellä hammaslääkärillä? \_\_\_\_\_ kertaa  
c. muulla hammaslääkärillä? (*ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, puolustusvoimat, yliopisto, sairaala jne.*) \_\_\_\_\_ kertaa  
d. hammasteknikolla? \_\_\_\_\_ kertaa  
e. muussa hammashoidossa? \_\_\_\_\_ kertaa

34. Kun viimeksi menitte hammashoittoon aloittaaksenne hoitojakson, miten sovitte ajan?

*Kysymykset 34–39 koskevat vain viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana hammaslääkärissä käyneitä. Muut siirtyvät kysymykseen 40.*

- 1 tilasitte ajan itse  
 2 hammaslääkäri kutsui Teidät  
 3 ajasta oli sovittu jo aikaisemmin edellisen hoitojakson yhteydessä  
 4 menitte vastaanotolle ilman ajanvarausta

35. Kuinka kauan odotitte ensimmäistä hoitokertaa ajanvarauksen jälkeen?

- 1 alle viikon  
 2 1–2 viikkoa  
 3 yli 2 viikkoa, mutta alle kuukauden  
 4 1–3 kuukautta  
 5 kauemmin

**36. Mitä hoitoja saitte viimeisimmän hoitajaksonne aikana?**

*Hoitojaksoon kuuluvat kaikki ne hammashoitokäynnit, joilla hoidettiin Teillä havaitut hammassairaudet ja vaivat.*

Tehtiinkö Teille...	Kyllä	Ei	En tiedä
a. suun ja hampaiden tutkimus?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. röntgenkuvaus?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. paikkaus tai paikan uusinta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. juurihoito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. kruunun tai sillan valmistus tai korjaus?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. irtoproteesien valmistus tai korjaus?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. hampaan tai juuren poisto?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. suun alueen leikkaus?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. leukanivelvaivojen hoito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. hampaiden puhdistus tai hammaskiven poisto?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k. fluorilakkaus tai muu fluorihoido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l. harjausopetus?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
m. ravintoneuvonta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
n. fluorin käytön neuvonta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**37. Paljonko olette itse maksanut omasta hammashoidostanne terveyskeskuksessa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana? Valitkaa se vaihtoehto, mihin yhteenlasketut asiakasmaksunne sijoittuivat. Vastatkaa vain, mikäli olette käynyt terveyskeskuksessa.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 0–16 euroa (noin 0–100 mk)    | <input type="checkbox"/> 5 85–170 euroa (noin 501–1 000 mk)    |
| <input type="checkbox"/> 2 17–34 euroa (noin 101–200 mk) | <input type="checkbox"/> 6 171–340 euroa (noin 1 001–2 000 mk) |
| <input type="checkbox"/> 3 35–50 euroa (noin 201–300 mk) | <input type="checkbox"/> 7 341 euroa– (noin 2 001 mk–)         |
| <input type="checkbox"/> 4 51–84 euroa (noin 301–500 mk) |  |

**38. Paljonko olette maksanut omasta hammashoidostanne yksityishammaslääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana? Valitkaa se vaihtoehto, mihin maksamanne yhteenlasketut palkkiot sijoittuivat. Vastatkaa vain, mikäli olette käynyt yksityishammaslääkärillä.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 0–25 euroa (noin 0–150 mk)          | <input type="checkbox"/> 7 501–670 euroa (noin 3 001–4 000 mk)        |
| <input type="checkbox"/> 2 26–50 euroa (noin 151–300 mk)       | <input type="checkbox"/> 8 671–1 000 euroa (noin 4 001–6 000 mk)      |
| <input type="checkbox"/> 3 51–84 euroa (noin 301–500 mk)       | <input type="checkbox"/> 9 1 001–1 350 euroa (noin 6 001–8 000 mk)    |
| <input type="checkbox"/> 4 85–170 euroa (noin 501–1 000 mk)    | <input type="checkbox"/> 10 1 351–1 700 euroa (noin 8 001–10 000 mk)  |
| <input type="checkbox"/> 5 171–340 euroa (noin 1 001–2 000 mk) | <input type="checkbox"/> 11 1 701–2 500 euroa (noin 10 001–15 000 mk) |
| <input type="checkbox"/> 6 341–500 euroa (noin 2 001–3 000 mk) | <input type="checkbox"/> 12 2 501 euroa – (noin 15 001 mk–)           |

**39. Onko kysymyksessä 38 ilmoitetusta summasta jo vähennetty Kela-korvaus?**

*Osa yksityishammaslääkäreistä voi vähentää sen ennen maksun perimistä.*

- 1 kyllä  
 2 ei  
 3 en tiedä

**40. Milloin olette viimeksi käynyt hammaslääkärissä, jos ette ole käynyt viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana?**

- 1 1–2 vuotta sitten  
 2 yli 2 vuotta mutta enintään 5 vuotta sitten  
 3 yli 5 vuotta sitten  
 4 en ole koskaan käynyt hammaslääkärissä

**41. Kuinka suuret ovat perheenne nykyiset kuukausitulot (veroja vähentämättä)? Laskekaa kaikki tulonne mukaan, myös eläkkeet, lapsilisät, saadut elatusmaksut, opintotuet sekä äitiys-, sairaus- ja työttömyyspäiväraha. Tuloihin lasketaan mukaan myös asumistuki.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 alle 420 euroa (noin alle 2 500 mk)       | <input type="checkbox"/> 8 2 941–3 400 euroa (noin 17 501–20 000 mk)  |
| <input type="checkbox"/> 2 420–840 euroa (noin 2 500–5 000 mk)       | <input type="checkbox"/> 9 3 401–4 200 euroa (noin 20 001–25 000 mk)  |
| <input type="checkbox"/> 3 841–1 260 euroa (noin 5 001–7 500 mk)     | <input type="checkbox"/> 10 4 201–5 000 euroa (noin 25 001–30 000 mk) |
| <input type="checkbox"/> 4 1 261–1 680 euroa (noin 7 501–10 000 mk)  | <input type="checkbox"/> 11 5 001–6 700 euroa (noin 30 001–40 000 mk) |
| <input type="checkbox"/> 5 1 681–2 100 euroa (noin 10 001–12 500 mk) | <input type="checkbox"/> 12 6 701–8 400 euroa (noin 40 001–50 000 mk) |
| <input type="checkbox"/> 6 2 101–2 520 euroa (noin 12 501–15 000 mk) | <input type="checkbox"/> 13 yli 8 400 euroa (yli 50 000 mk)           |
| <input type="checkbox"/> 7 2 521–2 940 euroa (noin 15 001–17 500 mk) |   |

**42. Seuraavaksi tiedustelemme mielipidettänne seuraavista väittämistä.**

*Rastittakaa käsitystänne parhaiten vastaava vaihtoehto.*

	Samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
a. Hammaslääkärissäkäynti on mielestäni pelottavaa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Pääsen hoitoon yksityishammaslääkärille nopeasti aina, kun haluan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Asuinkunnassani on hyvin saatavilla yksityishammaslääkäripalveluja.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Pääsen hoitoon terveyskeskushammaslääkärille nopeasti aina, kun haluan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Asuinkunnassani on hyvin saatavilla terveyskeskushammaslääkäripalveluja.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Terveyskeskuksessa voin itse valita hammaslääkärin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Olen hyvin tyytyväinen viimeisen hoitojakson aikana saamaani hammashoitoon.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Hoito on parempaa yksityishammaslääkärillä.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. Hoito on parempaa terveyskeskushammaslääkärillä.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

43. Kuinka usein Teillä on ollut seuraavia suun terveyteen liittyviä ongelmia viimeksi kulleen kuukauden aikana?

	Hyvin usein	Melko usein	Joskus	Hyvin harvoin	Ei lainkaan	En osaa sanoa
a. Kuinka usein Teillä on ollut <u>vaikeuksia sanojen lausumisessa</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
b. Kuinka usein Teistä on tuntunut, että <u>makuaiستinne on heikentynyt</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
c. Kuinka usein olette tuntenut suussanne <u>kipua tai särkyä</u> ?	1	2	3	4	5	6
d. Kuinka usein Teidän on ollut <u>hankala syödä joitakin ruokia</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
e. Kuinka usein olette ollut <u>vaivautunut</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
f. Kuinka usein olette <u>tuntenut olonne jännittyneeksi tai kireäksi</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
g. Kuinka usein olette joutunut hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia <u>noudattamaan ruokavaliota, johon ette ole tyytyväinen?</u>	1	2	3	4	5	6
h. Kuinka usein olette joutunut <u>keskeyttämään ruokailun</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
i. Kuinka usein Teidän on ollut <u>vaikea rentoutua</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
j. Kuinka usein olette ollut <u>hämmentynyt tai nolostunut</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
k. Kuinka usein olette ollut <u>ärtyisä muiden ihmisten seurassa</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
l. Kuinka usein Teillä on ollut <u>vaikeuksia jokapäiväisissä askareissanne</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
m. Kuinka usein olette mielestänne ollut <u>tyytymätön elämäänne</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6
n. Kuinka usein olette ollut <u>täysin toimintakyvyttön</u> hampaistanne, suustanne tai proteeseistanne johtuvien ongelmien takia?	1	2	3	4	5	6

44. Onko Teillä viimeisten 12 kk aikana ollut vaikeuksia päästä hammashoittoon?

- 1 kyllä  
 2 ei → SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 48

45. Millaisia nämä vaikeudet olivat?

- 1 aikaa ei voitu antaa lainkaan eikä Teitä otettu jonotuslistalle  
 2 aikaa ei voitu antaa, mutta Teidät otettiin jonotuslistalle  
 3 saitte hoitoajan, mutta mielestänne liian pitkän ajan päähän  
 4 muu, mitä? \_\_\_\_\_

46. Oliko ensin valitsemanne hammaslääkäri?

- 1 terveyskeskushammaslääkäri  
 2 yksityishammaslääkäri  
 3 muu, mikä? \_\_\_\_\_

47. Mitä teitte kun Teillä oli vaikeuksia saada hoitoa?

- 1 hakeuduite hoitoon muualle, kuin mihin alun perin pyritte  
 2 jäitte jonoon päästäksenne alun perin valitsemaanne hoitopaikkaan  
 3 menitte alun perin valitsemaanne hoitopaikkaan, vaikka jouduitte odottamaan liian pitkään  
 4 päätitte olla menemättä hoitoon tällä kertaa  
 5 muulla tavoin, miten? \_\_\_\_\_

48. Oletteko viimeisten 12 kk aikana päässyt hammashoittoon jollain seuraavista perusteista?

- 1 tapaturma (hampaiden tai suun ja leukojen alue)  
 2 kiireellistä hoitoa vaativa hampaisiin ja hammasproteeseihin liittyvä vaiva tai hammassärky  
 3 raskaus  
 4 muu kuin hammassairaus, pitkäaikainen sairaus tai vamma  
 5 jokin muu syy, mikä? \_\_\_\_\_

#### *Suostumus*

Suostun vapaaehtoisesti tähän hammashoidon käyttötutkimukseen (ja siihen liittyvään tutkimukseen hammashoidon valintaan vaikuttavista tekijöistä). Suostun myös siihen, että nyt antamani vastaukset yhdistetään alussa mainittuihin hammashoittoa koskeviin rekisteritietoihin.

Minulle on myös kerrottu, miten tietoja on tarkoitus käyttää.

\_\_\_\_\_

vastaajan allekirjoitus ja nimen selvennys

\_\_\_\_\_

paikka ja päivämäärä

***Kiitos vaivannäöstänne!***