

Yksityiset hammashoitopalvelut Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa

Toimialan kehitys, menestys ja haasteet

HENNAMARI MIKKOLA – EEVA WIDSTRÖM – SAMI JAUHAINEN – ARTO VESIVALO

Johdanto

Useimmissa Euroopan maissa yksityissektorilla on hammashoidossa suurempi merkitys kuin muussa terveydenhuollossa. Näin on myös valtaosin verorahoitteisissa terveydenhuoltojärjestelmissä Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa. Kaikissa näissä maissa on asetettu tavoitteeksi tehokkaasti ja tasa-arvoisesti järjestetyt hammashoitopalvelut, joissa potilas voi valita joko yksityisten tai julkisten palvelujen käytön. Kuitenkin lasten, nuorten ja erityisryhmien hoidoista sekä vaativasta, usein sairaalatasoisesta erikoishammashoidosta vastaa näissä maissa julkinen sektori; yksityissektori palvelee pääosin aikuisväestöä.

Kymmenen viime vuoden aikana yksityisesti tuotettujen hammashoitopalvelujen osuus on kasvanut Isossa-Britanniassa mm. julkisten palvelujen tarjonnan ja rahoituksen riittämättömyyden seurauksena. Samanaikaisesti yksityistä palvelutuotantoa koskevia rajoituksia on pyritty vähentämään ja tavoitteena on ollut vahvistaa palvelujen käyttäjien oikeuksia. Ruotsissa on pyritty tehostamaan hammashoitopalvelutuotantoa edistämällä kilpailua sektoreiden välillä ja julkisessa hammashoidossa (folktandvården) on otettu käyttöön tilaaja–tuottaja-malleja. Uudistusten toteuttamisessa on kuitenkin huomattavia eroja maakuntien välillä. Kun osassa maakuntia tilaaja–tuottaja-malli on lähinnä teoreettinen, Tukholmassa julkiset hammashoitopalvelut on yhtiötetty (Widström & al. 2004). Suomessa poistettiin

julkisten palvelujen käyttöä rajoittaneet ikäraajat hammashoidosta vuoden 2002 lopussa ja Kelan yksityisten palvelujen käyttöä tukeva sairausvakuutuskorvaus ulotettiin kattamaan koko aikuisväestö. Hoidon kysyntä on uudistuksen jälkeen noussut kummallakin sektorilla.

Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida ja vertailla yksityisen hammashoitopalvelu-toimialan eli hammashoitopalveluja tuottavan yritystoiminnan menestystekijöitä Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa. Yksityisen sektorin merkitystä – etuja, ongelmia ja kehittämishaasteita – pohdittiin erityisesti rahoittajien eli palvelun käyttäjien ja yhteiskunnan näkökulmasta.

Toimialan menestystekijöitä analysoidaan tavallisesti alan kilpailukykyyn ja -olosuhteisiin vaikuttavien tekijöiden kautta. Toimialan menestystekijöiden analyysi tuo esille alan kehitykseen vaikuttaneet tekijät ja antaa välineet arvioida alan tulevaisuuden haasteita (Porter 1980 & 1990).

Yksityistä hammashoitopalvelutoimialaa on tutkittu niukasti muualla kuin Yhdysvalloissa (Grembowski & al. 1988; Grytten & Sorensen 2000). Toimialatarkastelun näkökulmasta eri maiden välisiä vertailuja ei ole tehty. Suomessa toimialatarkastelua hammashoidossa on aikaisemmin tehty vain hammastekniseltä alalta (Vasara & Mäkelä 2002).

Menetelmät ja aineisto

Tutkimus sovelsi pääosin liiketaloustieteen tutkimusotetta ja menetelmiä. Yritysten toimintaympäristön kartoituksessa käytettiin myös perinteisiä tapoja kuvata terveyspalvelujen järjestämistapoja

ja rahoitusmalleja. Tämä tutkimus käytti menetelmänä soveltuvien osin kansakuntien, toimialojen ja yritysten kilpailuolosuhteiden analyysiin kehitettyä Michael Porterin timanttimalia (1990). Malli muodostuu toimiala-areenasta, jolla yritysten kilpailukyvyyn muodostumiseen vaikuttavat tuotannon tekijä- ja kysyntäolot, lähi- ja tukialat sekä kilpailuolosuhteet. Kilpailuareenan ulkopuolisina voimina vaikuttavat julkinen valta ja sattuma. Porterin malli valittiin analyysikehikoksi, koska sen avulla voidaan arvioida perinteisten kvantitatiivisten mittareiden, kuten esimerkiksi alan liikevaihdon ja markkinaosuuksien kasvun, lisäksi laajemmin yritysten menestykseen vaikuttavaa toimintaympäristöä, kuten lähi- ja tukialoja sekä julkisen vallan toimia. Julkisen vallan roolia ei tässä tutkimuksessa käsitelty erillisenä osiona, vaan sen merkitystä kuvataan jokaisen toimiala-areenaan kuuluvan tekijän yhteydessä.

Tutkimuksen aineisto perustui kirjallisuuteen (hallinnolliset selvitykset, raportit, yritysten vuosikertomukset ja tieteelliset julkaisut), uusimpiin tilastoihin ja kenttähaastatteluihin. Kesän 2004 aikana toteutettujen haastattelujen kohteena olivat hammashoitoalan suurimpien yksityisten yritysten edustajat. Perusjoukoksi valittiin kaksikymmentä liikevaihdoltaan Suomen suurinta alan yritystä, joiden joukosta haasteltavaksi pyydettiin yhdentoista yrityksen toimitusjohtajia. Näiden yhdentoista yrityksen valinnassa pyrittiin ottamaan huomioon otoksen alueellinen edustavuus ja se, että aineistossa oli toimintamalleiltaan erilaisia yrityksiä. Kaikki haastateltavaksi pyydetty suostuivat osallistumaan tutkimukseen, ja haastattelimme heitä käyttäen hyväksi puolistruktuuroitua haastattelurunkoa. Haastattelun kysymykset koskivat hammashoitotoimialan rakennetta, kilpailuolosuhteita, yritysten toimintaa sekä toimitusjohtajien näkemyksiä toimialan kehityksestä tulevaisuudessa. Tässä artikkelissa ei viitata yksittäisten toimitusjohtajien haastatteluihin, vaan haastatteluaineistoon kokonaisuutena.

Tulokset

Toimialan kuvaus

Palvelujen organisointi ja rahoitus

Ison-Britannian mallissa lähes kaikki hammaslääkärit olivat omilla vastaanotoillaan toimivia yksityishammaslääkäreitä (general practitioners), mutta suurin osa heistä oli tehnyt sopimuksen

valtion johtaman kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän NHS:n kanssa palvelujen tuottamisesta julkiselle sektorille. Osa hammaslääkäreistä hoiti vain ns. NHS-potilaita ja osa hoiti sekä NHS-potilaita että yksityispotilaita. NHS-järjestelmässä toimi vielä kaksi pienehköä, enemmän pohjoismaista julkista sektoria muistuttavaa osiota, Community Dental Service (CDS) ja Hospital Dental Service (HDS). Näissä järjestelmissä hammaslääkärit toimivat palkansaajina. CDS teki koululaisten terveystarkastuksia, epidemiologisia tutkimuksia ja hoiti sellaisia lapsi- tai muita potilaita, joita yleispraktikot eivät pysty hoitamaan. HDS taas tarjosi erikoishammashoitopalveluita. Osa saman potilaan hoidoista voitiin tehdä NHS-sopimuksen mukaan ja osa yksityisesti. Useimmiten ns. perushoidot tehtiin NHS-järjestelmässä ja vaativimmat hoidot tai toimenpiteet, joissa käytetään kalliita materiaaleja (esim. muovipainat¹), tehtiin yksityisesti (Widström & al. 2005).

Ruotsissa ja Suomessa, toisin kuin Isossa-Britanniassa, yksityinen ja julkinen sektori toimivat rinnakkain erillisinä järjestelminä. Pohjoismaisessa hammashoitomallissa hammashoitohenkilökunta oli julkisella sektorilla palkkatyössä ja käytti työnantajan tiloja, laitteita ja tarvikkeita. Yksityissektori taas toimi omilla tiloissaan, omilla välineillään ja henkilöstön tulot perustuivat potilaslaskutukseen. Ruotsissa julkisen hammashoidon organisoinnista vastasivat maakunnat ja Suomessa kunnat. Suomessa julkiset hammashoitopalvelut oli tavallisesti järjestetty terveyskeskuksissa muun perusterveydenhuollon ohella. Julkiset hammashoitopalvelut koskivat 1990-luvulle asti suurimmassa osassa maata vain nuorinta väestöä (0–32-vuotiaita), kunnes palvelujen käyttöä rajoittaneet ikäraajat poistettiin vuoden 2002 lopussa.

Hammashoidon rahoituskanavat olivat erilaiset englantilaisissa ja pohjoismaisissa malleissa. Isossa-Britanniassa NHS-palvelut rahoitettiin valtion varoista ja asiakasmaksuina. Vuosittain tähän tarkoitukseen varattiin summa rahaa, jota ei ylitetty. Hoitotoimenpiteistä suoritettavien korvausten määrä riippui sekä hammashoitobudjetin suuruudesta että vuoden aikana tehtyjen toimenpiteiden kokonaismäärästä. Yksityistä hoitoa ei tuettu lainkaan valtion varoista. Ruotsissa sekä yksityistä et-

¹ Ruotsissa ja Suomessa amalgaamipaikkojen teko käytännössä lopetettiin jo vuosia sitten, mm. ympäristösyistä, Isossa-Britanniassa ne ovat kustannussyistä vielä arkipäivää.

tä julkista hoitoa tukeva hammashoitovakuutus rahoitettiin kokonaan valtionverotuksesta (Riksförsäkringsverket, 2004). Maakuntien vastuulla olevat julkiset palvelut rahoitettiin edellä mainitun vakuutuksen lisäksi asiakasmaksuin, maakuntien verotuloin ja valtionosuuksin (Odlander & Fridh 2004). Suomessa kunnallisten palvelujen rahoitukseen käytettiin kuntien omia verotuloja, valtionosuuksia ja asiakasmaksuja. Yksityisten palvelujen käyttöä tukevista sairausvakuutuskorvauksista vastasi Kela. Sairausvakuutusjärjestelmän tuotoista 37 prosenttia kerättiin vakuutetuilta, 31 prosenttia työnantajilta ja 23 prosentista vastasi valtio (Kela, 2003).

Isossa-Britanniassa yleishammaslääkärit tekivät NHS-potilaille hoitotoimenpiteitä valtakunnallisesti sovittuja toimenpidepalkkioita vastaan ja saivat sen lisäksi NHS:stä sovitut erilliskorvaukset itselleen potilaisiksi rekisteröityneiden aikuisten tai lasten määrän perusteella. NHS-taksan mukaisista maksuista käyttäjä maksoi 80 prosenttia itse 500 euroon asti; sen jälkeen hoito muuttui maksettomaksi (Widström & al. 2005).

Aikuisväestön hammashoitopalvelujen käyttöä oli Ruotsissa tuettu julkisesti rahoitetusta hammashoitovakuutuksesta vuodesta 1974 lähtien. Ns. perushoitoja tuettiin kaikille aikuisille, mutta 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat saivat tukea myös proteettisiin hoitoihin siten, ettei kenenkään tarvinnut maksaa 850:tä euroa enempää materiaalikuluja lukuun ottamatta. Erikoista oli se, että sekä julkisella että yksityisellä sektorilla hoidetut aikuiset olivat saaneet hammashoitovakuutuksesta täsmälleen samat tuet ja niin kauan, kuin kummankin sektorin taksat säädettiin keskitetyksi, potilaat myös maksoivat hoidoistaan käytännössä samat maksut sektorista riippumatta. Vuonna 1999 hintasääntelystä kuitenkin luovuttiin. Samana vuonna vakuutusta muutettiin niin, että perushoidosta poistettiin 140 euron omavastuu ja vakuutuksen korvausprosenttia laskettiin. Näin korvauksen piiriin tuli huomattavasti aikaisempaa laajempi osa väestöstä mutta vähäisemmällä tuella. Aikaisemmin käytössä ollut omavastuuosuus kohdisti korvaukset vain paljon hoitoa tarvitsevalle vähemmistölle. Sitä ennen vakuutus korvasi kaiken hoidon tietyllä prosenttiosuudella, kuitenkin niin että korvausprosentti nousi hoidon kokonaiskustannusten noustessa. Vapaan hinnoittelun tultua käyttöön perushoitojen tuki suunniteltiin noin 30 prosentiksi vuoden 1998 taksasta, mutta hintojen nousun takia tuki todellisuudessa putosi 15–20 prosenttiin (Odlander & Fridh 2004).

Suomessa yksityissektorilla annettua hoitoa alettiin korvata sairausvakuutuksesta vuonna 1986, aluksi 19–25-vuotiaille ja myöhemmin vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille aikuisille. Vuonna 2002 korvaukset ulotettiin koko väestöön. Yksityissektori hinnoitteli palvelunsa vapaasti ja sairausvakuutuskorvaukset potilaille laskettiin niin sanotusta Kelan palautustaksasta. Kaikille aikuisille tuettiin perushoitoja. Niiden sairausvakuutuskorvaukset peittivät Kelan mukaan 37 prosenttia perityistä maksuista. Pienelle erityisryhmälle, rintamaveteraaneille, korvattiin myös proteettisia hoitoja.

Toimialan laajuus

Isossa-Britanniassa yksityissektorin osuus koko hammashoitopalvelutuotannosta oli noin 35 prosenttia, kun taas Ruotsissa ja Suomessa vastaava osuus oli suurempi, noin 50 prosenttia. Yksityissektorin tuotannon arvo (liikevaihto) asukasta kohden oli huomattavasti suurempi Ruotsissa kuin Suomessa, vaikka yksityisen sektorin markkinaosuuksien ero oli vain noin 7 prosenttia (taulukko 1). Tämä viittasi siihen, että Ruotsissa yksityissektori tuotti enemmän tai kalliimpia palveluita (esim. kiinteää protetiikkaa) asukasta kohden kuin Suomessa. Yksityinen hammashoitopalvelutuotanto voi siellä myös olla teknisesti tehokkaampaa kuin Suomessa, sillä keskeinen työpanos eli yksityissektorilla työskentelevien hammaslääkäreiden määrä oli Ruotsissa hieman alhaisempi kuin Suomessa (ks. taulukko 3).

Yksityisten palvelujen markkinaosuudet vaihtelivat kaikissa maissa alueellisesti. Ruotsissa ja Suomessa markkinaosuudet vaihtelivat merkittävästi maakunnittain ja lääneittäin mutta myös kunnittain, sillä yksityiset palveluntuottajat olivat keskittyneet suuriin keskuksiin. Suomessa liikevaihdoltaan sadasta suurimmasta hammashoitotalan yrityksestä 54:n kotipaikka oli vuonna 2002 viidessä suurimmassa kaupungissa ja 31 yrityksellä se oli Helsingissä (Tilastokeskus, 2004c).

Yksityinen hammashoitopalvelutuotanto oli kasvanut kaikissa tarkastelun kohteena olevissa maissa. Isossa-Britanniassa yksityiset markkinat kasvoivat vuosien 1997 ja 2001 välillä 64 prosenttia, kun taas NHS-palveluiden kulutus kasvoi samana aikana vain 18 prosenttia (Office of Fair Trading, 2003). Ruotsissa yksityisen sektorin liikevaihto kasvoi vuosien 1997 ja 2002 välillä noin

Taulukko 1. Yksityissektorin hammashoitopalvelutuotannon arvo ja osuus koko palvelutuotannosta Irossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa

	Tuotannon arvo (liikevaihto), milj. euroa		Tuotannon arvo/asukas, euroa	Osuus koko palvelutuotannosta, %
Iso-Britannia	1 562	(2003)	26	35
Ruotsi	918	(2002)	102	54
Suomi	318	(2002)	61	47

Lähteet: Stockholms läns landsting, 2002; Statistiska centralbyrån, 2004; Tilastokeskus, 2004b

38 prosenttia. Myös julkinen sektori oli kasvanut. Verrattaessa vuoden 1998 julkisen hammashoidon kokonaiskustannuksia ja vuoden 2003 käyttökustannuksia, oli kasvu ollut noin 18 prosenttia (Landstingsförbundet, 1998 & 2003). Suomessa yksityisen sektorin kasvunopeus oli ollut viime vuosina samaa luokkaa kuin Ruotsissa. Suomalaisen hammashoitopalvelu-toimialan yritysten liikevaihto oli kasvanut aikavälillä 1997–2002 noin 40 prosenttia (Tilastokeskus, 2004b). Vuosina 1997–2002 julkisen perusterveydenhuollon hammashoidon käyttökustannukset kasvoivat 32 prosenttia ja käyttötuotot 67 prosenttia. Käyttötuotot koostuivat pääasiassa asiakasmaksuista (Tilastokeskus, 1999 & 2003).

Yritykset

Tarkastelun kohteena olevissa maissa yksityiset hammaslääkärit olivat perinteisesti toimineet itsenäisinä ammatinharjoittajina. Kaikissa maissa oli havaittavissa vähäistä kasvua hammashoitoyritysten yksikkökoossa ja verkostoitumisessa. Irossa-Britanniassa yksityisiä hammashoitopalveluja tarjosi noin 11 000 hammashoitopraktiikkaa ja 27 hammashoitopalveluyritystä (Corporate Dental Groups, CDG). Tavallisten praktiikoiden liikevaihdon vaihteluväli oli noin 150 000–760 000 euroa ja keskimääräinen henkilöstön määrä oli vajaat kahdeksan. Hammaslääkäreitä praktiikkaa kohden oli tavallisimmin kahdesta kolmeen. Hammashoitopalveluyritysten etuna praktiikoihin nähden oli, että niillä oli osakeyhtiömuodossa toimimisesta johtuen praktiikkoja paremmat edellytykset rahoituksen hankkimiseen, omistamisen riskien hajauttamiseen ja kasvuun. Hammaslääkärit voivat CDG:issä työskennellä joko palkattuina työntekijöinä tai yrittäjinä. Mielenkiintoinen yksityiskohta oli, että Irossa-Britanniassa uusien hammashoitopalveluyritysten perustaminen oli estetty kokonaan hammashoitolaissa (The Dentist Act 1984). Ainoa tapa lisätä

uutta yksityistä tuotantoa oli perustaa praktiikka tai uusia vastaanottoja olemassa olevien hammashoitopalveluyritysten yhteyteen. Isompien hammashoitopalveluyritysten markkinaosuus yksityisistä markkinoista oli vain noin 5 prosenttia (Office of Fair Trading, 2003).

Ruotsissa ja Suomessa yksityishammaslääkärit toimivat, kuten Irossa-Britanniassakin, enimmäkseen itsenäisinä ammatinharjoittajina ja ylläpitivät pieniä vastaanottoja. Vuonna 2002 Ruotsissa oli yhteensä 2 173 yritystä, joissa työskenteli keskimäärin noin viisi henkeä. Tähän lukuun sisältyi Tukholman yhtiöitetty Folktandvården. Yritysten lukumäärä oli kasvanut vuodesta 1997 lähtien jokaisena vuonna (Statistiska centralbyrån, 2004). Suomessa hammashoitopalveluita tarjoavia yrityksiä oli vuonna 2002 yhteensä 1 961 (Tilastokeskus, 2004b). Suomessa yritysten lukumäärä oli 1990-luvun alkupuolella laskussa todennäköisesti laman seurauksena aina vuoteen 1996 asti. Sen jälkeen yritysten lukumäärä oli taas kasvanut 10 prosenttia vuosien 1996 ja 2002 välisenä aikana. Yksityishammaslääkäreistä suurin osa työskentelee yhteisvastaanotoilla (Tuominen & Palmujoki 2000). Yrityshaastattelujen mukaan useimmat yhteisvastaanotoilla työskentelevät hammaslääkärit toimivat ammatinharjoittajina, jotka vuokraavat vastaanoton omistavalta yritykseltä toimitilojen lisäksi myös välineistön ja apuhenkilökunnan. Haastattelujen perusteella hammaslääkäreiden työskentely osa-aikaisesti usealla vastaanotolla oli yleistä.

Ruotsin ja Suomen markkinoiden suurimmat yritysketjut olivat organisoituneet samalla tavalla. Ruotsissa markkinoita hallitsi hammaslääkäriketju Praktikertjänst. Samaan konserniin kuului myös muuta terveyspalvelutuotantoa ja koko konsernin liikevaihdosta hammashoitopalvelutuotannon osuus oli vajaat 40 prosenttia. Konsernin hammashoitotoimialan liikevaihto oli hintasäännöstelyn purkamisen (1999) jälkeen kasva-

Taulukko 2. Suurimmat hammashoitopalveluja tuottavat yritykset Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa

	Yritykset	Liikevaihto, milj. euroa	Henkilöstön määrä	Markkinaosuus yksityisistä markkinoista, %
Iso-Britannia	Oasis Dental Care Ltd.	112 (2003)	toimipaikkoja 127, hammaslääkäreitä 700, henkilökunta yht. 2 000	5 (kaikki 27 yritystä yhteensä)
Ruotsi	Praktikertjänst AB	415 (2003) (hammashoitopalvelut)	1 533 hammaslääkärinä, 1 908 hammashoitajaa, 612 suuhygienistä	45
Suomi	Plusterveys-Hammaslääkärit Oy	61 (2003) (hammashoitopalvelut)	327 hammaslääkärinä, henkilökunta yht. 1 122 koko konsernissa, (922 emoyhtiössä)	20

Lähteet: Oasis Healthcare Plc, 2003; Plusterveys-Hammaslääkärit Oy, 2004; Praktikertjänst AB, 2004

nut huomattavasti. Liikevaihto kasvoi vuosina 1999–2003 yhteensä 40 prosenttia ja pelkästään vuonna 2003 19 prosenttia. Suomessa toimi Praktikertjänstin mallin mukaan perustettu Plusterveys-Hammaslääkärit-konserni, entiseltä nimeltään Suomen Hammashuolto Oy, jonka markkinaosuus oli noin 20 prosenttia yksityisestä tuotannosta. Plusterveyden liikevaihdosta vajaat 80 prosenttia ja tulos lähes kokonaan muodostuivat hammashoitopalveluista. Konsernin liikevaihto kasvoi vuosina 1999–2003 keskimäärin noin 6,5 prosenttia vuodessa ja vuodesta 2002 vuoteen 2003 14 prosenttia. Viime vuosien kasvua oli todennäköisesti vauhdittanut aikuishammashoidon uudistus vuonna 2002. Praktikertjänst ja Plusterveys-Hammaslääkärit olivat maidensa ylivoimaisesti suurimmat yksityiset toimijat yksityisillä hammashoitomarkkinoilla. (Taulukko 2.)

Plusterveys-Hammaslääkärit-konsernissa, toisin kuin useimmissa muissa yrityksissä, hammaslääkärit työskentelivät palkattuina työntekijöinä. Jokainen hammaslääkäri muodosti konsernissa oman tulosyksikkönsä, jolle sen tulot ja kustannukset kohdistettiin. Tulosyksikön tulokseen perustuva palkkausjärjestelmä muistutti itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan hammaslääkärin tulonmuodostusta. Konsernissa työskentelemisen etuna oli kuitenkin se, että hallinnollisten tehtävien hoitaminen keskitetyksi mahdollisti hammaslääkärien keskittymisen kliiniseen työhön. Hammaslääkärin ei myöskään tarvinnut itse kantaa liikeilojen ja välineistön vaatimiin investointeihin liittyvää riskiä. Suuri ja vakavarainen yritys pystyi myös hankkimaan ulkopuolista rahoitusta sekä vä-

lineistöä ja materiaaleja yksittäistä hammaslääkärinä edullisemmin ehdoin. Lisäksi suurten yritysten etuna oli, että apu työvoiman ja välineistön käyttö oli mahdollista suunnitella tehokkaammin ja myös edellytykset tunnetun tuotemerkin rakentamiseen olivat paremmat kuin pienissä yrityksissä.

Lähi- ja tukialat

Lähi- ja tukialoilla tarkoitetaan hammashoitotalan alihankkijoita ja muita toimialoja, joiden kanssa hammashoitotalan yritykset jakavat arvoketjuna toimintoja. Hammashoitotalan merkittävimpiin lähi- ja tukialoihin Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa kuuluivat alihankkijoina toimivat hammaslaboratoriot ja hammasstarvikeliikkeet sekä Isossa-Britanniassa myös hammashoidon rahoituspalveluja tarjoavat yksityiset vakuutusyhtiöt. Hammaslaboratorioiden roolissa oli maiden välillä pieniä eroja. Isossa-Britanniassa ja Ruotsissa hammaslääkärit eivät saaneet tarjota palvelujaan lainkaan suoraan potilaille (Koomen & van den Heuvel 1998), eli hammaslääkärien oli mahdollista toimia pelkästään hammashoitotalan yritysten alihankkijoina. Suomessa oli sallittu erikoishammaslääkärien itsenäinen toiminta kokoproteesien valmistamisessa. Kokoproteesissa oli kuitenkin kyse suhteellisen pienestä tuoteryhmästä, eivätkä suomalaiset hammaslääkärit kyselyiden mukaan kokeneet kilpailevansa potilaista hammaslääkärien kanssa (Tuominen 2002).

Suurimmassa terveydenhuoltoalan moniala-konserneissa hammashoitopalvelut olivat oma erillinen tulosyksikkönsä. Kuuluminen suuremman konsernin yhteyteen (esim. Suomessa Mehi-

Taulukko 3. Työvoima hammashoitopalveluissa vuonna 2000

Maa	Asukas- luku (milj.)	Aktiivisia hammas- lääkäreitä	Hammas- lääkäreistä miehiä, %	Asukkaita/ hammas- lääkäri	Asukkaita/ hammas- huoltaja	Asukkaita/ hammas- tekniikko	Työskentelee yksityissekto- rilla, %
Iso-Britannia	59,8	26 500	68	2 257	15 010	7 293	2,5 kokonaan 85 osittain
Ruotsi	9,0	7 590	58	1 186	3 543	6 593	44
Suomi	5,2	4 890	33	1 063	4 562	6 032	54

Lähde: Widström & Eaton 2004

läisen) lisäsi toiminnan pr-arvoa sekä laski hallinto- ja markkinointikustannuksia. Hammashoitopalvelut olivat perinteisesti kuitenkin muusta terveydenhuollosta niin erillinen alue, että suomalaisten yritysjohtajien haastattelujen perusteella erityisiä terveydenhuollon alaan liittyviä synergiaetuja muiden terveydenhuoltopalvelujen ja hammashoidon välillä ei ole vielä ollut havaittavissa.

Isossa-Britanniassa, toisin kuin Suomessa ja Ruotsissa, yksityisiä hammashoitovakuutuksia tarjoavat yritykset muodostivat merkittävän hammashoitualan lähialan. Vakuutusmarkkinoiden johtava yritys Isossa-Britanniassa oli kiinteällä kuukausittaisella maksulla (capitation schemes) hammashoitoa kuluttajille tarjoava Denplan. Asiakas maksoi Denplanille kuukausittain summan, jonka suuruuden määritteli Denplan-järjestelmään kuuluva hammaslääkäri hoidon tarpeen perusteella. Hammaslääkäreille Denplaniin kuulumisesta etuna olivat ennustettavat vuositulot. Vastaavista yrityksistä ja vakuutusyhtiöistä Denplanin markkinaosuus Isossa-Britanniassa oli 80 prosenttia ja sen asiakaskuntaan kuului runsaat miljoona hammashoitopalvelujen käyttäjää (Office of Fair Trading, 2003).

Etujärjestöt

Suomessa lähes koko hammaslääkäriammattikunta oli järjestäytynyt Suomen hammaslääkäriliiton alaisuuteen. Julkisella ja yksityisellä sektorilla toimivilla hammaslääkäreillä ei ollut erillisiä liittoja. Liitto järjesti erilaista koulutus- ja neuvontatoimintaa, antoi lakiapua ja julkaisi Suomen Hammaslääkärilehteä. Liitto myös ylläpiti hammaslääkäreiden eettisiä ohjeita. Ruotsissa ammattiliitto oli jakautunut kolmeen melko itsenäiseen osaan: yksityishammaslääkärit, julkisen sektorin hammaslääkärit ja opettajat. Isossa-Britanniassa hammaslääkäriliitto hoiti osaa Suomessa Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle ja Ruotsissa

Socialstyrelsenille kuuluvista rekisteröinti- ja valvontatehtävistä. Kaikkien maiden hammaslääkäriliittojen tavoitteena oli ajaa hammaslääkäriammattikunnan etuja ja edistää hammaslääkärien yhteenkuuluvuutta. Ne myös pyrkivät lieventämään kilpailua alalla.

Suomalaisista hammaslääkäriyrityksistä 283 oli jäsenenä Suomen Yrittäjissä. Näiden lisäksi 13 yksityistä hammaslääkäriasemaa kuului Suomen Hammaslääkäriasemat ry:hyn, joka oli Suomen Yrittäjien alainen toimialajärjestö. Yhdistyksen tavoitteena oli valvoa yksityisten hammaslääkäriasemien etua sekä jakaa informaatiota jäsenilleen. Yhdistyksen jäsenet tekivät myös hankintayhteistyötä.

Tuotannon tekijät

Hyvinvointipalveluissa yleensä keskeisimpiä tuotannon tekijöitä ovat henkilöstön osaaminen ja erikoistuminen (Koivukangas & Valtonen 1995). Hammashoitopalveluyritysten keskeinen tuotannon tekijä oli työvoima eli hammaslääkärit ja muu henkilöstö (taulukko 3). Yritysten pääoman, kuten koneiden, laitteiden, tilojen ja muiden tarvikkeiden, merkitys tuotannon tekijänä oli vähäisempi. Hammaslääkärietiheys oli Ruotsissa ja Suomessa lähes kaksinkertainen Isoon-Britanniaan verrattuna ja naishammaslääkärien osuus oli myös suurempi. Hammasteknikkotiheydessä erot olivat vähäisempiä, mutta hammashuoltajatiheys oli Pohjoismaissa selvästi suurempi (taulukko 3). Isossa-Britanniassa oli hyvin vähän pelkästään yksityissektorilla toimivia hammaslääkäreitä, mutta lähes kaikki yleishammaslääkärit tekivät myös yksityispraktiikkaa (taulukko 3). Vuonna 2002 arvioitiin, että noin puolet yksityishammaslääkäreiden ansioista tuli julkisen sektorin hoidoista ja toinen puoli yksityisestä hoidosta. Ruotsissa yksityishammaslääkärien osuus oli vähäisempi kuin Suomessa.

Kaikissa kolmessa maassa hammaslääkäreiden peruskoulutuksen rahoitti pääosin valtio, joka myös vaikutti hammaslääkäreiden koulutusmääriin ja siten työvoiman tarjontaan. Useat hammaslääkärit hankkivat kokemusta ja koulutusta ensin julkisen sektorin työssä, minkä jälkeen he voivat käyttää osaamistaan myös yritysten palveluksessa. Paremmat taloudelliset kannusteet – monipuolisemmat palkkausjärjestelmät, pääomatulot veroetuineen sekä joustavat työajat ja toisentyypinen potilasaines – houkuttelivat hammaslääkäreitä julkiselta sektorilta yksityiselle.

Koneiden, laitteiden ja materiaalien osuus hammashoitoalan yritysten tuotantokustannuksista oli työvoimakuluihin nähden suhteellisen pieni, mutta alkuinvestoinnit olivat merkittävät. Tarvike- ja materiaalihankinnoissa suurtilauksilla oli yrityshaastatteluiden mukaan mahdollista saavuttaa huomattavia etuja. Suurten tilauskokojen saavuttamiseksi erät suomalaiset hammashoitoalan yritykset olivat harjoittaneet hankintayhteistyötä. Käytettävien materiaalien ja hoitotekniikoiden suhteen maiden välillä oli eroja. Esimerkiksi Suomessa ja Ruotsissa paikkaushoidoissa käytettiin lähes yksinomaan lyhytkestoisia ja suuritöisiä valkoisia paikkamateriaaleja, kun Englannissa oli vielä käytössä elohopeapitoinen amalgaami.

Kysyntäolosuhteet

Väestön ikään perustuvat tarve- ja kysyntäolosuhteet eivät poikenneet merkittävästi toisistaan tarkastelun kohteena olevissa maissa. Vuonna 2001 oli 0–30-vuotiaita suunnilleen saman verran eli noin 18 prosenttia väestöstä kaikissa maissa. Suomessa oli 45–64-vuotiaita eniten (27 %) ja Isossa-Britanniassa vähiten (23 %). Ruotsissa puolestaan yli 64-vuotiaita oli vähän enemmän (17 %) kuin Suomessa ja Isossa-Britanniassa (15 %). Hammashoidon tarpeeseen ja sitä kautta kysyntään vaikuttivat myös suun terveys ja omien hampaiden olemassaolo. Hampaattomien hoidon kysyntä oli vähäisempää kuin hampaallisten. Yli 64-vuotiaista hampaattomia oli Isossa-Britanniassa 36 prosenttia, Ruotsissa 17 prosenttia ja Suomessa 40 prosenttia (Council of European Chief Dental Officers, 2004). Yksityisten palvelujen käyttäjien määrä oli Isossa-Britanniassa noin 7 miljoonaa. Suomessa vastaava luku oli hammaslääkäripalkkioista sairausvakuutuskorvausten saajien mukaan laskettuna vähän yli miljoona henkilöä vuonna 2003. Isossa-Britanniassa yksityisten palvelujen käyttö oli kasvanut keskimäärin

noin 13 prosenttia vuodessa vuosina 1997–2001 (Office of Fair Trading, 2003). Ruotsista ei saatu virallisia tilastoja yksityisten ja julkisten hammashoitopalvelujen käyttäjistä. Riksförsäkringsverket (2004) arvioi, että 65 prosenttia aikuisista käytti yksityisiä palveluita ja 35 prosenttia julkisia.

Suomessa naiset käyttivät yksityisiä hammashoitopalveluita enemmän kuin miehet. Sairausrakuutuskorvausten perusteella suurin asiakas-kunta muodostui 45–60-vuotiaista (kuviot 1). Sairausrakuutuskorvausten saajien suurin ryhmä oli 50–55-vuotiaat naiset, joista yli 80 000 oli käyttänyt yksityisiä hammashoitopalveluja vuonna 2003 (Kela, 2003).

Tutkimusten mukaan yksityisten palvelujen kysyntää lisäävät asiakkaiden korkea tulo- ja koulutustaso (Suominen-Taipale & Widström 1998; Nguyen & Häkkinen 2004). Haastattelujen perusteella kysyntää lisäävät myös tuttavien suositukset. Kysyntä oli myös vakaata, sillä asiakkaat vaihtoivat hammaslääkäriään aika harvoin. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa vain 16 prosenttia asiakkaista oli joskus vaihtanut palveluntuottajaa (Office of Fair Trading, 2003). Hammashoitopalveluissa tyypillistä oli myös tarjoajan luoma kysyntä muun muassa kutsumenettelyn avulla (Heloe & al. 1994; Hugoson & al. 1995; Sintonen & Maljanen 1995). Haastattelujen perusteella voidaan arvioida, että Suomessa arviolta 90 prosenttia yksityissektorin asiakkaista oli kutsumenettelyn piirissä.

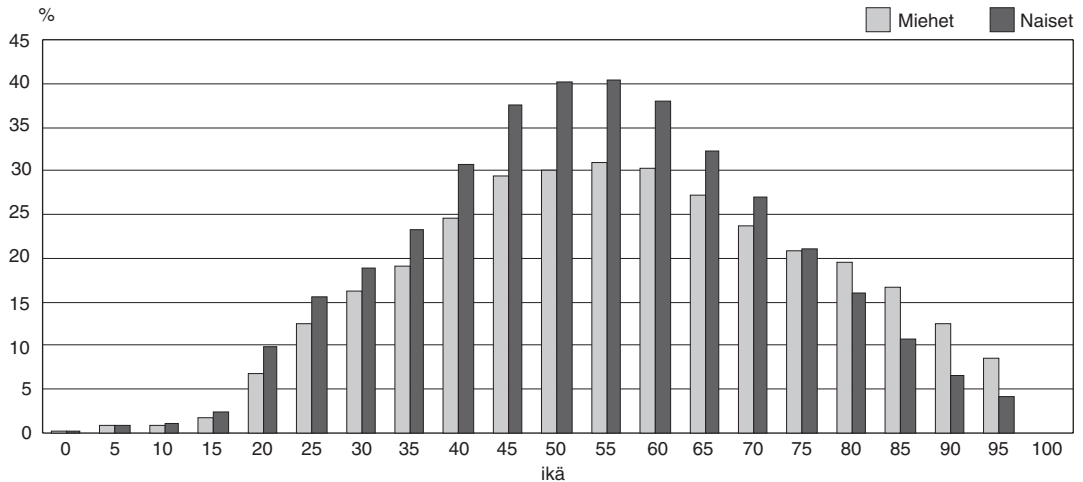
Kilpailu

Palveluyritys voidaan määritellä kilpailukykyiseksi silloin, kun se tuottaa hyödykkeitä tai palveluita kustannuksiltaan tehokkaammin kuin kilpailijat tai tuottaa sellaisia palveluja, joita kilpailijat eivät pysty tuottamaan. Kilpailukykyinen yritys kykenee myös myymään palveluja kannattavasti avoimilla markkinoilla ilman yhteiskunnan tukia. Kilpailun luonne ja intensiteetti jollakin toimialalla riippuvat viidestä kilpailuvoimasta, jotka ovat alalla jo toimivien yritysten välinen kilpailu, uusien tulokkaiden uhka, korvaavien palvelujen uhka sekä asiakkaiden ja toimittajien neuvotteluvoima. Toimiva kilpailu ohjaa palveluiden tuottajia kehittämään palvelujensa laatua ja tuottamaan niitä kuluttajille mahdollisimman edulliseen hintaan (Porter 1980).

Hintaerot ja hintatason kehitys

Kansainvälisissä empiirisissä tutkimuksissa kilpai-

Kuvio 1. SV-korvausten saajien väestöosuudet ikä- ja sukupuoliryhmittäin Suomessa vuonna 2003, %



Suomessa yksityissektorin hammashoitopalvelujen käyttö kaikissa ikäryhmissä on tilastoitu kattavasti ensimmäisen kerran vuonna 2003.

lun ilmenemistä ja vaikutuksia seurataan tavallisesti palvelujen hintaerojen ja hintatasojen kehityksen kautta. Hintavertailujen perusteella kaikissa tarkastelun kohteena olevissa maissa oli havaittu merkittäviä hintaeroja samoissa palveluissa eri yksityisten tuottajien välillä. Isossa-Britanniasa oli havaittu samojen palvelujen välillä jopa nelinkertaisia hintaeroja (Office of Fair Trading, 2003). Suomessa Kuluttajavirasto oli tehnyt hammashoitopalvelujen hintavertailuja vuosina 1998, 2001 ja 2002. Helsingin Sanomien tuoreen yhdeksän suurta kaupunkia kattaneen hintavertailun (2004) mukaan esimerkiksi ”pienen paikan” hintaerot olivat lähes kaksinkertaisia, hintahaarukka oli noin 30–60 euroa (Sandström 2004, 1). Suomessa julkisella sektorilla annetusta hoidosta perittävien maksujen enimmäismääristä säädetään asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Esimerkiksi yhden pinnan paikka sai maksaa julkisella sektorilla enintään 18 euroa, kun taas yksityisellä sektorilla sen keskihinta huhtikuussa 2004 oli 46,55 euroa (Tilastokeskus, 2004a). Haastattelujen perusteella hammashoitopalvelujen hinnoitteluun ja tuotteistukseen vaikutti yksityiskohtaiseen toimenpideluokitukseen perustuva Kelan korvausjärjestelmä. Toimenpideluokitukseen perustuva hinnoittelu ei välttämättä vastannut kustannusten aiheuttamisperiaatetta, koska yritysten hinnoittelukäytäntöjä ohjasi Kelan toimenpideluokitus, eivätkä toimenpiteiden todelliset tuotantokustannukset. Hammashoitopalvelujen hinnanmuutoksille olikin tyypillistä, että kaikkien toimenpiteiden hintoja nostettiin samassa suhteessa.

palvelujen hinnanmuutoksille olikin tyypillistä, että kaikkien toimenpiteiden hintoja nostettiin samassa suhteessa.

Ruotsissa yksityisten hammashoitopalvelujen asiakasmaksut olivat vuosina 2000–2003 nousseet 6–26 prosenttia riippuen palvelusta. Nousu oli osittain seurausta hintasäännöstelyn purusta vuonna 1999. Ruotsin kilpailuviraston mukaan julkisen hammashoidon hinnat olivat nousseet keskimäärin 50 prosenttia vuosien 1999 ja 2003 välisenä aikana. Aikaisemmin aikuishammashoidon todelliset kustannukset julkisella sektorilla eivät vastanneet hintoja mm. siksi, että palkkakustannukset nousivat noin 30–40 prosenttia vuodesta 1998 vuoteen 2003. Yleisesti ottaen julkisen hammashoidon perimät maksut olivat kuitenkin alhaisemmat kuin yksityissektorin hinnat. Ruotsin kilpailuviraston mukaan yksityisten palveluntuottajien hinnat korreloivat julkisen sektorin hintojen kanssa, mikä viittasi siihen, että yksityiset ottivat huomioon hinnoittelussaan julkisen tuottajan hintatason. Ruotsissa olikin havaittavissa jonkinasteista hintakilpailua yksityisten ja julkisten tuottajien välillä (Odlander & Fridh 2004). Suomessa Tilastokeskus seurasi yksityisen hammashoidon hintatason kehitystä osana kuluttajahintaindeksin kehitystä. Puolen vuoden välein julkaistavissa raporteissa hintojen kehitystä seurataan hintaindeksillä, joka oli laskettu kuudesta eri hoitotoimenpiteestä perittyjen maksujen perusteella käyttämällä painokertoimena toimenpitei-

den yleisyyttä. Hintaindeksin mukaan yksityishammashoidon hinnat olivat nousseet yhteensä noin 15 prosenttia vuosina 2000–2004.

Kilpailun toimivuutta rajoittavia tekijöitä

Kansainvälisten tutkimusten mukaan kilpailun toimimattomuus oli hammashoitopalvelu-toimialalle erittäin tavallista (Kushman & Scheffler 1978; Shepard 1978; Conrad & Sheldon 1984; Grembowski & al. 1988; Grytten & Sorensen 2000). Hammashoitotalle oli tyypillistä potilaan ja palvelun tarjoajan välillä vallitseva informaation epäsymmetria, joka heikentää asiakkaan neuvotteluvoimaa suhteessa palvelun tarjoajaan ja on este toimivalle kilpailulle. Potilas ei yleensä osannut arvioida hoidon tarvetta, kustannuksia eikä laatua. Palvelujen hintavertailua vaikeutti myös se, että hoidon tarve ja kustannusarvio voitiin määrittellä vasta ensimmäisen tarkastuskerran jälkeen. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa vain 34 prosentille asiakkaista oli kuluttajakyselyn mukaan kerrottu, mitä heidän hoitoonsa kuului, ja vain 12 prosentille oli esitetty tarjolla olevia vaihtoehtoja. Myös hintavertailu voi olla asiakkaan kannalta työlästä, jos hintainformaatiota ei ole helposti saatavilla. Tutkimusten mukaan esimerkiksi Isossa-Britanniassa vain 21 prosenttia vastaanotoista oli julkaissut hintatietonsa (Office of Fair Trading, 2003). Myös Ruotsissa Kuluttajavirasto oli havainnut useita puutteita yksityisten ja julkisten tuottajien hintainformaation saatavuudessa (Odlander & Fridh 2004).

Hoitoonkutsumenettelyn johdosta hammaslääkärin ja asiakkaan välille syntyi usein pysyvä suhde, minkä seurauksena asiakkaat käyttivät samaa palveluntuottajaa. Tämän merkitystä vahvisti esimerkiksi Isossa-Britanniassa se, että asiakkaan potilastiedot olivat yksittäisen hammaslääkärin omaisuutta, eikä niiden siirtäminen hammaslääkärinä vaihdettaessa ollut tavallista. Lisäksi hammaslääkärin vaihtaja saattoi myös joutua maksamaan uudelleen alkutarkastuksesta ja potilaaksi rekisteröitymisestä.

Uusien tulokkaiden aiheuttamaa uhkaa alensiivat erilaiset alalle tulon esteet. Osa näistä oli julkisen vallan lainsäädännöllään luomia kilpailun rajoitteita. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa uusien hammashoitotalan yritysten (CDG) perustaminen oli estetty lailla. Markkinoilla saivat toimia vain yritykset, jotka olivat harjoittaneet liiketoimintaa alalla jo vuonna 1955 (Office of Fair Trading, 2003). Alalle tulon esteitä olivat myös eri maiden

opiskelupaikkakiintiöt hammaslääkärinkoulutuksessa ja Euroopan unionin ulkopuolelta tuleville hammaslääkäreille asetetut pätevyysvaatimukset. Nämä työvoiman tarjontaa rajoittavat tekijät hillitsivät osaltaan kilpailua.

Korvaavien palveluiden uhkaa rajoittavia tekijöitä olivat esimerkiksi eri hammashoidon ammattiryhmien toimintavaltuuksia koskevat lainsäädännölliset rajoitukset. Isossa-Britanniassa suuhygienistit eivät saaneet toimia itsenäisesti markkinoilla ja laskuttaa suoraan asiakasta, vaan hammaslääkärin oli aina toimittava välikätenä. Kaikissa kolmessa maassa hammasteknikkojen mahdollisuuksia tehdä kliinistä työtä proteesien sovituksessa oli rajoitettu, vaikkakin Suomessa kokoproteesien myyminen suoraan potilaille oli sallittua.

Hammashoitotalalla toimivien yritysten keskinäistä kilpailua lainsäädäntö ei juuri rajoittanut, sillä sekä Suomessa ja Ruotsissa että Isossa-Britanniassa yksityiset palveluntarjoajat saivat vapaasti hinnoitella palvelunsa. Sen sijaan kollegiaalisten edunvalvontaorganisaatioiden voitiin havaita pyrkivän vaikuttamaan yritysten toimintaan kilpailua rajoittavasti. Esimerkiksi Suomessa Hammaslääkäriliitto oli julkaissut eettisen ohjeiston, joka sisältää ilmoittelua ja mainontaa koskevia ohjeita; niissä hammaslääkäreitä kehoitettiin välttämään kaupallisuutta ilmoituksissa ja mainonnassa. Suositukset, joiden noudattamisesta oli muodostunut alalla vallitseva käytäntö, saattoivat estää hintainformaation tehokasta levittämistä kuluttajille ja hillitää kilpailua. Ruotsissa markkinointi oli Suomen tapaan varsin niukkaa huolimatta siitä, että Ruotsissa ei ollut erityisiä markkinointia koskevia rajoituksia (Odlander & Fridh 2004).

Ruotsissa pyrkimyksenä oli ollut tasapuolisten kilpailuedellytysten luominen julkisen ja yksityisen aikuishammashoidon välille. Tavoitteen saavuttamiseen liittyi kuitenkin useita ongelmia. Ensinnäkään maakuntien hammashoitoa ei ollut riittävästi erotettu maakuntien muusta organisaatiosta ja kirjanpitojärjestelmästä. Tämä oli mahdollistanut verorahojen käytön myös aikuishammashoidon rahoituksessa (niiden hoitojen osalta, joita valtiollinen hammashoitovakuutus ei korvaa), vaikka toiminta tältä osin tulisi rahoittaa asiakasmaksuina. Yksityiset tuottajat voivat joutua eriarvoiseen asemaan, jos julkisella puolella hintoja pidetään tukien avulla keinotekoisella alhaalla. Tuetut hinnat vaikeuttivat myös läpinäkyvän ostopalvelutoiminnan järjestämistä. Tämä tuli il-

mi esimerkiksi 65 vuotta täyttäneiden proteettisen hoidon kustannuskaton kohdalla; siinä yksityis-sektorin hintojen oli oltava samat kuin maakun- nan julkisessa hammashoidossa. Julkinen ham- mahoito sai kilpailuetua myös kuulumisesta kun- tatileijärjestelmään, joka korvasi maakunnille ar- vonlisäveromaksuja. Yksityisillä yrityksillä ei ollut vastaavaa etua. Toisaalta Ruotsin järjestelmässä oli edelleen myös yksityisille tuottajille edullisia piir- teitä. Esimerkiksi yksityiset palvelun tuottajat hyötyivät joustavan hinnoittelun mahdollisuu- desta paikallisessa kilpailutilanteesta, koska julki- sen hammashuollon hinnat määriteltiin julkises- sa päätöksentekoprosessissa koskemaan koko maakuntaa. Lisäksi julkisella sektorilla oli viime kädessä väestövastuu hammashoidon järjestämi- sestä maakunnan asukkaille (Odlander & Fridh 2004).

Kilpailua edistäviä toimenpiteitä

Isossa-Britanniassa oli ryhdytty toimiin hammas- hoitomarkkinoiden kilpailun edistämiseksi lain- säädäntöä muuttamalla. Hallitus oli tekemässä hammashoitoa koskevaan lakiin muutoksia, jotka laajentaisivat hammashoidon eri työntekijäryh- mien (esim. suuhygienistit, hammasterapeutit) toimintavaltuuksia ja parantavat potilaan oikeuk- sia uuden valitusmenettelyjärjestelmän kautta. Li- säksi terveysministeriö (Department of Health) oli ehdottanut uusien hammashoitopalveluyrity- sen perustamista koskevan rajoituksen poistamis- ta. Kilpailuviranomaiset olivat puolestaan ehdot- taneet toimenpiteitä hammashoitopalvelujen hin- tojen läpinäkyvyyden parantamiseksi ja hammas- lääkärin vaihtamisen helpottamiseksi (Office of Fair Trading, 2003).

Ruotsissa kilpailua edistävien toimenpiteiden ensisijainen tavoite oli ollut luoda julkiselle ja yk- sityiselle aikuishammashoidolle samanveroiset kil- pailuolosuhteet. Toimenpiteinä olivat olleet hin- tasäätelyn purku 1999 ja tilaaja–tuottaja–mal- lien käytön kannustaminen useimmissa maakun- nissa. Lisäksi kuluttajien asemaa oli pyritty pa- rantamaan Ruotsin kuluttajaviranomaisten ja yk- sityishammaslääkärien etujärjestön välisellä sopi- muksella, jossa hammaslääkärit sitoutuvat nou- dattamaan markkinointi- ja hintatietolainsäädän- töä. Sopimusta ei kuitenkaan kaikilta osin ollut noudatettu. Ruotsin kilpailuvirasto esitti rapor- tissaan useita keinoja, jotka tähtäsivät lähinnä yk- sityisen ja julkisen hammashoidon välisen kilpai- lun kehittämiseen. Kilpailuviraston mukaan Folk-

tandvärden pitäisi erottaa maakunnan hallinnos- ta omaksi juridiseksi yksiköksi, joka voisi toi- mia esimerkiksi osakeyhtiön muodossa. Läpinä- kyvyyden edistämiseksi julkisen hammashoidon laskentatoimi tulisi muuttaa sellaiseksi, että eri toiminnot, kuten lasten ja aikuisten hammas- huolto, olisi selkeästi eriytetty. Myös lainsäädän- töä pitäisi muuttaa siten, että lautakunnat tai maakuntahallitus määrittelisivät hintatason maa- kuntien sijasta. Näin julkinen sektori pystyisi no- peammin reagoimaan yksityisten yritysten hin- noittelupäätöksiin. Julkinen hammahoito tulisi kilpailuviraston mukaan irrottaa kuntatileijärjes- telmästä sen tuoman arvonlisäveroedun poista- miseksi (Odlander & Fridh 2004).

Suomessa hammashoito uudistus lisäsi ham- mashoitoon tarkoitettua valtionosuutta kunnille 10 milj. eurolla ja pyrki näin kompensoimaan li- sääntyvän kysynnän aiheuttamia kustannuksia kunnille. Valtionosuuden lisäys ei kuitenkaan ol- lut korvamerkitty, eivätkä kunnat välttämättä ole käyttäneet lisäresursseja suoraan hammashoito- palveluihin. Toisaalta myös yksityissektorin tar- joamien palvelujen tukea lisättiin sairausvakuu- tuskorvausten laajennuksen muodossa. Kilpailu- virasto oli päätöksillään muutaman kerran puut- tunut hammashoitoalan kilpailuedellytyksiin, esi- merkiksi kieltämällä Hammaslääkäriliittoa anta- masta hammaslääkäreille hoitotoimenpideohtai- sia hintasuosituksia ja tuomitsemalla liiton kil- pailua rajoittavan menettelyn Helsingin kaupun- gin yksityishammaslääkäreille järjestämässä tar- jouskilpailussa (Kilpailuvirasto, 2001). Kulutta- javirasto, lääninhallitukset ja lehdistö julkaisivat toisinaan hintavertailuja, mutta muita erityisiä kilpailua edistäviä toimia oli ollut niukasti ha- vaittavissa.

Pohdinta

Ison-Britannian, Ruotsin ja Suomen yksityisen hammashoitopalvelu-toimialan kehitys on monessa suhteessa samankaltainen, mutta myös mer- kittäviä eroavaisuuksia on nähtävissä.

Tarkasteltujen maiden erot selittyivät pitkälle hoitojärjestelmien eroista ja harjoitetusta terveys- politiikasta. Kaikki hammaslääkärit toimivat yk- sityisyrittäjinä Isossa-Britanniassa, kun taas Poh- joismaissa yksityisen yrittäjyyden rinnalla tai vaihtoehtona oli julkisen sektorin palkkatyö. Myös hoitosubventioiden kohdentamisessa oli periaat-

teellinen ero: Pohjoismaissa tuettiin palvelujen käyttöä sektorista riippumatta, Isossa-Britanniasa ei tuettu lainkaan yksityissektoria. Terveyspolitiikan näkökulmasta suurin ero oli hammashuollon resursoinnissa. Pohjoismaissa hammashuoltoon käytettiin suhteellisesti enemmän rahaa kuin Isossa-Britanniassa. Myös hammashoidon työvoima oli englantilaisessa järjestelmässä mitoitettu huomattavasti alhaisemmaksi kuin tässä suhteessa EU-maiden tilastojen kärjessä olevissa Pohjoismaissa (Widström & Eaton 2004). Osittain tämä voi olla heijastusta naisten suuresta osuudesta pohjoismaisessa hammashoidossa.

Yhteistä tutkimuksen kohteena olleille maille olivat muun muassa yritystoiminnan pienimuotoisuus ja kysyntäolosuhteiden samankaltaisuus. Kaikissa maissa hammashoidossa perinteinen pienyrittäjyysideologia oli voimakas ja oli säilynyt myös uusien verkostoituvien ja ketjuuntuvien yritysmuotojen yhteydessä. Hammaslääkäreiden ammattijärjestöjen asema oli vahva kaikissa kolmessa maassa. Isossa-Britanniassa erityistä oli yksityisiä vakuutuksia tarjoavien yritysten uudenlainen yhteistyörooli varsinaisia palveluita tuottavien praktiikoiden kanssa. Suomessa ja Ruotsissa yksityisten vakuutusten merkitys taas oli vähäinen. Palvelujen kysyntäolosuhteisiin vaikuttavat ikärakenne, koulutus- ja tulotaso olivat kaikissa maissa varsin samankaltaiset, mutta Ruotsissa kokonaan hampaattomia henkilöitä oli huomattavasti vähemmän kuin Suomessa ja Isossa-Britanniassa. Tämä lisäsi kalliiden proteettisten hoitojen (mm. sillat ja osaproteesit) kysyntää Ruotsissa ja saattaa selittää eroa tuotannon määrässä Suomen ja Ruotsin välillä. Asiakasnäkökulmasta puutteellinen tieto hoidon tarpeesta, hoitovaihtoehtoista, palvelujen laadusta ja hinnoista oli ongelma kaikissa maissa, eikä tiedon lisäämiseen ole vielä keksitty hyviä ratkaisuja.

Tarkastelun kohteena olleissa maissa yksityissektori jakoi markkinat julkisen sektorin kanssa. Yksityissektorin asiakasryhmiksi olivat segmentoituneet maksukykyiset aikuiset, joille monipuolisten palvelujen saatavuus oli turvattu. Julkinen sektori vähensi yksityissektorin kysyntää tarjoamalla maksuttomia palveluita lapsille ja erilaisille erityisryhmille. Toisaalta julkinen valta on tukenut yksityisten yritysten menestymistä mm. luomalla kilpailuttomia olosuhteita. Tosin Ruotsissa oli nähty myös julkisen vallan vääristäneen kilpailua erityisesti julkisen sektorin hyväksi.

Hammashuoltoalalle näytti olevan tyyppistä se,

että kehitystä eteenpäin vievä voima oli hammaslääkäreiden ammatillinen kiinnostus uusiin hoitomuotoihin ja materiaaleihin, eikä niinkään asiakkaista kilpaileminen, joka useimmilla muilla toimialoilla on pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Laite- ja materiaalivalmistajien edun mukaista oli tukea tämänsuuntaista kehitystä ja tuoda esille jatkuvasti uutta teknologiaa. Toisaalta yhteiskunnan ja asiakkaan näkökulmasta kilpailu yksityisten hammashoitopalvelutuottajien välillä, kuten normaalissa yritystoiminnassa yleensä, voisi parantaa alan innovatiivisuutta ja kustannustehokkuutta. Esimerkiksi toimenpideluokitukseen perustuva Kelan sairausvakuutuskorvausjärjestelmä vaikutti merkittävästi alan palvelujen tuotteistukseen ja hinnoitteluun. Järjestelmä ei nykymuodossaan erityisesti kannustanut yrityksiä luomaan kilpailuetua uudenlaisia palveluja kehittämällä tai palveluntuotantoprosessia tehostamalla.

Julkisen sektorin ja yksityisen sektorin välistä kilpailua esti julkiselle sektorille sälytetty vastuu koko väestön suun terveydenhuollosta asiakkaiden maksukykyistä riippumatta. Tämä tuli esiin myös Ruotsissa, jossa sektoreiden välistä kilpailua on yritetty edistää. Julkisen sektorin ”vaikeista” asiakkaista on vaikea saada kannattavia, ellei maksajana ole esimerkiksi vakuutusjärjestelmä. Myös hammashuollossa, niin kuin muussakin terveydenhuollossa, vanha totuus pitää paikkansa: kilpailua voi syntyä ainoastaan silloin, kun kilpailaan samankaltaisten asiakkaiden samoista palveluista ja niin sanotuista bulkkituotteista tai rutiinitoimenpiteistä. Toinen vaihtoehto on, että kilpaillaan kokonaisvaltaisesti koko palvelutuotannosta, jolloin myös yksityinen yritys ottaa harteilleen koko toiminta-alueensa väestön. Ruotsissa samankaltaista asiakkaiden hoitoa oli selvästi yritetty kilpailuttaa. Englannissa kehitys oli johdantanut siihen, että yksityiseen hoitoon oli valikoitu maksukykyisiä potilaita.

Suomessa hammashoitoalan kilpailua on tutkittu vain vähän. Risto Tuomisen kyselytutkimuksessa hammaslääkäreiden mielestä alalla oli kilpailua ja he uskoivat sen määrän tulevaisuudessa lisääntyvän (Tuominen & Palmujoki 2000). 2000-luvun alussa näyttäisi kuitenkin siltä, että kilpailua ei juuri ollut olemassa. Ketjuuntuneista yrityksistä Plusterveys-Hammaslääkärit Oy toimi markkinaosuutensa perusteella täysin omissa sarjassaan. Yllättävää oli myös se, että kunnat olivat kilpailuttaneet hammashoitopalveluita hyvin vähän verrattuna muihin terveyspalveluihin, vaikka

hammashoitopalvelut sopisivat paremmin kilpailutettaviksi kuin esimerkiksi vanhusten asumispalvelut tai perusterveydenhuollon lääkäripalvelut tai erikoissairaanhoidon leikkaukset, joita viime vuosina on ryhdytty kilpailuttamaan aikaisempaa enemmän.

Suomessa hammashoitouudistus muutti alan kilpailuolosuhteita – ainakin teoriassa. Suuri hoidon kysyntä uudistuksen alkuvaiheessa on voinut vaikuttaa siihen, että hammashoitopalveluyritykset eivät ole edes olleet kiinnostuneita laajemmista sopimuksista kuntien kanssa eivätkä ehkä itse ole markkinoineet sellaisia kuntiin. Näyttääkin siltä, että hammashoitouudistuksella ei ainakaan vielä tässä vaiheessa ole ollut kovin suurta vaikutusta toimialan kilpailuolosuhteisiin: yksityissek-

torilla ei ollut keskinäistä kilpailua, eikä julkisella sektorilla ollut resursseja kilpailla yksityisen kanssa.

Tutkimustuloksemme viittaavat siihen, että kansainväliseltä kilpailulta suojassa olleen toimialan menestys tutkimuskohteena olleissa maissa perustui pääosin merkittäviin kilpailun esteisiin, jotka olivat muodostuneet historian saatossa julkisen vallan toimien ja voimakkaiden etujärjestöjen toimesta. Kilpailun esteiden vaikutusta voimisti se, että hammashoitopalvelujen käyttäjien etuja ei valvonut mikään kolmas taho, esimerkiksi potilasjärjestö tai vakuutusyhtiö. Kaikissa maissa toimialan menestys perustui myös korkeatasoiseen alan ammattilaisten koulutusjärjestelmään, jonka julkinen valta organisoiti ja rahoitti.

KIRJALLISUUS

- CONRAD, D. A. & SHELDON, G. G.: Competition as means to contain dental care costs. *Adv Health Econ Health Serv Res* 5 (1984), 181–211
- COUNCIL OF EUROPEAN CHIEF DENTAL OFFICERS: CEEDO database. 2004
- GREMBOWSKI, D. & CONRAD, D. & WEAVER, M. & MILGROM, P.: The structure and function of dental-care markets. A review and agenda for research. *Med Care* 26 (1988): 2, 132–47
- GRYTEN, J. & SORENSEN, R.: Competition and dental services. *Health Econ* 9 (2000): 5, 447–61
- HELOE, L. A. & GRYTEN, J. & WARREN, G. B. & BROWN, L. J.: A comparative study of costs for dental services and dentists' income in the United States and Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 22 (1994): 2, 65–70
- HUGOSON, A. & KOCH, G. & BERGENDAL, T. & AL.: Oral health of individuals aged 3–80 years in Jonkoping, Sweden in 1973, 1983, and 1993. I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health. *Swed Dent J* 19 (1995): 6, 225–241
- KELA: Lääkäripalkkiot ja hammaslääkäripalkkiot. Matkat sekä tutkimus ja hoito 2003. 2003
- KILPAILUVIRASTO: Suomen Hammaslääkäriliitto ry:n kilpailunrajoituslain 5 §:n vastainen menettely Helsingin kaupungin yksityishammaslääkäreille järjestämässä tarjouskilpailussa. 2001
- KOIVUKANGAS, P. & VALTONEN, H.: Hyvinvointiklusteri. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän, teollisuuden ja tutkimuksen verkko. Raportteja 181. Helsinki: Stakes, 1995
- KOOMEN, I. & VAN DEN HEUVEL, J.: Free market policy in dentistry in Europe. A report on a survey of chief dental officers in Europe. Rijswijk 1998
- KUSHMAN, J. E. & SCHEFFLER, R. M.: Pricing health services: verification of a monopoly pricing model for dentistry. *J Hum Resour* 13 (1978): 3, 402–415
- LANDSTINGSFÖRBUNDET: Bokslutsstatistik 1998 – Ekonomi. 1998
- LANDSTINGSFÖRBUNDET: Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, ekonomitabeller 2003. Landstingsförbundet, 2003
- NGUYEN, L. & HÄKKINEN, U.: Eriarvoisuus hammaslääkäripalvelujen käytössä. Teoksessa: Mikkola, H. & Klavus, J. (toim.): *Terveystaloustiede 2004*. Aiheita 3/004. Helsinki: Stakes, 2004
- OASIS HEALTHCARE PLC: Annual Report 2003
- ODLANDER, R. & FRIDH, A.-C.: Tandvård och konkurrens. Konkurrensverkets rapportserie 2004: 1. Stockholm 2004
- OFFICE OF FAIR TRADING: The private dentistry market in the UK. 2003
- PLUSTERVEYS-HAMMASLÄÄKÄRIT OY: Vuosikertomus 2003. 2004
- PORTER, M. E.: *Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors*. New York: Free Press, 1980
- PORTER, M. E.: *The competitive advantage of nations*. New York: Free Press, 1990
- PRAKTIKERTJÄNST AB: Årsredovisning 2003. 2004
- RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET: Henkilökohtainen yhteydenotto. Tukholma 2004
- SANDSTRÖM, L.: Haussa: Halvin hammaslääkäri. Helsinki 2004
- SHEPARD, L.: Licensing Restrictions and the Cost of Dental Care. *Journal of Law and Economics* 21 (1978), 187–201
- SINTONEN, H. & MAIJANEN, T.: Explaining the utilization of dental care. Experiences from the Finnish dental market. *Health Econ* 1995 (1995): 4, 453–466
- STATISTISKA CENTRALBYRÅN: Statistikdatabasen. 2004
- STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING: Årsredovisning 2002.

Stockholm 2002

SUOMINEN-TAIPALE, A. & WIDSTRÖM, E.: Does dental service utilization drop during economic recession? The example of Finland, 1991–94. *Community Dent Oral Epidemiol* 26 (1998), 107–114

TILASTOKESKUS: Kuntien talous ja toiminta – kunnittaisia tietoja 1997. Helsinki 1999

TILASTOKESKUS: Kuntien talous ja toiminta – kunnittaisia tietoja 2002. Helsinki 2003

TILASTOKESKUS: Hammaslääkäripalkkiot, huhtikuu 2004. Helsinki 2004. 2004a

TILASTOKESKUS: Yritykset toimialoittain. Helsinki 2004. 2004b

TILASTOKESKUS: Yritys- ja toimipaikkarekisteri. Helsinki 2004. 2004c

TUOMINEN, R.: Cooperation and competition between dentists and denturists in Finland. *Acta Odontol Scand* 60 (2002): 2, 98–102

TUOMINEN, R. & PALMUJOKI, J.: Perceived competi-

tion in private dental practice in Finland. *Acta Odontol Scand* 58 (2000): 5, 213–216

VASARA, T. & MÄKELÄ, K.: Hammastekninen ala esimerkinä käsiteollisuuden kehittämistarpeista ja mahdollisuuksista. Hammasteknisen alan klusterianalyysi. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriön Elinkeino-osasto, 2002

WIDSTRÖM, E. & EATON, K.: Oral Healthcare Systems in the Extended European Union. *Oral Health Prev Dent* 2 (2004): 3, 155–194

WIDSTRÖM, E. & EKMAN, A. & AANDAHL, L. & MALLING PEDERSEN, M. & AGUSTSDOTTIR, H. & EATON, K.: Developments in Oral Health Policy in the Nordic Countries since 1990. *Oral Health Prev Dent* 3 (2005), painossa

WIDSTRÖM, E. & PIETILÄ, I. & ERKINANTTI, J.: Hammashoitouudistuksen toteuttaminen terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 59 (2004): 9, 937–941.

ENGLISH SUMMARY

Hennamari Mikkola & Eeva Widström & Sami Jauhiainen & Arto Vesivalo: Private dental care services in the UK, Sweden and Finland – development and success of the industry and its challenges (Yksityiset hammashoitopalvelut Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa. Toimialan kehitys, menestys ja haasteet)

In most European countries the role of private services is more significant in dental care than in general health care. In the UK and in the Nordic countries both public and private services are used in dentistry. The aim of this study was to describe and analyse the private dental care industry in those countries. In particular, we wanted to study the operational environment of this industry, forms of enterprises and competitive conditions. Porter's diamond model was used as an analytical frame for the study. Numerical and qualitative data were collected from administrative reports, annual reports of companies and scientific papers. These were supplemented by interviews with the managing directors of 11 private dental companies in Finland.

Private dental care accounted for 35% of turnover of dental practices in UK and 50% in Sweden and Finland. The cost of private dental care per head was considerably higher in Sweden (102 €) than in Finland (61 €) although the number of personnel working in the private sector was relatively smaller than in Finland. In all countries private services were more widely available in densely populated areas. Most private care could be classified as following the small enterprise model. In Sweden and Finland there were two market leaders, while a number of other firms with networks indicated potential to increase their market shares in the future.

In all countries there was a wide variation in charges between individual dentists; public services were generally cheaper for the consumer than private ones.

There was little evidence of competition between the two sectors or between individual actors in the private sector. On the contrary, ethical codes and practices established by professional associations inhibited competition. In Finland the pricing policy based on reimbursements from the national social insurance institution seemed to restrict product development and price competition. In Sweden some purchaser-provider arrangements had been established in an attempt to advance competition.

In conclusion, our study indicated that free market private dental care relied on traditional small enterprises, which functioned on providers terms. There had been few efforts to increase competition between care providers. More affluent adults could access private treatments and dentists could choose their patients freely, as private dentists had no obligation to serve unselected populations.

The private sector in dentistry clearly differed from other similar industries in respect of incentives for development. Individual dentists' interest in new treatments, materials and equipment seemed to steer development more than competition for customers. Private dental practice has been sheltered from international competition. This reflects the barriers to competition established with the years by governments and strong interest groups ostensibly based on patient safety. Especially in Finland and Sweden arrangements for the regulation and governance of private dental care received little attention from professional or patient associations or insurance companies.

KEY WORDS

Dental care services, private services, operational environment, forms of enterprises, competitive conditions, Finland, Sweden, United Kingdom