

VALINNANVAPPAUSKOKEILUN ARVIOINTI, SUUN TERVEYS

LOKAKUU 2019

Sisällys

SISÄLLYS	2
1 JOHDANTO	3
1.1 ARVIOINNIN KOHDE	3
1.2 ARVIOINNIN TAVOITTEET JA TOTEUTUS.....	4
<i>Menetelmät ja aineistot</i>	6
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	11
3 JÄRJESTÄJÄN NÄKÖKULMA	13
3.1 OVATKO TUOTTAJIEN HYVÄKSYMIS- JA KORVAUSMENETTELYT TOIMIVIA JÄRJESTÄJÄN NÄKÖKULMASTA?	14
3.2 VASTAAVATKO TIETOJÄRJESTELMÄT TARPEISIIN?	17
3.4 MITEN SEURANTA JA VALVONTA TOTEUTUVAT?	18
3.5 TUOTETAANKO KOKEILUSSA RIITTÄVÄSTI ASIAKASINFORMAATIOTA SEKÄ HUOMIOIDAAN ASIAKKAIDEN VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET? ..	18
4 PALVELUNTUOTTAJIEN NÄKÖKULMA	19
4.1 OVATKO KORVAUSMENETTELYT PALVELUNTUOTTAJIEN NÄKÖKULMASTA TOIMIVIA?	20
4.2. VASTAAVATKO TIETOJÄRJESTELMÄT TARPEISIIN?	22
4.3 ONKO PALVELUNTUOTTAJILLA RIITTÄVÄT RESURSSIT KÄYTÖSSÄÄN?	23
4.4. ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA PALVELU- JA TYÖPROSESSEIHIN?	23
5 HENKILÖSTÖN NÄKÖKULMA	25
5.1 ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA HENKILÖSTÖN TYÖNJAKOON JA ORGANISOINTITAPOIHIN?	25
5.2 ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA HENKILÖSTÖN TYÖHYVINVOINTIIN?	27
5.3 MITEN HENKILÖSTÖ PYSTYY TUKEMAAN ASIAKKAITA VALINTOJEN TEKEMISESSÄ?	27
6 TALOUDEN JA YHTEISKUNNAN NÄKÖKULMA	29
7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	30
LIITTEET	35

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 toteutettiin osana **Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihanketta vuonna 2018 sekä erillisenä jatkohankkeena vuonna 2019**. Hankkeessa kokeiltiin valinnanvapauden keskeisiä elementtejä nykyisen lainsäädännön (palvelusetelilaki, asiakasmaksulaki ja -asetus, terveydenhuoltolaki) sallimissa puitteissa. Suun terveydenhuollon kokeilut, joita tässä raportissa tarkastellaan, alkoivat keväällä 2018 kahdella kokeilualueella: Keski-Uudellamaalla (1/2018) ja Tampereen alueella (5/2018). Suun terveydenhuollon kokeilujen rinnalla valinnanvapautta kokeiltiin kahdella muulla sisältöalueella: henkilökohtaisessa budjetissa sekä sote-keskuksissa (vastaanottopalvelut).

Valinnanvapauskokeilu kattoi suun terveydenhuollon perushammashoitopalvelut, joskin kokeilut olivat keskenään erilaisia (mm. palvelupaketti, asiakkaan valinnan vaihtoväli, korvausmallien perusteet, ICT-ratkaisut), jotta kokeiluiden kautta saatiin tietoa erilaisten kokonaisuuksien toimivuudesta erilaisissa ympäristöissä. Kokeiluiden keskeinen tavoite kärkihankenkaudella olikin tuottaa tietoa valinnanvapausmallin ja lainsäädännön valmistelun ja jatkokehittämisen tueksi. Lisäksi kokeiluissa kokeiltiin ja arvioitiin kansallisia palvelutuottajien hakemisen ja vertailun mahdollistavia sähköisiä palveluja ja valinnanvapautta tukevia tietojärjestelmäratkaisuja kansallisen ratkaisun kehittämisen tueksi. Jatkohankekaudella 2019 Sipilän hallituksen kaaduttua kokeilujen oppeja on myös peilattu Rinteen hallitusohjelmaan ja sen sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen sisältöihin.

1.2 Arvioinnin tavoitteet ja toteutus

Ulkoinen arviointi keskittyi valinnanvapauden edellytysten toteutumisen arviointiin sekä valinnanvapauskokeilun toteutuksen ja vaikutusten arviointiin. Kehittävän arvioinnin tavoitteena oli tuottaa käytännönläheistä, johtamista ja päätöksentekoa palvelevaa tietoa valinnanvapauskokeilujen tuloksista, vaikutuksista ja opeista.

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

ASIAKKAAT
Ovatko kokeilussa mukana olevat (kokeilualan väestö) tietoisia mahdollisuudestaan valita palveluntuottaja?
Onko asiakkailta riittävästi palvelutarpeeseen sopivia vaihtoehtoja tarjolla?
Onko asiakkailta riittävästi tietoja saatavilla valinnan tekemiseksi?
Ketkä hyödyntävät valinnanvapautta?
Onko palveluun pääsy sujuvaa?
Kokevatko asiakkaat tulevaisuutta 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?
Syntykö 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 pystytty vastaamaan kokeilun aikajänteen ja sen tuottamien aineistojen puitteissa eikä esimerkiksi taloudellisia seurannaisvaikutuksia pystytty todentamaan aineiston avulla.

Tämä erityisesti vuoden 2019 jatkohankekautta käsittelevä raportti kuvaa muutoksia kokeilun toisena vuonna ja päivittää aiemman yhteenvetävän raportin sisältöjä. Helmikuussa 2019 julkaistu yhteenvetävä raportti tarkasteli koko kärkihankekautta. Yhteenvetävän raportin sisällöt pohjautuivat pitkälti läpi arvioinnin toteutettujen kvartaaliraporttien tuloksiin

Menetelmät ja aineistot

Kirjalliset aineistot

Arvioitsijoiden käytössä oli laajasti kirjallista materiaalia käsittäen muun muassa kokeilualueiden toimittamia taustoittavia aineistoja lähtötilanteesta, kokeilualueiden omia syventäviä analyyssejä sekä loppuraportteja, sosiaali- ja terveysministeriön kokoavia materiaaleja ja esityksiä, valtionavustusten hakuilmoitukset sekä kokeilun laajennukseen liittyviä asiakirjoja.

Haastattelut

Arvioinnin aikana haastateltiin järjestätähon edustajia kolmeen kertaan: kokeilujen alussa kesäkuussa 2018, kärkihankekauden päätyttyä vuoden 2019 alussa sekä kokeilujen päättyessä syyskuussa 2019. Järjestätähon edustajina kuultiin projektipäälliköitä sekä sosiaali- ja terveystoimen johtoa. Kokeiluun osallistuvia palveluntuottajia haastateltiin arvioinnin aikana kahteen kertaan, minkä lisäksi kokeilualueilla toimivia, mutta kokeiluun osallistumattomia tuottajia kuultiin kärkihankekauden loppuksi.

Sähköiset kyselyt

Osana arviointia toteutettiin loppuvuonna 2018 sekä henkilöstölle että asiakkaille kyselyt. Asiakas-kyselyihin oli mahdollista vastata sekä kirjeitse että sähköisesti ja kysely lähetettiin satunnaisotantaan perustuen 5 000:lle kokeilualueiden asukkaalle. Sähköistä henkilöstökyselyä jaettiin sekä julkisen sektorin että yksityisen sektorin tuottajien henkilöstölle esimiesten kautta sähköpostitse.

Seurantatiedot

Kokeilualueet toimittivat kerran kvartaalissa seurantatietoja liittyen valintoihin, käynteihin, henkilöstöön, erikoissairaanhoidon läheteisiin, päivystyksen käyttöön, tuottoihin sekä kustannuksiin. Seurantatiedot muodostivat määrällisen tiedonkeruun ytimen. Lisäksi kokeilualueet toimittivat 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 painottuivat kokeilujen alkuun sekä Tampereella asiakaskiintiön muutoksiin. Kokonaisuudessaan vaihtomäärät jäivät pieniksi, vaihdon tehneiden osuus vaihteli alueittain kokeilukauden lopussa 1% ja 2% välillä.
- » Suurin osa valinnan tehneistä (Tampere 80%, Keski-Uusimaa 68%) hakeutui hoitoon kokeilukauden aikana, mutta ensimmäinen käynti tapahtui tyypillisesti viiveellä.
- » Valintoja tekivät erityisesti naiset ja työikäiset.
- » Keskeisin vaihdon syy vaihdon tehneiden joukossa oli hammaslääkäriaikojen saatavuus.
- » Palveluiden laatuun ja saatavuuteen oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä, ja kokeilujen koettiin vaikuttaneen näihin positiivisesti.
- » Asiakkaat pitivät pääsääntöisesti valinnanvapautta sosiaali- ja terveyspalveluissa tärkeänä, yksityiselle puolelle vaihtaneista jopa kolme neljäsosaa pitää valinnanvapautta tärkeänä sosiaali- ja terveyspalveluissa.

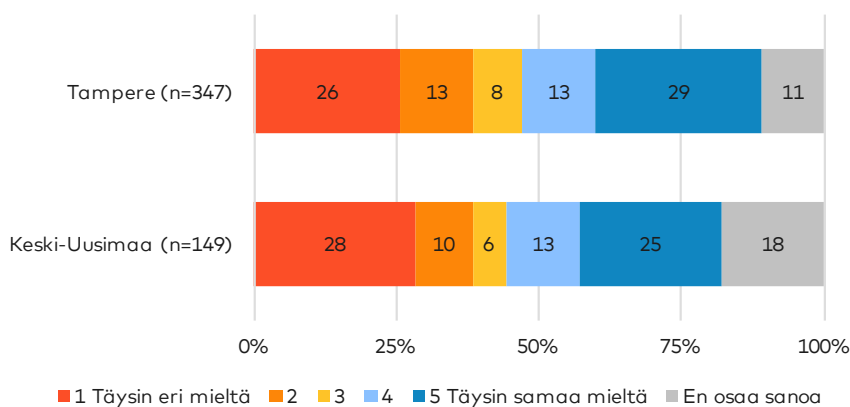
Asiakkaiden käyttäytymistä ja näkemyksiä kokeilusta seurattiin kokeilualueiden toimittamien seurantatietojen (mm. vaihdon syy kyselyt, asiakaspalautteet) sekä loppuvuodesta 2018 toteutetun asukaskyselyn kautta. Eri aineistot olivat keskenään hyvin linjassa, ja täydensivät kokonaiskuvaa asiakkaiden osalta. Myös ajallista vaihtelua oli vähän, ja asiakkaiden kokemukset ja käyttäytyminen pysyivät melko samoina, tosin on myös huomioitava kokeilujen lyhyt kesto.

Vaihtojen määrät painottuivat vahvasti kokeiluiden alkuun, ja Tampereen kokeilualueella asiakaskiintiöiden laajentumisten yhteyteen. Sen sijaan uudelleen valinnat jäivät melko vähäisiksi: valinnat olivat varsin pysyviä, vaikka alueella olisi ollut useita palveluntuottajia. Vaihtajien osuus kokeilualueiden väestöstä oli kokeilujen lopussa noin 1% Keski-Uudellamaalla ja 2% Tampereella. Tampereella vaihtajamäärän kasvua rajoitti asiakaskiintiö, joka oli jaettu kuntakohtaisesti. Keski-Uudellamaalla ei ollut asiakaskiintiötä, mutta yksityisiä tuottajia oli hyvin niukasti, mikä selitti matalaa vaihtoprosenttia.

2.1. Tietoisuus kokeilusta ja tarjolla olevista vaihtoehdoista

Suun terveyden valinnanvapauskokeilu tunnettiin kokeilualueilla 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. Toisaalta on huomioitava, että paikat täyttyivät Tampereen kokeilualueella hyvin nopeasti, minkä vuoksi aktiivisen viestinnän jatkaminen vaihtomahdollisuudesta ei olisi ollut tarkoituksenmukaista.

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



Kuva 1. Tietoisuus käynnissä olevasta valinnanvapauskokeilusta.

Palveluiden saatavuuteen ja laatuun oltiin pääosin tyytyväisiä asukaskyselyn tulosten valossa. Lähes kaikki yksityisen palveluntuottajan valinneista olivat tyytyväisiä palveluidensa saatavuuteen, mutta myös kunnallisen palveluntuottajan asiakkaista yli kaksi kolmasosaa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Molemmat vastaajaryhmät katsoivat, 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 oli melko vähäistä. Alle neljäsosa kyselyvastaajista oli sitä mieltä, että kunnassa oli 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 harvem-

mat vastaajista arvioivat tuntevansa oikeuksiaan kokeilussa tai kokeiluun kuuluvien palveluiden sisältöä. Erityisen viestinnällisen haasteen muodosti velvoite tavata ensin hammaslääkäri. Osa asiakkaista toivoi mahdollisuutta päästä suoraan suuhygienistin vastaanotolle, mikä ei kuitenkaan valinnanvapauskokeilussa ollut mahdollista. Sääntökirjan mukaan ensin tui tehdä hammaslääkärin tutkimus, jonka pohjalta laadittiin hoitosuunnitelma. Tämä oli kuitenkin jäänyt monelle asiakkaalle epäselväksi.

2.2. Ketkä hyödyntävät valinnanvapautta?

Valinnan tehneistä noin 60% ilmoitti aiemmin käyttäneensä pääsääntöisesti julkisen hammashoidon palveluita. Ikäryhmittäin oli tunnistettavissa pieniä eroja, iäkkäät olivat käyttäneet muita useammin yksityisen sektorin hammashoidon palveluita jo ennen vaihtoa. Erityisesti Keski-Uudellamaalla kokeiluun listautuneet asiakkaat olivat ennen kokeilua käyttäneet suun terveydenhuollon palveluita hieman Keusoten keskimääräisiä asiakkaita enemmän. Kokeiluun osallistuneiden palveluntarve ei kuitenkaan alueen omien tarkasteluiden valossa eronnut merkittävästi muusta väestöstä.

Naiset hyödynsivät vaihtomahdollisuutta miehiä useammin. Erityisesti nuorempien ikäryhmissä naiset vaihtoivat tuottajaa innokkaammin, kun taas iäkkäiden ryhmissä miehet olivat aktiivisia. Kooltaan iäkkäiden ikäryhmät olivat kuitenkin huomattavasti pienempiä, esimerkiksi Tampereella yli 80-vuotiaita vaihtajia oli vain 27 henkilöä. Ikäryhmittäin vaihtoja tekivät eniten 50-59-vuotiaat Tampereen kokeilualueella, lähes neljäsosa vaihdon tehneistä kuului tähän ikäryhmään. Keski-Uudellamaalla puolestaan ikäryhmä 60-69-vuotiaat oli aktiivisin tuottajan vaihtaja.

Asukaskyselyn perusteellalla tuloilla eikä työmarkkina-asemalla ei voitu osoittaa olevan yhteyttä valinnan tekemiseen. Kyselyvastausten määrä ei riittänyt sulkemaan pois tätä vaihtoehtoa, mutta aineisto ei viitannut merkittävään rakenteelliseen yhteyteen tulojen ja suun terveydenhuollon palveluntuottajan vaihtamisen välillä. On myös syytä huomioida se, että korkeampituloiset todennäköisemmin olivat hyödyntäneet yksityisiä palveluntuottajia enemmän jo aiemmin matalatuloisiin verrattuna.

Valinnan tehneistä suurimmalla osalla oli vastaanottokäynnin tarve. Asukaskyselyssä kolme neljästä valinnan tehneestä vastaajasta arvioi tilannettaan vaihtoa tehdessä kuvaavan parhaiten väittämän "minulla oli vastaanottokäynnin tarve". Tästä huolimatta ensimmäinen käynti ei useinkaan ajoittunut heti vaihdon jälkeen, vaan viivettä oli keskimäärin lähes kolme kuukautta.

Kokeilukauden aikana suurin osa valinnan tehneistä kävi hoidossa. Tampereen kokeilualueella noin 80% valinnan tehneistä kävi hoidossa, Keski-Uudellamaalla hieman harvempi, 68% valinnan tehneistä hakeutui hoitoon kokeilukauden aikana. Molemmilla kokeilualueilla valinnan tehneillä asiakkailla oli käyntejä pääsääntöisesti hieman vähemmän kuin oman tuotannon asiakkailla. Tampereen

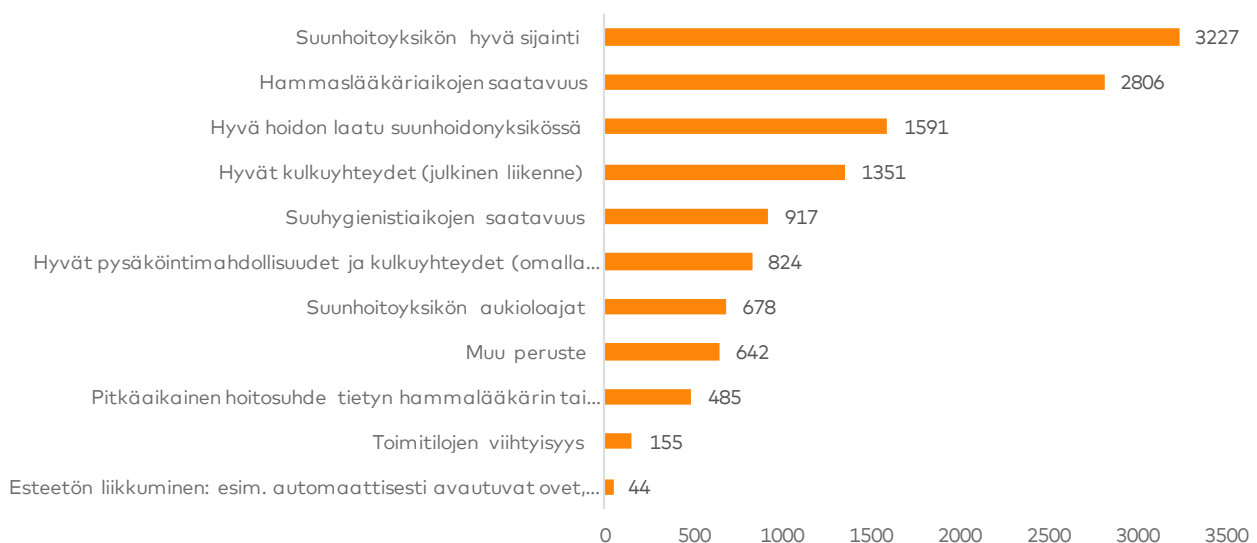
kokeilualueella keskimäärin käyntejä hoitojakson aikana oli 2,2 vuonna 2018 ja 2,3 vuonna 2019 yksityisillä tuottajilla, oman tuotannon vastaava luku 2,6.

Asukaskyselyn perusteella yksityiselle palveluntuottajalle oli kirjautunut enemmän henkilöitä, joilla oli jokin säännöllistä suun hoitoa 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 oli linjassa sen kanssa, että suurimmalla osalla vastaajista oli vaihtoa tehdessä vastaanottokäynnin tarve. Vain harvat vastaajista, joilla ei ollut yhtään käyntiä tai oli ollut vain yksi käynti viimeisen kolmen vuoden aikana, olivat siirtyneet yksityiselle palveluntuottajalle. Näytti myös siltä, että korkeampi ikä ja korkea-asteen koulutus lisäsivät todennäköisyyttä vaihtoon. Kyselyvastausten perusteella ei kuitenkaan voitu arvioida ovatko ko. henkilöt olleet yksityisen suun terveydenhuollon piirissä jo ennen valinnanvapauskokeilua.

Tupakkatuotteita käytti vaihtajista noin 10% Tampereen kokeilualueella. Noin 78% vaihtajista ei tilastomerkintöjen mukaan käyttänyt tupakkatuotteita. Tieto tupakoinnista oli saatavilla lähes yhdeksältä kymmenestä (88%).

Yksityisen palveluntuottajan valinneiden merkittävimpiä syitä olivat hammaslääkäriaikojen saatavuus, sijainti ja hoidon laatu; kunnalliselle palveluntuottajalle jääneet arvostivat 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 oli monelle vastaajalle tärkeää jäädessä julkiselle palveluntuottajalle.

Vaihdon syyt (molemmat alueet, kokeilun alusta lähtien)



Kuva 2. Vaihdon syyt. Lähde: kokeilualueiden vaihtoportaalit. Portaalin kyselyyn vastaaminen on asiakkaalle vapaaehtoista.

Hoitohistorian tuntemus ja epäselvät valinnanvapauden mahdollisuudet vaikuttivat yli puolen kunnalliselle palveluntuottajalle jääneiden päätökseen. 55 prosenttia asukaskyselyn vastaajista arvioi nykyisen hammashoitolan hoitohistorian tuntemuksella olleen vaikutusta päätökseen. Epäselvillä valinnanmahdollisuuksilla oli merkitystä 53 prosentille asukaskyselyn vastaajista.

Asukaskyselyn perusteella vaihtamista pidettiin vaikeana sekä yksityisen palveluntuottajan kokeilussa valinneiden että valintaa tekemättömien ryhmissä. Valintaa tekemättömien ryhmässä 10 prosenttia oli samaa mieltä väittämän " vaihtaminen on tehty kunnassani helpoksi" kanssa. Yksityisen palveluntuottajan valinneista vastaava osuus oli 20 prosenttia. Erimielisiä ryhmissä oli noin 40–50 prosenttia, loput eivät osaneet sanoa tai sijoittuivat keskelle.

2.3. Asiakaskokemus ja vaikutusmahdollisuudet palveluun

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

Palvelun laatu ja vaikutusmahdollisuudet palveluun olivat hyvällä tasolla jo ennen valinnanvapauskokeilun käynnistymistä, ja valinnanvapauskokeilu vaikutti niihin vain rajallisesti, mutta kuitenkin positiivisesti. Molempien osalta kaikista vastaajista yli puolet katsoi, ettei tilanne kokeilun jälkeen ollut parantunut tai huonontunut. Vastaajista 42 prosenttia arvioi laadun parantuneen ainakin jossain määrin ja 35 prosenttia vaikutusmahdollisuuksien parantuneen. Tampereen kokeilualueen oman NPS-kyselyn ("Kuinka todennäköisesti suosittelisit...?") perusteella asiakkaat suosittelisivat tuottajaansa: kaikkien tuottajien asiakkaiden keskiarvo oli 9,06 asteikolla 0=en suosittelisi ja 10=suosittelisin lämpimästi. Tämän lisäksi Tampereen kokeilussa kysyttiin asiakaskokemuksesta ("Onko hoitosuunnitelma käyty kanssasi läpi ja aiotko sitoutua siihen") ja tämän keskiarvo oli 1,56 asteikolla 1= hoitosuunnitelma on käyty läpi ja aion sitoutua, 4= hoitosuunnitelmaa ei ole käyty läpi). Keski-Uudellamaalla vastaavia mittauksia ei suunnitelmista huolimatta toteutettu asiakasmäärien jäädessä pieniksi, mutta alueen kvalitatiiviset arviot asiakaskokemuksesta olivat positiivisia pääsääntöisesti paremman saatavuuden ja lähempänä olevien palvelujen kautta.

Asiakkaat olisivat toivoneet laajempaa kokeilua Tampereella. Tampereen kokeilualueen pienehkö asiakaskiintiö täyttyi nopeasti ja monet halukkaat jäivät kiintiön ulkopuolelle. Asukaskyselyn kautta

välittyi vahva toive koko väestöä koskevasta kokeilusta. Osa asukaskyselyn vastaajista sekä asiakaspalautetta jättäneistä kertoi kuulleensa mahdollisuudesta osallistua kokeiluun vasta kiintiön jo täytyttyä.

Valinnan mahdollisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa pidettiin tärkeänä. Asukaskyselyn vastausten valossa yksityisen tuottajan valinneista kolme neljästä oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, kunnalliselle puolellekin jääneistä yli puolet. Mahdollisuutta valita omaan tilanteeseen parhaiten sopiva tuottaja pidettiin arvokkaana ja hammaslääkäreikäojen saatavuuden koettiin parantuneen kokeilujen myötä. Toisaalta valinnanvapausvalmistelun koettiin edenneen pitkälle ilman riittävää tiedotusta tai vaikutusmahdollisuutta, markkinatalousajattelu sote-sektorilla epäilytti ja osa vastaajista toivoi mieluummin laadukkaampaa julkista terveydenhoitoa. Lisäksi osa pienempien kuntien asukkaista nosti asukaskyselyn avovastauksissa esiin, ettei valinnanvapaus todellisuudessa toteutunut vähäisten tuottajien vuoksi.

3 Järjestäjän näkökulma

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

Keskeiset havainnot

- » Järjestäjäorganisaatiot kokivat hyötynsä kokeiluista ja saaneensa eväitä tulevaan. Haasteena oli kuitenkin suun terveydenhuollon kokeilujen lyhyt kesto.
- » Suun terveydenhuollon laskennalliset kustannukset pienentyivät jonkin verran kokeilun aikana, kun tarkasteltiin kokeilualueiden suun terveydenhuollon kokonaiskustannuksia, yksityisille tuottajille maksettuja korvauksia sekä saatuja asiakasmaksutuottoja.
- » Yhteistyö järjestäjien ja tuottajien välillä sujui hyvin ja keskusteluyhteys oli tiivis läpi kokeilujen.
- » Korvausmallien ja tasojen määrittäminen vaati aktiivista yhteistyötä tuottajien kanssa sekä alueen tuotannon ja väestön hyvää tuntemusta.
- » Kokeiluilla oli erilaiset vaatimukset tietojärjestelmien suhteen, mutta molemmilla alueilla järjestelmät aiheuttivat haasteita ja ylimääräistä työtä.

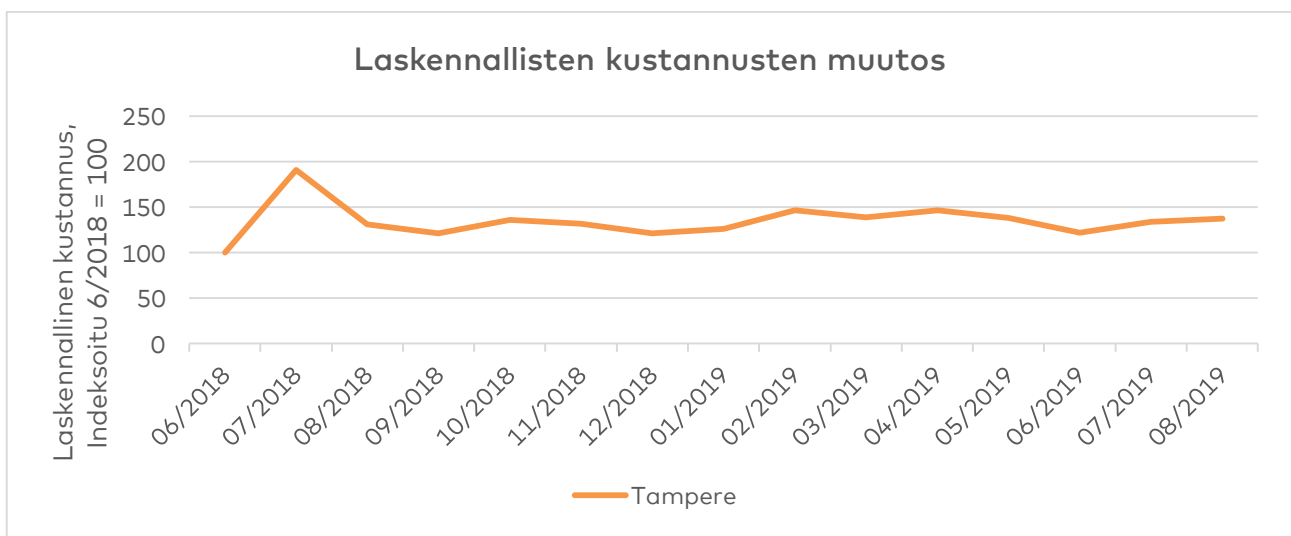
Järjestäjäorganisaatiot kokivat hyötynsä ja oppineensa kokeiluista paljon. Keskeisimmäksi opiksi nousi järjestäjän tehtävän mallintaminen sekä roolin ja tehtävien kirkastuminen.

Suun terveydenhuollon kokeilujen osalta erityisen haasteen muodosti kokeiluiden lyhyt kesto: kokeilut jäivät molemmilla alueilla reilun vuoden mittaisiksi, mikä ei mahdollistanut toiminnan kehittämisen tarkastelua. Lisäksi kokeiluiden vaikutusta oman alueen julkiseen terveydenhuoltoon ja kustannuksiin oli vaikeaa arvioida tällä aikajänteellä, minkä lisäksi valinnan tehneiden määrät olivat molemmilla alueilla melko pieniä.

Yhteistyö eri toimijoiden välillä toimi hyvin koko kokeilun ajan. Järjestäjien mukaan yhteistyö ja yhteydenpito palveluntuottajien kanssa oli pääsääntöisesti sujuvaa ja säännöllistä. Samoin yhteistyö ministeriön sekä oman alueen päättäjien kanssa koettiin toimivaksi ja avoimeksi. Myös kokeilualueiden välinen yhteistyö tuki kokeilutoimintaa ja kokemusten jakoa ja hyvää keskusteluympäristöä kehitettiin. Monet käytännön asiat selkiytyivät keskustellen kokeilun edetessä, mikä helpotti käytännön työtä ja toiminnan suuntaamista. Esimerkiksi kokeilun palvelupaketteihin kuuluvat palvelut sekä palveluiden sisällöt määriteltiin aiempaa tarkemmin yhteisten keskusteluiden kautta. Toisaalta kokeilun aikaiset tarkennukset esimerkiksi sääntökirjaan herättivät myös kritiikkiä tuottajissa.

3.1 Kustannusten kehitys järjestäjien näkökulmasta

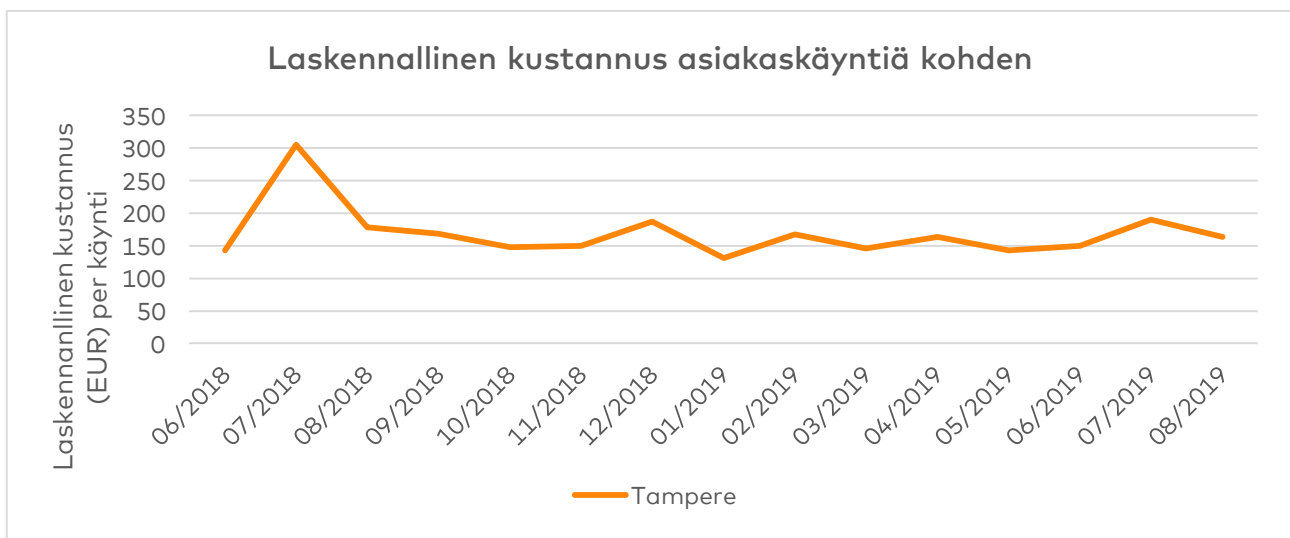
Tampereen kokeilualueen suun terveydenhuollon laskennalliset kustannukset olivat melko muuttumattomat kokeilun ajan, kun huomioidaan kokeilualueen suun terveydenhuollon yksiköiden kokonaiskustannukset ja yksityisille palveluntuottajille maksetut korvaukset. Keski-Uudenmaan kustannusaineistoa ei sisällytetty analyysiin aineistossa esiintyneiden epäselvyyksien vuoksi. Kuva 3 esittää laskennallisten kustannusten kehityksen suun terveydenhuollon kokeilun aikana.



Kuva 3. Laskennallisten kustannusten kehitys, indeksoitu. Laskennalliset kustannukset sisältävät julkisten suunterveydenhuollon yksiköiden raportoidut kokonaiskustannukset sekä yksityisille palveluntuottajille maksetut korvaukset (sisältäen maksetut ja laskennalliset; kiinteät korvaukset, suoritekorvaukset ja satunnaiset käyttökorkorvaukset).

Toimenpidekohtaisten kustannusten perusteella molemmissa kokeiluissa tuottajille maksettiin suurempi korvaus kuin mitä asiakkaiden hoitaminen kuntien omassa toiminnassa olisi maksanut. Toimenpidekohtainen kustannus nousi kokeilujen edetessä vuonna 2019. Esimerkiksi SFA10:n, hampaan yhden pinnan paikan kustannus oli molemmilla kokeilualueilla korkeampi kuin oman tuotannon vastaava. Keski-Uudenmaan kokeilussa palveluntuottajille maksettiin SFA10:stä yhdeksän euroa (17,3 %) enemmän kuin mitä oman toiminnan kustannus kaikkine vyörytyksineen on. Tampereen kokeilussa puolestaan palveluntuottajille maksettiin SFA10:stä 6,18 euroa (10,5 %) enemmän kuin mitä oman toiminnan kustannus kaikkine vyörytyksineen on.

Käyntikohtainen kustannus pysyi melko vakaana kokeilun aikana. Kun syntyneitä laskennallisia kustannuksia suhteutetaan kokeilun aikana tehtyihin käynteihin, sisältäen käynnit sekä julkisille että yksityisille palveluntuottajille, voidaan havaita, että käyntikohtainen kustannus on pysynyt melko vakaana kokeilun aikana. Tampereen kokeilualueella kustannuksissa on havaittavissa poikkeama heinäkuussa. Poikkeama johtuu siitä, että käyntien lukumäärä on huomattavasti pienempi kyseisenä kuukautena. Kuva 4 esittää järjestäjän näkökulmasta syntyvät laskennalliset kustannukset suhteessa toteutuneisiin asiakaskäynteihin.



Kuva 4. Laskennalliset kustannukset suhteessa toteutuneisiin käynteihin. Laskennalliset kustannukset sisältävät julkisten suun terveydenhuollon yksiköiden raportoidut kokonaiskustannukset ja yksityisille palveluntuottajille maksetut korvaukset (sisältäen maksetut ja laskennalliset; kiinteät korvaukset, suoritekorvaukset ja satunnaiset käyttökorkaukset).

Keski-Uudenman kokeilun toteutuneet kustannukset jäivät 16% odotettua pienemmäksi johtuen erityisesti odotuksia vähäisemmästä palvelunkäytöstä, joka heijastui suoritekustannuksiin. Keski-Uudenmaan kokeilun alussa esitettiin tavoitteelliseksi potilaskohtaiseksi korvaukseksi 300 euroa, mikä perustui kuntien ennen kokeilua toteutuneisiin asiakaskohtaisiin kustannuksiin. Kokeilun aikana toteutunut asiakaskohtainen summa oli kuitenkin vain 253 euroa.

Niiden asiakkaiden, jotka ovat valinneet yksityisen palveluntuottajan, päivystyskäynnit ovat kokonaisuudessaan huomattavasti pienemmät kuin niiden, jotka ovat valinneet julkisen palveluntuottajan. Tampereella yksityisillä palveluntuottajilla oli päivystyskäyntejä ja niitäkin todella vähän (0,8 % kaikista päivystyskäynneistä, kun yksityisten osuus kaikista käynneistä oli 7,1 %). Julkisten palveluntuottajien päivystyskäynnit ovat kasvaneet hieman kokeilun aikana; kuitenkin kuukausien väliset

erot ovat merkittäviä, joten selvää trendiä on vaikea nähdä. Yksityisten palveluntuottajien päivystyskäyntien määrässä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia kokeilun aikana.

3.2 Ovatko tuottajien hyväksymis- ja korvausmenettelyt toimivia järjestäjän näkökulmasta?

Hyväksymismenettelyt toimivat järjestäjien näkökulmasta hyvin ja sääntökirjan mukaisesti eikä menettelyihin liity kehittämistarpeita. Hyväksymismenettelyiden prosessi oli selkeästi kuvattu sääntökirjassa eikä tämä työllistänyt järjestäjiä odotettua enempää. Menettelyt olivat myös tuottajille selkeitä eikä hyväksymiseen liittyen noussut tarkentamistarpeita myöskään jatkoa ajatellen.

Kapitaatiomallin luominen ja käyttöönotto olivat kokeilualueiden keskeisiä tavoitteita, ja niihin liittyvät myös keskeiset opit. Kokeilut auttoivat määrittämään korvausten oikeaa tasoa, ja korvauksiin liittyen jouduttiin käymään jatkuvaa keskustelua palveluntuottajien kanssa erityisesti korvausten tasosta. Tampereella korvauksien tasosta ja määrittymisestä käytiin aktiivista keskustelua tuottajien kanssa jo ennen kokeilun alkamista, mikä helpotti kokeilun aikaista toimintaa. Tuottajien aktiivinen sitouttaminen mallin työstämiseen oli myös osasyynä tuottajien innokkaaseen osallistumiseen Tampereen alueen kokeiluun. Lisäksi tuottajat pitivät hyvänä Tampereen kiinteää korvausmallia, jossa korvauksia maksettiin vasta asiakkaan käytyä vastaanotolla.

Keski-Uudellamaalla korvausmalli pohjautui vahvemmin kapitaatiomalliin. Tämä herätti etenkin kokeilujen alkuvaiheessa kritiikkiä tuottajissa ja mallin sopivuutta ja korvausten riittävyttä suun terveydenhuoltoon kritisoitiin. Kokeilun edetessä kritiikki kuitenkin vähentyi ja tuottajien kannattavuus kohentui. Korvausten alkuvaiheen taso kuitenkin vaikutti siihen, ettei etenäkään pienillä toimijoilla ollut mahdollisuutta lähteä kokeiluun mukaan. Osittain tilanteeseen vaikutti myös kokeilun pieni volyyymi, sillä suuremmilla asiakasmäärillä ja pidemmällä aikajänteellä korvausmalli olisi toiminut paremmin.

Keski-Uudenmaan kannustinkorvaukset koettiin toimiviksi, joskin tietojen kerääminen aiheutti haasteita. Kokeilu osoitti, että kannustinjärjestelmää kannattaa hyödyntää ja se sitouttaa tuottajia. Mittareiden teemat (omahoito ja kokemus, iensairaudet, karies, asiakaskokemus, kliininen laatu, potilasturvallisuus, saatavuus, ESH-käyttö ja päivystys) olivat oikeansuuntaisia, joskin osa (esim. potilasturvallisuus) toimi huonosti rajatulla kokeilualueella ja pienellä väestöpohjalla. Tietojärjestelmistä johtuen kannustimet tulivat kuitenkin varsin viiveellä, mikä vähensi niiden toimintaa ohjaavaa ja kehittävää voimaa etenkin lyhyellä kokeilukaudella.

Kannustinmallissa tulee kiinnittää huomiota tietojen saatavuuteen: Keski-Uudenmaan kokeilualueella pystyttiin seuraamaan vain yhdeksää mittaria suunnitellusta 17 mittarista johtuen tietojen heikosta saatavuudesta tai vertailtavuudesta. Parhaiten toimivat kannustinmittarit, jotka tukeutuivat vahvasti potilastietojärjestelmään, kun taas esimerkiksi omahoitoon ja omaan kokemukseen

liittyvät mittarit osoittautuivat haastaviksi seurata. Lisäksi oman haasteen Keski-Uudellamaalla aiheutti tuottajien vähäinen määrä, asiakkaiden keskittyessä yhdelle yksityiselle tuottajalle olivat havaintomäärät varsin pieniä.

Tampereen kokeilun korvausmalli pohjautui suun ja hampaiden tutkimukseen ja hoitosuunnitelmaan sekä ennaltaehkäisyyn, mikä koettiin toimivaksi. Tampereen kokeilussa otettiin käyttöön vaikuttavuusindikaattoreita, joiden painopiste oli ennaltaehkäisyn mittaaminen. Tietojärjestelmään kytkettiin tilastomerkinnöiksi tiedot tupakkatuotteiden ja alkoholin riskikäytöstä, niiden puheeksi otosta ja mini-interventiosta, hampaiden puhdistustiedot (harjaus ja hammasvälien puhdistus) sekä tieto omahoitosuunnitelmasta ja siihen liittyen omahoidon ohjauksesta. Tämän lisäksi laatu- ja vaikuttavuusindikaattorina käytössä oli parodontologisen hoidon kohdennus. Tampereella kerättiin myös laatumietoa suun ulkopuolisten täytteiden osuudesta kaikista tehdyistä täytteistä. Asiakokemustietoa (NPS- ja hoitoon sitoutuminen) käytettiin myös kannustinjärjestelmän kriteereinä. Kokeilualueella saatiin hyviä tuloksia laatu- ja vaikuttavuusindikaattorien käytöstä, tietoa saatiin kattavasti kerättyä, ja niitä hyödynnettiin kannustinkorvauksien kohdentamisessa.

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 valinnanvapauttoiminnan järjestämisessä ja korvaustasojen määrittämisessä.

3.3 Vastaavatko tietojärjestelmät tarpeisiin?

Tietojärjestelmiin liittyi paljon haasteita läpi kokeilujen eikä tilanteessa tapahtunut suuria muutoksia kokeilujen aikana. Odotukset kohdistuivat kansalliseen tietojärjestelmäratkaisuun. Järjestelmät aiheuttivat läpi kokeilujen jonkin verran päällekkäistä työtä eikä tiedonsiirto eri tietojärjestelmien välillä toiminut täysin. Kokeiluilla oli erilaiset ratkaisut tietojärjestelmien suhteen, mutta molemmat aiheuttivat tyytymättömyyttä tuottajissa. Tuottajien alkuvaiheen turhautuminen uuden potilastietojärjestelmän opetteluun Tampereella sekä tietojen erilliseen lähettämiseen Keski-Uudellamaalla heijastui järjestäjälle ylimääräisenä työnä, ja asian tiimoilta pidettiin useita keskusteluja.

Röntgenkuvien siirtäminen aiheutti haasteita. Yksityisten tuottajien röntgenkuvista vain osa oli talletettu järjestäjän potilastietojärjestelmään, mistä aiheutui etenkin alkuvaiheessa viiveitä ja tietokatkoja. Tilanne kuitenkin kehittyi kokeilun aikana, ja Tampereen kokeilussa vuonna 2019 jo 59% yksityisten tuottajien ottamista röntgenkuvista tallennettiin järjestäjän järjestelmään. Tampereen tilanteen kehittymistä tukivat erityisesti tuottajien kanssa käydyt vuoropuhelut sekä röntgenkuvia koskeva kirjaus sääntökirjassa, joka loi hyvän pohjan kehitystyölle.

3.4 Miten seuranta ja valvonta toteutuvat?

Keskusteluyhteys järjestäjien ja tuottajien kanssa oli hyvä molemmilla alueilla. Kokeiluja ohjauksissa sääntökirjoissa oli melko vähän seurantaan ja valvontaan liittyviä vaatimuksia, mutta erityisesti Tampereen kokeilualueella järjestäjä otti 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 tuki valvontaa. Järjestäjä toimi potilastietojärjestelmän pääkäyttäjänä, mikä mahdollisti haasteiden tunnistamisen ja läpikäymisen varhaisessa vaiheessa. Saman potilastietojärjestelmän sisällä toimiminen helpotti yhteisten käytänteiden ja ohjeistuksen luomista sekä julkiselle että yksityiselle sektorille.

3.5 Tuotetaanko kokeilussa riittävästi asiakasinformaatiota sekä huomioidaan asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet?

Kokeiluista tuotettiin monikanavaisesti tietoa läpi kokeilujen. Monet viestintäkanavat edellyttivät kuitenkin asiakkaan olevan jollain tasolla aktiivinen joko palveluiden käyttäjänä tai muutoin yhteiskunnallisesti aikaansa seuraava, sillä kokeiluista ei tiedotettu kotiin jaettavilla tiedotteilla. Erityisesti Tampereen kokeilualueella kokeilusta viestittiin myös aktiivisesti alueen medioissa, mikä juontune osittain Tampereen projektitiimin aktiivisista viestintäpanostuksista.

Pääasiallisen kanavan asiakkaille muodostivat asiakaskyselyt ja -palautteet, joita hyödynnettiin myös toiminnan kehittämisessä. Pääasiassa saatu palaute oli hyvää, ja kritiikki kohdistui lähinnä jonotusaikoihin, mikä oli myös linjassa asiakaskyselyn tulosten kanssa. Käytännössä asukkaiden vaikutusmahdollisuudet olivat pääasiassa jälkikäteen vaikuttavia kuin ennakoivia, joskin erilaisten osallistavien menetelmien hyödyntäminen lisääntyi kokeilukauden loppua kohden ja näiden kehitystä suunnitellaan jatkettavan myös kokeilujen jälkeen.

4 Palveluntuottajien näkökulma

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

Keskeiset havainnot

- » Erityisesti Tampereen kokeilualueella kokeilut kiinnostivat palveluntuottajia, ja tuottajia saatiin runsaasti mukaan kokeiluun.
- » Tuottajat kokivat alkuvaiheessa korvaukset mataliksi, mutta korvaustasot kehittyivät kokeilujen edetessä molemmilla alueilla.
- » Kokeiluihin osallistumiseen kannusti ensisijaisesti halu varautua tulevaan sekä olla mukana vaikuttamassa kansalliseen kehitykseen.
- » Tietojärjestelmät aiheuttivat tuottajille ylimääräistä työtä.
- » Kokeilut aiheuttivat vain vähän muutoksia tuottajien työprosesseihin ja -tapoihin.

Erityisesti Tampereen alueen kokeilu tavoitti hyvin tuottajia, ja kokeiluun osallistui 20 yksityistä yksikköä. Tuottajien osalta Tampereella oli pientä vaihtuvuutta, Keski-Uudellamaalla puolestaan toinen tuottajista lopetti kokeilun kesken ja ksokeilukauden lopussa alueen kokeilussa oli mukana enää yksi yksityinen palveluntarjoaja.

Tuottajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä päätökseensä osallistua kokeiluun, ja kokivat saaneensa hyvää kokemusta tulevaa varten. Lisäksi kokeilu tarjosi oppeja siitä, miten samassa toimipisteessä voidaan tuottaa palveluita eri sopimus- ja toimintamalleilla. Pienille toimipisteille kokeiluun osallistuminen oli kuitenkin työlästä, ja hallinnollinen taakka kasvoi suureksi. Pienillä asiakasmäärillä valinnanvapausasiakkaiden vastaanottoon ei syntynyt rutiinia, vaan kirjauksiin ja kokeilun mukaisiin toimintatapoihin kului runsaasti aikaa.

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

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

Kokeilujen alkaessa tuottajat eivät tienneet mihin sitoutuvat. Tuottajat toivoivat, että jatkossa vastaavien kokeilujen ja pilottien käytännön toteutus ja tavoitteet olisivat pidemmälle mietittyjä siinä vaiheessa, kun tuottajat sitoutuvat mukaan toimintaan. Nyt sääntökirjoissa oli epäselvyyksiä, joita tarkennettiin kesken kokeilukauden. Lisäksi tuottajat kokivat, että vuoropuhelusta huolimatta sääntökirjat oli kirjoitettu vahvasti julkisen sektorin toimintaan perustuviksi. Tuottajat toivoisivatkin, että yhteisiä keskustelutilaisuuksia olisi jo varhaisessa suunnitteluvaiheessa. Nyt järjestetyt markkinavuoropuhelutilaisuudet saivat tuottajilta kiitosta, mutta näitä olisi kaivattu jo aiemmassa vaiheessa.

Yksityiset tuottajat olisivat toivoneet kokeiluihin rinnalle julkisia vertailuysiköitä. Kattavan kokonaiskäsityksen ja mallien toimivuuden testaamisen kannalta olisi tärkeää tietää, miten julkinen sektori toimisi kokeilun puitteissa samoilla ehdoilla. Yksityiset tuottajat nostivat myös esiin eri sektoreiden erilaisen verokohtelun: yksityiset tuottajat joutuivat 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 sujuivat maksuprosessin osalta melko sujuvasti. Keski-Uudellamaalla laskutuksessa oli alkuvaiheessa haasteita, mikä oli erityisesti pienten toimijoiden haaste. Bonus-sanktiomallin sekä kannusteiden logiikka koettiin hyvinä, mutta toteutukseltaan haastaavina molemmilla kokeilualueilla. Nykyisellään mallit eivät toimineet toimintaa ohjaavina, sillä tuottajat saivat järjestelmistä harvakseltaan tietoa eivätkä pystyneet peilaamaan omaa toimintaansa mittareihin.

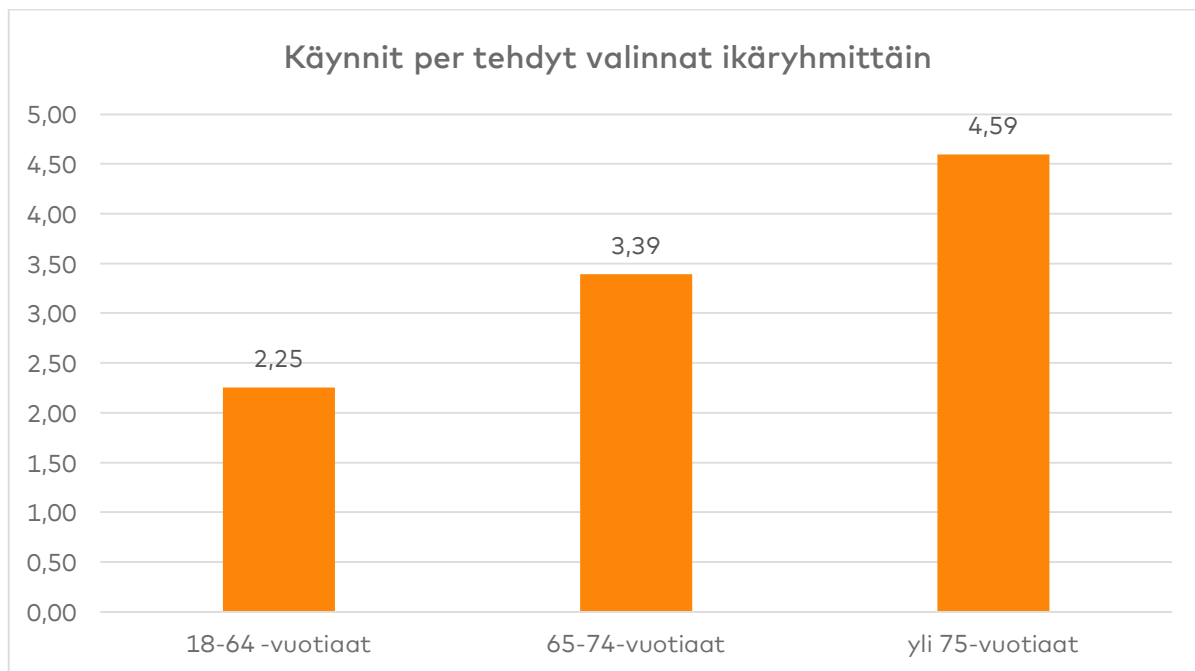
Tuottajat arvioivat kokeilujen kannattavuuden olevan heikkoa, joskin parantuneen kokeilujen edetessä. Erityisen riskipitoista toiminta oli Keski-Uudenmaan kapitaatiokorvaukseen perustuvassa mallissa, missä alku on usein tappiollista, mutta kehittyä toiminnan kasvaessa ja vakiintuessa. Tämä haastaa erityisesti pienten tuottajien toimintamahdollisuuksia. Toisaalta kokeilun alueen oman tiedonkeruun valossa toimenpidekohtainen korvaus kasvoi Keski-Uudenmaan kokeilun alueella noin 36% ja vastasi lopulta ostopalvelussa käytettyä korvaustasoa. Tampereen mallissa toimintalogiikka oli lähempänä ostopalvelua, mikä teki toiminnasta ennakoitavampaa. Osa tuottajista arvioi kuitenkin myös Tampereen kokeilun korvaustasojen olleen liian matalia, jotta toimintaa olisi voitu jatkaa näin kokeilukauden jälkeen, vaikka tuottajat muuten olisivat olleetkin halukkaita jatkoon.

Suun terveyden kuukausittaiset käyntimäärät yksityisillä palveluntuottajilla vaihtelivat paljon kokeilun ajan. Selkeää trendiä käyntien kehittymisestä ei syntynyt vuodesta 2018 vuoteen 2019 kes-

täneen kokeilun aikana. Vaihtajien määrä suun terveydenhuollon kokeilussa lisääntyi kokeilun edessä, Keski-Uudellamaalla melko tasaisesti, joskin hitaasti, ja Tampereella asiakaskiintiöiden laajentumisiin painottuen.

Alustavien havaintojen valossa käyntimäärät hoitajaksoa kohden olivat Keski-Uudenmaan kokeilussa omaan tuotantoon verrattuna selkeästi matalampia kaikissa hoitoisuusluokissa. Hoitajakset olivat myös ajallisesti huomattavasti lyhyempiä. Vaikka tulokset ovat alustavia ja vaativat yksityiskohtaisempaa tarkastelua esimerkiksi toteutettujen toimenpiteiden osalta, ovat ne linjassa kokeilun mallin kanssa, jossa yksittäinen käynti ei tuonut lisäkorvauksia palveluntuottajalle, vaan hoitajakson loppuun saattaminen.

Ikäryhmäkohtaisesti tarkasteltuna valintoja tekivät Tampereen kokeilualueella eniten 18–64 -vuotiaat, ja Keski-Uudellamaalla 18–69 vuotiaat. Toiseksi eniten valintoja tehnyt ikäryhmä Tampereen alueella oli 65–74 -vuotiaat, ja Keski-Uudenmaan alueella 70–79 -vuotiaat. Käyntimäärien vertailussa Tampereen kokeilualueella määrällisesti eniten yksityisellä palveluntuottajalla kävivät 18–64 -vuotiaat, kun taas suhteutettuna tehtyihin valintoihin eniten palveluja käyttivät yli 75-vuotiaat valinnan tehneet.



Kuva 5. Tampereen kokeilu: Käynnit per tehdyt valinnat yksityisellä palveluntuottajalla ikäryhmittäin. Kuva esittää Tampereen kokeilualueen osalta sitä, montako kertaa valinnan tehnyt henkilö kokeilun aikana käynyt yksityisen palveluntuottajan kokeilun piiriin kuuluvalla vastaanotolla. Uudenmaan tiedot olivat käyntien osalta puutteellisia.

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

Kokeiluväestö oli melko pieni erityisesti Tampereella, missä oli rajattu asiakaskiintiö. Tuottajat olivat 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. Toisaalta suuri väestöpohja ilman asiakaskiintiöitä ei automaattisesti tarkoita suuria vaihtajamääriä, kuten Keski-Uudenmaan kokeilu osoitti.

4.2. Vastaavatko tietojärjestelmät tarpeisiin?

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

Röntgenkuvien toimitus työllisti tuottajia, sillä kuvat piti ladata eri järjestelmään. Röntgenkuvien nopeampi siirtäminen olisi ollut mahdollista lisäkomponentin hankkimalla, mutta tämän kustannukset etenkin pienille toimijoille olisivat olleet suuret. Tämä johti tilanteeseen, jossa vain osa yksityisten tuottajien röntgenkuvista oli talletettuina järjestäjän järjestelmiin. Tilanne kuitenkin kehittyi positiivisesti etenkin Tampereen kokeilualueella, missä vuonna 2019 jo 59% kuvista oli tallennettu järjestäjän järjestelmään. Röntgenkuvien siirto on tärkeä teema, ja jatkoa ajatellen kokeiluiden yhtenä oppina on, että röntgenkuvien siirtämisestä täytyy olla tarkat kirjaukset sääntökirjoissa, minkä lisäksi tuottajien kanssa tulee käydä aktiivista vuoropuhelua.

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 oli hyvät resurssit käytössään ja osa tuottajista olisi voinut ottaa enemmänkin asiakkaita vastaan. Tuottajat rekrytoivat henkilöstöä erikseen kokeilua varten. Niille, jotka rekrytoivat, haasteena oli kokeilujen lyhyt kesto – yleensä resursseja arvioidaan pidemmällä aikavälillä. Asiakaskäyntejä ei ollut odotettua enempää, vaikka Tampereen kiintiöt täyttyivät nopeasti. Vaihtajien käyttäytyminen noudatteli tuottajien mukaan muun väestön käyttäytymistä. Suuri osa vaihdon tehneistä ei käynyt heti vastaanotolla, mikä on helpottanut tuottajien tilannetta. Tyypillisesti viive hoitoon hakeutumisessa oli useampi kuukausi hieman tuottajittain vaihdellen.

Tuottajat kokivat seurannan ja valvonnan toimiviksi, ja hyvään keskusteluyhteyteen perustuviksi. Varsinaisia valvontakäyntejä ei toteutettu, mutta yhteydenpito järjestäjän kanssa oli muutenkin tiivistä. Tuottajat kävivät yhdessä järjestäjän kanssa asiakaspalautteita läpi.

Omavalvonta työllisti tuottajia hieman aiempaa enemmän. Kokeilun puitteissa toiminnan täytyi olla sääntökirjan mukaista, mikä erosi käytännön tasolla (esim. kirjaukset) jonkin verran tuottajien normaalista toiminnasta. Tästä johtuen tuottajat joutuivat tehostamaan paitsi kokeiluun liittyvää koulutusta ja tiedotusta, niin myös omavalvontaa. Tässä haasteena oli kuitenkin se, että Tampereen kokeilussa henkilöstö teki kirjaukset suoraan järjestäjän järjestelmään, ja tuottajan oli kokeilun alkuvaiheessa 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 muun muassa kokeilun lyhyestä kestosta. Tuottajat joutuivat rekrytoimaan hieman lisää henkilöstöä, joskaan kokeilun lyhyt aika ei mahdollistanut vakituisen henkilöstömäärän lisäämistä. Rekrytoinneissa tavoitteena oli löytää henkilökuntaa, jolla oli jo kokemusta julkiselta puolelta ja erityisesti järjestäjän käyttämistä potilasjärjestelmistä. Vastaanottoaikojen keskimääräistä kestoja jouduttiin myös pidentämään joillain tuottajilla, sillä kokeilun vaatimat kirjaukset veivät huomattavasti enemmän aikaa.

Tuottajat tunnistivat kuitenkin kehityskohtia, joihin tarttuisivat, mikäli palvelusetelin käyttö laajenisi. Tavoitteena olisi, että palveluseteliasiakkaiden asiointi olisi yhtä sujuvaa kuin yksityisasiakkaiden asiointi ja heillä olisi samat kanavat käytössään. Kokeilukauden aikana esimerkiksi isot palveluntuottajat eivät 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 erosi yksityisellä ja julkisella sektorilla: yksityisen sektorin henkilöstö suhtautui valinnanvapauteen sote-palveluissa julkista positiivisemmin.
- » Kokeiluiden vaikutus henkilöstön arkeen oli melko pieni johtuen kokeiluiden lyhyestä kesto-
sta sekä pienistä vaihtajamääristä.
- » Yksityisen sektorin edustajat arvioivat voivansa tukea asiakkaita paremmin valinnan tekemisessä.
- » Henkilöstö koki tarvitsevansa lisää koulutusta liittyen valinnanvapauden periaatteisiin ja oman alueensa sote-palveluverkoston.

Henkilöstön osalta pääasiallisen tiedonkeruun lähteen muodostivat henkilöstökysely, minkä vuoksi henkilöstöä käsitteleviä havainnoja on tässä luvussa päivitetty vain kevyesti. Henkilöstön näkemyksiä valinnanvapaudesta ja sen vaikutuksista työntekoon mitattiin loppuvuodesta 2018 toteutetulla henkilöstökyselyllä. Henkilöstökyselyn vastaajamäärä oli kuitenkin melko pieni, minkä vuoksi aineistosta ei ollut mahdollista tehdä varsinaista tilastollista analyysia. Lisäksi kokeilualueet toimitivat henkilöstön kokemuksiin liittyen täydentävää materiaalia, minkä lisäksi teemaa käsiteltiin järjestäjien haastatteluissa.

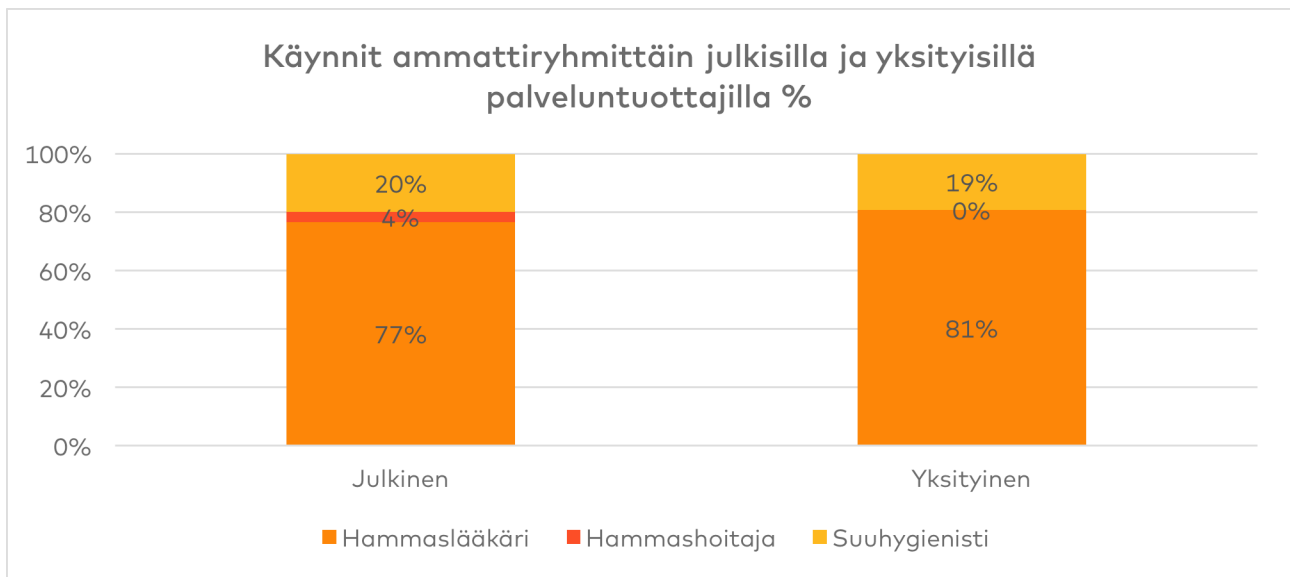
Yksityisen puolen vastaajat vastasivat kauttaaltaan positiivisemmin, ja he suhtautuivat valinnanvapauden pääasiassa myönteisesti. Kunnallisella puolella oli enemmän myös kriittisyyttä valinnanvapautta kohtaan.

5.1 Onko kokeilulla vaikutuksia henkilöstön työnjakoon ja organisointitapoihin?

Suun terveydenhuollossa sekä julkisilla että yksityisillä palveluntuottajilla valtaosa käynneistä oli hammaslääkärikäynntejä. Hammashoitajakäynntejä oli vain vähän suhteessa kaikkiin käynnteihin. Yk-

sityisillä palveluntuottajilla yli 80 % käynneistä kohdistuu hammaslääkäreille, ja 19 % suuhygienisteille. Julkisilla palveluntuottajilla on lisäksi hammashoitajakäyntejä, joiden osuus on noin 4 % kokonaiskäynneistä. Yksityisillä palveluntuottajilla ei kokeilun aikana raportoitu kuin 15 hammashoitajakäyntiä. Muilta osin, eli hammaslääkäri- ja suuhygienistikäyntien osalta käyntimäärät ovat keskenään samassa suhteessa julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla. Kuvassa 6 alla esitetään käyntimäärien suhteessa ammattiryhmiin kokeilun aikana julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla.

Käyntimäärät kasvoivat yksityisillä palveluntuottajilla kokeilun aikana. Verrattaessa yksityisten palveluntuottajien käyntimääriä julkisten palveluntuottajien käyntimääriin, on niiden osuus vain noin 5 % käynneistä. Käynnit yksityisillä palveluntuottajilla kasvoivat erityisesti kokeilun ensimmäisinä kuukausina, jonka jälkeen käyntimäärät tasoittuivat.



Kuva 6. Käyntien osuus ammattiryhmittäin (molemmat kokeilualueet).

Kokeiluiden vaikutukset henkilöstön arkeen olivat kyselyiden valossa melko pieniä. Taustalla niin tässä kuin muissakin kyselyissä vaikutti suun terveydenhuollon kokeilujen pienet vaihtamäärät, mistä johtuen harva henkilöstön edustaja työskenteli pelkästään valinnanvapausasiakkaiden kanssa

Kokeilut olivat niin lyhytkestoisia, ettei niillä ollut vaikutusta julkisen sektorin toimintaan. Kokeiluista saatavien tulosten arvioiminen ja vieminen käytäntöön tapahtuisi muutaman vuoden ajankänteellä, mikä ei kokeiluiden kohdalla täyty. Myös yksityisellä puolella vaikutukset työtappoihin ja prosesseihin jäivät melko pieniksi ja muutoksia toteutettiin lähinnä sääntökirjan vaatimissa asioissa (esim. aukioloajat).

Prosessien ja työnjaon nykytila koettiin 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 ollut eroa.

Kunnallisella puolella valinnanvapauden koettiin vaikuttaneen palvelun laatuun negatiivisesti tai neutraalisti. Yksikään kunnallisen puolen vastaaja ei kokenut, että valinnanvapaudella olisi ollut myönteinen vaikutus palveluiden laatuun. Yksityisen puolen vastaukset olivat jakautuneempia, mutta pieni enemmistö koki vaikutuksen olevan positiivinen. Yksityisen puolen vastaajista lähes kaikki myös pitivät laajentunutta valinnanvapautta tärkeänä asiana, mutta kunnallisella puolella mielipiteet olivat jakaantuneempia.

5.2 Onko kokeilulla vaikutuksia henkilöstön työhyvinvointiin?

Suurin osa vastaajista koki 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 eivät enimmäkseen kokeneet organisaationsa olevan valmis valinnanvapauteen, yksityisellä puolella oltiin positiivisempia. Yli puolet kunnallisen puolen vastaajista koki organisaationsa valmiuden valinnanvapauteen negatiiviseksi, kun taas yksityisen puolen vastaajista valtaosa koki organisaationsa valmiuden myönteisesti. Tähän lienee vaikuttanut myös vastaajien tausta: todennäköisesti yksityisen puolen vastaajat olivat olleet kokeiluasiakkaiden kanssa tiiviimmin tekemisissä.

Myös työntekijän oma valmius valinnanvapauteen koettiin yksityisellä puolella suuremmaksi. Organisaation valmiuteen verrattuna tässä oli hieman enemmän hajontaa, mutta jälleen kunnallisen puolen työntekijöistä enemmistö koki valmiutensa negatiiviseksi ja yksityisten työntekijöiden enemmistö positiiviseksi.

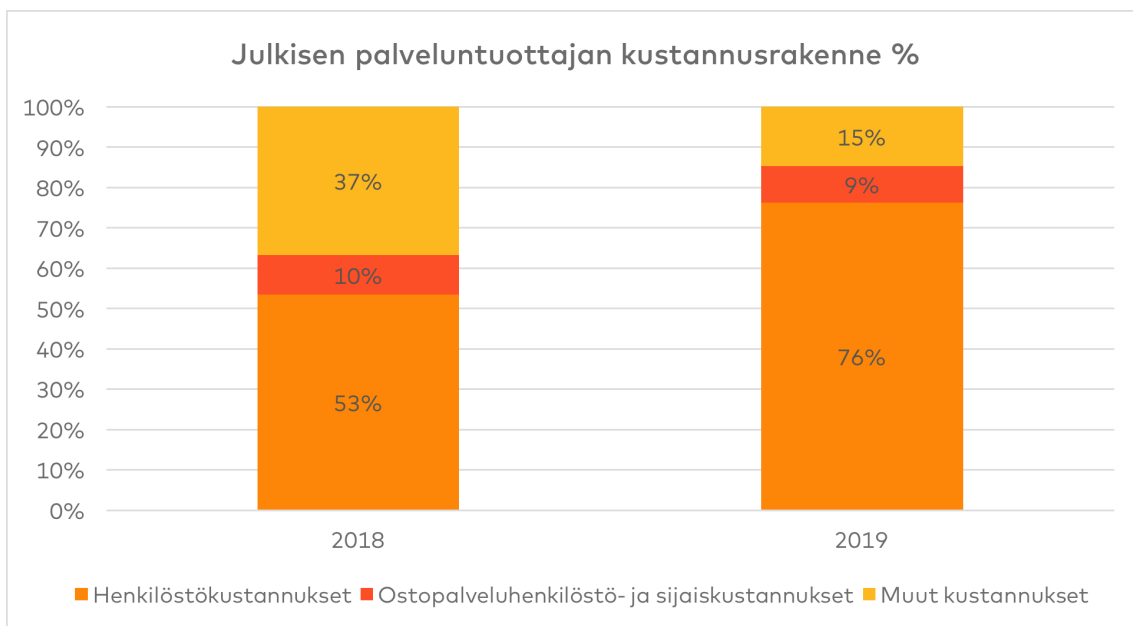
Henkilöstö koki tarvitsevansa lisäkoulutusta erityisesti oman alueensa sote-toimijoiden verkostoista sekä monialaiseen yhteistyöhön liittyen. Palveluverkoston muuttuessa monimutkaisemmaksi verkosto pitää tuntea kattavasti, jotta henkilöstö voi onnistua asiakaslähtöisyydessä. Lisäksi yhteistyötä ja vuoropuhelua 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 toimi yksityisiä palveluntuottajia. Tampereen kokeilualueella rekisteröityneitä yksityisiä palveluntuottajia oli kokeilun lopussa 13, Keski-Uudellamaalla yksi yhden yksityisen tuottajan lopettaessa kokeilun kesken. Uusia tuottajia ei kokeilun aikana syntynyt eivätkä tuottajat tunnistanee kokeilulla olleen vaikutuksia oman alueen kilpailutilanteeseen, sillä vaihtajamäärät olivat varsin pieniä.

Kokeilun aikana ei ollut havaittavissa merkittäviä muutoksia julkisten palveluntuottajien kustannusrakenteessa. Kustannusrakenteiden kuukausittainen vaihtuvuus oli suurta koko kokeilun ajan. Kokeilun tiedonkeruun valossa on vaikeaa arvioida, johtuuko suuri kuukausittainen vaihtelu kokeilusta. Keski-Uudellamaalla noin 60–80 % kustannuksista muodostui oman henkilöstön kustannuksista, noin 10 % ostopalvelu- ja sijauskustannuksista ja 20–40 % muista kustannuksista.



Kuva 7. Julkisen palveluntuottajan kustannusrakenne vuonna 2018 kesäkuusta vuoden loppuun ja 2019 toukokuun loppuun mennessä. Kuvio sisältää Keski-Uudenmaan kustannustiedot. Henkilöstökustannusten suhteellinen osuus on selvästi kasvanut vuonna 2019, mutta euromääräisesti kasvu on pienempää. Tiedonkeruun rajoitusten vuoksi kustannusrakenteen muutoksista ei voida vetää johtopäätöksiä.

Arvioinnin tiedonkeruun valossa kokeilu onnistui vastaamaan melko hyvin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin. Kokeilujen yhteiskunnallisina tavoitteina oli 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 ohjasi asiakaslähtöisyys ja asiakkaita osallistettiin kokeilujen kehitykseen. Asiakaskyselyn valossa myös asiakkaat itse arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa melko hyviksi. 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. Hyvin alustavien havaintojen valossa kokeilussa saavutettiin hyviä tuloksia parodontologisten statusten kirjaamisen näkökulmasta erityisesti Keski-Uudenmaan kokeilualueella. Ennen kokeilua tarkastuksissa tehtyjen parostatusten osuus oli kauttaaltaan alle tai lievästi yli 10% yli 18 -vuotiaiden käynneistä, mutta kokeiluun osallistuneet kunnat ja yksittäiset toimijat onnistuivat kokeilun myötä nostamaan osuuden moninkertaiseksi. Myös Tampereella suusairausten ennalta ehkäisyyn liittyvien kirjausten peittävyys parani kokeilun edetessä ja esimerkiksi vuonna 2019 omahoitosuunnitelma oli kirjattu 84%:sesti ja muun muassa hampaiden harjaustieto kirjattu 86%:sesti. Tampereen kokeilussa parodontologinen status kirjattiin 26%:lla käynneistä.

7 Yhteenveto ja johtopäätökset

7.1 Yhteenvetoa kokeiluista

Kokeilujen keskeisimmät tulokset arvioinnin näkökulmasta liittyivät asiakkaiden käyttäytymiseen, järjestäjien valmistautumiseen uuteen rooliin sekä tuottajien kokemuksiin korvausmalleista ja tietojärjestelmästä. Yhteiskunnallisista ja taloudellisista vaikutuksista oli vaikeaa saada tietoa lyhyen kokeilukauden aikana.

Kokeilu onnistunui vastaamaan melko hyvin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin. Kokeilujen aikana osallistettiin asiakkaita ja palveluita lähdettiin kehittämään asiakaslähtöisemmiksi. Asukaskyselyn 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 toteutuivat kokeilualueilla toteutuneet vaihdellen: Tampereen kokeilualueella oli runsaasti palveluntuottajia, joista asiakkaat saattoivat valita, mutta Keski-Uudenmaan kokeilualueella vaihtoehtoja oli niukasti. Toinen keskeinen edellytys valinnanvapauden toteutumiseksi on tietoisuus oikeudesta valita oma tuottaja. Tässä on parannettavaa, sillä aineiston valossa kokeilu jäi vieraaksi monelle kokeilualueella asuvalle. Valinnan tueksi oli kuitenkin kokeilukauden loppua kohden enenevässä määrin vertailutietoa tuottajista.

Asiakkaat pitivät valinnan mahdollisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tärkeänä. Yksityisen tuottajan kokeilun aikana valinneiden ja muiden välillä oli kuitenkin eroa suhtautumisessa: yksityisen tuottajan valinneista kolme neljästä oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, muista vastaajista hieman yli puolet. Mahdollisuutta valita omaan tilanteeseen parhaiten sopiva tuottaja pidettiin arvokkaana ja hammaslääkäriaikojen saatavuuden koettiin parantuneen kokeilujen myötä.

Järjestäjäorganisaatiot kokivat hyötynsä ja oppineensa kokeiluista paljon. Keskeisimmäksi opiksi nousee järjestäjän tehtävän mallintaminen sekä roolin ja palvelupakettien selkeyttäminen. Lisäksi kokeilut lisäsivät ymmärrystä oman tuotannon sisällöistä ja kustannuksista.

Keskimäärin käyntikohtainen laskennallinen kustannus järjestäjän näkökulmasta pysyi melko vakana kokeilun aikana, kun järjestäjän näkökulmasta syntyneitä laskennallisia kustannuksia suhteutetaan kokeilun aikana tehtyihin käynteihin, sisältäen sekä julkisille että yksityisille palveluntuot-

tajille tehdyt käynnit. Molemmilla kokeilualueilla oli havaittavissa poikkeama erityisesti heinäkuussa, sillä käynnit olivat huomattavasti pienemmät kyseisenä kuukautena, ja kustannukset hie-
man suuremmat kuin muina kuukausina.

Korvausmallin luominen ja käyttöönotto olivat kokeilualueiden keskeisiä tavoitteita, ja niihin liittyvät myös keskeiset opit. Kokeilut auttoivat määrittämään korvausten oikeaa tasoa, ja korvauksiin liittyen jouduttiin käymään jatkuvaa keskustelua palveluntuottajien kanssa erityisesti korvausten tasosta. Aktiivinen keskustelu tuottajien kanssa tuki kokeilun toteutusta.

Kannustinkorvaukset koettiin toimiviksi, mutta vaativat tuekseen nopeat maksatusprosessit. Tietojärjestelmistä johtuen kannustimet tulivat kuitenkin varsin viiveellä, mikä vähensi niiden toimintaa ohjaavaa ja kehittäväää voimaa etenkin lyhyellä kokeilukaudella. Lisäksi tietoja oli haastavaa kerätä tai vertailla joidenkin mittarien osalta, mikä supisti käytettyjen mittareiden määrää.

Tuottajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä päätökseensä osallistua kokeiluun, ja kokivat saaneensa hyvää kokemusta monituottajamallista. Lisäksi kokeilu tarjosi oppeja siitä, miten samassa toimipisteessä voidaan tuottaa palveluita eri sopimus- ja toimintamalleilla. Pienille toimipisteille kokeiluun osallistuminen oli kuitenkin työlästä, ja hallinnollinen taakka etenkin kokeilun alkupuolella kasvoi huomattavasti.

Kokeiluiden lyhyt kesto oli haaste myös tuottajille. Kokeilukausi oli lyhyt oppien saamisen kannalta, sillä suun terveydenhuollon palveluita käytetään tyypillisesti vuoden tai parin välein. Reilun vuoden mittainen kokeiluaika ei antanut realistista kuvaa toiminnasta pidemmällä aikavälillä eikä mahdollistanut esimerkiksi kokeilun kustannusvaikutusten, suusairauksien ennalta ehkäisyn mittarien tai ienterveyden vaikutusten analyysia.

Käyntimäärät yksityisillä palveluntuottajilla vaihtelivat paljon eikä kokeilun aikana syntynyt selkeää trendiä käyntimääristä. Keski-Uudellamaalla valinnan tehneiden määrä suun terveydenhuollon kokeiluun lisääntyi tasaisesti koko kokeilun ajan. Tampereen alueen osalta valintoja tehtiin kiinnostuksesta johtuen kokeilun alussa suuri määrä. Havaintojen valossa käyntimäärät vaikuttavat kuitenkin jääneen muuta väestöä pienemmäksi.

Kokeiluiden vaikutukset henkilöstön arkeen ja työhyvinvointiin olivat kyselyiden valossa melko pieniä. Taustalla niin tässä kuin muissakin kysymyksissä lienee vaikuttanut suun terveydenhuollon kokeilujen pienet vaihtamäärät, mistä johtuen harva henkilöstön edustaja työskentelee pelkästään valinnanvapausasiakkaiden kanssa. Henkilöstö toivoi kuitenkin lisää koulutusta monialaiseen yhteistyöhön ja oman alueen sote-palveluverkoston liittyen. Lisäksi tulisi lisätä vuoropuhelua ja yhteiskehittämistä eri osapuolten sitoutumisen kehittämiseksi.

7.2. Opit jatsoon

Kokeilujen tavoitteiden selkeyttäminen varhaisessa vaiheessa. Mahdollisissa myöhemmissä kokeiluissa tai piloteissa on syytä suunnitteluvaiheessa käydä läpi tavoitteet – sekä järjestäjäorganisaation sisällä että tuottajien kanssa. Toimijoiden sitoutuminen samoihin tavoitteisiin tukee myös asiakkaille suunnattua viestintää, johon tule panostaa myös jatkossa.

Tuottajat on hyvä integroida mahdollisimman varhaisessa vaiheessa mukaan. Aito ja tasavertainen vuorovaikutus lisää eri osapuolten sitoutumista toimintaan sekä ymmärrystä eri sektoreiden toimintalogiikasta. Esimerkiksi sääntökirjan vaatimuksista on hyvä käydä keskustelua tuottajien kanssa, jotta vaatimuksia ja niiden muotoiluja voidaan sovittaa yksityisen sektorin prosesseihin. Tässä kokeilussa kiitosta saaneet markkinavuoropuhelutilaisuudet onkin hyvä aloittaa hyvissä ajoin jo suunnitteluvaiheessa.

Asiakkaita tulee osallistaa vielä nykyistä vahvemmin kehitystyöhön. Kokeilujen aikana kerätty systemaattinen asiakaspalaute saa kiitosta eri puolilta ja auttanut tuottajia tunnistamaan, mitä asiakkaat erityisesti arvostavat hoidossa. Pidemmällä aikavälillä asiakkaat olisi hyvä integroida mukaan kehitystyöhön jo varhaisessa vaiheessa esimerkiksi asiakasraatien kautta.

Riittävän pitkä kokeilukausi tukee vaikutusten arviointia sekä sitoutumista toimintaan ja yhteiseen tekemiseen. Kokeilujen lyhyt aikajänne ei mahdollista kokeilun vaikutusten tarkastelua esimerkiksi kustannuksiin tai terveyteen. Lyhyellä kokeilukaudella tuottajat eivät myöskään ryhdy kehittämään toimintaansa tai tekemään investointeja.

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 valinnanvapautoiminnan järjestämisessä ja korvaustasojen määrittämisessä.

Vaikuttavuuteen ohjaavat kannustinmallit toimivat hyvin ja sitouttavat tuottajia. Suoritepohjaisesta ostamisesta kannattaakin jatkossa pyrkiä kohti vaikuttavuusperusteista palveluiden hankintaa. Tällöin mittaroitavien tietojen saatavuuteen ja vertailtavuuteen tulee kuitenkin kiinnittää huomioita. Lisäksi etenkin lyhyillä kokeilujaksoilla kannustinlaskennan tuloksia olisi hyvä saada tiiviisti, jotta tulokset ehtivät ohjaamaan toimintaa.

Ennalta ehkäisyyn tulee panostaa myös jatkossa. Suusairauksien ennalta ehkäisy edellyttää tulevaisuuteen katsomista; suusairauksien riskitekijöiden kuten tupakkatuotteiden, alkoholin riskikäytön sekä omahoidon vähäisyyden tunnistamista tunnistamista. Näiden tekijöiden seuraaminen sekä toimet niiden parantamiseksi (muun muassa puheeksiotto ja omahoidon ohjaus) edellyttävät

potilastietojärjestelmään integroituja mittareita, ja jatkossa Kanta-yhteensopivuutta. Pureutamalla ennalta ehkäisyyn on mahdollista edistää vaikuttavuusperusteista palveluiden hankintaa, jonka tueksi tarvitaan toimivia laatumittareita.

Riittävän suuri kokeiluväestö tukee yleistettävämpien tulosten saantia sekä parempaa kannattavuutta tuottajille. Lisäksi tämä lisäisi asiakkaiden tasavertaisia mahdollisuuksia osallistua kokeiluun – nyt Tampereen kokeilussa moni kokeilualueen asukas kuuli kokeilusta vasta asiakaskiintiön jo täytyttyä. Kokeilujen, jotka vaativat nopeaa ilmoittautumista, ulkopuolelle jäivät helposti asiakkaat, jotka eniten tarvitsivat nopeaa hoitopääsyä.

Eri ammattiryhmien ammattitaidon laajasta hyödyntämisestä on etua sekä asiakkaille että tuottajille. Tampereen kokeilussa työnjakoa, jossa suuhygienisti tekee osia hoidosta on tarjonnut kustannustehokkaan tavan tarjota hoitoa. Suuhygienistien roolin kasvu on myös linjassa ennaltaehkäisevään hoitoon panostamisen kanssa. Asiakkaiden kannalta hyötyä tuo myös nopeutunut hoitopääsy, sillä suuhygienisteille on tyypillisesti lyhyemmät jonot.

Kansallisen tietojärjestelmän kehittäminen ja rajapintojen avaaminen on keskeinen tulevaisuuden tehtävä. Kahden tietojärjestelmän rinnakkainen käyttö on aiheuttanut päällekkäistä työtä ja lisännyt hallinnolliseen työhön kuluvaan aikaa. Lisäksi valinnanvapauskokeilun yhteydessä toteutettuun tilastointiin on kulunut paljon aikaa: toiminnan kehittämistä tukevan seurantatiedon keräämistä ja kirjaamista tulisi helpottaa jatkossa. Hallinnollisen työn vähentyminen ja automatisointi tukisi vähentäisi myös hallinnon kustannuksia.

Jatkossa monituottajamalli voisi rakentua uudelle yhteistyölle. Tuottajat ovat kiinnostuneita jatkamaan ja tiivistämään yhteistyötä. Kokeiluista toivotaan jatkoon erityisesti kokonaisvaltaista otetta hoitoon sekä eri ammattiryhmien laajaa hyödyntämistä. Toisaalta tulevaisuuden yhteistyössä toivotaan olevan kustannusten parempaa vastaavuutta työmäärään sekä kustannusten parempaa ennakoitavuutta niin järjestäjälle kuin tuottajallekin.

Liitteet

Liite 1. Kokeilualueiden erityispiirteet ja korvausmallit

	Keski-Uusimaa	Tampere
Kokeilun alkanut	1/2018	5/2018
Tuottajan vaihto	6 kuukauden välein	8 kuukauden välein
Alueen asukasmäärä	200 000	275 000
Mitkä palvelut kuuluvat kokeilun piiriin	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 määräytyminen ja tarvittaessa kutsu / kehote, sekä kuvantamispalvelut.	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 määräytyminen ja tarvittaessa kutsu / kehote, sekä kuvantamispalvelut. Kirjallinen omahoitosuunnitelma
Palveluntuottajien korvausmalli	Kokeilun korvaus- ja rahoitusmalli perustuu kapitaatio- ja suoriterahoitukseen, jota säädelään kannustinmekanismein. Korvausmalli muodostuu keskimäärin 50 % kapitaatiokorvauksesta, 40 % suoritekorvauksesta ja 10 % kannustin-/sanktiojärjestelmästä. 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.	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. Asiakkailla, jotka eivät halua suun 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. Tuottajia kannustetaan laatu- ja seurantamittarien käytöstä ja siihen on osoitettu kannustinkorvaus, joka on n. 5 % kokeilun palveluntuotantoon varatusta määrärahasta.

owalg^{|||}group