

# VALINNANVAPPAUSKOKEILUN ARVIOINTI, SOTE-KESKUKSET

LOKAKUU 2019

# Sisällys

<b>SISÄLLYS</b> .....	<b>2</b>
<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>3</b>
1.1 ARVIOINNIN KOHDE .....	3
1.2 ARVIOINNIN TAVOITTEET JA TOTEUTUS.....	3
<i>Menetelmät ja aineistot</i> .....	6
<b>2 ASIAKKAAN NÄKÖKULMA</b> .....	<b>8</b>
2.1. TIETOISUUS KOKEILUSTA JA TARJOLLA OLEVISTA VAIHTOEHDOSTA .....	10
2.2. KETKÄ HYÖDYNTÄVÄT VALINNANVAPAUTTA? .....	10
2.3. ASIAKASKOKEMUS JA VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET PALVELUUN .....	12
<b>3 JÄRJESTÄJÄN NÄKÖKULMA</b> .....	<b>14</b>
3.1 KUSTANNUSTEN KEHITYS JÄRJESTÄJIEN NÄKÖKULMASTA .....	15
3.2 OVATKO TUOTTAJIEN HYVÄKSYMIS- JA KORVAUSMENETTELYT TOIMIVIA JÄRJESTÄJÄN NÄKÖKULMASTA? .....	17
3.3 VASTAAVATKO TIETOJÄRJESTELMÄT TARPEISIIN? .....	18
3.4 MITEN TOIMINNALLINEN INTEGRAATIO TOTEUTUU? .....	18
3.5 MITEN SEURANTA JA VALVONTA TOTEUTUVAT? .....	19
3.6 TUOTETAANKO KOKEILUSSA RIITTÄVÄSTI ASIAKASINFORMAATIOTA SEKÄ HUOMIOIDAAN ASIAKKAIDEN VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET? ..	19
<b>4 PALVELUNTUOTTAJIEN NÄKÖKULMA</b> .....	<b>21</b>
4.1 OVATKO KORVAUSMENETTELYT PALVELUNTUOTTAJIEN NÄKÖKULMASTA TOIMIVIA? .....	22
4.2. VASTAAVATKO TIETOJÄRJESTELMÄT TARPEISIIN? .....	25
4.3. ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA PALVELU- JA TYÖPROSESSEIHIN?.....	26
<b>5 HENKILÖSTÖN NÄKÖKULMA</b> .....	<b>28</b>
5.1 ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA HENKILÖSTÖN TYÖNJAKOON JA ORGANISOINTITAPOIHIN? .....	29
5.2 ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA PALVELU- JA TYÖPROSESSEIHIN?.....	30
5.2 ONKO KOKEILULLA VAIKUTUKSIA HENKILÖSTÖN TYÖHYVINVOINTIIN? .....	31
5.3 MITEN HENKILÖSTÖ PYSTYY TUKEMAAN ASIAKKAITA VALINTOJEN TEKEMISESSÄ?.....	31
5.4 MITEN HENKILÖSTÖ YLIPÄÄTÄÄN KOKEE KOKEILUT? .....	32
<b>6 TALOUDEN JA YHTEISKUNNAN NÄKÖKULMA</b> .....	<b>33</b>
<b>7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET</b> .....	<b>36</b>
7.1 YHTEENVETOA KOKEILUISTA .....	36
7.2 OPIT JATKOON .....	38
<b>LIITTEET</b> .....	<b>41</b>

# 1 Johdanto

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

## 1.1 Arvioinnin kohde

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaamaa palvelusetelikokeilua toteutettiin osana **Palvelut asiakslähtöisiksi -kärkihanketta vuosina 2017-2018**. Hankkeessa kokeiltiin valinnanvapauden keskeisiä elementtejä nykyisen lainsäädännön (palvelusetelilaki, asiakasmaksulaki ja -asetus, terveydenhuoltolaki, sosiaalihoitolaki) sallimissa puitteissa. Sote-keskuskokeilut, joita tässä raportissa tarkastellaan, alkoivat keväällä 2017 viidellä eri kokeilualueella: Hämeenlinnassa, Jyväskylässä, Keski-Uudellamaalla, Tampereella ja Ylä-Savossa, minkä lisäksi Päijät-Häme aloitti kokeilussa toukokuussa 2018. Kokeilut päättyivät vaiheittain lokakuuhun 2019 mennessä. Sote-keskuskokeilujen rinnalla valinnanvapautta kokeiltiin kahdella muulla sisältöalueella: henkilökohtaisessa budjetissa sekä suun terveydenhuollossa.

Sote-keskusten 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 kärkihankaudella oli 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.

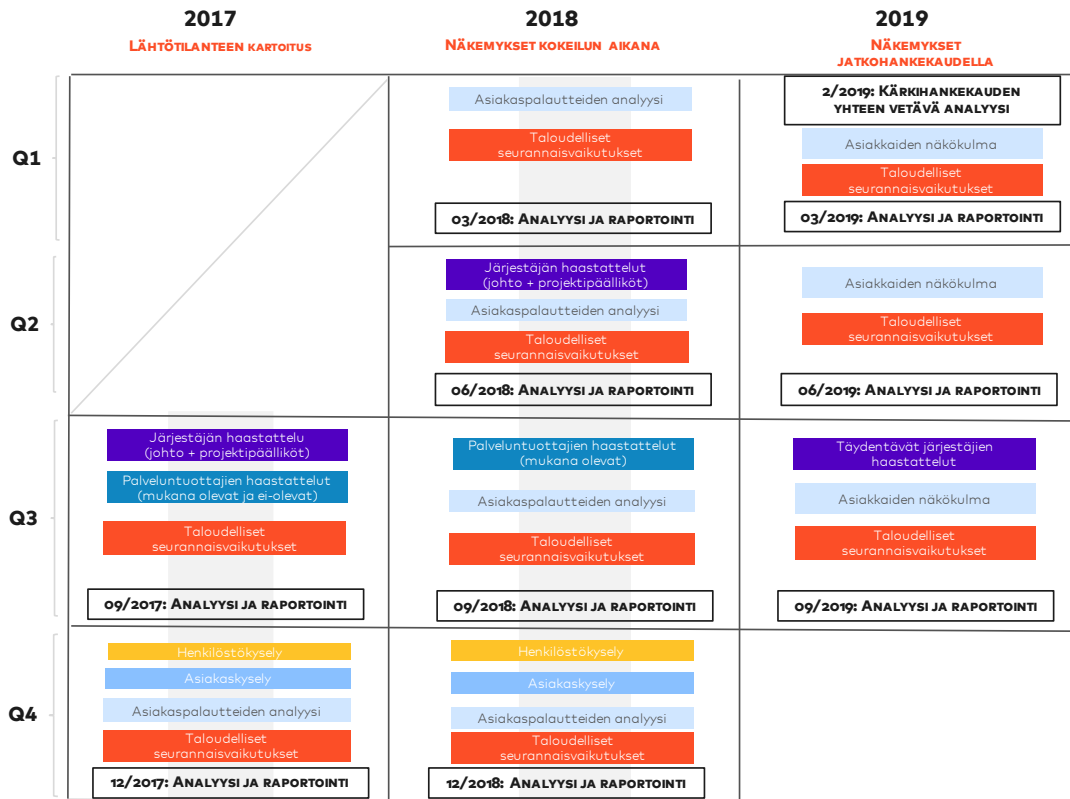
Arvioinnin lähtökohtana oli THL:n vuonna 2016 laatima arviointikehikko, jota täsmennettiin ja muokattiin arvioinnin alkukartoituksessa 2017 esiin tulleiden käytännön tarpeiden, painotusten ja kokeilualueilta saatujen tietojen perusteella. Osana arviointia ei arvioitu kokeilua tai sen lähtökoh-  
tia, vaan arvioinnin lähtökohtana oli annettu kokeiluasetelma ja seurantamalli. Keskeisiä näkökul-  
mia arviointikysymysten laatimisessa olivat valinnanvapauden edellytysten toteutuminen sekä va-  
linnanvapauskokeiluiden toteutus ja vaikutukset. Kokeilujen vaikutuksia ja kehitystä seurattiin läpi  
arvioinnin asiakkaiden, järjestäjien, tuottajien sekä talouden ja yhteiskunnan näkökulmista alla ole-  
van 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 tulevansa kuulluksi ja asiallisesti kohdelluiksi?
Millaisia vaikutusmahdollisuuksia asiakkailta on omaan palveluunsa?
Miten asiakkaat ylipäätään kokevat valinnan-vapauskokeilut?
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?
Miten palveluntuottajien omavalvonta toimii?
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?
<b>HENKILÖSTÖ</b>
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?
<b>YHTEISKUNTA</b>
Toteutuvatko yhteiskunnalliset tavoitteet?
Millaisia vaikutuksia kokeilulla on kilpailun näkökulmasta?
Millaisia vaikutuksia kokeilulla on palveluiden hintoihin?
Millaisia vaikutuksia kokeilulla on kustannuksiin?
Syntyykö kokeilussa innovaatioita?
<b>TALOUS</b>
Mitkä ovat kokeilun taloudelliset seurannaisvaikutukset sote-keskuksen (julkinen ja yksityinen) näkökulmasta?
Millaisia muita tuotannollisia vaikutuksia kokeilulla on järjestäjän näkökulmasta?

Eri aineistojen kokonaisuus vastasi kokonaisuudessaan hyvin ja luotettavasti tutkimuskysymyksiin. Erityisesti asiakkaiden, järjestäjien, henkilöstön ja tuottajien kokemuksia mittaaviin kysymyksiin saatiin hyvin laadullisella ja määrällisellä tiedonkeruulla vastauksia. Haasteen muodostivat yhteiskuntaan ja talouteen liittyvät kysymykset, joihin ei täysin pystytty vastaamaan kokeilun aikajänteen ja sen tuottamien aineistojen puitteissa.

**Tämä erityisesti vuoden 2019 jatkohankekautta käsittelevä raportti kuvaa muutoksia kokeilun kolmantena 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. Arvioinnin päävaiheet on tiivistetty alle kuvaan 1.



## Menetelmät ja aineistot

### Kirjalliset aineistot

Arvioitsijoiden käytössä on ollut laajasti kirjallista materiaalia käsittäen mm. kokeilun alueiden toimittamia taustoittavia aineistoja kokeiluiden lähtö- ja päätöstilanteista, kokeilun alueiden omia syventäviä analyyskejä sekä loppuraportteja, sosiaali- ja terveysministeriön kokoavia materiaaleja ja esityksiä, valtionavustusten hakuilmoitukset sekä kokeilun laajennukseen liittyviä asiakirjoja.

### Haastattelut

Arvioinnin aikana haastateltiin järjestätähön edustajia neljään kertaan: kokeilun alussa, puolivälissä, kärkihankekauden päätyttyä sekä tätä raporttia varten elo-syyskuussa 2019. Järjestätähön edustajina kuultiin sosiaali- ja terveystoimen johtoa sekä projektipäälliköitä. Kokeiluun osallistuvia palveluntuottajia ei haastateltu tämän raportin tiedonkeruun yhteydessä, mutta tuottajia kuultiin

aiemmin kärkihankekauden aikana kolmeen kertaan. Lisäksi kokeilualueilla toimivia, mutta kokeiluun osallistumattomia tuottajia kuultiin kärkihankekauden aluksi ja lopuksi.

### Sähköiset kyselyt

Osana arviointia toteutettiin vuosina 2017 ja 2018 sähköiset kyselyt kokeilussa mukana olleelle henkilöstölle ja kokeilualueiden asukkaille. Asukaskyselyihin oli mahdollista vastata sekä kirjeitse että sähköisesti ja kysely lähetettiin satunnaisotantaan perustuen 10 000:lle kokeilualueiden asukkaalle. Kyselyt olivat sisällöllisesti lähes vastaavia molempina vuosina. Samoin henkilöstölle suunnatun kyselyn sisältö oli lähes vastaava molempina vuosina, mikä mahdollisti kehityksen seuraamisen. On kuitenkin huomattava, että vastaajat saattoivat vaihdella huomattavasti eri vuosina. Sähköistä kyselyä 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. Myös osa yksityisistä tuottajista toimitti kvartaaleittain kustannustietoja. Seurantatietoja ei validoitu arvioitsijoiden toimesta, vaan ne perustuivat järjestäjien ja tuottajien omiin tilastointeihin. Lisäksi kokeilualueet toimittivat vaihtoportaalien tuottamia tietoja muun muassa vaihdon syistä sekä vaihtajien aiemmasta palvelun tarjoajasta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön toimesta seurattiin kuukausittain yksityisille palveluntuottajille listautuneiden määrää ja yksityisten palveluntuottajien määrää.

### Muut aineistot

Osana valinnanvapauskokeilun arviointia hyödynnettiin vuosina 2017-2018 välisenä aikana toteutetun yhdenvertaisuutta valinnanvapauskokeilussa käsittelevän arvioinnin aineistoja. Arvioinnin tilaajana toimi oikeusministeriö ja sen painopisteenä oli kielellisten oikeuksien toteutuminen valinnanvapauskokeiluissa.

## 2 Asiakkaan näkökulma

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

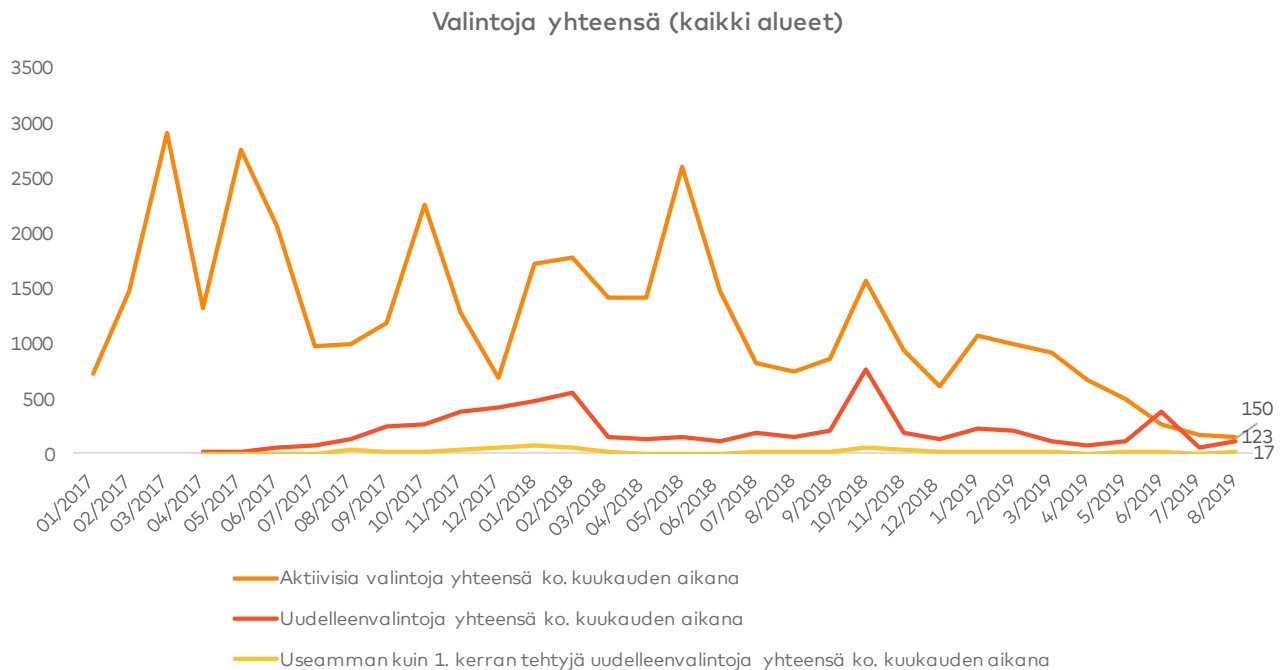
### Keskeiset havainnot

- » Suurimmat vaihtomäärät painottuivat kokeilujen alkuun. Kokonaisuudessaan vaihtomäärät jäivät odotettua pienemmiksi, vaihdon tehneiden osuus vaihteli alueittain kokeilujen päättyessä 5% ja 21% välillä.
- » Vaihdot olivat melko pysyviä läpi kokeilujen. Uudelleen vaihtoja oli melko niukasti myös alueilla, joilla olisi ollut runsaasti palvelutarjontaa.
- » Osa asiakkaista vaikuttaa jäävän yksityiselle tuottajalleen myös kokeilukauden päätyttyä.
- » Pääsääntöisesti noin puolet vaihtajista ilmoitti vaihdon tekemisen yhteydessä aiemmaksi palveluntarjoajakseen julkisen toimijan, noin neljäsosa yksityisen ja neljäsosa työterveydenhuollon yksikön.
- » Vastaajat, joilla on säännöllistä hoitoa ja seurantaa vaativa sairaus, tekivät suhteessa vähemmän vaihtoja.
- » Keskeisin vaihdon syy oli lääkəriakojen saatavuus. Kyselyiden valossa asiakkaat myös kokivat palveluiden saatavuuden parantuneen kokeilun myötä.
- » Valinnanvapauteen suhtauduttiin pääsääntöisesti positiivisesti. Kokeilun arvioidaan vaikuttavan asiakkaiden asenteisiin ja haluan valita tuottajansa myös pidemmällä aikavälillä.

**Asiakkaiden käyttäytymistä ja näkemyksiä kokeilusta seurattiin kokeilualueiden toimittamien seurantalietojen (mm. vaihdon syy kyselyt, palveluiden aiempi pääasiallinen tarjoaja, asiakaspalautteet) sekä vuosina 2017 ja 2018 toteutetun asukaskyselyn kautta.** Eri aineistot olivat keskenään hyvin linjassa, ja täydensivät kokonaiskuvaa asiakkaiden osalta. Myös ajallista vaihtelua oli vähän, sillä asiakkaiden kokemukset ja käyttäytyminen pysyivät melko samoina läpi kokeilujen myös jatko-hankekaudella vuonna 2019. Keskeisiä muutoksia tapahtui vaihtojen määrissä, jotka painottuivat vahvasti kokeiluiden alkuun ja alueellisten laajentumisten yhteyteen. Jonkinlaisia piikkejä oli myös uusien palveluntuottajien liittymisten myötä.

**Uudelleen valinnat eivät näkyneet piikkeinä valintamäärissä; valinta vaikuttikin olevan varsin pysyvä, vaikka alueella olisi ollut useita palveluntuottajia.** Myöskään vaihtomahdollisuuden frekvenssillä ei ollut vaikutusta uudelleen vaihtojen määrään. Frekvenssit vaihtelivat kuukauden (Hämeenlinna, Ylä-Savo) ja kuuden kuukauden välillä (Jyväskylä, Keski-Uusimaa, Päijät-Häme). Tampereella vaihtomahdollisuus oli kolmen kuukauden välein. Vaihtajien osuus kokeilualueiden väestöstä vaihteli 5% ja 21% välillä kokeilujen päättyessä.





Kuva 2. Tehdyt valinnat kokeilun alusta lähtien.

Huom! Tampereen kokeilualuealle vaihdot yksityiselle on päättyneet jo 31.5.2019 ja Ylä-Savon kokeilualueella 31.7.2019.

**Alustavien havaintojen mukaan osa asiakkaista jää myös kokeilukauden jälkeen yksityisen tuottajan asiakkaaksi.** Raportin kirjoitushetkellä on vielä aikaista arvioida yksityisille tuottajille jäävien asiakkaiden osuutta, mutta kokeilualueiden arvioiden mukaan vaihtaneista asiakkaista noin 15% saattaisi jatkossa käyttää jonkin muun kuin asuinpaikkansa mukaisen terveysaseman palveluita. Asiakkaat ovat arvostaneet yksityisissä tuottajissa erityisesti nopeaa lääkäriaikojen saatavuutta.

**Asiakaspalautteiden määrissä ja sisällöissä oli havaittavissa muutoksia kokeilujen edetessä.** Palautteiden ja yhteydenottojen määrät vähentyivät, ja monilla alueilla kokeiluiden loppuvaiheessa palautteita tuli niukasti. Toisaalta aivan viimeisinä viikkoina ja kuukausina yhteydenottomäärät kasvoivat uudelleen. Asiakaspalautteissa toivottiin vahvasti jatkoa kokeiluille ja kokeiluilla nähtiin olleen huomattavia vaikutuksia palveluiden saatavuuden parantumiseen. Asiakaspalautteiden valossa kokeiluiden päättymisestä oli kuitenkin tiedotettu varsin hyvin, sillä yhteydenotot eivät niinkään liittyneet kokeilun päättymisen käytännön asioihin, vaan toiveeseen kokeilun jatkosta jossain muodossa.

## 2.1. Tietoisuus kokeilusta ja tarjolla olevista vaihtoehtoista

Kokeilualueet viestivät kokeiluista eri tavoin ja tietoisuus valinnanvapauskokeilusta vaihteli huomattavasti alueittain. Hämeenlinnassa neljä viidestä asukaskyselyn vastaajasta oli tietoinen kokeilusta joulukuussa 2018, kun taas samaan aikaan Keski-Uudellamaalla vastaajista vain alle puolet tiesi oman alueensa kokeilusta. Muut kokeilualueet sijoittuivat välille. Kyselyvastaustan perusteella tietoisuus kokeiluista lisääntyi kokeilujen alussa yleisesti vain vähän, mitä selittää se, että suurin osa viestintäpanostuksista ja mediahuomiosta oli kokeilun alkuvaiheessa, vaikka viestintää jatkettiin läpi kokeilujen.

Tietoisuus kokeilun sisällöistä valinnan tekemiseksi kasvoi kokeilujen edetessä, joskin niukasti. Silloinkin vuoden 2018 lopussa alle puolet kyselyvastaajista tunnisti kunnan tiedottaneen mahdollisuudesta valita sote-palveluiden tuottaja. Vain kolmasosa vastaajista tiesi, mitä palveluja valinnanvapauden piiriin kuului tai oikeuksiaan valinnanvapauskokeilussa. Valinnan tueksi kaivattiin vertailutietoja (laatu, asiakaskokemukset, jonot jne.), minkä lisäksi erityisesti hinnoista, kokeiluun kuuluvista palveluista sekä valinnan vaikutuksista erikoissairaanhoidon pääsyyn toivottiin lisää tietoa.

Palveluita oli riittävästi tarjolla, ja niissä huomioitiin hyvin myös henkilökohtaiset tarpeet. Vaihdon tehneistä ja viimeisen kolmen vuoden aikana palveluita käyttäneistä vastaajista lähes kaikki olivat tyytyväisiä palveluiden saatavuuteen, henkilökohtaisten tarpeiden huomioimiseen ja 80 prosenttia myös sähköisten palveluiden saatavuuteen. Kunnallisen palveluntuottajan asiakkaat eivät olleet yhtä tyytyväisiä, mutta silti 75 prosenttia oli tyytyväisiä palveluiden laatuun ja henkilökohtaisten tarpeiden huomioimiseen ja vajaat 70 prosenttia sähköisiin palveluihin.

## 2.2. Ketkä hyödyntävät valinnanvapautta?

Vaihtajien aiemmassa palveluiden käytössä oli vain vähän alueellisia eroja. Pääsääntöisesti noin puolet vaihtajista ilmoitti vaihdon tekemisen yhteydessä aiemmaksi palveluntarjoajakseen julkisen toimijan, noin neljäsosa yksityisen ja neljäsosa työterveydenhuollon yksikön. Jakaumissa ei tapahtunut juuri muutoksia kokeilujen aikana.

Tyypillisesti vaihto tehtiin vasta, kun vastaanottokäynnille oli tarvetta. Vajaa kaksi kolmannesta vastaajista kertoi tehneensä vaihdon siksi, että heillä oli vastaanottokäynnin tarve. Kyselyvastausten perusteella erottuivat ne, joilla ei ollut lainkaan terveydenhuollon käyntejä edellisen kolmen vuoden aikana, sillä ryhmässä vaihdon tehneitä oli verrannollisesti vain hyvin vähän. Naiset hyödynsivät valinnanvapautta läpi kokeilujen hieman miehiä enemmän niin asukaskyselyiden kuin kokeilualueiden seurantatietojen valossa.

**Valinnanvapautta hyödynnettiin tasaisesti eri ikäryhmissä, mutta poikkeuksen muodosti yli 64-vuotiaiden suhteellisesti pienempi vaihtojen määrä.** Sekä vuoden 2017 että vuoden 2018 kyselyaineistoissa 25–64-vuotiaiden ikäryhmissä vaihdon yksityiselle palveluntuottajalle oli tehnyt noin 20–25 prosenttia vastaajista. Yli 65-vuotiaista oli vaihtanut vain 13 prosenttia. Vastaajat, joilla oli säännöllistä hoitoa ja seurantaa vaativa sairaus, tekivät suhteessa vähemmän vaihtoja – ero näkyi myös eri ikäryhmissä. Myös tuottajat nostivat esiin asiakasryhmän, jolla on säännöllistä hoitoa vaativia sairauksia: heidän kohdallaan valinnanvapauden ei nähty aina sujuvoittavan hoitoketjuja, vaan päinvastoin pirstaloittavan. Tämä alleviivaa tarvetta kehittää palveluiden integraatiota ja tiivistää eri sote-toimijoiden välistä yhteistyötä.

**Vaihdon tehneille merkittävimpiä syitä olivat lääkäriaikojen saatavuus, sijainti ja palvelun laatu.** Tärkeimmät vaihdon syyt pysyivät samoina läpi kokeilujen, joskin toista tai kolmatta kertaa vaihtoa tekevät arvostivat sijaintia enemmän kuin lääkäriaikojen saatavuutta. Tämä tukee muita havainnoja siitä, että kokeilujen alussa monin paikoin oli patoutunutta hoidon tarvetta.

Alla olevan kuvan tulokset ovat peräisin kokeilualueiden vaihtoportaalista. Portaaleissa vaihtajilla on vaihdon yhteydessä mahdollista kertoa valintaansa vaikuttaneet syyt, joskaan kysymyksen vastaaminen ei ole pakollista.

Vaihdon syyt (kaikki kokeilualueet, kokeilun alusta lähtien)

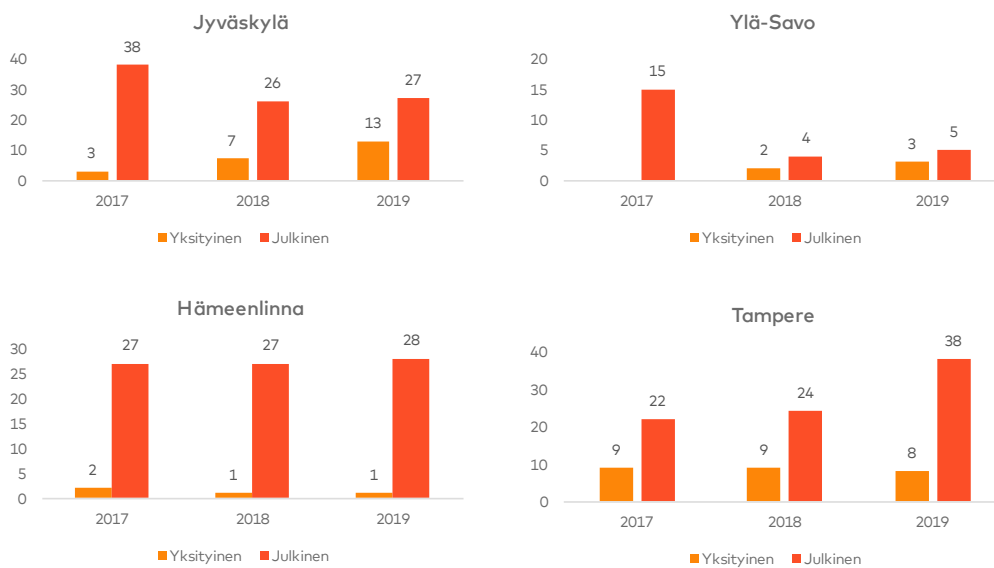


Kuva 3. Yleisimmät vaihdon syyt.

Lähde: kokeilualueiden valintaportalit. Portaalien kyselyyn vastaaminen on asiakkaalle vapaaehtoista. Ylä-Savon tiedot ovat kokeilun laajenemisesta eteenpäin (4/2018).

### 2.3. Asiakaskokemus ja vaikutusmahdollisuudet palveluun

T3-luvuissa oli havaittavissa muutoksia erityisesti julkisten terveysasemien osalta. Erityisesti Jyväskylän ja Ylä-Savon kokeilualueilla, missä myös tehtiin huomattavia panostuksia oman tuotannon kehittämiseen, julkisten asemien T3-luvut laskivat huomattavasti kokeilukauden aikana. Kaikkia kokeilualueita tarkasteltaessa T3-luvut olivat julkisilla asemilla kokeilukauden lopussa elokuussa 2019 edelleen pääsääntöisesti huomattavasti korkeampia kuin yksityisillä asemilla. Yksityisillä tuottajilla luvut olivat pääsääntöisesti selvästi matalampia eikä vastaavia kokeilukauden aikaisia muutoksia ollut tunnistettavissa. Monet julkiset asemat kärsivät rekrytointivaikeuksista, minkä vuoksi T3-luvut eivät kaikilla alueilla madaltuneet, vaikka asiakkaita vaihtoi yksityiselle tuottajalle.



Kuva 4. T3-lukujen keskiarvo kokeilualueilla. Julkisen sektorin asemien luku on kokeilualueella sijaitsevien asemien T3-luvun keskiarvo. T3-luku on mediaani terveysasemien lääkärin ajanvarausaikojen 3. vapaana olevasta kiireettömästä ajanvarausajasta kalenteripäivissä.

Yksityisen palveluntuottajan valinneet kokivat palvelun saatavuuden ja laadun parantuneen; kunnallisen puolen vastaajat arvioivat, että palveluja on aiemminkin ollut hyvin ja laadukkaasti saatavilla. Yksityisen palveluntuottajan valinneista 76 prosenttia arvioi saatavuuden parantuneen, kun

kunnallisen palveluntuottajan vastaajista vastaava osuus oli 42 prosenttia. Yksityisen palveluntuottajan valinneet katsoivat myös laadun parantuneen enemmän, sillä kunnallisen palveluntuottajan valinneista useimmat arvioivat tilanteen pysyneen muuttumattomana.

**Valinnanvapauskokeilun aikana palveluita käyttäneistä vastaajista valtaosa arvioi, että heillä on ollut mahdollisuus vaikuttaa saamaansa palveluun.** Vuoden 2018 vastaajista 57 prosenttia oli väittämän kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä, ja vain 16 prosenttia oli täysin tai jokseenkin eri mieltä. Kaikista vastaajista vaikutusmahdollisuuksien katsoi parantuneen vajaan 40 prosenttia, yksityisellä puolella kunnallisen palveluntuottajan valinnoita enemmän. Kokeilujen loppua kohden kokeilualueet toteuttivat enenevässä määrin omia palautekanaviaan ja asiakaskyselyitä, minkä lisäksi asiakkaita kuultiin muun muassa erilaisten raatien ja neuvostojen sekä avointen keskustelutilaisuuksien kautta. Palautekanavia suunnitellaan käytettävän myös kokeilukauden jälkeen julkisten palveluiden kehittämisessä.

**Valinnanvapautta sosiaali- ja terveystaloudissa pidettiin tärkeänä.** Yli puolet kaikista vastaajista molempina kyselyvuosina oli väittämän kanssa samaa mieltä. Eri mieltä oli vain noin joka viides vastaaja. Valinnanvapauden koettiin parantavan palveluiden laatua ja saatavuutta sekä kirittävän palveluntarjoajia parempaan suoritukseen. Toisaalta osan asiakkaiden huolena oli julkisen sektorin alasajaminen ja monikansallisten yritysten hyötyminen. Havainnot ovat varsin linjassa eri lähteiden kanssa, ja esimerkiksi vuonna 2019 valmistunut tutkimus Asiakkaan valinnanvapaus ja asiakasarvon toteutuminen sote-palveluissa palveluseteli- lainsäädännön kautta (Tampereen yliopisto, 2019) esitti saman suuntaisia havaintoja asiakkaiden asenteista.

**Kokeilun arviotiin vaikuttavan asiakkaiden käyttäytymiseen ja asenteisiin myös pidemmällä aikavälillä.** Kokeilujen loppuessa on järjestäjien arvioiden mukaan viitteitä siitä, että asiakkaat haluavat vaikuttaa palveluunsa ja palveluntarjoajaansa enenevässä määrin myös jatkossa. Alueilta raportoidaan vaihtohalukkuuden julkisten asemien välillä kasvaneen, minkä lisäksi kysyntää myös laajemmalle valinnanvapaudelle julkisen sektorin sisällä (eri hoitokokonaisuudet eri yksikössä) sekä julkisen ja yksityisen sektorin välillä olisi. Tämä vaatisi kuitenkin tuekseen nykyistä kattavampia vertailutietoja, sujuvampia tietojärjestelmiä sekä joustavampaa palvelurakennetta.

## 3 Järjestäjän näkökulma

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

### Keskeiset havainnot

- » Järjestäjäorganisaatiot kokivat hyötyneensä kokeiluista. Keskeisiä oppeja olivat järjestäjän roolin mallintaminen sekä palvelupakettien selkeyttäminen. Kokeilut myös lisäsivät ymmärrystä oman tuotannon sisällöistä ja kustannuksista.
- » Eniten keskustelua ja tarkentamista vaativat kapitaatiokorvaukset, niiden tasot ja sisällöt. Kokeilut tarjosivat järjestäjille oppeja korvaustason määrittämisessä.
- » Tietojärjestelmät aiheuttivat haasteita läpi kokeilujen, ja olivat yksi suurimmista kokeilujen koetuista ongelmista.
- » Järjestäjän näkökulmasta kokeilun laskennalliset kustannukset pysyivät pääosin samana tai kasvoivat kokeilun aikana, kun huomioitiin kokeilualueen terveysasemien kuukausittain raportoitavat kokonaiskustannukset, yksityisille palveluntuottajille maksetut kapitaatiokorvaukset sekä saadut asiakasmaksutuotot.
- » Kokeilut eivät juuri aiheuttaneet muutoksia päivystyksen käyttöön tai erikoisairaanhoidon läheteisiin. Kokeilualueiden välillä ja sisällä oli pieniä eroja määrissä, mutta monin paikoin (erit. Tampereella) päivystyskäyntien määrät jopa laskivat hoidon saatavuuden parantumisessa.

**Järjestäjäorganisaatiot kokivat hyötyneensä ja oppineensa kokeiluista paljon, vaikka valinnanvapausmallia sote- ja maakuntauudistus ei toteutunutkaan.** Keskeisimmäksi opiksi nousi järjestäjän tehtävän mallintaminen sekä roolin ja tehtävien kirkastuminen. Erityisesti usean kunnan alueella toimineet alueet kokivat hyötyneensä myös lisääntyneestä yhteistyöstä sekä olevansa näin paremmin valmistautuneita mahdollisiin tuleviin yhteistyön muotoihin.

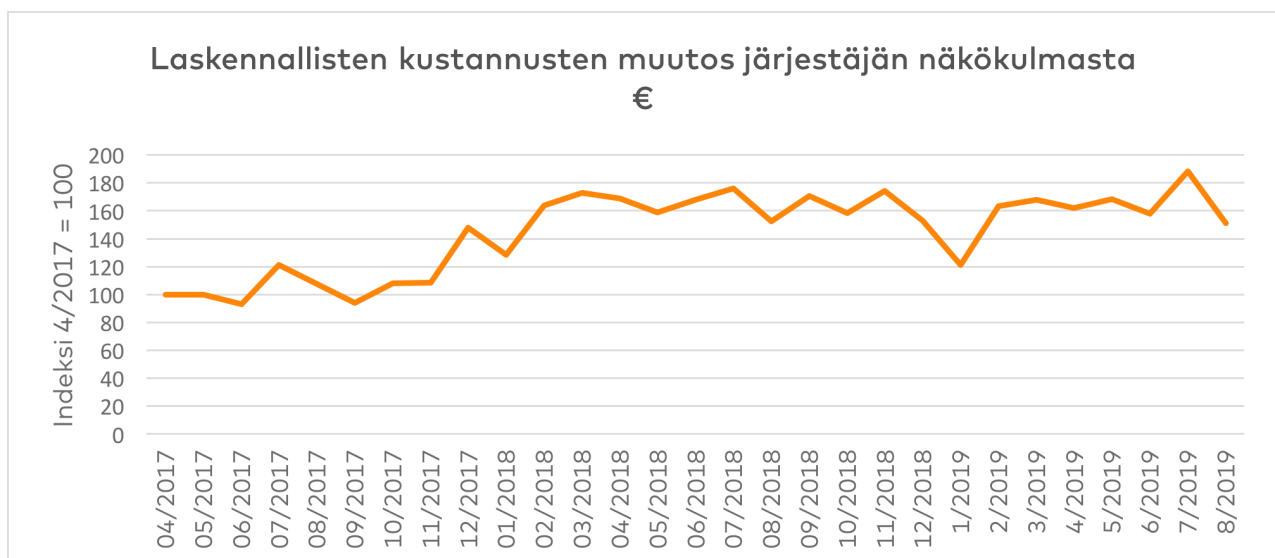
**Yhteistyö eri toimijoiden välillä toimi hyvin koko kokeilun ajan.** Järjestäjät kuvasivat yhteistyön ja yhteydenpidon palveluntuottajien kanssa olleen pääsääntöisesti erittäin sujuvaa ja säännöllistä. Samoin yhteistyö ministeriön sekä oman alueen päättäjien kanssa koettiin toimivaksi ja avoimeksi. Myös kokeilualueiden välinen yhteistyö tuki kokeilutoimintaa ja kokemusten jakoa ja hyvää keskusteluilmapiiriä 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.

Kokeilut syvensivät ja yhdenmukaistivat ymmärrystä oman tuotannon sisällöistä ja kustannuksista. Palvelukuvausten laatiminen toi esiin epäjohdonmukaisuuksia ja päällekkäisyyksiä julkisen sektorin toiminnassa, mikä tuki kehittämistyötä. Monilla alueilla kokeilut koettiin julkisen sektorin piristysruiskeiksi, jotka herättivät uutta intoa oman toiminnan kehittämiseen.

Jatkoa ajatellen kokeiluiden keskeisenä oppina huomiota tulee kiinnittää järjestäjän toiminnan tehostamiseen ja toimintojen automatisointiin sekä työkalujen kehittämiseen. Monituottajamalli edellyttää järjestäjältä vahvaa roolia paitsi tuottajiin niin myös asiakkaisiin nähden. Kokeilu työllisti hankkeita ennakoitua enemmän ja järjestäjien tulee jatkossa kehittää toimintatapojaan sekä tarvittavia työkaluja systemaattiseen seurantaan, ohjaukseen ja toimintojen suunnitteluun kustannusten, laadun, vaikuttavuuden ja palvelutuotannon näkökulmasta. Kehittämiskohteet liittyvät keskeisesti tietojärjestelmiin ja niiden yhteen toimivuuteen. Lisäksi etenkin muutosvaiheessa on varmistettava riittävät resurssit, työnohjaus sekä vahva muutosjohtajuus.

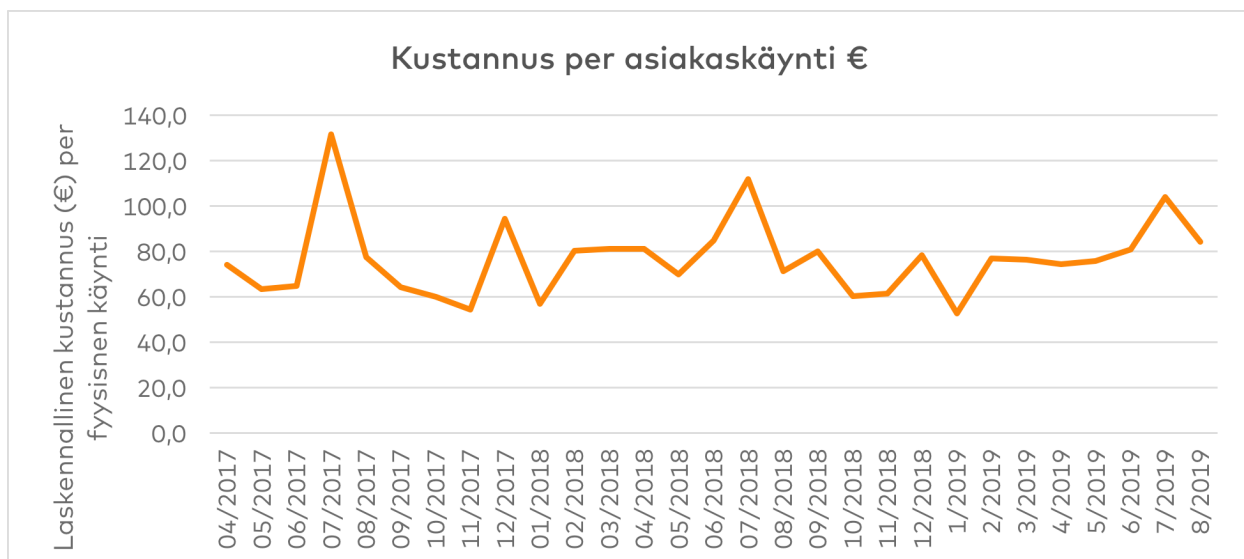
### 3.1 Kustannusten kehitys järjestäjien näkökulmasta

Kokeilun laskennalliset kustannukset pysyivät pääosin samoina tai kasvoivat kokeilun aikana, kun huomioidaan kokeilualueen terveysasemien kokonaiskustannukset, yksityisille palveluntuottajille maksetut kapitaatiokorvaukset sekä saadut asiakasmaksutuotot. Aluekohtaisia eroja oli havaittavissa. Erityisesti Jyväskylässä laskennalliset kustannukset, järjestäjän näkökulmasta tarkasteltuina, kasvoivat, kokeilualueen laajenemisesta (1/2018) johtuen. Kuva 3 alla esittää laskennallisten kustannusten kehityksen kokeilussa 4/2017 alkaen niiden alueiden osalta, joista tietoja oli saatavilla.



Kuva 5. Kuva esittää laskennallisten kustannusten muutoksen kokeilussa. Kustannukset järjestäjän näkökulmasta sisältävät terveyskeskuskustannukset, yksityisille palveluntuottajille maksetut kapitaatiokorvaukset sekä saadut asiakasmaksutuotot. Tiedoissa ovat mukana Hämeenlinnan, Jyväskylän ja Tampereen kokeilualueet 4/2017 alkaen, sekä Ylä-Savon kokeilualue (ei sisällä Kuopio ja Kysteri) 12/2017 alkaen.

**Kun laskennallisia kustannuksia suhteutettiin kokeilun aikana tehtyihin käynteihin, havaittiin, että keskimäärin käyntikohtainen laskennallinen kustannus oli pysynyt melko vakaana kokeilun aikana.** Laskelmissa otettiin huomioon sekä julkisille että yksityisille palveluntuottajille tehdyt fyysiset käynnit. Aluekohtaisia eroja oli havaittavissa. Hämeenlinnassa ja Jyväskylässä laskennallinen käyntikohtainen kustannus kasvoi hieman kokeilun aikana, Tampereella ja Ylä-Savossa käyntikohtainen kustannus oli melko muuttumaton. Kaikissa kokeilualueissa oli havaittavissa poikkeamia erityisesti heinäkuussa, jolloin käyntien lukumäärä on huomattavasti pienempi. Kuva 4 esittää järjestäjän näkökulmasta syntyvien laskennallisten kustannusten kehityksen suhteessa toteutuneisiin fyysisiin käynteihin. Kun huomioon otetaan kaikki raportoidut käynnit, sisältäen sekä fyysiset että etäkäynnit, noudattelee laskennallinen käyntikohtainen kustannus samankaltaisia kehitystrendejä.



Kuva 6. Laskennalliset kustannukset suhteessa toteutuneisiin fyysisiin käynteihin yksityisille ja julkisille palveluntuottajille. Laskennalliset kustannukset sisältävät terveyskeskuskustannukset, yksityisille palveluntuottajille maksetut kapitaatiokorvaukset sekä saadut asiakasmaksutuotot. Tiedoissa ovat mukana Hämeenlinnan ja Jyväskylän kokeilualueet 3/2017 alkaen, Tampereen kokeilualueet 4/2017 alkaen, sekä Ylä-Savon kokeilualue (ei sisällä Kuopio ja Kysteri) 12/2017 alkaen.

**Erikoissairaanhoidon läheteiden määrässä oli havaittavissa pientä muutosta kokeilun aikana, sekä absoluuttisesti että suhteessa tehtyihin lääkärikäynteihin.** Suhteutettuna lääkärikäynteihin julkisten palveluntuottajien erikoissairaanhoidon läheteiden määrä oli pääsääntöisesti kaikilla alu-



eilla suurempi kuin yksityisillä palveluntuottajilla. Kokeilun aikana julkisten palveluntuottajien erikoissairaanhoidon läheteiden määrä hieman pienentyi ja yksityisten palveluntuottajien paikoin kasvoi, mutta kokeilun loppua kohden molempien kehitys tasaantuu, eikä merkittäviä eroja lähete-käytännöissä ole havaittavissa.

**Myös päivystyskäyntien määrässä oli havaittavissa pientä muutosta kokeilun aikana, erityisesti yksityisten palveluntuottajien osalta.** Yksityisten palveluntuottajien asiakkaiden päivystyskäyntien lukumäärä oli pienempi kuin julkisten palveluntuottajien. Tämä johtuu eroista asiakasmäärissä. Jyväskylän ja Ylä-Savon yksityisten palveluntuottajien asiakkaiden päivystyskäynnit kasvoivat hieman kokeilun aikana. Toisaalta vastakkaista kehitystä oli havaittavissa: kokonaisuutena valinnanvapauskokeilun piiriin kuuluvilla alueilla päivystyksen käyttö väheni, eniten Tampereella, missä laskua oli 13 prosenttia.

### 3.2 Ovatko tuottajien hyväksymis- ja korvausmenettelyt toimivia järjestäjän näkökulmasta?

**Hyväksymismenettelyt toimivat järjestäjien näkökulmasta kaikilla alueilla hyvin eikä tähän liittynyt suuria kehittämistarpeita.** Ylipäätään yhteistyö palveluntuottajien kanssa nähtiin hyvänä, joskin kokeiluiden laajentumiset kokeiluiden aikana aiheuttivat hieman haasteita. Uusien kuntien myötä käytäntöjen kirjo kasvoi, mikä haastoi yhtenäisen kokonaiskuvan luomista ja viestimistä palveluntuottajille.

**Kapitaatiomallin luominen ja käyttöönotto olivat kokeilualueiden keskeisiä tavoitteita, ja korvaustasojen määrittämiseen ja väestöpohjan huomioimiseen liittyvät myös keskeiset opit.** Kokeilut auttoivat määrittämään korvausten oikeaa tasoa, ja korvauksiin liittyen jouduttiin käymään jatkuvaa keskustelua palveluntuottajien kanssa erityisesti korvausten tasosta, mutta alkuvaiheessa myös sisällöistä ja palvelupaketeista. Keskusteluiden myötä Jyväskylässä kapitaatiokorvaukset tarkistettiin ylöspäin, mutta tuottajat ovat pitäneet korvaustasoa matalana läpi kokeilun. Korvausten tason suhteessa kunkin kokeilualueen palvelupakettiin epäillään vaikuttaneen siihen, ettei etenkään pieniä toimijoita ole lähtenyt enempää mukaan. Osittain tilanteeseen vaikuttaa myös kokeiluiden pieni volyyymi, ja suuremmilla asiakasmäärillä ja pidemmällä aikajänteellä korvausmallit toimisivat paremmin. Mahdollisessa laajemmassa käytössä tulisi myös ottaa nykyistä paremmin huomioon eri alueiden erilainen väestöpohja.

**Bonus-sanktiomallin osalta (Keski-Uusimaa) menettelyt kehittyivät kokeilukauden aikana, ja kokeilun lopussa mittaritietoja saatiin kerättyä yhdenmukaisesti palveluntuottajilta.** Kokeilu osoitti, että kapitaatioihin vaikuttavia riskikertoimia voi ja kannattaa hyödyntää, samoin kuin kannustinjärjestelmää. Myös alueen palveluntuottajat suhtautuivat positiivisesti bonus-sanktiomalliin ja kokiivat sen palkitsevana, vaikka euromääräisesti bonukset olivat melko pieniä. Kannustinmallin mittaristo, laskenta sekä työkalut vaativat kuitenkin vielä jatkokehittämistä. Tiedonkeruuta ja laskentaa

tulee tulevaisuudessa automatisoida, sillä nykyisellään malli ei skaalaudu merkittävästi laajamittaisempaan toimintaan.

### 3.3 Vastaavatko tietojärjestelmät tarpeisiin?

**Tietojärjestelmiin liittyi paljon haasteita läpi kokeilujen eikä tilanteessa tapahtunut muutoksia kokeilun viimeisenä vuonna.** Järjestelmät aiheuttivat läpi kokeilujen jonkin verran päällekkäistä työtä eikä tiedonsiirto eri järjestelmien välillä toiminut täysin. Kokeilun edettyä yhä useammalla palveluntuottajalla oli Kanta-yhteys, mutta läpi kokeilujen haasteena oli se, etteivät kaikki tuottajat hankkineet Kanta-yhteyttä. Taustalla oli muun muassa kustannuskysymyksiä, ja osa pienistä tuottajista nosti haastatteluissa esiin Kanta-moduulin korkean hinnan.

**Valintaportaaleja päivitettiin hieman kokeilujen viimeisenä vuonna.** Osalla alueista on suunnitelmassa jatkaa ja laajentaa portaalin käyttöä kaikille asukkaille osana sähköisten palveluiden kehittämistä. Portaali toimisi esimerkiksi terveysaseman valinnassa.

**Kokeiluiden keskeisenä oppina huomiota tulee kiinnittää järjestäjän toiminnan tehostamiseen ja toimintojen automatisointiin sekä sähköisten työkalujen kehittämiseen.** Järjestäjien tulee jatkossa kehittää toimintatapojaan sekä tarvittavia työkaluja systemaattiseen seurantaan, ohjaukseen ja toimintojen suunnitteluun kustannusten, laadun, vaikuttavuuden ja palvelutuotannon näkökulmasta. Kansallisten järjestelmien kehitystä tulee edelleen edistää, sillä esimerkiksi ostopalveluvaltuutus, laatu-, vaikuttavuus- ja kustannusindikaattorit sekä asiakaspalautejärjestelmä vaativat tukeeseen yhdenmukaisia ja toimivia järjestelmiä.

### 3.4 Miten toiminnallinen integraatio toteutuu?

**Viimeisenä kokeiluvuonna sosiaaliohjausta hyödynnettiin enenevässä määrin.** Sosiaaliohjauksen puolella käyntimäärät kasvoivat jonkin verran kokeilualueilla, joilla se kuului palvelupakettiin. Kokeilujen loppukaudella sosiaaliohjauksen sisällön ja suhteen muihin palveluihin koettiin selkeytyneen ja sen käyttö lisääntyi jonkin verran. Sosiaaliohjausta suunniteltiin myös laajennettavan ja kehitettävän jatkossa osana terveyskeskusten palveluvalikoimaa, sillä sosiaaliohjauksella koettiin olevan selvää lisäarvoa asiakkaalle.

**Erikoissairaanhoidon osalta yhteyden koettiin parantuneen ja roolien selkiytyneen kokeilun kokeilukauden aikana.** Lisäksi kokeilut selkiyttivät oman tuotannon yhdyspintaa erikoissairaanhoitoon, mikä tukee palveluiden järjestämistä jatkossa.

**Palveluiden integraatiossa on vielä ratkottavia kysymyksiä.** Kokeilut avasivat keskustelua esimerkiksi sote-keskuspalveluiden suhteesta muihin palveluihin. Myös integraation näkökulmasta tulee panostaa tietojärjestelmien kehittämiseen, jotta jatkossa pystytään muodostamaan asiakkaan tilanteesta nykyistä paremmin kokonaiskuva ja näin tarjoamaan oikea-aikaista ja sisältöistä palvelua.

### 3.5 Miten seuranta ja valvonta toteutuvat?

**Keskusteluyhteys järjestäjien ja tuottajien kanssa oli hyvä läpi kokeilujen.** Kokeiluja ohjaavissa sääntökirjoissa oli melko vähän seurantaan ja valvontaan liittyviä vaatimuksia, ja valvonta oli varsin kevyttä ja enimmäkseen reaktiivista; palveluntuottajat sitoutuivat toimimaan sääntökirjan mukaisesti ja tähän luotettiin. Lisäksi esimerkiksi Jyväskylässä tehtiin säännöllisiä valvontakäyntejä palveluntuottajille ja tarkistettu tuottajien omavalvontasuunnitelmia.

**Asiakkailta tuli järjestäjille muutamia yhteydenottoja liittyen sääntöjen noudattamiseen,** mutta reklamaatiot jäivät yksittäistapauksiksi (esim. syrjäntäepäily, maksullinen ajanvaraus), jotka käytiin tuottajien kanssa läpi.

**Seurannan ja valvonnan rooli korostuu tuottajamäärän kasvaessa.** Seurantaan ja ohjaukseen tulee varata riittävästi resursseja, sillä tämä on järjestäjän näkökulmasta tehokasta riskien hallintaa. Osana valvontaa tulee panostaa riittävästi myös tuottajien neuvontaan ja ohjaukseen alkuvaiheessa, mikä vähentää haasteita jatkossa. Esimerkiksi Jyväskylässä kuvattiin kokeilukauden aikana palveluntuottajien ohjaus, neuvonta ja valvonta yhtenäiseksi prosessiksi, mikä tukee myös palvelusetelitoimintaa kokeilukauden jälkeen.

### 3.6 Tuotetaanko kokeilussa riittävästi asiakasinformaatiota sekä huomioidaan asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet?

**Kokeiluista tuotettiin läpi kokeilukauden monikanavaisesti tietoa.** Monet viestintäkanavat edellyttivät kuitenkin asiakkaan olevan jollain tasolla aktiivinen joko palveluiden käyttäjänä tai muutoin yhteiskunnallisesti aikaansa seuraava. Kokeilun edetessä viestinnässä kiinnitettiin hieman aiempaa enemmän huomiota eri kieliryhmille viestimiseen, mutta pääasiassa viestintä tapahtui suomeksi (pl. Jyväskylä).

**Pääasiallisen kanavan asiakkaille muodostivat asiakaskyselyt ja -palautteet, joita hyödynnettiin myös toiminnan kehittämisessä.** Palauteportaalin kautta oli mahdollista myös esittää kysymyksiä.

Käytännössä asukkaiden vaikutusmahdollisuudet olivat enemmän jälkikäteen vaikuttavia kuin ennakkoivia, joskin erilaisten osallistavien menetelmien hyödyntäminen lisääntyi kokeilukauden loppua kohden. Osallistavia menetelmiä suunnitellaan hyödynnettävän myös jatkossa.

## 4 Palveluntuottajien näkökulma

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

### Keskeiset havainnot

- » Kokeilut kiinnostivat tuottajia kaikilla alueilla ja suurin osa tuottajista oli mukana koko kokeilukauden.
- » Tuottajat kokivat kapitaatiokorvaukset mataliksi, joskin kannattavuus parani kokeilujen loppua kohden.
- » Tuottajien saamat kumulatiivisesti lasketut kapitaatiokorvaukset suhteessa tehtyihin käynteihin vaihtelivat kokeilun alussa paljon, mutta tasaantuivat sekä alueiden sisällä että välillä kokeilujen loppua kohden.
- » Tietojärjestelmät aiheuttivat tuottajille merkittävää ylimääräistä työtä.
- » Kokeilut aiheuttivat vain vähän muutoksia tuottajien työprosesseihin, mutta heijastuivat rekrytointiin, jossa painotettiin aiempaa kokemusta julkiselta sektorilta.

**Kokeilut kiinnostivat palveluntuottajia, ja riippumatta alueen koosta tai sijainnista tuottajia saatiin mukaan.** Kaikilla alueilla toimi läpi kokeiluiden useita tuottajia, joskin harvaan asutuilla alueilla tuottajat keskittyivät asutuskeskuksiin. Toisaalta juuri harvaan asutuilla alueilla (esim. Ylä-Savo) syntyi kokeilun myötä uusia tuottajia, mikä erosi muista alueista sekä osoitti valinnanvapausmallin toimivan myös maaseutumaisella alueella. Toisaalta kokeilut osoittivat myös paikallisten tuottajien tärkeyden myös harvaan asutulla alueella: esimerkiksi Ylä-Savon kokeilun tulosten valossa asiakkaat eivät valinneet kauempana sijaitsevaa tuottajaa ja alueilla, joilla ei ole ollut tuottajia lähellä, myös vaihtajien määrät jäivät hyvin alhaisiksi.

**Tuottajien osalta oli pientä vaihtuvuutta kokeilun aikana,** mutta suurin osa oli mukana lähes koko kokeilukauden. Kokeilut onnistuivat tavoittamaan sekä kansallisia että paikallisia toimijoita. Tuottajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä päätökseensä lähteä mukaan kokeiluihin ja kokivat saaneensa kokeiluista arvokkaita oppeja. Valinnanvapausvalmistelun kariutuminen keväällä 2019 vaikutti kuitenkin heikentävästi tuottajien motivaatioon osallistua kokeiluun ja osa tuottajista jättäytyi pois kokeilusta jo kesällä 2019 ennen kokeiluiden virallista päätöstä.

**Kokeilualueille ei juuri syntynyt uusia palveluntuottajia (pl. Ylä-Savo).** Kiinnostusta kokeilua kohtaan oli laajemminkin, mutta kovin pienille yrityksille kokeilumalli ei ollut houkutteleva. Lisäksi yhteen alaan erikoistuneiden yritysten (esim. fysioterapia) oli haastavaa osallistua, sillä malli suosi toimijoita, joilta löytyi koko palvelupaketti itseltään.

**Kokeilut kiinnostivat myös tuottajia, jotka toimivat kokeilualueilla, mutta eivät osallistuneet kokeiluun.** Nämä palveluntuottajat olisivat toivoneet tiiviimpää tiedotusta myös järjestäjän suunnalta läpi kokeilun, jotta omaa osallistumista olisi voinut arvioida ajantasaisen tiedon varassa. Pääsyynä kokeilun ulkopuolelle jäämiseen oli tyypillisesti tuottajan pieni koko: kokeilua varten olisi mahdollisesti jouduttu palkkaamaan lisää henkilöstä, mihin ei haluttu ryhtyä. Lisäksi pienille toimijoille erityisesti kokeilun alkuvaiheeseen liittyneet taloudelliset riskit olisivat olleet hankalia kantaa, minkä lisäksi kokeilun palvelupaketti oli varsin laaja pienen tuottajan näkökulmasta.

**Tuottajien onnistuneen rekrytoinnin taustalla oli aktiivista tiedottamista sekä avointa keskustelua.** Tuottajien rekrytoinnista on saatavissa hyviä oppeja myös jatkoa ajatellen. Erityisesti alueilla, joilla palveluntuottajien mukaan saaminen oli haastavaa, oli aktiivinen ja avoin vuoropuhelu potentiaalisten palveluntarjoajien kanssa ensiarvoisen tärkeää.

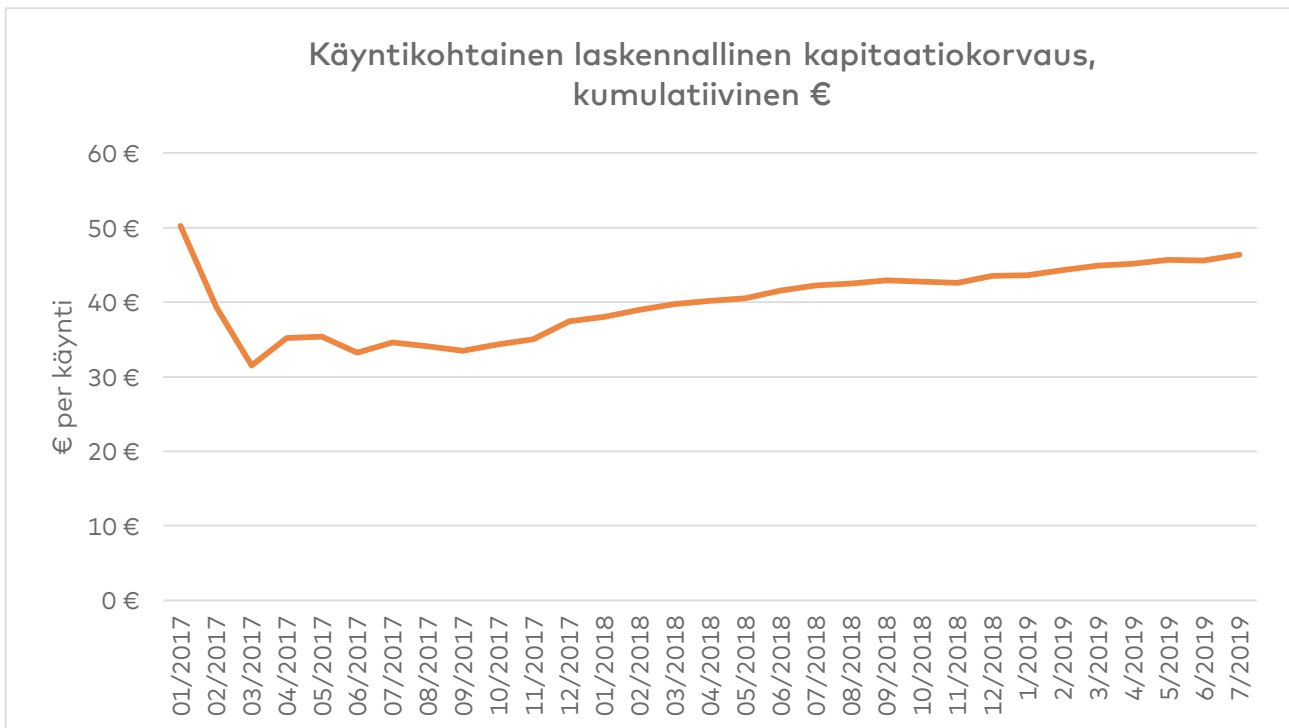
**Haasteita aiheuttivat kokeilun aikaiset muutokset esimerkiksi sääntökirjoissa.** Kokeilujen alkaessa tuottajat eivät tienneet mihin sitoutuivat, sillä sääntökirjat olivat osittain vielä luonnosvaiheessa. Lisäksi jo viimeistelyihin sääntökirjoihin tuli muutoksia kokeilukauden aikana. Tuottajille tuli yllätyksiä esimerkiksi raportointivaatimuksissa ja kuvantamispalveluiden hankintahinnoissa. Tuottajat toivoivat, että jatkossa vastaavien kokeilujen ja pilottien käytännön toteutus olisi pidemmälle mietitty siinä vaiheessa, kun tuottajat sitoutuvat mukaan toimintaan.

#### **4.1 Ovatko korvausmenettelyt palveluntuottajien näkökulmasta toimivia?**

**Korvausmenettelyt sujuivat maksuprosessin osalta sujuvasti ja yhteistyö järjestäjän kanssa oli sujuvaa.** Korvausten taso koettiin kuitenkin liian matalaksi joillain alueilla. Tampereella palveluntuottajille maksettiin tarkoituksella korkeampaa korvausta verrattuna oman toiminnan väestöpohjaisiin kustannuksiin, jotta tuottajia saataisiin mukaan kokeiluun.

**Kokeilujen liiketaloudellinen kannattavuus oli odotetusti heikkoa etenkin alkuvaiheessa.** Alun kannattavuuteen vaikutti muun muassa se, että ensimmäinen käynti tapahtui valtaosalla välittömästi vaihdon jälkeen. Erityisesti ensimmäinen vuosi oli tämän vuoksi tuottajille tappiollinen tai vähintään heikosti kannattava. Ensimmäisen vuoden haasteellisuus kosketti erityisesti pieniä toimijoita, joilla ei ollut kokeilun ulkopuolista toimintaa. Kokeilujen kannattavuutta myös laski vaihtaneiden asiakkaiden useat käynnit, joskin käyntimäärät tasaantuivat ja kääntyivät laskuun kokeilujen edetessä.

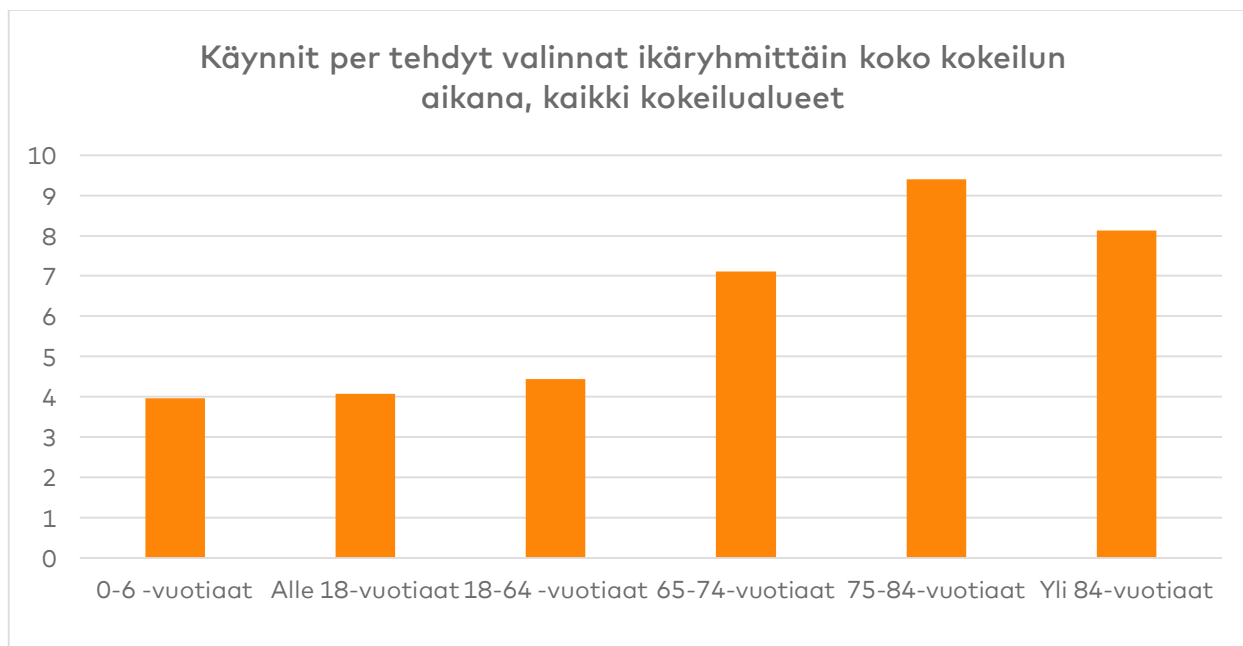
Yksityisille palveluntuottajille maksetut kapitaatiokorvaukset suhteessa tehtyihin käynteihin (sisältäen sekä fyysiset- että etäkäynnit) vaihtelivat kokeilun alussa paljon, mutta tasaantuivat vuosien 2018 ja 2019 aikana. Kaikilla kokeilualueilla oli käyntejä tehtyä valintaa kohden paljon kokeilun alussa. Tämän on syynä siihen, että laskennallinen käyntikohtainen kapitaatiokorvaus on kokeilun alussa pienempi. Kokeilun lopulla, kun käyntimäärät tasaantuivat, kapitaatiokorvaus suhteessa käynteihin tasaantui tai kasvoi tasaisesti. Alueellisesti käyntikohtainen kapitaatiokorvaus oli suurin Päijät-Hämeen kokeilualueella, kun taas pienin käyntikohtainen laskennallinen kapitaatiokorvaus oli Jyväskylässä. Kuva 5 alla kuvaa laskennallisten käyntikohtaisten kapitaatiokorvausten kehitystä kokeilun aikana, huomioiden kaikki raportoidut fyysiset sekä etäkäynnit.



Kuva 7. Käyntikohtainen kapitaatiokorvaus, laskennallinen, kumulatiivinen. Kuva sisältää kaikki raportoidut käynnit yksityisille palveluntuottajille (niin fyysiset käynnit kuin etäkäynnit) siitä asti, kuin käyntitietoja on saatavilla. Korvaustiedot eivät sisällä palveluntuottajille maksettuja bonuksia, joita on maksettu Keski-Uudenmaan kokeilussa.

**Ikäryhmäkohtaisesti tarkasteltuna valintoja tekivät eniten 7–64-vuotiaat alueesta riippumatta. Kyseisen ikäryhmän synnyttämät kapitaatiokorvaukset olivat myös euromääräisesti suurimmat.** Toiseksi eniten valintoja tekivät jokaisella alueella 65–74-vuotiaat. Tämän ryhmän valinnoista maksetut kapitaatiokorvaukset olivat toiseksi suurimmat. Seuraavaksi eniten valintoja tehnyt ikäryhmä vaihteli alueittain, ollen joko 0–6-vuotiaat tai 75–84-vuotiaat. Käyntimäärien vertailussa määrällisesti eniten käyntejä yksityiselle palveluntuottajalle tuottivat 18–64-vuotiaat, ja toiseksi eniten 65–

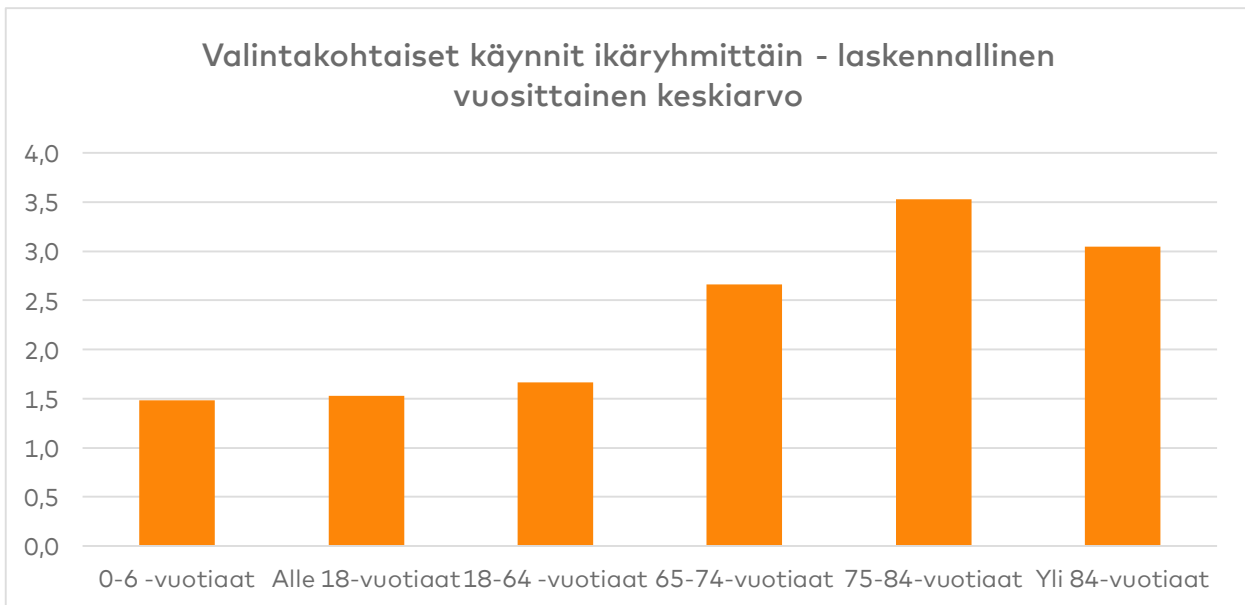
74-vuotiaat. Suhteutettuna tehtyihin valintoihin, eniten käyntejä tuottivat ikäryhmän 75–84-vuotiaat valinnan tehneet, ja toiseksi eniten yli 84-vuotiaat.



Kuva 8. Käynnit per tehtyt valinnat yksityiselle palveluntuottajalle kokeiluun piiriin kuuluvilla terveysasemilla ikäluokittain koko kokeilun aikana. Kuvio kertoo, kuinka monta kertaa valinnan tehnyt henkilö kävi kokeilun aikana yksityisen palveluntuottajan kokeilun piiriin kuuluvalla vastaanotolla (fyysinen tai etävastaanotto).

**Käyntimäärien laskennallinen vuosittainen keskiarvo kokeiluissa jäi alle valtakunnallisen keskiarvon.** THL:n tilastoinnin mukaan avosairaanhoidon käyntejä oli vuonna 2018 keskimäärin 3,9 asiakasta kohden, kun kokeilussa käyntien vuosittainen laskennallinen keskiarvo jäi kaikissa ikäryhmissä tämän alle (kuva 9 alla).





Kuva 9. Laskennalliset vuosittaiset keskiarvot käyntimäärille ikäryhmittäin kokeilun aikana.

**Etäkäyntien osuus jäi hyvin pieneksi kaikilla kokeilualueilla.** Erityisen vähäisiksi jäivät varsinaiset virtuaaliset, videoyhteydellä toteutettavat etäkäynnit, joita toteutti kaksi palveluntuottajaa Jyväskylän kokeilualueella. Näilläkin tuottajilla etäkäyntien kokonaismäärät jäivät muutamisiin kymmeneen. Osalla kokeilualueista on suunnitelmia kehittää etävastaanottopalveluita julkisella puolella kokeilukauden jälkeen ja esimerkiksi Jyväskylässä ollaan käyty hyvää vuoropuhelua ja tiedonvaihtoa järjestäjän ja jo kokeilukaudella etäpalveluita tarjonneen tuottajan välillä. Sähköisten vuorovaikutuskanavien lisäksi tulee kehittää tilastointia, jotta etäkäyntien kehitystä voidaan seurata. Kokeilukaudella etäkäyntejä oli monella alueella vaikeaa erottaa muista yhteydenotoista.

**Tuottajat olisivat toivoneet laajempaa väestöpohjaa,** jotta kokeilut olisivat olleet kannattavampia sekä toisaalta tuoneet enemmän oppeja. Tuottajat kokivat, että listautuneiden asiakkaiden määrä on avainasemassa kannattavuudessa. Kokeiluväestö oli melko pieni erityisesti alueilla, joilla kokeilu koski vain tiettyjä postinumeroalueita (Hämeenlinna ja Tampere).

**Pienten toimijoiden, joilla ei ollut omia kuvantamis- tai laboratoriopalveluita, haasteena oli kyseisten palveluiden kallis ostohinta,** joka söi huomattavasti kannattavuutta. Liiketaloudellinen kannattavuus ei kuitenkaan vielä kokeiluajana ollut monenkaan tuottajan tavoite, vaan kokeiluun lähdettiin esimerkiksi halusta olla mukana kansallisessa kehityksessä. Lisäksi erityisesti isot kansalliset toimijat halusivat välittää viestin, että ovat luotettava ja aktiivinen kumppani julkiselle sektorille.

## 4.2. Vastaavatko tietojärjestelmät tarpeisiin?

**Tietojärjestelmien runsaus aiheutti tuottajille haasteita läpi kokeilujen.** Monet tuottajat toimijat usealla kokeilualueella, joilla oli erilaiset vaatimukset järjestelmien suhteen. Monien järjestelmien rinnakkainen käyttö aiheutti moninkertaista työtä ja sekä viivettä esimerkiksi erikoisairaanhoidon tietojen siirtymisessä. Kokeilukauden aikana tuottajat teivät vain minimimuutoksia järjestelmiinsä odottaen pysyvämpää kansallista ohjeistusta.

**Kokeiluun osallistuminen edellytti tietojen raportointia, joita ei saa suoraan järjestelmistä.** Tämä oli aikaa vievää ja tarkoitti osalle tuottajista manuaalista työtä. Lisäksi käsin kirjaaminen aiheutti mahdollisia tietoturvariskejä.

### 4.3. Onko kokeilulla vaikutuksia palvelu- ja työprosesseihin?

**Pääsääntöisesti kokeilulla ei ollut suurta vaikutusta jo aiemmin toimineiden yritysten prosesseihin johtuen muun muassa kokeiluiden lyhyestä kestosta.** Kokeilun myötä henkilöstölle kuitenkin järjestettiin koulutusta kokeiluun liittyen sekä esimerkiksi pitkäaikaissairauksiin kuten diabetekseen liittyen sekä tietojärjestelmien käyttöönottoon.

**Isommat tuottajat markkinoivat itse kokeilua, mutta moni tuottaja ei kuitenkaan käyttänyt tähän resursseja.** Ne tuottajat, jotka viestivät kokeiluista kokivat joutuvansa viestimään myös kokeilun sisällöstä ja osallistumisen ehdoista omien palveluiden markkinoinnin sijaan. Järjestäjän viestintä koettiin kuitenkin merkittävimmäksi kanavaksi asiakkaille viestimisessä ja sen onnistuminen oli tuottajien viestintää vahvemmin yhteydessä kokeilun alueen asukkaiden tietoisuuteen kokeilusta.

**Kokeilukauden lähestyessä loppuaan monet tuottajat markkinoivat ja räätälöivät vaihtaneille asiakkaille maksullisia palvelupaketteja.** Erityisesti isot tuottajat lähestyivät aktiivisesti heille vaihtaneita asiakkaita pyrkien jatkamaan asiakassuhdetta myös kokeilun jälkeen. Raportin kirjoitushetkellä on vielä aikaista sanoa kuinka moni vaihtaneista jäi yksityiselle palveluntuottajalleen, mutta alustavien havaintojen valossa jonkinlainen osuus asiakkaista ei palaa julkiselle sektorille kokeilukauden jälkeen.

**Kokeiluun osallistuminen vaikutti yritysten rekrytointiin.** Erityisesti suuret yritykset palkkasivat kokeilua varten henkilöstöä, jolla oli kokemusta julkisella sektorilla työskentelystä. Julkisen kokemusta pidettiin olennaisena, jotta lääkärit tunsivat toimintalogiikan (esim. lääkäri-hoitajatyöpari, lääkäri-aikojen saatavuus) ja asiakaskunnan erityispiirteet. Tyypillisesti rekrytointimäärät olivat kuitenkin pieniä, 1-2 henkilöä/toimipiste, minkä lisäksi tuottajan aiemmasta henkilöstöstä pyrittiin valitsemaan kokeiluun ne, joilla oli aiempaa julkisen sektorin kokemusta. Osittain pieniin rekrytointimääriin vaikutti rekrytointivaikeudet, julkisen puolen kokemusta omaavien yleislääkäreiden löytäminen osoittautui joillain kokeilualueilla haastavaksi.

**Tuottajat kokivat seurannan ja valvonnan toimiviksi**, ja kuten myös järjestäpuolen edustajat kuvasivat, hyvään keskusteluyhteyteen perustuviksi. Kokeilualueilla oli tyypillisesti kuukausittaisia palaveria läpi kokeilun, mutta varsinaisia valvontakäyntejä ei toteutettu (pl. Jyväskylä). Etenkin suu-remmat yritykset hyödynsivät vakiintuneita oma valvonnan prosessejaan eikä muutoksille ollut tarvetta.

# 5 Henkilöstön näkökulma

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

## Keskeiset havainnot

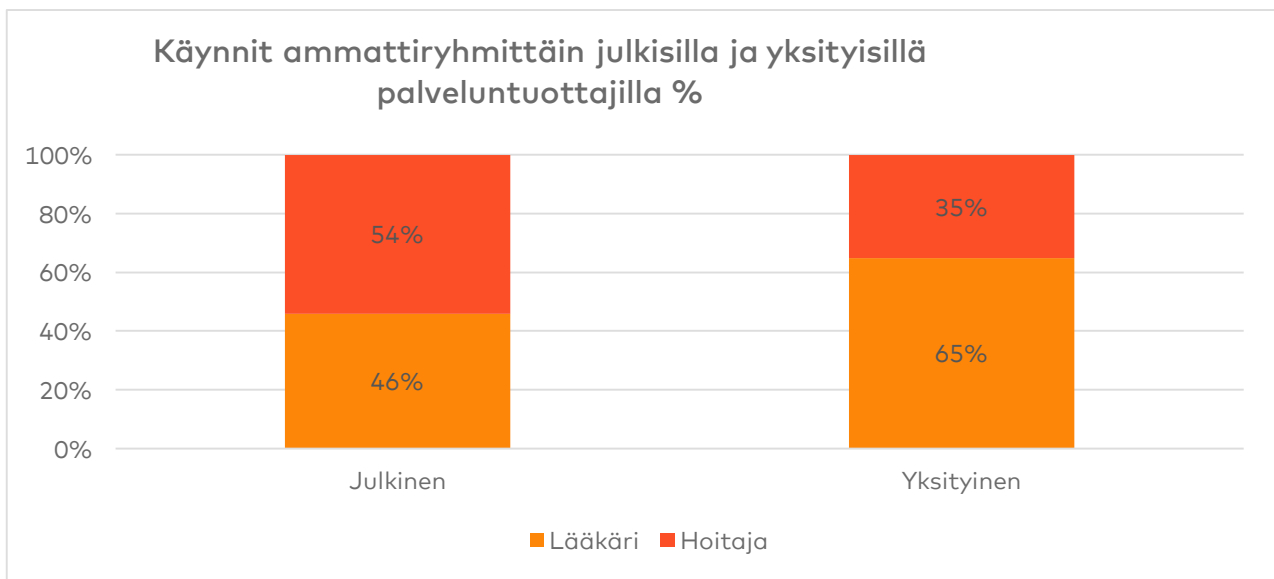
- » Henkilöstön suhtautuminen kokeiluun erosi yksityisellä ja julkisella sektorilla: yksityisen sektorin henkilöstö suhtautui valinnanvapauteen sote-palveluissa julkista positiivisemmin.
- » Yksityisellä sektorilla kokeilut monipuolistivat työnkuvia ja osa henkilöstöstä koki työnsä muuttuneen aiempaa merkityksellisemmäksi.
- » Julkisella sektorilla kokeilu koettiin kuormittavammaksi ja myös jonkin asteista muutosvastarintaa esiintyi etenkin kokeilujen alkuvaiheessa.
- » Toisaalta julkisen puolen henkilöstö nosti kokeilun tuomana positiivisena muutoksena esiin sen, että palveluiden laatuun ja asiakaskohtaamiseen alettiin kiinnittää aiempaa enemmän huomiota.
- » Henkilöstö koki tarvitsevansa lisää koulutusta liittyen valinnanvapauden periaatteisiin ja oman alueensa sote-palveluverkostoon.
- » Yksityisen ja julkisen sektorin toimintalogiikat lähentyivät toisiaan monilla alueilla: erityisesti yksityisellä sektorilla alettiin hyödyntää aiempaa enemmän hoitajakäyntejä.

**Henkilöstön osalta pääasiallisen tiedonkeruun lähteen muodostivat henkilöstökyselyt, minkä vuoksi henkilöstöä käsitteleviä havaintoja on tässä luvussa päivitetty vain kevyesti.** Henkilöstön näkemyksiä valinnanvapaudesta ja sen vaikutuksista työntekoon mitattiin vuosina 2017 ja 2018 toteutetulla henkilöstökyselyllä. Kyselyt olivat sisällöllisesti samanlaisia, mutta kyse ollut seuranta-tutkimuksesta: vastaajat eivät olleet samoja, sillä kyselyiden välitys meni tuottajien esimiesten kautta. Kyselyiden tulokset olivat kuitenkin hyvin saman suuntaisia molempina vuosina, joskaan pienten otantakokojen vuoksi erojen tilastollisesta merkitsevyydestä ei voitu vetää johtopäätöksiä. Lisäksi kokeilualueet toimittivat henkilöstön kokemuksiin ja työnjakoon liittyen täydentävää materiaalia kuten kyselyitä ja kartoituksia, minkä lisäksi teemaa käsiteltiin järjestäjien haastatteluissa.

## 5.1 Onko kokeilulla vaikutuksia henkilöstön työnjakoon ja organisointitapoihin?

Yksityisillä palveluntuottajilla noin kaksi kolmesta käynnistä oli lääkärikäyntejä, kun taas julkisilla palveluntuottajilla lääkärikäynnit vastaavat hieman alle puolta kaikista käynneistä. Lääkäri- ja hoitajakäyntien suhde pysyi julkisilla palveluntuottajilla melko samana, kun taas yksityisillä palveluntuottajilla hoitajakäyntien osuus kasvoi hieman. Alueelliset erot olivat kuitenkin merkittäviä: julkisen sektorin palveluntuottajilla lääkärikäyntien osuus oli suurin Jyväskylässä (58 %) ja pienin Hämeenlinnassa (37 %). Yksityisillä palveluntuottajilla lääkärikäyntien osuus on suurin Kysterin alueella (82 %) ja pienin Päijät-Hämeessä (43 %).

**Myös kokeilun aikana tapahtuneessa muutoksessa oli suuria eroja:** Keski-Uudenmaan tai Päijät-Hämeen kokeilualueilla ei juuri tapahtunut muutoksia käyntien jakaumissa, kun taas Hämeenlinnassa yksityisen sektorin käynneissä tapahtui suuri muutos, vuonna 2018 yksityisen sektorin käynneistä 72% oli lääkärikäyntejä, kun vuonna 2019 vastaava luku oli enää 55%.



Kuva 10. Lääkäri- ja hoitajakäyntien osuudet kokeiluun osallistuvilla julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla kokeilun aikana. Vertailuun otettiin vain lääkäri- ja hoitajakäyntien välinen suhde julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla, koska muiden ammattiryhmien aineistossa oli merkittäviä puutteita.

Tarkemmissa analyyseissa Jyväskylässä näkyi eroja vaihtaneiden asiakkaiden profiilissa, mikä saattoi selittää myös tuottajakohtaisia eroja eri ammattiryhmien käytössä. Osalla tuottajista asiakaskunta oli selvästi muita tuottajia iäkkäämpää ja samoilla tuottajilla käynnit painottuivat muita vahvemmin lääkärikäynteihin.

**Suurin osa henkilöstöstä koki, ettei valinnanvapauskokeilulla ollut juuri vaikutusta työnjakoon ja organisoitapoihin,** mikä muun tiedonkeruun valossa johtui muun muassa kokeiluiden lyhyestä kestosta. Lisäksi julkisella puolella oli joillain alueilla tehty linjaus, ettei omaa toimintaa sopeuteta (esim. resurssien osalta) kokeiluiden aikana.

**Kyselyiden valossa kunnallisella puolella työskentelevät suhtautuivat prosessien ja työnjaon nykytilaan varsin neutraalisti.** Noin puolet suhtautui neutraalisti väittämistä "Työympäristöni mahdollistaa sujuvan ja turvallisen työskentelyn", "Minulla on riittävästi aikaa saada työni tehdyksi", "Työyhteisössäni on riittävästi työntekijöitä" ja "Työyhteisöni kehittää toimintatapojaan työn sujuvuuden parantamiseksi" johdettuun summamuuttajaan. Reilu kolmasosa oli väittämistä jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Valinnanvapauden tuomina muutoksina nähtiin kustannustietoisuuden lisääntyminen sekä erityisesti hallinnollisen työn määrä kasvu.

**Yksityisellä puolella prosessien ja työnjaon nykytila koettiin paremmaksi ja valinnanvapauden vaikutus nähtiin positiivisena.** Noin kolme neljäsosaa yksityisen puolen henkilöstön vastaajista suhtautui työympäristöä ja resurssien riittävyyttä käsitteleviin väitteisiin positiivisesti. Lisäksi vajaa puolet vastaajista arvioi valinnanvapauden vaikutuksen työn tekemiseen ja työn jakoon olevan positiivinen.

## 5.2 Onko kokeilulla vaikutuksia palvelu- ja työprosesseihin?

**Kokeilun suorat vaikutukset palvelu- ja työprosesseihin olivat melko vähäisinä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.** Julkisella puolella palveluprosessien kuvaaminen yksityisille tuottajille kuitenkin kirkasti prosesseja, mutta toisaalta myös paljasti epäkohtia. Kyselyiden valossa oman tuotannon lähempi tarkastelu paljasti jonkin verran päällekkäisyyksiä ja ristiriitaisuuksia.

**Julkisen puolen henkilöstö nosti kokeilun tuomana positiivisena muutoksena esiin sen, että palveluiden laatuun ja asiakaskohtaamiseen alettiin kiinnittää aiempaa enemmän huomiota.** Lisäksi arvostus työtä kohtaan nousi: toimintaa tarkastellessa huomattiin, että julkisella sektorilla on paljon hyvää, mistä kertoivat myös asiakaskyselyiden tulokset sekä osaltaan myös matala vaihtoaktiivisuus.

**Toimintavat muuttuivat julkisella sektorilla, mutta muutoksen laajuus vaihteli kokeilualueittain.** Kokeilualueiden välillä oli myös suuria eroja siinä, miten tiiviisti oma tuotanto kytkeytyi kokeiluun ja miten tiiviisti oma henkilöstö otettiin mukaan kehittämään toimintaa. Erityisesti Jyväskylän ja Ylä-Savon kokeiluiden alueella omaa tuotantoa kehitettiin aktiivisesti yhdessä henkilöstön kanssa ja asiakaslähtöisyyttä lisättiin muun muassa palvelumuotoilua hyödyntäen. Lisäksi oman tuotannon markkinointiin ja brändäämiseen panostettiin erityisesti vuodesta 2018 eteenpäin. Keskeisenä oppina tulevaan onkin henkilöstön sitouttaminen muutokseen myös aktiivisen osallistamisen kautta, pelkkä tiedotus ja koulutus eivät riitä.

**Kokeilualueilla esiintyi vaihtelevasti muutosvastarintaa oman tuotannon henkilöstön keskuudessa.** Osa henkilöstöstä koki laajentuneen valinnanvapauden vieraana, ja jopa ristiriitaisena oman arvo maailman kanssa: potilaiden houkuttelu ja oman toiminnan markkinointia ei nähty eettisesti kestävänä. Valinnanvapauden liittyvien huolien läpikäymiseen meni aikaa ja resursseja, mikä hidasti oman toiminnan kehittämistä ja mukautumista tilanteeseen. Kokeilujen edetessä suhtautuminen valinnanvapauteen kuitenkin muuttui jonkin verran positiivisemmaksi myös aiemmin kriittisillä alueilla. Tähän lienee vaikuttanut myös vaihtajien määrän tasaantuminen ja huolen oman työn jatkumisesta hälveneminen.

**Valinnanvapauden vaikutus palveluiden laatuun koettiin yksityisellä puolella suuremmaksi ja positiivisemmaksi.** Vuoden 2018 lopun kyselytulosten valossa noin kaksi kolmasosaa kokivaikutuksen myönteiseksi, kun julkisella puolella näin vastanneita oli vain noin neljäsosa. Julkisella puolella oltiin selvästi kriittisempiä valinnanvapautta kohtaan, mutta molemmilla puolilla asiaan suhtauduttin kuitenkin edellistä vuotta myönteisemmin.

## 5.2 Onko kokeilulla vaikutuksia henkilöstön työhyvinvointiin?

**Kyselyiden valossa työssä voitiin pääsääntöisesti hyvin sekä yksityisellä että julkisella sektorilla, mutta valinnanvapauden vaikutuksia arvioitiin positiivisemmin yksityisellä sektorilla.** Yksityisellä tuottajalla työskentelevistä vastaajista yli puolet koki valinnanvapauden vaikutuksen positiiviseksi, ja negatiivisesti vastanneita oli hyvin vähän.

**Kokeilu työllisti ja kuormitti henkilöstöä etenkin kokeilujen alkupuolella.** Asiakkailla oli paljon epätietoisuutta kokeiluun liittyen, ja erityisesti julkisen puolen henkilöstö joutui muun työn ohessa neuvomaan ja korjaamaan kokeiluun liittyviä väärinkäsityksiä. Lisäksi hallinnollinen puoli työllisti henkilöstöä. Tietojärjestelmien haasteet ja kirjausten viiveet näkyivät myös julkisen sektorin työntekijöiden arjessa.

**Toisaalta etenkin kokeilujen edetessä julkisen sektorin henkilöstön työtaakka myös keventyi jonojen lyhyentyessä.** Asiakkaiden hoitopääsy helpottui, mikä heijastui myös julkisten terveyskeskusten toimintaan. Kokeilualueiden välillä ja sisällä oli huomattavia eroja vaihdon tehneiden osuudessa, mutta korkeimmillaan yksittäisen alueen väestöstä yli kolmannes vaihtoi yksityiselle palveluntuottajalle, mikä heijastui terveysasemien arkeen.

## 5.3 Miten henkilöstö pystyy tukemaan asiakkaita valintojen tekemisessä?

**Yksityisen puolen työntekijät kokivat olevansa valmiimpia tukemaan asiakkaita kuin julkisen puolen kollegansa.** Valmiutta kommunikoida asiakkaille valinnanvapaudesta mitattiin kyselyssä väitteillä "Minulla on riittävästi tietoa valinnanvapauskokeilusta voidakseni ohjata asiakkaita valintojen tekemisessä", "Minulla on riittävästi tietoa eri terveysasemista voidakseni ohjata asiakkaita valintojen tekemisessä" ja "Tiedän, mistä saan tietoa asiakkaan valinnanvapaudesta, jos tarvitsen sitä" koostetulla summamuuttujalla. Yksityisen puolen työntekijöistä yli 70% oli valmiita tai hyvin valmiita kommunikoidaan valinnanvapaudesta asiakkaille vuoden 2018 lopulla, kun julkisella puolella vastaavia oli alle puolet, ja hekin kokivat valmiutensa edellisvuotisia vastaajia negatiivisemmaksi. Johtavassa asemassa olevat lääkärit kokivat valmiutensa hieman suuremmaksi kuin muut ammattiryhmät.

**Sekä julkisen että yksityisen puolen henkilöstö koki tarvitsevänsä lisää tietoa ja koulutusta oman alueensa sote-toimijoiden verkostoista sekä monialaiseen yhteistyöhön liittyen.** Palveluverkoston muuttuessa monimutkaisemmaksi tulee koulutukseen ja tiedotukseen panostaa. Lisäksi yhteistyötä ja vuoropuhelua eri toimijoiden välillä tulee aktiivisesti lisätä, jotta varmistetaan hoitoketjun sujuvuus asiakkaan näkökulmasta.

## 5.4 Miten henkilöstö ylipäättään kokee kokeilut?

**Yksityisellä puolella enemmistö työntekijöistä piti laajentunutta valinnanvapautta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tärkeänä asiana, julkisella puolella mielipiteet jakautuivat.** Vuoden 2018 lopulla noin kolme neljäsosaa vastasi kysymykseen myöntävästi, ja kriittisiä oli noin viisitoista prosenttia. Julkisella puolella asenteet olivat jakaantuneempia, joskin valinnanvapautteen myönteisesti suhtautuvia oli jonkin verran enemmän kuin kielteisesti suhtautuvia. Edellisvuotiseen kyselyyn verrattuna julkisen puolen työntekijät suhtautuivat valinnanvapautteen kuitenkin hieman positiivisemmin.



# 6 Talouden ja yhteiskunnan näkökulma

Tässä luvussa tarkastellaan kokeilun vaikutuksia talouteen ja kilpailuun kokeilualueilla. Lisäksi luvussa tarkastellaan, miten kokeilu vastasi sille asetettuihin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin.

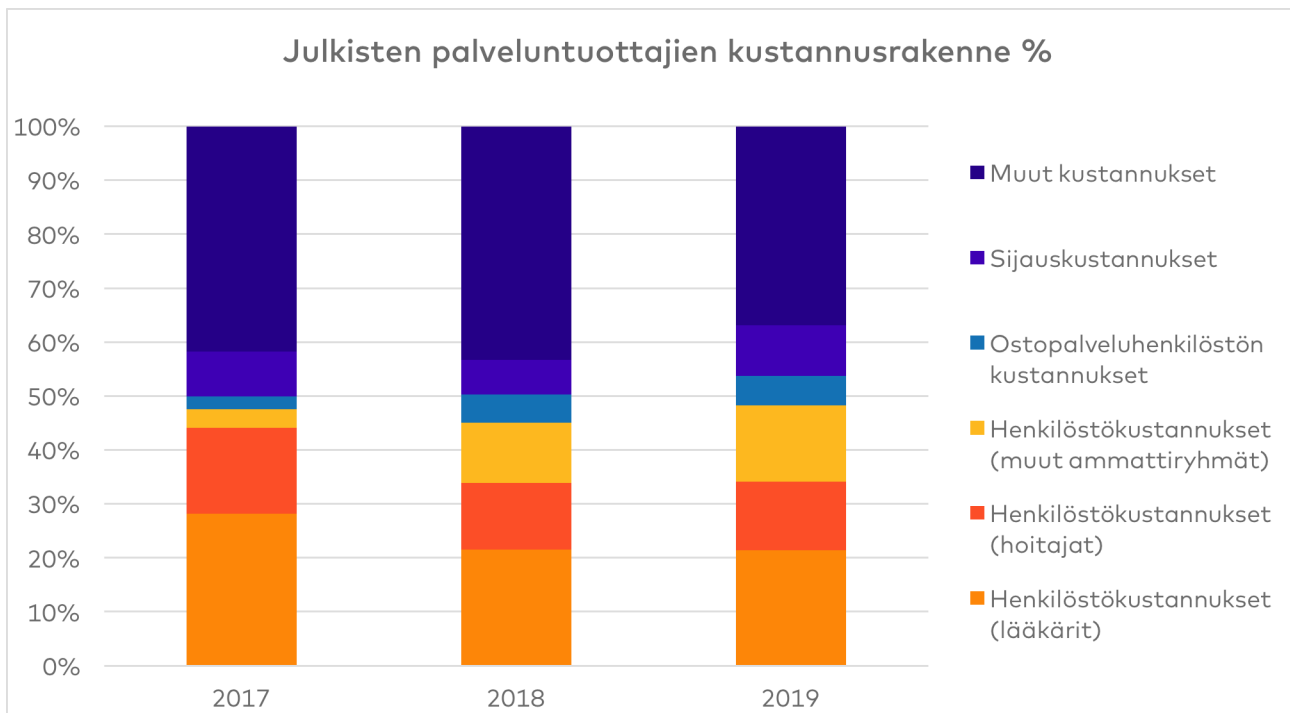
## Keskeiset havainnot

- » Tuottajien mukaan kokeilulla ei juuri ollut vaikutusta alueiden kilpailutilanteisiin kokeilujen pienen volyymin vuoksi.
- » Muutamia uusia tuottajia syntyi maaseutumaisille alueille erityisesti Ylä-Savon kokeilualueella.
- » Kokeilujen aikana, erityisesti vuonna 2018, monella kokeilualueella kehitettiin uusia osallistumisen kanavia asiakkaille, ja palveluita lähdettiin kehittämään asiakaslähtöisemmiksi.
- » Sekä yksityinen että julkinen sektori suhtautui kokeiluihin oppimisprosessina, jonka aikana ei tehty suuria muutoksia palveluntuotantoon.

**Kaikilla kokeilualueilla toimi sekä isoja että pieniä yksityisiä palveluntuottajia läpi kokeilun.** Kokeiluun osallistuneet yksityiset palveluntuottajat olivat kooltaan suuria, jopa yli 500 henkilön yrityksiä, sekä pienempiä, vain yksittäisiä henkilöitä ja muutamia työntekijöitä sekä ammatinharjoittajia työllistäviä yrityksiä. Yksityisten yritysten liikevaihdot sekä taseet vaihtelivat kymmenistä tuhansista satoihin miljooniin euroihin. (Taloustietojen tarkasteluvuodet ajoittuvat välille 2016-2018.). Tuottajien mukaan kokeilulla ei juuri ollut vaikutusta alueiden kilpailutilanteisiin kokeilujen pienen volyymin vuoksi. Uusia tuottajia syntyi maaseutumaisille alueille erityisesti Ylä-Savon kokeilualueella.

**Kokeilun aikana ei ole havaittavissa merkittäviä muutoksia julkisten palveluntuottajien kustannusrakenteessa.** Alueilla keskimäärin 40–50 % kustannuksista muodostui oman henkilöstön kustannuksista, noin 10–20 % ostopalveluhenkilöstön ja sijaishenkilöstön kustannuksista, ja noin 40 % muista kustannuksista. Alueilla, joista kustannustietoja oli kattavasti saatavilla, näyttäisi siltä, että ostopalveluhenkilöstön ja sijaiskustannusten osuus kokonaiskustannuksista kasvoi hieman vuodesta 2017 vuoteen 2019. Muiden ammattiryhmien osuus kustannusrakenteesta oli kasvanut vuoden

2017 3 %:sta noin 14 %:iin vuonna 2019. Henkilöstökustannuksista lääkärin suhteellinen osuus kokonaiskustannuksista näyttää puolestaan laskeneen vuodesta 2017 vuoteen 2019. Kuvio 8 esittää julkisten palveluntuottajien kustannusrakenteen keskimäärin vuosina 2017, 2018 ja 2019. Kuviossa esitettyjen kustannusten lisäksi osasta kokeilualaista on raportoitu myös laskennallisia kustannuksia yksityisten palveluntuottajien päivystyksen ja erikoissairaanhoidon osalta. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon laskennallisissa kustannuksissa ei ole nähtävillä selkeää trendiä tai kehitystä.



Kuva 11. Julkisten palveluntuottajien keskimääräinen kustannusrakenne, 2017, 2018 ja 2019, osuus kokonaiskustannuksista.

**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 kohtaisivat entistä osuvammin, palvelujen saatavuus ja laatu paranisivat ja palvelutuotanto monipuolistuisi vastaamaan paremmin eri väestöryhmien vaihtelevia tarpeita ja toiveita. Kokeilujen aikana, erityisesti vuonna 2018, on monella kokeilualueella kehitetty uusia osallistumisen kanavia asiakkaille ja palveluita kehitettiin 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 parantuneen jo kokeilukauden aikana. Myös laadun koettiin parantuneen hieman kokeilun aikana.

**Kokeiluilla oli vaikutuksia palvelu- ja työskentelyprosesseihin, mutta toistaiseksi on aikaista arvioida mahdollisten innovaatioiden syntymistä.** Sekä yksityinen että julkinen sektori suhtautui kokeiluihin oppimisprosessina, jonka aikana ei tehty suuria muutoksia palveluntuotantoon. Lisäksi osa haastateltavista arvioi, että palvelusetelin laajan käytön suurin innovatiopotentiaali olisi sote-keskusten sijaan henkilökohtaisen budjetin puolella, jossa luodaan uudenlaisia palveluita paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tarpeisiin.

**Seuranta-aineiston valossa ei ole mahdollista arvioida kokeilujen mahdollista vaikutusta hyvinvointiin ja elämän laatuun.** Valinnanvapauden vaikutuksia hyvinvointiin ja koettuun elämän laatuun vaatisi selkeitä mittareita ja kattavaa tiedonkeruuta pidemmällä aikajänteellä.

# 7 Yhteenveto ja johtopäätökset

## 7.1 Yhteenvetoa kokeiluista

Kokeilut osoittivat, että suoran valinnan palvelujen valinnanvapaus on mahdollista toteuttaa, asiakkaat haluavat käyttää valinnanvapauttaan ja yksityiset palveluntuottajat ovat valmiita toteuttamaan palvelutuotantoa. Kokeilujen keskeisimmät tulokset arvioinnin näkökulmasta liittyvät asiakkaiden käyttäytymiseen, järjestäjien roolin kuvaamiseen sekä tuottajien kokemuksiin korvausmalleista ja tietojärjestelmistä. Yhteiskunnallisista ja taloudellisista vaikutuksista oli vaikeaa saada tietoa lyhyen kokeilukauden aikana, minkä lisäksi seurantatiedot eivät mahdollistaneet laajempaa yhteiskunnallisten tai taloudellisten teemojen tarkastelua. Kokonaisuutena valinnanvapauskokeilun vaikutus palveluihin oli melko pientä, johtuen muun muassa kokeilun rajatusta kestosta ja laajuudesta.

Kokeilu onnistui vastaamaan melko hyvin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin ja muuttamaan palveluita myös pysyvämmiin asiakaslähtöisempään suuntaan. Kokeilujen aikana monella kokeilualueella kehitettiin uusia osallistumisen kanavia asiakkaille ja palveluita lähdettiin kehittämään asiakaslähtöisemmiksi, ja työtä suunnitellaan jatkettavan myös kokeilukauden jälkeen. Myös asiakkaat kokivat palveluiden saatavuuden ja laadun kohentuneen jo kokeilukauden aikana.

Valinnanvapauden edellytykset toteutuivat kokeilualueilla melko hyvin: kaikilla alueilla oli useita palveluntuottajia, joista asiakkaat saattoivat valita. Palveluntuottajat eivät kuitenkaan sijoittuneet tasaisesti, vaan keskustoihin painottuen. Toinen keskeinen edellytys valinnanvapauden toteutumiselle on tietoisuus oikeudesta valita oma tuottaja. Tässä oli parannettavaa läpi kokeilukauden, sillä aineiston valossa kokeilu jäi vieraaksi monelle kokeilualueella asuvalle. Valinnan tueksi ei myöskään ollut kattavasti vertailutietoja palveluntuottajista saatavilla.

Kokeilut toivat lisää tietoa siitä, mitä asiakkaat pitävät tärkeänä sosiaali- ja terveystaloudissa. Tämä ymmärrys luo pohjaa vaikuttavampien palveluiden kehittämiseksi. Kokeilun keskeisiä oppeja ovat palveluiden saatavuuden sekä palveluihin vaikuttamisen tärkeys. Valinnanvapauden koettiin parantavan palveluiden laatua ja saatavuutta sekä kirittävän palveluntarjoajia parempaan suoritukseen. Asiakkaat pitivät pääsääntöisesti valinnanvapautta sosiaali- ja terveystaloudissa tärkeänä ja asenteet vaikuttavat muuttuneen osittain myös pysyvämmiin: asiakkaat toivovat voivansa

valita tuottajansa itse myös jatkossa. Kiinnostavan opin jatkoon tarjoaa myös havainto, että tuottajan vaihto tehdään tyyppillisesti, kun asiakkaalla on palveluntarvetta.

**Kokeilut toimivat eri tyyppisillä alueilla ja mukaan saatiin myös muutamia paikallisia toimijoita.**

Kokeilut kiinnostivat palveluntuottajia ja riippumatta alueen koosta tai sijainnista yksityisiä tuottajia saatiin mukaan. Kaikilla alueilla toimi läpi kokeilukauden useita tuottajia, joskin harvaan asutuilla alueilla tuottajat keskittyivät asutuskeskuksiin. Toisaalta juuri harvaan asutuilla alueilla syntyi kokeilun myötä uusia tuottajia, mikä erosi muista alueista sekä osoitti valinnanvapausmallin toimivan myös maaseutumaisella alueella, sillä tuottajien kätevä sijainti on tärkeää myös harvaan asutullaseudulla. Pääsääntöisesti kokeiluun osallistui kuitenkin suurehkoja toimijoita, jotka pystyivät helpoiten tarjoamaan kaikki palvelupaketin palvelut.

**Kokeilujen taloudellinen kannattavuus kohentui toiminnan vakiintuessa ja patoutuneen palvelutarpeen purkautuessa.**

Yksityisten palveluntuottajien saamat kumulatiivisesti lasketut kapitaatiokorvaukset suhteessa tehtyihin käynteihin vaihtelivat kokeilun alussa paljon, mutta tasaantuivat jonkin verran kokeilujen loppua kohden. Käynnit olivat tyyppillisesti korkealla tasolla kokeilun alussa, jolloin laskennallinen käyntikohtainen kapitaatiokorvaus oli pienempi, kun taas kokeilun lopulla käyntimäärien tasaantuessa kapitaatiokorvaus suhteessa tehtyihin käynteihin tasaantui tai kasvoi tasaisesti. Vaihtajien käyntimäärät jäivät kuitenkin hieman muuta väestöä korkeammalle tasolle, mutta jatkohankkeen huomioidenkin kokeilu-aika oli varsin lyhyt.

**Kokeilun tavoitteena yrityksille ei ollut liiketaloudellinen kannattavuus, vaan kokemuksien saanti.**

Liiketaloudellinen epävarmuus ja kannattamattomuus toiminnan alkuvaiheessa saattaa muodostaa haasteen laajemman tai pysyvämmän toiminnan yhteydessä, jolloin tuottajia olisi vaikeaa saada kokeilun mukaisilla korvausmalleilla.

**Korvausten näkökulmasta erityisen haasteen muodosti paljon palveluita käyttävien ryhmä.**

Aluekohtaisista eroista huolimatta kapitaatiomalli oli yleisesti tuottajien mielestä toimiva ja korvaustaso oikean suuntainen. Nykyisellä asiakkaiden palvelunkäytöllä kapitaatiokorvausta ei kuitenkaan koettu palvelunkäyttötason korjauksesta huolimatta riittäväksi kattamaan kustannuksia paljon palvelua käyttävien asiakkaiden kohdalla.

**Kokeilut eivät juuri aiheuttaneet muutoksia päivystyksen käyttöön tai erikoisairaanhoidon läheteisiin.**

Ennen kokeiluita esiintynyt huoli päivystyksen käytön tai erikoisairaanhoidon läheteiden määrän kasvusta ei toteutunut kokeilukaudella. Kokeilualueiden välillä ja sisällä oli pieniä eroja määrissä, mutta monin paikoin päivystyskäyntien määrät jopa laskivat hieman hoidon saatavuuden parantuessa. Erikoisairaanhoidon läheteiden osalta ei ollut tunnistettavissa selkeitä trendejä – määrät pysyivät saman suuntaisina läpi kokeilun eikä yksityisen ja julkisen sektorin välillä ollut huomattavia eroja.

**Kokeilut toivat yksityisille tuottajille lisää ymmärrystä siitä, miten julkisesti rahoitettavaa terveydenhuoltoa on mahdollista tuottaa kannattavasti.**

Vaikka kokeilukaudella yksityiset tuottajat eivät juuri muuttaneetkaan toimintaansa lyhyen kokeilukauden vuoksi, on julkisen terveydenhuollon toi-

mintalogiikan ymmärrys syventynyt huomattavasti, mikä tukee myös tulevaa yhteistyötä. Jo kokeilukaudella tapahtui kuitenkin pieniä muutoksia esimerkiksi eri ammattiryhmien hyödyntämisessä ja rekrytoinnissa.

**Kokeilu toi muutoksia joidenkin alueiden julkisen sektorin toimintaan.** Kokeilut tarjosivat hyvän mahdollisuuden yksityiselle ja julkiselle toiminnalle syventää yhteistyötä sekä oppia hyviä käytäntöjä. Monilla alueilla kokeilu toimikin julkisen sektorin kehityksen vauhdittajana. Kehitystyötä on tehty muun muassa palveluiden tuotteistamisen ja asiakaslähtöisyyden lisäämisen parissa esimerkiksi palvelumuotoilun keinoin. Lisäksi asiakasosallisuutta on lisätty läpi kokeilujen ja asiakkaille on avattu uusia kanavia vaikuttamiselle.

**Tietojärjestelmät olivat kokeilun keskeinen haaste sekä järjestäjien että tuottajien näkökulmista.** Palvelusetelimalli sekä palveluiden parempi integraatio vaativat tuekseen toimivat ja yhteensopivat tietojärjestelmät, jotka mahdollistavat sujuvan tiedonsiirron, ja joissa on kanta-yhteys. Kokeilun aikana jouduttiin tekemään paljon manuaalista ja kaksinkertaista työtä, mikä aiheuttaisi laajemmassa mittakaavassa suuria haasteita ja hallinnollisia kustannuksia.

**Järjestäjäorganisaatiot hyötyivät ja oppivat kokeiluista paljon.** Keskeisimmäksi opiksi nousi järjestäjän tehtävän mallintaminen sekä roolin ja palvelupakettien selkeyttäminen. Lisäksi kokeilut lisäsivät ymmärrystä oman tuotannon sisällöistä ja kustannuksista. Palvelukuvausten laatiminen toi esiin epäjohdonmukaisuuksia ja päällekkäisyyksiä julkisen sektorin toiminnassa, mikä tuki kehittämistyötä. Suurin osa kokeilualueista suunnitteleeikin kehitystyön jatkamista ja osa myös palvelusetelitoiminnan kehittämistä. Osittain kokeilualueet ovat odottavalla kannalla: mitä nykyisen hallitusohjelman toimeenpano tarkoittaa ja miten kansallisten tietojärjestelmien kehitys etenee.

## 7.2 Opit jatsoon

**Monituottajamalli edellyttää järjestäjältä vahvaa roolia paitsi tuottajiin niin myös asiakkaisiin nähden.** Järjestäjän on kuvattava palvelut mahdollisimman selkeästi ja tarkasti, ja huolehdittava jatkuvasta viestinnästä sekä tuottajien että asiakkaiden suuntaan. Lisäksi tuottajien kanssa on hyvä käydä säännöllistä keskustelua. Asiakkaiden suuntaan tulee viestinnän lisäksi tarjota aktiivista palveluohjausta sekä tietoa päätöksenteon tueksi. Lisäksi tulee varmistaa, että tuottajien viestintä asiakkaille on yhteisiin sääntöihin perustuvaa, sillä palveluseteli lisää helposti tuottajien halukkuutta kohdennettuun ja jopa aggressiiviseen markkinointiin asiakkaille.

**Järjestäjän toiminnan tehostamiseen ja toimintojen automatisointiin sekä työkalujen kehittämiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.** Kokeilu työllisti hankkeita ennakoitua enemmän ja järjestäjien tulee jatkossa kehittää toimintatapojaan sekä tarvittavia työkaluja systemaattiseen seurantaan, ohjaukseen ja toimintojen suunnitteluun kustannusten, laadun, vaikuttavuuden ja palvelutuotannon näkökulmasta. Tulevissa muutosvaiheissa on varmistettava riittävät resurssit, työnohjaus sekä vahva muutosjohtajuus.

**Tärkeimmät kehittämiskohteet liittyvät tietojärjestelmiin ja niiden yhteen toimivuuteen.** Kansallisten järjestelmien kehitystä tulee edelleen edistää, sillä esimerkiksi ostopalveluvaltuutus, laatu-, vaikuttavuus- ja kustannusindikaattorit sekä asiakaspalautejärjestelmä vaativat tuekseen yhdenmukaisia ja toimivia järjestelmiä. Toimivat ja helppokäyttöiset tietojärjestelmät rohkaisivat myös uusia kuntia hyödyntämään palvelusetelitä, sillä nyt laajemman käytön esteenä pidetään usein työllistäviä tietojärjestelmiä. Asiakkaiden näkökulmasta tietojärjestelmien osalta keskeiset kehittämiskohteet liittyvät helppokäyttöisyyteen sekä vertailutietojen saatavuuteen. Asiakkaan näkökulmasta keskeisiä tietoja ovat muiden asiakkaiden kokemukset erit tuottajista, palvelun sisällön kuvaus sekä palveluiden saatavuus.

**Henkilöstöä tulee kouluttaa ja tukea monituottajamallissa.** Henkilöstö sekä yksityisellä että julkisella puolella kokee tarvitsevansa lisää tietoa ja koulutusta oman alueensa sote-toimijoiden verkostoista sekä monialaiseen yhteistyöhön liittyen. Tarpeet ovat kokeilukauden jälkeenkin ajankohtaisia, sillä sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation tiivistyessä kasvaa yhteistyötahojen määrä. Lisäksi palvelusetelien käyttö lisääntynee myös jatkossa, mikä tarkoittaa, että yhteistyötä ja vuoropuhelua eri toimijoiden välillä tulee aktiivisesti lisätä, jotta varmistetaan hoitoketjun sujuvuus asiakkaan näkökulmasta. Julkisen henkilöstön näkökulmasta on myös kiinnitettävä huomiota prosessien ja työolosuhteiden kehittämisestä julkisen kilpailukyvyn varmistamiseksi.

**Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio vaatii aikaa toimiakseen.** Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiota tulee edistää pitkällä tähtäimellä, sillä toimivan yhteistyön luominen vaatii useita kokeilujen valossa useita vuosia ja kokeilukautta pidemmän ajan. Yhteistyöhön panostaminen kuitenkin kannattaa, sillä esimerkiksi sosiaaliohjaus tarjoaa parhaimmillaan kokonaisvaltaisia ratkaisuja asiakkaan tilanteeseen sekä tukee henkilökunnan työtä. Yhteistyön syventämistä kehittämistä esimerkiksi kannustinjärjestelmällä on harkittava muidenkin toimintojen osalta alueiden erityistarpeet ja väestöpohja huomioiden, jotta asiakkaille voidaan tarjota mahdollisimman hyvin tarpeisiin vastaavaa palvelua.

**Kokeilujen oppien hyödyntäminen myös kokeilun alueiden ulkopuolella on tärkeää laatu- ja kustannusvaikuttavuuden varmistamiseksi.** Kokeilujen opit antoivat lisää tietoa asiakkaiden käyttäytymisestä valintatilanteissa, mikä helpottaa jatkossa oikean korvaustason määrittämistä eri väestöpohjilla. Kokemuspohjaisen tiedon hyödyntäminen on tärkeää, sillä palvelusetelissä volyyymi riippuu sekä asiakkaiden että tuottajien toiminnasta, mikä eroaa ostopalvelusta, jossa kunta tai kuntayhtymä voi määrittää siirtyvien asiakkaiden määrän.

**Palvelusetelimalli tarjoaa keinon monipuolistaa tuottajaverkostoa.** Vaikka kokeilujen palvelupaketit eivät olleet pienille yrityksille kaikilta osin houkuttelevia, osallistui kokeiluihin kaiken kokoisia yrityksiä. Palvelusetelimalli mahdollistaakin suuria tuottajia suosivaa ostopalvelumallia paremmin eri kokoisten tuottajien osallistumisen. Palveluseteliin liittyvän liiketoimintaan voitaisiin pyrkiä vauhdittamaan esimerkiksi innovatiivisten ja tulosperustaisten hankintojen kautta. Palvelusetelimalli ei välttämättä itsessään lisää innovatiivisuutta tai tuo uusia palvelutuottajia, vaan olisi mietittävä keinoja, joilla voitaisiin edistää ja luoda intressejä uudelleenlaiselle liiketoiminnalle.

**Palvelusetelijärjestelmän kehittäminen tarjoaa toimivan keinon lisätä palveluiden saatavuutta ja asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluihin, mutta asiakkaiden yhdenvertaisuus on varmistettava.** Nykyinen lainsäädäntö tarjoaa mahdollisuuden palvelusetelijärjestelmän monipuoliseen käyttöön. Järjestelmää kehitettäessä ja laajennettaessa on kuitenkin huomioitava asiakkaiden yhdenvertaisuus, sillä asiakas ei voi vaatia itselleen palveluseteliä, ja nykyisellään kuntien halukkuus tarjota palveluseteleitä vaihtelee. Lisäksi palveluseteleitä tarjotaan varsin vaihtelevilla sisällöillä ja eri palveluissa eri kunnissa. Yhdenvertaisuuden näkökulmasta haasteita aiheuttaa myös asiakkaiden maksettavaksi tulevan omavastuuosuuden suuret vaihteluvälit. Myös palvelusetelin käyttöön liittyvää riskienhallintaa tulee kehittää ja järjestäjän olla varautunut erilaisiin tilanteisiin: kokeilu osoitti, että tuottajapuolella tapahtuu muutoksia ja ulkoiset tuottajat saattavat lopettaa melko nopeallakin aikataululla, jolloin järjestäjän on turvattava palveluiden saatavuus.



# Liitteet

## Liitteet 1 ja 2. Kokeilualueiden erityispiirteet ja korvausmallit.

	Hämeenlinna	Jyväskylä	Keski-Uusimaa	Päijät-Häme	Tampere	Ylä-Savo
<b>Kapitaatio-peruste</b>	Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio")	Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio"), joka laskettu erikseen kokeilussa mukana oleville kaupunginosille ja kunnille.	Eri korvaustekijöistä koostuva korvausmalli. Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio"), jota räätälöidään asiakkaan aiemman palvelunkäytön perusteella. Lisäksi tiettyjen arviointikriteerien perusteella bonus-sanktio, joka voi vaihdella +/- 5% keskipapitaatiosta. Kapitaatiot on laskettu erikseen kokeilussa mukana oleville kunnille.	Ikäryhmittäinen kapitaatio.	Eri korvaustekijöistä koostuva korvausmalli. Kiinteä vuosittainen kapitaatiokorvaus. Asiakkailta, joille tehty terveys- ja hoitosuunnitelma on korkeampi kapitaatiokorvaus.  Korvauksen määrittämisen taustalla on ollut julkisia palveluita käyttäneiden kustannukset ("käyttäjät-pohjainen kapitaatio").  Jos asiakas valitsee saman palveluntuottajan, jonka kanssa hänen työnsantajansa tai hän itse on sopinut työterveydenhuolto- ja palveluiden järjestämisestä, korvausmalli on seuraava: Kapitaatio-korvauksesta maksetaan kolmasosa erillisen sopimuksen mukaisesti ja diagnostisista tutkimuksista ne, jotka eivät sisälly työterveyshuoltosopimukseen. Suoriteperusteiset korvaukset maksetaan niistä palveluista, jotka eivät kuulu asiakkaan työterveyshuoltosopimukseen.	Eri korvaustekijöistä koostuva korvausmalli.  Palveluntuottaja perii myös asiakkailta omavastuusuuden, jonka suuruus vastaa kunkin mukana olevan kunnan asiakasmaksua.  Korvauksen määrittämisen taustalla on ollut julkisia palveluita käyttäneiden kustannukset ("käyttäjät-pohjainen kapitaatio").
<b>Kapitaatio korvausten määrät</b>	0-6 v: 102,79 € 7-64 v: 127,40 € 65-74 v: 379,80 € 75-84 v: 564, 25 € Yli 85v : 534,72 €	0-6 v: 130,05 € 7-64 v: 94,63 € 65-74 v: 269, 13 € 75-84 v: 408, 15 € Yli 85 v: 491, 37 €  Yllä esimerkkinä Jyväskylän keskustan kaupunginosa.	0-6 v: 145, 0 € 7-65 v: 148,0 € 65-74 v: 345,0 € 75-84 v: 458,9€ Yli 85 v: 415,0 €  Yllä esimerkkinä Hyvinkää.	0-17 v: 233,0 € 18-65 v: 279,0 € Yli 65 v: 385,0 €	Kapitaatiokorvaus on 150€ / asiakas /vuosi.  Asiakkaat, joille on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma on kapitaatiokorvaus on 250, 80 € / asiakas / vuosi.	Kapitaatiokorvaus on 262, 80 € / asiakas / vuosi.

	Hämeenlinna	Jyväskylä	Keski-Uusimaa	Päijät-Häme	Tampere	Ylä-Savo
<b>Kapitaatio-peruste</b>	Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio")	Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio"), joka laskettu erikseen kokeilussa mukana oleville kaupunginosille ja kunnille.	Eri korvaustekijöistä koostuva korvausmalli. Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio"), jota räätälöidään asiakkaan aiemman palvelunkäytön perusteella. Lisäksi tietyt arviointikriteerit perusteella bonus-sanktio, joka voi vaihdella +/- 5% keski-kapitaatiosta. Kapitaatiot on laskettu erikseen kokeilussa mukana oleville kunnille.	Ikäryhmittäinen kapitaatio.	Eri korvaustekijöistä koostuva korvausmalli. Kiinteä vuosittainen kapitaatiokorvaus. Asiakkailta, joille tehty terveys- ja hoitosuunnitelma on korkeampi kapitaatiokorvaus.  Korvauksen määrittämisen taustalla on ollut julkisia palveluita käyttäneiden kustannukset ("käyttäjät-pohjainen kapitaatio").	Eri korvaustekijöistä koostuva korvausmalli.  Palveluntuottaja perii myös asiakkailta omavastuuosuuden, jonka suuruus vastaa kunkin mukana olevan kunnan asiakasmaksua.  Korvauksen määrittämisen taustalla on ollut julkisia palveluita käyttäneiden kustannukset ("käyttäjät-pohjainen kapitaatio").
<b>Kapitaatio korvausten määrät</b>	0-6 v: 102,79 € 7-64 v: 127,40 € 65-74 v: 379,80 € 75-84 v: 564, 25 € Yli 85v : 534,72 €	0-6 v: 130,05 € 7-64 v: 94,63 € 65-74 v: 269, 13 € 75-84 v: 408, 15 € Yli 85 v: 491, 37 €  Yllä esimerkkinä Jyväskylän keskustan kaupunginosa.	0-6 v: 145, 0 € 7-65 v: 148,0 € 65-74 v: 345,0 € 75-84 v: 458,9€ Yli 85 v: 415,0 €  Yllä esimerkkinä Hyvinkää.	0-17 v: 233,0 € 18-65 v: 279,0 € Yli 65 v: 385,0 €	Kapitaatiokorvaus on 150€ / asiakas /vuosi.  Asiakkaita, joille on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma on kapitaatiokorvaus on 250, 80 € /asiakas / vuosi.	Kapitaatiokorvaus on 262, 80 € / asiakas / vuosi.

**owalg<sup>|||</sup>group**