

VALINNANVAPPAUSKOKEILUN

ARVIOINTI

HELMIKUU 2019

Sisällys

SISÄLLYS	2
1 JOHDANTO	3
1.1 ARVIOINNIN KOHDE	3
1.2 ARVIOINNIN TAVOITTEET JA TOTEUTUS.....	3
<i>Menetelmät ja aineistot</i>	5
2 ASIAKKAAN NÄKÖKULMA	7
2.1. TIETOISUUS KOKEILUSTA JA TARJOLLA OLEVISTA VAIHTOEHDOSTA	8
2.2. KETKÄ HYÖDYNTÄVÄT VALINNANVAPAUTTA?	9
2.3. ASIAKASKOKEMUS JA VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET PALVELUUN	10
3 JÄRJESTÄJÄN NÄKÖKULMA	12
3.1 OVATKO TUOTTAJIEN HYVÄKSYMIS- JA KORVAUSMENETTELYT TOIMIVIA JÄRJESTÄJÄN NÄKÖKULMASTA?	13
3.2 VASTAAVATKO TIETOJÄRJESTELMÄT TARPEISIIN?	15
3.4 MITEN SEURANTA JA VALVONTA TOTEUTUVAT?	16
3.5 TUOTETAANKO KOKEILUSSA RIITTÄVÄSTI ASIAKASINFORMAATIOTA SEKÄ HUOMIOIDAAN ASIAKKAIDEN VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET? ..	16
4 PALVELUNTUOTTAJIEN NÄKÖKULMA	17
4.1 OVATKO KORVAUSMENETTELYT PALVELUNTUOTTAJIEN NÄKÖKULMASTA TOIMIVIA?	18
4.2. VASTAAVATKO TIETOJÄRJESTELMÄT TARPEISIIN?	20
4.3 ONKO PALVELUNTUOTTAJILLA RIITTÄVÄT RESURSSIT KÄYTTÖSSÄÄN?	20
4.4. ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA PALVELU- JA TYÖPROSESSEIHIN?	21
5 HENKILÖSTÖN NÄKÖKULMA	22
5.1 ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA HENKILÖSTÖN TYÖNJAKOON JA ORGANISOINTITAPOIHIN?	22
5.2 ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA HENKILÖSTÖN TYÖHYVINVOINTIIN?	24
5.3 MITEN HENKILÖSTÖ PYSTYY TUKEMAAN ASIAKKAITA VALINTOJEN TEKEMISESSÄ?	24
6 TALOUDEN JA YHTEISKUNNAN NÄKÖKULMA	26
7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	27
LIITTEET	30

1 Johdanto

Tässä luvussa on kuvattu arvioinnin taustaa ja tavoitteita, arvioinnin kohdetta ja esitellään arvioinnin keskeiset aineistot.

1.1 Arvioinnin kohde

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaama palvelusetelikokeiluun kuuluvaa suun terveydenhuollon kokonaisuutta toteutetaan osana Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihanketta vuonna 2018 sekä erillisenä jatkohankkeena vuonna 2019. Hankkeessa kokeillaan valinnanvapauden keskeisiä elementtejä nykyisen lainsäädännön (palvelusetelilaki, asiakasmaksulaki ja -asetus, terveydenhuoltolaki) sallimissa puitteissa. Suun terveydenhuollon kokeilut, joita tässä raportissa tarkastellaan ovat alkaneet keväällä 2018 kahdella kokeilualueella: Keski-Uudellamaalla (1/2018) ja Tampereen alueella (5/2018). Suun terveydenhuollon kokeilujen rinnalla valinnanvapautta on kokeiltu kahdella muulla sisältöalueella: henkilökohtaisessa budjetissa sekä sote-keskuksissa (vastaanottopalvelut).

Valinnanvapauskokeilu kattaa suun terveydenhuollon perushammashoitopalvelut, joskin kokeilut ovat keskenään erilaisia (mm. palvelupaketti, asiakkaan valinnan vaihtoväli, korvausmallien perusteet, ICT-ratkaisut), jotta kokeiluiden kautta saadaan tietoa erilaisten kokonaisuuksien toimivuudesta erilaisissa ympäristöissä. Kokeiluiden keskeinen tavoite onkin ollut tuottaa tietoa tulevan valinnanvapausmallin ja lainsäädännön valmistelun ja jatkokehittämisen tueksi. Lisäksi kokeiluissa kokeillaan ja arvioidaan kansallisia palvelutuottajien hakemisen ja vertailun mahdollistavia sähköisiä palveluja ja valinnanvapautta tukevia tietojärjestelmäratkaisuja kansallisen ratkaisun kehittämisen tueksi.

1.2 Arvioinnin tavoitteet ja toteutus

Ulkoinen arviointi keskittyy valinnanvapauden edellytysten toteutumisen arviointiin sekä valinnanvapauskokeilun toteutuksen ja vaikutusten arviointiin. Kehittävän arvioinnin tavoitteena on tuottaa

käytännönläheistä, johtamista ja päätöksentekoa palvelevaa tietoa valinnanvapauskokeilujen tuloksista, vaikutuksista ja opeista.

Arvioinnin lähtökohtana on ollut THL:n vuonna 2016 laatima arviointikehikko, jota on täsmennetty ja muokattu arvioinnin alkukartoituksessa kesällä 2018 esiin tulleiden käytännön tarpeiden, painotusten ja kokeilualueilta saatujen tietojen perusteella. Osana arviointia ei ole arvioitu kokeilua tai sen lähtökohtia, vaan arvioinnin lähtökohtana on ollut annettu kokeiluasetelma ja seurantamalli. Keskeisiä näkökulmia arviointikysymysten laatimisessa ovat olleet valinnanvapauden edellytysten toteutuminen sekä valinnanvapauskokeiluiden toteutus ja vaikutukset. Kokeilujen vaikutuksia ja kehitystä on läpi arvioinnin seurattu asiakkaiden, järjestäjien, tuottajien sekä talouden ja yhteiskunnan näkökulmista alla olevan taulukon kysymysten kautta.

ASIAKKAAT
Ovatko kokeilussa mukana olevat (kokeilualueen väestö) tietoisia mahdollisuudestaan valita palveluntuottaja?
Onko asiakkailta riittävästi palvelu-tarpeeseen sopivia vaihtoehtoja tarjolla?
Onko asiakkailta riittävästi tietoja saatavilla valinnan tekemiseksi?
Ketkä hyödyntävät valinnanvapautta?
Onko palveluun pääsy sujuvaa?
Kokevatko asiakkaat tulevansa kuulluksi ja asiallisesti kohdelluiksi?
Millaisia vaikutusmahdollisuuksia asiakkailta on omaan palveluunsa?
JÄRJESTÄJÄT
Ovatko tuottajien hyväksymismenettelyt toimivia?
Ovatko tuottajien korvausmenettelyt toimivia järjestäjän näkökulmasta?
Vastaavatko tietojärjestelmät tarpeisiin?
Miten toiminnallinen integraatio toteutuu?
Miten seuranta ja valvonta toteutuvat?
Tuotetaanko kokeilussa riittävästi ja riittävän laadukasta asiakasinformaatiota?
Miten asukkaiden vaikutusmahdollisuudet on varmistettu?
TUOTTAJAT
Ovatko korvausmenettelyt palveluntuottajien näkökulmasta toimivia?
Vastaavatko tietojärjestelmät tarpeisiin?
Kuinka laaja on palveluntuottajien asiakaskunta?
Miten palveluntuottajat pystyvät vastaamaan asiakkaiden palvelutarpeisiin?
Miten yhteistyö järjestäjän kanssa toimii?

Onko palveluntuottajilla riittävät resurssit käytössään?
Millainen merkitys on palveluntuottajien viestinnällä?
HENKILÖSTÖ
Onko kokeilulla vaikutuksia henkilöstön työnjakoon ja organisoitapoihin?
Onko kokeilulla vaikutuksia palvelu- ja työprosesseihin?
Miten henkilöstö kokee palveluiden laadun?
Onko kokeilulla vaikutuksia henkilöstön työhyvinvointiin?
Miten henkilöstö pystyy tukemaan asiakkaita valintojen tekemisessä?
Miten henkilöstö ylipäätään kokee kokeilut?
YHTEISKUNTA
Toteutuvatko yhteiskunnalliset tavoitteet?
Millaisia vaikutuksia kokeilulla on kilpailun näkökulmasta?
Millaisia vaikutuksia kokeilulla on palveluiden hintoihin?
Millaisia vaikutuksia kokeilulla on kustannuksiin?
Syntyykö kokeilussa innovaatioita?
TALOUS
Mitkä ovat kokeilun taloudelliset seurannaisvaikutukset sote-keskuksen (julkinen ja yksityinen) näkökulmasta?
Millaisia muita tuotannollisia vaikutuksia kokeilulla on järjestäjän näkökulmasta?

Käytännössä kaikkiin ylläoleviin kysymyksiin ei ole pystytty vastaamaan kokeilun aikajänteen ja sen tuottamien aineistojen puitteissa eikä esimerkiksi taloudellisia seurannaisvaikutuksia ole pystytty todentamaan aineiston avulla.

Arviointi on käynnistynyt kesäkuussa 2018 pian kokeilujen jälkeen, jotka käynnistyivät eri aikaan keväällä 2018 aikana. Arviointia ja sen tiedonkeruuta on rytmittänyt kvartaaleittain toteutettava väli-raportointi, jonka tuloksiin tämän yhteenvetävän arvioinnin analyysi perustuu.

Menetelmät ja aineistot

Kirjalliset aineistot

Arviointijoiden käytössä on ollut laajasti kirjallista materiaalia käsittäen mm. kokeilualueiden toimittamia taustoittavia aineistoja lähtötilanteesta, kokeilualueiden omia syventäviä analyyseja sekä

loppuraportteja, sosiaali- ja terveysministeriön kokoavia materiaaleja ja esityksiä, valtionavustusten hakuilmoitukset sekä kokeilun laajennukseen liittyviä asiakirjoja.

Haastattelut

Arvioinnin aikana on haastateltu järjestätähon edustajia kahteen kertaan: kokeilujen alussa kesäkuussa 2018 sekä kärkihankekauden päätyttyä vuoden 2019 alussa. Järjestätähon edustajina on kuultu projektipäälliköitä sekä sosiaali- ja terveystoimen johtoa. Myös kokeiluun osallistuvia palveluntuottajia on kahteen kertaan, minkä lisäksi kokeilualueilla toimivia, mutta kokeiluun osallistumattomia tuottajia on kuultu kärkihankekauden lopuksi.

Sähköiset kyselyt

Osana arviointia on toteutettu loppuvuonna 2018 sekä henkilöstölle että asiakkaille kyselyt. Asiakaskyselyihin on ollut mahdollista vastata sekä kirjeitse että sähköisesti ja kysely on lähetetty satunnaisotantaan perustuen 5 000:lle kokeilualueiden asukkaalle. Sähköistä kyselyä on jaettu sekä julkisen sektorin että yksityisen sektorin tuottajien henkilöstölle esimiesten kautta sähköpostitse.

Seurantatiedot

Kokeilualueet ovat toimittaneet kerran kvartaalissa seurantatietoja liittyen valintoihin, käynteihin, henkilöstöön, erikoissairaanhoidon läheteisiin, päivystyksen käyttöön, tuottoihin sekä kustannuksiin. Seurantatiedot ovat muodostaneet määrällisen tiedonkeruun ytimen. Lisäksi kokeilualueet ovat toimittaneet vaihtoportaalien tuottamia tietoja muun muassa vaihdon syistä sekä vaihtajien aiemmasta palvelun tarjoajasta.

2 Asiakkaan näkökulma

Tässä luvussa kuvataan asiakkaiden kokemuksia kokeilusta sekä tarkastellaan muutoksia asiakasnäkökulmasta kokeilun aikana.

Keskeiset havainnot

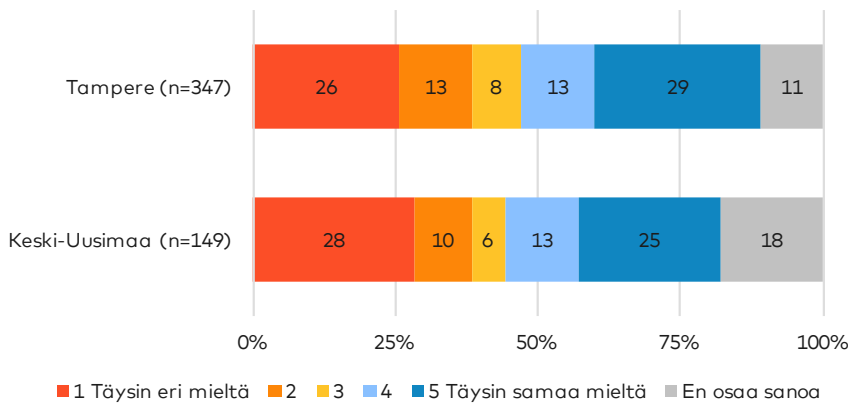
- » Suurimmat valintamäärät painottuvat kokeilujen alkuun sekä Tampereella asiakaskiintiön kasvuun. Kokonaisuudessaan vaihtomäärät ovat jääneet pieniksi, vaihdon tehneiden osuus vaihtelee alueittain kärkihankekauden lopussa 1% ja 2% välillä.
- » Keskeisin vaihdon syy vaihdon tehneiden joukossa on hammaslääkäreitaikojen saatavuus. Julkisen puolen asiakkaat pitävät hammaslääkäreitaikojen saatavuutta tärkeämpänä hoitopaikan sijaintia.
- » Asiakkaat pitävät pääsääntöisesti valinnanvapautta sosiaali- ja terveystalvuluissa tärkeänä, yksityiselle puolelle vaihtaneista jopa kolme neljäsosaa pitää valinnanvapautta tärkeänä sosiaali- ja terveystalvuluissa.

Asiakkaiden käyttäytymistä ja näkemyksiä kokeilusta on seurattu kokeilualueiden toimittamien seurantatietojen (mm. vaihdon syy kyselyt, asiakaspalautteet) sekä loppuvuodesta 2018 toteutetun asiakaskyselyn kautta. Eri aineistot ovat keskenään hyvin linjassa, ja ovat täydentäneet kokonaiskuvaa asiakkaiden osalta. Myös ajallista vaihtelua on vähän, vaan asiakkaiden kokemukset ja käyttäytyminen ovat pysyneet melko samoina, joskin on huomioitava kokeilujen lyhyt kesto. Keskeisiä muutoksia on vaihtojen määrissä, jotka painottuvat vahvasti kokeiluiden alkuun ja asiakaskiintiöidenlaajentumisten yhteyteen Tampereella. Sen sijaan uudelleen valinnat eivät näy piikkeinä valintamäärissä; valinta vaikuttaakin olevan varsin pysyvä, vaikka alueella olisi useita palveluntuottajia. Vaihtajien osuus vuoden kokeilualueiden väestöstä on noin 1% Keski-Uudellamaalla ja 2% Tampereella kärkihankekauden lopussa. Tampereella vaihtajamäärän kasvua rajoittaa 5000 vaihtajan kiintiö, joka on jaettu kuntakohtaisesti. Keski-Uudellamaalla ei ole kiintiötä, mutta yksityisiä tuottajia on hyvin niukasti, mikä selittää matalaa vaihtoprosenttia.

2.1. Tietoisuus kokeilusta ja tarjolla olevista vaihtoehdoista

Yleisesti ottaen suun terveyden valinnanvapauskokeilu tunnetaan heikosti. Asiakaskyselyn vastaajista vain noin 40 prosenttia arvioi olleensa tietoinen mahdollisuudesta valita suun terveyden huollon palveluidensa palveluntuottaja kuten kuva 1 alla kuvaa. Useat vastaajat kertoivat saaneensa tiedon vasta kyselytutkimuksen kautta.

Olen tietoinen kuntani alueella käynnissä olevasta mahdollisuudesta valita suun terveydenhuollon palvelujeni palveluntuottaja.



Kuva 1. Tietoisuus käynnissä olevasta valinnanvapauskokeilusta.

Palveluiden saatavuuteen ja laatuun ollaan pääosin tyytyväisiä. Lähes kaikki yksityisen palveluntuottajan valinneista ovat tyytyväisiä palveluidensa saatavuuteen, mutta myös kunnallisen palveluntuottajan asiakkaista yli kaksi kolmasosaa on täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Molemmat vastaajaryhmät katsovat, että henkilökohtaiset tarpeet on huomioitu hyvin. Sähköisten palveluiden rooli on julkisen palveluntuottajan puolella vielä vähäinen, mutta yksityisen palveluntuottajan valinneista puolet arvioi niiden olevan riittävällä tasolla. Havainnot ovat yhdenmukaisia sekä palveluja valinnanvapauskokeilun aikana että vain ennen sitä käyttäneiden kesken.

Tiedotus suun terveyden valinnanvapauskokeilusta on jäänyt vähäiseksi. Alle neljäsosa kyselyvastaajista on sitä mieltä, että kunnassa on edes tiedotettu mahdollisuudesta valita tiettyjä suun terveydenhuollon palveluntuottajia ja vain 13 prosenttia arvioi saaneensa riittävästi tietoa palveluntuottajista valintansa tueksi. Vastaajista 21 prosenttia arvioi tiedon olleen ymmärrettävää. Vielä harvemmat vastaajista arvioivat tuntevansa oikeuksiaan kokeilussa tai kokeiluun kuuluvien palveluiden sisältöä. Erityisen viestinnällisen haasteen on muodostanut velvoite tavata ensin suuhygienisti. Osa asiakkaista toivoisi mahdollisuutta päästä suoraan suuhygienistin vastaanotolle, mikä ei kuitenkaan valinnanvapauskokeilussa ole mahdollista. Sääntökirjan mukaan ensin tulee tehdä hammaslääkärin tutkimus, jonka pohjalta laaditaan hoitosuunnitelma. Tämä on kuitenkin jäänyt monelle asiakkaalle epäselväksi. Toisaalta on huomioitava, että Tampereen alueen kokeilussa vapaita

asiakaspaikkoja ei juuri ole ollut tarjolla kokeilun alun jälkeen, mikä heijastuu viestinnän tarpeisiin ja toimenpiteisiin.

2.2. Ketkä hyödyntävät valinnanvapautta?

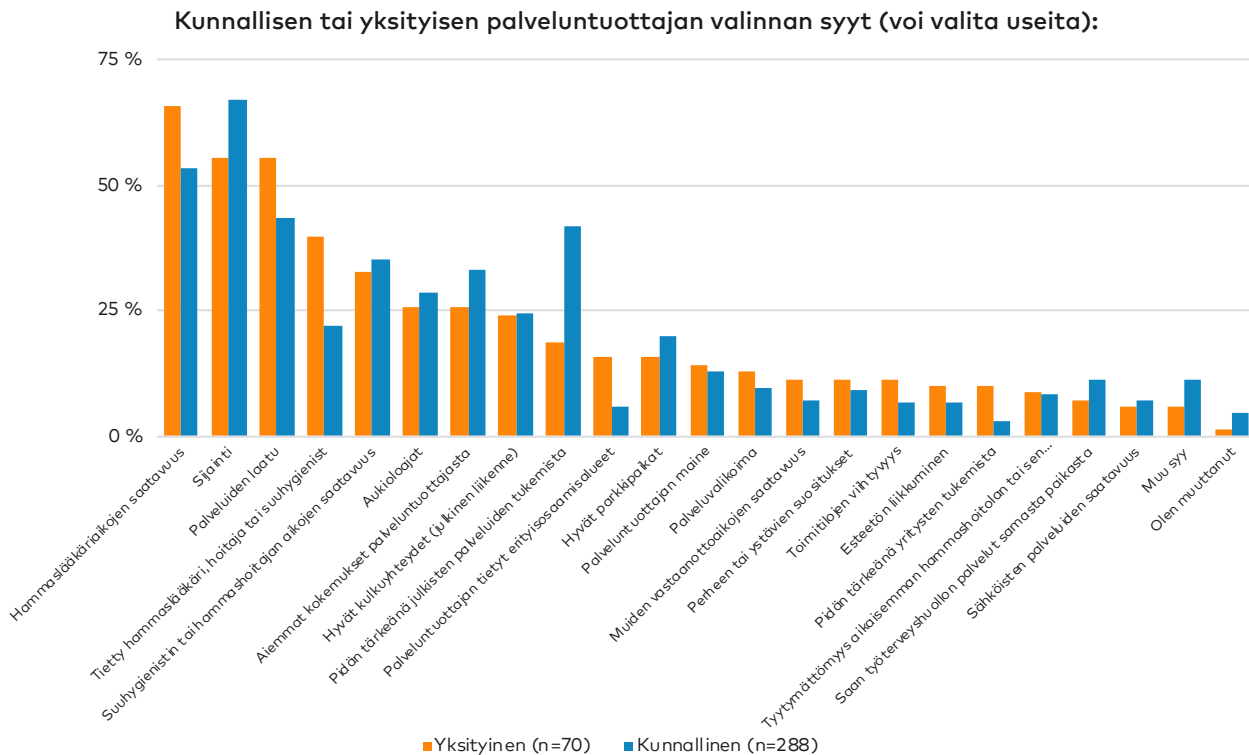
Vaihtamista pidetään vaikeana sekä yksityiselle palveluntuottajan kokeilussa valinneiden että valintaa tekemättömien ryhmissä. Valintaa tekemättömien ryhmässä 10 prosenttia on samaa mieltä väittämän "vaihtaminen on tehty kunnassani helpoksi" kanssa. Yksityiselle palveluntuottajan valinneista vastaava osuus on 20 prosenttia. Erimielisiä ryhmissä on noin 40–50 prosenttia, loput eivät osaa sanoa tai sijoittuvat keskelle.

Valinnan tehneistä suurimmalla osalla oli vastaanottokäynnin tarve. Kolme neljästä valinnan tehneestä vastaajasta arvioi tilannettaan vaihtoa tehdessä kuvaavan parhaiten väittämän "minulla oli vastaanottokäynnin tarve".

Yksityiselle palveluntuottajalle on kirjautunut enemmän henkilöitä, joilla on jokin säännöllistä suunhoitoa ja seurantaa vaativa sairaus. Näistä henkilöistä yksityiselle palveluntuottajalle oli siirtynyt 26 prosenttia, kun taas vertailuryhmästä, jolla ei ole säännöllistä hoitoa vaativaa sairautta siirtyneitä oli vain 17 prosenttia. Havainto on linjassa sen kanssa, että suurimmalla osalla vastaajista oli vaihtoa tehdessä vastaanottokäynnin tarve. Vain harvat vastaajista, joilla ei ole ollut yhtään käyntiä tai on ollut vain yksi käynti viimeisen kolmen vuoden aikana ovat siirtyneet yksityiselle palveluntuottajalle. Näyttäisi myös siltä, että korkeampi ikä ja korkea-asteen koulutus lisää todennäköisyyttä vaihtoon. Kyselyvastausten perusteella ei kuitenkaan voida arvioida ovatko ko. henkilöt olleet yksityisen suun terveydenhuollon piirissä jo ennen valinnanvapauskokeilua.

Tuloilla eikä työmarkkina-asetelmalla voida osoittaa olevan yhteyttä valinnan tekemiseen. Havaintojen määrä ei riitä sulkemaan pois tätä vaihtoehtoa, mutta aineisto ei viittaa merkittävään rakenteelliseen yhteyteen tulojen ja suun terveydenhuollon palveluntuottajan vaihtamisen välillä. On myös syytä huomioida se, että korkeampituloiset todennäköisesti ovat hyödyntäneet yksityisiä palveluntuottajia enemmän jo aiemmin matalatuloisiin verrattuna.

Yksityiselle palveluntuottajan valinneiden merkittävimpiä syitä olivat hammaslääkäriaikojen saatavuus, sijainti ja hoidon laatu; kunnalliselle palveluntuottajalle jääneet arvostavat samoja asioita järjestyksessä sijainti, hammaslääkäriaikojen saatavuus ja palvelun laatu. Yksityiselle palveluntuottajalle vaihtaneet nostivat kyselyvastauksissa esiin perusteluina myös tietyn hammaslääkärin, -hoitajan tai suuhygienistin sekä palveluntuottajan tietyt erityisosaamisalueet. Vastaavasti julkisten palveluiden tukeminen on ollut monelle vastaajalle tärkeää jäädessä julkiselle palveluntuottajalle.



Kuva 2. Vaihdon syyt

Hoitohistorian tuntemus ja epäselvät valinnanvapauden mahdollisuudet vaikuttivat yli puolien kunnalliselle palveluntuottajalle jääneiden päätökseen. 55 prosenttia arvioi sillä, että nykyisessä hammashoitolassa tunnetaan hoitohistoria, olleen merkitystä päätökseen. Epäselvillä valinnanmahdollisuuksilla oli merkitystä 53 prosentille vastaajista.

2.3. Asiakaskokemus ja vaikutusmahdollisuudet palveluun

Noin puolet yksityisen palveluntuottajan valinneista arvelee saatavuuden parantuneen kokeilun aikana; kunnallisella puolella osuus on vajaat 30 prosenttia. Merkittävä osuus vastaajista arvioi molemmissa ryhmissä, ettei muutoksia ole tapahtunut, mikä on ymmärrettävää siitä näkökulmasta, että palveluiden saatavuuteen ylipäätäänkin oltiin tyytyväisiä. Kyselyn valossa vaikuttaa kuitenkin siltä, että kokeilujen keskeiseen tavoitteeseen parantaa palveluiden saatavuutta on päästy.

Palvelun laatu ja vaikutusmahdollisuudet palveluun ovat olleet hyvällä tasolla jo ennen valinnanvapauskokeilun käynnistymistä, ja valinnanvapauskokeilu on vaikuttanut niihin vain rajallisesti

mutta kuitenkin positiivisesti. Molempien osalta kaikista vastaajista yli puolet katsoo, ettei tilanne kokeilun jälkeen ole parantunut tai huonontunut. Vastaajista 42 prosenttia arvioi laadun parantuneen ainakin jossain määrin ja 35 prosenttia vaikutusmahdollisuuksien.

Asiakkaat olisivat toivoneet laajempaa kokeilua Tampereella. Tampereen kokeilualueen pienehkö asiakaskiintiö on täyttynyt nopeasti ja monet halukkaat ovat jääneet kiintiön ulkopuolelle. Kyselyn kautta välittyy vahva toive koko väestöä koskevasta kokeilusta. Osa asiakaskyselyn vastaajista sekä asiakaspalautetta jättäneistä kertoo kuulleensa mahdollisuudesta osallistua kokeiluun vasta kiintiön jo täytyttyä.

Valinnan mahdollisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa pidetään tärkeänä. Yksityisen tuottajan valinneista kolme neljästä on täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, kunnalliselle puolellekin jääneistä yli puolet. Mahdollisuutta valita omaan tilanteeseen parhaiten sopiva tuottaja pidetään arvokkaana ja hammaslääkäriaikojen saatavuuden koetaan parantuneen kokeilujen myötä. Toisaalta valinnanvapausvalmistelun koetaan edenneen pitkälle ilman riittävää tiedotusta tai vaikutusmahdollisuutta, markkinatalousajattelu sote-sektorilla epäilyttää ja osa vastaajista toivoisi mieluummin laadukkaampaa julkista terveydenhoitoa. Lisäksi pienempien kuntien asukkaat nostavat esiin, ettei valinnanvapaus todellisuudessa toteudu vähäisten tuottajien vuoksi.

3 Järjestäjän näkökulma

Tässä luvussa kuvataan järjestäjien kokemuksia kokeilusta sekä tarkastellaan muutoksia järjestäjän näkökulmasta kokeilun aikana.

Keskeiset havainnot

- » Järjestäjäorganisaatiot kokevat hyötynensä kokeiluista ja saaneensa eväitä tulevaan valmistautumisessa. Haasteena on kuitenkin ollut suun terveydenhuollon kokeilujen lyhyt kesto.
- » Järjestäjän näkökulmasta laskennalliset kustannukset ovat kasvaneet hieman kokeilun aikana, kun huomioidaan kokeilualueen suunhoidon yksikön kokonaiskustannukset, yksityisille palveluntuottajille maksetut korvaukset sekä saadut asiakasmaksutuotot.
- » Yhteistyö järjestäjien ja tuottajien välillä on sujunut hyvin ja keskusteluyhteys on ollut tiivis läpi kokeilujen.
- » Korvausmallien ja tasojen määrittäminen vaatii aktiivista yhteistyötä tuottajien kanssa sekä alueen tuotannon ja väestön hyvää tuntemusta.
- » Kokeiluilla on ollut erilaiset vaatimukset tietojärjestelmien suhteen, mutta molemmilla alueilla järjestelmät ovat aiheuttaneet haasteita ja ylimääräistä työtä.

Järjestäjäorganisaatiot kokevat hyötynensä ja oppineensa kokeiluista paljon. Keskeisimmäksi opiksi nousee järjestäjän tehtävän mallintaminen sekä roolin ja tehtävien kirkastuminen. Kytöksä maakunta- ja sote-uudistukseen on ollut tiivis molemmilla kokeilualueilla ja alueet kokevat kokeilujen myötä olevansa paremmin valmistautuneita tulevaan.

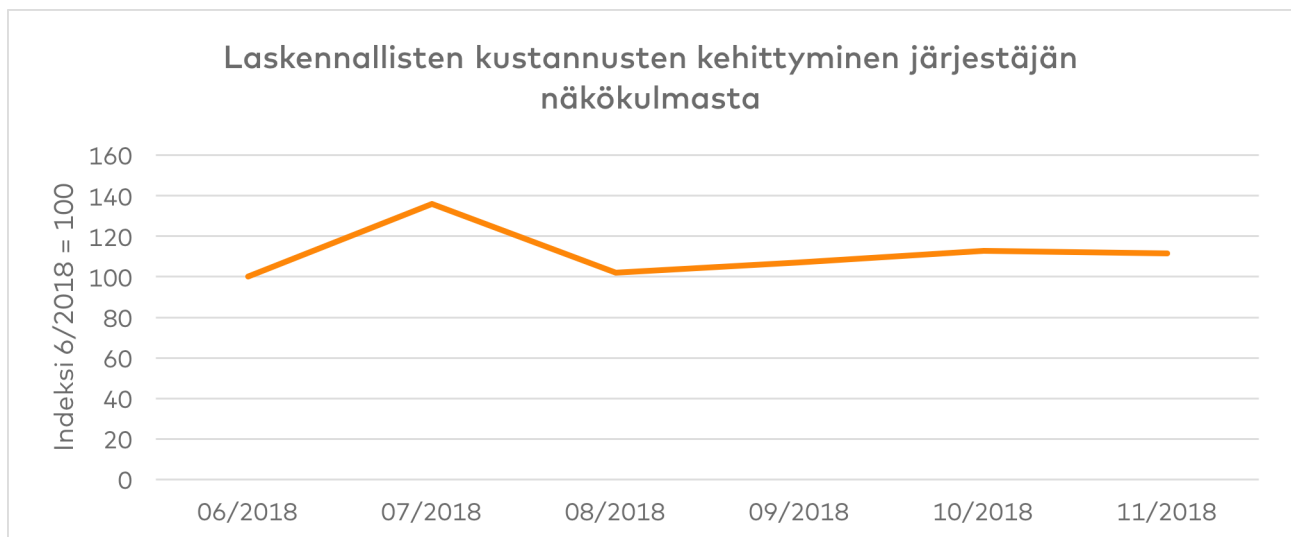
Suun terveydenhuollon kokeilujen osalta erityisen haasteen on muodostanut kokeiluiden lyhyt kesto: kärkihankekauden aikaiset kokeilut jäivät molemmilla alueilla vajaan vuoden mittaisiksi, mikä ei mahdollista toiminnan kehittymisen tarkastelua. Lisäksi kokeiluiden vaikutusta oman alueen julkiseen terveydenhuoltoon ja kustannuksiin on vaikeaa arvioida tällä aikajänteellä, minkä lisäksi valinnan tehneiden määrät ovat molemmilla alueilla melko pieniä.

Yhteistyö eri toimijoiden välillä on toiminut hyvin koko kokeilun ajan. Järjestäjien mukaan yhteistyö ja yhteydenpito palveluntuottajien kanssa on ollut pääsääntöisesti sujuvaa ja säännöllistä. Samoin yhteistyö ministeriön sekä oman alueen päättäjien kanssa on koettu toimivaksi ja avoimeksi. Myös kokeilualueiden välinen yhteistyö on tukenut kokeilutoimintaa ja kokemusten jakoa ja hyvää keskusteluilmapiiriä on kehuttu. Monet käytännön asiat ovatkin selkiytyneet keskustellen kokeilun edetessä, mikä on helpottanut käytännön työtä ja toiminnan suuntaamista. Esimerkiksi kokeilun

palvelupaketteihin kuuluvat palvelut sekä palveluiden sisällöt on määritelty aiempaa tarkemmin yhteisten keskusteluiden kautta. Toisaalta kokeilun aikaiset tarkennukset esimerkiksi sääntökirjaan ovat herättäneet myös kritiikkiä tuottajissa.

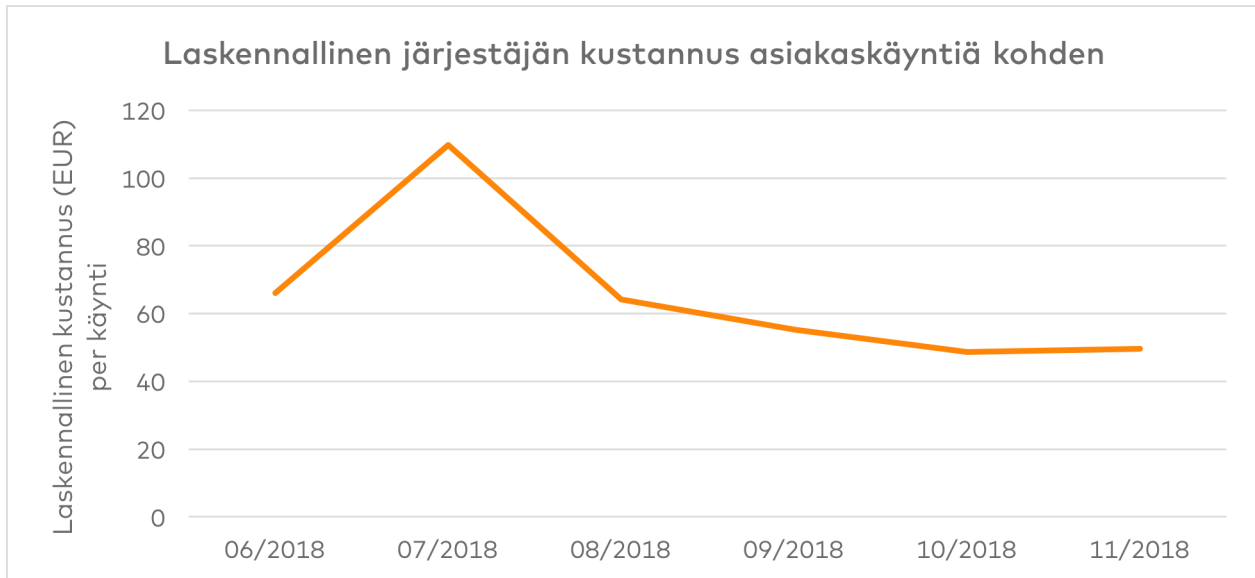
3.1 Kustannusten kehitys järjestäjien näkökulmasta

Järjestäjän näkökulmasta laskennalliset kustannukset ovat kasvaneet hieman kokeilun aikana, kun huomioidaan kokeilualueen suunhoidon yksikön kokonaiskustannukset, yksityisille palveluntuottajille maksetut korvaukset sekä saadut asiakasmaksutuotot. Kuva 3 alla esittää järjestäjän näkökulmasta syntyvien laskennallisten kustannusten kehityksen kokeilun aikana.



Kuva 3. Järjestäjän näkökulmasta syntyvien laskennallisten kustannusten kehitys kokeilun aikana, indeksoitu. Laskennalliset kustannukset järjestäjän näkökulmasta sisältävät suunhoidon yksikön raportoidut kokonaiskustannukset, yksityisille palveluntuottajille maksetut korvaukset sekä raportoidut asiakasmaksutuotot.

Keskimäärin käyntikohtainen laskennallinen kustannus järjestäjän näkökulmasta on pysynyt melko vakaana kokeilun aikana, kun järjestäjän näkökulmasta syntyneitä laskennallisia kustannuksia suhteutetaan kokeilun aikana tehtyihin käynteihin, sisältäen sekä julkisille että yksityisille palveluntuottajille tehdyt käynnit. Molemmilla kokeilualueilla on havaittavissa poikkeama erityisesti heinäkuussa, sillä käynnit ovat huomattavasti pienemmät kyseisenä kuukautena, ja kustannukset hieman suuremmat kuin muina kuukausina. Kuva 3 alla esittää järjestäjän näkökulmasta syntyvien laskennallisten kustannusten kehityksen suhteessa asiakaskäynteihin.



Kuva 3. Järjestäjän näkökulmasta laskennalliset kustannukset suhteessa tehtyihin fyysisiin käynteihin yksityisille ja julkisille palveluntuottajille. Laskennalliset kustannukset järjestäjän näkökulmasta sisältävät hammashoidon yksikön kustannukset, yksityisille palveluntuottajille maksetut kapitaatiokorvaukset sekä saadut asiakasmaksutuotot.

Yksityisten palveluntuottajien päivystyskäynnit ovat kokonaisuudessaan huomattavasti matalammalla tasolla kuin julkisten palveluntuottajien. Julkisten palveluntuottajien päivystyskäynnit ovat kasvaneet hieman kokeilun aikana, kun taas yksityisten palveluntuottajien päivystyskäyntien määrässä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia kokeilun aikana.

3.2 Ovatko tuottajien hyväksymis- ja korvausmenettelyt toimivia järjestäjän näkökulmasta?

Hyväksymismenettelyt ovat toimineet järjestäjien näkökulmasta hyvin ja sääntökirjan mukaisesti eikä menettelyihin liity kehittämistarpeita. Hyväksymismenettelyiden prosessi on ollut selkeästi kuvattu sääntökirjassa eikä tämä ole työllistänyt järjestäjiä odotettua enempää. Menettelyt ovat olleet myös tuottajille selkeitä eikä hyväksymiseen liittyen ole noussut tarkentamistarpeita myöskään jatkoa ajatellen.

Kapitaatiomallin luominen ja käyttöönotto ovat olleet kokeilualueiden keskeisiä tavoitteita, ja niihin liittyvät myös keskeiset opit. Kokeilut ovat auttaneet määrittämään korvausten oikeaa tasoa, ja korvauksiin liittyen on jouduttu käymään jatkuvaa keskustelua palveluntuottajien kanssa erityisesti korvausten tasosta. Tampereella korvausten tasosta ja määrittämisestä on käyty aktiivista

keskustelua tuottajien kanssa jo ennen kokeilun alkamista, mikä on helpottanut kokeilun aikaista toimintaa. Tuottajien aktiivinen sitouttaminen mallin työstämiseen on ollut myös osasyynä tuottajien innokkaaseen osallistumiseen Tampereen alueen kokeiluun. Lisäksi tuottajat ovat pitäneet hyvänä Tampereen kiinteää korvausmallia, jossa korvauksia maksetaan vasta asiakkaan käytyä vastaanotolla.

Keski-Uudellamaalla korvausmalli on ollut lähempänä tulevaa mallia ja pohjautunut vahvemmin kapitaatiomalliin. Tämä on etenkin kokeilujen alkuvaiheessa herättänyt kritiikkiä tuottajissa ja mallin sopivuutta ja korvausten riittävyttä suun terveydenhuoltoon on kritisoitu. Kokeilun edetessä kritiikki on kuitenkin vähentynyt ja tuottajien kannattavuus kohentunut. Korvausten taso on kuitenkin vaikuttanut siihen, ettei etenkään pieniä toimijoita ole juuri lähtenyt kokeiluun mukaan. Osittain tilanteeseen vaikuttaa myös kokeilun pieni volyymi, sillä suuremmilla asiakasmäärillä ja pidemmällä aikajänteellä korvausmalli toimisi paremmin.

Kannustinkorvaukset on koettu toimiviksi. Kokeilut ovat osoittaneet, että kannustinjärjestelmää kannattaa hyödyntää ja se sitouttaa tuottajia. Tietojärjestelmistä johtuen kannustimet tulevat kuitenkin varsin viiveellä, mikä vähentää niiden toimintaa ohjaavaa ja kehittävää voimaa etenkin lyhyellä kokeilukaudella.

Korvausten oikean tason määrittämisessä tukee hyvä oman tuotannon sekä alueen väestön tuntemus. Kokeilujen yhtenä oppina on, että alueen erityispiirteiden (sekä yksityinen että julkinen sektori), hoidon tarpeen ja väestön sairastavuuden tunteminen on olennaista valinnanvapauttoiminna järjestämisessä ja korvaustasojen määrittämisessä.

3.3 Vastaavatko tietojärjestelmät tarpeisiin?

Tietojärjestelmiin on liittynyt paljon haasteita läpi kokeilujen eikä tilanteessa ole tapahtunut suuria muutoksia vuoden 2018 aikana. Odotukset kohdistuvat kansalliseen tietojärjestelmäratkaisuun. Järjestelmät ovat aiheuttaneet läpi kokeilujen jonkin verran päällekkäistä työtä eikä tiedonsiirto eri tietojärjestelmien välillä toimi täysin. Kokeiluilla on ollut erilaiset ratkaisut tietojärjestelmien suhteen, mutta molemmat ovat aiheuttaneet tyytymättömyyttä tuottajissa. Tuottajien turhautuminen uuden potilastietojärjestelmän opetteluun Tampereella sekä tietojen erilliseen lähettämiseen Keski-Uudellamaalla on heijastunut järjestäjälle ylimääräisenä työnä ja asian tiimoilta on pidetty useita keskusteluja.

Erityisen haasteen on muodostanut röntgen-kuvien siirtyminen. Yksityisten tuottajien röntgenkuvista vain pieni osa on talletettu järjestäjän potilastietojärjestelmään, mistä aiheutuu viiveitä ja tietokatkoja. Tähän tulee kiinnittää jatkovalmistelussa erityistä huomiota sekä tarkentaa kuvantamiseen liittyvät vaatimukset sääntökirjoihin.

3.4 Miten seuranta ja valvonta toteutuvat?

Keskusteluyhteys järjestäjien ja tuottajien kanssa on ollut hyvä molemmilla alueilla. Kokeiluja ohjaavissa sääntökirjoissa on melko vähän seurantaan ja valvontaan liittyviä vaatimuksia, mutta erityisesti Tampereen kokeilualueella järjestäjä on ottanut aktiivisen roolin valvonnassa. Tampereen kokemuksen perusteella on tärkeää, että järjestäjän puolella on riittävä substanssiosaaminen suun terveydenhuollosta, jotta ammatillisten haasteiden ratkaiseminen yhdessä tuottajien kanssa onnistuu sujuvasti.

Vaatus käyttää järjestäjän tietojärjestelmää on tukenut valvontaa. Järjestäjä on toiminut potilastietojärjestelmän pääkäyttäjänä, mikä on mahdollistanut haasteiden tunnistamisen ja läpikäymisen varhaisessa vaiheessa. Saman potilastietojärjestelmän sisällä toimiminen on helpottanut yhteisten käytänteiden ja ohjeistuksen luomista sekä julkiselle että yksityiselle sektorille.

3.5 Tuotetaanko kokeilussa riittävästi asiakasinformaatiota sekä huomioidaan asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet?

Kokeiluista on tuotettu vuoden 2018 monikanavaisesti tietoa ja tiedottamista jatketaan myös kärkihankekauden jälkeen. Monet viestintäkanavat ovat kuitenkin edellyttäneet asiakkaan olevan jollain tasolla aktiivinen joko palveluiden käyttäjänä tai muutoin yhteiskunnallisesti aikaansa seuraava, sillä kokeiluista ei ole tiedotettu kotiin jaettavilla tiedotteilla. Erityisesti Tampereen kokeilualueella kokeilusta on viestitty myös aktiivisesti alueen medioissa, mikä juontunee osittain projektin aktiivisista viestintäpanostuksista.

Pääasiallisen kanavan asiakkaille muodostavat asiakaskyselyt ja -palautteet, joita hyödynnetään myös toiminnan kehittämisessä. Pääasiassa saatu palaute on ollut hyvää, ja kritiikki kohdistunut lähinnä jonotusaikoihin, mikä on myös linjassa asiakaskyselyn tulosten kanssa. Käytännössä asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet ovat pääasiassa jälkikäteen vaikuttavia kuin ennakoivia, joskin erilaisten osallistavien menetelmien hyödyntäminen on lisääntynyt kokeilukauden loppua kohden.

4 Palveluntuottajien näkökulma

Tässä luvussa on kuvattu tuottajien kokemuksia kokeilusta sekä tarkastellaan muutoksia tuottajanäkökulmasta kokeilun aikana.

Keskeiset havainnot

- » Erityisesti Tampereen kokeilualueella kokeilut ovat kiinnostaneet palveluntuottajia, ja tuottajia on saatu runsaasti mukaan kokeiluun.
- » Tuottajat ovat kokeneet korvaukset mataliksi eivätkä kokeilut ole olleet liiketaloudellisesti kannattavia. Kokeiluihin osallistumiseen on kannustunut halu varautua tulevaan sekä olla mukana vaikuttamassa kansalliseen kehitykseen.
- » Tietojärjestelmät ovat aiheuttaneet tuottajille ylimääräistä työtä.
- » Kokeilut ovat aiheuttaneet vain vähän muutoksia tuottajien työprosesseihin ja -tapoihin.

Erityisesti Tampereen alueen kokeilu on tavoittanut hyvin tuottajia, ja kärkihankekaudella kokeiluun osallistui 21 yksityistä tuottajaa. Tuottajien osalta on ollut Tampereella vain pientä vaihtuvuutta, Keski-Uudellamaalla puolestaan lopetti kokeilun alkupuolella keväällä 2018 alueen yksi yksityinen palveluntuottaja. Kärkihankekauden lopussa alueen kokeilussa on mukana kaksi yksityistä palveluntarjoajaa. Tuottajat antavat kiitosta erityisesti ennen kokeilujen aloitusta järjestystä markkinavuoropuhelutilaisuuksista, joissa he kokevat päässeensä vaikuttamaan kokeilun toteutukseen.

Tuottajat ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä päätökseensä osallistua kokeiluun, ja kokevat saaneensa hyvää kokemusta tulevaa varten. Lisäksi kokeilu on tarjonnut oppeja siitä, miten samassa toimipisteessä voidaan tuottaa palveluita eri sopimus- ja toimintamalleilla. Pienille toimipisteille kokeiluun osallistuminen on kuitenkin ollut työlästä, ja hallinnollinen taakka on kasvanut suureksi. Pienillä asiakasmäärillä valinnanvapausasiakkaiden vastaanottoon ei synny rutinia, vaan kirjauksiin ja kokeilun mukaisiin toimintatapoihin kuluu runsaasti aikaa.

Kokeilualueille ei ole syntynyt uusia palveluntuottajia, vaan mukana olevat tuottajat ovat jo aiemmin kansallisesti tai paikallisesti toimineita tuottajia. Tämä on ymmärrettävää, sillä kokeiluiden ajallinen kesto on lyhyt, minkä lisäksi Tampereen asiakaskiintiö rajaa kokeilun asiakasmäärät pieniksi.

Kokeiluiden lyhyt kesto on haaste myös tuottajille. Kokeilukausi on lyhyt oppien saamisen kannalta, sillä suun terveydenhuollon palveluita käytetään tyypillisesti vuoden tai parin välein. Alle vuoden kokeilu-aika ei anna realistista kuvaa toiminnasta pidemmällä aikavälillä eikä mahdollista esimerkiksi kokeilun kustannusvaikutusten tai ienterveyden vaikutusten analyysia.

Kokeilujen alkaessa tuottajat eivät ole tienneet mihin sitoutuvat. Tuottajat toivovat, että jatkossa vastaavien kokeilujen ja pilottien käytännön toteutus on pidemmälle mietitty siinä vaiheessa, kun tuottajat sitoutuvat mukaan toimintaan. Sääntökirjoissa on ollut epäselvyyksiä, joita on tarkennettu kesken kokeilukauden. Lisäksi tuottajat kokevat, että tiiviistä vuoropuhelusta huolimatta sääntökirjat on kirjoitettu vahvasti julkisen sektorin toimintaan perustuviksi.

Yksityiset tuottajat olisivat toivoneet kokeiluihin rinnalle julkisia vertailuyksiköitä. Kattavan kokonaiskäsityksen ja mallien toimivuuden testaamisen kannalta olisi tärkeää tietää, miten julkinen sektori toimisi kokeilun puitteissa samoilla ehdoilla. Yksityiset tuottajat nostavat myös esiin eri sektorien erilaisen verokohtelun: yksityiset tuottajat joutuvat maksamaan arvonlisäveroa.

Tampereen ja Keski-Uudenmaan kokeilujen välinen koordinaatio olisi helpottanut tuottajia, jotka toimivat molemmilla alueilla. Etenkin jatkoa ajatellen tiivis kansallinen ohjaus tukisi palveluntuottajien työtä. Kokeiluiden ja mahdollisten pilottien sisällölliset erilaisuudet ymmärretään, mutta teknisten vaatimusten yhdentäminen sujuvoittaisi tuottajien kokeiluun osallistumista.

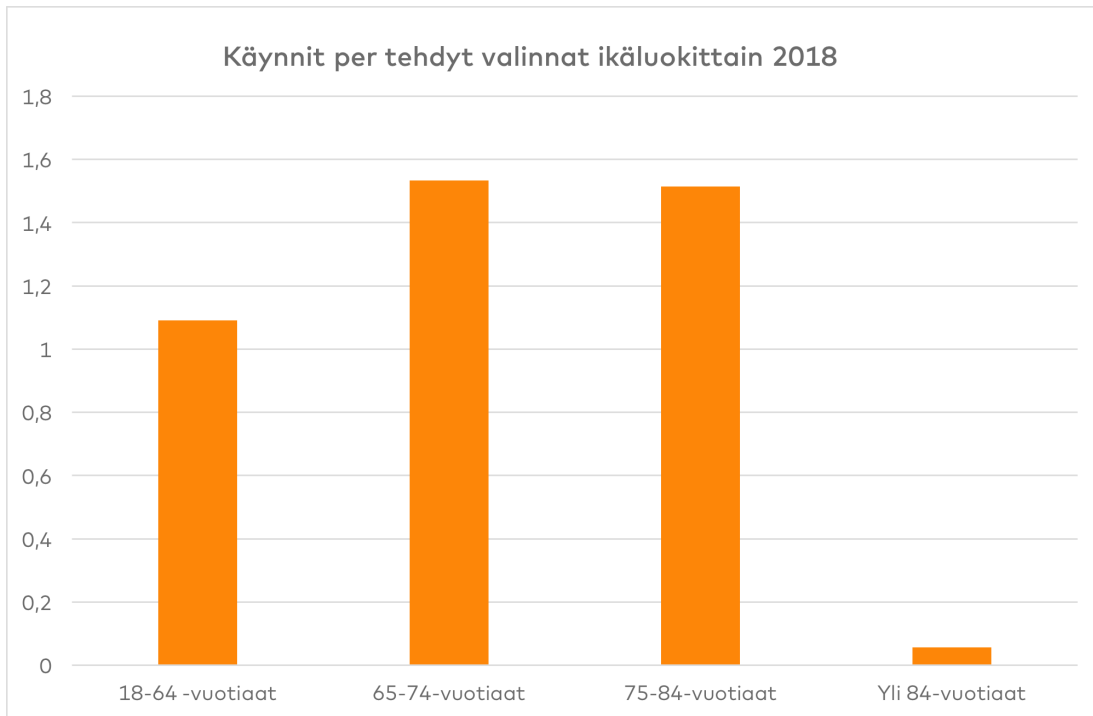
4.1 Ovatko korvausmenettelyt palveluntuottajien näkökulmasta toimivia?

Korvausmenettelyt ovat sujuneet maksuprosessin osalta melko sujuvasti. Keski-Uudellamaalla laskutuksessa on alkuvaiheessa ollut haasteita, mikä on ollut erityisesti pienten toimijoiden haaste. Bonus-sanktiomallin sekä kannusteiden logiikka koetaan hyvinä, mutta toteutukseltaan haastavina molemmilla kokeilualueilla. Nykyisellään mallit eivät toimi toimintaa ohjaavina, sillä tuottajat saavat järjestelmistä harvakseltaan tietoa eivätkä pysty peilaamaan omaa toimintaansa mittareihin.

Tuottajat arvioivat kokeilujen kannattavuuden olevan heikkoa, joskin parantuneen hieman kokeilujen edetessä. Erityisen riskipitoista toiminta on Keski-Uudenmaan kapitaatiokorvaukseen perustuvassa mallissa, missä alku on usein tappiollista, joskin kehittyä toiminnan kasvaessa ja vakiintuessa. Tämä haastaa erityisesti pienten tuottajien toimintamahdollisuuksia. Tampereen mallissa toimintalogiikka on lähempänä ostopalvelua, mikä tekee toiminnasta ennakoitavampaa. Tuottajat arvioivat kuitenkin myös Tampereen kokeilun korvaustasojen olevan liian matalia, jotta toimintaa voitaisiin jatkaa näin kokeilukauden jälkeen.

Käyntimäärät yksityisillä palveluntuottajilla ovat vaihdelleet paljon, ja vuoden mittaisen kokeilun aikana selkeää trendiä käyntimäärästä ei ole syntynyt. Keski-Uusimaalla valinnan tehneiden määrä suun terveydenhuollon kokeiluun on lisääntynyt tasaisesti koko kokeilun ajan. Tampereen alueen osalta valintoja tehtiin kiintiöstä johtuen kokeilun alussa suuri määrä.

Ikäryhmäkohtaisesti tarkasteltuna valintoja on tehnyt eniten ikäluokka 18–64 -vuotiaat molemmilla alueilla. Toiseksi eniten valintoja tehnyt ikäryhmä molemmilla alueilla on 65–74 -vuotiaat. Käyntimäärien vertailussa määrällisesti eniten käyntejä yksityiselle palveluntuottajalle tekivät 18–64-vuotiaat, kun taas suhteutettuna tehtyihin valintoihin (kuva 4) eniten käyntejä tekivät ikäryhmän 65–74 -vuotiaat valinnan tehneet, ja toiseksi eniten 75–84-vuotiaat.



Kuva 4. Käynnit per tehdyt valinnat yksityiselle palveluntuottajalle kokeiluun piiriin kuuluvissa käynneissä ikäluokittain vuonna 2018. Kuva kuvastaa kummankin kokeilualueen osalta sitä, montako kertaa valinnan tehnyt henkilö on vuoden aikana käynyt yksityisen palveluntuottajan kokeilun piiriin kuuluvalla vastaanotolla.

Pienten vaihtomäärien vuoksi kokeilut ovat pieni osa tuottajien toimintaa eikä kokeiluun osallistumisen motiivi ole ollut liiketaloudellinen kannattavuus, vaan tiedon saanti ja oppien hakeminen. Lisäksi keskeisenä vaikuttimena ovat olleet asiakkaiden toiveet; moni jo yksityisellä käynyt asiakas on toivonut tuottajansa osallistumista kokeiluun, jotta palvelun saisi edullisemmin. Toisaalta kokeilu on ollut myös markkinointia ja hyvä väylä tavoittaa asiakkaita, jotka eivät aiemmin ole käyttäneet yksityisiä suun terveydenhuollon palveluita.

Kokeiluväestö on melko pieni erityisesti Tampereella, missä on 5000 vaihtajan kiintiö. Tuottajat olisivat toivoneet laajempaa väestöpohjaa, jotta kokeilu olisi ollut kannattavampaa sekä toisaalta tuonut enemmän oppeja tulevaa varten. Suuremmalla kokeiluväestöllä ja pidemmällä kokeilukaudella toiminnan kustannukset olisivat ehtineet tasaantua paremmin.

4.2. Vastaavatko tietojärjestelmät tarpeisiin?

Tietojärjestelmiin liittyvät vaatimukset ovat aiheuttaneet tuottajille ylimääräistä ja osittain päällekkäistä työtä. Raportointi ja kirjaaminen ovat vieneet oletettua enemmän aikaa ja esimerkiksi Keski-Uudellamaalla tuottajilla ei ole pääsyä järjestäjän potilastietojärjestelmään, vaan tuottajat joutuvat lähettämään erikseen potilastiedot järjestäjälle. Toisaalta Tampereella tuottajien tulee käyttää järjestäjätahon järjestelmää, missä on myös ollut haasteita ja paljon opettelemista muun muassa kirjauksissa ja hoitotoimenpiteiden koodeissa lyhyessä ajassa. Kokeilun edetessä tuottajat ovat kuitenkin päässeet paremmin heille uuteen potilasjärjestelmään kiinni, mikä on hieman keventänyt työtaakkaa. Järjestäjän tarjoamien koulutusten lisäksi tuottajat ovat joutuneet järjestämään paljon sisäisiä koulutuksia tietojärjestelmiin liittyen. Tuottajat korostavat järjestelmien olevan kriittisin kehityskohde ennen kuin mallia voi laajentaa.

Röntgen-kuvien toimitus työllistää tuottajia erityisesti, sillä kuvat pitää ladata eri järjestelmään. Röntgen-kuvien nopeampi siirtäminen olisi mahdollista lisäkomponentin hankkimalla, mutta tämän kustannukset etenkin pienille toimijoille ovat suuret. Tämä on johtanut tilanteeseen, jossa vain noin kolmasosa yksityisten tuottajien röntgen-kuvista on talletettuina järjestäjän järjestelmiin.

Järjestäjän järjestelmää käytettäessä tuottajat toivoisivat tietoa omista kirjauksista toiminnan kehittämisen tueksi. Tuottajat toivoisivat saavansa esimerkiksi anonymisoidulla potilas-id:llä tietoa yksittäisten potilaiden käynneistä, toimenpiteistä ja maksetuista korvauksista: tämä mahdollistaisi tuottajille käyntikertakohtaisten korvauksien laskemisen sekä esimerkiksi käyntimäärien tarkastelun ikäryhmittäin. Tällä hetkellä tuottajilla ei ole myöskään mahdollisuutta päästä kiinni järjestäjän raportteihin ja korvausten maksatuksen perustaan.

4.3 Onko palveluntuottajilla riittävät resurssit käytössään?

Tuottajilla on hyvät resurssit käytössään ja tuottajat voisivat ottaa enemmänkin asiakkaita vastaan. Suurin osa ei ole rekrytoineet erikseen henkilöstöä kokeilua varten. Niille, jotka ovat rekrytoineet, on haasteena ollut kokeilujen lyhyt kesto - yleensä resursseja arvioidaan pidemmällä aikavälillä. Asiakaskäyntejä ei ole ollut odotettua enempää, vaikka Tampereen kiintiöt täyttyivätkin nopeasti. Vaihtajien käyttäytyminen on tuottajien mukaan noudatellut muun väestön käyttäytymistä. Suuri osa vaihdon tehneistä ei ole käynyt heti vastaanotolla, mikä on helpottanut tuottajien tilannetta. Tyypillisesti viive hoitoon hakeutumisessa on ollut noin 60 päivää hieman tuottajittain vaihdellen.

Tuottajat kokevat seurannan ja valvonnan toimiviksi, ja hyvään keskusteluyhteyteen perustuviksi. Varsinaisia valvontakäyntejä ei ole toteutettu, mutta yhteydenpito järjestäjän kanssa ollut muutenkin tiivistä. Tuottajat ovat käyneet yhdessä järjestäjän kanssa asiakaspalautteita läpi.

Omavalvonta työllistää tuottajia hieman aiempaa enemmän. Kokeilun puitteissa toiminnan täytyy olla sääntökirjan mukaista, mikä eroaa käytännön tasolla (esim. kirjaukset) jonkin verran tuottajien normaalista toiminnasta. Tästä johtuen tuottajat ovat joutuneet tehostamaan paitsi kokeiluun liittyvää koulutusta ja tiedotusta, niin myös omavalvontaa. Tässä haasteena on kuitenkin se, että Tampereen kokeilussa henkilöstö tekee kirjaukset suoraan järjestäjän järjestelmään, jolloin tuottajan on vaikea jäljittää kirjausten tekijää ja näin parantaa sisäisesti toimintaansa.

4.4. Onko kokeilulla vaikutuksia palvelu- ja työprosesseihin?

Pääsääntöisesti kokeilulla ei ollut suurta vaikutusta jo aiemmin toimineiden yritysten prosesseihin johtuen mm. kokeilun lyhyestä kestosta. Pienemmät tuottajat ovat joutuneet rekrytoimaan hieman lisää henkilöstöä, joskaan kokeilun lyhyt aika ei ole mahdollistanut vakituisen henkilötömäärän lisäämistä. Rekrytoinneissa tavoitteena on ollut löytää henkilökuntaa, jolla on jo kokemusta julkiselta puolelta ja erityisesti järjestäjän käyttämistä potilasjärjestelmistä. Vastaanottoaikojen keskimääräistä kestoja on myös jouduttu pidentämään joillain tuottajilla, sillä kokeilun vaatimat kirjaukset vievät huomattavasti enemmän aikaa.

Tuottajat tunnistavat kuitenkin kehityskohtia, joihin tarttuvat, mikäli siirrytään pilottimalliin. Tavoitteena olisi, että valinnanvapausasiakkaiden asiointi olisi yhtä sujuvaa kuin yksityisasiakkaiden asiointi ja heillä olisi samat kanavat käytössään. Kärkihankekauden aikana esimerkiksi isot palveluntuottajat eivät ole voineet tarjota valinnanvapausasiakkaille samoja mobiili- ja muita sähköisiä palveluita kuin muille asiakkaille.

5 Henkilöstön näkökulma

Tässä luvussa on kuvattu henkilöstön kokemuksia kokeilusta sekä tarkastellaan muutoksia henkilöstönäkökulmasta kokeilun aikana.

Keskeiset havainnot

- » Henkilöstön suhtautuminen kokeiluun eroaa yksityisellä ja julkisella sektorilla: yksityisen sektorin henkilöstö suhtautuu valinnanvapauteen sote-palveluissa julkista positiivisemmin.
- » Kokeiluiden vaikutus henkilöstön arkeen on ollut melko pieni johtuen kokeiluiden lyhyestä kestosta sekä pienistä vaihtajamääristä.
- » Yksityisen sektorin edustajat arvioivat voivansa tukea asiakkaita paremmin valinnan tekemisessä.
- » Henkilöstö kokee tarvitsevansa lisää koulutusta liittyen valinnanvapauden periaatteisiin ja oman alueensa sote-palveluverkoston.

Henkilöstön näkemyksiä valinnanvapaudesta ja sen vaikutuksista työntekoon on mitattu loppuvuodesta 2018 toteutetulla henkilöstökyselyllä. Henkilöstökyselyn vastaajamäärä on kuitenkin melko pieni, minkä vuoksi aineistosta ei ole ollut mahdollista tehdä varsinaista tilastollista analyysia. Lisäksi kokeilualueet ovat toimittaneet henkilöstön kokemuksiin liittyen täydentävää materiaalia, minkä lisäksi teema on käsitelty järjestäjien haastatteluissa.

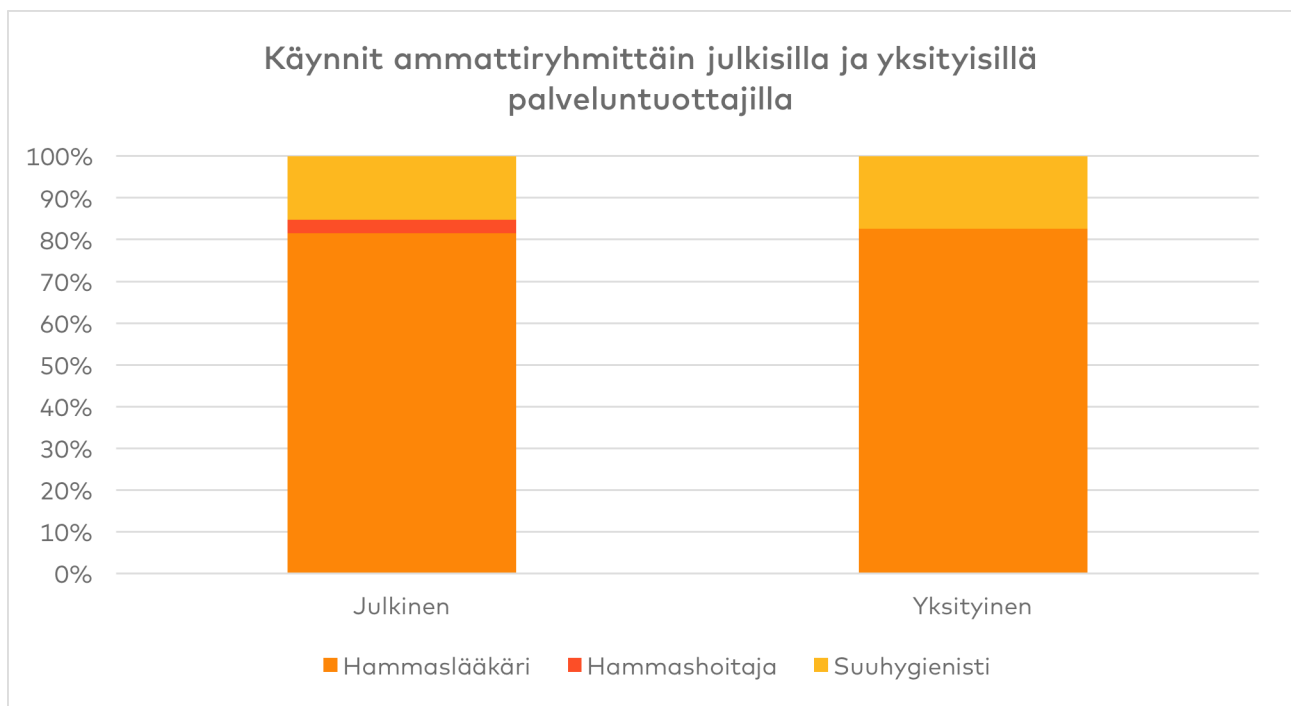
Yksityisen puolen vastaajat ovat kauttaaltaan vastanneet positiivisemmin, ja he suhtautuvat valinnanvapauteen pääasiassa myönteisesti. Kunnallisella puolella on myös kriittisyyttä valinnanvapautta kohtaan.

5.1 Onko kokeilulla vaikutuksia henkilöstön työnjakoon ja organisointitapoihin?

Suunterveydenhuollossa sekä julkisilla että yksityisillä palveluntuottajilla valtaosa käynneistä on hammaslääkärikäyntejä, hammashoitajakäyntejä on vain vähän suhteessa muihin käynteihin. Yli 80 % käynneistä kohdistuu hammaslääkäreille, ja reilut 15 % suuhygienisteille. Julkisilla palveluntuottajilla on lisäksi hammashoitajakäyntejä, noin 3 % kokonaiskäynneistä. Yksityisillä palvelun-

tuottajilla ei kokeilun aikana raportoitu kuin yksittäinen hammashoitajakäynti. Muilta osin, eli hammaslääkäri- ja suuhygienistikäyntien näkökulmasta käynti määrät ovat keskenään samassa suhteessa niin julkisilla kuin yksityisilläkin palveluntuottajilla. Kuvassa 5 esitetään eri ammattiryhmien käyntimäärien suhde kokeilun aikana julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla.

Kokonaisuudessaan käyntimäärät ovat kasvaneet yksityisillä palveluntuottajilla, mutta osuus julkisten palveluntuottajien käyntimäärästä on edelleen hyvin pieni, vain noin 3 % käynneistä. Käynnit yksityisille palveluntuottajille ovat kasvaneet erityisesti kokeilun ensimmäisinä kuukausina, jonka jälkeen käyntimäärät ovat tasoittuneet.



Kuvia 5. Käynnit ammattiryhmittäin

Kokeiluiden vaikutukset henkilöstön arkeen ovat kyselyiden valossa melko pieniä. Taustalla niin tässä kuin muissakin kysymyksissä vaikuttanee suun terveydenhuollon kokeilujen pienet vaihtamäärät, mistä johtuen harva henkilöstön edustaja työskentelee pelkästään valinnanvapausasiakkaiden kanssa

Kokeilut ovat olleet niin lyhytkestoisia, ettei niillä ole ollut vaikutusta julkisen sektorin toimintaan. Kokeiluista saatavien tulosten arvioiminen ja vieminen käytäntöön tapahtuisi muutaman vuoden aikajänteellä, mikä ei kokeiluiden kohdalla täyty. Myös yksityisellä puolella vaikutukset työtapoihin ja prosesseihin ovat jääneet melko pieniksi ja muutoksia on toteutettu lähinnä sääntökirjan vaatimissa asioissa (esim. aukioloajat).

Prosessien ja työnjaon nykytila koetaan varsin hyväksi, ja valinnanvapauden vaikutus siihen neutraaliksi. Työnjaon ja -prosessien nykytilaa mitattiin väittämällä "Työympäristöni mahdollistaa sujuvan ja turvallisen työskentelyn", "Minulla on riittävästi aikaa saada työni tehdyksi", "Työyhteisössäni

on riittävästi työntekijöitä" ja "Työyhteisöni kehittää toimintatapojaan työn sujuvuuden parantamiseksi" sekä valinnanvapauden vaikutuksesta näihin johdetuilla summamuuttujilla. Yksityisen ja kunnallisen puolen vastauksissa ei käytännössä ole eroa.

Kunnallisella puolella valinnanvapauden koetaan vaikuttaneen palvelun laatuun negatiivisesti tai neutraalisti. Yksikään kunnallisen puolen vastaaja ei koe, että valinnanvapaudella olisi myönteinen vaikutus palveluiden laatuun. Yksityisen puolen vastaukset ovat jakautuneempia, mutta pieni enemmistö kokee vaikutuksen olevan positiivinen. Yksityisen puolen vastaajista lähes kaikki myös pitävät laajentunutta valinnanvapautta tärkeänä asiana, mutta kunnallisella puolella mielipiteet ovat jakaantuneempia.

5.2 Onko kokeilulla vaikutuksia henkilöstön työhyvinvointiin?

Suurin osa vastaajista kokee voivansa hyvin työssään, ja arvioi valinnanvapauden vaikutuksen työhyvinvointiinsa neutraaliksi tai positiiviseksi. Väitteistä "Pidän nykyistä työtäni tärkeänä ja merkityksellisenä", "Tunnen työssäni innostusta ja työn iloa", "Työyhteisössäni on hyvä tai erinomainen ilmapiiri", "Olen tyytyväinen tiedonkulkuun työyhteisössäni" ja "Voin vaikuttaa työhöni liittyviin asioihin" sekä valinnanvapauden vaikutuksesta niihin johdettiin summamuuttujat. Yksityisellä puolella kukaan ei kokenut työhyvinvointiaan tai valinnanvapauden vaikutusta siihen negatiiviseksi, mutta kunnallisella puolella oli joitakin kriittisiäkin vastaajia.

5.3 Miten henkilöstö pystyy tukemaan asiakkaita valintojen tekemisessä?

Kunnallisen puolen työntekijät enimmäkseen eivät koe organisaationsa olevan valmis valinnanvapautteen, yksityisellä puolella ollaan positiivisempia. Yli puolet kunnallisen puolen vastaajista kokee organisaationsa valmiuden valinnanvapautteen negatiiviseksi, kun taas yksityisen puolen vastaajista valtaosa kokee organisaationsa valmiuden myönteisesti. Tähän vaikuttanee myös vastaajien tausta: todennäköisesti yksityisen puolen vastaajat ovat olleet kokeiluasiakkaiden kanssa tiiviimmin tekemisissä.

Myös työntekijän oma valmius valinnanvapautteen koetaan yksityisellä puolella suuremmaksi. Organisaation valmiuteen verrattuna tässä on hieman enemmän hajontaa, mutta jälleen kunnallisen puolen työntekijöistä enemmistö kokee valmiutensa negatiiviseksi ja yksityisten työntekijöiden enemmistö positiiviseksi.

Henkilöstö kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta erityisesti oman alueensa sote-toimijoiden verkostoista sekä monialaiseen yhteistyöhön liittyen. Valinnanvapauden myötä palveluverkosto muuttuu

monimutkaisemmaksi, ja verkosto pitää tuntea, jotta henkilöstö voi onnistua asiakaslähtöisyydessä. Lisäksi yhteistyötä ja vuoropuhelua eri toimijoiden välillä tulee aktiivisesti lisätä, jotta varmistetaan hoitoketjun sujuvuus asiakkaan näkökulmasta.

6 Talouden ja yhteiskunnan näkökulma

Luvussa tiivistetään kokeilun vaikutuksia talouteen ja kilpailuun kokeilualueilla. Lisäksi tarkastellaan, miten kokeilu on vastannut sille asetettuihin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin.

Molemmilla kokeilualueilla toimii useampia yksityisiä palveluntuottajia. Tampereen kokeilualueella rekisteröityneitä yksityisiä palveluntuottajia on 12, Keski-Uudellamaalla kolme. Uusia tuottajia ei ole kokeilun aikana syntynyt eivätkä tuottajat tunnista kokeilulla olleen vaikutuksia oman alueen kilpailutilanteeseen.

Kokeilun aikana ei ole havaittavissa merkittäviä muutoksia julkisten palveluntuottajien kustannusrakenteessa. Keski-Uudellamaalla, josta tietoja on saatavilla, noin puolet kustannuksista muodostuu oman henkilöstön palkkakustannuksista, noin kymmenesosa ostopalvelu- ja sijaiskustannuksista, ja reilu kolmannes muista kustannuksista.

Arvioinnin tiedonkeruun valossa kokeilu on onnistunut vastaamaan melko hyvin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin. Kokeilujen yhteiskunnallisina tavoitteina on ollut kansalaisten aseman vahvistaminen suhteessa palvelujärjestelmään ja siinä toimiviin ammattilaisiin sekä tukea järjestelmässä kehitystä, jonka avulla palvelujen kysyntä ja tarjonta kohtaavat entistä osuvammin, palvelujen saatavuus ja laatu paranevat ja palvelutuotanto monipuolistuu vastaamaan paremmin eri väestöryhmien vaihteleviin tarpeisiin ja toiveisiin. Kokeilujen toteutusta on ohjannut asiakaslähtöisyys ja asiakkaita on osallistettu kokeilujen kehitykseen. Asiakaskyselyn valossa myös asiakkaat itse arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa melko hyväksi. Kokeilun vaikutusta palvelutuotantoon on vielä aikaista arvioida, mutta erityisesti yksityisen tuottajan valinneet asiakkaat arvioivat palveluiden laatua ja saatavuutta positiivisesti.

Seuranta-aineiston valossa ei ole mahdollista arvioida kokeilujen mahdollista vaikutusta esimerkiksi suun sairauksiin. Hoidon vaikuttavuutta on mahdollista arvioida pidemmällä aikavälillä.

7 Yhteenveto ja johtopäätökset

Kokeilujen keskeisimmät tulokset arvioinnin näkökulmasta liittyvät asiakkaiden käyttäytymiseen, järjestäjien valmistautumiseen uuteen rooliin sekä tuottajien kokemuksiin korvausmalleista ja tietojärjestelmistä. Yhteiskunnallisista ja taloudellisista vaikutuksista on ollut vaikeaa saada tietoa lyhyen kokeilukauden aikana.

Arvioinnin tiedonkeruun valossa kokeilu on onnistunut vastaamaan melko hyvin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin. Kokeilujen aikana on osallistettu asiakkaita ja palveluita on lähdetty kehittämään asiakaslähtöisemmiksi. Asiakaskyselyn valossa myös asiakkaat itse arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa melko hyviksi. Kokeilun vaikutusta palvelutuotantoon on vielä aikaista arvioida, mutta erityisesti yksityiselle vaihtaneet asiakkaat arvioivat palveluiden saatavuuden olevan hyvää, joskin saatavuuteen ollaan oltu melko tyytyväisiä aiemminkin.

Valinnanvapauden edellytykset ovat kokeilualueilla toteutuneet vaihdellen: Tampereen kokeilualueella on ollut runsaasti palveluntuottajia, joista asiakkaat ovat voineet valita, mutta Keski-Uudenmaan kokeilualueella vaihtoehtoja on ollut niukasti. Toinen keskeinen edellytys valinnanvapauden toteutumiseksi on tietoisuus oikeudesta valita oma tuottaja. Tässä on ollut parannettavaa, sillä aineiston valossa kokeilu on jäänyt vieraaksi monelle kokeilualueella asuvalle. Valinnan tueksi on kuitenkin ollut kokeilukauden lopussa paremmin vertailutietoa tuottajista saatavilla.

Asiakkaat pitävät valinnan mahdollisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tärkeänä. Yksityisen tuottajan kokeilun aikana valinneiden ja muiden välillä on kuitenkin eroa suhtautumisessa: yksityisen tuottajan valinneista kolme neljästä on täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, muista vastaajista hieman yli puolet. Mahdollisuutta valita omaan tilanteeseen parhaiten sopiva tuottaja pidetään arvokkaana ja hammaslääkäreikäojen saatavuuden koetaan parantuneen kokeilujen myötä. Toisaalta valinnanvapausvalmistelun koetaan edenneen pitkälle ilman riittävää tiedotusta tai vaikutusmahdollisuutta, markkinatalousajattelu sote-sektorilla epäilyttää ja osa vastaajista toivoisi mieluummin laadukkaampaa julkista terveydenhoitoa.

Tietojärjestelmät ovat valinnanvapauden edellytysten kannalta keskeisiä, ja niihin tulee panostaa ennen valinnanvapauden laajentumista. Kokeilukauden aikana kirjaaminen on toistaiseksi ollut työ-

lästä, minkä lisäksi kirjauksissa on ollut viiveitä ja puutteita erityisesti kuvantamisen osalta. Jatkossa tulee panostaa erityisesti automatisointiin ja järjestelmien yhteen sopivuuden kehittämiseen rajapintojen kautta.

Järjestäjäorganisaatiot kokevat hyötynensä ja oppineensa kokeiluista paljon. Keskeisimmäksi opiksi nousee järjestäjän tehtävän mallintaminen sekä roolin ja palvelupakettien selkeyttäminen. Lisäksi kokeilut ovat lisänneet ymmärrystä oman tuotannon sisällöistä ja kustannuksista.

Keskimäärin käyntikohtainen laskennallinen kustannus järjestäjän näkökulmasta on pysynyt melko vakaana kokeilun aikana, kun järjestäjän näkökulmasta syntyneitä laskennallisia kustannuksia suhteutetaan kokeilun aikana tehtyihin käynteihin, sisältäen sekä julkisille että yksityisille palveluntuottajille tehdyt käynnit. Molemmilla kokeilualueilla on havaittavissa poikkeama erityisesti heinäkuussa, sillä käynnit ovat huomattavasti pienemmät kyseisenä kuukautena, ja kustannukset hieman suuremmat kuin muina kuukausina.

Kapitaatiomallin luominen ja käyttöönotto ovat olleet kokeilualueiden keskeisiä tavoitteita, ja niihin liittyvät myös keskeiset opit. Kokeilut ovat auttaneet määrittämään korvausten oikeaa tasoa, ja korvauksiin liittyen on jouduttu käymään jatkuvaa keskustelua palveluntuottajien kanssa erityisesti korvausten tasosta. Aktiivinen keskustelu tuottajien kanssa jo ennen kokeilun alkamista on tukenut kokeilun aikaista toimintaa.

Kannustinkorvaukset on koettu toimiviksi. Kokeilut ovat osoittaneet, että kannustinjärjestelmä kannattaa hyödyntää ja se sitouttaa tuottajia. Tietojärjestelmistä johtuen kannustimet tulevat kuitenkin varsin viiveellä, mikä vähentää niiden toimintaa ohjaavaa ja kehittävää voimaa etenkin lyhyellä kokeilukaudella.

Korvausten oikean tason määrittämisessä tukee hyvä oman tuotannon sekä alueen väestön tuntemus. Kokeilujen yhtenä oppina on, että alueen erityispiirteiden (sekä yksityinen että julkinen sektori), hoidon tarpeen ja väestön sairastavuuden tunteminen on olennaista valinnanvapastoiminnan järjestämisessä ja korvaustasojen määrittämisessä.

Tuottajat ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä päätökseensä osallistua kokeiluun, ja kokevat saaneensa hyvää kokemusta tulevaa varten. Lisäksi kokeilu on tarjonnut oppeja siitä, miten samassa toimipisteessä voidaan tuottaa palveluita eri sopimus- ja toimintamalleilla. Pienille toimipisteille kokeiluun osallistuminen on kuitenkin ollut työlästä, ja hallinnollinen taakka on kasvanut suureksi.

Kokeiluiden lyhyt kesto on ollut haaste myös tuottajille. Kokeilukausi on lyhyt oppien saamisen kannalta, sillä suun terveydenhuollon palveluita käytetään tyypillisesti vuoden tai parin välein. Alle vuoden kokeilu-aika ei anna realistista kuvaa toiminnasta pidemmällä aikavälillä eikä mahdollista esimerkiksi kokeilun kustannusvaikutusten tai ienterveyden vaikutusten analyysia.

Käyntimäärät yksityisillä palveluntuottajilla ovat vaihdelleet paljon, ja vuoden mittaisen kokeilun aikana selkeää trendiä käyntimäärästä ei ole syntynyt. Keski-Uusimaalla valinnan tehneiden määrä suun terveydenhuollon kokeiluun on lisääntynyt tasaisesti koko kokeilun ajan. Tampereen alueen osalta valintoja tehtiin kiintiöstä johtuen kokeilun alussa suuri määrä.

Kokeiluiden vaikutukset henkilöstön arkeen ja työhyvinvointiin ovat kyselyiden valossa melko pieniä. Taustalla niin tässä kuin muissakin kysymyksissä vaikuttanee suun terveydenhuollon kokeilujen pienet vaihtamäärät, mistä johtuen harva henkilöstön edustaja työskentelee pelkästään valinnanvapausasiakkaiden kanssa.

Kokonaisuudessaan käyntimäärät ovat kasvaneet yksityisillä palveluntuottajilla, mutta osuus julkisten palveluntuottajien käyntimäärästä on edelleen hyvin pieni, vain noin 3 % käynneistä. Käynnit yksityisille palveluntuottajille ovat kasvaneet erityisesti kokeilun ensimmäisinä kuukausina, jonka jälkeen käyntimäärät ovat tasoittuneet.

Kunnallisen puolen työntekijät enimmäkseen eivät koe organisaationsa olevan valmis valinnanvapautteen, yksityisellä puolella ollaan positiivisempia. Yli puolet kunnallisen puolen vastaajista arvioi organisaationsa valmiutta valinnanvapautteen negatiiviseksi, kun taas yksityisen puolen vastaajista valtaosa kokee organisaationsa valmiuden hyväksi. Tähän vaikuttanee myös vastaajien tausta: todennäköisesti yksityisen puolen vastaajat ovat olleet kokeiluasiakkaiden kanssa tiiviimmin tekemisissä.

Liitteet

Liite 1. Alueiden erityispiirteet ja korvausmallit

	Keski-Uusimaa	Tampere
Kokeilun alkamisajankohta	1/2018	5/2018
Kuinka usein voi vaihtaa palveluntuottajaa?	6 kuukauden välein	8 kuukauden välein
Kokeilualueen asukasmäärä	200 000	275 000
Mitkä palvelut kuuluvat kokeilun piiriin	<ul style="list-style-type: none"> Perushammashoito: suusairauksien ennalta ehkäisy, suun ja hampaiden hoidon tarpeen arviointi, tarkastus / tutkimus, diagnoosi, tarvittava ja oireenmukainen hoito (myös kiireellinen hoito virka-aikana), pidempiaikainen hoitosuunnitelma, hoitovälin määritys ja tarvittaessa kutsu / kehote, sekä kuvantamispalvelut. 	<ul style="list-style-type: none"> Perushammashoito: suusairauksien ennalta ehkäisy, suun ja hampaiden hoidon tarpeen arviointi, tarkastus / tutkimus, diagnoosi, tarvittava ja oireenmukainen hoito (myös kiireellinen hoito virka-aikana), pidempiaikainen hoitosuunnitelma, hoitovälin määritys ja tarvittaessa kutsu / kehote, sekä kuvantamispalvelut. Kirjallinen omahoitosuunnitelma
Palveluntuottajien korvausmalli	<p>Kokeilun korvaus- ja rahoitusmalli perustuu kapitaatio- ja suoriterahoitukseen, jota säädellään kannustinmekanismein. Korvausmalli muodostuu keskimäärin 50 % kapitaatiokorvauksesta, 40 % suoritekorvauksesta ja 10 % kannustin-/sanktiojärjestelmästä.</p> <p>Kokeilussa tavoiteltu keskimääräinen asiakaskohtainen korvaussumma on 290 € vuodessa. Tästä kapitaatio-osuus on n. 145 €, suoritekorvaus n. 116 € sis. protetiikasta erikseen maksettavat toimenpidekustannukset, sekä kannustimien tai sanktioiden osuus toteutuessaan n. 30 €. Käytännössä tuottajan keskimäärin saama korvaus voi vaihdella 260 – 320 euron välillä.</p>	<p>Palveluntuottajille maksetaan palvelua käyttävistä asiakkaista kiinteä korvaus, joka on 150 €. Korvausta maksetaan, vasta kun hoito alkaa. Jos palvelua käyttävälle asiakkaalle tehdään kiinteään korvaukseen kuulumattomia toimenpiteitä, niistä maksetaan suoriteperusteiset korvaukset. Kokeilussa tavoiteltu keskimääräinen asiakaskohtainen korvaussumma on 300 € vuodessa.</p> <p>Asiakkaalle, jotka eivät halua suu ja hampaiden tutkimusta, voidaan tehdä yksittäinen kiireellinen / puolikiireellinen / kiireetön toimenpide, josta korvataan 51 € / toimenpide. Yksittäinen toimenpide on mahdollista tehdä vain 2 kertaa 12 kk:n aikana.</p> <p>Tuottajia kannustetaan laatu- ja seurantamittarien käytöstä ja siihen on osoitettu korvaus, joka on n. 5 % kokeilun palveluntuotantoon varatusta määrärahasta.</p>

owalg^{|||}group