

JULKINEN JA YKSITYINEN HAMMASHOITO SUOMESSA PALVELUJEN KÄYTTÖ, SEKTORI- SIIRTYMÄT JA KELA-KORVAUSTEN VAIKUTUKSET

Miika Heinonen
Riku Buri

**JULKINEN JA YKSITYINEN
HAMMASHOITO SUOMESSA:
PALVELUJEN KÄYTTÖ,
SEKTORISIIRTYMÄT JA KELA-
KORVAUSTEN VAIKUTUKSET**

Miika Heinonen
Riku Buri

Kilpailu- ja kuluttajaviraston Tutkimusraportteja 3/2026

Julkinen ja yksityinen hammashoito Suomessa: palvelujen käyttö, sektoriirtymät ja Kela-korvausten vaikutukset

Miika Heinonen, Riku Buri

Julkaisija

Kilpailu- ja kuluttajavirasto

Puhelinvaihde: 029 505 3000 (pvm/mpm)

Sähköposti: kirjaamo@kkv.fi

Julkaisut: <https://www.kkv.fi/tutkimus-ja-vaikuttaminen/julkaisut/>

ISSN 2814-4929

ISBN 978-952-6684-99-4

Kilpailu- ja kuluttajaviraston Tutkimusraportteja 3/2026

Julkinen ja yksityinen hammashoito Suomessa: palvelujen käyttö, sektorisiirtymät ja Kela-korvausten vaikutukset

Kirjoittajat: Miika Heinonen, Riku Buri

Julkaisija: Kilpailu- ja kuluttajavirasto

Kieli: Suomi

Sivumäärä: 78

TIIVISTELMÄ

Tässä raportissa tarkastellaan julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon käyttöä Suomessa sekä arvioidaan Kela-korvausjärjestelmän vaikutuksia. Analyysi perustuu laajaan käyntitason rekisteriaineistoon, joka kattaa sekä julkisen että yksityisen sektorin hammashoidon koko maassa.

Raportin ensimmäinen keskeinen havainto on, että suun terveydenhuollon palvelujen käyttö jakautuu Suomessa selvästi sosioekonomisen aseman mukaan. Yksityisten palvelujen käyttö on vahvasti yhteydessä korkeampaan tulo- ja koulutustasoon, kun taas julkisten palvelujen käyttö painottuu suhteellisesti enemmän alempiin tuloryhmiin. Erot näkyvät myös palvelujen kokonaiskäytössä. Kela-korvaukset puolestaan kohdistuvat voimakkaimmin korkeammassa sosioekonomisessa asemassa oleville, jotka käyttävät yksityisiä palveluja eniten.

Toinen keskeinen tulos koskee sektorivalinnan pysyvyyttä. Julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä tapahtuu siirtymiä, mutta sektorivalinta on huomattavan vakaata: yksityisiä palveluja käyttäneistä noin yhdeksän kymmenestä palasi yksityiselle sektorille myös seuraavalla käynnillään. Pysyvyys säilyi myös silloin, kun tarkasteltiin muuttaneita henkilöitä, joiden aiempi toimipaikka ei enää ollut yhtä helposti saavutettavissa. Tämä viittaa siihen, että julkinen ja yksityinen hammashoito eivät ole useimmille asiakkaille toisiansa korvaavia.

Raportin kolmas osio käsittelee Kela-korvauksissa tapahtuneita muutoksia. Vuosien 2015–2016 leikkaukset puolittivat yksityisen hammashoidon korvausasteen noin 30 prosentista 15 prosenttiin, ja korvausmuutos siirtyi pääosin suoraan asiakkaiden maksamiin hintoihin. Yksityisten palvelujen käyttö väheni leikkausten seurauksena 12 prosenttia ja julkisten palvelujen käyttö kasvoi 11 prosenttia, mutta kokonaiskäyttö pysyi lähes ennallaan. Siirtymä yksityiseltä julkiselle kasvatti julkisen sektorin kuormitusta ja odotusajat pitenivät jonkin verran. Julkistaloudellisesti leikkaukset johtivat kuitenkin nettosäästöihin, arviolta useita kymmeniä miljoonia euroja. Vuosien 2024–2025 Kela-korvausten korotukset puolestaan alensivat asiakashintoja, esimerkiksi suun perustutkimuksen hinta laski noin 18 %, mutta vaikutus palvelujen käyttöön jäi vähäiseksi. Kokonaiskäyntimäärä kasvoi vain noin 3 %. Tulos on johdonmukainen vuosien 2015–2016 leikkausten kanssa: molempien perusteella yksityisen suun terveydenhuollon kysyntä on suhteellisen joustamatonta hinnan suhteen.

Raportin tulosten perusteella Kela-korvausjärjestelmän keskeinen ongelma ei ole korvausten siirtyminen palveluntuottajien hintoihin, sillä korvausmuutokset ovat selvästi heijastuneet asiakashintoihin molempiin suuntiin. Ongelma on pikemminkin se, että sektorivalinta reagoi hintamuutoksiin vain rajallisesti. Tällöin korvaukset eivät tehokkaasti ohjaa asiakkaita julkiselta sektorilta yksityiselle eivätkä kevennä julkisen sektorin kuormitusta. Samalla korvaukset kohdistuvat pääosin ryhmiin, jotka käyttäisivät yksityisiä palveluja todennäköisesti joka tapauksessa, ja hyödyttävät vähiten niitä ryhmiä, joissa palvelujen mahdollinen alikäyttö on yleisintä.

Asiasanat: suun terveydenhuolto, hammashoito, julkinen sektori, yksityinen sektori, Kela-korvaukset, sosioekonomiset erot, asiakassiirtymät

Konkurrens- och konsumentverkets Forskningsrapporter 3/2026

Offentlig och privat tandvård i Finland: användning av tjänster, sektorövergångar och effekter av Kela-ersättningar

Författare: Miika Heinonen, Riku Buri

Utgivare: Konkurrens- och konsumentverket

Språk: Finska

Sidantal: 78

SAMMANDRAG

I denna rapport granskas användningen av offentlig och privat tandvård i Finland och effekterna av FPA-ersättningsystemet bedöms. Analysen baseras på ett omfattande registermaterial på besöksnivå som omfattar tandvård inom både den offentliga och den privata sektorn i hela landet.

Den första centrala iakttagelsen i rapporten är att användningen av tjänster inom munhälsovård i Finland klart fördelar sig enligt socioekonomisk ställning. Användningen av privata tjänster har ett starkt samband med högre inkomst- och utbildningsnivå, medan användningen av offentliga tjänster relativt sett är större bland de lägre inkomstgrupperna. Skillnaderna syns också i den totala användningen av tjänster. FPA-ersättningarna tillfaller i sin tur i störst utsträckning dem med högre socioekonomisk ställning, som använder privata tjänster mest.

Ett annat viktigt resultat gäller stabiliteten i valet av sektor. Det sker visserligen övergångar mellan offentlig och privat tandvård, men valet av sektor är mycket stabilt: ungefär nio av tio som hade använt privata tjänster återvände till den privata sektorn vid nästa besök. Stabiliteten kvarstod även när man tittade på personer som hade flyttat och vars tidigare mottagning inte längre var lika lättillgänglig. Detta tyder på att offentlig och privat tandvård inte är utbytbara för de flesta kunder.

Rapportens tredje del behandlar förändringar i FPA-ersättningarna. Nedskärningarna 2015–2016 halverade ersättningsgraden för privat tandvård från cirka 30 procent till 15 procent, och ersättningsändringen övervältrades i huvudsak direkt på de priser som kunderna betalade. Användningen av privata tjänster minskade med 12 procent och användningen av offentliga tjänster ökade med 11 procent till följd av nedskärningarna, men den totala användningen förblev nästan oförändrad. Övergången från privat till offentlig sektor ökade den offentliga sektorns belastning och väntetiderna förlängdes något. Ur ett finanspolitiskt perspektiv ledde nedskärningarna dock till nettoinbesparingar, uppskattningsvis flera tiotals miljoner euro. Höjningarna av FPA-ersättningarna 2024–2025 sänkte i sin tur kundpriserna, till exempel priset på grundläggande munundersökning sjönk med cirka 18 procent, men effekten på tjänsteanvändningen var liten. Det totala antalet besök ökade med endast cirka 3 procent. Resultatet är i linje med nedskärningarna 2015–2016: båda tyder på att efterfrågan på privat munhälsovård är relativt okänslig för prisförändringar.

Enligt rapporten är det centrala problemet med FPA-ersättningsystemet inte att ersättningarna överförs till tjänsteproducenternas priser, eftersom ersättningsändringarna tydligt har återspeglats i kundpriserna i båda riktningarna. Problemet är snarare att sektorvalet reagerar svagt på prisförändringar. I sådana fall styr ersättningarna inte effektivt kunderna från offentlig till privat sektor och minskar inte heller den offentliga sektorns belastning. Samtidigt tillfaller ersättningarna främst grupper som sannolikt skulle använda privata tjänster i vilket fall som helst, och de gynnar minst de grupper där underutnyttjandet av tjänster är vanligast.

Ämnesord: munhälsovård, tandvård, offentlig sektor, privat sektor, FPA-ersättningar, socioekonomiska skillnader, kundövergångar

Research reports of the Finnish Competition and Consumer Authority 3/2026

Public and private dental care in Finland: service use, sector shifts and the effects of Kela reimbursements

Authors: Miika Heinonen, Riku Buri

Publisher: Finnish Competition and Consumer Authority

Language: Finnish

Number of pages: 78

ABSTRACT

This report examines the use of public and private dental care in Finland and assesses the effects of the Kela reimbursement system. The analysis is based on a large registry data set at the level of visits, covering both public and private dental care in the whole country.

The first key finding of the report is that the use of oral health services in Finland is clearly distributed according to socio-economic status. The use of private services is strongly associated with higher income and education levels, while the use of public services is relatively more concentrated among lower income groups. The differences are also reflected in the total use of services. In turn, Kela reimbursements accrue most strongly to those with a higher socio-economic status, who use private services the most.

The second key result concerns the persistence of sector choice. There are transitions between public and private dental care, but sector choice is remarkably stable: about nine out of ten of those who used private services returned to the private sector on their next visit. The persistence remained when we looked at people who had moved and whose previous dental practice was no longer as easily accessible. This suggests that public and private dental care are not substitutes for most customers.

The third section of the report discusses changes in Kela reimbursements. The 2015–2016 cuts halved the reimbursement rate for private dental care from about 30% to 15%, and the change in reimbursement was largely passed through to customer prices. As a result of the cuts, the use of private services decreased by 12% and the use of public services increased by 11%, but overall use remained almost unchanged. The shift from private to public increased the burden on the public sector and waiting times increased somewhat. However, in terms of public finances, the cuts led to net savings, estimated at tens of millions of euros. The 2024–2025 increases in Kela reimbursements, on the other hand, lowered customer prices, for example, the price of basic oral examination fell by about 18%, but the impact on service use was limited. The total number of visits increased by only about 3%. The result is consistent with the 2015–2016 cuts: both suggest that demand for private oral health care is relatively inelastic with respect to price.

Based on the results of the report, the main problem with the Kela reimbursement system is not that reimbursements are passed on to service providers' prices, as changes in reimbursements have clearly been reflected in customer prices in both directions. The problem is rather that sector choice only reacts to price changes to a limited extent. In this case, reimbursements do not effectively direct customers from the public sector to the private sector and do not relieve the burden on the public sector. At the same time, reimbursements are mainly targeted at groups that would probably use private services anyway, while benefiting least those groups where underuse of services is most common.

Keywords: oral health care, dental care, public sector, private sector, Kela reimbursements, socioeconomic differences, client transitions

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Abstract	5
Sisällys	7
Esipuhe	9
1 Johdanto	11
1.1 Tutkimuksen tausta ja motivaatio.....	11
1.2 Kela-korvausjärjestelmän rooli ja tavoitteet.....	11
1.3 Tutkimuskysymykset ja raportin rakenne.....	12
2 Aiempi tutkimus Suomen suun terveydenhuollosta	13
2.1 Julkisen hammashoidon ja Kela-korvausten laajennus 2000-luvun alussa.....	13
2.2 Palvelujen käyttö ja sosioekonomiset erot	14
2.3 Vuosien 2015 ja 2016 Kela-korvausleikkaukset.....	15
2.4 Palveluntarjoajan valinta ja sektorien välinen korvaavuus.....	16
2.5 Raportin suhde aiempaan tutkimukseen.....	16
3 Kela-korvausjärjestelmän mallintaminen	17
3.1 Korvausten kysyntää ohjaava vaikutus	17
3.2 Korvaustason muutoksen vaikutukset.....	17
3.3 Linkki empiiriseen tarkasteluun.....	18
3.4 Raportin empiirisen tarkastelun ulkopuolelle jäävät tekijät	19
4 Aineisto ja menetelmät.....	20
4.1 Julkisen ja yksityisen sektorin rekisteriaineistot	20
4.1.1 Kohdejoukon rajausta	20
4.2 Tilastokeskuksen yksilötason aineistot.....	21
4.3 Käytetyt analyysimenetelmät.....	21
5 Palvelujen käyttö ja tarve sekä Kela-korvausten kohdentuminen	23
5.1 Palvelujen käytön jakautuminen	23
5.1.1 Sosioekonomisten tekijöiden yhteys palvelujen käyttöön	23
5.1.2 Demografisten tekijöiden yhteys palvelujen käyttöön.....	25
5.2 Palveluntarpeen jakautuminen.....	26
5.3 Kela-korvausten kohdentuminen	28
6 Julkisten ja yksityisten palvelujen korvaavuus ja asiakkaiden siirtymät	30
6.1 Sektorien väliset siirtymät.....	30
6.2 Muuttoliikkeen hyödyntäminen siirtymien analysoinnissa	31
7 Vuosien 2015–2016 Kela-korvausleikkausten vaikutukset	35
7.1 Vuosien 2015 ja 2016 korvausleikkaukset	35
7.2 Yksityisen hammashoidon hintakehitys.....	36
7.3 Yksityisen ja julkisen hammashoidon käyntimäärät	38
7.3.1 Korvausten saajat ja kokonaiskäyntimäärät	38
7.3.2 Muutokset yksityisiä palveluita käyttäneillä ja paikkaushoidoissa	40
7.3.3 Käyntimäärien muutokset eri tuloryhmissä.....	43
7.4 Hammaslääkärit yksityisellä ja julkisella sektorilla.....	44
7.5 Julkisen hammashoidon jonot	48
7.6 Hammashuollon järjestämiskustannukset ja julkistaloudelliset vaikutukset	49
7.7 Yhteenveto	52
8 Vuosien 2024 ja 2025 korvausten korotukset	55
9 Johtopäätökset.....	58
Lähteet	60
Liite 1: Tarkemmat tulokset palvelujen käytöstä ja tarpeesta	62

Liite 2: Etäisyys käytettyihin palveluihin ja asiakassiirtymät eri tuloluokissa	67
Liite 3: Lisäanalyysijä Kela-korvausten muutosten vaikutuksista.....	71
Liite 4: Arvio julkisen sektorin lisäkäyntien kustannuksista.....	75

ESIPUHE

Tämän raportin tuloksissa on sekä hyvä että huono uutinen. Hyvä uutinen on se, että Kela-korvaukset eivät näytä ainakaan tarkasteltujen muutosten perusteella valuvan merkittävästi yksityisen suun terveydenhuollon hintoihin. Kun korvauksia on leikattu, asiakkaiden maksamat hinnat ovat nousseet. Kun korvauksia on korotettu, asiakkaiden maksamat hinnat ovat laskeneet. Tämä viittaa siihen, että korvausmuutokset välittyvät suurelta osin asiakkaiden kohtaamiin hintoihin.

Huono uutinen on, että tästä huolimatta asiakkaiden siirtymä julkiselta sektorilta yksityiselle jää vähäiseksi. Raportin tulokset osoittavat, että julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon välillä tapahtuu siirtymiä, mutta sektorivalinta on varsin pysyvää. Yksityisiä palveluja käyttävät palaavat usein yksityiselle sektorille ja julkisia palveluja käyttävät julkiselle sektorille. Myös hintojen muutokset näyttävät muuttavan palvelujen käyttöä vain rajallisesti.

Tämä on Kela-korvausjärjestelmän vaikuttavuuden kannalta olennainen havainto. Jos korvausten keskeisenä tavoitteena on ohjata asiakkaita julkiselta sektorilta yksityiselle ja keventää julkisen sektorin kuormitusta, raportin tulokset viittaavat siihen, että tavoite jää suurelta osin saavuttamatta. Tällöin korvausten pääasialliseksi vaikutukseksi muodostuu tulonsiirto niille kotitalouksille, jotka käyttävät yksityisiä suun terveydenhuollon palveluja jo valmiiksi.

Raportin tulokset osoittavat myös, että yksityisten palvelujen käyttö ja sitä kautta Kela-korvaukset painottuvat korkeammassa sosioekonomisessa asemassa oleville ryhmille. Näissä ryhmissä suun terveydenhuollon palvelujen käyttö on jo lähtökohtaisesti korkeammalla tasolla kuin alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Tämä pakottaa kysymään, voitaisiinko Kela-korvauksiin käytetyt julkiset varat käyttää kustannustehokkaammin suun terveyden edistämiseen ja hoitoon pääsyn parantamiseen.

Raportin ovat laatineet Miika Heinonen ja Riku Buri. Kiitän heitä perusteellisesta ja ajankohtaisesta tutkimuksesta. Lisäksi kiitämme Tuomas Markkulaa ja Atte Kaljosta aineiston kokoamisesta ja harmonisoinnista sekä Tanja Saxellia aineistokeruuhankkeen koordinoinnista. Tuomas Markkulaa ja Tanja Saxellia kiitämme myös raporttiluonnoksen hyödyllisistä kommentteista.

Helsingissä kesäkuussa 2026

Samuli Leppälä
tutkimusjohtaja

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta ja motivaatio

Suomessa suun terveydenhuolto toimii monituottajamallilla, jossa julkinen ja yksityinen sektori vastaa kumpikin merkittävästä osasta palvelutuotantoa, ja palveluja tuotetaan molemmilla sektoreilla pitkälti samoihin tarpeisiin. Julkinen ja yksityinen hammashoito eivät siten muodosta kahta toisistaan erillistä järjestelmää, vaan ne palvelevat osin samoja asiakkaita ja tarjoavat suurelta osin samoja toimenpiteitä.

Suun terveydenhuollossa kuluttajan valinnat, julkinen ohjaus ja markkinoiden toiminta kietoutuvat tiiviisti yhteen. Kuluttajan näkökulmasta keskeisiä kysymyksiä ovat palvelujen saatavuus, hinta ja valinta julkisten ja yksityisten palvelun välillä. Kuluttajan valintaan sektorien välillä vaikuttaa keskeisesti se, että julkisella sektorilla hoito on asiakkaalle edullisempaa, mutta hoitoon pääsy on hitaampaa, kun taas yksityisellä sektorilla hoitoon pääsee nopeammin, mutta se maksaa enemmän. Julkisen vallan näkökulmasta puolestaan olennaista on se, miten eri ohjauskeinot vaikuttavat palvelujen käyttöön, markkinoiden toimintaan ja hyvinvointiin.

Tässä raportissa hyödynnetty laaja yksilötason julkisen ja yksityisen terveydenhuollon käyntiaineisto on muodostettu osana suurempaa tutkimus- ja aineistonkeruuhanketta, jossa on yhdistetty laajasti julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rekisteriaineistoja. Hankkeessa ovat Kilpailu- ja kuluttajaviraston lisäksi mukana Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Aalto-yliopisto, Kela ja Turun yliopisto. Aineistojen yhdistäminen mahdollistaa aiempaa kattavamman tarkastelun siitä, miten suomalaiset käyttävät terveydenhuollon palveluja, miten käyttö jakautuu julkisen ja yksityisen sektorin välillä sekä miten asiakkaat siirtyvät sektorilta toiselle. Samassa hankkeessa on aiemmin julkaistu tutkimusta julkisen hammashoidon kapasiteetin lisäyksen vaikutuksista jonotusaikoihin, palvelujen käyttöön ja kuluttajien ylijäämään (Markkula, 2025a). Lisäksi hankkeessa on meneillään mm. tutkimusta siitä, keille Kela-korvausjärjestelmän hyödyt kohdistuvat (Kaljonen, 2026).

1.2 Kela-korvausjärjestelmän rooli ja tavoitteet

Julkinen valta ohjaa hammashoidon palvelujen käyttöä eri tavoin julkisella ja yksityisellä sektorilla. Julkisella puolella palvelujen käyttöön vaikuttavat esimerkiksi järjestämisvastuu, asiakasmaksut, henkilöstöresurssit ja hoitoon pääsy. Yksityisellä sektorilla keskeinen ohjauskeino on Kela-korvaus, jonka tarkoituksena on alentaa asiakkaan maksamaa hintaa ja tukea yksityisten palvelujen käyttöä.

Kela-korvauksia on perinteisesti perusteltu niiden ohjausvaikutuksella: tuen toivotaan ohjaavan potilaita julkisesta hammashuollosta yksityisiin palveluihin. Onnistuessaan tällainen siirtymä voi purkaa julkisen sektorin kuormitusta ja lyhentää hoitojonoja. Koska yksityisessä hammashuollossa yhteiskunnan maksama osuus on pienempi, potilaiden siirtyminen voi lisäksi tuoda säästöjä julkiseen talouteen.

Kela-korvausjärjestelmän vaikuttavuuden näkökulmasta keskeinen kysymys on, missä määrin korvaukset aidosti muuttavat palvelujen käyttöä. Yhdessä ääripäässä korvaukset voivat lisätä merkittävästi yksityisten palvelujen käyttöä ja ohjata kysyntää julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Toisessa ääripäässä ne voivat toimia lähinnä tulonsiirtona niille kotitalouksille, jotka käyttäisivät yksityisiä palveluja myös ilman korvausta, sekä yksityisille palveluntuottajille.

Korvausten vaikutukset riippuvat olennaisesti siitä, missä määrin julkinen ja yksityinen hammashoito kilpailevat samoista asiakkaista. Jos asiakkaat ovat valmiita siirtymään sektorilta toiselle, yksityisen palvelun hinnan muutokset voivat vaikuttaa paitsi yksityisten myös julkisten palvelujen käyttöön. Jos taas sektorit palvelevat suurelta osin eri asiakasryhmiä, korvausten vaikutukset voivat jäädä vähäisemmiksi.

Lisäksi korvausjärjestelmää on perusteltua arvioida korvausten kohdentumisen näkökulmasta. Hammashoidon palvelujen käyttö ja mahdollinen hoidon alikäyttö voivat vaihdella eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Siksi on tärkeää tarkastella, kohdentuvatko korvaukset erityisesti niille ryhmille, joilla hoidon tarve on suurempi, vai painottuvatko ne ryhmiin, jotka käyttävät yksityisiä palveluja jo lähtökohtaisesti enemmän.

1.3 Tutkimuskysymykset ja raportin rakenne

Tässä tutkimusraportissa tarkastellaan suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja Kela-korvausjärjestelmän toimivuutta Suomessa. Keskeisenä tavoitteena on arvioida, miten suun terveydenhuollon palveluiden käyttö ja Kela-korvaukset kohdentuvat ja miten Kela-korvaukset vaikuttavat palveluiden käyttöön.

Raportin rakenne on seuraava. Luvussa 2 luodaan katsaus Suomen suun terveydenhuoltoon käsittelevään aiempaan tutkimukseen. Luvussa 3 esitetään Kela-korvausjärjestelmän toimivuutta jäsentävä teoriakehikko. Luvussa 4 esitellään tutkimuksessa käytetyt aineistot ja menetelmät. Luvussa 5 tarkastellaan palvelujen käytön sosioekonomista jakautumista ja Kela-korvausten kohdentumista. Luvussa 6 analysoidaan asiakkaiden siirtymiä julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Luvussa 7 arvioidaan vuosien 2015–2016 korvausleikkausten vaikutuksia. Luvussa 8 tarkastellaan vuoden 2024 korvauskorotuksia. Luvussa 9 esitetään tutkimuksen keskeiset johtopäätökset.

2 AIEMPI TUTKIMUS SUOMEN SUUN TERVEYDENHUOLLOSTA

Suomen suun terveydenhuoltoa käsittelevässä aiemmassa tutkimuksessa on tarkasteltu erityisesti neljää toisiinsa liittyvää teemaa: 1) 2000-luvun alun uudistusta, jossa julkinen hammashoito ja Kela-korvaukset laajennettiin koko aikuisväestölle, 2) palvelujen käytön sosioekonomisia eroja ja suun terveyden tilaa eri väestöryhmissä, 3) vuosien 2015 ja 2016 Kela-korvausleikkausten vaikutuksia sekä 4) julkisen ja yksityisen sektorin välistä korvaavuutta ja palveluntarjoajan valinnan pysyvyyttä.

Aiempi tutkimus viittaa ensinnäkin siihen, että hammashoidon käyttö on Suomessa sosioekonomisesti eriytynyttä. Erot näkyvät erityisen selvästi yksityisen sektorin käytössä, mutta ne ulottuvat myös suun terveyden tilaan ja todennäköisesti hoidon tarpeeseen. Toiseksi tutkimus korostaa, että julkisen ja yksityisen sektorin käyttö on vahvasti polarisoitunutta: asiakkaat käyttävät usein toistuvasti samaa sektoria, vaikka siirtymiä sektorien välillä myös tapahtuu. Kolmanneksi aiempi kirjallisuus viittaa siihen, että Kela-korvausten muutokset heijastuvat palvelujen käyttöön, palvelujen hintaan ja julkisen ja yksityisen sektorin väliseen työnjakoon.

2.1 Julkisen hammashoidon ja Kela-korvausten laajennus 2000-luvun alussa

Varhaisempi tutkimus on tarkastellut erityisesti vuoden 2001–2002 hammashoitouudistuksen seurauksia.¹ Niiranen ym. (2008) toteavat, että uudistuksen tavoitteena oli lisätä aikuisten pääsyä hammashoittoon ja alentaa potilaalle koituvia hoidon kustannuksia avaamalla julkinen hammashoito koko aikuisväestölle ja laajentamalla yksityisen hoidon Kela-korvaukset koko väestölle. Tutkimuksessa havaittiin, että vuonna 2000, jolloin julkisesti tuettuun hammashoittoon olivat oikeutettuja vain vuonna 1956 tai sen jälkeen syntyneet, noin joka kolmas aikuinen käytti joko julkista hammashoittoa tai Kela-korvattuja yksityisiä palveluja. Vuoteen 2004 mennessä, kun korvaukset oli laajennettu koskemaan koko aikuisväestöä, osuus kasvoi lähes joka toiseen aikuiseen. Julkisen hammashoidon potilasmäärä kasvoi vuodesta 2000 vuoteen 2004 noin 120 000. Yksityisellä sektorilla potilaiden kokonaismäärä pysyi suunnilleen ennallaan, vaikka aiempaa selvästi suurempi osa potilaista sai hoidosta Kela-korvauksen. Tutkimuksen mukaan sekä julkisten että Kela-korvattujen yksityisten palvelujen käyttö lisääntyi eniten suurissa kaupungeissa ja kaupunkimaisissa kunnissa, joissa pääsy julkiseen hammashoittoon oli ollut heikkoa ja yksityisten palveluntarjoajien määrä suuri. Julkinen

¹ Ennen 2000-luvun alun uudistusta julkinen hammashoito laajeni Suomessa asteittain ikäryhmittäin. 1970-luvulla julkisen hammashoidon kattavuus ulotettiin 0–18-vuotiaisiin. 1980-luvulla julkinen hammashoito laajeni 19–31-vuotiaisiin, ja samalla mukaan tuli eräitä erityisryhmiä, kuten raskaana olevat, opiskelijat ja merimiehet. 1990-luvulla julkinen hammashoito laajeni edelleen 32–43-vuotiaisiin, ja myös eräitä erityisryhmiä, kuten pään ja kaulan alueen sädehoitoa saaneet potilaat sekä sotaveteraanit, sisällytettiin järjestelmään. Koko väestö sai pääsyn julkiseen hammashoittoon ilman ikärajoja vasta vuosina 2001–2002. Samalla myös yksityisen hammashoidon korvattavuus laajeni asteittain. 1970-luvulla yksityistä hammashoittoa korvattiin silloin, kun hoito oli tarpeen yleisen terveydentilan vuoksi. 1980-luvulla 19–31-vuotiaille tuli mahdollisuus saada korvausta yksityisen hammashoidon perushoidosta. 1990-luvulla korvattavuus laajeni 32–43-vuotiaisiin sekä eräisiin erityisryhmiin, kuten pään ja kaulan alueen sädehoitoa saaneisiin ja sotaveteraaneihin. Koko väestön kattava yksityisen hammashoidon perushoidon Kela-korvaus otettiin käyttöön vuosina 2001–2002.

hammashoito lisäsi hammaslääkärien määrää 6,5 %, kun taas yksityisten hammaslääkärien määrä väheni 6,9 %. Hammashoidon kokonaismenot, kun mukaan lasketaan sekä julkinen että yksityinen sektori, kasvoivat tarkastelujaksolla 21 %.

2.2 Palvelujen käyttö ja sosioekonomiset erot

Myöhemmät palvelujen käytön sosioekonomisia eroja tarkastelleet analyysit viittaavat siihen, että 2000-luvun alun uudistus lisäsi hammashoidossa käyntiä, mutta ei poistanut tuloihin liittyviä käyttöeroja pysyvästi. Raittio ym. (2014) havaitsivat vuosina 2001, 2004 ja 2007 tehtyjen kyselytutkimusten perusteella, että hammashoidossa käynti lisääntyi uudistuksen jälkeen, mutta käyttö säilyi edelleen yleisempänä korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. Tutkimuksen mukaan hammashoidon kokonaiskäyttö painottui koko tarkastelujakson ajan enemmän suurituloisiin kuin pienituloisiin. Uudistuksen jälkeen tämä ero kuitenkin aluksi pieneni, sillä vuonna 2004 hammashoidon käyttö jakautui tuloryhmien välillä tasaisemmin kuin ennen uudistusta vuonna 2001. Muutos jäi silti väliaikaiseksi, sillä vuosien 2004 ja 2007 välillä erot kasvoivat uudelleen, ja vuonna 2007 kokonaistilanne oli jo melko lähellä vuoden 2001 tasoa. Julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä havaittiin tässä suhteessa selvä ero. Julkisen hammashoidon käyttö painottui enemmän pienituloisiin, kun taas yksityisen hammashoidon käyttö painottui koko ajan suurituloisiin.

Raittio ym. (2015) puolestaan havaitsivat saman aineiston perusteella, että hammashoidon palvelujen käyttö oli yhteydessä korkeampaan ikään, koettuun vähäiseen hoidon tarpeeseen, viimeisten 12 kuukauden aikana koettuun hammasärkyyn, koettuun hyvään suunterveyteen, vähäisempään puuttuvien hampaiden määrään sekä säännöllisiin hammashoidossa käynnin tottumuksiin. Yksityisten hammashoitopalvelujen käyttö oli yhteydessä koettuun hyvään suunterveyteen, koettuun vähäiseen hoidon tarpeeseen, korkeampiin kotitalouden tuloihin ja korkeampaan ikään. Julkisen hammashoidon käyttö oli puolestaan yhteydessä nuorempaan ikään, koettuun hyvään suunterveyteen ja koettuun vähäiseen hoidon tarpeeseen, mutta vain vuoden 2001 kyselyaineistossa eikä enää vuosien 2004 ja 2007 aineistoissa.

Myöhempi Oulun kaupungin koko aikuisväestöä koskenut rekisteritutkimus vahvisti edellisten tutkimusten havaintoja palvelujen käytön sosioekonomista eroista. Nurminen, Blomgren ja Mikkola (2021) osoittivat, että erityisesti tulot ja koulutus ovat vahvasti yhteydessä yksityisten hammashoitopalvelujen käyttöön, kun taas julkisten palvelujen käyttö painottuu enemmän alempiin tuloryhmiin. Samalla pienituloisimmilla kokonaiskäyttö jäi muita vähäisemmäksi, vaikka julkinen sektori korvasi osan yksityisen käytön vähäisyydestä.

Palvelujen käytön erojen lisäksi suomalaisessa tutkimuksessa on tarkasteltu myös suun terveyden tilan jakautumista eri väestöryhmissä. Healthy Finland Survey 2023 -aineistoon perustuvassa tutkimuksessa Suominen ym. (2025) havaitsivat, että hammaskaries ja hampaan kiinnityskudossairaudet ovat edelleen yleisiä suomalaisessa aikuisväestössä ja että niiden esiintyvyydessä on selviä sosiodemografisia eroja. Tutkimuksen mukaan miessukupuoli, korkeampi ikä, matalampi koulutustaso ja muu äidinkieli kuin suomi tai ruotsi olivat yhteydessä heikompaan suun ja hampaiden terveyteen useimmilla tarkastelluilla mittareilla. Poikkeuksena oli kiillekaries, jota havaittiin eniten nuoremmassa ikäryhmissä. Tulokset viittaavat siihen, että sosioekonomiset erot eivät koske vain hammashoitopalvelujen käyttöä, vaan myös suun terveyden tilaa ja todennäköisesti hoidon tarvetta.

Palvelujen käytön tiheyttä koskeva tutkimus täydentää myös kuvaa suomalaisesta julkisesta hammashoidosta. Linden, Josefsson ja Widström (2017) tarkastelivat julkisen hammashoidon tutkimus- ja käyntivälejä vuosina 2001–2013 viidessä kunnallisessa yksikössä. Tutkimuksessa havaittiin, että työikäiset tutkittiin harvemmin kuin nuoret ja iäkkäät: alle 18-vuotiailla ja yli 65-vuotiailla tutkimusväli oli useimmiten yksi vuosi, mutta työikäisistä vain noin puolet tutkittiin uudelleen vuoden sisällä. Lisäksi työikäiset tarvitsivat perushoitoa selvästi nuoria useammin. Tulokset viittaavat siihen, että julkisessa hammashoidossa käynti- ja tutkimusvälit vaihtelevat huomattavasti ikäryhmittäin ja että erityisesti työikäisten joukossa käyttö ei perustu yhtä säännöllisiin vuosittaisiin tutkimuksiin kuin nuorilla.

Lopuksi suun terveydenhuollon palvelujen käyttöeroja voidaan tarkastella myös osana laajempaa terveydenhuollon kokonaisuutta. Lumme ym. (2025) tarkastelevat muun kuin suun terveydenhuollon ja päivystyspalveluiden osalta perustason avosairaanhoidon järjestelmän rakennetta ja rahoitusta sekä resurssien ja palvelujen käytön jakautumista. Raportissa havaitaan, että palvelujen tarve ja palvelujen käyttö eivät kohtaa ja pelkästään julkisen sektorin varassa olevat käyttävät palveluja vähiten suhteessa ennustettuun palvelutarpeeseen. Sen sijaan paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt käyttävät palveluja enemmän suhteessa ennustettuun palvelutarpeeseen. Lisäksi esimerkiksi työterveyshuoltoa pelkästään tai muiden sektoreiden rinnalla käytävillä havaitaan eniten palvelujen käyttöä suhteessa ennustettuun palvelutarpeeseen.

2.3 Vuosien 2015 ja 2016 Kela-korvausleikkaukset

Vuosien 2015 ja 2016 yksityisen hammashoidon Kela-korvausleikkauksia tarkasteleva tutkimus on puolestaan tarkentanut kuvaa siitä, miten julkisen ja yksityisen sektorin välinen suhde muuttui leikkausten yhteydessä. Halminen ym. (2022) käyttämä aineisto sisälsi kaikki yksityiset ja julkiset 20–80-vuotiaille suoritettut suun terveydenhuollon toimenpiteet Espoosta, Oulusta ja Helsingistä vuosilta 2010–2016. Tutkimus näytti, että tarkastelujaksolla yksityisten käyntien keskimääräinen korvausosuus väheni noin 33 prosentista 14 prosenttiin. Samanaikaisesti Kela-korvauksiin kohdistuneiden leikkausten myötä yksityisen sektorin keskimääräinen käynnin asiakashinta kasvoi noin 50 %.

Tutkimuksessa havaittiin kaikissa kaupungeissa ja tuloryhmissä siirtymistä yksityiseltä julkiselle puolelle. Sekä Espoossa että Helsingissä julkisten käyntien osuus kasvoi yksityisten käyntien osuutta suuremmaksi tarkasteluperiodin aikana. Oulussa näin oli jo tarkastelujakson alussa. Kokonaisuutena yksityisten käyntien osuus kaikista käynneistä väheni tutkimuksen aineistossa noin 12 prosenttiyksikköä aikavälillä 2010–2016. Tuloryhmistä julkisten käyntien osuus kasvoi eniten toisessa, kolmannessa ja neljännessä tuloviidenneksessä. Ensimmäisessä tuloviidenneksessä, jossa yksityisten käytön osuus oli pienintä, ja viidennessä tuloviidenneksessä, jossa yksityisten käytön osuus oli suurinta, julkisten palvelun osuus kasvoi hieman vähemmän.

Samaa aineistoa käyttäen Vesinurmi ym. (2024) havaitsivat, että vuosina 2015 ja 2016 noin 12 % potilaista siirtyi pois yksityiseltä sektorilta, ja julkisella sektorilla hoidettujen potilaiden määrä kasvoi noin 13 %. Julkinen sektori lisäsi samalla hammashoidon henkilöstömäärää 2,3 %, mutta potilaiden määrä hammashoidon ammattilaista kohden kasvoi silti noin 10 % kahden vuoden aikana. Yksityisellä sektorilla henkilöstömäärä puolestaan väheni 4,6 %.

2.4 Palveluntarjoajan valinta ja sektorien välinen korvaavuus

Tuore tutkimus on laajentanut suun terveydenhuollon tarkastelua myös julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon korvaavuuden näkökulmasta. Markkula (2025a) analysoi julkisen hammashoidon kapasiteetin, jonotusaikojen ja yksityisen sektorin vuorovaikutusta rakenteellisella mallilla. Tutkimuksen mukaan julkisen sektorin kapasiteetin lisääminen lyhentäisi julkisen hammashoidon odotusaikoja ja lisääisi palvelujen käyttöä, mutta ei juuri vaikuttaisi yksityisten toimipaikkojen hintoihin. Tulos viittaa siihen, että julkisen ja yksityisen sektorin välinen korvaavuus on rajallista: vaikka julkisen puolen kapasiteetti kasvoi, asiakkaat eivät mallin perusteella siirtyneet laajasti yksityiseltä sektorilta julkiselle sektorille.

Markkula (2025b) tarkastelee puolestaan palveluntarjoajan valinnan pysyvyyttä Suomen yksityisessä hammashoidossa. Tutkimuksessa osoitetaan, että palveluntarjoajan vaihtaminen on harvinaista: tutkimus käyttää Suomen yksityisen hammashoidon kuluttajataso paneeliaineistoa vuosilta 2008–2017 ja raportoi, että 95 % vähintään kahden hoitajakson asiakkaista valitsee seuraavalla kerralla saman toimipaikan. Lisäksi tutkimuksessa näytetään, että aiemmin käytetty hammashoidon toimipaikka on myöhemmissä valinnoissa poikkeuksellisen vahva vaihtoehto myös sen jälkeen, kun pysyvät preferenssierot asiakkaiden ja toimipaikkojen välillä pyritään ottamaan huomioon. Aiemman käynnin vaikutuksen suuruus vastaa tutkimuksen mukaan noin kolmen ja puolen kilometrin lyhenemää etäisyydessä aiemmin käytettyyn toimipaikkaan, mikä on huomattava vaikutus suhteessa siihen, että keskimääräinen asiointietäisyys on noin 16 kilometriä.

Kaljone (2026) puolestaan tarkastelee meneillään olevassa tutkimuksessaan rakenteellisella mallilla kolmea toisiinsa liittyvää kysymystä: ketkä hyötyvät Kela-korvauksista, miten korvausten muutokset vaikuttavat julkisen ja yksityisen sektorin käyttöön, julkisen sektorin jonotusaikoihin sekä yksityisen sektorin hintoihin ja voittoihin, ja ovatko korvaukset ylipäättään tarkoituksenmukaisia. Tutkimuksen yksi keskeinen havainto on, että Kela-korvaukset kohdentuvat voimakkaasti ylempiin tuloryhmiin: vaikka pienituloisilla on enemmän hoidon tarvetta – mitattuna esimerkiksi hampaanpoistojen osuudella – he käyttävät yksityisiä palveluja vähemmän ja saavat siten myös vähemmän korvauksia.

2.5 Raportin suhde aiempaan tutkimukseen

Tämä raportti täydentää aiempaa tutkimusta kokoamalla samaan tarkasteluun kolme näkökulmaa, joita aiemmassa kirjallisuudessa on useimmiten tarkasteltu erillään. Aiempi tutkimus on käsitellyt joko palvelujen käytön sosioekonomisia eroja, julkisen ja yksityisen sektorin välistä työnjakoa tai Kela-korvausten muutosten vaikutuksia tietyissä kaupungeissa ja rajatuissa aineistoissa. Tässä raportissa nämä näkökulmat yhdistetään samaan valtakunnalliseen rekisteritarkasteluun. Näin voidaan arvioida samanaikaisesti, miten palvelujen käyttö jakautuu eri väestöryhmissä, kuinka pysyvää sektorivalinta on ja miten korvausmuutokset näkyvät koko palvelujärjestelmässä.

Raportti poikkeaa aiemmasta tutkimuksesta myös aineiston laajuuden ja maantieteellisen kattavuuden osalta. Esimerkiksi Nurmisen, Blomgrenin ja Mikkolan (2021) tutkimus perustui Oulun kaupungin rekisteriaineistoon ja Halmisen ym. (2022) sekä Vesinurmen ym. (2024) analyysit Helsingin, Espoon ja Oulun aineistoihin. Tässä raportissa tarkastelu laajennetaan koko maan kattaviin rekisteriaineistoihin. Tämä mahdollistaa aiempaa kattavamman tilannekuvan siitä, missä määrin aiemmissa paikallisissa tutkimuksissa havaitut ilmiöt näkyvät myös valtakunnallisesti.

3 KELA-KORVAUSJÄRJESTELMÄN MALLINTAMINEN

Kela-korvausten korotuksia on perusteltu sillä, että ne ohjaavat potilaita julkisten palvelujen sijaan yksityiselle sektorille, jossa hoidon julkisen rahoituksen osuus on pienempi. Lisäksi asiakassiirtymät julkiselta sektorilta yksityiselle voivat lyhentää julkisen sektorin jonoja. Tässä luvussa jäsennetään tekijöitä, joiden perusteella Kela-korvausjärjestelmän toimivuutta voidaan arvioida. Mallikehikko auttaa ymmärtämään, miksi jäljempänä raportissa tarkasteltavat empiiriset muuttujat ovat keskeisiä korvausten vaikutusten arvioinnissa.

3.1 Korvausten kysyntää ohjaava vaikutus

Kela-korvausjärjestelmän vaikutuksia voidaan jäsentää tarkastelemalla, miten korvaukset vaikuttavat asiakkaiden valintaan julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä. Kela-korvauksen keskeinen vaikutuskanava on asiakkaan maksama hinta. Kun korvausta nostetaan, yksityisen hammashoidon asiakashinta alenee, mikä voi lisätä yksityisten palvelujen käyttöä. Kun korvausta leikataan, asiakkaan maksama hinta nousee, mikä voi vähentää yksityisten palvelujen käyttöä. Korvauksen vaikuttavuuden kannalta ratkaisevaa on, kuinka herkästi asiakkaat reagoivat hinnan muutokseen.

Korvausmuutosten vaikutus asiakashintoihin riippuu palveluntuottajien hinnoittelusta. Jos palveluntuottajat muuttavat hintojaan korvausmuutosten seurauksena, korvausmuutos ei välttämättä välity täysimääräisesti asiakkaan maksamaan hintaan. Mitä enemmän korvausmuutokset siirtyvät palveluntuottajien perimiin hintoihin, sitä pienemmäksi jää niiden vaikutus asiakkaan kohtaamaan hintaan ja sitä kautta palvelujen käyttöön.

On tärkeää erottaa toisistaan yksityisen sektorin kokonaiskäyttö ja se osa käytöstä, joka johtuu Kela-korvauksesta. Osa yksityisen sektorin asiakkaista käyttäisi yksityisiä palveluja myös ilman korvausta tai nykyistä pienemmällä korvauksella. Näitä asiakkaita voidaan kutsua inframarginaalisiksi asiakkaiksi. Heidän kohdallaan Kela-korvaus alentaa asiakkaan maksamaa hintaa, mutta ei muuta palvelujen käyttöä eikä siten vähennä julkisen sektorin kuormitusta.

Korvauksen varsinainen ohjausvaikutus syntyy niistä asiakkaista, joiden sektorivalinta muuttuu korvauksen vuoksi. Näitä asiakkaita voidaan kutsua marginaalisiksi asiakkaiksi. Jos korvaus saa asiakkaan valitsemaan yksityisen hammashoidon julkisen hammashoidon sijaan, julkisen sektorin kysyntä voi vähentyä. Tällöin korvaus voi pienentää julkisen sektorin kustannuksia ja lyhentää hoitojonoja. Jos asiakkaat eivät pidä julkista ja yksityistä hammashoitoa läheisinä vaihtoehtoina, korvauksen ohjausvaikutus jää pieneksi ja suuri osa tuesta kohdistuu asiakkaille, jotka olisivat käyttäneet yksityisiä palveluja joka tapauksessa.

3.2 Korvaustason muutoksen vaikutukset

Korvaustason muutoksen vaikutuksia voidaan arvioida tarkastelemalla erikseen korvauksen nostamisen hyötyjä ja kustannuksia.

Korvauksen nostamisen mahdolliset hyödyt syntyvät ennen kaikkea kahdesta tekijästä. Ensinnäkin korvaus voi lyhentää julkisen sektorin jonoja, jos se ohjaa asiakkaita julkiselta sektorilta yksityiselle. Toiseksi julkiselta yksityiselle siirtyvät asiakkaat voivat pienentää julkisen suun terveydenhuollon järjestämiskustannuksia. Molemmat vaikutukset riippuvat

asiakassiiirtymistä: jos korvauksen nosto ei johda siirtymiin, se ei myöskään lyhennä julkisen sektorin hoitonoja tai pienennä julkisen sektorin järjestämiskustannuksia.

Korvausten vaikutuksia julkisen sektorin jonoihin ei voida päätellä pelkästään asiakassiiirtymien perusteella. Korvaus voi lyhentää jonoja, jos se siirtää asiakkaita julkiselta sektorilta yksityiselle. Vaikutus voi kuitenkin jäädä pienemmäksi tai jopa kumoutua, jos korvaus samalla vaikuttaa hammaslääkärien sijoittumiseen julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Esimerkiksi yksityisen sektorin kysynnän kasvu voi lisätä yksityisen työn houkuttelevuutta ja heikentää julkisen sektorin kapasiteettia. Tällöin julkisen sektorin asiakasmäärä voi pienentyä, mutta myös sen hoitokapasiteetti voi heikentyä.

Korvauksen nostamisesta syntyy kuitenkin myös kustannuksia. Keskeinen kustannus liittyy siihen, että korkeampi korvaus maksetaan kaikille korvauksen piiriin kuuluville yksityisen sektorin käyttäjille, ei vain niille, joiden käyttäytyminen muuttuu. Inframarginaalisten asiakkaiden osalta tuessa on kyse tulonsiirrosta, sillä korvaus alentaa heidän maksamaansa hintaa, mutta ei muuta sektorivalintaa. Tuen rahoittaminen edellyttää julkisia varoja, joiden käytöllä on vaihtoehtoiskustannus. Jos korvaus kohdistuu pääosin suurituloisille tai muuten hyväosaisille ryhmille, julkisen menon sosiaalinen vaihtoehtoiskustannus voi olla suurempi kuin tilanteessa, jossa sama meno kohdistuisi pienituloisille tai heikommassa asemassa oleville ryhmille.

Korvaustason nostolla voi olla vaikutuksia myös yksityisen sektorin jonotusajoihin ja palvelujen laatuun. Jos korvaukset lisäävät yksityisten palvelujen kysyntää tilanteessa, jossa kapasiteetti on rajallinen, seurauksena voi olla pidempiä odotusaikoja tai heikentynyt saatavuus myös yksityisellä sektorilla. Hammaslääkäriiiton työmarkkinakyselyjen perusteella yksityisellä sektorilla näyttää kuitenkin olevan julkista sektoria paremmat edellytykset ottaa vastaan uusia potilaita ilman kohtuutonta odotusta (Hammaslääkäriiitto, 2026). Tämä viittaa siihen, että korvausmuutosten vaikutukset jonoihin voivat näkyä selvemmin julkisella sektorilla kuin yksityisellä sektorilla.

Julkistaloudellisesti korvauksen noston vaikutus riippuu kahdesta vastakkaisesta tekijästä. Yhtäältä julkiset menot kasvavat, koska korvausta maksetaan aiempaa enemmän yksityisen sektorin käynneistä. Toisaalta menot voivat pienentyä, jos osa asiakkaista siirtyy julkiselta sektorilta yksityiselle ja julkinen sektori välttää näiden asiakkaiden hoidon kustannuksia. Korvauksen nostaminen voi siis olla julkistaloudellisesti edullista vain, jos asiakassiiirtymiä syntyy riittävästi ja jos vältetyt julkisen sektorin kustannukset ovat suuremmat kuin korvausmenojen kasvu.

3.3 Linkki empiiriseen tarkasteluun

Raportin empiirinen tarkastelu rakentuu näiden tekijöiden arvioinnin ympärille.

Luvussa 5 analysoidaan Kela-korvausten sosioekonomista kohdentumista. Kohdentumisen tarkastelu auttaa hahmottamaan korvausjärjestelmän tulonsiirrollisia vaikutuksia. Lisäksi merkittävät erot julkisen ja yksityisen sektorin asiakaskunnissa voivat viitata siihen, että korvausmuutosten kysyntävaikutukset jäävät pieniksi.

Luvussa 6 syvennyttään sektorien väliin asiakassiiirtymiin. Jos siirtymät sektorien välillä ovat harvinaisia, se voi viitata siihen, että korvauksen ohjausvaikutus on rajallinen.

Luvuissa 7 ja 8 kootaan yhteen aikaisempien korvausmuutosten vaikutukset yksityisten palvelujen hintoihin, palveluiden käyttöön, hammaslääkärien

sijoittumiseen julkiselle ja yksityiselle sektorille, julkisen sektorin jonoihin sekä muutosten julkistaloudellisiin vaikutuksiin.

3.4 Raportin empiirisen tarkastelun ulkopuolelle jäävät tekijät

Raportin empiirisen tarkastelun ulkopuolelle jää tekijöitä, joilla on merkitystä Kela-korvausten kokonaishyvinvointivaikutusten kannalta.

Ensinnäkin raportissa ei arvioida korvausmuutosten vaikutuksia yksityisen sektorin jonoihin, saatavuuteen tai palvelujen laatuun. Jos korvaukset lisäävät yksityisten palvelujen kysyntää tilanteessa, jossa kapasiteetti on rajallinen, seurauksena voi olla pidempiä odotusaikoja tai heikentynyt saatavuus myös yksityisellä sektorilla. Toisaalta jos yksityisellä sektorilla on vapaata kapasiteettia, korvausten lisäämä kysyntä voi toteutua ilman merkittävää jonojen kasvua. Tässä raportissa ei kuitenkaan ole käytettävissä aineistoa, jonka perusteella yksityisen sektorin jonojen tai laadun kehitystä voitaisiin arvioida kattavasti.

Toiseksi raportissa ei arvioida julkisen ja yksityisen sektorin laatueroja ja hoidon vaikuttavuutta. Tämä on tärkeä rajaus, koska Kela-korvausjärjestelmän yhteiskunnallinen perusteltavuus riippuu myös siitä, millaisia terveyshyötyjä tuettu hoito tuottaa ja kohdistuu hoito potilaisiin, jotka hyötyvät siitä eniten.

Raportissa tarkastellaan kahdesta näkökulmasta hoidon kohdentumista, joka vaikuttaa myös hoidon vaikuttavuuteen. Korvausleikkausten yhteydessä arvioidaan, miten muutokset vaikuttivat suun terveydenhuollon palvelujen kokonaiskäyttöön. Lisäksi Kela-korvausten kohdentumista verrataan palvelutarpeen indikaattoreihin eri sosioekonomisissa ryhmissä. Näiden tarkastelujen avulla voidaan arvioida, kohdistuvatko korvaukset ryhmiin, joissa palvelujen tarve tai mahdollinen alikäyttö näyttää olevan suurempaa. Ne eivät kuitenkaan kerro suoraan, kuinka vaikuttavaa julkisella tai yksityisellä sektorilla annettu hoito on.

Tulokset koskien tukien vaikutuksia palveluiden kokonaiskäyttöön ja tukien kohdentuminen eivät kuitenkaan suoraan kerro siitä onko palvelu laadukkaampaa yksityisellä vai julkisella sektorilla. Julkisella sektorilla hoitoon pääsyä ohjaavat hoidon tarpeen arviointi, kiireellisyys ja hoitoon pääsyn kriteerit.² Yksityisten palvelujen käyttö sen sijaan riippuu enemmän asiakkaan maksukyvyistä ja maksuhalukkuudesta. Tämän vuoksi korvausten lisäämä yksityinen palvelujen käyttö ei välttämättä kohdistu suurimman hoidon tarpeen potilaisiin.

Toisaalta yksityisellä sektorilla voi olla laatuun liittyviä kannustimia, joita julkisella sektorilla ei samassa muodossa ole. Kilpailu voi kannustaa palveluntuottajia parantamaan esimerkiksi saatavuutta, asiakaskokemusta ja hoitosuhteen jatkuvuutta. Kliiniseen laatuun kohdistuva vaikutus voi kuitenkin olla epäselvempi, jos potilaiden on vaikea arvioida hoidon tarpeellisuutta tai lääketieteellistä laatua. Tässä raportissa ei empiirisesti vertailla julkisen ja yksityisen sektorin hoidon laatua tai vaikuttavuutta.

² STM:n yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa huomioidaan potilaan oireet ja terveydentila, ja kiireellisyysluokka voi vaihdella saman hoitojakson aikana – äkilliset säröt, tulehdukset ja tapaturmat hoidetaan päivystyksenä tai kiireellisenä (STM, 2019).

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus perustuu julkisen ja yksityisen hammashoidon rekisteriaineistojen yhdistämiseen. Yhdistelemällä julkisia ja yksityisiä käyntiaineistoja voidaan tarkastella paitsi sektorikohtaisia eroja myös sitä, miten palvelujen käyttö jakautuu sektorien välillä ja missä määrin asiakkaat siirtyvät julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä.

Vastaavia aineistoja on hyödynnetty aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa paikallisella tasolla. Nurminen, Blomgren ja Mikkola (2021) tarkastelivat Oulun kaupungin 25 vuotta täyttäneen väestön julkisen ja yksityisen hammashoidon käyttöä yhdistämällä rekisteritietoja molemmilta sektoreilta vuosilta 2017 ja 2018. Lisäksi Halminen ym. (2022) käyttämä aineisto sisälsi kaikki yksityiset ja julkiset 20–80-vuotiaille suoritettut suun terveydenhuollon toimenpiteet Espoosta, Oulusta ja Helsingistä vuosilta 2010–2016. Tässä raportissa tarkastelua laajennetaan valtakunnallisiin rekisteriaineistoihin.

4.1 Julkisen ja yksityisen sektorin rekisteriaineistot

Julkisen sektorin käyntejä tarkastellaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Avohilmoaineiston avulla. Hammashoidon käynnit on tunnistettu aineistosta palvelumuotoa kuvaavan muuttujan perusteella siten, että mukaan on valittu suun terveydenhuollon käynnit. Aineisto sisältää tiedot lähtökohtaisesti kaikista julkisessa avohoidossa toteutuneista käynneistä, minkä ansiosta sen avulla voidaan seurata julkisten hammashoitopalvelujen käyttöä eri väestöryhmissä sekä ajallisesti että alueellisesti.

Yksityisen sektorin käyntejä tarkastellaan Kelan suun terveydenhuollon aineistolla. Aineisto sisältää tiedot niistä yksityisen hammashoidon käynneistä ja toimenpiteistä, joista on maksettu sairausvakuutuskorvausta. Sen avulla voidaan analysoida yksityisten palvelujen käyttöä, Kela-korvausten kohdentumista sekä sitä, miten korvausjärjestelmässä tapahtuneet muutokset heijastuvat palvelujen käyttöön. Samalla on kuitenkin huomattava, että aineisto kattaa vain Kela-korvatut yksityiset käynnit. Jos jokin yksityinen käynti tai toimenpide ei ole korvauskelpoinen tai sitä ei korvata, se ei näy aineistossa.

Tutkimuksen kannalta aineistojen yhdistäminen on keskeistä erityisesti siksi, että se mahdollistaa sektorien välisen suhteen tarkastelun yksittäisten käyntien tasolla. Pelkkä julkisen tai yksityisen sektorin erillinen tarkastelu ei riittäisi arvioimaan, missä määrin sektorit toimivat toistensa vaihtoehtoina, miten asiakkaat liikkuvat niiden välillä tai miten esimerkiksi Kela-korvausten muutokset vaikuttavat koko palvelujärjestelmään.

Tarkastelujaksolla julkisen suun terveydenhuollon kirjauskäytännöissä on tapahtunut muutoksia, jotka voivat vaikuttaa erityisesti toimenpidemäärien ja osin myös käyntimäärien vertailtavuuteen yli ajan. Kaikkia toimenpiteitä ei aineiston alkuvuosina välttämättä kirjattu yhtä kattavasti kuin myöhemmin, ja kirjauskäytännöt ovat voineet vaihdella myös alueittain. Tämän vuoksi raportin tuloksia tulkitaan ensisijaisesti muutosten suuntaa ja suuruusluokkaa kuvaavina. Kirjausmuutosten merkitystä on pyritty arvioimaan erikseen sellaisissa tarkasteluissa, joissa käytetään useita rinnakkaisia mittareita. Lisäksi analyyseissä on pyritty käyttämään sellaisia muuttujia, jotka on kirjattu mahdollisimman hyvin koko tarkastelujaksolla.

4.1.1 Kohdejoukon rajaus

Analyyseissä tarkastellaan pääosin 25 vuotta täyttäneitä ei-opiskelijoita. Alle 25-vuotiaat rajataan pois, koska lasten ja nuorten hammashoidon käyttö ei ole samalla tavalla heidän omien valintojensa varassa kuin aikuisten. Opiskelijat rajataan pois, koska heillä

on käytössään Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön suun terveydenhuollon palvelut. Rajauksen tavoitteena on tarkastella ryhmää, jossa julkisen ja yksityisen hammashoidon välinen valinta on mahdollisimman vertailukelpoinen.³ Nurminen, Blomgren ja Mikkola (2021) käyttävät tutkimuksessaan vastaavaa rajausta.

4.2 Tilastokeskuksen yksilötason aineistot

Raportissa hyödynnetään suun terveydenhuollon rekisteriaineistojen lisäksi Tilastokeskuksen yksilötason aineistoja. Näiden avulla henkilöihin voidaan liittää tietoja esimerkiksi tuloista, koulutuksesta, ammattiasemasta, iästä, sukupuolesta ja asuinalueesta. Näitä muuttujia käytetään erityisesti palvelujen käytön sosioekonomisia eroja tarkastelevissa analyyseissä. Lisäksi Tilastokeskuksen aineistoja hyödynnetään, kun tarkastellaan hammaslääkärien määrää, työskentelyä eri sektoreilla sekä ansioiden kehitystä.

4.3 Käytetyt analyysimenetelmät

Raportissa hyödynnetään useita toisiaan täydentäviä analyysimenetelmiä. Ensimmäisessä osassa analysoidaan, miten hammashoidon palvelujen käyttö jakautuu eri väestöryhmissä julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Tätä varten käytetään yksinkertaisten suhdelukujen laskemisen lisäksi regressiomenetelmiä, joilla voidaan arvioida tulojen, koulutuksen, ammattiaseman, iän, sukupuolen ja asuinalueen yhteyttä palvelujen käyttöön, kun muut taustatekijät vakioidaan.

Palvelujen käytön jakautumista eri käyntiryhmiin tarkastellaan multinomiaalisen logistisen regression avulla. Menetelmä soveltuu tilanteisiin, joissa selitettävä muuttuja koostuu useasta vaihtoehdoisesta luokasta. Tässä analyysissä henkilöitä luokitellaan sen mukaan, ovatko he käyttäneet vuoden aikana vain julkisia palveluja, vain yksityisiä palveluja, molempia sektoreita vai eivät kumpaakaan. Menetelmän avulla voidaan arvioida, miten eri taustatekijät liittyvät todennäköisyyteen kuulua kuhunkin ryhmään.

Hampaiden poistojen yhteyttä tulotasoon tarkastellaan poisson-regression avulla.⁴ Poistot toimivat raportissa karkeana indikaattorina hoidon tarpeesta tai mahdollisesti viivästyneestä hoidosta, vaikka mittari ei olekaan yksiselitteinen. Menetelmän avulla voidaan arvioida, miten poistojen määrä vaihtelee tuloryhmien välillä ikärakenne vakioiden.

Sektorien välistä korvaavuutta tarkastellaan lisäksi siirtymäanalyysillä. Tällöin seurataan, mille sektorille henkilön edellinen ja seuraava hammashoitokäynti kohdistuvat. Näin saadaan tietoa siitä, kuinka pysyviä asiakkaiden valinnat ovat ja missä määrin julkinen ja yksityinen sektori toimivat käytännössä toistensa vaihtoehtoina. Tätä tarkastelua täydennetään muuttoliikeanalyysillä, jossa huomio kohdistetaan henkilöihin, jotka ovat muuttaneet paikkakunnalta toiselle. Muuttotilanteet tarjoavat mahdollisuuden

³ Rajauksen jälkeenkin aineistoon voi jäädä ryhmiä – kuten ympärivuorokautisessa hoidossa olevat ikääntyneet – joille valinta julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä ei ole relevantti, mutta joiden luotettava tunnistaminen aineistosta on haastavaa.

⁴ Poisson-regressiota käytetään, koska kiinnostuksen kohteena ovat suhteelliset erot hampaiden poistojen määrässä. Selitettävä muuttuja saa paljon nolla-arvoja, jolloin sen logaritmia ei voida ottaa eikä logaritmuunnokseen perustuva lineaarinen malli ole mahdollinen.

tarkastella sektorivalintoja tilanteissa, joissa aiemmin käytetty palvelupaikka ei ole enää samalla tavalla saavutettavissa kuin ennen.

Kela-korvausten muutosten vaikutuksia arvioidaan kuvaamalla korvausmuutosten jälkeisiä muutoksia julkisten ja yksityisten palvelujen käytössä sekä tarkastelemalla, miten käynti- ja toimenpidemäärät ovat kehittyneet ennen ja jälkeen korvausmuutosten. Näin voidaan muodostaa kokonaiskuva siitä, miten yksityisten palvelujen hinnanmuutokset ovat heijastuneet yksityisen ja julkisen sektorin käyttöön sekä palvelujen kokonaismäärään. Arvio perustuu ennen-jälkeen-vertailuun, koska käytettävissä ei ole selkeää verrokkiryhmää. Siksi tuloksiin voi sisältyä harhaa, jos palvelujen käyttöön ovat samanaikaisesti vaikuttaneet myös muut tekijät kuin korvausmuutokset.

5 PALVELUJEN KÄYTTÖ JA TARVE SEKÄ KELA-KORVAUSTEN KOHDENTUMINEN

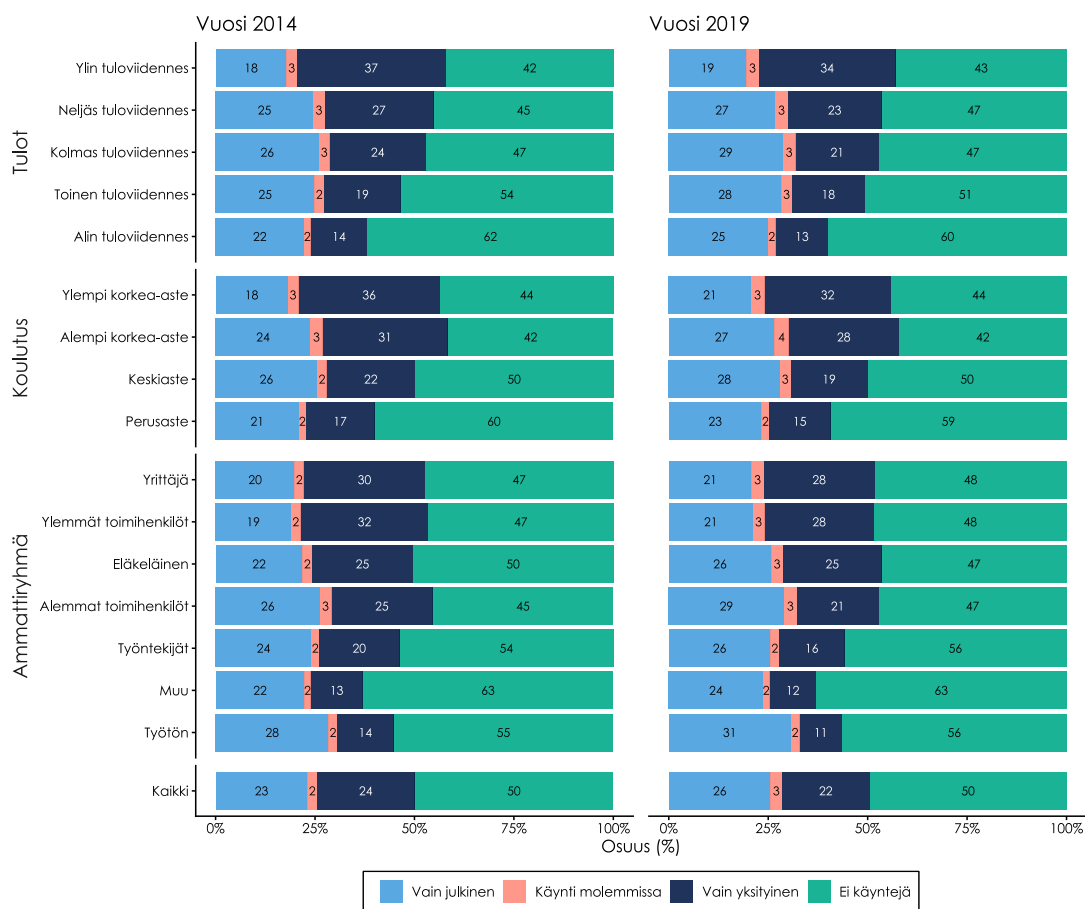
Hammashoidon palvelujen käyttö jakautuu väestössä epätasaisesti. Sekä yksinkertaiset suhdeluvut että regressioanalyysit osoittavat, että palvelujen käytöllä on selvä yhteys erityisesti tulotason ja koulutukseen. Korkeampi sosioekonominen asema on yhteydessä yksityisten hammashoitopalvelujen käyttöön, kun taas julkisten palvelujen käyttö painottuu suhteellisesti enemmän alempiin tuloryhmiin. Ero ei kuitenkaan tarkoita sitä, että pienituloiset käyttäisivät julkisia palveluja enemmän kuin muut käyttäisivät palveluja ylipäätään. Pikemminkin luvun tulokset viittaavat siihen, että suurituloiset käyttävät hammashoidon palveluja kokonaisuudessaan enemmän, ja tämä näkyy erityisesti yksityisellä sektorilla.

5.1 Palvelujen käytön jakautuminen

5.1.1 Sosioekonomisten tekijöiden yhteys palvelujen käyttöön

Kuvio 1 näyttää hammashoidon käytön suorat jakaumat eri väestöryhmissä. Ylemissä tuloryhmissä korostuu erityisesti vain yksityisiä palveluja käyttävien osuus, kun taas alemmissä tuloryhmissä julkisten palvelujen käyttö on yleisempää. Samalla pienituloisissa ryhmissä on enemmän henkilöitä, jotka eivät käytä hammashoidon palveluja lainkaan tarkastelujakson aikana. Sosioekonomiset erot eivät siis koske vain sitä, mille sektorille hakeudutaan, vaan myös sitä, käytetäänkö palveluja ylipäätään. Samantyyppinen jako näkyy myös koulutuksen mukaan: korkeasti koulutetut käyttävät yksityisiä palveluja muita useammin, kun taas matalammin koulutetuissa ryhmissä julkisten palvelujen käyttö ja palvelujen käyttämättömyys korostuvat enemmän.

Palvelujen käytön sosioekonomiset erot ovat lisäksi varsin pysyviä yli ajan. Tulotason yhteys hammashoidon käyttöön ei näyttäisi muuttuneen olennaisesti tarkastelujaksolla, vaan sama perusjako säilyy vuodesta toiseen: suurituloiset käyttävät erityisesti yksityisiä palveluja pienituloisia enemmän, ja pienituloisissa ryhmissä palvelujen käyttämättömyys on yleisempää.



Kuvio 1. Tulojen, koulutuksen ja ammattiryhmän sekä hammashoidon palvelujen käytön välinen yhteys

Huomiot: Kuviossa on jaoteltu ihmiset vuodenaikaisten hammashoidon käyntien perusteella neljään luokkaan: 1) vain julkisia käyntejä, 2) vain yksityisiä käyntejä, 3) käyttänyt molempia tai 4) ei ole käyttänyt hammashoidon palveluita. Tämän jälkeen on tarkasteltu eri tulo-, koulutus- ja ammattiryhmissä, miten tiettyyn ryhmään kuuluvat henkilöt jakautuvat heidän hammashoidon käyntiensä perusteella edellä lueteltuihin luokkiin.

Kuvion 1 erot ovat kuitenkin suoria ryhmäkeskiarvoja. Siksi ne voivat heijastaa samanaikaisesti monia tekijöitä: esimerkiksi hyvätuloiset ovat keskimäärin eri tavalla koulutettuja, eri ammattiryhmissä, eri-ikäisiä ja useammin kaupunkialueilla asuvia kuin pienituloiset. Tämän vuoksi sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä hammashoidon käyttöön tarkastellaan myös mallissa, jossa tulot, koulutus, ammattiryhmä, ikä, sukupuoli ja asuinalue otetaan huomioon samanaikaisesti. Näin saadaan paremmin näkyviin, miten vahva yhteys tuloilla, koulutuksella ja ammattiasemalla on silloin, kun muut keskeiset erot väestöryhmien välillä pidetään mahdollisimman hyvin vakiona.

Vakioinnin jälkeenkin päätulos säilyy samana. Tulotason yhteys hammashoidon käyttöön on selvä, ja vahvin yhteys näkyy yksityisten palvelujen käytössä. Tulojen kasvu lisää voimakkaasti todennäköisyyttä käyttää yksityisiä palveluita ja ylipäätään tuloviidennekseen kuuluvien todennäköisyys kuulua vain yksityisiä palveluja käyttävien ryhmään on huomattavasti suurempi verrattuna alimpaan tuloviidennekseen. Myös julkisten palvelujen käytössä näkyy yhteys tuloihin, mutta se ei ole lineaarinen:

todennäköisyys käyttää julkisia palveluita on pienin matalimmassa tuloviidenneksessä, suurin kolmannessa ja neljännessä tuloviidenneksessä, mutta laskee korkeimpaan tuloviidennekseen siirryttäessä. Koulutustaso on edelleen selvästi yhteydessä erityisesti yksityisten palvelujen käyttöön, mutta erot eri ryhmien välillä eivät ole yhtä suuria kuin tulojen kohdalla. Ammattiryhmien väliset erot ovat kokonaisuutena pienempiä tuloihin ja koulutukseen verrattuna. Ammattiryhmistä erottuvat yrittäjät siten, että heidän todennäköisyytensä käyttää yksityisiä palveluita on muita ryhmiä suurempi. Eläkeläisten ja työttömien todennäköisyys käyttää julkisia palveluita on puolestaan muita ryhmiä suurempi.⁵

Tulos viittaa siihen, että hammashoidon käytön sosioekonomiset erot eivät johdu pelkästään siitä, että eri tuloryhmiin kuuluvat henkilöt eroavat toisistaan myös esimerkiksi koulutuksen, ammattiaseman, iän, sukupuolen tai asuinalueen suhteen. Kun nämä tekijät otetaan analyysissä samanaikaisesti huomioon, tulojen yhteys palvelujen käyttöön säilyy edelleen vahvana erityisesti yksityisten palvelujen osalta. Erot palvelujen käytössä eivät siis selity vain muilla taustatekijöillä, vaan näkyvät myös niiden vaikutus vakioituna.

Tulokset ovat lisäksi hyvin samankaltaisia eri vuosina. Tämä viittaa siihen, ettei palveluihin valikoitumisessa ole tapahtunut tarkastelujaksolla merkittäviä muutoksia, vaan eri väestöryhmien välinen jako julkisten, yksityisten ja käyttämättömien palvelujen välillä on pysynyt pääpiirteissään vakaana. Tulokset ovat myös hyvin samansuuntaisia kuin aiemmassa Oulun kaupunkia koskeneessa tutkimuksessa, jossa tulojen ja koulutuksen havaittiin olevan selvästi yhteydessä erityisesti yksityisten hammashoitopalvelujen käyttöön (Nurminen, Blomgren ja Mikkola, 2021). Tarkemmat tulokset on esitetty liitteessä 1.

5.1.2 Demografisten tekijöiden yhteys palvelujen käyttöön

Myös muut taustatekijät kuin sosioekonominen asema ovat yhteydessä hammashoidon palvelujen käyttöön. Iällä, sukupuolella ja asuinalueella on kaikilla oma yhteytensä siihen, käytetäänkö palveluja ja mille sektorille käynnit suuntautuvat.

Iän yhteys palvelujen kasvavaan käyttöön on selvä ainakin tiettyyn rajaan asti. Hammashoidon käyttö yleistyy nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin siirryttäessä, mikä voi heijastaa myös hoidon tarpeen kasvua. Yksityisten palvelujen käytön todennäköisyys nousee selvästi aina 65–74-vuotiaisiin asti. Tätä vanhemmilla todennäköisyys käyttää yksityisiä palveluita laskee. Julkisten palvelujen käytön todennäköisyys saavuttaa huippunsa hieman aiemmin, 55–64-vuotiailla. Ikäryhmien väliset erot julkisten palvelujen käytössä ovat myös selvästi yksityisiä palveluita pienempiä.

Sukupuolen osalta miehet käyttävät sekä julkisia että yksityisiä hammashoidon palveluja naisia vähemmän. Asuinalue on niin ikään yhteydessä palvelujen käyttöön. Kaupunkimaisilla alueilla yksityisten palvelujen käyttö on yleisempää kuin maaseutumaisilla alueilla, kun taas julkisten palvelujen käyttö on kaupunkialueilla hieman vähäisempää. Tämä voisi viitata siihen, että yksityisten palvelujen käyttöön vaikuttaa

⁵ Teknisesti regressiotulokset ovat ns. ristosuhteita (odds ratio), eivät suoria todennäköisyyksiä. Raportin päätekstissä tuloksia kuvataan luettavuuden vuoksi todennäköisyyksien eroina, mutta täsmällisemmin kyse on siitä, kuinka paljon suurempi tai pienempi ristosuhde eri ryhmillä on kuulua tarkasteltuun käyntiryhmään verrattuna vertailuryhmään.

myös niiden saavutettavuus. Liitteen 2 kartta kuntakohtaisista matkustusetäisyyksistä yksityisiin hammashoitopalveluihin näyttää, miten saavutettavuus vaihtelee alueittain.

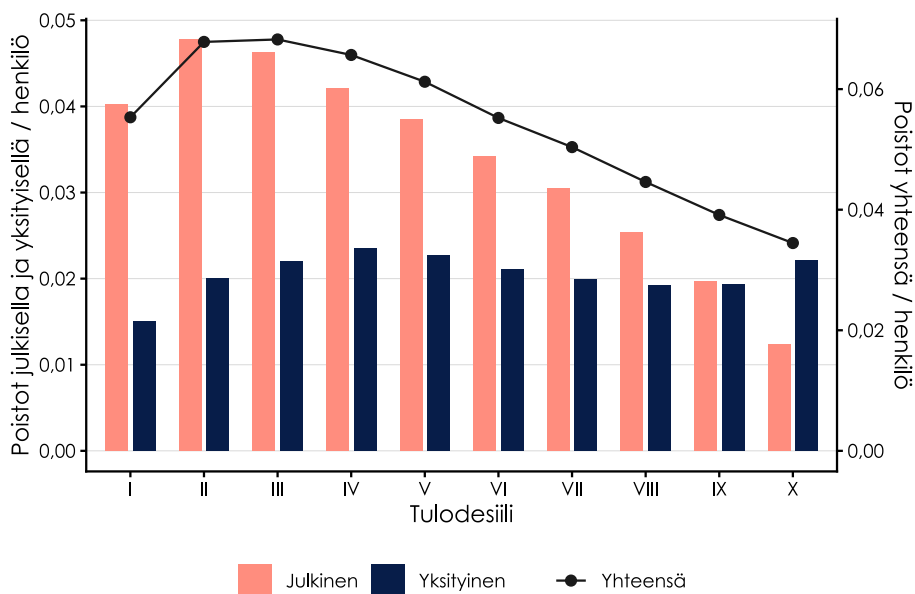
Kokonaisuutena tämän ja edellisen luvun tulokset osoittavat, että hammashoidon palvelujen käyttöä selittävät samanaikaisesti sekä sosioekonomiset tekijät että erilaiset demografiset taustatekijät. Tarkemmat tulokset myös iän, sukupuolen ja aluetyypin yhteydestä hammashoidon palvelujen käyttöön on esitetty liitteessä 1.

5.2 Palveluntarpeen jakautuminen

Sosioekonomisia eroja hammashoidon palvelujen käytössä on hyödyllistä tarkastella myös hoidon tarpeen näkökulmasta. Tässä luvussa hampaiden poistojen määrää käytetään karkeana indikaattorina vakavammista suun terveyden ongelmista tai tilanteista, joissa hoitoon päädytään verrattain myöhäisessä vaiheessa. Tulokinnassa on kuitenkin syytä olla varovainen, sillä poistot eivät mittaa hoidon tarvetta suoraan. Poistojen taustalla voi olla myös muita syitä, kuten viisaudenhampaiden poistoja. Tutkimusten perusteella pysyvien hampaiden poistojen tavallisimmat syyt ovat kuitenkin karies ja parodontiitti, joten poistot antavat ainakin suuntaa siitä, miten hoidon tarve jakautuu eri tuloryhmien välillä (ks. esim. Broers ym., 2022; Passarelli ym., 2020).

Tarkastelun tarkoituksena on arvioida, ovatko palvelujen käytön sosioekonomiset erot linjassa sen kanssa, että hoidon tarve olisi suurinta niissä ryhmissä, jotka käyttävät eniten yksityisiä palveluja. Jos poistot painottuvat pienituloisiin eivätkä suurituloisiin, tulos ei ainakaan tue ajatusta siitä, että yksityisten palvelujen suurempi käyttö hyvätuloisilla johtuisi heidän suuremmasta hoidon tarpeestaan.

Kuviossa 2 on kuvattu hampaiden poistojen jakautumista väestössä tulodesiileittäin. Kokonaisuutena hampaiden poistot ovat yleisempiä alemmissä tuloryhmissä kuin ylemmissä. Julkisella sektorilla tehdyt poistot painottuvat selvästi pienituloisempiin ryhmiin. Yksityisellä sektorilla poistot ovat ylemmissä tuloryhmissä hieman yleisempiä kuin alemmissä, mutta tämä ei riitä nostamaan poistojen kokonaismäärää suurituloisilla suuremmaksi kuin pienituloisilla. Kaljonen (2026) on myös havainnut selvän laskevan yhteyden hampaiden poistojen yleisyyden ja tulotason välillä. Nämä havainnot viittaavat siten siihen, että hammashoidon tarve ei näytä olevan ainakaan suurempi korkeamman sosioekonomisen aseman ryhmissä.



Kuvio 2. Hampaiden poistot tuloluokittain ja sektoreittain

Huomiot: Kuviossa on esitetty punaisilla palkeilla julkisella puolella ja sinisillä palkeilla yksityisellä puolella tehdyt hampaiden poistot per henkilö tulodesiileittäin (vasen asteikko). Viivalla on esitetty julkisen ja yksityisen hampaiden poistot yhteensä (oikea asteikko).

Kuten edellä todettiin, hampaiden poistojen tulokinnassa on syytä olla varovainen. Poistot ovat esimerkiksi yleisempiä 25–34-vuotiailla kuin 35–44-vuotiailla, mikä viittaa siihen, että mittariin sisältyy myös ikärakenteeseen liittyviä tekijöitä.⁶ Tämän vuoksi liitteessä 1 hampaiden poistojen määrää tarkastellaan regressioanalyysillä, jossa tulojen yhteyttä poistojen määrään arvioidaan ikäryhmä vakioiden.

län huomioon otettava tarkastelu tukee samaa johtopäätöstä kuin edellinen analyysi: poistojen määrä on kokonaisuutena pienempi suurituloisimmissa ryhmissä kuin pienituloisissa ryhmissä. Ensimmäisissä viidessä tulodesiilissä poistojen määrä on ikä vakioiden melko samankaltainen, joskin matalin tulodesiili poikkeaa tästä hieman alaspäin. Viidennen tulodesiilin jälkeen poistojen määrä alkaa vähentyä selvästi tulojen kasvaessa, ja esimerkiksi ylimmässä tulodesiilissä poistoja tehdään noin 40 % vähemmän kuin matalimmissa tulodesiileissä. Samalla tulojen kasvaessa yhä suurempi osa poistoista tehdään yksityisellä sektorilla.

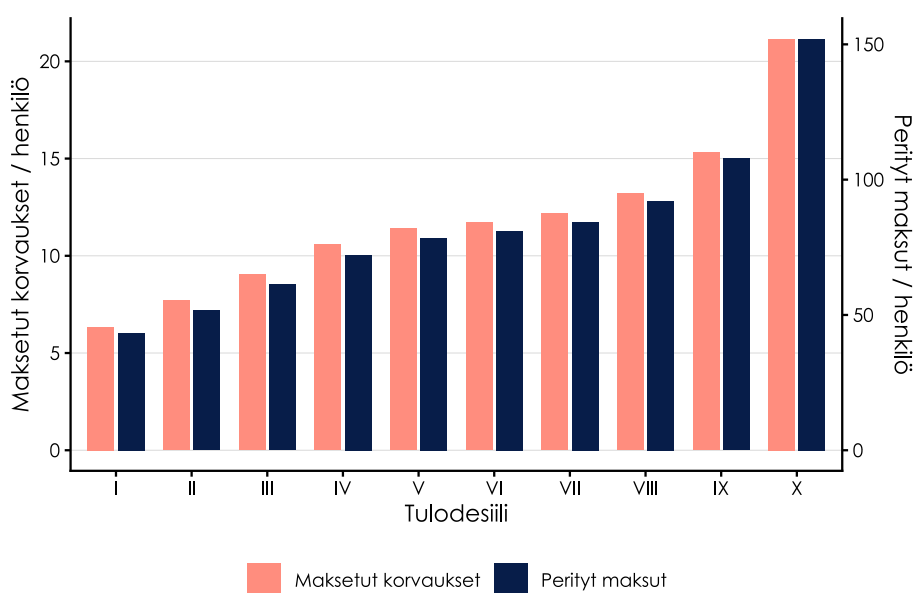
Lisäksi kuten luvussa 2 todettiin, aiempi suomalainen tutkimus tukee myös sitä, että suun terveyden ongelmat jakautuvat sosiodemografisesti epätasaisesti (Suominen ym., 2025; Kaljonen, 2026). Aiemmassa tutkimuksessa on myös viitteitä siitä, että palvelujen tarve ei välttämättä ennusta kovin hyvin niiden käyttöä. Raittio ym. (2015) havaitsivat nimittäin, että hammashoidon palvelujen käyttö oli positiivisesti yhteydessä koettuun vähäiseen hoidon tarpeeseen ja koettuun hyvään suunterveyteen. Tämän perusteella yksityisten

⁶ Lisäksi koska yksityisellä sektorilla potilas vastaa hoidon kustannuksista suuremmissa määrin itse, taloudellinen harkinta voi ohjata valintaa mahdollisesti kalliimman korjaavan hoidon sijaan hampaan poistoon, mikä voi näkyä poistotoimenpiteiden suurempana osuutena yksityisellä kuin julkisella sektorilla.

palvelujen käytön sosioekonomiset erot eivät todennäköisesti selity sillä, että hyvätuloisilla olisi esimerkiksi suurempi hammashoidon tarve.

5.3 Kela-korvausten kohdentuminen

Kela-korvausten kohdentuminen eri tuloryhmille on yksi osa järjestelmän toiminnan arviointia. Kuviossa 3 tarkastellaan, miten korvaukset kohdentuvat eri tulodesiileille. Kela-korvausten jakautuminen seuraa läheisesti yksityisten hammashoitopalvelujen käyttöä. Koska yksityisten palvelujen käyttö on yleisempää suurituloisissa ryhmissä, myös maksettujen Kela-korvausten määrä kasvaa tulotason noustessa. Samasta syystä myös asiakkaiden itse maksamat omavastuuosuudet ovat suurimpia ylimmissä tulodesiileissä. Hyvätuloiset siis sekä käyttävät yksityisiä hammashoitopalveluja muita enemmän, maksavat niistä enemmän omasta taskustaan ja saavat myös euromääräisesti enemmän Kela-korvauksia.



Kuvio 3. Kela-korvausten kohdentuminen tulojen mukaan

Huomiot: Kuviossa on esitetty punaisilla palkeilla maksetut korvaukset per henkilö (vasen asteikko) ja sinisillä palkeilla perityt maksut (oikea asteikko) tulodesiileittäin.

Tulokset viittaavat siihen, että Kela-korvausjärjestelmä ei kohdennu erityisesti pienituloisille, vaan korvauksista hyötyvät euromääräisesti eniten ne ryhmät, jotka käyttävät yksityisiä hammashoitopalveluja eniten. Myös Kaljonen (2026) on tehnyt vastaavia havaintoja korvausten kohdentumisesta. Tulos on tärkeä korvausjärjestelmän arvioinnin kannalta. Jos järjestelmän tavoitteena on tukea yksityisten palvelujen käyttöä yleisesti, nykyinen kohdentuminen on odotettu seuraus palvelujen käytön rakenteesta. Jos taas tavoitteena olisi erityisesti tukea pienituloisten pääsyä hammashoittoon, korvausten jakautuminen ei tämän tarkastelun perusteella näyttäisi tukevan tätä tavoitetta kovin vahvasti.

Korvausten kohdentumista kuluttajien ja palveluntuottajien välillä ei kuitenkaan voida arvioida pelkästään maksettujen korvausten euromäärien perusteella. Olennaista on myös se, missä määrin korvaus näkyy asiakkaan maksaman hinnan alenemisena ja missä

määrin se heijastuu palvelujen hintoihin. Kela-korvausjärjestelmää ja siinä tapahtuneita muutoksia tarkastellaan tarkemmin luvuissa 7 ja 8.

6 JULKISTEN JA YKSITYISTEN PALVELUJEN KORVAAVUUS JA ASIAKKAIDEN SIIRTYMÄT

Julkisen ja yksityisen hammashoidon välistä korvaavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla, kuinka usein asiakkaat siirtyvät sektorilta toiselle. Tämän luvun tulokset viittaavat siihen, että sektorivalinnoissa on huomattavaa pysyvyyttä. Jos henkilö on käyttänyt vain yksityisiä palveluja yhtenä vuonna, hän käyttää todennäköisesti yksityisiä palveluja myös seuraavana vuonna. Vastaavasti vain julkisia palveluja käyttäneet palaavat useimmiten uudelleen julkiselle sektorille.

6.1 Sektorien väliset siirtymät

Taulukko 1 havainnollistaa sektorivalinnan pysyvyyttä vuositasolla. Vain yksityisiä palveluja vuonna 2018 käyttäneistä 70 % käytti seuraavanakin vuonna vain yksityisiä palveluja, ja ainoastaan 4 % siirtyi käyttämään yksinomaan julkisia palveluja. Vastaavasti vain julkisia palveluja käyttäneistä 57 % käytti seuraavana vuonna vain julkisia palveluja, kun taas vain 3 % siirtyi käyttämään yksinomaan yksityisiä palveluja. Sektorilta toiselle siirtyminen on siis melko harvinaista verrattuna siihen, että aiempi valinta toistuu myös seuraavana vuonna.

Taulukko osoittaa samalla, että hammashoidon käyttö ei ole kaikille vuosittaista. Esimerkiksi vain julkisia palveluja käyttäneistä 37 % ei ollut lainkaan hammashoidon käyntejä seuraavana vuonna, kun taas vain yksityisiä palveluja käyttäneillä vastaava osuus oli 23 %. Niillä henkilöillä, jotka olivat käyttäneet molempia sektoreita, myöhempi käyttö jakautui tasaisemmin eri ryhmien välillä. Tämä viittaa siihen, että osa asiakkaista liikkuu sektorien välillä joustavammin kuin ne, joiden käyttö on keskittynyt vain yhteen sektoriin.

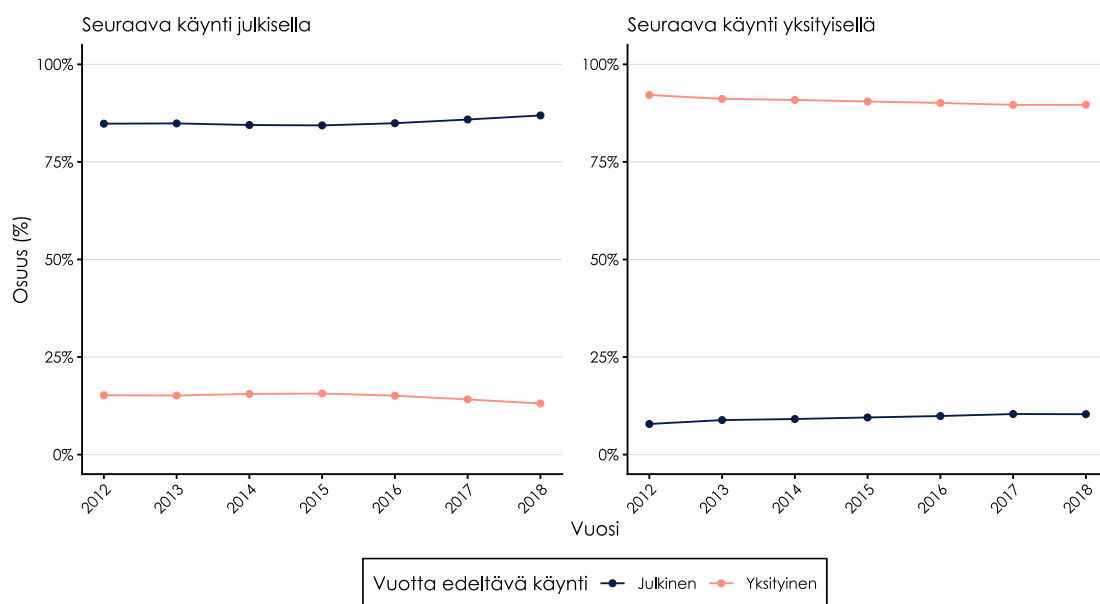
Taulukko 1. Siirtymät eri käyntiryhmien välillä

	Vuosi 2019			
Vuosi 2018	Ei käyntiä	Vain yksityinen	Vain julkinen	Kävi molemmissa
Ei käyntiä	69 %	11 %	19 %	1 %
Vain yksityinen	23 %	70 %	4 %	3 %
Vain julkinen	37 %	3 %	57 %	4 %
Kävi molemmissa	22 %	27 %	33 %	18 %

Koska hammashoidon käynnit eivät välttämättä toistu vuosittain, sektorien välistä pysyvyyttä on hyödyllistä tarkastella myös pidemmällä aikavälillä edellisen ja seuraavan

käynnin perusteella. Kuvio 4 täydentää edellistä tarkastelua osoittamalla, että seuraava käynti suuntautuu usein samalle sektorille kuin edellinen käynti. Jos henkilön seuraava käynti on julkisella sektorilla, sitä edeltänyt käynti on ollut julkisella noin 85 % tapauksista. Vastaavasti yksityiselle suuntautuvia käyntejä edeltää aiempi yksityinen käynti noin 90 % tapauksista. Tämä vahvistaa kuvaa siitä, että hammashoidon sektorivalinnoissa on huomattavaa pysyvyyttä.

Osuudet ovat myös pysyneet varsin vakaina yli ajan. Julkinen–julkinen-käyntiparien osuus on kasvanut hieman, kun taas yksityinen–yksityinen-käyntiparien osuus on hieman pienentynyt. Tämä heijastaa sitä, että julkisten käyntien osuus on tarkastelujaksolla kokonaisuutena jonkin verran kasvanut, kuten luvussa 7 havainnollistetaan.



Kuvio 4. Siirtymät julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä

Huomioit: Kuviota varten on määritetty jokaiselle vuodelle, suuntautuiko henkilön kyseistä vuotta edeltävä viimeisin käynti julkiselle vai yksityiselle sektorille, ja vastaavasti mille sektorille henkilön seuraava käynti kohdistui. Vasemmanpuoleinen paneeli kuvaa niiden henkilöiden osalta, joiden seuraava käynti suuntautui julkiselle sektorille, oliko edellinen käynti tehty julkisella vai yksityisellä. Oikeanpuoleinen paneeli esittää vastaavan tarkastelun niille henkilöille, joiden seuraava käynti suuntautui yksityiselle sektorille.

6.2 Muuttoliikkeen hyödyntäminen siirtymien analysoinnissa

Pelkkä siirtymien tarkastelu ei vielä riitä täysin arvioimaan sektorien välistä korvaavuutta. Edellä havaittu pysyvyys ei kuvaa vain sitä, että asiakkaat valitsevat toistuvasti julkisen tai yksityisen sektorin, vaan myös yleisempää hammaslääkärivalinnan pysyvyyttä. Asiakkaat voivat palata samalle hammaslääkärille tai samalle klinikalle yksinkertaisesti siksi, että aiemmat kokemukset ovat olleet hyviä ja asiointi on tuttua. Tällöin samalla sektorilla pysyminen voi osittain heijastaa vakiintunutta asiointisuhdetta eikä pelkästään sitä, että julkinen ja yksityinen sektori eivät olisi toistensa vaihtoehtoja. Tästä syystä aiemmin havaittu pysyvyys voi jossain määrin yliarvioida sektorivalinnan pysyvyyttä ja vastaavasti aliarvioida sektorien välistä korvaavuutta.

Tämän vuoksi tarkastelemme seuraavaksi erikseen henkilöitä, jotka ovat muuttaneet paikkakunnalta toiselle. Muutto tarjoaa tilanteen, jossa aiemmin käytetty palvelupaikka ei välttämättä ole enää yhtä helposti saavutettavissa kuin ennen. Erityisen informatiivisia ovat sellaiset muutot, joissa muuttomatka on yli 60 kilometriä. Aineiston perusteella suurin osa hammashoidon asiointimatkoista on tätä selvästi lyhyempiä: mediaani on noin 5 kilometriä, keskiarvo noin 15 kilometriä ja yli 95 % käynneistä sijoittuu alle 60 kilometrin etäisyydelle.⁷ Siksi yli 60 kilometrin muutot muodostavat luontevan tarkasteluryhmän, jossa aiemmin käytettyyn toimipaikkaan palaaminen on selvästi epätodennäköisempää.

Muuttajia koskeva tarkastelu vahvistaa kuvan siitä, että sektorivalinnoissa on pysyvyyttä, mutta samalla se tuo esiin myös hieman enemmän sektorien välistä liikkuvuutta kuin koko aineistossa tehty tarkastelu. Taulukon 2 perusteella yli 60 kilometrin päähän muuttaneilla sektorivalinnoissa näkyy edelleen selkeää pysyvyyttä, mutta vaihtaminen on hieman yleisempää kuin koko aineistossa. Julkista palvelua muuton jälkeen käyttäneistä 76 % oli käyttänyt myös ennen muuttoja viimeksi julkista palvelua, kun taas 24 % siirtyi yksityiseltä julkiselle. Yksityistä palvelua muuton jälkeen käyttäneistä 73 % oli käyttänyt muuttoja ennen yksityistä palvelua, kun taas 27 % siirtyi julkiselta yksityiselle. Muuton yhteydessä siirtyminen yksityiseltä julkiselle on siis hieman yleisempää kuin siirtyminen julkiselta yksityiselle.

Taulukko 2. Sektorien väliset siirtymät yli 60 kilometrin muuttojen yhteydessä

Seuraava käynti	Edeltävä käynti	Siirtymiä	Kaikki käynnit	Osuus käynneistä
Julkinen	Julkinen	61 697	80 806	76 %
Julkinen	Yksityinen	19 109	80 806	24 %
Yksityinen	Julkinen	12 949	47 894	27 %
Yksityinen	Yksityinen	34 945	47 894	73 %

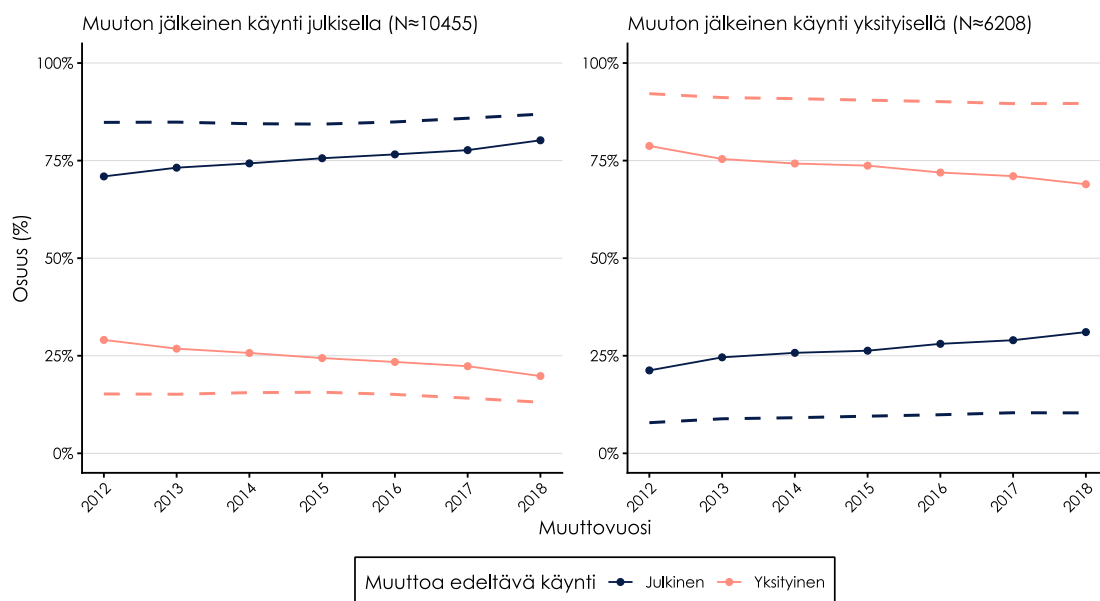
Kuviossa 5 on tehty edeltävää kuviota vastaava tarkastelu muuttajille. Myös muuttajilla seuraava käynti suuntautuu useimmiten samalle sektorille kuin muuttoja edeltänyt viimeisin käynti. Jos muuton jälkeinen seuraava käynti on julkisella sektorilla, sitä edeltänyt käynti on ollut useimmiten myös julkisella. Vastaavasti yksityiselle suuntautuvia käyntejä edeltää useimmiten aiempi yksityinen käynti. Sektorivalinnoissa on siis huomattavaa pysyvyyttä myös muuttajien joukossa.

Samaan aikaan kuvio viittaa siihen, että pysyvyys on muuttajilla hieman vähäisempää kuin koko aineistossa tehdyssä vastaavassa tarkastelussa. Kuviossa on muuttajien siirtymien osuudet yhtenäisillä viivoilla ja koko aineistosta lasketut osuudet katkoviivoilla. Erityisesti muuttoja edeltäneen yksityisen käynnin jälkeen siirtyminen julkiselle sektorille on

⁷ Tarkemmin ihmisten asuinpaikan ja heidän käyttämänsä yksityisen hammashoidon toimipaikan välisiä etäisyyksiä on tarkastelu liitteessä 2.

muuttajilla hieman yleisempää kuin koko aineistossa keskimäärin. Jos muuton jälkeinen seuraava käynti suuntautuu yksityiselle, sitä edeltänyt käynti on ollut yksityisellä noin 70–80 % tapauksista, kun koko aineistossa vastaava osuus oli lähempänä 90 %. Vastaavasti julkiselle suuntautuvissa käynneissä aiemman julkisen käynnin osuus on muuttajilla noin 70–80 %, kun koko aineistossa vastaava osuus oli noin 85 %.

Myös ajalliset muutokset ovat samansuuntaisia kuin koko aineistossa, mutta muuttajilla ne näyttävät olevan hieman jyrkempiä. Julkiselle suuntautuvissa käynneissä aiemman julkisen käynnin osuus kasvaa tarkastelujaksolla jonkin verran, kun taas yksityiselle suuntautuvissa käynneissä aiemman yksityisen käynnin osuus pienenee hieman selvemmin kuin koko aineistossa. Tämä viittaa siihen, että myös muuttajilla julkisten käyntien suhteellinen osuus on kasvanut ja yksityisten vastaavasti pienentynyt.



Kuvio 5. Muuttajien siirtymät julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä

Huomiot: Kuviota varten aineistosta on poimittu kaikki yli 60 kilometrin pituiset muutot. Näille henkilöille on määritetty jokaisena muuttovuonna, suuntautuiko muutto edeltänyt viimeisin käynti julkiselle vai yksityiselle sektorille, sekä mille sektorille muuton jälkeinen seuraava käynti kohdistui. Vasemmanpuoleinen paneeli kuvaa niiden henkilöiden osalta, joiden seuraava käynti suuntautui julkiselle sektorille, oliko muutto edeltänyt viimeisin käynti tehty julkisella vai yksityisellä. Oikeanpuoleinen paneeli esittää vastaavan tarkastelun niille, joiden seuraava käynti suuntautui yksityiselle sektorille. Katkoviivat kuvaavat koko aineistossa tehtyä vastaavaa tarkastelua. Paneelien otsikoissa ilmoitettu havaintomäärä (N) on vuosikohtaisten havaintojen keskimääräinen määrä.

Eröt koko aineistoon verrattuna ovat melko pieniä, mutta suunta on johdonmukainen: muuttajilla sektorien välinen vaihtaminen on hieman yleisempää kuin koko aineistossa. Tämä viittaa siihen, että osa aiemmin havaitusta pysyvyydestä liittyy tuttuihin palvelupaikkoihin ja vakiintuneisiin asiointisuhteisiin. Kun tämä side heikkenee muuton vuoksi, siirtyminen sektorien välillä lisääntyy jonkin verran. Tästä huolimatta enemmistö asiakkaista pysyy edelleen samalla sektorilla kuin ennen muuttoja, mikä viittaa siihen, että pysyvyys ei selity vain tutulla toimipaikalla, vaan myös sektorivalinta itsessään on varsin pysyvää.

Tulosten tulkinnessa on kuitenkin syytä huomata, että muuttajat voivat erota muusta väestöstä myös muilla tavoin. Muuttajiksi on voinut valikoitua henkilöitä, joiden elämäntilanne, työmarkkina-asema tai palvelujen käyttö on keskimääräistä liikkuvampaa jo lähtökohtaisesti. Tämän vuoksi muuttajilla havaittu pysyvyys voi aliarvioida sitä, kuinka vahvaa sektorivalinnan pysyvyys on väestössä yleisemmin. Vastaavasti koko aineistossa havaittu pysyvyys voi yliarvioida sitä osuutta, joka johtuu nimenomaan sektorivalinnasta, koska siihen sisältyy myös tuttuun hammaslääkäriin tai klinikkaan palaamista. Näin tulkittuna muuttajilla havaittu pysyvyys voi kuvata eräänlaista alarajaa ja koko aineistossa havaittu pysyvyys eräänlaista ylärajaa sektorivalinnan todelliselle pysyvyydelle.

7 VUOSIEN 2015–2016 KELA-KORVAUSLEIKKAUSTEN VAIKUTUKSET

Tässä luvussa tarkastellaan, miten vuosien 2015 ja 2016 Kela-korvausleikkaukset näkyivät yksityisen ja julkisen hammashoidon käytössä. Tulokset viittaavat siihen, että korvausleikkaukset nostivat asiakkaiden maksamia hintoja merkittävästi, vähensivät jonkin verran yksityisten palvelujen käyttöä ja lisäsivät julkisen sektorin käyttöä. Samalla pieni osa yksityisen käytön vähenemisestä näyttäisi merkinneen myös hammashoidon kokonaiskäytön vähentymistä.

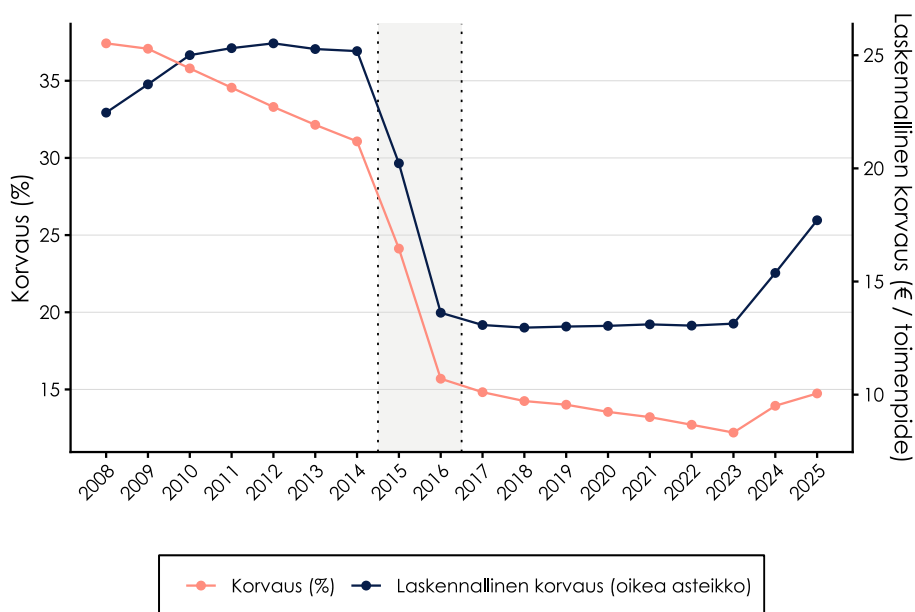
Ennen luvun tulosten tarkempaa esittelyä on syytä korostaa kolmea tulokinnan kannalta keskeistä varaamaa. Ensinnäkin tarkastelu perustuu ennen–jälkeen-vertailuun, koska käytettävissä ei ole selkeää verrokkiryhmää, johon korvausmuutokset eivät olisi vaikuttaneet. Toiseksi yksityistä sektoria koskeva aineisto kattaa vain Kela-korvatut käynnit ja toimenpiteet, joten korvausperusteiden muutokset voivat vaikuttaa myös siihen, mitä aineistossa ylipäätään havaitaan. Kolmanneksi julkisen sektorin aineistoissa kirjauskäytännöt ovat muuttuneet tarkastelujakson aikana. Tämän vuoksi luvun tuloksia on syytä tulkita ennen kaikkea kuvailevina arvioina siitä, miten korvausmuutokset näkyivät palvelujärjestelmässä.

7.1 Vuosien 2015 ja 2016 korvausleikkaukset

Yksityisen hammashoidon Kela-korvauksia leikattiin merkittävästi vuosina 2015 ja 2016. Vuoden 2015 alusta korvauksia alennettiin noin neljänneksellä pääasiassa toimenpidekohtaisia korvaustaksoja pienentämällä. Samalla hammaslääkärin tekemästä suun ja hampaiden tutkimuksesta sekä suuhygienistin tekemästä suun terveystarkastuksesta sai korvausta pääsääntöisesti vain joka toinen vuosi. Korvaus voitiin kuitenkin maksaa useammin, jos tiheämpi tutkimus oli potilaan terveydentilan vuoksi tarpeen. Vuonna 2016 korvauksia leikattiin edelleen alentamalla hammaslääkärin ja suuhygienistin toimenpiteiden sekä hammaslääkärin määräämien tutkimusten ja hoitojen korvaustaksoja. Suun tutkimuksen korvaustaso säilyi kuitenkin vuoden 2015 tasolla.

Tuloksia tulkittaessa on syytä huomioida myös se, että julkisen suun terveydenhuollon asiakasmaksuja korotettiin vuonna 2016. Tämä on voinut vaimentaa sitä kysynnän siirtymää, joka muuten olisi voinut seurata yksityisen hammashoidon Kela-korvausten leikkauksista. Julkisen hammashoidon asiakasmaksu nousi käyntiä kohden vuodesta 2014 vuoteen 2017 keskimäärin noin 7,5 euroa, kun taas yksityisen hammashoidon korvausleikkaus vastasi käyntiä kohden karkeasti noin 22 euroa. Tämän perusteella on todennäköistä, että julkisen sektorin asiakasmaksujen korotus vähensi jonkin verran siirtymää julkiselle sektorille, mutta ei poistanut korvausleikkausten synnyttämää kannustetta siirtyä pois yksityiseltä sektorilta.

Korvausmuutokset heikensivät yksityisen hammashoidon hintatukea selvästi. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että asiakkaan maksettavaksi jäi aiempaa suurempi osa hoidosta. Kuvio 6 havainnollistaa keskimääräisen korvausprosentin ja toimenpidekohtaisen euromääräisen korvauksen kehitystä. Ennen korvausleikkauksia keskimääräinen euromääräinen korvaus pysyi melko vakaana, noin 25 eurossa toimenpidettä kohti. Samaan aikaan keskimääräinen korvausprosentti laski hieman hintojen noustessa. Korvausprosentti oli ennen leikkauksia runsaat 30 %. Leikkausten jälkeen korvausprosentti puolittui noin 15 prosenttiin ja laskennallinen korvaus aleni noin 13 euroon toimenpidettä kohti. Samalla korvausten kokonaismäärä laski jyrkästi: vuonna 2014 maksettiin korvauksia yhteensä 123,0 miljoonaa euroa, mutta vuonna 2017 enää 52,5 miljoonaa euroa.

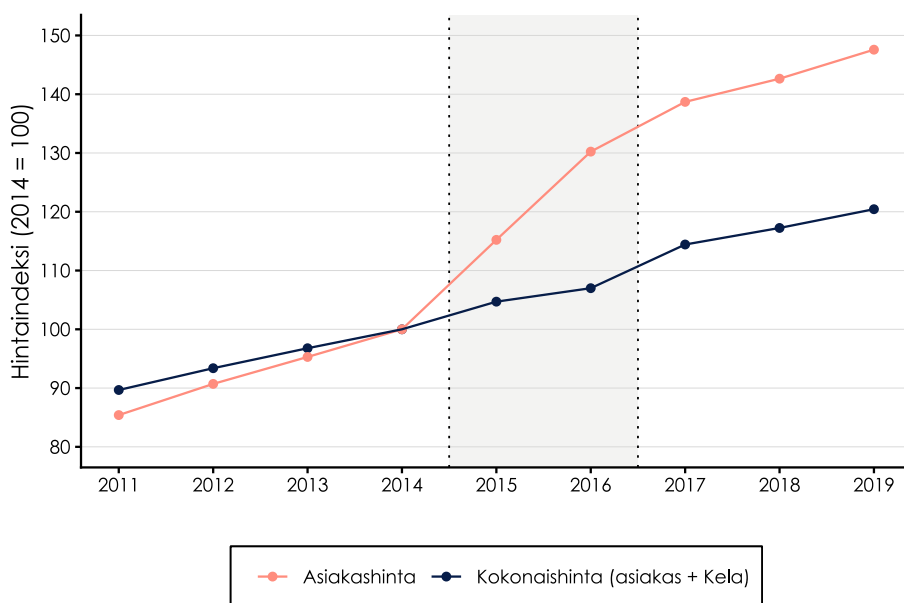


Kuvio 6. Kela-korvausprosentin ja laskennallisen korvauksen kehitys

Huomioit: Kuviossa on kuvattu Kelan tilastotietopalvelun Sairaanhoidokorvausten saajat / Hammaslääkäripalkkiot -tilastosta vuosittaiset korvausprosentit (vasen asteikko) ja euromääräiset laskennalliset korvaukset per toimenpide (oikea asteikko).

7.2 Yksityisen hammashoidon hintakehitys

Hintakehitystä tarkasteltaessa on hyödyllistä erottaa toisistaan kokonaishinta ja asiakkaan maksama hinta. Kokonaishinta kuvaa palvelun hintaa ennen Kela-korvausta, kun taas asiakkaan maksama hinta kuvaa sitä osuutta, joka jää korvauksen jälkeen asiakkaan maksettavaksi. Kuviossa 7 esitetään yksityisten hammashoitopalvelujen hintakehitys näillä kahdella mittarilla. Asiakkaan maksamat hinnat nousivat korvausleikkausten jälkeen huomattavasti. Vuonna 2017 asiakkaan keskimäärin maksama hinta oli 40 % korkeampi kuin vuonna 2014. Nousu oli huomattavasti voimakkaampi kuin kokonaishinnan kehitys, mikä on odotettu seuraus siitä, että Kela-korvausten taso aleni ja aiempaa suurempi osa hoidosta jäi asiakkaan maksettavaksi. Samalla myös palvelujen kokonaishinta nousi, mutta selvästi maltillisemmin, noin 15 %. Hintojen nousuun on vaikuttanut myös toimialan keskittyminen ja yrityskaupakehitys (Buri, Heinonen ja Pietola, 2024).



Kuvio 7. Yksityisen hammashoidon palvelujen hintakehitys 2010-luvulla

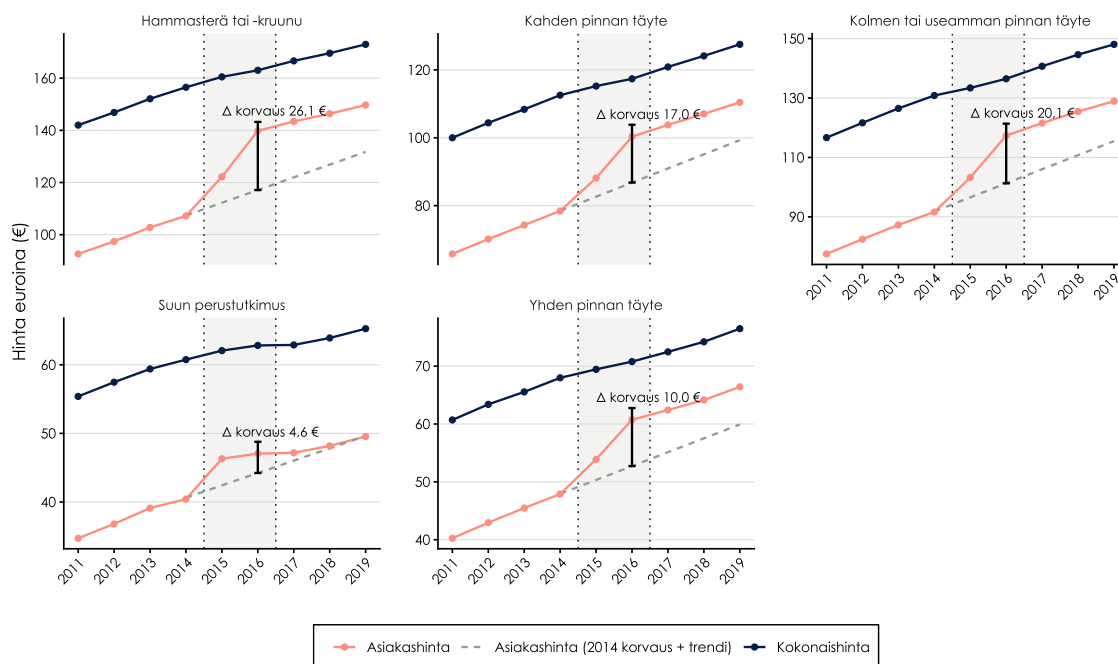
Huomiot: Kuvion hintaindeksit on muodostettu laskemalla kullekin korvatulle yksityisen hammashoidon toimenpiteelle käyntimäärillä painotettu vuosittainen keskihinta. Näiden perusteella on laskettu toimenpidekohtaiset hintaindeksit, joista kokonaishintaindeksi on muodostettu käyttäen painoina perusvuoden 2014 käyntimääriä. Punainen viiva kuvaa asiakkaan maksaman hinnan kehitystä. Sininen viiva kuvaa kokonaishinnan kehitystä, eli asiakkaan maksamaa hintaa ja Kela-korvausta yhteenlaskettuna.

Sama peruskuvio näkyy myös yleisimpien yksityisen hammashoidon toimenpiteiden hintakehityksessä. Kuvio 8 esittää tavallisimpien hammashoidon toimenpiteiden hintakehityksen toimenpidetasolla. Kaikissa tarkastelluissa toimenpiteissä asiakkaan maksama hinta nousi selvästi korvausleikkausten jälkeen. Suun perustutkimuksen hinta nousi vähiten, mikä liittyy siihen, että sen korvausta ei leikattu enää uudelleen vuonna 2016. Sen keskihinta nousi noin 40 eurosta hieman alle 50 euroon. Paikkaushoidoista esimerkiksi kahden pinnan täytteen hinta nousi samana aikana vajaasta 80 eurosta yli 100 euroon.

Kuviossa 8 on lisäksi pyritty arvioimaan, missä määrin Kela-korvausten leikkaukset siirtyivät palvelujen hintoihin. Kuvion harmaa katkoviiva kuvaa arviota siitä, mikä toimenpiteen hinta olisi ollut, jos hintakehitys olisi jatkunut samanlaisena kuin ennen korvausmuutosta. Kun tähän kehitykseen lisätään korvausleikkaus, saadaan arvio siitä, mikä asiakkaan maksama hinta olisi ollut, jos leikkaus olisi jäänyt kokonaan asiakkaan maksettavaksi.

Kuvion perusteella asiakkaiden todellisuudessa maksama hinta on useissa toimenpiteissä hyvin lähellä tätä arviota. Tämä viittaa siihen, että korvausleikkaus siirtyi vain vähäisessä määrin alempiin hintoihin ja jäi pääosin asiakkaiden maksettavaksi. Esimerkiksi toimenpiteessä "Kahden pinnan täyte" asiakkaan maksama keskihinta oli vuonna 2016 noin 100 euroa. Arvioitu hinta ilman korvausmuutosta olisi ollut noin 87 euroa. Kun tähän lisätään korvausleikkaus, noin 17 euroa, saadaan arvioksi noin 104 euroa. Toteutunut hinta jäi tästä noin 4 euroa alemmaksi. Tämä tarkoittaa, että korvausleikkauksesta välittyi alempiin hintoihin vain noin neljännes, eli runsaat 20 %, kun taas valtaosa leikkauksesta jäi asiakkaan maksettavaksi. Suurin osa korvausleikkauksesta näkyi asiakkaan maksaman hinnan nousuna myös toimenpiteessä "Suun perustutkimus", mutta tässä toimenpiteessä

hinnan sopeutuminen oli hieman muita kuvion toimenpiteitä suurempaa. Jos arvioitu korvausleikkaus oli 4,60 euroa ja tästä noin 1,80 euroa välittyi alempina hintoina, noin 40 prosenttia leikkauksesta jäi palveluntuottajan kannettavaksi ja noin 60 prosenttia siirtyi asiakkaan maksettavaksi. Tämä voi heijastaa esimerkiksi sitä, että suun perustutkimus on hinnaltaan näkyvä ja helposti vertailtava vakiopalvelu, jossa hintakilpailu tai hinnan näkyvyys asiakkaalle on voimakkaampaa kuin monissa muissa toimenpiteissä.



Kuvio 8. Yksityisen hammashoidon yleisimpien toimenpiteiden hintakehitys

Huomiot: Kuviossa on esitetty yleisimpien yksityisen hammashoidon toimenpiteiden hintakehitys. Kuvion viisi toimenpidettä muodostivat yhdessä hieman alle puolet kaikesta Kela-korvatuista toimenpiteistä kertyneestä liikevaihdosta vuonna 2014. Sininen viiva kuvaa asiakkaan maksaman hinnan kehitystä. Punainen viiva kuvaa kokonaishinnan kehitystä eli asiakkaan maksamaa hintaa ja Kela-korvausta yhteenlaskettuna.

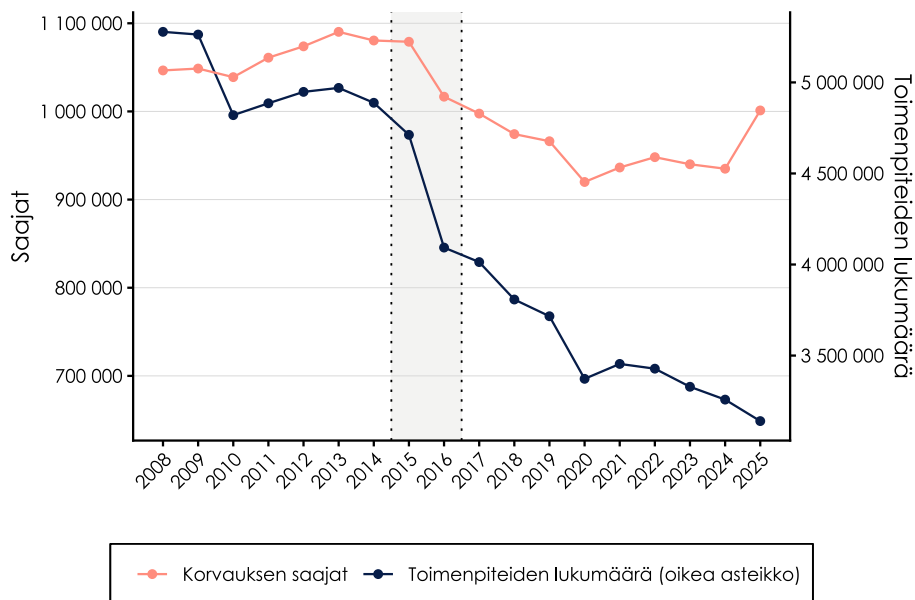
7.3 Yksityisen ja julkisen hammashoidon käyntimäärät

Tässä alaluvussa tarkastellaan, miten vuosien 2015 ja 2016 korvausleikkaukset näkyivät yksityisen ja julkisen sektorin käyntimäärissä. Korvausmuutos koski samanaikaisesti koko maata, eikä käytävissä ole selkeää verrokkiryhmää, johon muutos ei olisi vaikuttanut. Tämän vuoksi tarkastelu perustuu ennen–jälkeen-vertailuun. Tulosten tulokinnassa onkin syytä huomioida, että ennen–jälkeen-vertailu voi antaa harhaisen kuvan vaikutuksista, jos palvelujen käyttöön ovat samaan aikaan vaikuttaneet myös muut tekijät kuin korvausmuutokset.

7.3.1 Korvausten saajat ja kokonaiskäyntimäärät

Kuvio 9 esittää korvausten saajien ja korvattujen toimenpiteiden kokonaismäärien kehitystä. Korvausmuutosten jälkeen Kela-korvauksia saaneiden henkilöiden määrä väheni selvästi. Vuonna 2014 korvauksia sai noin 1,08 miljoonaa henkilöä, kun vuonna 2017 vastaava määrä oli noin 1,00 miljoonaa. Saajien määrä väheni tämän jälkeen

edelleen, kunnes se kääntyi uudelleen kasvuun vuonna 2025. Myös korvattujen toimenpiteiden määrä laski korvauseleikkausten jälkeen. Vuonna 2014 korvattuja toimenpiteitä oli noin 4,89 miljoonaa, kun vuonna 2017 niitä oli noin 4,01 miljoonaa. Tämän jälkeen toimenpiteiden määrä on vähentynyt edelleen.



Kuvio 9. Kela-korvauksien saajien ja tehtyjen toimenpiteiden lukumäärät

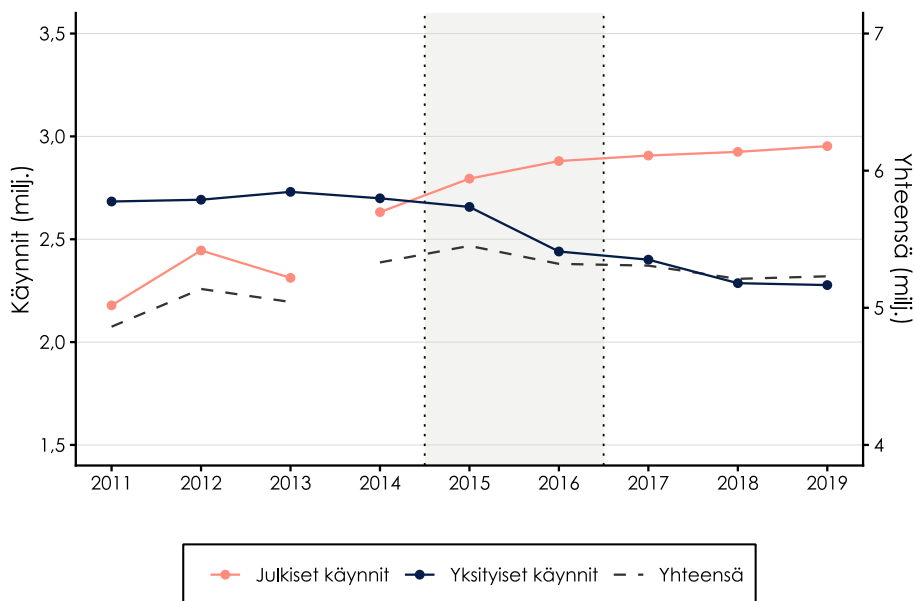
Huomiot: Kuviossa on kuvattu Kelan tilastotietopalvelun Sairaanhoidokorvausten saajat / Hammaslääkärintalvot -tilastosta vuosittaiset korvauksien saajien (vasen asteikko) ja korvattujen toimenpiteiden (oikea asteikko) lukumäärät.

Kuvio 10 esittää julkisten ja yksityisten hammashoidon käyntimäärien kehityksen. Käynti on määritelty siten, että eri päivinä tehdyt toimenpiteet muodostavat kukin oman käyntinsä. Kuviossa on mukana yli 24-vuotiaiden ei-opiskelijoiden käynnit. Tämä joukon yksityisen suun terveydenhuollon käynneistä maksettiin 96 % Kela-korvauksista vuonna 2014. Liitteessä 3 on esitetty erikseen yhteenlaskettujen käyntien kehitys kaikille suomalaisille ja lisäksi nuoremmille ikäryhmille erikseen.

Julkisen hammashoidon käyntien määrä kasvoi 2,63 miljoonasta vuonna 2014 2,91 miljoonaa vuonna 2017 eli noin 11 %, kun taas yksityisten käyntien määrä laski 2,65 miljoonasta 2,32 miljoonaa eli noin 12 %.⁸ Jos tarkastellaan käyntejä henkeä kohti, havaitaan, että julkisten käyntien määrä kasvoi noin 9 % ja yksityisten laski noin 10 %. Kokonaiskäyntimäärä pysyi kuitenkin lähes ennallaan ja väheni samalla ajanjaksolla alle prosentin, 5,28 miljoonasta 5,23 miljoonaa. Tämä viittaisi siihen, että iso osa yksityisen

⁸ Kuviossa havaitut julkisen hammashoidon käyntimäärien muutokset vuosina 2011–2014 voivat selittyä sillä, että aineiston laatu ja kattavuus paranee erityisesti sen ensimmäisinä vuosina. AvoHILMO-aineistoa alettiin kerätä vuodesta 2011 lähtien, kun Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmää laajennettiin siten, että perusterveydenhuollon avohoidosta alettiin kerätä yksilötason tietoja kansalliseen rekisteriin.

sektorin käytön vähenemisestä on siirtynyt julkiselle sektorille. Yksityiset käynnit vähenivät vielä vuonna 2018 noin 2,20 miljoonaan ja kokonaiskäynnit 5,12 miljoonaan.



Kuvio 10. Julkisten ja yksityisten hammashoidon käyntimäärien kehitys 2010-luvulla

Huomiot: Kuviossa on esitetty tutkimuksen aineistosta laskettujen julkisten ja yksityisten käyntimäärien kehitys yli 24-vuotiaille ei-opiskelijoille (N ≈ 3,86 milj.). Kaikki eri päivämäärille kirjatut toimenpiteet on määritetty omiksi käynneikseen. Saman päivän aikana tehdyt toimenpiteet on puolestaan laskettu osaksi samaa käyntiä.

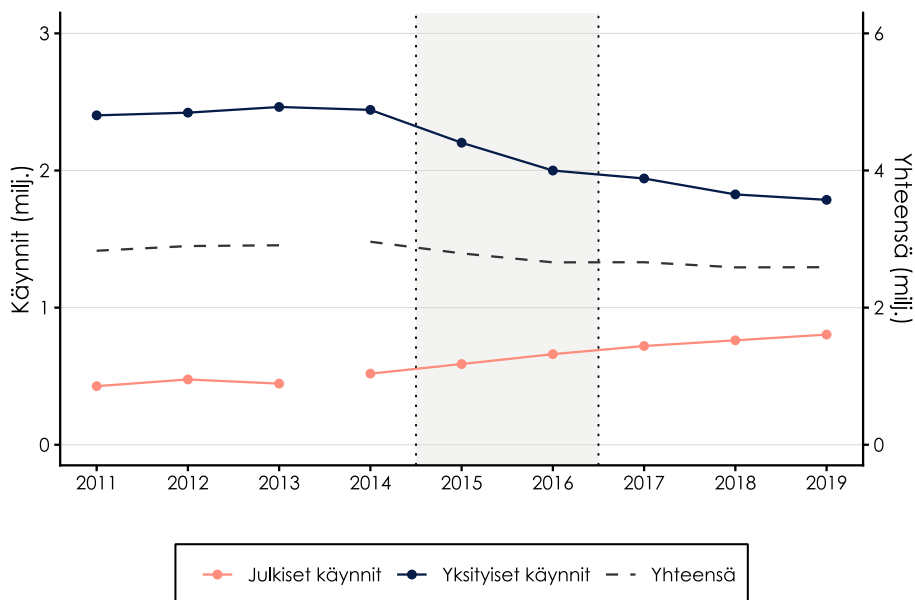
7.3.2 Muutokset yksityisiä palveluita käyttäneillä ja paikkaushoidoissa

Korvausmuutosten vaikutuksia voidaan tarkastella erikseen myös niiden henkilöiden joukossa, jotka olivat käyttäneet yksityisiä palveluja ennen leikkauksia. Tällöin huomio kohdistuu ryhmään, jolle yksityinen hammashoito oli jo ennen muutosta todellinen vaihtoehto. Tämän ryhmän tarkastelu auttaa kuvaamaan, miten palvelujen käyttö kehittyi juuri niiden asiakkaiden keskuudessa, joihin korvausmuutoksen voisi odottaa vaikuttavan voimakkaimmin.

Kuviossa 11 tarkastellaan tällaisten henkilöiden julkisten ja yksityisten hammashoidon käyntien kehitystä. Käynti on määritelty samoin kuin edellä. Ennen korvausmuutoksia sekä julkisten että yksityisten palvelujen käyttö kehittyi tässä ryhmässä melko tasaisesti. Muutoksen jälkeen yksityisten käyntien määrä kuitenkin laski selvästi, noin 2,40 miljoonasta vuonna 2014 noin 1,88 miljoonaan vuonna 2017 eli noin 22 %. Samaan aikaan julkisten käyntien määrä kasvoi noin 0,51 miljoonasta noin 0,72 miljoonaan eli noin 41 %. Kokonaiskäyntimäärä puolestaan laski noin 2,91 miljoonasta noin 2,59 miljoonaan eli noin 11 %. Tulokset viittaavat siihen, että tässä ryhmässä yksityisen käytön väheneminen korvautui vain osittain julkisella sektorilla, eikä kaikki vähentynyt käyttö siirtynyt julkiselle puolelle.

Se, että muutokset ovat suurempia ennen korvausleikkauksia yksityisiä palveluja käyttäneiden joukossa kuin koko väestössä, on luonteva havainto, koska tarkastelu kohdistuu ryhmään, johon korvausmuutoksen voidaan odottaa osuneen kaikkein suuremmin. Tulosta on kuitenkin syytä tulkita varovasti, sillä ryhmä on valittu aiemman

yksityisen käytön perusteella. Tämän vuoksi myöhempään kehitykseen voi sisältyä myös keskiarvoon palautumista: jos ryhmän yksityisen käyttö oli poikkeuksellisen korkealla lähtövuosina, se voi myöhemmin vähentyä osittain jo ilman korvausmuutostakin. Vastaavasti myös julkisten käyntien kasvu voi näyttää tässä ryhmässä tavallista suuremmalta, jos osa aiemmasta poikkeuksellisen vahvasta yksityisen käytön painottumisesta tasaantuu ajan myötä.



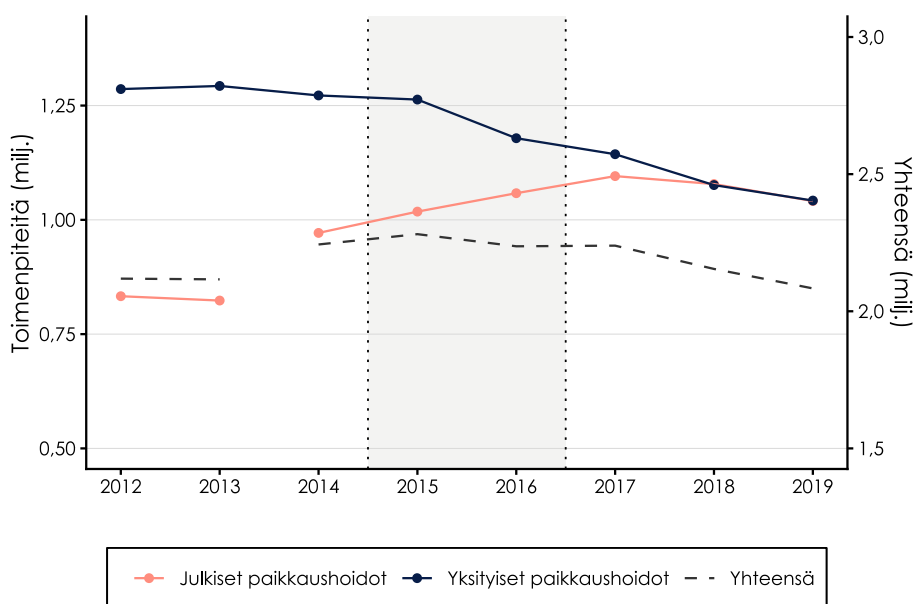
Kuvio 11. Julkisten ja yksityisten hammashoidon käyntimäärien kehitys yksityisiä palveluita ennen korvausleikkauksia käyttäneille

Huomiot: Kuviossa on esitetty tutkimusaineistosta laskettu julkisten ja yksityisten hammashoidon käyntimäärien kehitys sille osajoukolle (N=1,41 milj.), joka oli käyttänyt yksityisiä palveluita ennen korvausleikkauksia. Käynti on määritelty siten, että eri päiville kirjatut toimenpiteet muodostavat kukin oman käyntinsä, kun taas saman päivän aikana tehdyt toimenpiteet on laskettu osaksi samaa käyntiä.

Käyntimäärien muutosten tulkintaa vaikeuttaa korvausmuutoksista seuraava aineistorajoite. Suun perustutkimuksen korvausperusteita muutettiin korvausleikkausten yhteydessä, minkä vuoksi osa yksityisistä tutkimuskäynneistä ei välttämättä näy aineistossa korvausmuutoksen jälkeen samalla tavalla kuin aiemmin. Kaikkea havaittua laskua ei siksi voida tulkita suoraan todelliseksi käyntimäärien vähenemiseksi. Tämän vuoksi vaikutuksia tarkastellaan erikseen myös paikkaushoidoissa, joiden korvaustaksoja muutettiin, mutta korvausperusteet säilyivät ennallaan. Näin korvausmuutos ei vaikuttanut siihen, havaitaanko nämä toimenpiteet aineistossa samalla tavalla kuin suun perustutkimukset.

Kuvio 12 esittää paikkaushoidon toimenpiteiden kokonaismäärien kehityksen julkisella ja yksityisellä sektorilla.⁹ Korvausmuutoksen jälkeen yksityisten paikkaushoitajien määrä laski vuosien 2014 ja 2017 välillä noin 1,27 miljoonasta noin 1,14 miljoonaan eli noin 10 %, kun taas julkisten paikkaushoitajien määrä kasvoi noin 0,97 miljoonasta noin 1,10 miljoonaan eli noin 13 %. Kokonaistoimenpidemäärä pysyi lähes ennallaan ja oli noin 2,24 miljoonaa sekä vuonna 2014 että vuonna 2017. Vuosina 2018 ja 2019 toimenpiteiden kokonaismäärä sen sijaan hieman laski.

Paikkaushoitoja koskeva tarkastelu on siten linjassa käyntimääriä koskevan analyysin kanssa. Myös paikkaushoidoissa yksityisen sektorin käytön väheneminen näyttää korvautuneen suurelta osin julkisen sektorin kasvulla ainakin tarkastelujakson alkuvaiheessa. Samalla myöhempi kokonaismäärän hienoinen lasku vuosina 2018 ja 2019 viittaa siihen, ettei korvautuminen ollut välttämättä täysin täydellistä pidemmällä aikavälillä.



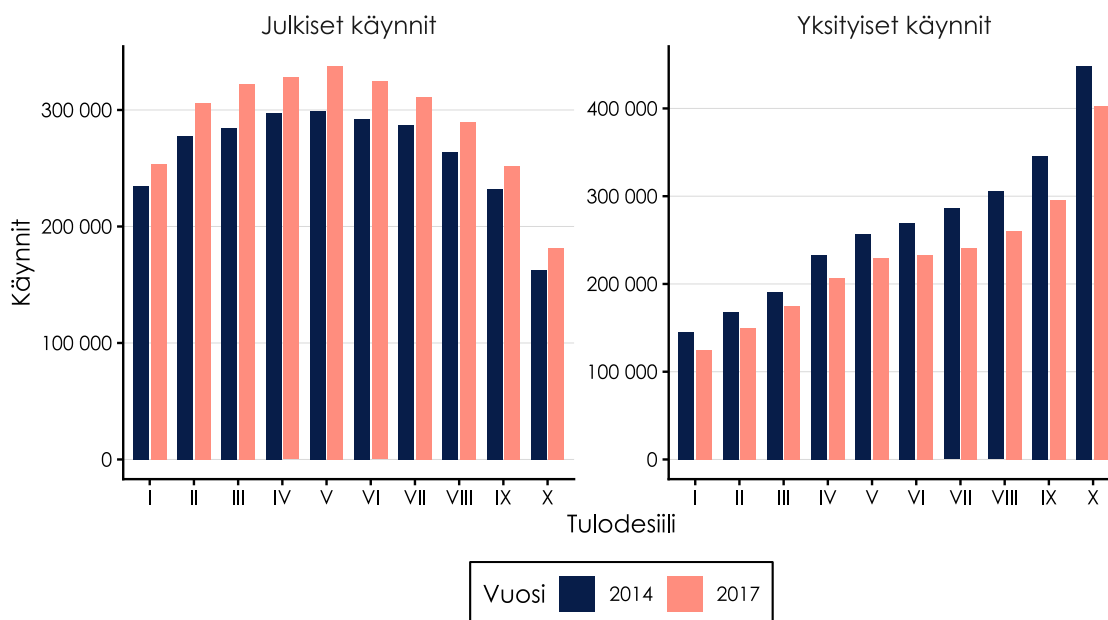
Kuvio 12. Julkisten ja yksityisten paikkaushoidon toimenpidemäärien kehitys

Huomiot: Kuviossa on esitetty tutkimusaineistosta laskettu julkisten ja yksityisten paikkaushoidon toimenpiteiden lukumäärien kehitys. Mukana ovat paikkaushoidon toimenpiteet SFA00 (pieni täyte), SFA10 (yhden pinnan täyte), SFA20 (kahden pinnan täyte) ja SFA30 (kolmen tai useamman pinnan täyte).

⁹ Julkisen sektorin toimenpidemäärä alkaa kasvaa jo ennen korvausmuutoksia. Tämä ei todennäköisesti johdu pelkästään palvelujen käytön lisääntymisestä, vaan heijastaa myös sitä, että toimenpiteiden kirjaaminen on muuttunut ajan myötä systemaattisemmaksi. Aineiston alkuvuosina kaikkia toimenpiteitä ei välttämättä kirjattu yhtä kattavasti kuin myöhemmin. Esimerkiksi vuonna 2011 paikkaushoitoja kirjattiin aineistoon vielä hyvin vähän.

7.3.3 Käyntimäärien muutokset eri tuloryhmissä

Tässä alaluvussa tarkastellaan vielä, miten käyntimäärissä tapahtuneet muutokset mahdollisesti erosivat tulojen mukaan. Kuviosta 13 havaitaan, kuten edellä on käsitelty, että julkisten ja yksityisten hammashoidon käyntimäärät jakautuivat tulodesiileittäin hyvin eri tavoin jo ennen korvausleikkauksia. Julkisia käyntejä oli eniten keskituloisissa ryhmissä, erityisesti viidennessä tulodesiilissä, ja vähiten ylimmissä tulodesiilissä. Yksityiset käynnit puolestaan painottuivat selvästi suurituloisiin: mitä korkeampi tulodesiili, sitä enemmän yksityisiä käyntejä. Lisäksi tulodesiilien väliset erot käyntimäärissä olivat suurempia yksityisellä kuin julkisella sektorilla. Vuoden 2014 ja vuoden 2017 välinen vertailu osoittaa, että kaikissa tulodesiileissä julkisten käyntien määrä kasvoi ja yksityisten käyntien määrä väheni. Perusjako tuloryhmien välillä säilyy kuitenkin ennallaan myös korvausleikkausten jälkeen. Julkinen hammashoito painottuu edelleen enemmän alempiin ja keskimmäisiin tuloryhmiin, kun taas yksityinen hammashoito on selvästi yleisempää ylemmissä tuloryhmissä.

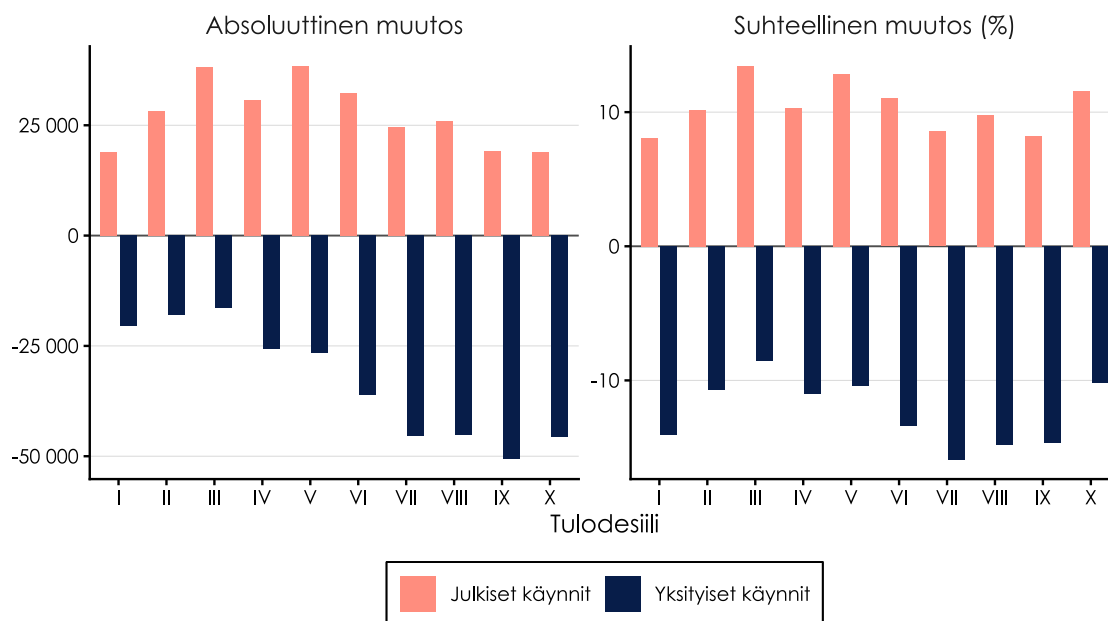


Kuvio 13. Julkisen ja yksityisen hammashoidon käyntimäärät tulodesiileittäin ennen ja jälkeen korvausleikkausten

Huomiot: Kuviossa on esitetty tutkimusaineistosta lasketut julkisen ja yksityisen hammashoidon käyntimäärät tulodesiileittäin vuosina 2014 ja 2017. Käynti on määritetty siten, että eri päivinä tehdyt toimenpiteet muodostavat kukin oman käyntinsä, kun taas saman päivän aikana tehdyt toimenpiteet on laskettu osaksi samaa käyntiä. Vasemmanpuoleinen paneeli kuvaa julkisia käyntejä ja oikeanpuoleinen paneeli yksityisiä käyntejä.

Kuvio 14 tarkentaa edellistä esittämällä käyntimäärien muutokset tulodesiileittäin vuosien 2014 ja 2017 välillä. Julkisten käyntien määrä kasvoi kaikissa tulodesiileissä. Absoluuttisesti kasvu oli suurinta kolmannessa ja viidennessä tulodesiilissä, joissa julkiset käynnit lisääntyivät noin 38 000 käynnillä. Suhteellisesti kasvu oli voimakkainta kolmannessa tulodesiilissä, noin 13 %. Yksityisten käyntien määrä väheni vastaavasti kaikissa tulodesiileissä. Absoluuttisesti suurimmat vähennykset nähtiin ylimmissä tulodesiileissä, erityisesti yhdeksännessä ja kymmennessä tulodesiilissä, joissa yksityiset käynnit vähenivät noin 51 000 ja 46 000 käynnillä. Suhteellisesti suurin lasku näkyi seitsemännessä,

kahdeksannessa ja yhdeksännessä tulodesiilissä, joissa yksityiset käynnit vähenivät noin 15 %. Tulokset viittaavat siihen, että korvausleikkausten jälkeen julkisten käyntien määrä kasvoi varsin laajasti eri tuloryhmissä, mutta yksityisten käyntien väheneminen oli määrällisesti suurinta niissä ryhmissä, joissa yksityisen hammashoidon käyttö oli ennestään yleistä.



Kuvio 14. Muutos julkisen ja yksityisen hammashoidon käyntimäärissä tulodesiileissä ennen ja jälkeen korvausleikkausten

Huomiot: Kuviossa on esitetty tutkimusaineistosta lasketut julkisen ja yksityisen hammashoidon käyntimäärien muutokset tulodesiileittäin vuosien 2014 ja 2017 välillä. Vasemmanpuoleinen paneeli kuvaa absoluuttista muutosta käyntimäärissä ja oikeanpuoleinen paneeli suhteellista muutosta prosentteina. Julkiset ja yksityiset käynnit on esitetty erikseen. Käynti on määritelty siten, että eri päivinä tehdyt toimenpiteet muodostavat kukin oman käyntinsä, kun taas saman päivän aikana tehdyt toimenpiteet on laskettu osaksi samaa käyntiä.

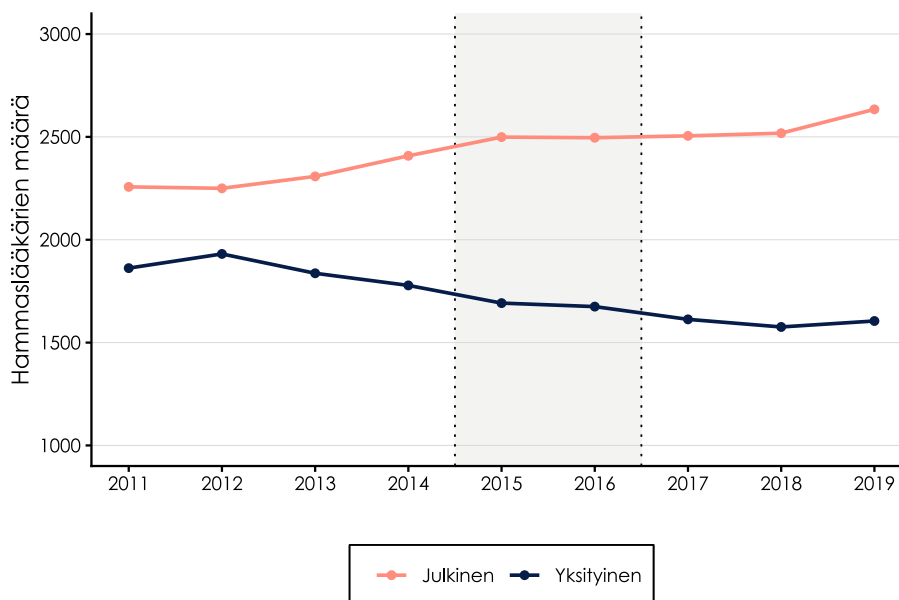
Kokonaisuutena luvun tulokset viittaavat siihen, että Kela-korvausten leikkaukset vähensivät yksityisen hammashoidon käyttöä ja lisäsivät julkisen sektorin käyttöä. Yksityisen käytön väheneminen ei kuitenkaan näyttäisi siirtyneen täysimääräisesti julkiselle sektorille, vaan osa muutoksesta näkyy myös hammashoidon kokonaiskäytön vähenemisenä. Tämä on linjassa edellisen luvun havaintojen kanssa, joiden perusteella julkinen ja yksityinen hammashoito eivät ole useimmille asiakkaille täydellisiä korvaajia. Lisäksi yksityisen hammashoidon käyntien väheneminen on melko maltillista suhteessa merkittävään hintojen nousuun tarkastelujaksolla, mikä viittaisi siihen, että yksityisen hammashoidon kysynnän hintajousto on melko pieni.

7.4 Hammaslääkärit yksityisellä ja julkisella sektorilla

Tässä osiossa analysoidaan, miten hammaslääkärien määrät, työpanos ja ansiot ovat kehittyneet tarkastelujaksolla. Kuviossa 15 on ensin esitetty hammaslääkärien määrät julkisella ja yksityisellä sektorilla Tilastokeskuksen työssäkäyntiaineistossa. Jaottelu perustuu henkilön vuoden lopun työsuhteen työnantajayrityksen omistajatyyppeihin. Yksittäinen hammaslääkäri voi myös työskennellä molemmilla sektoreilla. Julkisen aineiston

kirjauspuutteiden vuoksi molemmilla sektoreilla työskentelyn yleisyyttä ei kuitenkaan voi luotettavasti arvioida.

Kuvion perusteella julkisella sektorilla työskentelevien hammaslääkärien määrä alkoi kasvaa jo hieman ennen korvausmuutoksia, kun taas yksityisellä sektorilla määrä alkoi samanaikaisesti laskea. Vuodesta 2014 vuoteen 2017 julkisella sektorilla hammaslääkärien määrä kasvoi noin 4 % ja yksityisellä sektorilla väheni noin 9 %.

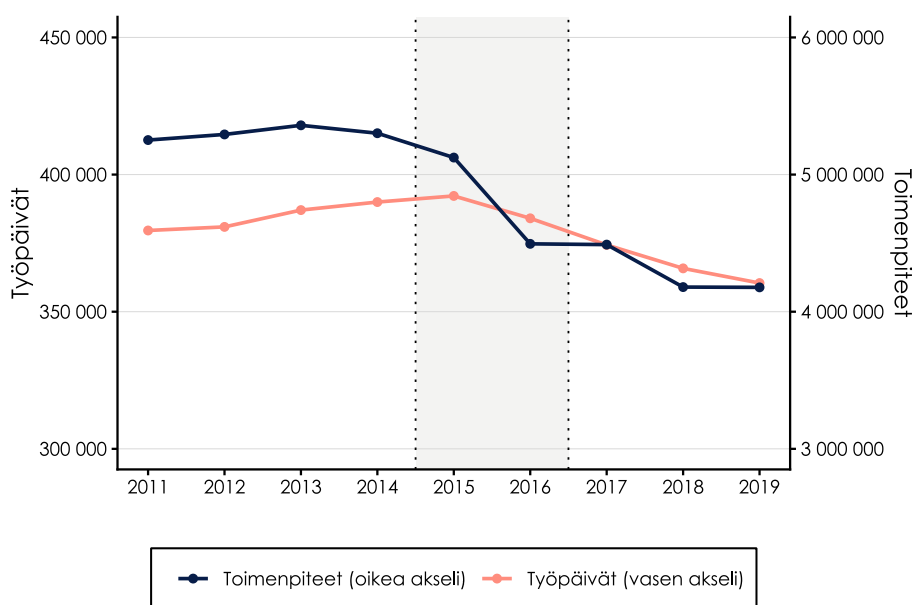


Kuvio 15. Julkisella ja yksityisellä työskennelleet hammaslääkärit

Huomiot: Kuviossa on esitetty julkisella ja yksityisellä sektorilla työskennelleiden hammaslääkärien lukumäärä vuosittain. Jaottelu perustuu henkilön vuoden lopun työsuhteen työnantajan omistajatyypin Tilastokeskuksen työssäkäyntiaineistossa. Arvot valtio, kunta ja Ahvenanmaan maakunta on luokiteltu julkiseksi sektoriksi ja arvot yksityinen kotimainen sekä ulkomaalaisomisteinen yksityiseksi sektoriksi.

Kuviossa 16 on puolestaan tarkasteltu yksityisen suun terveydenhuollon osalta hammaslääkärien tehtyjen työpäivien ja toimenpidemäärien kehitystä. Vastaava tarkastelu ei ole mahdollinen julkiselle hammashoidolle, koska toimenpiteiden suorittaneita hammaslääkäreitä ei ole aina kirjattu aineistoon ja kirjauskäytännöt muuttuvat yli ajan. Kuviossa työpäiviksi on määritetty kaikki sellaiset päivät, joille hammaslääkärille on kirjattu vähintään yksi tehty toimenpide.

Kuvion perusteella yksityisellä sektorilla sekä toimenpidemäärä että työpäivien määrä vähenivät tarkastelujaksolla. Toimenpiteiden määrä laski vuodesta 2014 vuoteen 2017 noin 5,30 miljoonasta noin 4,49 miljoonaan eli noin 15 %. Työpäivien määrä väheni samana aikana noin 390 000 päivästä noin 374 000 päivään eli noin 4 %.



Kuvio 16. Yksityisen suun terveydenhuollon työpäivät ja toimenpidemäärät

Huomiot: Kuviossa on esitetty yksityisen suun terveydenhuollon hammaslääkäreille kirjatut työpäivät ja tehdyt toimenpiteet vuosittain. Työpäiväksi on määritelty päivä, jolle hammaslääkärille on kirjattu vähintään yksi tehty toimenpide. Toimenpidemäärä kuvaa kaikkien aineistoon kirjattujen yksityisen suun terveydenhuollon toimenpiteiden lukumäärää.

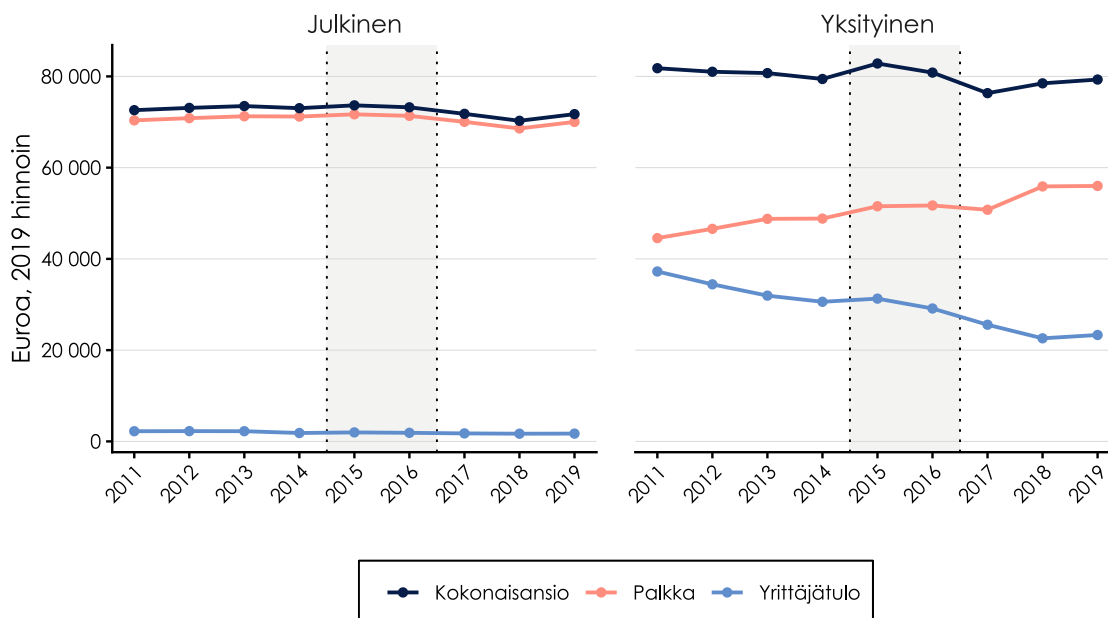
Lopuksi kuviossa 17 esitetään julkisella ja yksityisellä sektorilla työskennelleiden hammaslääkärien ansioiden kehitystä. Kuviossa on esitetty erikseen kokonaisansioiden sekä palkka- ja yrittäjätulojen kehitys. Nimelliset tulot on muunnettu reaalisiksi kuluttajahintaindeksillä vuoden 2019 hintatasoon.

Kokonaisansiot ovat tarkastelujaksolla olleet melko lähellä toisiaan molemmilla sektoreilla. Vuonna 2014 julkisella sektorilla työskennelleiden hammaslääkärien reaalin kokonaisansio oli keskimäärin noin 73 000 euroa ja yksityisellä sektorilla noin 79 000 euroa. Tulojen koostumus on kuitenkin hyvin erilainen. Julkisella sektorilla lähes koko ansio muodostuu palkkatuloista: vuonna 2014 palkkatulojen osuus kokonaisansioista oli noin 97 %. Yksityisellä sektorilla palkkatulojen osuus oli samana vuonna noin 61 % ja yrittäjätulojen osuus noin 39 %.

Korvausmuutosten jälkeen kokonaisansiot laskivat jonkin verran molemmilla sektoreilla. Vuodesta 2014 vuoteen 2017 julkisella sektorilla työskennelleiden hammaslääkärien reaalin kokonaisansio laski noin 73 000 eurosta noin 71 800 euroon eli noin 2 %. Yksityisellä sektorilla vastaava lasku oli noin 79 400 eurosta noin 76 300 euroon eli noin 4 %. Yksityisellä sektorilla lasku näkyi erityisesti yrittäjätuloissa, jotka vähenivät noin 30 600 eurosta noin 25 600 euroon eli noin 16 %. Samaan aikaan palkkatulot yksityisellä sektorilla nousivat hieman.

Hammaslääkärien ansioiden lasku tarkasteluajanjaksolla on linjassa laajemman suomalaisen ansiokehityksen kanssa. Kesällä 2016 työmarkkinajärjestöt sopivat hallituksen aloitteesta kilpailukyky sopimuksen, jolla pyrittiin parantamaan suomalaisten yritysten kilpailukykyä ja luomaan uusia työpaikkoja. Kilpailukyky sopimuksessa sovittiin, että julkisen sektorin lomarahoja leikataan 30 prosentilla vuosina 2017–2019. Tämä näkyi erityisesti valtiolla ja kuntasektorilla, joissa reaaliset ansiot laskivat vuodesta 2015 vuoteen 2017 noin

prosentilla. Hammaslääkärien julkisella sektorilla havaittu noin 2 prosentin reaalin ansiolasku on siten hieman suurempi kuin koko julkisella sektorilla keskimäärin. Yksityisellä sektorilla lomarahaleikkaus ei vastaavasti vaikuttanut, mutta myös siellä reaaliensiot kasvoivat vain 0,4 prosenttia. Yksityisellä työskentelevien hammaslääkärien noin 4 prosentin ansioiden lasku vaikuttaisikin selittyvän pääasiassa muutoksella yrittäjätuloissa eikä niinkään yleisellä palkkatrendillä.



Kuvio 17. Hammaslääkärien keskiansioiden kehitys

Huomiot: Kuviossa on esitetty julkisella ja yksityisellä sektorilla työskennelleiden hammaslääkärien reaaliensiokehitys vuosittain. Kuviossa erotellaan palkkatulot, yrittäjätulot ja kokonaisansiot. Tulot on deflatoitu kuluttajahintaindeksillä vuoden 2019 hintatasoon.

Hammaslääkärien työskentelyyn ja ansiokehitykseen voi osaltaan vaikuttaa myös hammaslääkärien koulutusmäärän kasvu tarkastelujaksolla. Valmistuneiden hammaslääkärien määrä noin kaksinkertaistui vuoden 2011 alle sadasta valmistuneesta vuoden 2019 vähän alle kahteen sataan.¹⁰ Vastavalmistuneet hammaslääkärit työllistyvät todennäköisemmin julkiselle sektorille, kun taas vanhemmat, tyypillisesti yksityisellä sektorilla toimineet hammaslääkärit ovat samanaikaisesti poistuneet työmarkkinoilta eläköitymisen myötä. Seuri ja Kalenius (2023) tarkastelevat hammaslääkärien koulutustarjonnan vaikutusta ansioihin. Analyysissä hyödynnetään Kuopion hammaslääketieteellisen koulutuksen lakkauttamista 1990-luvulla ja uudelleenikäynnistymistä vuonna 2010. Tutkijat havaitsivat, että Pohjois-Savossa asuvien hammaslääkäreiden suhteelliset tulot kasvoivat koulutuksen lakkauttamisen jälkeen aina vuoteen 2015 saakka, jolloin ensimmäiset uudet hammaslääkärit valmistuivat Kuopiosta.

¹⁰ Kehityksen taustalla oli erityisesti hammaslääketieteellisen koulutuksen uudelleenikäynnistys Turussa ja Kuopiossa. Koulutus käynnistyi molemmilla paikkakunnilla uudelleen niin, että hammaslääketieteen lisensiaatteja alkoi jälleen valmistua Turusta vuonna 2009, ja Kuopiosta vuonna 2015.

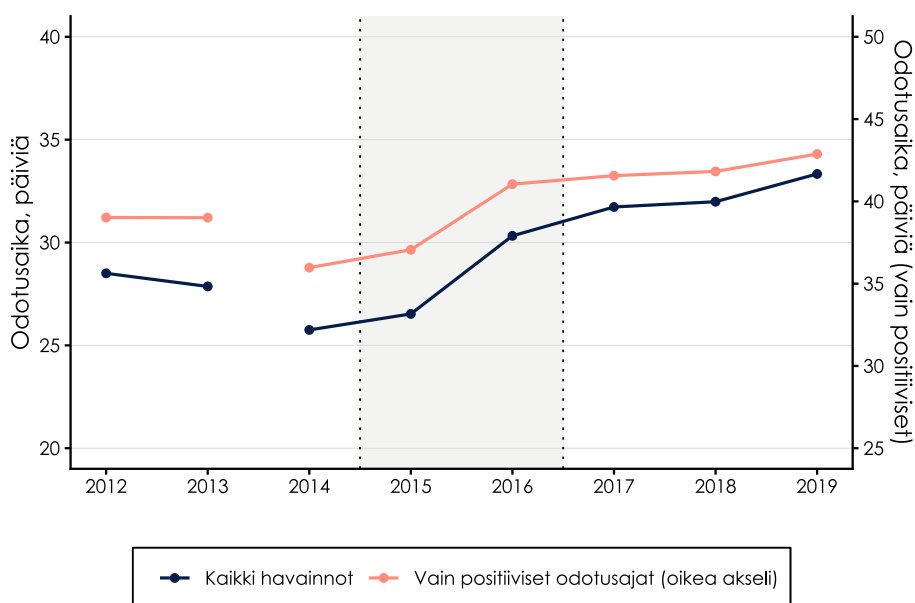
Regressiotarkastelujen perusteella yhden prosentin kasvu alueen hammaslääkäri työvoiman määrässä laskee alueen hammaslääkäreiden tulotasoa 0,38 prosentilla. Tulosten perusteella koulutusmäärillä voidaan vaikuttaa hammaslääkärien tarjontaan ja sitä kautta julkisten palvelujen tuottamisen kustannuksiin.

7.5 Julkisen hammashoidon jonot

Tässä osiossa tarkastellaan, miten edellisessä osiossa havaitut kasvaneet julkiset käyntimäärät, ja toisaalta muutokset lääkäreiden työpanoksen jakautumisesta, näkyvät keskimääräisissä odotusajoissa. Kuviossa 18 on esitetty suun tutkimusten keskimääräisen odotusajan kehitys kahdella vaihtoehdoisella tavalla. Odotusaika on laskettu vuorokausina aineistoon kirjatun käynnin päivämäärän sekä ensimmäisen yhteydenoton tai ajanvarauksen ajankohdan erotuksena.

Aineistossa on melko paljon, noin 30 prosenttia, sellaisia käyntejä, joissa odotusajaksi tulee nolla. Osa näistä havainnoista voi johtua siitä, että käynnin ja yhteydenoton ajankohdaksi on kirjattu sama ajanhetki, vaikka todellinen odotusaika olisi ollut tätä pidempi. Tämän vuoksi kuviossa esitetään keskimääräinen odotusaika erikseen myös vain niille käynneille, joille havaitaan positiivinen odotusaika.

Kuviosta havaitaan, että odotusaika kasvoi vuosien 2014 ja 2017 välillä molemmilla mittareilla. Kaikista käynneistä laskettuna keskimääräinen odotusaika nousi noin 26 päivästä noin 32 päivään, eli noin 23 %. Kun tarkastellaan vain niitä käyntejä, joille havaitaan positiivinen odotusaika, odotusaika kasvoi noin 36 päivästä noin 42 päivään, eli noin 17 %. Odotusaikojen kasvua voi osaltaan selittää se, että julkisen sektorin hammaslääkärien määrä kasvoi tarkasteluajanjaksolla suhteellisesti hieman vähemmän kuin käyntimäärät. Tämä voisi viitata siihen, että palvelukapasiteetti ei olisi kasvanut samassa tahdissa kysynnän kanssa, mikä olisi puolestaan heijastunut pidentyneisiin jonotusaikoihin. Tarkempi, liitteestä 3 löytyvä, ikäryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että odotusaikojen kasvu selittyy pääasiassa yli 18-vuotiaiden käynneistä — alle 18-vuotiaiden odotusajat pysyivät tarkasteluajanjaksolla huomattavasti vakaampina.



Kuvio 18. Julkisen odotusajat suun tutkimukseen

Huomiot: Kuviossa on esitetty julkisen suun terveydenhuollon tutkimuskäyntien keskimääräisen odotusajan kehitys. Odotusaika on laskettu vuorokausina käynnin päivämäärän sekä ensimmäisen yhteydenoton tai ajanvarauksen ajankohdan erotuksena. Kuviossa esitetään odotusaika kahdella tavalla: kaikille käynneille laskettuna sekä erikseen vain niille käynneille, joille havaitaan positiivinen odotusaika. Odotusajat on laskettu painotettuna keskiarvona toimenpiteistä SAA01 (suun tutkimus, suppea) ja SAA02 (suun perustutkimus).

Tulokset ovat samansuuntaisia myös silloin, kun vertailukohtana käytetään vuoden 2014 sijaan vuosien 2012–2014 keskimääräistä tasoa. Tällöin keskimääräinen odotusaika kasvoi vuoteen 2017 mennessä noin 16 %, kun tarkastellaan kaikkia käyntejä. Vain positiivisen odotusajan havainnoille laskettuna odotusaika kasvoi noin 9 %. Tämä viittaa siihen, ettei havaittu odotusaikojen kasvu ole riippuvainen yksittäisen vertailuvuoden valinnasta, vaikka kasvun suuruus jääkin hieman pienemmäksi pidempää vertailujaksoa käytettäessä.

Tarkastelu viittaa siten siihen, että julkisen hammashoidon jonot kasvoivat korvausleikkausten jälkeen. Jonojen kehitystä voidaan tarkastella vain julkisen sektorin osalta, sillä vastaavaa tietoa ei ole käytettävissä yksityisestä hammashoidosta. Tämän vuoksi ei voida arvioida, miten uudistus vaikutti yksityisen sektorin jonotusaikoihin tai palvelun saatavuuteen.

7.6 Hammashuollon järjestämiskustannukset ja julkistaloudelliset vaikutukset

Tässä osiossa tarkastellaan, millaisia vaikutuksia Kela-korvausten leikkauksilla on ollut hammashuollon järjestämiskustannuksiin Suomessa sekä erityisesti julkistaloudellisiin kustannuksiin. Kela-korvausleikkausten julkistaloudellisten vaikutusten arviointi perustuu kolmeen keskeiseen laskentaparametriin: 1) siirtymien määrä julkiselle sektorille, 2) julkiselle sektorille kohdistuvien lisäkäyntien yksikkökustannukseen ja 3) muutoksiin maksetuissa Kela-korvauksissa.

Siirtymien määrät: Tarkastelun mukaan uudistus lisäsi julkisen sektorin hammashoitokäyntejä noin 11 prosenttia vuoden 2014 tasoon verrattuna. Tämä vastaa noin 290 000 lisäkäyntiä.

Lisäkäyntien yksikkökustannus: Vuonna 2014 julkisen sektorin suun terveydenhuollon käyttökustannukset olivat ennen asiakasmaksujen huomioimista THL:n ylläpitämästä Sotkanet-tietokannasta haettujen tietojen perusteella noin 574 miljoonaa euroa. Samassa tietokannassa hammashuollon käyntejä rekisteröitiin alaikäisten käynnit mukaan lukien yhteensä 5,27 miljoonaa. Näiden lukujen perusteella yhden käynnin keskimääräiseksi bruttokustannukseksi muodostui noin 109 euroa.

Edellä havaittu siirtymä koski käytännössä yli 18-vuotiaita potilaita, jotka rahoittavat osan julkisista palveluista asiakasmaksuilla. Vuonna 2014 asiakasmaksuja kerättiin yhteensä 118 miljoonaa euroa eli noin 36 euroa yhtä täysi-ikäisen hammashuollon käyntiä kohden. Kun asiakasmaksut vähennetään bruttokustannuksista, yhden yli 18-vuotiaan käynnin keskimääräiseksi nettokustannukseksi muodostuu 73 euroa. Tätä laskelmaa ja sen taustalla olevia tietoja kuvataan tarkemmin liitteessä 4.

Keskimääräisiin kustannuksiin perustuvaa laskelmaa ei kuitenkaan voida suoraan soveltaa lisäkäyntien julkiselle sektorille aiheuttamien kustannusten arviointiin. Ensinnäkin laskelma perustuu oletukseen, että alle 18-vuotiaiden ja täysi-ikäisten käyntien bruttokustannukset ovat samansuuruiset.

Aineistosta kuitenkin havaitaan, että täysi-ikäisten käynneillä tehdään keskimäärin enemmän toimenpiteitä kuin alaikäisten käynneillä. Tämä viittaisi siihen, että täysi-ikäisten käyntien kustannukset ovat alaikäisten käyntien kustannuksia suuremmat. Toiseksi keskimääräinen kustannus ei välttämättä kuvaa lisäkäyntien aiheuttamaa lisäkustannusta julkiselle sektorille.

Liitteessä 4 näitä kahta rajoitetta on pyritty huomioimaan regressiomallin avulla. Mallissa selitettävänä muuttujana ovat kuntien nettokäyttökustannukset, ja selittävinä muuttujina ovat alle 18-vuotiaiden ja täysi-ikäisten käyntien lukumäärät. Regressiomallin perusteella alle 18-vuotiaiden ja täysi-ikäisten käyntien yhteys nettokäyttökustannuksiin on hyvin samansuuruinen: noin 105 euroa käyntiä kohden. Tämä viittaisi siihen, että täysi-ikäisten käyntien bruttokustannus on hieman alle 18-vuotiaiden käyntien bruttokustannusta suurempi. Tämän päämallin lisäksi liitteissä on esitetty tulokset mallista, johon on lisätty kuntakohtaiset kiinteät vaikutukset. Tämä malli tuottaa huomattavasti matalamman arvion lisäkäyntien aiheuttamista kustannuksista. Regressiomalleja kuvataan tarkemmin liitteessä 4. Jäljempänä lisäkäyntien kustannusten alarajana käytetään 73 euroa ja ylärajana 105 euroa.

Muutokset maksetuissa kelakorvauksissa: Vuonna 2014 käyntiä kohden maksettiin 46 euroa Kela-korvauksia. Yhteensä yksityisten palveluiden käyttö väheni noin 330 000 käynnillä eli yhteensä säästöä tästä syntyi 15 miljoonaa euroa. Lisäksi yksityiselle sektorille jääneiden potilaiden Kela-korvaukset laskivat käyntiä kohden noin 22 euroa. Käyntien kokonaismäärä vuonna 2017 oli 2,32 miljoonaa euroa eli tästä säästöä syntyi 51 miljoonaa euroa. Yhteensä säästö oli siis tämän laskelman perusteella noin 66 miljoonaa euroa. Tarkastelemalla Kela-korvausten toteutunutta kehitystä päädytään hyvin samanlaiseen lukuun. Vuosina 2017–2019 hammashuollon Kela-korvauksia maksettiin keskimäärin 50 miljoonaa euroa vuodessa, mikä on 73 miljoonaa euroa vähemmän kuin vuonna 2014.

Näiden kolmen parametrin perusteella voidaan muodostaa arvio korvausleikkausten julkistaloudellisista vaikutuksista. Leikkausten myötä julkiselle siirtyneistä asiakkaista muodostui julkiselle sektorille noin 21–30 miljoonan euron verran järjestämiskustannuksia. Alaraja saadaan kertomalla 73 euroa 290 000 käynnillä ja yläaraja kertomalla 105 euroa 290 000 käynnillä. Kun maksettujen kelakorvauksien lasku, joka oli laskelmien perusteella noin 70 miljoonaa euroa, suhteutetaan julkisen sektorin lisäkustannuksiin, uudistuksen nettovaikutus julkistalouteen oli laskelman perusteella noin 40–50 miljoonaa euroa positiivinen.

Tulos voi ensi näkemältä vaikuttaa yllättävältä, sillä yksityisellä sektorilla julkinen rahoitus käyntiä kohden on huomattavasti pienempi kuin julkisella sektorilla. Edellä esitetyn laskelman mukaan yhden lisäkäynnin kustannus julkiselle taloudelle oli julkisella sektorilla 73–105 euroa. Yksityisellä sektorilla vastaava julkisen talouden kustannus muodostui kokonaan Kela-korvauksesta, joka oli edellä tehdyn laskelman perusteella vuonna 2014 keskimäärin käyntiä kohden 46 euroa.

Näennäisesti yllättävää säästövaikutusta selittää se, että Kela-korvausten leikkaus pienensi jokaisen jäljelle jääneen yksityisen sektorin käynnin kustannusta julkiselle taloudelle. Vuonna 2017 yksittäinen yksityisen sektorin käynti maksoi Kela-korvauksina julkiselle taloudelle enää noin 22 euroa. Vaikka julkisen sektorin rahoitusosuus kasvoi niiden käyntien osalta, jotka siirtyivät julkiselle sektorille, korvausleikkausten nettovaikutus

jäi julkistalouden näkökulmasta positiiviseksi, koska siirtymien suhteellinen osuus oli lopulta suhteellisen pieni.

Taulukko 3 kuvaa vielä eri kustannuserien toteutunutta kehitystä ennen uudistusta ja sen jälkeen. Taulukon avulla voidaan peilata edellä tehtyä laskelmaa toteutuneeseen kehitykseen. Yksityisen hammashuollon kustannukset laskivat uudistuksen myötä selvästi: vuosina 2017–2019 ne olivat noin 82 miljoonaa euroa matalammat kuin vuonna 2014. Tämä on linjassa aiemman havainnon kanssa, jonka mukaan yksityisten käyntien määrä väheni uudistuksen jälkeen.

Julkisen sektorin kustannuksissa ei havaita merkittävää muutosta korvausleikkausten jälkeen. Vuonna 2014 kustannukset olivat 452 miljoonaa euroa. Vuosina 2017–2019 ne olivat puolestaan keskimäärin noin 438 miljoonaa euroa. Käyntikehitykseen verrattuna yllättävää kustannuskehitystä selittää asiakasmaksujen nousu. Vuosina 2017–2019 julkisen asiakasmaksut olivat keskimäärin 170 miljoonaa euroa, eli noin 52 miljoonaa euroa suuremmat kuin vuonna 2014. Kokonaisuudessaan julkisen sektorin bruttokustannukset näiden lukujen valossa kasvoivat noin 38 miljoonaa euroa. Tämä on hieman vähemmän kuin edellä tehdyssä laskelmassa arvioitiin. Tältä osin laskelma siis tuotti konservatiivisen arvion kelakorvausleikkausten julkistaloudellisista vaikutuksista.

Taulukossa tarkastellaan myös julkisen ja yksityisen rahoituksen muutosta. Julkisen rahoitus on laskettu julkisen hammashuollon nettokustannusten ja maksettujen Kela-korvausten summana. Tämän mittarin valossa julkinen rahoitus supistui vuosina 2017–2019 noin 86 miljoonalla eurolla verrattuna uudistusta edeltäneeseen aikaan. Julkisen rahoituksen pienenemiseen ovat vaikuttaneet sekä kasvaneet asiakasmaksut että Kela-korvausleikkaukset. Asiakasmaksujen korotukset voivat osaltaan selittää, miksi toteutuneen kehityksen perusteella Kela-korvausleikkausten säästövaikutukset näyttävät suuremmilta kuin edellä esitetyn laskelman perusteella.

Taulukossa on lisäksi eritelty yksityisen rahoituksen kehitys. Yksityisen rahoituksen osuus on saatu summaamalla sarakkeet *yksityisen hammashuollon kokonaiskustannukset* ja *julkiset asiakasmaksut* ja vähentämällä tästä maksetut Kela-korvaukset. Tarkastelun perusteella yksityisen rahoituksen määrä on uudistuksen jälkeen kasvanut. Myös yksityiseen rahoitukseen ovat vaikuttaneet sekä kohonneet asiakasmaksut että korvausleikkaukset.

Kun julkinen ja yksityinen rahoitus lasketaan yhteen, kokonaisrahoitus vaikuttaa hieman laskeneen Kela-korvausleikkausten jälkeen. Vuonna 2014 rahoitus oli yhteensä 1 130 miljoonaa euroa. Vuosina 2017–2019 kokonaisrahoitus oli keskimäärin 1 088 miljoonaa euroa.

Taulukko 3. Kustannuskehitys ennen ja jälkeen korvausleikkauksen

Vuosi	Julkinen hammas-hoito nettokustannukset	Yksityinen	Kela-korvaukset	Julkinen asiakasmaksut	Julkinen rahoitus yhteensä	Yksityinen rahoitus	Rahoitus yhteensä
2011	414	514	124	102	538	492	1030
2012	426	525	126	103	552	502	1054
2013	445	561	125	107	570	543	1113
2014	452	560	123	118	575	555	1130
2015	443	589	95	138	538	632	1170

2016	425	523	56	165	481	632	1113
2017	425	534	52	171	477	653	1130
2018	437	479	49	167	486	597	1083
2019	452	423	48	172	500	547	1047

Huomiot: Taulukon luvut ilmaisevat miljoonia euroja käyvin hinnoin. *Julkinen hammashuolto nettokustannukset* ja *yksityinen hammashuolto* sarakkeiden tiedot on kerätty THL:n julkaisusta *Terveydenhuollon menot ja rahoitus -taulukosta*. Sarakkeessa *Julkinen kulutusmenot* on summattu taulukon erät 3.1 *Perusterveydenhuollon suun terveydenhuolto*, 3.2 *Kuntien ja kuntayhtymien suun terveydenhuollon ostopalvelut muilta* ja 3.5 *YTHS:n ja Puolustusvoimien suun terveydenhuolto*. Erät eivät huomioi julkisen asiakasmaksuja eli ne kuvaavat julkisen sektorin nettomenoja. Sarake *yksityinen* sisältää erät 3.3 *Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen suun terveydenhuolto* ja 3.4 *Yksityinen suun terveydenhuolto (SV:n ulkopuolinen)*. Sarakkeen *Kelakorvaukset* tiedot on kerätty Kelan *Kelasto-palvelusta*. Sarakkeen *Julkinen asiakasmaksut* perustuu vuosien 2011–2014 osalta kuntien ja kuntayhtymien toimintatilastoihin ja vuosien 2014–2019 osalta kuntataloustilastoon. Sarake *julkinen rahoitus yhteensä* on saatu summaamalla taulukon sarakkeet *Julkinen hammashuolto nettokustannukset* ja *Kelakorvaukset*. Sarakkeen *yksityinen rahoitus* tiedot on saatu lisäämällä sarakkeeseen *Yksityinen hammashuolto sarake Kelakorvaukset* ja lisäämällä sarake *Julkinen asiakasmaksut*. Sarake *rahoitus yhteensä* on saatu summaamalla yksityinen ja julkinen rahoitus. *Rahoitus yhteensä* ei ole yhtä suuri kuin THL:n menot ja rahoitus -taulukon *Suun terveydenhuollon kokonaismenot* kahdesta syystä. Ensinnäkin tämän taulukon luvut eivät sisällä hammasprotetiikkaa. Toiseksi THL:n menot ja rahoitus taulukossa ei olla huomioitu asiakasmaksuja.

7.7 Yhteenveto

Luvun tulokset osoittavat, että Kela-korvausleikkausten vaikutukset näkyivät samanaikaisesti hinnoissa, palvelujen käytössä, julkisen sektorin kuormituksessa, hammaslääkärin työskentelyssä ja julkistaloudessa. Taulukko 4 kokoaa yhteen luvun keskeiset havainnot.

Taulukon kokoamat havainnot osoittavat, että korvausleikkaukset johtivat yksityinen suun terveydenhuollon palveluiden kallistumiseen, ja korvausleikkauksilla oli vain vähäinen vaikutus hintakehitykseen. Leikkausten jälkeen yksityisten palvelujen käyttö väheni, julkisten palvelujen käyttö kasvoi ja julkisen sektorin odotusajat pitenevät. Samalla yksityisen sektorin työvoima ja toimenpidemäärät supistuivat. Julkisen talouden osalta havainnot viittaavat siihen, että korvausleikkaukset johtivat säästöihin.

Taulukko 4. Yhteenveto Kela-korvausleikkausten vaikutuksista

Muuttuja	Kehitys ennen-jälkeen	Kehityksen tulkintaa	Aikaisempi tutkimus
Hinnat	<p>Leikkausten jälkeen korvausprosentti puolittui noin 30 prosentista 15 prosenttiin. Käyntiä kohden korvaus laski noin 22 euroa. Asiakkaan maksamat hinnat nousivat korvausleikkausten jälkeen huomattavasti. Vuonna 2017 asiakkaan keskimäärin maksama hinta oli 40 % korkeampi kuin vuonna 2014. Korvausleikkaus siirtyi 20–40 prosenttisesti hintoihin ja jäi siten pääosin asiakkaiden maksettavaksi.</p>	<p>Yksityisten hammashuollon palveluiden hintakehitykseen ovat ajanjaksolla vaikuttaneet myös muut tekijät kuten markkinan keskittyminen yrityskauppojen seurauksena, ja osaltaan myös julkisen sektorin asiakasmaksujen korotukset. Tämän takia tuloksiin koskien korvausleikkausten hintavaikutuksiin tulee suhtautua varauksella.</p>	<p>Halminen ym. (2022) tutkimuksessa havaitaan, että yksityisten käyntien keskimääräinen korvausosuus väheni noin 33 prosentista 14 prosenttiin ja yksityisen sektorin keskimääräinen käynnin asiakashinta kasvoi noin 50 %. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei suoraan käsitelty tukileikkausten kohtaantoa.</p>
Palveluiden käyttö	<p>Yksityisten palveluiden käyttö väheni 12 % eli noin 330 000 käyntiä, kun taas julkisten palveluiden käyttö kasvoi 11 % eli noin 280 000 käyntiä. Suun terveydenhuollon palveluiden kokonaiskäyttö väheni noin prosentin, ja lasku selittyy käyntien vähenemisellä korkeimmissa tuloluokissa.</p>	<p>Ennen kelakorvausleikkauksia yksityisen sektorin käyntimäärät olivat vakaat, mikä viittaa muutosten liittyvän nimenomaisesti kelakorvausleikkauksiin. Leikkausten vaikutusta on kuitenkin voinut lieventää julkisten asiakasmaksujen samanaikainen nousu. Julkisen sektorin kelakorvausleikkauksia edeltävää kehitystä ei voida aineistopuutteiden vuoksi arvioida luotettavasti.</p>	<p>Vesinurmi ym. (2024) havaitsivat, että Oulussa, Helsingissä ja Espoossa vuosina 2015 ja 2016 noin 12 % potilaista siirtyi pois yksityiseltä sektorilta, ja julkisella sektorilla hoidettujen potilaiden määrä kasvoi noin 13 %.</p>

Kilpailu- ja kuluttajaviraston Tutkimusraportteja 3/2026

<p>Työvoiman tarjonta</p>	<p>Vuodesta 2014 vuoteen 2017 julkisella sektorilla hammaslääkärin määrä kasvoi noin 4 % ja yksityisellä sektorilla väheni noin 9 %. Yksityisellä sektorilla sekä toimenpidemäärä että työpäivien määrä vähenivät. Toimenpiteiden määrä laski vuodesta 2014 vuoteen 2017 noin 5,30 miljoonasta noin 4,49 miljoonaan eli noin 15 %. Työpäivien määrä väheni samana aikana noin 390 000 päivästä noin 374 000 päivään eli noin 4 %.</p>	<p>Julkisella sektorilla työskentelevien hammaslääkärin määrä alkoi kasvaa jo hieman ennen korvausmuutoksia, kun taas yksityisellä sektorilla määrä alkoi samanaikaisesti laskea. Tästä syystä ennen-jälkeen vertailu saattaa tuottaa liian suuren arvion hammaslääkärin siirtymistä sektorien välillä.</p>	<p>Vesinurmi ym. (2024) havaitsivat, että Oulussa, Helsingissä ja Espoossa julkinen sektori lisäsi hammashoidon henkilöstömäärää 2,3 %, mutta potilaiden määrä hammashoidon ammattilaista kohden kasvoi silti noin 10 % kahden vuoden aikana. Yksityisellä sektorilla henkilöstömäärä puolestaan väheni 4,6 %.</p>
<p>Julkisen odotusajat</p>	<p>Vuosien 2014 ja 2017 välillä julkisen sektorin odotusaika kasvoi mittarista riippuen noin 10–22 %. Tulos on yhdenmukainen sen kanssa, että julkisen sektorin asiakasmäärät kasvoivat suhteessa enemmän kuin hammaslääkäreiden määrät.</p>	<p>Ennen kelakorvausleikkausta julkisen sektorin jonotusajat olivat vakaat, mikä viittaa muutosten liittyvän nimenomaisesti kelakorvausleikkauksiin. Julkisen sektorin aineistoon on kuitenkin tapahtunut muutoksia kattavuudessa vuonna 2014, minkä takia vuosien 2011–2014 kehitys ei välttämättä anna oikeaa kuvaa leikkauksia edeltävästä kehityksestä. Lisäksi vertailuvuonna 2014 julkisen odotusajat olivat pienemmät kuin muina korvausleikkauksia edeltävinä vuosina.</p>	<p>Ei aikaisempaa tutkimusta</p>
<p>Julkistaloudelliset vaikutukset</p>	<p>Laskelman perusteella kelakorvausleikkaukset laskivat julkisen sektorin kustannuksia 40–50 miljoonalla eurolla. Toteutuneen kehityksen perusteella julkinen rahoitus laski tehtyä laskelmaa enemmän. Hammashuollon kokonaisrahoitus laski maltillisemmin, koska yksityisen rahoituksen osuus kasvoi leikkausten jälkeen.</p>	<p>Julkisen rahoituksen kehitykseen vaikuttivat ajanjaksolla tehdyt korotukset julkisiin asiakasmaksuihin. Korotukset asiakasmaksuihin selittävät osaltaan miksi julkinen rahoitus kasvoi tehtyä laskelmaa enemmän.</p>	<p>Ei aikaisempaa tutkimusta</p>

8 VUOSIEN 2024 JA 2025 KORVAUSTEN KOROTUKSET

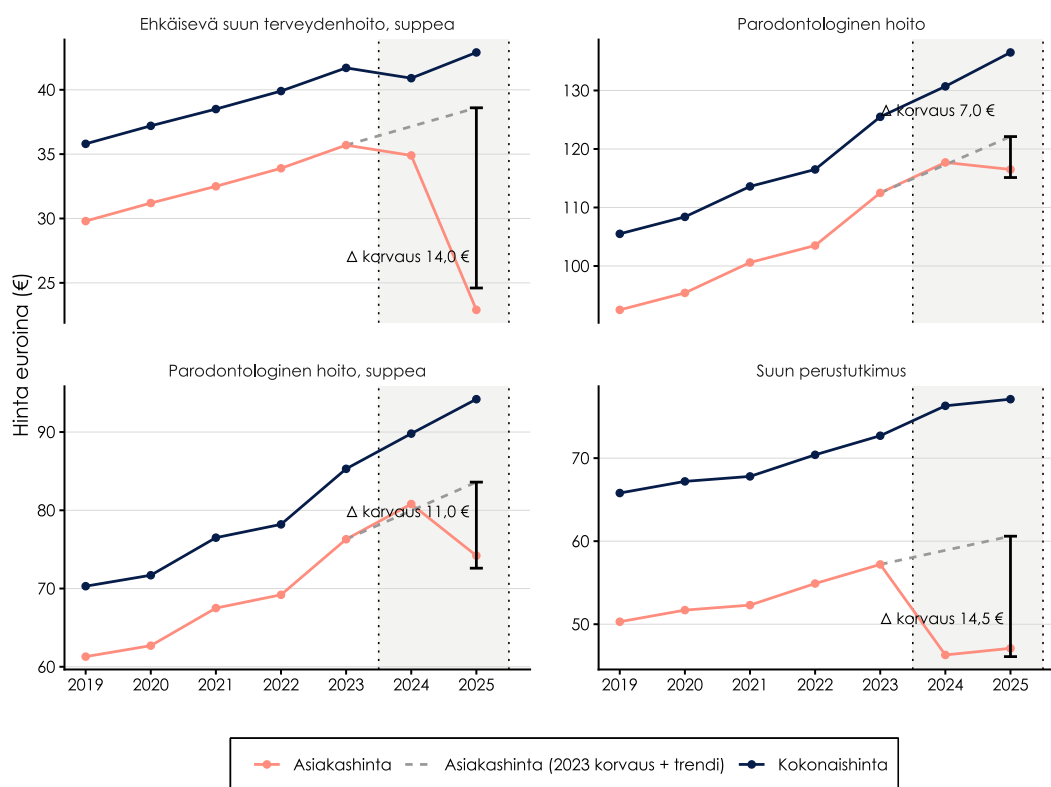
Vuosina 2024 ja 2025 yksityisen hammashoidon Kela-korvauksia alettiin jälleen korottaa aiempien leikkausten jälkeen. Vuoden 2024 alusta hammaslääkärin tekemän suun perustutkimuksen korvaustaksa nostettiin 15,50 eurosta 30 euroon. Muutos oli osa laajempaa yksityisen sairaanhoidon Kela-korvausten korotusta.

Vuonna 2025 korvauksia laajennettiin ja korotettiin edelleen. Toukokuun alusta 2025 suuhygienistin antamasta tutkimuksesta ja hoidosta saattoi saada Kela-korvauksen ilman hammaslääkärin lähetettä enintään kaksi kertaa kalenterivuodessa. Aiemmin korvaus edellytti aina hammaslääkärin lähetteen. Samalla hammashoidon korvaustaksoja korotettiin, suun perustutkimuksen korvaustaksa säilyi 30 eurossa ja erikoisalakohtaisen suun tutkimuksen korvaustaksa nostettiin 30 euroon. Korvaussummat kääntyivät samalla uudelleen kasvuun. Vuonna 2023 yksityisestä hammashoidosta maksettiin korvauksia 43,7 miljoonaa euroa, vuonna 2024 jo 50,1 miljoonaa euroa ja vuonna 2025 yhteensä 55,6 miljoonaa euroa. Kuten kuviossa 6 havaittiin, keskimääräinen korvausprosentti nousi noin 12 prosentista noin 15 prosenttiin.

Kuviossa 19 on esitetty muutamien sellaisten suun terveydenhuollon toimenpiteiden hintakehitys, joista maksettu Kela-korvaus nousi merkittävästi vuosina 2024 ja 2025. Lisäksi kuviossa on arvioitu — vastaavasti kuin kuviossa 8 korvausten laskun yhteydessä — kuinka suuri osuus korvausten nostosta on näkynyt asiakkaan maksamassa hinnassa.

Tulosten perusteella suurin osa korvausmuutoksesta näyttäisi välittyneen suoraan asiakkaan maksamaan hintaan. Esimerkiksi suun perustutkimuksen keskimääräinen asiakkaan maksama hinta on laskenut noin korvausmuutoksen verran eli noin 14,5 euroa. Tulos on symmetrinen aiemmin havaittuun: siinä missä korvausten leikkaus vuosina 2015–2016 siirtyi pääosin asiakkaan maksettavaksi, korvausten nosto näyttää vastaavasti alentaneen asiakkaan maksamaa hintaa.

Korvausten välittyminen hintoihin on keskeistä arvioitaessa, millaisia kysyntävaikutuksia Kela-korvauksiin tehtävillä muutoksilla voidaan odottaa olevan. Ääritilanteessa korvauksen nosto siirtyisi kokonaan palvelujen hintaan, jolloin asiakkaan kohtaama nettohinta ei juuri muuttuisi eikä korvaus ohjaisi käyttäytymistä. Nyt saatu tulos viittaa siihen, että korvaus on toiminut tarkoitetulla tavalla: asiakkaan maksama hinta on alentunut selvästi. On kuitenkin syytä huomata, että palveluntuottajat voivat reagoida korvausten nousuun myös korottamalla muita maksuja, kuten klinikkamaksuja, jolloin kokonaisvaikutus asiakkaan maksamaan kokonaishintaan voi jäädä toimenpidekohtaista tarkastelua pienemmäksi.



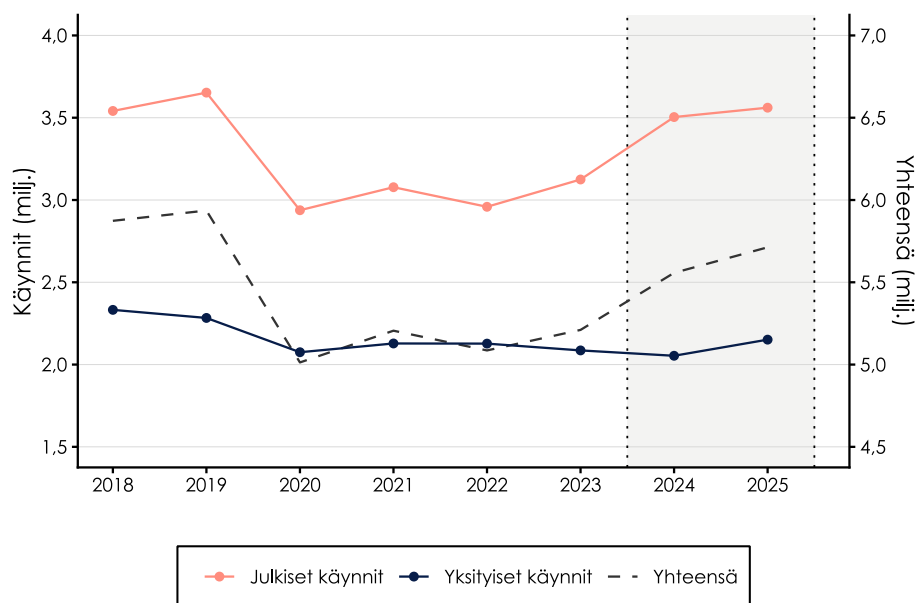
Kuvio 19. Yksityisten hammashoidon hintakehitys valituissa toimenpiteissä Kela-korvausten korotusten yhteydessä

Huomiot: Kuviossa sininen viiva kuvaa asiakkaan maksaman hinnan kehitystä. Punainen viiva kuvaa kokonaishinnan kehitystä eli asiakkaan maksamaa hintaa ja Kela-korvausta yhteenlaskettuna. Kuvion tiedot on haettu Hammaslääkäriliiton sivuilta ja ne perustuvat Kelan tietoihin. Korvaustiedot on haettu Kelan julkaisemista sairaanhoitokorvausten taksaluetteloista.

Edellä havaittiin, että korvausten korotukset välittyivät asiakkaan maksamaan hintaan: esimerkiksi suun perustutkimuksen keskimääräinen hinta laski vuodesta 2023 vuoteen 2025 noin 57 eurosta noin 47 euroon eli noin 18 %. Kuviossa 20 on esitetty käyntimäärien kehitys korvausmuutosten yhteydessä. Tarkastelussa keskitytään yli 18-vuotiaiden käynteihin, sillä alle 18-vuotiailla yksityiset käynnit ovat harvinaisia.

Käyntimäärien kehitykseen on vaikuttanut merkittävästi koronapandemia, joka aiheutti erityisesti julkisten käyntien jyrkän laskun. Yksityisten käyntien lasku pandemian aikana oli selvästi pienempi. Julkiset käyntimäärät pysyivät useita vuosia pandemiaa edeltävää tasoa matalammalla ja ovat palautuneet lähtötasolle vasta viime vuosina. Tämä tekee korvausmuutosten vaikutusten eristämisen käyntimääräkehityksestä haastavampaa kuin vuosien 2015–2016 leikkausten yhteydessä.

Kela-korvausten korotusten vaikutus yksityisten käyntimäärien kehitykseen jää aineiston perusteella vaatimattomaksi: merkittävää nousua ei havaita korotusvuosien yhteydessä, ja kokonaiskäyntimäärä oli vuonna 2025 vain noin 3 % suurempi kuin vuonna 2023. Tulos on yhdenmukainen aiemman tarkastelun kanssa, jossa merkittävä hintojen muutos johti vain maltilliseen kysyntäreaktioon.



Kuvio 20. Suun terveydenhuollon käyntimäärien kehitys Kela-korvausten korotusten yhteydessä

Huomioit: Kuviossa on esitetty julkisen ja yksityisen hammashoidon yli 18-vuotiaiden käyntimäärien kehitys vuosina 2018-2025. Kuvion tiedot on haettu THL:n Sotkanet-palvelusta.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä raportissa on tarkasteltu suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja Kela-korvausjärjestelmän vaikutuksia Suomessa. Tutkimus perustuu laajaan käyntitason aineistoon, joka kattaa sekä julkisen että yksityisen sektorin. Kela-korvauksia on perinteisesti perusteltu niiden ohjausvaikutuksella: tuen toivotaan ohjaavan potilaita julkisesta hammashuollosta yksityisiin palveluihin. Onnistuessaan tällainen siirtymä voi purkaa julkisen sektorin kuormitusta ja lyhentää hoitojonoja. Koska yksityisessä hammashuollossa yhteiskunnan maksama osuus on pienempi, potilaiden siirtyminen voi lisäksi tuoda säästöjä julkiseen talouteen. Kela-korvausta maksetaan kuitenkin myös niille henkilöille, joiden palvelujen käyttöön sillä ei ole vaikutusta. Tältä osin korvaus lisää julkisia menoja.

Raportin alussa esitetty teoreettinen tarkastelu korostaa, että Kela-korvausten vaikuttavuus riippuu olennaisesti siitä, miten korvaukset muuttavat asiakkaiden käyttäytymistä. Jos korvaukset kohdistuvat pääosin henkilöille, jotka käyttäisivät yksityisiä palveluja myös ilman korvausta, niiden vaikutus julkisen sektoriin jää pieneksi. Tällöin korvaus toimii ennen kaikkea tulonsiirtona yksityisiä palveluja jo valmiiksi käyttäville asiakkaille. Tällaisen tulonsiirron järkevyyttä arvioitaessa on tärkeää huomioida, mille ryhmille Kela-korvaukset kohdistuvat. Jos korvaukset kohdentuvat pääosin suurituloisille tai muuten hyväosaisille ryhmille, niiden tulonjaollinen perustelu on heikompi kuin tilanteessa, jossa korvaukset kohdistuisivat pienituloisille tai heikommassa asemassa oleville ryhmille.

Raportin ensimmäinen keskeinen empiirinen havainto on, että suun terveydenhuollon palvelujen käyttö jakautuu Suomessa selvästi sosioekonomisen aseman mukaan. Yksityisten hammashoitopalvelujen käyttö on vahvasti yhteydessä korkeampaan tulo- ja koulutustasoon. Julkisten palvelujen käyttö painottuu puolestaan suhteellisesti enemmän alempiin tuloryhmiin. Erot eivät kuitenkaan rajoitu vain siihen, kummalle sektorille asiakkaat hakeutuvat, vaan ne näkyvät myös palvelujen kokonaiskäytössä. Aineisto viittaa siihen, että suun terveydenhuollon palveluja käytetään mahdollisesti hoidon tarvetta vähemmän erityisesti alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä, kun taas kelakorvaukset kohdistuvat korkeammassa sosioekonomisessa asemassa oleville.

Toinen keskeinen tulos koskee sektorivalinnan pysyvyyttä. Aineiston perusteella julkisen ja yksityisen sektorin välillä tapahtuu siirtymiä, mutta sektorivalinta on huomattavan pysyvää. Yksityisiä palveluja käyttäneistä noin yhdeksän kymmenestä käytti yksityisiä palveluja myös seuraavalla käynnillään. Sama peruskuva säilyi myös silloin, kun tarkasteltiin henkilöitä, jotka olivat muuttaneet ja joiden aiempi hammaslääkäri tai toimipaikka ei muuton jälkeen ollut enää samalla tavalla saavutettavissa. Myös tässä ryhmässä sektorivalinta oli pysyvää: noin 75 % ennen muuttoa yksityisiä palveluja käyttäneistä käytti yksityisiä palveluja myös muuton jälkeen. Sektorivalinnan pysyvyys viittaa siihen, että julkinen ja yksityinen hammashoito eivät ole useimmille asiakkaille täysin toistensa korvaajia. Tämä heikentää Kela-korvausten kykyä ohjata asiakkaita sektorilta toiselle pelkän hinnan kautta.

Raportin kolmas empiirinen osio käsittelee vuosien 2015 ja 2016 Kela-korvausleikkauksia. Leikkausten seurauksena suun terveydenhuollon korvaustaso laski noin 30 prosentista noin 15 prosenttiin. Käyntikohtaisesti tämä tarkoitti sitä, että yksityisestä käynnistä maksettu Kela-korvaus pieneni keskimäärin noin 22 eurolla. Hintakehityksen perusteella korvausmuutokset välittyivät vain vähäisessä määrin palveluntuottajien veloittamiin kokonaishintoihin, joten muutos näkyi merkittävänä nousuna asiakkaiden maksamissa hinnoissa.

Tulokset viittaavat siihen, että vuosien 2015 ja 2016 leikkauksilla oli maltillinen vaikutus palvelujen käyttöön. Yksityisten palvelujen käyttö väheni 12 %, mikä vastaa noin 330 000 käyntiä. Julkisten palvelujen käyttö puolestaan kasvoi 11 %, eli noin 280 000 käyntiä. Kokonaiskäyttö väheni noin prosenttiin, ja lasku selittyi erityisesti käyntien vähenemisellä korkeimmissa tuloluokissa. Korvausleikkaukset siis muuttivat palvelujen käyttöä, mutta eivät johtaneet laajaan siirtymään yksityiseltä sektorilta julkiselle eivätkä suureen muutokseen palvelujen kokonaiskäytössä.

Potilaiden lisäksi raportissa tarkasteltiin hammaslääkäreiden sijoittumista eri sektoreille. Vuodesta 2014 vuoteen 2017 julkisella sektorilla työskentelevien hammaslääkäreiden määrä kasvoi noin 4 %, kun taas yksityisellä sektorilla määrä väheni noin 9 %. Julkisen sektorin potilasmäärä kasvoi kuitenkin suhteellisesti enemmän kuin hammaslääkäreiden määrä. Tämä näkyi myös julkisen sektorin jonoissa: keskimääräinen odotusaika kasvoi leikkausten jälkeen 36 päivästä 42 päivään.

Raportissa arvioitiin myös Kela-korvausleikkausten julkistaloudellisia vaikutuksia. Leikkaukset lisäsivät julkisen sektorin kustannuksia siltä osin kuin ne kasvattivat julkisten palvelujen käyttöä ja julkisen sektorin työvoiman tarvetta. Toisaalta ne pienensivät julkisia menoja, koska yksityiselle sektorille jääneiden käyntien Kela-korvaukset laskivat. Raportin tulosten perusteella jälkimmäinen vaikutus muodostui suuremmaksi, ja korvausleikkaukset johtivat useiden kymmenien miljoonien eurojen nettosäästöihin julkistaloudessa.

Raportin viimeisessä empiirisessä osiossa tarkasteltiin vuoden 2024 Kela-korvausten nostojen vaikutuksia. Koska raportissa käytetty käyntikohtainen aineisto ulottui ainoastaan vuoteen 2020, vuoden 2024 korvauskorotusten vaikutuksia arvioitiin julkisista lähteistä koottujen tietojen perusteella. Tämä tarkastelu on täydentää varsinaiseen rekisteriaineistoon perustuvia analyysyjä. Tarkastelun perusteella suun terveydenhuollon Kela-korvausten nosto ei näyttänyt välittyneen palveluntuottajien perimiin hintoihin. Korvausnostot alensivat siten yksityisen hammashoidon asiakashintoja. Tästä huolimatta vaikutus palvelujen käyttöön jäi rajalliseksi.

Raportin tulokset muodostavat yhdenmukaisen kuvan suun terveydenhuollon palveluiden käytöstä ja kelakorvausten vaikutuksista. Suun terveydenhuollossa Kela-korvausjärjestelmän keskeinen ongelma ei näytä olevan se, että korvaukset siirtyisivät palveluntuottajien hintoihin. Ongelma on pikemminkin se, että asiakkaiden sektorivalinta reagoi hintamuutoksiin vain rajallisesti. Tällöin korvaukset eivät tehokkaasti ohjaa asiakkaita julkiselta sektorilta yksityiselle. Raportin tulosten perusteella Kela-korvaukset eivät myöskään juurikaan vaikuta lisäävän suun terveydenhuollon palveluiden kokonaiskäyttöä.

Raportin tuloksia tulkittaessa on huomioitava myös tutkimuksen rajoitteet. Ensimmäkin Kela-korvausmuutosten vaikutusten arviointi perustuu pitkälti ennen–jälkeen-vertailuihin. Tämän vuoksi havaittuja muutoksia ei voida kaikilta osin tulkita yksiselitteisesti korvausmuutosten kausaalivaikutuksiksi, vaan niihin on voinut vaikuttaa myös muita samanaikaisia tekijöitä. Toiseksi Kela-korvausjärjestelmän kokonaisarvioinnin kannalta keskeinen kysymys on myös se, kuinka vaikuttavaa hoito on julkisella ja yksityisellä sektorilla ja kohdistuuko hoito niille potilaille, jotka hyötyvät siitä eniten. Hoidon vaikuttavuuden eroja julkisella ja yksityisellä sektorilla ei ole tässä tutkimuksessa pystytty kattavasti arvioimaan.

LÄHTEET

- Broers, D. L. M., Dubois, L., de Lange, J., Su, N. & de Jongh, A. (2022). Reasons for tooth removal in adults: A systematic review. *International Dental Journal*, 72(1), 52–57.
- Buri, R., Heinonen, M. & Pietola, M. (2024). The ones that got away? Stealth consolidation in the Finnish private healthcare market. Working Papers 1/2024. Kilpailu- ja kuluttajavirasto.
- Halminen, O., Vesinurm, M., Mikkola, H. & Linna, M. (2022). Yksityisen ja julkisen hammashoidon käyttöasteen kehitys 2010–2016: Kela-korvaustason ja tulotason yhteys käyttöasteeseen. *Yhteiskuntapolitiikka*, 87(5–6), 521–530.
- Hammaslääkäriliitto. 2025. Työmarkkinatutkimus 2025: tulokset. https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/2025-06/TMT2025_tulosdiat.pdf.
- Kaljonen, A. (2026) Who benefits from private healthcare subsidies? Evidence from the Finnish market for dental care. Mimeo, Aalto-yliopisto. Eitetty Industrial Organization PhD Seminar 2026.
- Lumme, S., Satokangas, M., Holster, T., Laukkonen, M.-L., Haula, T. & Honkatukia, J. (2025). Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus. Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2025. Eduskunta.
- Linden, J., Widström, E., Sinkkonen, J. & Komu, M. (2017). Frequency of visits and examinations in the Public Dental Service in Finland – a retrospective analysis, 2001–2013. *BMC Oral Health*, 17, 138.
- Markkula, T. (2025a). Cutting the Queue to the Dentist: Waiting Time, Public-Private Interaction and Consumer Surplus. Working paper.
- Markkula, T. (2025b). State Dependence in Health Care Provider Choice: Evidence from Dental Care. Working paper.
- Niiranen, T., Widström, E., Niskanen, T. & Vehkalahti, M. M. (2008). Oral health care reform in Finland: Aiming to reduce inequity in care provision. *BMC Oral Health*, 8, 3.
- Nurminen, M., Blomgren, J. & Mikkola, H. (2021). Socioeconomic differences in utilization of public and private dental care in Finland: Register-based evidence on a population aged 25 and over. *PLOS ONE*, 16(8), e0255126.
- Passarelli, P. C., Puttini, A., Iezzi, G., D'Attilio, M., D'Amico, E., Pasquantonio, G. & Del Fabbro, M. (2020). Reasons for tooth extractions and related risk factors in adult patients: A cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2575.
- Raittio, E., Kiiskinen, U., Helminen, S., Aromaa, A. & Suominen, A.-L. (2014). Dental attendance among adult Finns after a major oral health care reform. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(6), 546–552.
- Raittio, E., Kiiskinen, U., Helminen, S., Aromaa, A. & Suominen, A.-L. (2015). Income-related inequality and inequity in the use of dental services in Finland after the oral health care reform. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(3), 224–232.

- Seuri, A. & Kalenius, A. (2023). Aikoulutuksen hinta julkisrahoitteisissa palveluissa (Opetus- ja kulttuuriministeriön politiikka-analyysyjä 2023:2). Opetus- ja kulttuuriministeriö. ISBN 978-952-263-937-0.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 (STM:n julkaisuja 2019:2).
- Suominen, A.-L., Varsio, S., Helminen, S., Koponen, P., Koskinen, S., Knuuttila, M. & Sainio, P. (2025). Dental and periodontal condition by sociodemographics in Finnish adults in 2023: Cross-sectional results from the Healthy Finland Survey. *Acta Odontologica Scandinavica*, 83(5), 376–384.
- Vesinurm, M., Halminen, O., Mikkola, H. & Linna, M. (2024). A realist evaluation of policy interventions to reduce public subsidies of private dental care in Finland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 52(4), 607–615.

LIITE 1: TARKEMMAT TULOKSET PALVELUJEN KÄYTÖSTÄ JA TARPEESTA

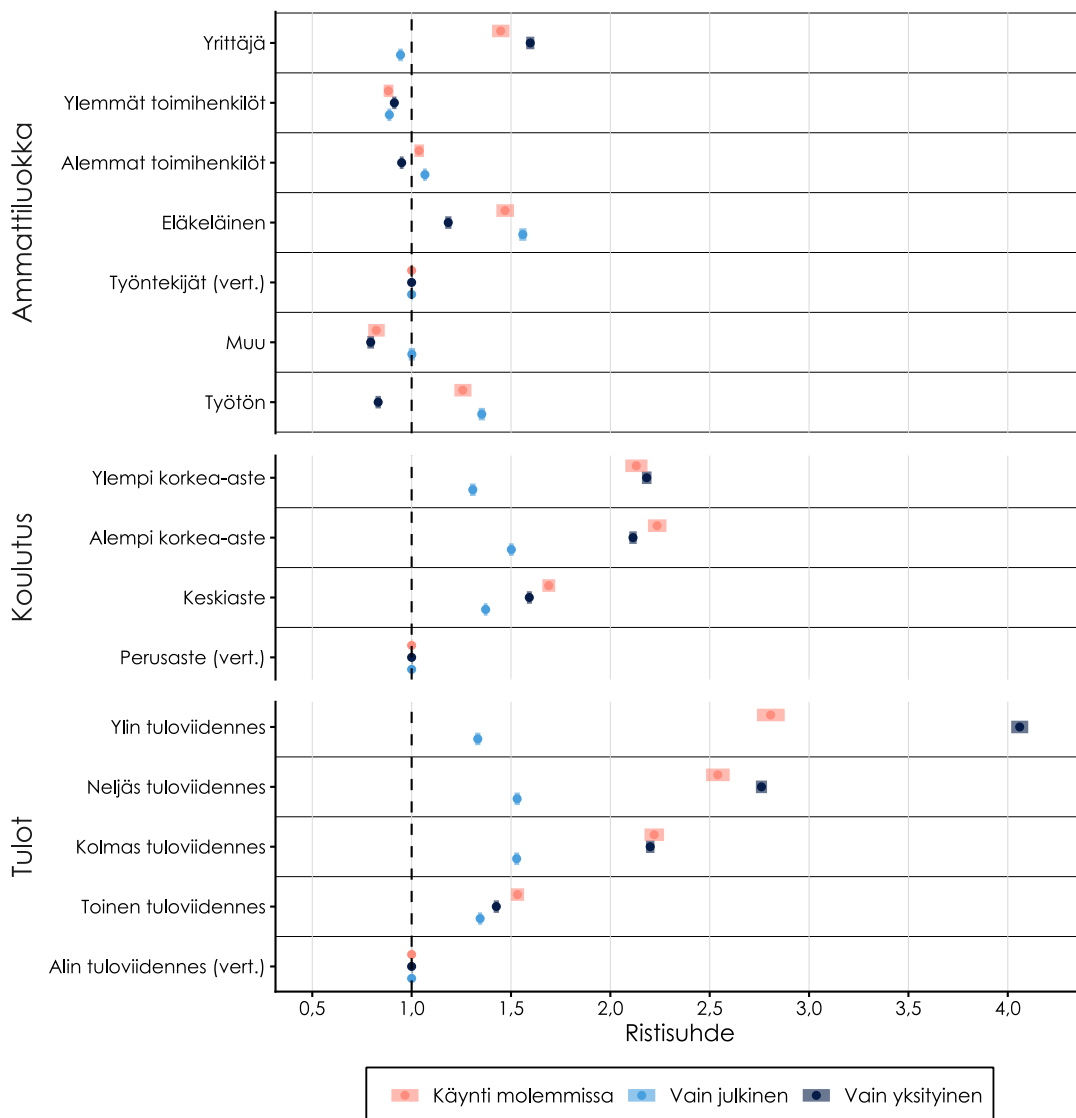
Tässä liitteessä esitetään raportin luvun 4 päätekstissä kuvattujen regressioanalyysien tarkemmat tulokset. Liitteessä keskitytään erityisesti siihen, miten tulot, koulutus, ammattiasema, ikä, sukupuoli ja asuinalue ovat yhteydessä hammashoidon palvelujen käyttöön silloin, kun nämä tekijät otetaan huomioon samanaikaisesti. Lisäksi tarkastellaan hampaiden poistojen määrän yhteyttä tulotasoon ikärakenne vakioiden.

Sosioekonomiset erot palvelujen käytössä

Hammashoidon palvelujen käyttöä tarkastellaan multinomiaalisella logistisella regressiolla. Selitettävä muuttuja saa neljä arvoa: 1) henkilöllä ei ole vuoden aikana hammashoidon käyntejä, 2) hän käyttää vain julkisia palveluja, 3) hän käyttää vain yksityisiä palveluja tai 4) hän käyttää molempia sektoreita. Mallin selittäjinä ovat käytävissä olevat tulot, koulutustaso, ammattiryhmä, ikäryhmä, sukupuoli ja asuinpaikan tyyppi. Tulokset esitetään ristisuhteina. Ristisuhde yli yhden tarkoittaa, että tarkasteltavan ryhmän todennäköisyys kuulua kyseiseen käyntiluokkaan on suurempi kuin vertailuryhmällä, kun vertailukohtana on "ei käyntejä" -ryhmä. Ristisuhde alle yhden tarkoittaa vastaavasti pienempää todennäköisyyttä.

Kuvio L1 osoittaa, että tulotason yhteys hammashoidon palvelujen käyttöön on selvä myös silloin, kun muut taustatekijät otetaan huomioon samanaikaisesti. Yhteys on voimakkain vain yksityisten palvelujen käytössä. Ylimpään tuloviidennekseen kuuluvien vetosuhde (odds) kuulua "vain yksityinen" -ryhmään on nelinkertainen verrattuna alimpaan tuloviidennekseen. Julkisten palvelujen käytössä yhteys tulotasoon on selvästi loivempi. Tulojen yhteys julkisten palvelujen käyttöön ei ole lineaarinen, vaan voimakkaimmillaan keskimmaisissa tuloryhmissä.

Koulutustaso on niin ikään selvästi yhteydessä erityisesti yksityisten palvelujen käyttöön. Korkeampi koulutus kasvattaa todennäköisyyttä kuulua "vain yksityinen" -ryhmään tai "molemmat sektorit" -ryhmään myös silloin, kun tulot, ammattiasema ja muut taustatekijät vakioidaan. Ammattiryhmien väliset erot ovat pienempiä kuin tulojen ja koulutuksen kohdalla. Yrittäjät erottuvat ryhmänä, jolla yksityisten palvelujen käyttö on muuta väestöä yleisempää. Eläkeläisillä ja työttömällä julkisten palvelujen käyttö on puolestaan keskimääräistä yleisempää.



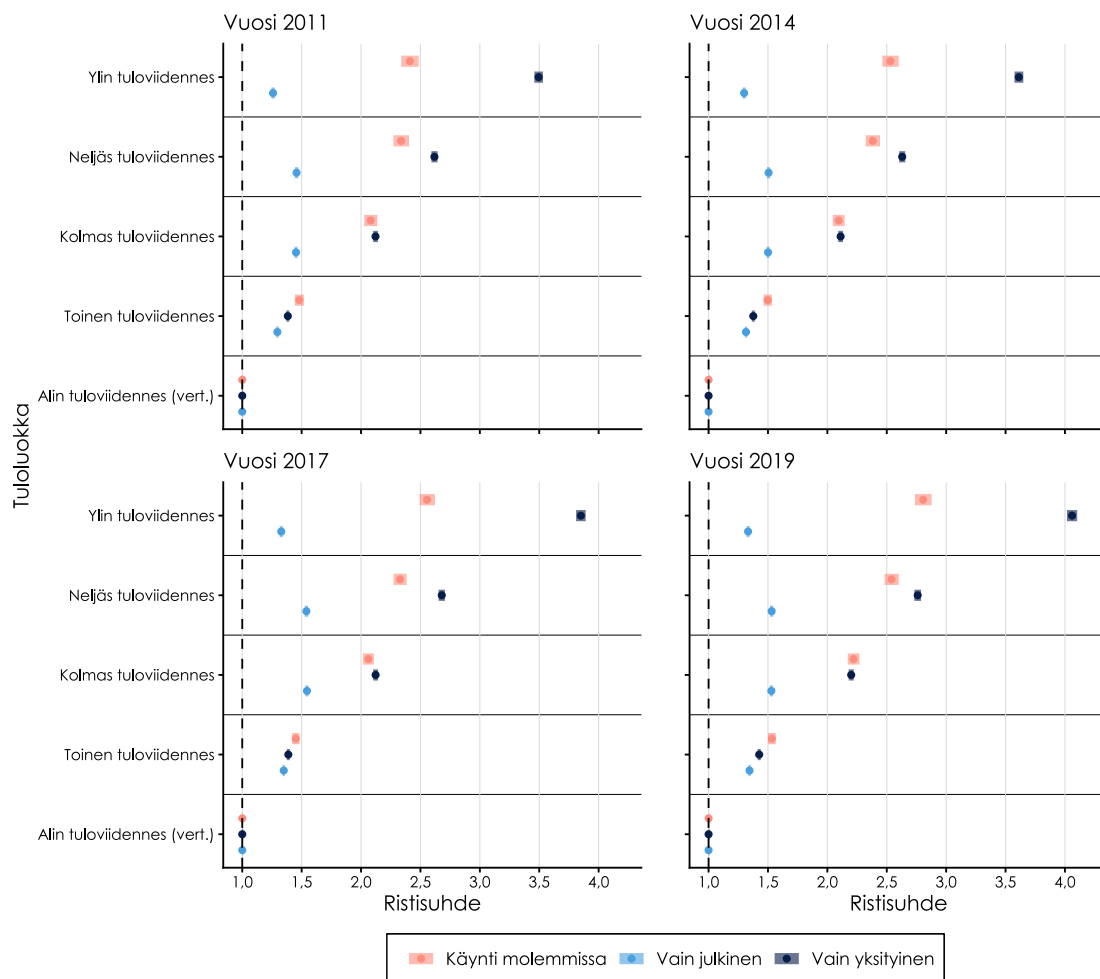
Kuvio L1. Tulojen, koulutuksen ja ammattiryhmän sekä hammashoidon palvelujen käytön välinen yhteys muut tekijät vakioituna

Huomioit: Kuviossa on esitetty multinomiaalisen logistisen regressiomallin tuottamat piste-estimaatit ja niiden 95 %-luottamusvälit. Mallissa hammashoidon palvelujen käyttöä ("ei käyntejä", "käynti molemmissa", "vain julkisia käyntejä" ja "vain yksityisiä käyntejä") on selitetty tuloviidenneksellä, koulutustasolla, ammattiryhmällä, sukupuolella, ikäryhmällä ja asuinpaikan tyypillä. Kuviossa on esitetty tulokset kolmen ensiksi mainitun muuttujan osalta. Muuttujien vertailuryhmät on merkitty suluissa (vert.).

Tulotason yhteys palvelujen käyttöön eri vuosina

Kuvio L2 tarkastelee tulotason ja hammashoidon palvelujen käytön välistä yhteyttä eri vuosina samalla mallirakenteella. Tavoitteena on arvioida, ovatko tuloksiin liittyvät sosioekonomiset erot pysyneet samanlaisina koko tarkastelujakson ajan vai muuttuneet ajan myötä.

Tulokset ovat pääpiirteissään samankaltaiset koko tarkastelujaksolla. Ylimpiin tuloryhmiin kuuluvien todennäköisyys käyttää vain yksityisiä palveluja on jokaisena vuonna selvästi suurempi kuin alimmassa tuloviidenneksessä. Julkisten palvelujen käytössä tuloyhteys on selvästi heikompi, mutta perusrakenne pysyy samansuuntaisena vuodesta toiseen. Tulokset viittaavat siihen, ettei palveluihin valikoitumisessa ole tapahtunut tarkastelujaksolla merkittäviä muutoksia, vaan tuloihin liittyvät erot hammashoidon käytössä ovat pysyneet melko vakaina.



Kuvio L2. Tulojen ja hammashoidon palvelujen käytön välinen yhteys eri vuosina muut tekijät vakioituna

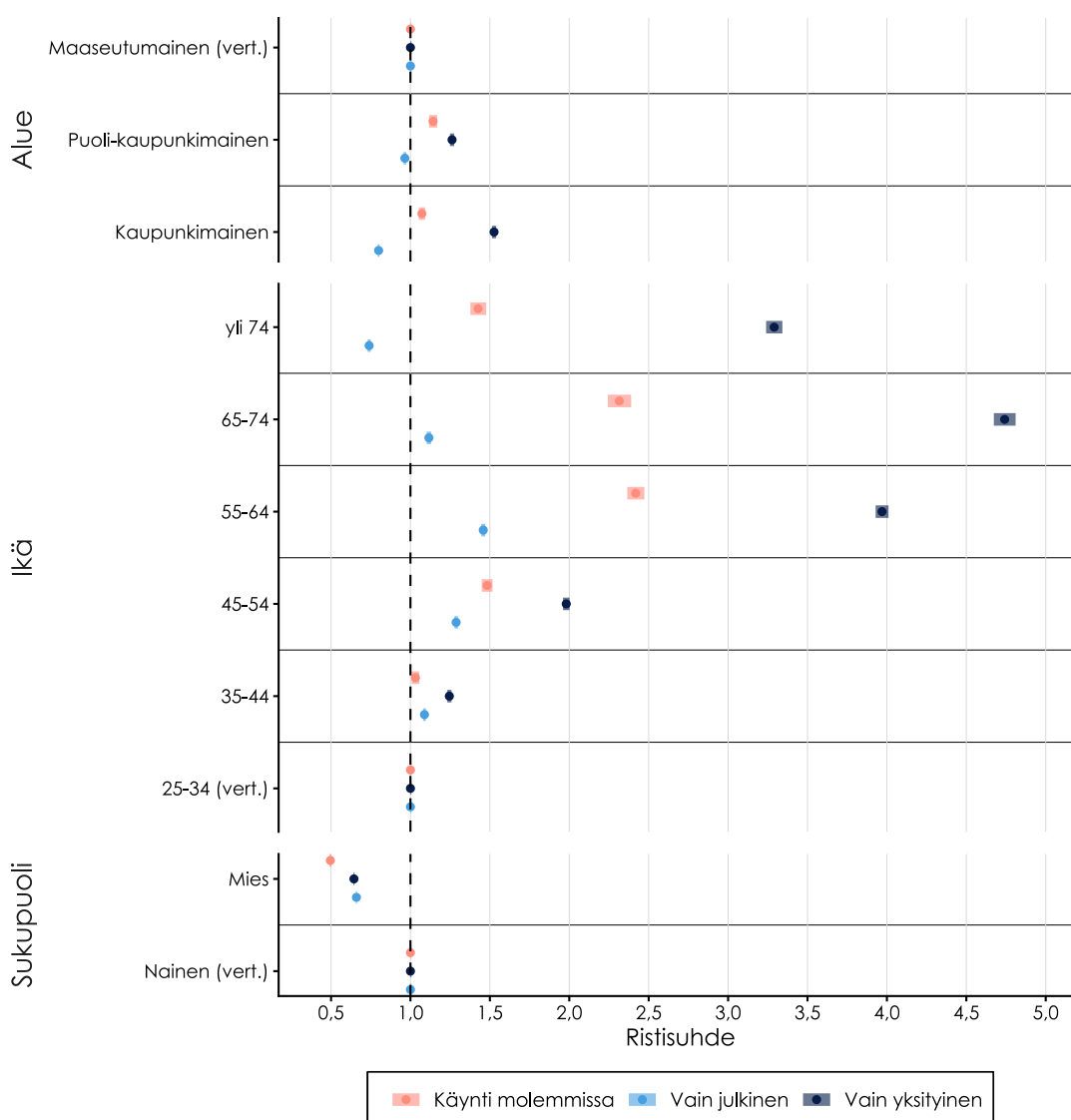
Huomiot: Kuviossa on esitetty multinomiaalisen logistisen regressiomallin ristisuhteeksi muunnetut piste-estimaatit ja niiden 95 %-luottamusvälit. Mallissa hammashoidon palvelujen käyttöä ("ei käyntejä", "käynti molemmissa", "vain julkisia käyntejä" ja "vain yksityisiä käyntejä") on selitetty tuloviidenneksellä, koulutustasolla, ammattiryhmällä, sukupuolella, ikäryhmällä ja asuinpaikan tyypillä. Kuviossa on esitetty tulokset tulomuuttujalle erikseen vuosille 2011, 2014, 2017 ja 2019.

län, sukupuolen ja asuinpaikan tyypin yhteys palvelujen käyttöön

Kuvio L3 esittää iän, sukupuolen ja asuinalueen yhteyden hammashoidon palvelujen käyttöön samassa multinomiaalisessa mallissa. Tulokset täydentävät päätekstissä esitettyä kuvaa palvelujen käytön taustatekijöistä.

Iän yhteys palvelujen käyttöön on selvä ainakin tiettyyn rajaan asti. Yksityisten palvelujen käytön todennäköisyys kasvaa selvästi nuoremmissa ikäryhmistä 65–74-vuotiaisiin asti, minkä jälkeen se alkaa pienentyä. Julkisten palvelujen käytössä yhteys on loivempi, ja korkein käyttö sijoittuu hieman nuorempiin ikäryhmiin. Ikäryhmien väliset erot ovat julkisten palvelujen käytössä pienempiä kuin yksityisten palvelujen käytössä.

Miehet käyttävät sekä julkisia että yksityisiä hammashoidon palveluja naisia vähemmän. Asuinalueen osalta kaupunkimaisilla alueilla yksityisten palvelujen käyttö on yleisempää kuin maaseutumaisilla alueilla, kun taas julkisten palvelujen käyttö on kaupunkialueilla hieman vähäisempää. Tämä tukee tulkintaa siitä, että yksityisten palvelujen saavutettavuus vaikuttaa niiden käyttöön.



Kuvio L3. Asuinalueen tyypin, iän ja sukupuolen sekä hammashoidon palvelujen käytön välinen yhteys muut tekijät vakioituna

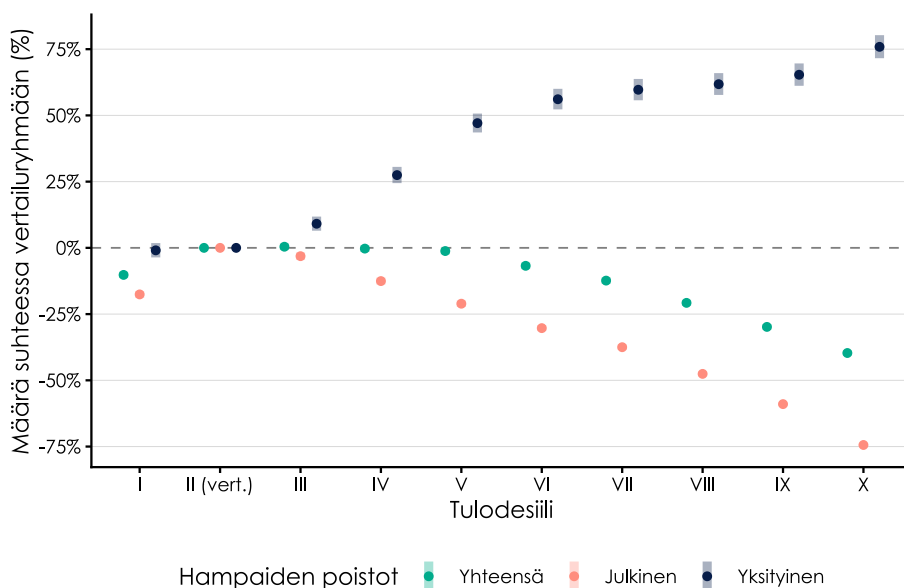
Huomioit: Kuviossa on esitetty multinomiaalisen logistisen regressiomallin tuottamat piste-estimaatit ja niiden 95 %-luottamusvälit. Mallissa hammashoidon palvelujen käyttöä ("ei käyntejä", "käynti molemmissa", "vain julkisia käyntejä" ja "vain yksityisiä käyntejä") on selitetty tuloviidenneksellä, koulutustasolla, ammattiryhmällä, sukupuolella, ikäryhmällä ja asuinpaikan tyyppillä. Kuviossa on esitetty tulokset kolmen viimeksi mainitun muuttujan osalta. Muuttujien vertailuryhmät on merkitty suluissa (vert.).

Hampaiden poistojen ja tulotasojen yhteys ikäryhmä vakioituna

Hampaiden poistojen määrää tarkastellaan poisson-regressiolla, jossa selitettävänä muuttujana on poistojen lukumäärä ja selittäjinä tulodesiili sekä ikäryhmä. Menetelmä soveltuu tähän tarkoitukseen, koska kiinnostuksen kohteena ovat suhteelliset erot lukumäärämuuttujassa, jossa on paljon nolla-arvoja. Tulokset esitetään prosenttieroina suhteessa vertailuryhmään, joka on toinen tulodesiili.

Kuvio L4 osoittaa, että hampaiden poistojen määrä on kokonaisuutena pienempi ylimmissä tulodesiileissä kuin alemmissä tulodesiileissä myös silloin, kun ikärakenne vakioidaan. Ensimmäisissä tulodesiileissä erot ovat suhteellisen pieniä, mutta ylemmissä tulodesiileissä poistojen määrä alkaa vähentyä selvästi tulojen kasvaessa. Ylimmässä tulodesiilissä poistoja tehdään selvästi vähemmän kuin vertailuryhmässä.

Tulos tukee päätöksissä esitettyä havaintoa siitä, että suurempi yksityisten palvelujen käyttö hyvätuloisilla ei näytä selittyvän suuremmalla hoidon tarpeella ainakaan tällä mittarilla arvioituna. Tulokinnassa on kuitenkin syytä olla varovainen, sillä hampaiden poistot eivät mittaa hoidon tarvetta suoraan. Poistojen taustalla voi olla myös muita syitä kuin pitkälle edennyt hoidon tarve.



Kuvio L4. Hampaiden poistojen ja tulotason välinen yhteys

Huomioit: Kuviossa on esitetty prosenteiksi muutetut piste-estimaatit ja niiden 95 %-luottamusvälit poisson-regressiosta, jossa hampaiden poistojen määrää on selitetty tulodesiilillä ja ikäryhmällä.

LIITE 2: ETÄISYYS KÄYTETTYIHIN PALVELUIHIN JA ASIAKASSIIRTYMÄT ERI TULOLUOKISSA

Tässä liitteessä tarkastellaan ihmisten asuinpaikan ja heidän käyttämänsä yksityisen hammashoidon toimipaikan välisiä etäisyyksiä. Liitteen päätarkoituksena on taustoittaa raportin luvussa 6 hyödynnettyä muuttotarkastelua. Kun arvioidaan, missä määrin aiemmin käytetty palvelupaikka säilyy muuton jälkeen realistisena vaihtoehtona, on tärkeää tietää, kuinka pitkiä matkoja ihmiset tavallisesti kulkevat hammashoitopalveluihin.

Etäisyydeltä tarkastelu antaa samalla tietoa myös yksityisten palvelujen saavutettavuudesta eri alueilla. Jos yksityiset hammashoitopalvelut sijaitsevat kaukana asuinpaikasta, tämä voi vaikuttaa sekä niiden käyttöön että siihen, kuinka uskottava vaihtoehto yksityinen sektori on suhteessa julkiseen hammashoittoon.

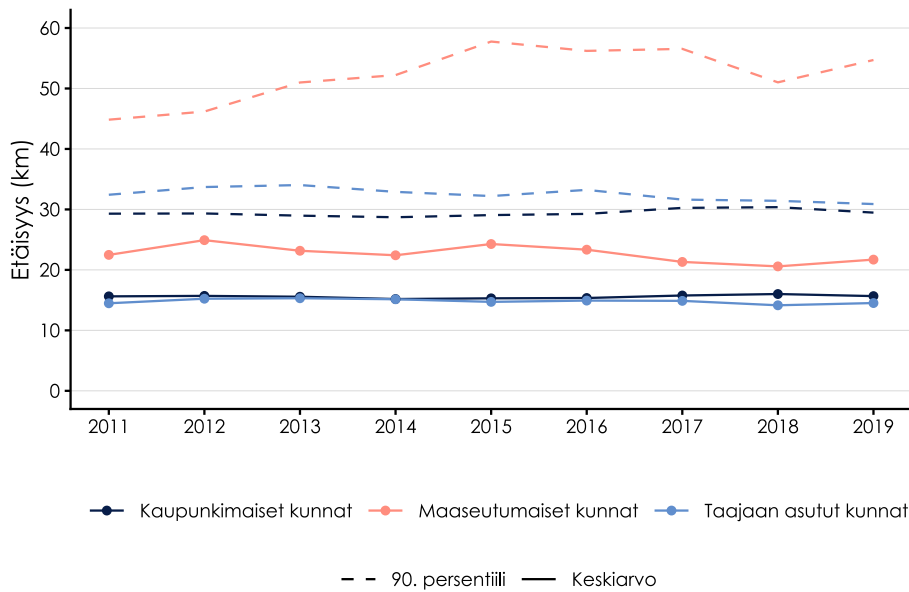
Etäisyys käytettyihin palveluihin erilaisilla asuinalueilla

Kuvio L5 esittää yksityisen hammashoidon käytettyjen palvelujen etäisyyksiä eri aluetyypeissä. Tarkastelu perustuu ihmisten asuinpaikan ja heidän käyttämänsä yksityisen hammashoidon toimipaikan väliseen linnuntie-etäisyyteen. Tulokset on raportoitu erikseen kaupunkimaisissa, taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa asuville.

Tulokset osoittavat, että etäisyydet vaihtelevat selvästi alueittain. Kaupunkimaisissa kunnissa käytettyihin yksityisiin hammashoitopalveluihin kuljetaan lyhyimpiä matkoja, taajaan asutuissa kunnissa jonkin verran pidempiä ja maaseutumaisissa kunnissa selvästi pisimpiä. Tämä tukee luvussa 6 käytettyä rajaa, jossa yli 60 kilometrin muuttoa tarkastellaan erikseen tilanteina, joissa aiemmin käytettyyn palvelupaikkaan palaaminen on tavallista epätodennäköisempää.

Kuviossa esitetään keskimääräisen etäisyyden lisäksi 90. persenttiin etäisyys. Tämä havainnollistaa, kuinka pitkiä matkoja palveluihin kuljetaan etäisyysjakauman yläpäässä. Ero alueiden välillä näkyy erityisen selvästi juuri näissä pidemmissä etäisyyksissä: maaseutumaisissa kunnissa osa asiakkaista kulkee palveluihin huomattavasti pidempiä matkoja kuin kaupunkimaisissa kunnissa asuvat.

Etäisyydeltä tarkastelu kertoo samalla myös yksityisten palvelujen saavutettavuudesta. Kun etäisyydet yksityisiin hammashoitopalveluihin ovat pidempiä, niiden käyttö voi olla harvinaisempaa jo pelkästään asiointin vaivalloisuuden vuoksi. Tämä auttaa osaltaan ymmärtämään, miksi yksityisten palvelujen käyttö on yleisempää kaupunkialueilla kuin maaseudulla.



Kuvio L5. Etäisyys käytettyihin yksityisen hammashoidon palveluihin aluetyypin mukaan jaoteltuna

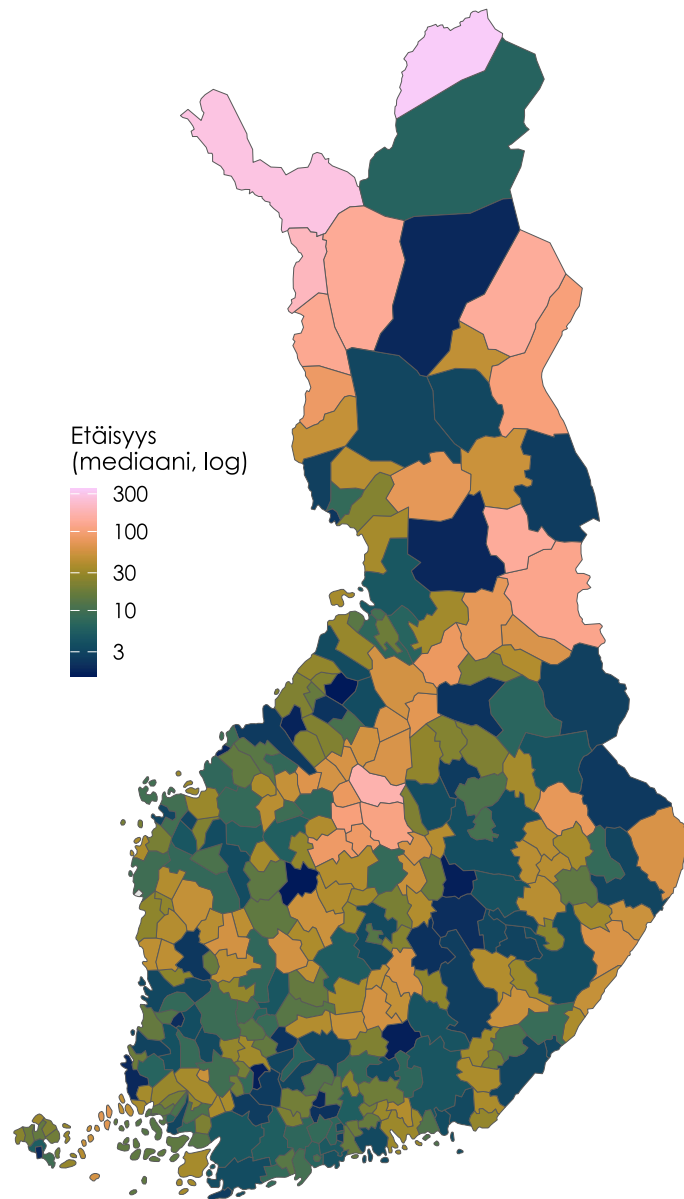
Huomiot: Kuviossa on esitetty keskimääräiset etäisyydet ihmisten asuinpaikan ja heidän käyttämänsä yksityisen hammashoidon toimipaikan välillä linnuntietä pitkin. Lisäksi kuviossa on esitetty 90. persenttiin etäisyys, eli etäisyys, jota lyhyempi 90 prosenttia havaituista matkoista oli. Tunnusluvut on laskettu erikseen kaupunkimaisissa, taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa asuville.

Etäisyys käytettyihin palveluihin kartalla

Kuvio L6 täydentää aluetyyppien mukaista tarkastelua esittämällä etäisyydet kuntatasolla. Kartta havainnollistaa, että ihmisten käyttämien yksityisten hammashoitopalvelujen etäisyydet vaihtelevat huomattavasti kuntien välillä. Keskimääräiset etäisyydet ovat lyhyimpiä suurimmissa kaupungeissa ja niiden lähialueilla, kun taas harvemmin asutuilla alueilla etäisyydet kasvavat selvästi.

Karttatarkastelu tukee samaa johtopäätöstä kuin kuvio L5: yksityisten hammashoitopalvelujen saavutettavuus ei jakaudu Suomessa tasaisesti. Vaikka pääjako kulkee kaupunkien ja maaseudun välillä, eroja on myös saman aluetyypin kuntien välillä. Tämä on tärkeää myös luvussa 6 esitetyn muuttotarkastelun kannalta. Jos yksityiset palvelut sijaitsevat tietyllä alueella jo valmiiksi kaukana asuinpaikasta, muutto voi heikentää aiemmin käytetyn toimipaikan saavutettavuutta ratkaisevasti.

Kartta antaa samalla taustaa raportin muille tuloksille. Jos yksityiset palvelut ovat joillakin alueilla selvästi vaikeammin saavutettavia kuin toisilla, julkinen ja yksityinen sektori eivät muodosta kaikkialla yhtä uskottavia vaihtoehtoja. Tällöin sektorien välinen valinta ei riipu pelkästään hinnoista tai asiakkaiden ominaisuuksista, vaan myös palveluverkoston maantieteellisestä rakenteesta.

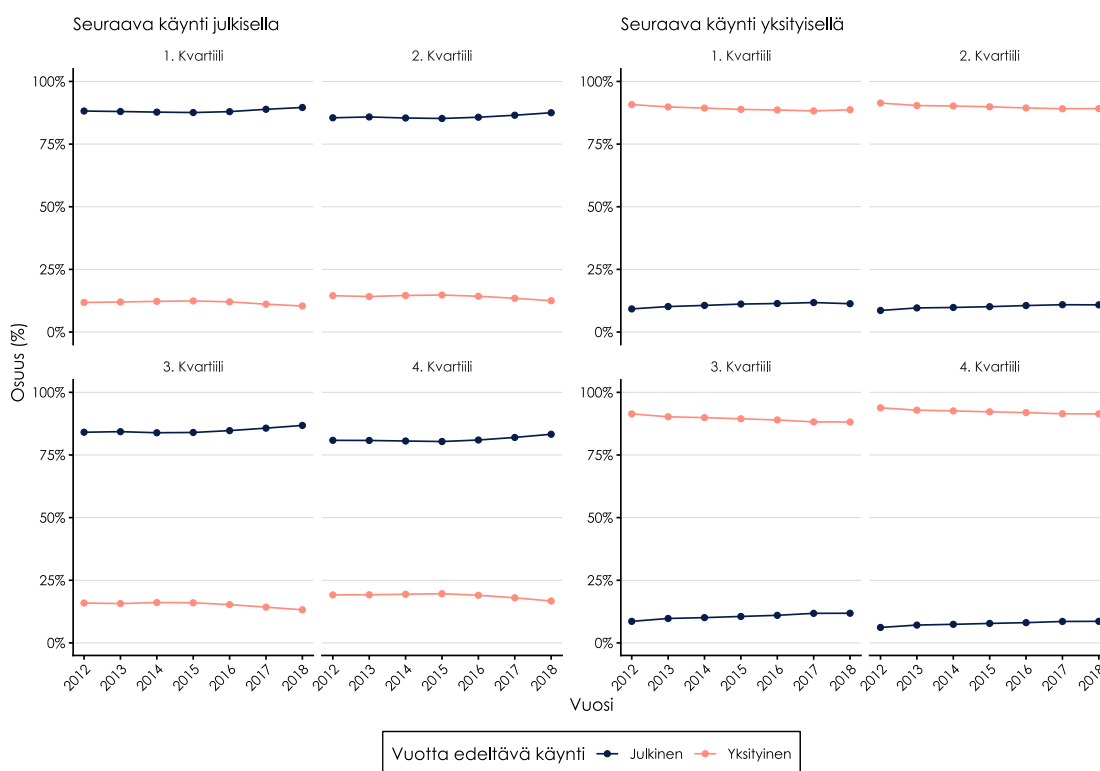


Kuvio L6. Kuntakohtaiset etäisyydet käytettyihin yksityisen hammashoidon palveluihin

Huomiot: Kuviossa on esitetty kuntakohtainen tarkastelu ihmisten asuinpaikan ja heidän käyttämänsä yksityisen hammashoidon toimipaikan välisistä etäisyyksistä. Etäisyydet on laskettu linnuntietä pitkin. Kartta havainnollistaa yksityisten hammashoitopalvelujen saavutettavuuden alueellista vaihtelua Suomessa.

Sektorien väliset siirtymät eri tuloluokissa

Sektorien välistä pysyvyyttä voidaan tarkastella myös eri tuloryhmissä. Vaikka tuloryhmien välillä on eroja, sektorivalinta on kaikissa ryhmissä varsin pysyvää. Kuvio L7 osoittaa, että edellisen ja seuraavan käynnin jakautuminen vaihtelee kuitenkin jonkin verran tulotason mukaan. Julkinen–julkinen-käyntiparien osuus on suurin alimmissa tuloluokissa, kun taas yksityinen–yksityinen-käyntiparien osuus korostuu ylemmissä tuloluokissa. Esimerkiksi alimmassa tuloneljännöksessä julkista käyntiä seurasi uusi julkinen käynti noin 89 % tapauksista, kun ylimmässä tuloneljännöksessä vastaava osuus oli noin 82 %. Yksityisellä sektorilla asetelma oli päinvastainen: alimmassa tuloneljännöksessä yksityistä käyntiä seurasi uusi yksityinen käynti noin 89 % tapauksista, kun ylimmässä tuloneljännöksessä osuus oli noin 92 %. Tämä heijastaa samaa perusjakoa, joka nähtiin jo palvelujen käytön kokonaisjakauksissa: julkisten käyntien osuus pienenee ja yksityisten käyntien osuus kasvaa tulojen noustessa. Tuloryhmittäinen tarkastelu osoittaa ennen kaikkea, että sektorivalinta on vahvasti pysyvää tulotasosta riippumatta. Pieniä eroja on siinä, kummalle sektorille pysyvyys painottuu: pienituloisilla pysyvyys korostuu useammin julkisella sektorilla ja suurituloisilla yksityisellä sektorilla.



Kuvio L7. Siirtymät julkisen ja yksityisen hammashoidon välillä tuloneljännesten mukaan jaoteltuna

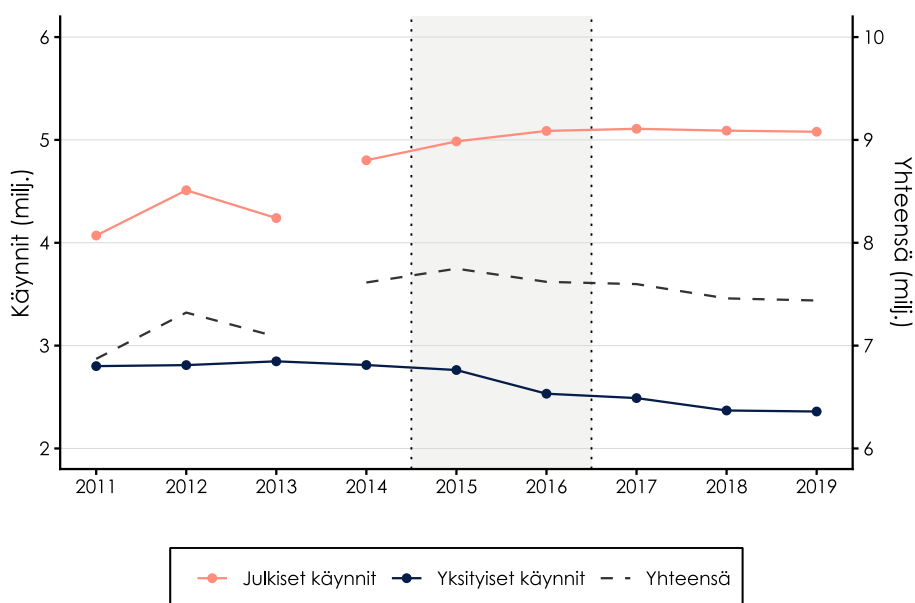
Huomioit: Kuviota varten on määritetty jokaiselle vuodelle, suuntautuiko henkilön kyseistä vuotta edeltävä viimeisin käynti julkiselle vai yksityiselle sektorille, ja vastaavasti mille sektorille henkilön seuraava käynti kohdistui. Vasemmanpuoleinen paneeli kuvaa niiden henkilöiden osalta, joiden seuraava käynti suuntautui julkiselle sektorille, oliko edellinen käynti tehty julkisella vai yksityisellä. Oikeanpuoleinen paneeli esittää vastaavan tarkastelun niille henkilöille, joiden seuraava käynti suuntautui yksityiselle sektorille. Osuudet on esitetty tuloneljännesten mukaan jaoteltuna.

LIITE 3: LISÄANALYYSEJÄ KELA-KORVAUSTEN MUUTOSTEN VAIKUTUKSISTA

Tässä liitteessä on esitetty joitakin luvun 7 havaintoja täydentävien lisäanalyysien tuloksia.

Kokonaiskäynnit

Kuviossa L8 on esitetty kaikkien suomalaisten yhteenlaskettujen julkisten ja yksityisten hammashoidon käyntien lukumäärien kehitys. Kehitys näyttää hyvin samansuuntaiselta luvussa 7 esitetyn kehityksen kanssa. Merkittävin ero on se, että julkisten käyntien taso on päätekstin tarkasteluun verrattuna suurempi, koska kuviossa on nyt mukana myös alle 18-vuotiaiden käynnit. Alle 18-vuotiailla ei ole juurikaan yksityisiä käyntejä, joten yksityisten käyntien kehitys näyttää hyvin samanlaiselta.

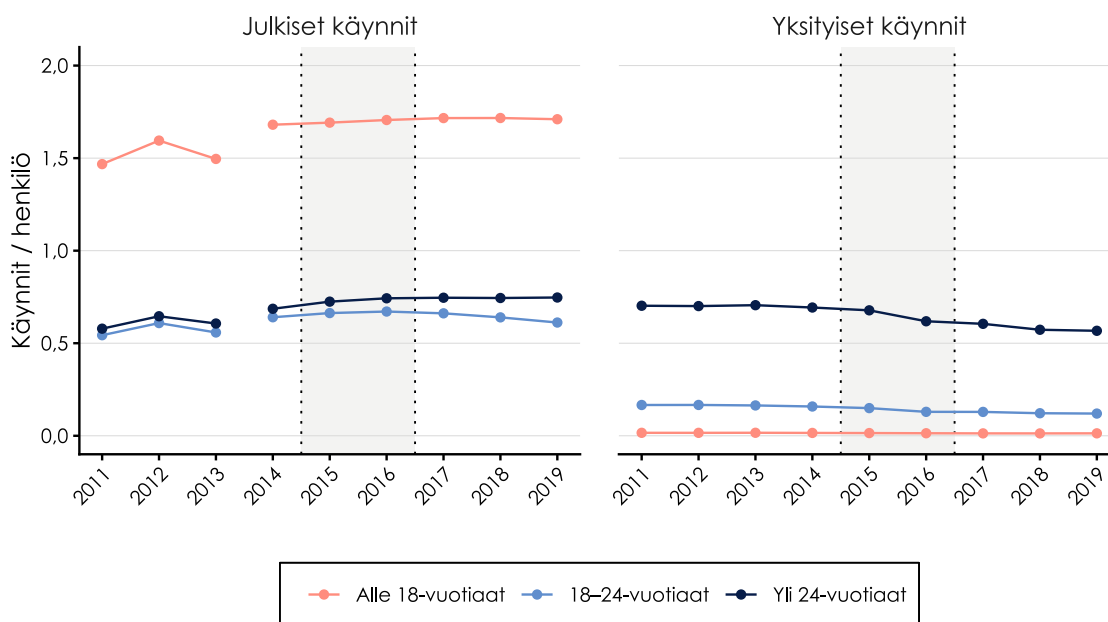


Kuvio L8. Kaikkien julkisten ja yksityisten hammashoidon käyntimäärien kehitys 2010-luvulla

Huomiot: Kuviossa on esitetty tutkimuksen aineistosta laskettujen kaikkien suomalaisten julkisten ja yksityisten käyntimäärien kehitys. Kaikki eri päivämäärille kirjatut toimenpiteet on määritetty omiksi käynneiksi. Saman päivän aikana tehdyt toimenpiteet on puolestaan laskettu osaksi samaa käyntiä.

Käyntimäärät eri ikäryhmissä

Kuviossa L9 on esitetty käyntimäärien kehitys päätekstissä tarkastellun yli 24-vuotiaiden ryhmän lisäksi alle 18-vuotiaille ja 18–24-vuotiaille. Käyntimäärät on suhteutettu ikäryhmän kokoon vertailtavuuden parantamiseksi. Kuvioista havaitaan, että lähes kaikki alle 18-vuotiaiden käynnit suuntautuvat julkiselle sektorille. Tässä ryhmässä on myös eniten käyntejä henkeä kohti, vaikka julkiset ja yksityiset käynnit laskettaisiin yhteen. 18–24-vuotiailla julkisten käyntien määrä henkeä kohti on suurin piirtein samalla tasolla kuin tätä vanhemmilla, mutta yksityisten käyntien määrä on selvästi pienempi.

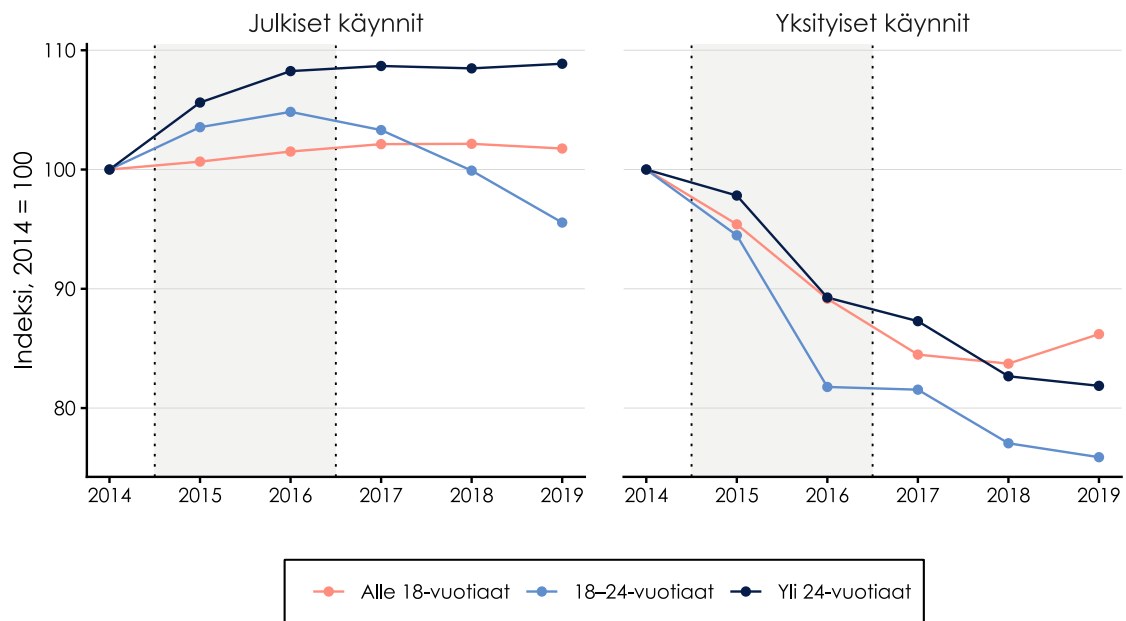


Kuvio L9. Käyntimäärien kehitys eri ikäryhmissä

Huomiot: Kuviossa on esitetty julkisen ja yksityisen hammashoidon käyntimäärien kehitys eri ikäryhmissä. Käyntimäärät on suhteutettu kunkin ikäryhmän kokoon, jotta ryhmät ovat keskenään vertailukelpoisia. Päätekstissä tarkastellun yli 24-vuotiaiden ryhmän lisäksi kuviossa esitetään erikseen alle 18-vuotiaat ja 18–24-vuotiaat. Käynti on määritelty siten, että eri päivinä tehdyt toimenpiteet muodostavat kukin oman käyntinsä, kun taas saman päivän aikana tehdyt toimenpiteet on laskettu osaksi samaa käyntiä.

Kuviossa L10 on tarkasteltu käyntimäärissä tapahtuneita suhteellisia muutoksia eri ikäryhmissä. Julkisten käyntien osalta alle 18-vuotiaiden käyntimäärä henkeä kohti kasvoi vuodesta 2014 vuoteen 2017 noin 2 %, kun taas yli 24-vuotiailla kasvu oli selvästi suurempaa, noin 9 %. 18–24-vuotiaiden ryhmässä julkisten käyntien määrä henkeä kohti kasvoi tarkastelujakson alussa hieman, mutta kääntyi myöhemmin laskuun.

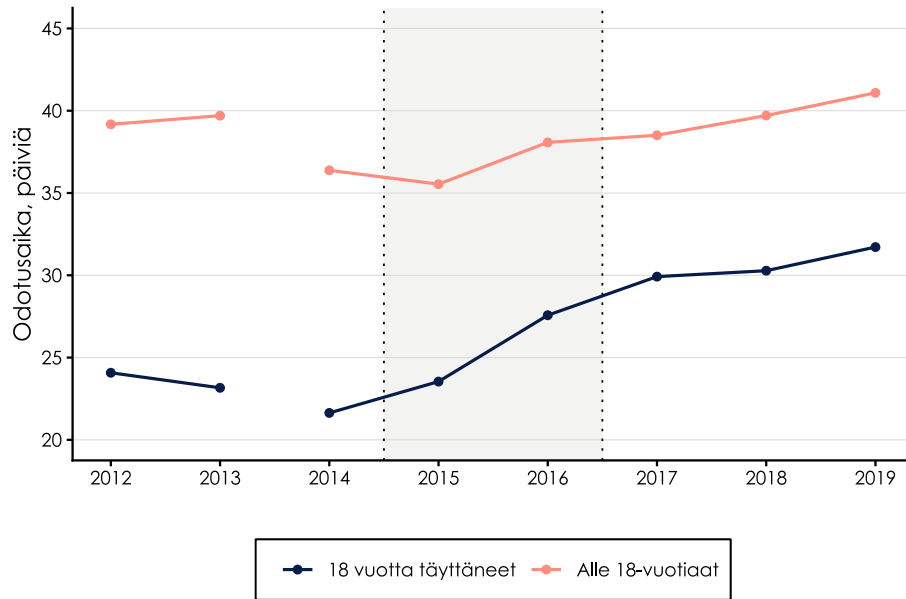
Yksityisten käyntien osalta suhteelliset laskut ovat eri ikäryhmissä suunnilleen samansuuruisia. Tämän tulokinnassa on kuitenkin syytä huomata, että alle 18-vuotiailla yksityisten käyntien määrä on lähtökohtaisesti hyvin vähäinen. Yli 24-vuotiailla yksityisten käyntien määrä henkeä kohti laski vuodesta 2014 vuoteen 2017 noin 13 %.



Kuvio L10. Käyntimäärien muutokset eri ikäryhmissä

Huomiot: Kuviossa on esitetty julkisen ja yksityisen hammashoidon käyntimäärien suhteellinen muutos eri ikäryhmissä. Käyntimäärät on suhteutettu kunkin ikäryhmän kokoon, jotta ryhmät ovat keskenään vertailukelpoisia. Kuviossa esitetään erikseen alle 18-vuotiaat, 18–24-vuotiaat ja yli 24-vuotiaat. Käynti on määritelty siten, että eri päivinä tehdyt toimenpiteet muodostavat kukin oman käyntinsä, kun taas saman päivän aikana tehdyt toimenpiteet on laskettu osaksi samaa käyntiä.

Kuviossa L11 on esitetty julkisen hammashoidon suun perustutkimuksen odotusajan kehitys alle 18-vuotiaille ja 18-vuotta täyttäneille. Alle 18-vuotiaiden odotusajat ovat tutkimusaineistossa keskimäärin hieman pidempiä, mutta niissä ei havaita vastaavaa kasvua kuin yli 18-vuotiaiden käynneissä.



Kuvio L11. Jonotusajat eri ikäryhmissä

Huomiot: Kuviossa on esitetty julkisen suun terveydenhuollon tutkimuskäyntien keskimääräisen odotusajan kehitys. Odotusaika on laskettu vuorokausina käynnin päivämäärän sekä ensimmäisen yhteydenoton tai ajanvarauksen ajankohdan erotuksena. Kuviossa esitetään odotusaika erikseen alle 18-vuotiaille ja 18-vuotta täyttäneille. Odotusajat on laskettu painotettuna keskiarvona toimenpiteistä SAA01 (suun tutkimus, suppea) ja SAA02 (suun perustutkimus).

LIITE 4: ARVIO JULKISEN SEKTORIN LISÄKÄYNTIEN KUSTANNUKSISTA

Taulukkoon L1 on koottu tietoja julkisen sektorin eri kustannus- ja maksueristä ja käyntimääristä jaoteltuna 0–17 vuotiaisiin ja 18-vuotta täyttäneisiin. Tiedot perustuvat pääosin THL:n ylläpitämästä Sotkanet -palvelusta haettuihin tietoihin. Tiedot on haettu palvelusta kuntakohtaisesti ja summattu taulukkoa varten. Jäljempänä esitetyt kustannusregressiot perustuvat pääosin samoihin tietueisiin.

Taulukon toisessa sarakkeessa on esitetty bruttokustannusten kehitystä. Tieto perustuu Sotkanetin muuttujaan *Suun terveydenhuollon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa*. Kolmannessa sarakkeessa on esitetty tietoa asiakasmaksuista. Muista muuttujista poiketen se perustuu Tilastokeskuksen tietokannasta haettuun tietoon.¹¹ Jäljempänä kustannusregressioissa on hyödynnetty Sotkanetista kuntakohtaisesti saatavilla olevaa *Suun terveydenhuollon käyttötuotot, yhteensä*. Se koostuu pääosin asiakasmaksuista, mutta sisältää vähäisessä määrin myös muita eriä. Nettokustannuksia koskevat tiedot on kustannusregressiossa laskettu perustuen käyttökustannusten ja käyttötuottojen erotukseen. Taulukossa ne taas perustuvat käyttökustannusten ja asiakasmaksujen väliseen erotukseen.

Neljännän ja viidennen sarakkeen käyntitiedot perustuvat Sotkanetin muuttujiin *Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä 0–17-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä*, *Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä 18–64-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä* ja *Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä 65 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavan ikäistä* sekä Tilastokeskuksesta haettuihin tietoihin eri kuntien väestörakenteesta.

Kuudennessa sarakkeessa esitetty tieto bruttokustannuksesta on saatu jakamalla käyttötuotot käyntimäärillä. Seitsemännen sarakkeen tiedot on taas saatu jakamalla asiakasmaksut 18-vuotta täyttäneiden käynneillä. Julkisen nettokustannukset on saatu alaikäisille suoraan bruttokustannuksesta ja 18-vuotta täyttäneille vähentämällä bruttokustannuksesta asiakasmaksut.

¹¹ Tilastokeskuksen aineistosta se oli saatavilla vain koko maata koskien.

Vuosi	Bruttokustannukset, euroa (milj.)	Asiakasmaksut, euroa (milj.)	0–17-vuotiaiden käynnit (milj.)	18 vuotta täyttäneiden käynnit (milj.)	Käynnit yhteensä (milj.)	Bruttokustannus / käynti	Asiaksmaksut / 18 vuotta täyttäneiden käynti	Julkinen nettokustannus / 0–17-vuotiaan käynti	Julkinen nettokustannus / 18 vuotta täyttäneen käynti
2011	501,56	102,00	1,75	2,64	4,39	114,20	38,57	114,20	75,63
2012	530,39	103,00	1,85	2,93	4,78	110,86	35,16	110,86	75,70
2013	561,27	107,00	1,92	3,06	4,98	112,69	34,96	112,69	77,73
2014	574,44	118,00	2,01	3,26	5,27	109,01	36,19	109,01	72,82
2015	604,86	138,00	2,01	3,47	5,48	110,32	39,78	110,32	70,53
2016	600,19	165,00	2,02	3,52	5,54	108,31	46,82	108,31	61,49
2017	583,62	171,00	2,02	3,55	5,57	104,83	48,22	104,83	56,61
2018	619,21	167,00	1,99	3,52	5,51	112,36	47,48	112,36	64,88
2019	610,49	172,00	2,01	3,63	5,64	108,27	47,37	108,27	60,90

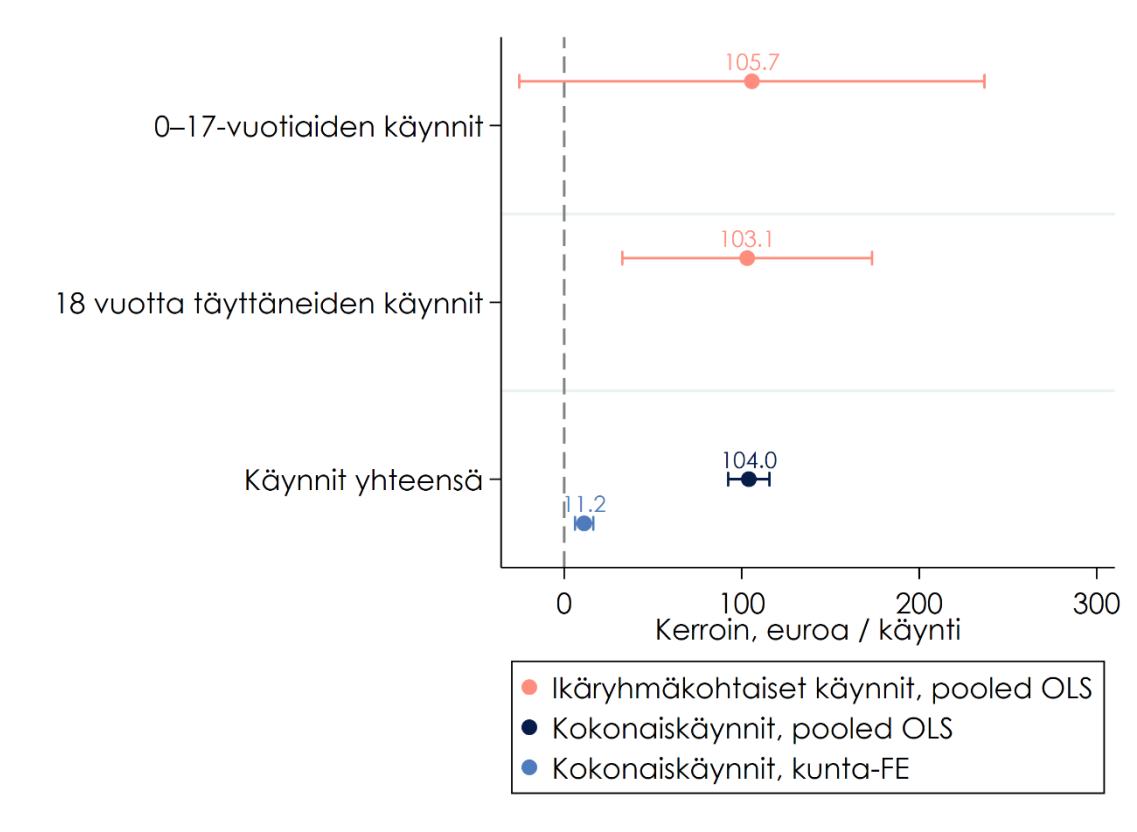
Taulukko L1. Arvio keskimääräisistä käyntikustannuksista

Huomiot: Kokonaiskustannuksia koskeva tieto perustuu THL:n Sotkanet palvelusta haettuun muuttajaan "Suun terveydenhuollon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa". Asiakasmaksuja koskeva tieto perustuu Tilastokeskuksen kuntatason tilastoihin ks. tarkemmin taulukon 3 huomiot. 0–17-vuotiaiden käyntejä koskevat tiedot perustuvat THL:n Sotkanet palvelusta haettuun muuttajaan "Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä 0–17-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä" sekä Tilastokeskuksen väestörakennetilastoon. 18 vuotta täyttäneiden käynnit taas on saatu summaamalla Sotkanet -palvelun muuttajat "Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä 18–64-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä" ja "Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä 65 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavan ikäistä". Kaikki tietueet on haettu Tilastokeskuksen ja Sotkanetin tietokannoista kuntakohtaisesti ja summattu yhteen koko maata koskevien lukujen laskemiseksi.

Alaluvussa 7.6 esitetyssä kustannusanalyysissä estimoitiin kolme regressiomallia, joissa selitettävänä muuttujana ovat kuntien suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset euroina. Ensimmäisessä mallissa selittäjinä ovat 0–17-vuotiaiden ja 18 vuotta täyttäneiden käyntimäärät erikseen. Toisessa mallissa selittäjänä käytetään kaikkien ikäryhmien yhteenlaskettua käyntimäärää. Molemmat näistä malleista estimoidaan pooled OLS-mallina, jossa hyödynnetään sekä kuntien välistä että kuntien sisäistä vaihtelua. Kolmannessa mallissa selittäjänä on niin ikään kokonaiskäyntimäärä, mutta malli sisältää kuntakiinteät vaikutukset. Tällöin identifikaatio perustuu saman kunnan ajassa tapahtuvaan vaihteluun. Kaikissa malleissa huomioidaan vuosivaikutukset, käytetään vuoden 2011 väestöllä painotettuja havaintoja ja keskivirheet klusteroidaan kuntatasolla.

Kuvio L12 esittää tulokset. Ikäryhmäkohtaisessa pooled OLS-mallissa sekä 0–17-vuotiaiden että 18 vuotta täyttäneiden käyntien kertoimet ovat hyvin samansuuruisia: alle 18-vuotiaiden käynnin kerroin on noin 106 euroa ja aikuisväestön käynnin kerroin noin 103 euroa. Tämä viittaa siihen, että poikkileikkausvaihteluun perustuvassa mallissa yhden lisäkäynnin yhteys nettokustannuksiin on käytännössä sama molemmissa ikäryhmissä. Luottamusvälit ovat kuitenkin leveämmät erityisesti lasten ja nuorten käynneille. Tämä selittyy sillä, että 0–17-vuotiaiden ja 18 vuotta täyttäneiden käyntien välillä on voimakas korrelaatio ja se osaltaan vaikuttaa mallin tuottamiin keskivirheisiin.

Kun käynnit yhdistetään kokonaiskäyntimääräksi, pooled OLS-malli antaa lähes saman arvion: yksi lisäkäynti on yhteydessä noin 104 euron suurempiin nettokustannuksiin. Tämä tukee tulkintaa, että yksinkertainen kokonaiskäyntimalli kuvaa aineiston keskimääräistä kustannus–käynti-suhdetta varsin johdonmukaisesti. Sen sijaan kuntakiinteiden vaikutusten malli tuottaa huomattavasti pienemmän kertoimen, noin 11 euroa käyntiä kohden. Kuntakiinteiden vaikutusten malli hyödyntää vain saman kunnan ajassa tapahtuvaa vaihtelua, jolloin arvion voi ajatella kuvaavan lyhyemmän aikavälin sisäistä yhteyttä käyntimäärien ja nettokustannusten muutosten välillä.



Kuvio L12. Lisäkäyntien yksikkökustannusten arvioiminen regressiomallilla

Huomiot: Kuviossa esitetään piste-estimaatteja regressioista, joissa selitettävänä muuttujana on Sotkanet -tietokannasta haettu muuttuja "Suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset". Selittävinä muuttujina on joko alaikäisten ja täysi-ikäisten käynnit eroteltuna tai summattuna. Näiden muuttujien tilastolähde on kuvattu taulukon L1 huomioissa. Aineisto on kuntakohtainen ja sisältää vuodet 2011–2019.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston Tutkimusraportteja 3/2026

Kilpailu- ja kuluttajavirasto

PL 5, 00531 Helsinki

Puhelin 029 505 3000 (pvm/mpm)

kirjaamo@kkv.fi • www.kkv.fi