

Valtionosuusjärjestelmän muutos ja terveyskeskusten hammashuollon käyttökustannukset

Pekka Utriainen, Eeva Widström ja Kimmo Pakkala

REFORM OF STATE SUBSIDIES AND DENTAL CARE COSTS AT FINNISH HEALTH CENTRES

State subsidies to local municipalities aimed to facilitate the organization of equal welfare services for local populations in Finland. The old system was based on subsidization of defined proportions of the total costs. The system was changed in 1993, and the subsidy was based on demographic factors and disease prevalences. The aim of this study was to analyse public dental care costs and services offered by the PDS before and after the reform.

Information on input and output of dental care was collected from chief dentists in the local municipalities in 1991 and 1994 using a questionnaire. Comparable information of both years was received from 132 health centers (54%). Linear regression analysis was used to study correlations between input and output measures and the amount of state subsidy, and variance analysis to study the correlations between the subsidies and the coverage of services.

Local municipalities that received high state subsidy offered dental treatment for a greater proportion of their inhabitants than those having a low subsidy before the reform. Very often, the whole population was entitled to use the PDS. At the same time, the costs of dental visits were high. After the reform the costs decreased but the coverage did not change. In the other health centres, where subsidies were low, no changes were seen.

Key words: organization of dental services, Public Dental Service, reform of state subsidies

JOHDANTO

Kuntien taloudellisen aseman huomioon ottaminen valtion tukea jaettaessa muodostui kuntien valtionapujärjestelmän kehittämisen keskeiseksi tavoitteeksi 1950-luvulla. Päämääränä oli luoda kaikille kunnille tasaveroiset edellytykset keskeisten yhteiskunnallisten palvelujen järjestämiseen ja ylläpitoon. Kunnat jaettiin kymmeneen kantokryluokkaan. Päämääränä oli luoda kaikille kunnille tasavertaiset edellytykset keskeisten yhteiskunnallisten palvelujen järjestämiseen ja ylläpitoon. Alimpaan kantokryluokkaan kuuluvat

kunnat saivat käyttökustannuksiinsa eniten valtionosuutta, ylimpään luokkaan kuuluvat vähiten. Vuonna 1991 valtion osuus oli ylimmässä luokassa 29 % ja alimmassa 66 %. Sosiaaliministeriö ja Kantokryluokituslautakunta vahvistivat luokat vuosittain (Virkkunen ym. 1993). Kantokryluokan määritykseen vaikutti eniten kunnan asukasta kohti laskettu veroäyrimäärä, mutta myös terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja sivistystoimen käyttömenoista aiheutunut rasitus sekä kunnan tuotamien tai kustantamien palvelujen tarpeellisuus ja taso otettiin huomioon. Lisäksi otettiin huomioon erilaisia paikkakuntakohtaisia tekijöitä, kuten taajamarakenne ja kaksikielisyys yms (Laki kuntien kantokryluokituksista, 1985).

Valtionosuusjärjestelmää uudistettiin maaliskuussa 1993 (Kuntien valtionosuuslaki, 1992). Uusi järjestelmä oli perusteiltaan laskennallinen. Siinä valtionosuudet maksettiin suoraan kunnille myös niiden palvelujen osalta, joiden tuottamisesta vastasi vanhassa järjestelmässä kuntainliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkohtaiset valtionosuudet määräytyivät vuosina 1993–1995 kunnan asukasmäärän, asukkaiden ikärakenteen, työttömyysasteen, sairastavuuden, asukastiheyden ja kunnan pinta-alan sekä saaristaisuuden mukaan. Näiden tekijöiden katsottiin kuvaavan palvelujen tarvetta, määrää ja painotusta. Lisäksi kunnan aikaisempi kantokryluokka otettiin huomioon. Kantokryluokitus poistettiin valtionosuusperusteena vuoden 1996 alussa ja samalla edellä mainittujen muiden tekijöiden painotuksia muutettiin. Vuoden 1997 alussa jakokriteereitä ja niiden painotuksia tarkistettiin. Uusiksi kriteereiksi tulivat kunnan asukasmäärä, väestön ikä ja elinkeinorakenne, työttömyys, sairastavuus, saaristolaisuus ja syrjäisyys. Kuntien taloudellisia eroja tasataan kantokryluokituksen poistuttua kuntien verotulojen tasauksella sekä harkinnanvaraisella valtion avustuksella. Myös kuntien hallintoa ja toimintaa ohjaavia normeja on purettu ja kevennetty 1990-luvun alussa.

Kunnalliseen suun terveydenhuoltoon kohditi 1990-luvun alkuun saakka melko vähän toi-

minnan taloudellisuuteen tai tehokkuuteen liittyviä paineita. Hoidon kysyntää pyrittiin tyydyttämään voimavaroja lisäämällä eikä hallinnon, toimintatapojen ja johtamisen tuloksellisuuteen kiinnitetty erityistä huomiota. Valtion lisätessä kuntien tehtäviä se sitoutui myös vastaamaan osasta kustannuksia maksamalla niistä osan. Painopistealueiden kartoittaminen tai lisävoimavarojen antaman rajahyödyn arviointi oli hammashoidossa harvinaista.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli analysoida terveyskeskusten hammashuollon panoksia, tuotoksia ja käyntikerran kustannuksia ennen valtionosuusjärjestelmän uudistusta ja sen jälkeen. Lisäksi haluttiin selvittää valtionosuusjärjestelmän uudistuksen mahdollisesti aiheuttamia muutoksia suun terveydenhuoltopalvelujen laajuuteen.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Hammashuollon kustannuksia ja tuotoksia koskevat tiedot kerättiin vuosilta 1991 ja 1994 johtavilta hammaslääkäreiltä Stakesin tekemillä kyselyillä (Widström & Utriainen 1994). Molemmilta vuosilta vertailukelpoiset tiedot saatiin 132 terveyskeskuksesta (54 %) (taulukko 1). Vuoden 1991 kustannustiedot muutettiin vuoden 1994 tasolle terveydenhuollon hintaindeksillä. Korjauskertoimena käytettiin lukua 1,067.

Tuotosta mitattiin potilaskäynneillä ja panoksia käyttökustannuksilla. Käyttökustannukset muo-

dostuivat henkilöstön palkkakustannuksista, materiaalikustannuksista, ostopalvelujen, vuokrien ja muun toiminnan aiheuttamista kustannuksista. Palvelutarjonnan laajuus selvitettiin erikseen Stakesin vuodelta 1996 keräämästä aineistosta (Widström ym. 1997).

Kantokyykyluokkina käytettiin yhden kunnan omistamien terveyskeskusten osalta vuodelle 1991 vahvistettuja kantokyykyluokkia ja kuntainliittojen omistamien terveyskeskusten osalta vuodelle 1991 vahvistettujen kuntainliittoon kuuluneiden kuntien väestön määrällä painotettua kantokyykyluokkien keskiarvoa.

Tuotosten, panosten ja yksikkökustannusten yhteyttä kunnan saamaan valtionosuuteen tutkittiin lineaarisella regressioanalyysillä. Hoidon laajuuden yhteyttä kantokyykyluokkaan tutkittiin varianssianalyysillä.

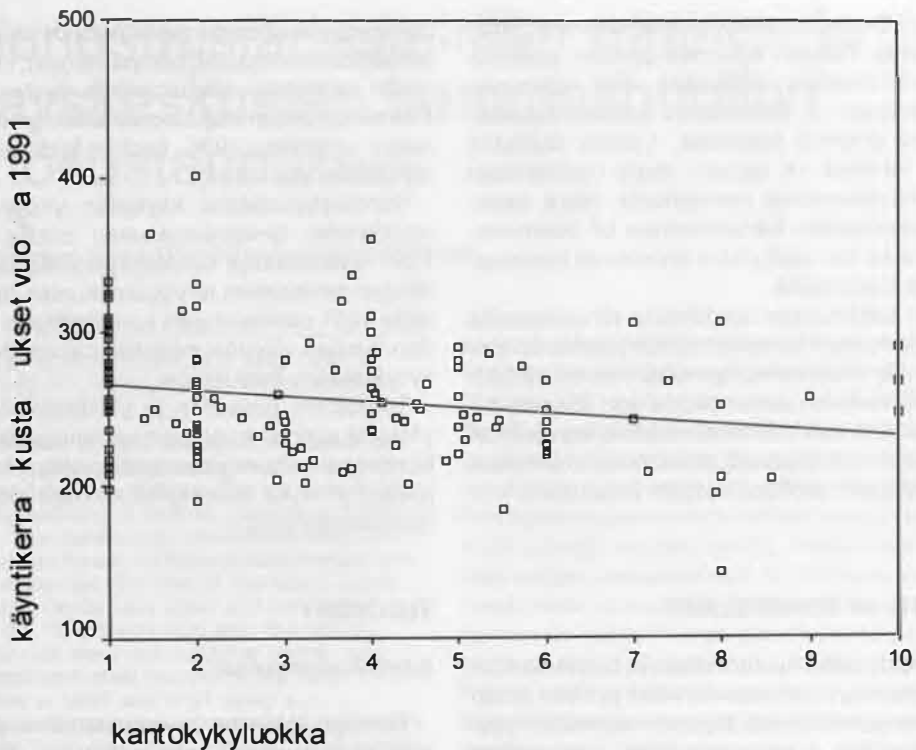
TULOKSET

Käyttökustannukset

Terveyskeskusten hammashuollon käyttökustannukset asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 1991 keskimäärin 297 markkaa (179–497 mk) ja vuonna 1994 keskimäärin 279 markkaa (146–531 mk). Molempina vuosina käyttökustannukset olivat sitä korkeammat mitä enemmän kunta sai valtionosuutta ($p=0,000$). Valtionosuusprosentin kasvaessa kustannukset asukasta kohti lisääntyivät. Yhden yksikön aleneminen kantokyykyluo-

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden kuntien kantokyykyluokat, sekä väestömäärän, hammashoitohenkilöstön ja DMF-indeksin (=reikiintyneiden, poistettujen ja paikattujen hampaiden lukumäärä) keskiarvot vuonna 1991.

Kantokyyky-luokka	Väestömäärä	Asukkaita hammaslääkäriä kohti	Hammas- lääkärien määrä tk:sta kohti	Avustavaa henkilöstöä yhteensä per hammas- lääkäri	17-vuotiaiden DMF-indeksi
1 (N=35)	9606	2100	4,3	1,7	5,2
2 (N=24)	13079	2163	6,2	1,5	5,5
3 (N=18)	15065	2187	7,3	1,6	4,8
4 (N=19)	18469	2297	7,8	1,6	4,4
5 (N=13)	33374	2657	14,4	1,4	5,0
6 (N=8)	38245	3199	14,7	1,6	4,1
7 (N=6)	26238	3252	10,3	1,5	3,8
8 (N=5)	83590	3555	28,3	1,6	4,3
9 (N=1)	154893	2538	66,0	1,7	4,6
1 (N=3)	225360	2951	68,5	1,4	4,1
Yhteensä (N=132)	26078	2337	10,3	1,6	4,9



Kuvio 1. Potilaskäynnin kustannukset suhteessa kunnan kantokyläluokkaan vuonna 1991.

kassa lisäsi käyttömenoja keskimäärin 12 markkaa asukasta kohti vuonna 1991 ($R^2 = 0.16$, $F = 25.2$) ja 13 markkaa vuonna 1994 ($R^2 = 0.22$, $F = 57.6$).

Käyttökustannukset hammaslääkäriä kohti laskettuina olivat 673 000 markkaa (466 000–1 050 000 mk) vuonna 1991 ja 644 000 markkaa (383 000–1 019 000 mk) vuonna 1994. Mikäli kantokyläluokka aleni yhdellä luokalla, käyttökustannukset kasvoivat keskimäärin 10 180 markkaa hammaslääkäriä kohti vuonna 1991 ($p=0.024$, $R^2=0.3$, $F=5.2$). Vuonna 1994 käyttökustannuksilla ja kantokyläluokalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä toisiinsa.

HAMMASHUOLLON KÄYNNIT

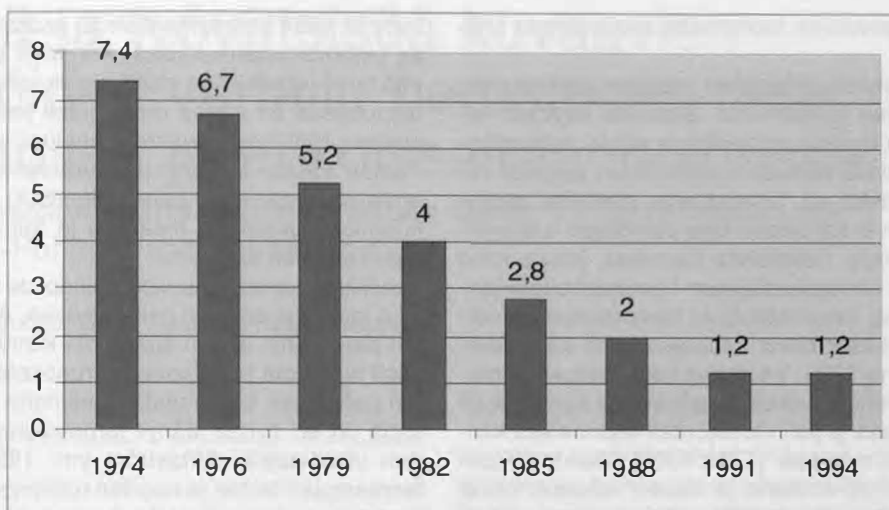
Vuonna 1991 tehtiin tutkimuskunnissa keskimäärin 2 656 potilaskäyntiä hammaslääkäreille. Vuonna 1994 käyntien keskiarvo oli 2 600. Käyntien määrällä hammaslääkäriä kohti ei ollut yhteyttä kantokyläluokkaan kumpanakaan tutkimusvuonna.

HAMMASHUOLLON KÄYNTIEN AIHEUTTAMAT KUSTANNUKSET

Käyntien aiheuttamat kustannukset olivat keskimäärin 254 markkaa (142–400 mk) vuonna 1991 ja 245 markkaa (122–377) vuonna 1994. Potilaskäynnin kustannukset ja kantokyläluokka olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toisiinsa vuonna 1991. Kantokyläluokan laskiessa yhdellä luokalla lisääntyi käyntikerran kustannus keskimäärin 4 markkaa ($p=0.007$, $R^2=0.05$, $F=7.5$) (kuvio 1). Vuonna 1994 käyntikerran kustannuksella ja kantokyläluokalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

PALVELUTARJONNAN LAAJUUS VUONNA 1996

Niissä kunnissa, joissa koko väestöllä oli mahdollisuus käyttää terveyskeskushammashoidon palveluja vuonna 1996, kantokyläluokan suuruus oli keskimäärin 2,5 vuonna 1991. Vastaavasti sellaisissa kunnissa, joissa hoitoon pääsivät kan-



Kuvio 2. 12-vuotiaiden hampaiden terveyden kehitys reikiintyneiden, paikattujen ja poistettujen hampaiden määrää mittaavalla DMFT-indeksillä vuodesta 1974 vuoteen 1994 terveystieteissä.

santerveysasetuksen ensisijaisesti määrittelemät ryhmät (vuonna 1956 syntyneet ja nuoremmat) kantokyluokka oli keskimäärin 4,2. Kunnissa, joissa hoitoon pääsyä oli rajoitettu alle asetuksen, kantokyluokka oli keskimäärin 5,1. Ero koko väestölle tarjoavien kuntien ja hoitoon pääsyä rajoittaneiden kuntien kantokyluokkien keskiarvojen välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,000$).

POHDINTA

Puolet maamme terveystieteistä (54 %) oli mukana aineistossa ja myös kaikki kantokyluokat olivat edustettuina, joten tulosten voidaan katsoa antavan hyvän kuvan terveystieteiden tilanteesta.

Terveystieteiden hammashuolto on ollut makutonta alle 19-vuotiaille kun taas tätä vanhemmilta peritään hoidosta maksut, joita yhteiskunta subventoi. Väestön mahdollisuudet käyttää terveystieteiden palveluja vaihtelevat huomattavasti ja riippuvat iästä ja asuinpaikasta. Puolet terveystieteistä tarjosi hammashoitopalveluja koko väestölleen vuonna 1996 (1,2 miljoonaa asukasta) ja kolmannes (35%, 2,1 miljoonaa asukasta) kansanterveysasetuksen mukaan vuonna 1956 syntyneille ja sitä nuoremmille. Loput 15 % terveystieteistä (1,7 miljoonaa asukasta) rajoitti palvelutarjontansa asetusta suppeammaksi (Widström ym. 1997.b). Koko väestölle palveluita tarjottiin etupäässä pienehköissä kunnissa.

Eniten terveystieteen palveluja oli rajoitettu suurissa kaupungeissa, joissa oli laaja yksityissektori. Palvelujen käyttäjien näkökulmasta terveystieteiden hammashoitopalvelut ovat yksityissektorin palveluja edullisempia myös niissä ikäryhmissä, jotka saavat sairausvakuutuskorvauksia yksityissektorilta hankitusta hammashoidosta.

Terveystieteissä annetun hammashoidon laatua on koko toiminnan ajan mitattu hampaitten reikiintymistä mittaavalla DMFT-indeksillä eri ikäryhmissä. Täysin terve hampaisten osuus on noussut ja indeksin keskiarvo pienentynyt lapsilla ja nuorilla aikuisilla (kuvio 2).

Tämän tutkimuksen tuloksista ilmeni, että ennen valtionosuusuudistusta paljon valtionosuutta saavissa kunnissa palveluja tarjottiin keskimääräistä laajemmalle väestölle kuin vähän valtionosuutta saavissa kunnissa ja että useissa paljon valtionosuutta saaneissa kunnissa koko väestölle oli mahdollisuus käyttää terveystieteiden hammashuollon palveluja. Kuitenkin samanaikaisesti samoissa terveystieteissä käyntikerran kustannukset olivat korkeat. Valtionosuusuudistuksen jälkeen käyntikerran hinta aleni, mutta väestö sai edelleen palveluja ts. palvelujen laajuutta ei supistettu. On mahdollista, että valtionosuusuudistus myötävaikuttanut tuottavuuden paranemiseen ja palvelujen laajuus pystyttiin säilyttämään. Näiden terveystieteiden alueella asuva väestö hyötyi uudistuksesta sekä veronmaksajina että palvelujen käyttäjinä. Tuottavuuden nousuun on saattanut vaikuttaa myös vuosien 1990–1993 talouslama, joka pakotti katsomaan

kuntien palvelujen tuottamista aikaisempaa kriittisemmin.

Terveyskeskustilastojen mukaan hammashoitopalvelujen tarjoaminen aikuisille näyttäisi aiheuttavan kunnille suhteellisen vähän lisäkustannuksia, koska kiinteät kustannukset pysyvät vakiona, vaikka yli 18-vuotiailta potilailta perityt maksut eivät kokonaan kata palvelujen tuotokustannuksia. Sellaisissa kunnissa, joissa koko väestö on terveyskeskuksen hammashoitotarjonnan piirissä, keskimääräiset hammashuollon nettokustannukset olivat asukasta kohti 231 markkaa vuonna 1994. Vastaava luku asetuksen mukaisille ryhmille palveluja tarjoavissa kunnissa oli 214 markkaa ja palvelutarjontaa rajanneissa kunnissa 198 markkaa (STM 1997). Kaikissa kunnissa alle 19-vuotiaat ja nuoret aikuiset olivat suurin potilasryhmä eikä heidän suun terveydesään ole alueellisia eroja.

Tuotoksiin valtiosuusuudistuksella ei näyttänyt olevan yhteyttä. Mielenkiintoista oli sensijaan havaita, että valtiosuusuudistuksen jälkeen eivät hammaslääkäreitä kohti lasketut käyttökustannukset enää olleet merkittävästi yhteydessä kantokykyluokkaan.

Vuosia 1982–1985 koskevassa tutkimuksessa, jossa kartoitettiin valtiosuuden ja hammashuollon kustannusten yhteyttä, todettiin, että hammashuollon käyntikerran ja hoidetun potilaan kustannukset olivat sitä korkeammat mitä suuremman osuuden kunta sai kustannuksiinsa valtiosuutta (Utriainen & Widström 1990). Tässä tutkimuksessa potilaskäynnin keskimääräinen kustannus oli vuonna 1991 yhteydessä kantokykyluokkaan siten, että paljon valtiosuutta saaneiden kuntien potilaiden käyntikerran kustannukset olivat suuremmat kuin vähän valtiosuutta saaneiden kuntien. Vuonna 1994 vastaavaa eroa ei enää havaittu. Valtiosuusuudistus näytti myötävaikuttavan käyntikerran kustannusten pienenemiseen niissä kunnissa, jotka saivat runsaasti valtiosuutta vuonna 1991. Käyntikerran kustannusten laskun selitti pääasiallisesti kustannusten pieneneminen, eikä tuotoksen lisääntyminen.

Vaikka käyntikerran kustannusten erot eri kantokykyluokkiin kuuluvien terveyskeskusten välillä näyttäisivät poistuneen valtiosuusuudistuksen myötä, oli terveyskeskusten välillä edelleen

vuonna 1994 huomattavia eroja asukaskohtaisissa yksikkökustannuksissa. Aiemmin on todettu, että terveyskeskusten välillä hammashuollon tuotavuudessa on suuria eroja, jotka johtuvat pääasiassa tuotoksen eroista (Utriainen ym. 1993). Tämän vuoksi kustannusten karsimisen ohella terveyskeskuksissa tulisi kiinnittää enemmän huomiota tuotoksen määrään ja toiminnalla aikaansaatuihin tuloksiin.

Julkisen hammashuollon painopiste on pitkään ollut lasten ja nuorten hoitamisessa. Aikuisväestön palveluihin ei sen sijaan ole kiinnitetty riittävästi huomiota ja paikoitellen runsaasta yksityisten palvelujen tarjonnasta huolimatta osa väestöstä on eri syistä jäänyt tarpeellisten palveluiden ulkopuolelle (Widström ym. 1997.a). Yhä terveempien lasten ja nuorten rutiinomaisia tarkastuksia ja preventiivisiä toimenpiteitä karsimalla ja oikomishoidon indikaatioita täsmentämällä toimintaa voitaisiin terveyskeskuksissa suunnata uudelleen. Suun terveydenhuoltoon kohdistuu muutospaineita sekä tuottavuus- että vaikuttavuusnäkökulmasta, jotta terveyskeskusten hammashuollon organisaatio toimisi optimaalisesti.

LÄHTEET

- Sosiaal- ja terveysministeriö, sosiaali- ja terveystalvosasto: Ehdotus suun terveydenhuollon palvelujen kehittämishankkeeksi. Suomen hammaslääkärilehti 1997:4(21):2040–2041.
- Utriainen P, Widström E: Economic aspects of dental care in Finnish health centers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18:235–8.
- Utriainen P, Sintonen H, Widström E: Terveyskeskusten hammashuollon kokonaistuottavuus. *Hallinnon tutkimus* 1993;12:40–46.
- Virkkunen P, Kandelberg K, Komulainen T, Lappi R: Tehokkaat terveystalvosastot vuonna 2000. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto, Helsinki 1993.
- Widström E, Utriainen P: Ennakkotiedot suun terveydenhuollon kustannuksista ja tuotoksista terveyskeskuksissa vuonna 1994. *Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Aiheita* 3/1996.
- Widström E, Utriainen P, Lehto J: Hammashoittoon myönnetyn toimeentulotuen määrä on kasvanut. *Sosiaaliturva* 1997;85(21)20–22.
- Widström E, Utriainen P, Pietilä I: Suun terveydenhuollon palvelutarjonta terveyskeskuksissa 1996. *Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Aiheita* 12/1997.