

**KESKI-UUDENMAAN KUNTIEN  
PALVELUSETELIKOKEILUN  
LAAJENTAMINEN SUUN  
TERVEYDENHUOLTOON  
2017-2018**

**SUUN TERVEYDENHUOLLON  
HANKESUUNNITELMA**

**30.5.2017**

**(Päivitetty 14.6.2017)**

Hyvinkään kaupunki

Järvenpään kaupunki

Mäntsälän kunta

Nurmijärven kunta

Pornaisten kunta

Tuusulan kunta

## Käsitteitä ja termejä

Tässä hankesuunnitelmassa käytettävät käsitteet on määritelty alkuperäisessä hankesuunnitelmassa (Keski-Uudenmaan palvelusetelikokeilu 2016-2018, Hankesuunnitelma 15.12.2016).

## Sisällysluettelo

Käsitteitä ja termejä .....	2
Sisällysluettelo .....	2
Yhteenveto .....	3
1 Suun terveydenhuollon hankkeen tausta ja tavoitteet .....	5
1.1 Hankkeen tausta suun terveydenhuollon osalta .....	5
1.2 Hankkeen tavoitteet .....	8
2 Hankkeen toimijat ja sidosryhmät .....	10
2.1 Järjestäjän asema .....	10
2.1.1 Suun terveydenhuollon kokeilun järjestäjänä toimivat kunnat .....	10
2.2 Suun terveydenhuollon palveluntuottajan asema kokeilussa .....	10
2.2.1 Suun terveydenhuollon palveluntuottajat hankkeen toiminta-alueella .....	10
2.3 Asiakkaan asema .....	11
2.4 Asiakasmaksut .....	11
2.3.1. Asiakkaan palveluntuottajan valinta .....	14
2.3.2. Asiakkaat hankkeen toiminta-alueella .....	15
3 Hankkeen toteutus ja aikataulu suun terveydenhuollon kokeilussa .....	16
3.1 Valinnanvapausmallin toteutus .....	16
3.1.1 Palveluiden laajuus .....	16
3.1.2. Palveluohjaus erityistason palveluihin .....	19
3.1.3. Tietojärjestelmäratkaisut .....	19
3.1.4. Palveluntuottajien kelpoisuusehdot ja valintaprosessi .....	21
3.1.5. Korvaus- ja rahoitusmalli sekä laskutus .....	21
3.2 Hankkeen aikataulu .....	30
4 Hankkeen organisointi .....	30
4.1 Päätöksenteko ja valmistelu .....	30
4.2 Ohjaus hankkeen aikana .....	31
4.3 Viestintä- ja vaikuttamissuunnitelma .....	31
4.4 Riskienhallintasuunnitelma .....	31
4.5 Ulkopuolisen asiantuntijan tuki .....	31
5 Hankkeen tulosten ja vaikutusten arviointi .....	31
5.1 Seurattavat näkökulmat .....	32
6 Hankkeen resursointi ja kustannusarvio .....	32
Liitteet: Kustannusten tarkempi erittely .....	35

## Yhteenveto

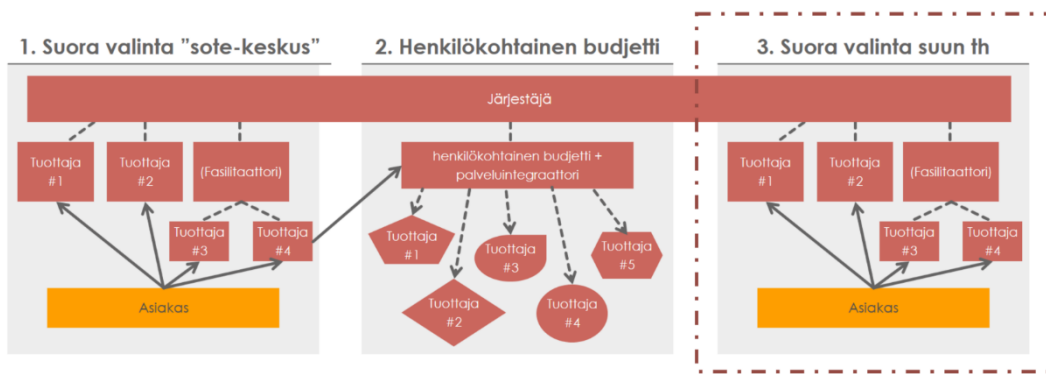
Tällä hakemuksella haetaan valtionavustusta, jolla nykyinen Keski-Uudenmaan palvelusetelikokeilu voidaan laajentaa myös suun terveydenhuoltoon. Keski-Uudellamaalla on ollut vireillä jo pitkään kuuden hakijana toimivan kunnan yhteinen sote-kehittämishanke, joka on mahdollistanut jo aiemmin myönnetyn valtionavustuksen suuntaamisen valinnanvapauden kokeiluun 200 000 asukkaan väestöpohjalla. Osassa kunnista on tarkasteltu jo aiemmin syvällisemmin myös suun terveydenhuollon palvelunkäyttöä ja laatua.

Keski-Uudenmaan palvelusetelikokeilun ylä tavoitteena on luoda vaikuttavampi sosiaali- ja terveystalouden järjestämismalli kasvattamatta kokonaiskustannuksia. Suun terveydenhuollon erityishaaste aiheutuu nykyisen julkisen tuen laajentumisesta kunnallisten palveluiden lisäksi kaikille aikaisemmin kela-korvattuja sekä yksityisesti rahoitettuja palveluita käyttäneille aikuisille. Suun terveydenhuollon kaksikanavaisen rahoituksen purkaminen aiheuttaa valtavan rahoituspaineen, joka kustannustavoitteen säilyttämiseksi, joudutaan siirtämään aikuisväestön omavastuuihin. Omavastuiden noustessa suurelle osalle väestöä liian korkeiksi, on riski, että palvelunkäyttö vähenee perushoidossa ja painottuu päivystysluontoiseen, yksittäisen oireen hoitoon. Samalla lisääntyy palvelunkäyttö sekä suun ja kasvojen erikoissairaanhoidossa että yleissairauksien hoidossa. Kokeilussa ei ole mahdollista siirtää rahoituspainetta asiakkaiden maksuosuuksiin, mutta kokeilussa saadaan arvokasta tietoa mm. siitä, kuinka suurta palveluiden vaihtohalukkuus on, ja ketkä ovat halukkaita käyttämään valinnanvapauttaan. Samalla voidaan arvioida suun terveydenhuollon valinnanvapauden mahdollisia kansallisia vaikutuksia huomioiden se, että asiakkaiden omavastuuosuus on tässä kokeilussa matalampi kuin se tulee todennäköisesti olemaan 1.1.2019 alkavissa palveluissa.

Hankkeessa kokeiltavalle suun terveydenhuollon toimintamallille on asetettu seuraavat tavoitteet:

1. Suun terveydenhuollon palveluiden tuottaminen nykyistä asiakaslähtöisemmin, laadukkaammin, tehokkaammin sekä paremmalla vaikuttavuudella valinnanvapautta toteuttaen
2. Sen selvittäminen, millaisin mekanismein siirtyminen suun terveydenhuollon kaksikanavaisesta rahoituksesta yksikanavaiseseen voidaan toteuttaa ilman, että järjestelmän kokonaiskustannukset kasvavat

Kuvassa 2 on esitetty tiivistetysti Keski-Uudenmaan palvelusetelikokeilun laajennus suun terveydenhuollon toimintamalliin



Kuva 2: Hankkeessa kokeiltavia toimintamalleja laajennetaan suun terveydenhuoltoon

Aidon valinnanvapauden toteutuminen edellyttää, että asiakkailta on valintavaiheessa riittävästi tietoa palveluntuottajista. Suun terveydenhuollon kokeilussa valintaa tekeville asiakkaille pyritään tarjoamaan mahdollisimman laajasti tietoa valinnan tueksi. Asiakkaiden tueksi kokeilussa tarjotaan vertailukelpoista tietoa sekä kunnallisten, että yksityisten palveluiden saatavuudesta ja laadusta, siinä laajuudessa kuin mahdollista. Kokeilussa saadaankin arvokasta tietoa laatu-tiedon esittämisen vaikutuksista asiakkaiden tekemiin valintoihin. Lainsäädäntöesityksessä perustellaan, että asiakkaan saatavilla tulisi olla palveluntuottajan perustietojen ja sijainnin lisäksi tietoa palvelujen saatavuudesta, hoidon laadusta, sekä käyttäjien palautteesta. Toistaiseksi on kuitenkin vain vähäisesti kokemuksia edellä mainittujen tietojen esittämisestä asiakkaille tai vaikutuksista asiakkaiden valintoihin. Tässä kokeilussa päästään arvioimaan saatavuus- ja laatu-tietojen esittämisen vaikutuksia asiakkaiden käyttäytymiseen suun terveydenhuollon palveluntuottajaa valittaessa. Laatu-tiedot esitetään laadun tunnuslukuna, joka koostuu useasta laatumittarista (kuvattu tarkemmin kappaleessa 3.1.5) vertailukelpoisesti kunnallisten sekä yksityisten palveluntuottajien välillä.

Laatu- ja saatavuustiedot on mahdollista tuoda asiakkaiden käyttöön suun terveydenhuollossa olemassa olevia ratkaisuja hyödyntäen ja laajentamalla. Keski-Uudenmaan kunnissa on jo aikaisempaa kokemusta jatkuvasta laadun mittaamisesta, ja laatumittareiden sisällön sekä kattavuuden laajentaminen kaikkiin kuntiin on siten toteutettavissa nopeallakin aikataululla. Järjestäjä vastaa hankkeessa yksityisen palvelutuotannon laatu-tietojen tuottamisesta tuottajilta kerättävän raakamuotoisen historiatiedon pohjalta. Tiedonkeruuta helpottaa se, että yksityisessä suun terveydenhuollossa on käytössä rajallinen määrä potilastietojärjestelmiä, joista laatumittareiden laskennassa käytettävät raakamuotoiset ja anonymisoidut tiedot voidaan kerätä osin samoja menetelmiä hyödyntäen. Saatavuustiedon esittäminen asiakkaille on mahdollista jakamalla ajanvaraustiedot olemassa olevien rajapintojen kautta. Yksityisten suun terveydenhuollon palveluntuottajien saatavuustietoja jaetaan jo nykyisin yksityisten rajapintojen kautta, ja tietojen yhdistämisestä kokeilun tarpeisiin on jo käyty alustavia keskusteluita. Kunnallisten palveluntuottajien saatavuustiedot voidaan tuoda näkyviin tarkalla tasolla samojen rajapintojen kautta (kustannukset huomioitu budjetissa). Myös asiakaspalautteen esittämisessä voidaan hyödyntää yksityisille palveluntuottajille aikaisemmin olemassa olevilla sivustoilla annettuja asiakkaiden arvioita.

Keski-Uusimaa tarjoaa kokeiluun erinomaisen toimintaympäristön. Alueen väestöpohja, n. 150 000 yli 17-vuotiasta asukasta, on riittävän laaja ja keskittynyt erilaisille keskusta- ja taajamamaisille alueille. Yksityistä suun terveydenhuollon palveluntarjontaa on alueella riittävästi, joten kokeilussa voidaan keskittyä kokoamaan jo olemassa olevista palveluntuottajista koostuva vaikuttava ja tehokas palveleva palveluverkosto.

Valinnanvapausmallin ohjauksen tärkein työkalu on palveluntuottajien korvaukset määrittävä korvaus- ja kannustinmalli. Pääosin palveluntuottajalle listautuneiden määrään perustuva kapitaatiopohjainen malli kannustaa palveluntuottajia kehittämään palvelutuotannon tehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä hyödyntämällä innovatiivisia toimintamalleja ja palveluiden digitalisaatiota. Kannustinjärjestelmälle annetaan riittävästi painoarvoa, jotta palveluntuottajilla on riittävät insenttiivit parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta. Malli kannustaa tuottajia kehittämään ja ottamaan käyttöön uusia palveluinnovaatioita myös itsenäisesti ilman julkisen toimijan aktiivista ohjausta. Kokeilussa annetaan erityistä painoarvoa pienten yritysten mahdollisuuksiin toimia valinnanvapausjärjestelmässä. Palveluntuottajilta edellytettävää palveluvalikoimaa tarkennetaan suunnitteluvaiheessa sekä hankkeen rahoittajan kanssa käytyjen keskustelujen perusteella. Pienten yritysten markkinoilla toimimista pyritään helpottamaan luomalla fasilitaattori, jolla voidaan keventää markkinaehtoisesti pienten palveluntuottajien hallinnollista taakkaa.

Palvelusetelikokeilussa ei ole tarkoituksena vain valmistaa hankkeeseen osallistuvia kuntia alueellisesti valinnanvapausjärjestelmään, vaan hankkeessa tuotetaan hyödynnettävissä olevaa kokemus- ja faktapohjaista tietoa muidenkin alueiden valinnanvapausmallien suunnitteluun ja toteutukseen. Kokeiltavien toimintamallien vaikutuksia palveluiden käyttöön ja kustannuksiin seurataan yksittäisten asiakkaiden tasolla läpi koko palvelujärjestelmän. Näin varmistetaan riittävän kattavan tiedon tuottaminen entistä vaikuttavamman sosiaali- ja terveystalouden järjestämismallin kehittämiseksi.

Asiakasmaksujen rooli on erittäin tärkeä suun terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta. Kappaleessa 2.4. on käsitelty tarkemmin asiakasmaksujen osuutta sekä nostettu esiin Keski-Uudenmaan kuntien kiinnostusta osallistua asiakasmaksuihin liittyviin kokeiluihin lainsäädännön mahdollistaessa. Esimerkiksi Ruotsissa osalle asiakkaista on tarjottu suoriteperusteisen hoidon rinnalla vaihtoehto osallistua kiinteähintaisesti tuotettuihin sairastavuuden perusteella hinnoiteltuihin palveluihin<sup>1</sup>.

## **1 Suun terveydenhuollon hankkeen tausta ja tavoitteet**

### **1.1 Hankkeen tausta suun terveydenhuollon osalta**

Keski-Uudenmaan sote-hankkeen kunnissa on käynnissä valinnanvapauskokeilu aiemmin myönnetyn valtionavustuksen turvin. Tällä hakemuksella haetaan valtionavustusta kokeilun laajentamiseksi suun terveydenhuoltoon. Alkuperäisessä hankesuunnitelmassa on esitetty useita perusteluita, miksi valinnanvapautta kannattaa kokeilla Keski-Uudenmaan kunnissa. Perustelut ovat pääosin samankaltaisia myös suun terveydenhuollon osalta.

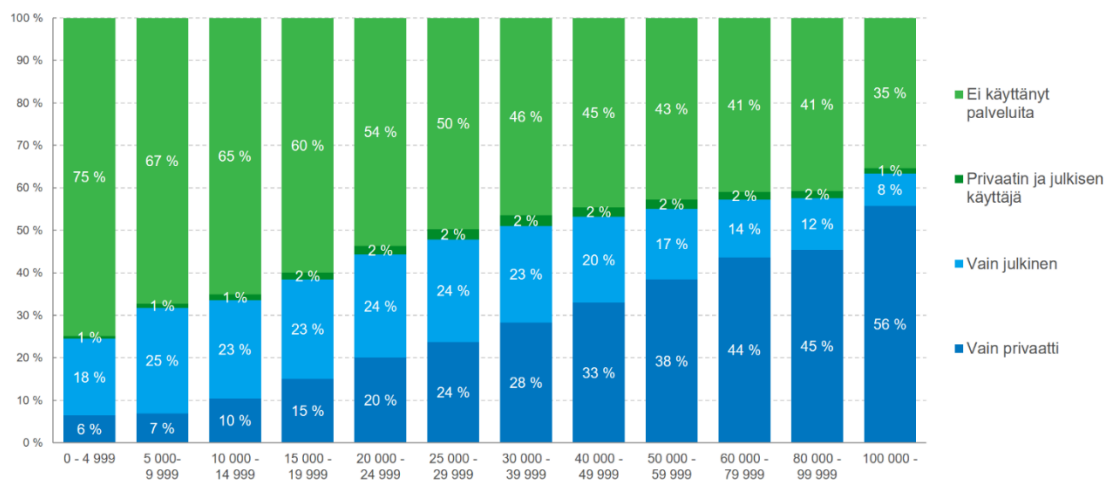
Sote-keskusten kannalta on keskeistä tunnistaa, että pieni osa väestöstä kerryttää suuren osan koko väestön sote-kustannuksista. Suun terveydenhuollon palvelut ja kustannukset kohdentuvat

---

<sup>1</sup> Andås, CA. A new Payment Model in Swedish Dental Care. Väitöskirja. University of Gothenburg 2015.

tasaisemmin koko väestölle, vaikkakin suusairauksilla, etenkin yleisellä kansansairaudella, parodontiitilla<sup>2</sup>, on useita tunnistettuja ja merkittäviä yhteyksiä yleissairauksiin.<sup>34</sup>

Suun terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen liittyy erityishaaste, joka aiheutuu nykyisen julkisen tuen laajentumisesta kunnallisten palveluiden lisäksi kaikille aikaisemmin kela-korvattuja sekä yksityisesti rahoitettuja palveluita käyttäneille aikuisille. Aikuisten palvelunkäyttö on jakautunut nykyisin melko tasaisesti julkisen ja yksityisen sektorin kesken. Kaksikanavaisen rahoituksen purkamisen aiheuttaa rahoituspaineen, joka joudutaan siirtämään osittain aikuisväestön omavastuusiin järjestämismallille asetettuun kustannustavoitteeseen pääsemiseksi. Toinen suun terveydenhuollon palveluilla tyypillinen piirre on palvelunkäytön jakautuminen asiakkaiden tulotason mukaan. Muun muassa Oulussa vuonna 2013 tehdyssä tarkastelussa havaittiin, että alemmissa tuloluokissa käytettiin suhteellisesti enemmän julkisia palveluita ja korkeammissa tuloluokissa vastaavasti enemmän yksityisiä palveluita<sup>5</sup> (Kuva 3). Alemmissa tuloluokissa palveluiden käyttämättömyys oli myös yleisempää kuin korkeammissa tuloluokissa. Tarkastelu rajautui yhden vuoden suun terveydenhuollon palvelunkäyttöön.



Kuva 3: Suun terveydenhuollon palveluiden peittävyys tuloluokittain Oulussa vuonna 2013, osuus aikuisväestöstä

Kokonaiskustannusten hallinnan näkökulmasta Keski-Uudenmaan suun terveydenhuollon palvelusetelikoelussa ei ole kuitenkaan mahdollista nostaa asiakkaiden omavastuuosuuksia kuntien nykytasoa korkeammalle. On mahdollista, että osa nykyisin yksityisiä palveluntuottajan palveluita käyttäneistä valitsee edelleen saman palveluntuottajan kokeilussa, jolloin asiakkaiden

<sup>2</sup> Terveys 2000 ja Terveys 2011 tutkimusten mukaan jopa 64% osuus yli 30-vuotiaista sairastaa parodontiittia.

<sup>3</sup> Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2008 Dec;23(12):2079-86. doi: 10.1007/s11606-008-0787-6. Epub 2008 Sep 20.

<sup>4</sup> Chistiakov DA, Orekhov AN, Bobryshev YV. Links between atherosclerotic and periodontal disease. *Exp Mol Pathol.* 2016 Feb;100(1):220-35. doi: 10.1016/j.yexmp.2016.01.006. Epub 2016 Jan 14.

<sup>5</sup> Kela (Nordic Healthcare Groupin toteuttama analyysi Sitran, Kelan ja Oulun kanssa toteutetusta yhteishankkeesta). Julkaistu Hennamari Mikkolan blogissa <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/wp-content/uploads/2015/09/blogi-mikkola-etc-2b.jpg> 8/2015

omavastuuosuus voi laskea jopa 85%:sta noin 40%:iin. Ottaen huomioon, että noin puolet aikuisten palvelutuotannosta tapahtuu nykyisin yksityisissä palveluissa, kokeilun seurauksena tapahtuva asiakkaiden laajamittainen siirtyminen voisi aiheuttaa merkittävän rahoitusvajeen. Edellä mainituista syistä johtuen, kokeiluun osallistuvien asiakkaiden määrää joudutaankin todennäköisesti rajoittamaan mahdollisesti myönnettävän valtionavustuksen määrästä riippuen.

Kokeilussa saadaan kuitenkin arvokasta tietoa mm. siitä, kuinka suurta palveluiden vaihtohalukkuus on ja ketkä ovat halukkaita käyttämään valinnanvapauttaan. Samalla voidaan arvioida suun terveydenhuollon valinnanvapauden kansallisia vaikutuksia huomioiden se, että asiakkaiden omavastuuosuus on tässä kokeilussa matalampi kuin se tulee todennäköisesti olemaan 1.1.2019 alkavissa palveluissa.

Aikaisemmin kunnallisia palveluita käyttäneet, mutta kokeilussa yksityisiin palveluihin hakeutuvat vähentävät kunnallisten palveluiden rahoitustarvetta rahoituksen kohdentuessa kokeilussa yksityisesti tuotettuihin palveluihin. Kokeilussa kunnallisista palveluista yksityisiin siirtyvät aiheuttavat täten sopeutustarvetta kunnallisiin palveluihin kokonaisrahoituksen säilyessä ennallaan. Sen sijaan aikaisemmin yksityisiä palveluita pääosin omarahoitteisesti käyttäneet, nyt kokeilun kautta yksityisesti tuotettuihin julkisesti rahoitettuihin palveluihin hakeutuvat, aiheuttavat kokeilussa merkittävän lisärahoitustarpeen. Yksityistä palveluntuotantoa rahoitetaan tällä hakemuksella haettavalla valtionavustuksella, niiltä osin, kuin kysyntä ei siirry kunnallisista palveluista yksityisiin.

Suun terveydenhuollossa suositellaan koko väestölle säännöllisiä tarkastuksia. Kariuksen hallinnan käypä hoito -suosituksessa pisin suositeltu tarkastusväli koko väestölle on kolme vuotta. Kuitenkin vain osa aikuisväestöstä käyttää säännöllisiä suun terveydenhuollon palveluita. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla toteutetussa tutkimuksessa<sup>6</sup> kolmannes aikuisväestöstä ei ollut käynyt lainkaan tarkastuksessa kunnallisissa tai kela-korvatuissa yksityisissä palveluissa viiden vuoden tarkastelujaksolla, vaikka 83% oli käyttänyt samalla ajanjaksolla suun terveydenhuollon palveluita. Säännölliset aikuisväestön suun terveystarkastukset ovat tavoiteltavia, mutta niiden laaja ja tiheä toteutuminen lisääisi nykyisellään palveluiden käyttöä ja nostaisi osaltaan asiakkaiden omavastuuosuuksia nykyisestä. Erityinen riski on, että mikäli entistä suurempi osuus julkisesta rahoituksesta menee vähän palveluita käyttävän aikuisväestön säännöllisten tarkastusten rahoittamiseen, sillä se vähentää julkisen rahoituksen määrää muussa hoidossa.

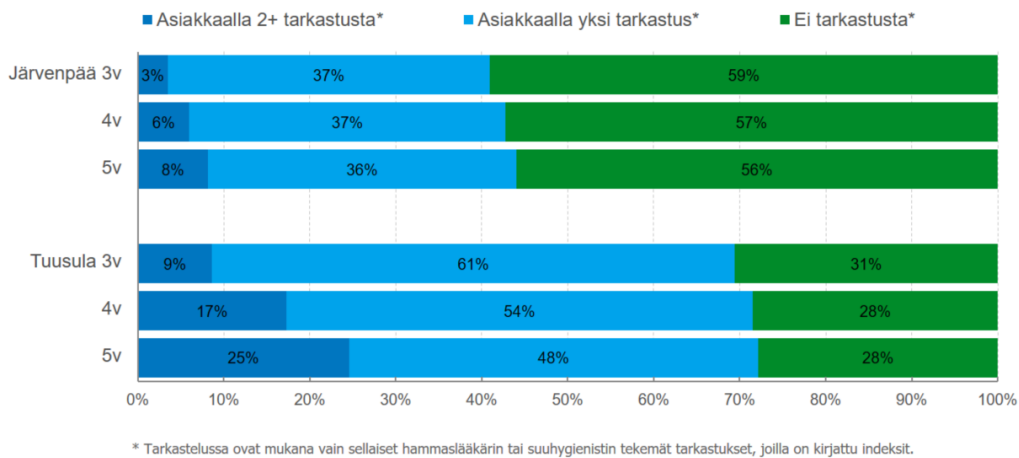
Pitkällä aikavälillä säännöllisen hoidon lisääntymisestä aiheutuva palvelunkäyttö voisi vähentää kiireellisen hoidon tarvetta. Toisaalta merkittävä osa kiireellisestä hoidosta liittyy sairaudesta riippumattomaan, aikaisemmin toteutetun korjaavan hoidon täydentämiseen, kuten karieksesta riippumattomista syistä irronneiden yhdistelmämuovipaikkojen uusintoihin. Siten osa kiireellisen hoidon tarpeesta voi vähentyä vain hitaasti, kun väestön kumulatiivinen paikattujen hampaiden määrä vähenee.

Järvenpäässä ja Tuusulassa aikuisten keskimääräinen tarkastusväli on noin 2,2 vuotta (viiden vuoden tarkastelujaksolla), niillä aikuisilla jotka ovat käyneet viiden vuoden tarkastelujaksolla vähintään kahdessa tarkastuksessa (mukana vain indeksilliset tarkastukset). Toisaalta tarkastelussa havaittiin, että vain pieni osa (Järvenpäässä 8% ja Tuusulassa 25%) aikuisasiakkaista kävi indeksillisissä tarkastuksissa kaksi kertaa viiden vuoden tarkastelujaksolla (Kuva 4). Tulee huomioida, että mukana

---

<sup>6</sup> Kallio Jouko, Kallio Johanna, Pesonen T., Rahkonen O., Murtooma H. Hammaspalvelujen käyttämättömyys – Voiko syynä olla muutakin kuin terveet hampaat? Yhteiskuntapolitiikka 78 (2013):1.

tarkastelussa ovat myös kunnan pelkkää kiireellistä hoitoa käyttäneet asiakkaat, joista osa on voinut käydä tarkastuksessa yksityisissä palveluissa.



Kuva 4: Aikuisasiakkaiden jakautuminen kunnallisissa suun terveydenhuollon palveluissa indeksillisten tarkastusten lukumäärän mukaan 3, 4 ja 5-vuoden tarkastelujaksoilla (2012-2016).

Nykyiset aikuisväestön tarkastuskäytännöt pyritään huomioimaan kokeilussa suunniteltavassa toimintamallissa. Haasteina on sovittaa kunnallisen nykyiset tarkastuskäytännöt toisaalta yhteneviksi järjestelmässä tavoiteltavien tarkastusvälien kanssa sekä toisaalta asiakkaiden subjektiivisen hoidontarpeen kanssa. Tähän haasteeseen on paneuduttu tarkemmin suun terveydenhuollon hankesuunnitelman kappaleessa 3.1.1.

## 1.2 Hankkeen tavoitteet

Suun terveydenhuollon palvelusetelihankkeen päätavoite on yhteneväinen käynnissä olevan palvelusetelihankkeen kanssa (Keski-Uudenmaan palvelusetelikokeilu 2016-2018, Hankesuunnitelma 15.12.2016). **Hankkeen ensisijaisena tavoitteena on luoda nykyistä vaikuttavampi sosiaali- ja terveystalouden järjestämismalli kasvattamatta kokonaiskustannuksia.** Käynnissä olevan perusterveydenhuollon palvelusetelihankkeen tavoitteissa huomioidaan satunnaisesti vastaanottopalveluja käyttävien sekä paljon palveluita tarvitsevien tarpeet. Suun terveydenhuollon palveluissa on tärkeää tukea erityisesti paljon palveluita tarvitsevien suun hoidon tarpeita, johtuen suusairauksien yhteyksistä useisiin yleissairauksiin. Suorassa valinnassa olevien suun terveydenhuollon palveluiden tavoitteet kuitenkin poikkeavat aikaisemmassa hankesuunnitelmassa esitetyistä muiden vastaanottopalveluiden tavoitteista.

Keski-Uudenmaan kunnat ovat asettaneet suun terveydenhuollon suoran valinnan kokeilulle seuraavat tavoitteet:

1. Suun terveydenhuollon palveluiden tuottaminen nykyistä asiakaslähtöisemmin, laadukkaammin, tehokkaammin sekä paremmalla vaikuttavuudella valinnanvapautta toteuttaen
2. Sen selvittäminen, millaisin mekanismein siirtyminen suun terveydenhuollon kaksikanavaisesta rahoituksesta yksikanavaisen voidaan toteuttaa ilman, että järjestelmän kokonaiskustannukset kasvavat



Suun terveydenhuollon valinnanvapaudesta ja sen vaikutuksista Suomessa ei ole toistaiseksi juurikaan kokemuksia. Tässä hankkeessa pyritään keräämään ensikokemuksia suun terveydenhuollon valinnanvapauden vaikutuksista siten, että myös muut Suomessa valinnanvapausjärjestelmän piiriin tulevat alueet voivat hyödyntää Keski-Uudenmaan kuntien kokeilusta saatuja kokemuksia. Tarkoituksena on myös kehittää järjestämismallia, sekä jakaa ensivaiheen kokemuksia muiden myöhemmin alkavien suun terveydenhuollon kokeilujen kanssa. Ottaen huomioon yksityisen palveluntuotannon merkittävän roolin suun terveydenhuollon palveluissa, on kiinnostavaa nähdä, mitkä asiakassegmentit lähtevät hyödyntämään valinnanvapautta ja toisaalta millainen vaikutus laatu- ja saatavuustiedon esittämisellä on asiakkaiden käyttäytymiseen. Valinnanvapaus kunnallisten palveluiden välillä on ollut voimassa jo aikaisemmin, mutta tällöin kunnallista suun terveydenhuollon palveluntuottajaa ei ole voinut valita erikseen, vaan samalla on valittu myös perusterveydenhuollon organisaatio. Nyt esitetyssä suunnitelmassa tämä muuttuu, kun asiakkaat voivat valita yksityisen palveluntuottajan.

Valinnanvapauslakiesityksen 1§:n mukaisesti lain tarkoituksena on myös parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. Hallituksen esityksen mukaan: ”Jotta valinta olisi informoitu ja palvelisi asiakkaan tarpeita parhaiten, tulisi asiakkaan saatavilla olla palvelun tuottajaan liittyvät perustiedot, palvelun sijainti, palvelujen saatavuus, hoidon laatuun liittyvät arviot ja käyttäjien antama palaute palvelun toimivuudesta.” Kilpailu voi tapahtua laatutekijöillä vain, jos asiakkaalla on mahdollisuus käyttää laatutietoa yhtenä valintaperusteena. Toistaiseksi missään kokeilussa ei ole vielä päästy arvioimaan, millaisia vaikutuksia laatutiedon esittämisellä on asiakkaan valintaan. Tämän kokeilun yhtenä tavoitteena on tarkastella, millaisia vaikutuksia saatavuus- ja laatutiedon esittämisellä on asiakkaan valintaan.

Kunnallisten palveluntuottajien laatutietojen laskennasta Keski-Uudenmaan kunnissa on jo aikaisempaa kokemusta. Yksityisten palveluntuottajien laatutiedon esittäminen edellyttää, että palveluntuottaja antaa järjestäjälle luvan kerätä historiatiedot aikaisemmasta palvelutuotannosta. Mikäli palveluntuottaja ei anna lupaa, asiakkaille joudutaan esittämään, että kyseisen palveluntuottajan osalta ei ole laatutietoa saatavilla. Mikäli yksityinen palveluntuottaja antaa luvan laatutiedon keräämiseen, on järjestäjän vastuulla järjestää tiedonkeruu ja laatutiedon laskeminen vertailukelpoisesti kunnallisten toimijoiden kanssa.

Laadun tunnusluku perustuu useampaan palveluiden laatua kuvaavaan mittariin sekä niiden painotuksena laskettuun yhteen laatua kuvaavaan lukuun. Lähtökohtaisesti laatumittarit ovat samoja, kuin kannustin-sanktiomallin laatumittarit, pois lukien asiakastytyväisyys, joka tulee esittää omana tietonaan. Laatutietojen laskenta on kuitenkin riippuvaista palveluntuottajilta kerättävän tiedon laadusta sekä lähdejärjestelmien ominaisuuksista. Siksi järjestäjä pidättää itsellään oikeuden tarvittaessa muuttaa laatua koskevan tunnusluvun laskennassa käytettäviä mittareita sekä niiden painotuksia.

Tässä hankesuunnitelmassa tavoitellaan järjestelmää, jossa tavoitettaisiin myös se osa väestöstä, joka jäisi helposti muuten palveluiden ulkopuolelle. Hyödyntämällä asiakkaiden aikaisempia hoidon tarpeeseen perustuvia hoitosuunnitelmia voidaan hillitä tarkastusten/tutkimusten ja sen myötä kustannus lisääntymistä ja omavastuuosuuksien tarpeetonta korottamista. Rahoitusvaje vaikeuttaa silloin vähemmän julkisesti tuetun hoidon kohdentamista koko väestölle. Palveluntuottajille asetettua kannustin-sanktiojärjestelmää voidaan osaltaan hyödyntää, esimerkiksi luomalla palveluntuottajille riittäviä kannusteita tarkastaa myös muutoin palveluiden ulkopuolelle jääviä listoillaan olevia asiakkaita.

## **2 Hankkeen toimijat ja sidosryhmät**

### **2.1 Järjestäjän asema**

Suun terveydenhuollon kokeilussa järjestäjän asema on sama kuin käynnissä olevassa palvelusetelikokeilussa. Meneillään olevan palvelusetelikokeilun hankesuunnitelmassa kuvattu ns. fasilitaattori on erityisen tärkeä suun terveydenhuollon palveluissa. Suun terveydenhuollon palveluissa pienten palveluntuottajien rooli on hyvin merkittävä, ja pienten tuottajien osallistumisen mahdollistaminen on erityisen tärkeää kokeilun kannalta.

Järjestäjä vastaa kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien laatutiedon esittämisestä asiakkaalle palveluita valittaessa. Mikäli kokeiluun osallistuva yksityinen palveluntuottaja antaa luvan laskea laatutietoja historiallisen palveluaineiston perusteella, järjestäjä vastaa tiedonkeruusta sekä laatumittareiden laskennasta siltä osin kuin sille ei tule ylivoimaisia esteitä.

#### **2.1.1 Suun terveydenhuollon kokeilun järjestäjänä toimivat kunnat**

Järjestäjänä toimivat kunnat on kuvattu alkuperäisessä hankehakemuksessa. Hankekunnissa täysi-ikäisten osuus koko väestöstä on pienempi kuin Suomessa keskimäärin. Keski-Uudenmaan kunnissa asuu yhteensä noin 150 000 täysi-ikäistä asukasta.

### **2.2 Suun terveydenhuollon palveluntuottajan asema kokeilussa**

Suun terveydenhuollon palveluntuottajien asema vastaa aikaisemmassa hakemuksessa esitettyä palveluntuottajan asemaa suun terveydenhuollon osalta.

Järjestäjä voi halutessaan varata sopimuksessa oikeuden pistokokeiden järjestämiseen palveluntuottajan tiloissa, tarkoituksenaan valvoa palveluntuottajien laatua tai arvioida kokeilun aikana mahdollisesti nousseita epäilyjä toiminnan epäkohdista.

Mikäli palveluntuottaja on antanut järjestäjälle luvan kerätä tarpeelliset tiedot aikaisemmasta palvelukäytöstä ja kirjauksista, sekä laskea sen perusteella laatumittarit, ei palveluntuottajalla ole enää jälkikäteen oikeutta päättää asiakkaille valintavaiheessa esitettävän laatutiedon näkyvyydestä kokeilun aikana.

#### **2.2.1 Suun terveydenhuollon palveluntuottajat hankkeen toiminta-alueella**

Lääkäripalveluiden tavoin, myös suun terveydenhuollon palveluiden tarjonta Keski-Uudenmaan alueella on muuta maata runsaampaa. Yksityisten suun terveydenhuollon suhteellinen palveluiden käyttö on yleisempää Keski-Uudenmaan kunnissa kuin Suomen kunnissa keskimäärin. Noin 45% kaikista suun terveydenhuollon kunnallisista ja Kelan korvaamista täysi-ikäisten käynneistä vuosina 2014-2015 oli tehty Kelan korvaamina<sup>7</sup>. Vastaava luku on kaikissa Suomen kunnissa keskimäärin

---

<sup>7</sup> Sotkanet julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon käynnit vuosina 2014-2015

40%. On hyvä myös huomioida, että tarkastelussa eivät ole lainkaan mukana sellaiset yksityisillä palveluntuottajilla tehdyt käynnit, joista ei ole saatu tai haettu kela-korvauksia.

Suun terveydenhuollossa tyypillisten pienten tuottajien toimimista markkinoilla voidaan tukea fasilitaattori-toiminnan avulla. Pienillä tuottajilla voi olla joissain tapauksissa haasteita täyttää kaikkia palveluvalikoimaan kuuluvia palveluita, mikäli ne edellyttävät erityisosaamista. Valinnanvapauskokeilussa edellytetään sitoutumista ennalta määritellyn palveluvalikoiman tarjoamiseen kokonaisuudessaan. Tilanne on uusi, sillä aikaisemmin suun terveydenhuollon palveluntuottajat ovat voineet rajata palvelunsa oman osaamisen perusteella, mutta jatkossa osa erikoisosaamisesta joudutaan hankkimaan muilta toimijoilta tuottajien keskinäisillä alihankintasopimuksilla. Fasilitaattori voi tukea pienten toimijoiden mahdollisuuksia osallistua kokeiluun esimerkiksi jakamalla tuottajien välillä tietoa alueella saatavilla olevista kokeilun piiriin kuuluvista erikoispalveluista.

### 2.3 Asiakkaan asema

Asiakkaan asemaan sovelletaan potilaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia. Asiakkaan oikeussuojakeinoina lainsäädännön mukaan ovat mm. muistutukset, kantelut, valitukset ja potilasvahinkoilmoitukset sekä potilasasiamiehen palvelut. Pääperiaatteena on, että asiakkaan saaman palvelun saatavuus ja laatu eivät saa heikentyä palvelusetelikokeilun aikana. Kokeilussa hyödynnetään kokemusasiantuntijoiden palveluita.

Lainsäädäntöesityksen 12 §:n mukaan suoran valinnan suun terveydenhuollon yksikön valintaa eivät tee alle 18-vuotiaat neuvola- ja kouluterveydenhuoltoon kuuluvat, eivätkä opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvat. Kokeiluun ei täten oteta mukaan kouluterveydenhuollon tai opiskeluterveydenhuollon palveluiden piiriin kuuluvia asiakkaita. Laitoshoidossa olevat asiakkaat eivät ole tämän kokeilun piirissä. Laitoshoidon on määritelty tässä terveydenhuoltolain 67 §:n mukaisesti, tarkoittaen hoitoa tai kuntoutusta terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastolla tai sitä vastaavissa olosuhteissa.

Asiakasmaksut kerätään järjestäjän toimesta jälkikäteen palveluntuottajan toimittamien tietojen perusteella. Kuntien suun terveydenhuollon asiakasmaksut perustuvat asetukseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (9.10.1992/912). Kokeilussa noudatetaan voimassa olevaa lainsäädäntöä asiakasmaksujen keräämisessä, sekä sovelletaan kokeiluun osallistuvien yksityisten palveluntuottajien valitsemiin asiakkaisiin samansuuruisia asiakasmaksuja kuin kunnalliseen palveluntuotantoon.

### 2.4 Asiakasmaksut

Hankkeessa hyödynnetään nykyistä voimassa olevaa lainsäädäntöä, mm. palvelusetelilakia sekä asiakasmaksulakia, suun terveydenhuollon suoran valinnan kokeilemiseksi. Tässä kappaleessa on kuitenkin pohdittu asiakasmaksujen vaikutuksia suun terveydenhuollon palveluihin, valinnanvapauden aiheuttaessa todennäköisesti joka tapauksessa muutostarpeita asiakasmaksuihin. Toisaalta asiakasmaksuja voitaisiin osaltaan hyödyntää palvelujärjestelmän terveystavoitteiden tavoittelemisessa.

Hampaattomuus, karies sekä iensairaudet ovat merkittäviä kansanterveysongelmia, joiden haitoista kärsii suuri osa väestöstä. Asiakaskäyttäjymisellä voidaan kuitenkin vaikuttaa merkittävästi suusairauksien esiintymiseen. Käypä hoito -suositusten mukaan kariesta hallitaan ensisijaisesti

terveellisillä elämäntavoilla<sup>8</sup>, myös huono suuhygienia yhtenä tekijänä altistaa krooniselle parodontiitille<sup>9</sup>. Kapitaatioon perustuva korvausmalli kannustaa palveluntuottajia tukemaan asiakkaita positiivisiin elintapamuutoksiin.

Nykyisinkin suun terveydenhuollon asiakkailta on korkeiden omarahoitusosuuksien johdosta taloudellinen kannuste huolehtia itsenäisesti omahoidosta ja välttää suun terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamaa hoitoa ja korjaavaa hoitoa. Nykyinen järjestelmä ei kuitenkaan sisällä tarkoituksenmukaisesti suunniteltuja kannusteita, eikä asiakkaita esimerkiksi kannusteta käyttämään suun terveyttä edistäviä tai ylläpitäviä palveluita sen voimakkaammin kuin korjaavan hoidon palveluitakaan. Asiakasmaksuihin olisikin mahdollista liittää kannustinjärjestelmä, jossa asiakkaalle voitaisiin esimerkiksi antaa alennusta terveystottumusten parantuessa. Mikäli suun terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädännön kehittämistyö antaisi tulevaisuudessa mahdollisuuksia asiakasmaksuihin liittyvien kannusteiden kokeilemiseen, olisi Keski-Uudenmaan kunnissa tähän kiinnostusta.

Ruotsissa järjestetyssä suun terveydenhuollon kapitaatiokokeilussa asiakkaille tarjottiin mahdollisuutta sitoutua kolmen vuoden määräaikaan kiinteähintaiseen sopimukseen<sup>10</sup>. Asiakaskohtainen maksuluokka määritettiin sen perusteella, kuinka suureksi nähtiin asiakkaan riski suusairauksien kehittymiselle sopimuskauden aikana. Asiakaskohtaiseen riskiin perustuvia maksuluokkia oli yhteensä 10, korkeammassa sairastavuusryhmissä olevilla asiakkailta oli korkeammat kuukausimaksut (Kuva 5).

Risk group	20-29 and >75 yrs.*		30-74 yrs.*	
	SKR/month	SKR/yr.	SKR/month	SKR/yr.
1	50	600	62	774
2	61	732	73	876
3	76	912	88	1056
4	110	1320	122	1464
5	166	1992	178	2136
6	223	2676	235	2820
7	317	3804	329	3948
8	446	5352	458	5496
9	653	7836	665	7980
10	885	10620	897	10764

\* Age groups differ according to General Dental Cost Refund scheme (ATB), amounting to 150 SEK/yr. and SEK 300/yr., respectively.

Kuva 5: Asiakaskohtaiseen riskiin perustuvat maksuluokat (Andås 2015).

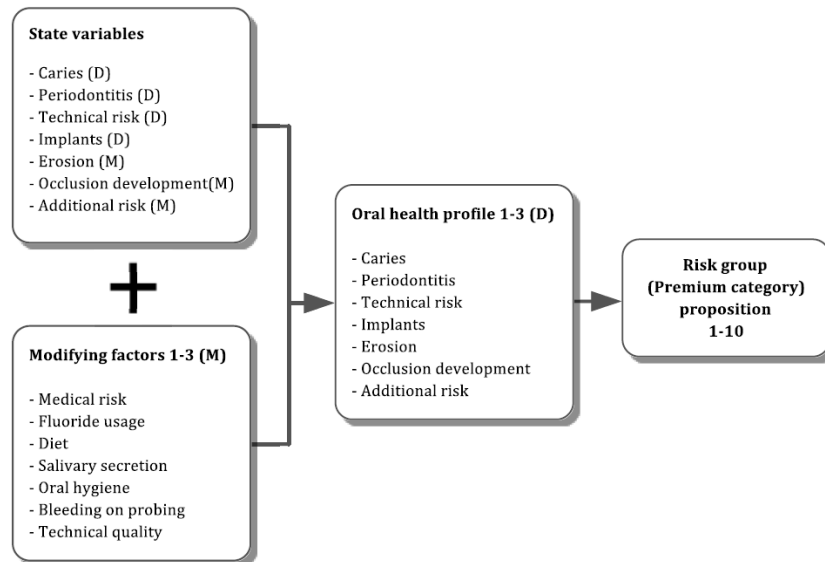
Kiinteähintaiseen palveluun osallistuneiden suun terveys parani merkittävästi perinteiseen toimenpidepohjaiseen järjestelmään verrattaessa (Andås 2015). Terveiden paranemista selittää

<sup>8</sup> Hausen H., Pöllänen M., Alaluusua S., Anttonen V., Jokela J., Järvinen M., Merne-Granström M., Pienihäkkinen K. Kariuksen hallinta -käypä hoito suositus. Duodecim ja Apollonia 2014.

<sup>9</sup> Könönen E., Gürsoy M., Hiiri A., Suomalainen K., Tervonen T., Uitto V.-J., Varrela T. Parodontiitin Käypä hoito-suositus, 2010

<sup>10</sup> Andås, CA. A new Payment Model in Swedish Dental Care. Väitöskirja. University of Gothenburg 2015.

osaltaan myös asiakkaiden oma aktiivinen siirtyminen kiinteähintaiseen palveluun. Asiakkaiden riskiryhmät määritettiin useiden aikaisempaa sairastavuutta tai terveyskäyttäytymistä kuvaavien tietojen perusteella (Kuva 6).



Capital letters in brackets refer to how procedures are added; D = digitally, retrieved directly from chart, or M = manually, self-rated by patient or estimated by dental personnel.

Kuva 6: Asiakkaiden riskiryhmien määrittely aikaisempien tietojen perusteella.

Nykyiset toimenpidepohjaiset asiakasmaksut palvelevat pääasiassa palveluiden rahoittamisen tarpeita, eikä niillä ole juurikaan terveystaloudellisia tavoitteita. Kiinnostavaa olisikin kokeilla, olisiko erilaisilla asiakasmaksujen määrätymisperusteilla terveysvaikutuksia. Esimerkiksi, olisiko sillä vaikutusta, mikäli asiakasmaksut perustuisivatkin toimenpiteiden sijaan alkutarkastuksessa havaitun hoidontarpeen pohjalta tehtävään hoitosuunnitelmaan. Olisiko asiakasta helpompi motivoida toteuttamaan oma osuutensa hoitosuunnitelmasta, jos asiakasmaksu kohdentuisi korjaavan toimenpiteen sijaan koko hoitojakson hoitosuunnitelmaan? Voisivatko hoitosuunnitelmakohtaiset asiakasmaksut auttaa sekä ammattilaista että asiakasta keskittymään hoitosuunnitelmaan, sekä sen tavoitteisiin ehkäistä uuden korjaavan hoidon tarvetta?

Olisi myös houkuttelevaa siirtää asiakasmaksujen painopistettä enemmän korjaavaan hoitoon ja näin tukea säännöllistä palvelukäyttöä. Toisaalta tarkastusten jakautuessa laajasti koko väestölle ovat ne toistaiseksi kriittinen rahoituskanava suun terveydenhuollon palveluiden rahoittamisessa. Alla olevassa taulukossa asiakkaiden hoidontarve on jaoteltu karkeasti viiteen ryhmään alkutarkastuksessa tehtyjen havaintojen perusteella. Ensimmäisessä ryhmässä ovat kaikkein terveimmät ja viimeisessä kaikkein eniten hoidontarpeessa olevat aikuiset. Tarkastelussa on huomioitu kaikki aikuiset, jotka ovat käyneet tarkastuksessa. Tulee kuitenkin huomioida, että merkittävä osa aikuisväestöstä ei käy lainkaan tarkastuksissa, vaan käyttää pelkkiä päivystysluontoisia palveluita. Näiden aikuisten kustannuksia ei ole huomioitu alla olevassa taulukossa (Taulukko 1). Havaitaan, että asiakkaan hoitojakson kustannukset vaihtelevat hyvin paljon, riippuen tarkastuksessa havaitusta hoidontarpeesta. Samaa alustavaa jaottelua on käytetty myöhemmin kappaleessa 3.1.5, määriteltäessä suun terveydenhuollon korvausmallin suoriteperusteisia korvauksia. Painokertoimia ei ole

suhteutettu taulukossa hoitajaksojen kustannuksiin, vaan lopulliset painokertoimet (x, y, x) määritellään suunnitteluvaiheessa korvausmallin kokonaisarvioinnin yhteydessä.

	Hoidontarve	Alustavat kriteerit	Peittävyys	EUR/jakso	Kerroin
1	Ei hoidontarvetta	D 0 ja CPI-max 0-2 (tai indeksit puuttuvat)	56 %	270	1,00
2	Varhishoidon tarvetta (ei korjaavaa hoitoa)	Esim. uusia alkavia karieshavaintoja ja (BOP% > 20% tai vastaava)	Sis. 1-ryhmään	~300	1,10
3	Korjaavan hoidon tarvetta	D 1-3 (ja CPI-max 0-2)	22 %	407	X
4	Merkittävää korjaavan hoidon tarvetta karies <b>TAI</b> paro	D 4+ <b>TAI</b> CPI-max 3-4	20 %	573	Y
5	Merkittävää korjaavan hoidon tarvetta: karies <b>JA</b> paro	D 4+ <b>JA</b> CPI-max 3-4	3 %	890	Z

Taulukko 1: Tarkastusten peittävyys ja hoitajakson keskimääräiset kustannukset eri hoidontarpeen potilasryhmissä.

Edellä esitetyssä esimerkissä kariuksen ja parodontiitin hoidontarve on arvioitu karkealla tasolla. Perushoidosta poikkeava hoito voitaisiin veloittaa erillisillä toimenpide- tai hoitokohtaisilla asiakasmaksuilla vastaavilla kriteereillä kuin lainsäädäntöehdotuksen 63 §:n perusteluissa. Lainsäädäntöehdotuksessa on kuvattu, että paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon korvauksia palveluntuottajille voitaisiin täydentää erikseen suunniteltujen hoitokokonaisuuksien suoritepohjaisilla korvauksilla.

### 2.3.1. Asiakkaan palveluntuottajan valinta

Kokeiluun osallistuvien kuntien täysi-ikäiset neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palveluiden kuulumattomat asukkaat voivat valita suun terveydenhuollon palveluistaan vastaavan palveluntuottajan. Asiakas ei voi valita yksittäistä, nimettyä henkilöä palvelujensa tuottajaksi. Asiakkaan valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen palveluntuottajaan.

Valinnanvapauslakiesityksen 17 §:n mukaan asiakas saa tehdä uuden suun hoidon yksikköä koskevan valinnan aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Keski-Uudenmaan palvelusetelikokeilussa asiakkaalla on kuitenkin oikeus vaihtaa palveluntuottajaa kuuden (6) kuukauden välein (Alkuperäisen hakemuksen kappale 2.3.1). Kokeilun laajentamisessa suun terveydenhuoltoon noudatetaan samoja ehtoja, kuin meneillään olevassa kokeilussa, joten asiakkailla on oikeus vaihtaa myös suun terveydenhuollon palveluntuottajaa 6-12 kuukauden välein.

Lainsäädäntöehdotuksen 16 §:n mukaan vastuu palvelujen tuottamisesta alkaa viimeistään kolmen viikon kuluttua siitä, kun asiakas on tehnyt ilmoituksen valinnasta. Meneillään olevassa palvelusetelikokeilussa palvelujen tuotantovastuu siirtyy valitulle palveluntuottajalle valintaa seuraavan kalenterikuukauden ensimmäisenä päivänä. Suun terveydenhuollon kokeilussa voidaan noudattaa samaa ehtoa palvelun tuotantovastuun alkamisesta. Huomioiden suuret erot nykyisessä palvelujen saatavuudessa yksityisen ja julkisen välillä, suuri yksityisen palvelutuotannon rooli aikuisten suun terveydenhuollon palveluissa, sekä rajallinen hankerahoituksen määrä, esitetään että suun terveydenhuollossa palveluiden tuotantovastuu ei siirtyisi palveluntuottajalle kokeilun alkuvaiheessa vielä ensimmäisen kolmen viikon aikana asiakkaan valinnasta. Tuotantovastuu siirtyisi siten tarkalleen kolmen viikon kuluttua valinnasta. Kolmen viikon viiveen tarkoituksena on toisaalta huomioida yksityisen ja julkisen suun terveydenhuollon erilainen lähtötilanne kokeilun alkuvaiheessa sekä toisaalta rajoittaa rajalliseen hankerahoitukseen kohdistuvaa kysyntää. Asiakkaan aiemmin muulle palveluntuottajalle varatut ajat eivät siirry uudelle palveluntuottajalle.

Kokeilun lisäarvoa on mahdollista laajentaa jakamalla valintatietoa lisäksi yksityisten palveluiden saatavuustietoa julkaisevan toimijan kautta. Käytännössä yksityisten suun terveydenhuollon palvelutarjontaa esittelevälle sivustolle lisättäisiin tiedot valinnanvapauskokeilussa mukana olevista palveluntuottajista, ja asiakkaalla olisi mahdollisuus siirtyä myös tätä kautta Keski-Uudenmaan valinnanvapaus sivustolle valitsemaan palveluntuottaja. Tiedon jakaminen valmiilla sivustolla mahdollistaa, että kokeilussa voidaan myös arvioida, valitseeko osa asiakkaista korkeammalla omavastuulla toimivan palveluntuottajan, vaikka sama palveluntuottajan olisi mukana valinnanvapauskokeilussa kolmen viikon saatavuudella.

Olellainen osa asiakkaan valinnanvapautta on, että asiakkaalla on tiedossaan riittävät tiedot valinnan tekemiseksi. Valinnanvapauslainsäädännön perusteluiden mukaan ensivaiheen listautumisen jälkeen markkinoille tulevien toimijoiden voi olla haastavampi rakentaa asiakaspohjaa. Siksi onkin tärkeää saada varhaisia kokemuksia laatu tiedon esittämisestä asiakkaille valintavaiheessa. Suun terveydenhuollon kokeilussa on myös erinomainen mahdollisuus arvioida laatu tiedon vaikutusta asiakkaiden valintoihin, sillä laatu tiedon mittaamisesta ja vertailusta on jo aikaisempaa kokemusta. Kokeilussa voidaan myös testata yksittäisten laatu mittareiden vaikutuksia asiakkaiden valintoihin kokeiluun osallistuvassa asukasjoukossa.

Ne asiakkaat, jotka eivät tee aktiivista suunhoidon yksikön valintaa, pysyvät kotikuntansa palveluiden piirissä ja ovat suun terveydenhuollon kokeilun ulkopuolella.

### **2.3.2. Asiakkaat hankkeen toiminta-alueella**

Listautumismahdollisuus annetaan lähtökohtaisesti kaikille kuuden kokeilussa mukana olevan kunnan täysi-ikäisille asukkaille. Alueen väestöpohja on noin 150 000 täysi-ikäistä asukasta. On mahdollista, että suun terveydenhuollon kokeilussa syntyy palveluiden rahoitusvaje, jota ei voida kattaa asiakkaiden omavastuumaksuja nostamalla. Kokeiluun haettavalla hankerahoituksella pystytään kattamaan osa mahdollisesta rahoitusvajesta, mutta on mahdollista, että kokeiluun mukaan otettavien asiakkaiden määrää joudutaan rajoittamaan kokeilun edetessä. Kokeilun aiheuttama palveluiden rahoitusvaje on suoraan riippuvainen siitä, kuinka suuri osuus aikaisemmin yksityisiä palveluita käyttäneistä käyttää valinnanvapauttaan kokeilussa. Aikaisemmin kunnallisia palveluita käyttäneet, kokeilussa yksityiselle palveluntuottajalle siirtyvät asiakkaat eivät aiheuta kokeilussa rahoitusvajetta, vaan järjestäjän näkökulmasta kustannukset pysyvät samoina, ja kunnallisiin palveluihin aiheutuu palveluiden vähentymisen johdosta sopeutustarvetta. Kokeilussa saadaan arvokasta tietoa asiakkaiden aktivoitumisesta laajassa väestöpohjassa, ja tiedon avulla pystytään varautumaan valinnanvapauden aiheuttamiin kansallisiin seurauksiin.

Kokeiluun osallistuvien asiakkaiden listautumista joudutaan rajoittamaan siinä tapauksessa, että aikaisemmin yksityisiä palveluita käyttäneiden kokeiluun (ja täten julkiseen rahoituksen piiriin) hakeutuvien asiakkaiden kokonaiskorvaukset ylittävät hankerahoituksessa ostopalveluihin varatun rahoituksen. Tarkka lukumäärä on myös riippuvainen lopullisista palveluntuottajille asetetuista korvausperusteista ja -määristä sekä tähän vaikuttavista asiakaskohtaisista tekijöistä.

Rahoituksen riittävyyttä voitaisiin säädellä myös mitoittamalla palveluntuottajien korvaukset nykyisiä julkisten palveluiden laskennallisia kustannuksia alemmalle tasolle. Tällöin järjestäjä edellyttäisi, että jatkossa palveluntuottajat tuottavat palvelut tehokkaammin, ja täten pakottaisivat palveluntuottajat parantamaan palveluiden tuottavuutta. Tulee kuitenkin huomioida, että liian suuri tuottavuusodote saattaa johtaa käytännössä asiakkaiden alihoitoon, mikäli hoidon toteutumista ei seurata. Asettamalla palveluiden tuottamiselle tuottavuusodotuksia, voi järjestäjä vaikuttaa suoraan

asiakkaiden maksuosuuksiin vähentävästi. Karkeassa ääriesimerkissä, järjestäjä voisi pitää järjestelmän asiakasmaksujen suhteellisen osuuden lähellä julkisen nykyisiä asiakasmaksuosuuksia, asettamalla palveluntuottajille 25% tuottavuusodotuksen ja lisäämällä palveluiden kokonaisrahoitusta vuoden 2014 tasolle, jolloin Kela-korvaukset olivat vielä merkittävästi suuremmassa roolissa.

Alustavien laskelmien mukaan Keski-Uudenmaan kuntien suun terveydenhuollon kokeiluun voidaan ottaa mukaan korkeimmillaan noin 3-8% Keski-Uudenmaan alueen täysi-ikäisistä asukkaista. Eniten kokeiluun otettavien lukumäärään vaikuttaa se, kuinka suuri osuus kokeiluun osallistuvista on käyttänyt aikaisemmin kunnallisia palveluita ja kuinka suuri osuus yksityisiä palveluita. Laskennassa on myös huomioitu, että aktiivisen valinnan kautta palveluihin voi hakeutua todennäköisemmin sellaisia henkilöitä, jotka kokevat jonkinlaista hoidontarvetta. Käytännössä rajallinen rahoitus tarkoittaa, että kokeiluun osallistuvien määrää joudutaan seuraamaan alkuvaiheessa hyvin aktiivisesti sekä tarvittaessa rajoittamaan kokeilun edetessä. Edellä mainituissa laskelmissa on oletettu, että suun terveydenhuollon palvelunkäyttö alueella ei lisääntyisi merkittävästi kokeilun johdosta. Kokeilu parantaa alhaisemmalla omavastuulla tarjottavien palveluiden saatavuutta. Kela-korvausten merkittävät laskut ovat todennäköisesti myös vähentäneet yksityisten palveluiden kysyntää, mikä saattaisi heijastua myös tähän kokeiluun lisääntyneenä kysyntänä. Edellä mainituista perusteluista johtuen, on täten mahdollista, että kokeilu lisää väestön hakeutumista palveluihin.

Asiakkaiden listautuminen käynnistyy alueella syys-lokakuussa 2017 vaiheittain. Alkuvaiheessa potilastiedot siirretään vielä manuaalisesti. Marraskuusta 2017 lähtien potilastietojen siirtämisessä on tarkoitus hyödyntää Kanta-palvelua, joka on saatujen tietojen mukaan tuolloin käytettävissä tuolloin valtaosassa suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmiä.

Kokeilussa saadaan kattava otos asiakkaita ja palvelukäyttöä kuvaamaan valinnanvapausmallin toimivuutta ja kokeilusta saatavat tulokset ovat merkitseviä. Laaja väestöpohja mahdollistaa myös valinnanvapausmallin piiriin tulevan asiakasjoukon rajaamisen esimerkiksi maantieteellisin perustein.

### **3 Hankkeen toteutus ja aikataulu suun terveydenhuollon kokeilussa**

Kokeilun laajentaminen suun terveydenhuollon palveluihin voidaan tehdä aikaisempaa valmistelutyötä ja järjestelmiä osin hyödyntämällä. Toisaalta suun terveydenhuollon kokeilussa on tarkoitus tuoda mukaan myös täysin uusia elementtejä, kuten laatu- ja saatavuustietojen esittäminen asiakkaalle valintavaiheessa. Suun terveydenhuollon korvausmallia ja kannustin-sanktiomallia rakentaessa voidaan hyödyntää aikaisemman hankkeen kokemuksia, mutta toisaalta tarpeet ja mittaristo täytyy suunnitella suun terveydenhuollon erityistarpeiden perusteella.

#### **3.1 Valinnanvapausmallin toteutus**

Järjestelmässä asiakas saa valita palvelujensa tuottajan kaikista hyväksytyistä kriteerit täyttävistä palveluntuottajista. Mikäli pienten palveluntuottajien aseman huomataan olevan huomattavan heikko suurempiin toimijoihin verrattuna, voidaan perustaa ns. fasilitaattori edistämään pienten yritysten toimintaedellytyksiä (katso luku 2.2).

##### **3.1.1 Palveluiden laajuus**



Suoran valinnan suun hoidon palveluntuottajien tulee tarjota listautuneille asiakkailleen 15 §:n 4 momentin mukaisesti. Palvelusetelikokeilussa tarjottava palveluvalikoima tarkennetaan kokeilun suunnitteluvaiheessa ministeriön tavoitteiden mukaisesti lainsäädännössä ja sen perusteluissa kuvattuja kokonaisuuksia tarkentaen. Kokeilussa mukaan otettavan proteettisen hoidon palveluvalikoimaa tarkennetaan ministeriön tavoitteiden mukaisesti. Proteettisen hoidon määrittely vaikuttaa osaltaan asiakaskohtaisiin korvausmääriin, ja kokeiluun mukaan otettavien asiakkaiden määrään.

On mahdollista, että erityisesti pienemmällä palveluntuottajilla ei ole itsellään riittävää osaamista tuottaa kaikkia kokeilussa edellytettäviä palvelukokonaisuuksia. Osaamispuute ei ole kuitenkaan syy olla tarjoamatta palveluita, vaan tällöin palveluntuottajan tulee hankkia palveluita alihankintana tarpeen mukaan. Fasilitaattori voi tukea pieniä palveluntuottajia yhdistämällä erikoispalveluihin liittyvää kysyntää ja tarjontaa. Lisäksi fasilitaattori voi auttaa pieniä tuottajia hankkimaan palveluissa tarvittavat kuvantamisen ratkaisut. Palveluntuottaja on itse vastuussa mahdollisesta käyttämisestään alihankintapalveluista sekä niiden järjestämisestä. On myös mahdollista, että palveluntuottaja pyrkii lähettämään asiakkaita kunnalle, perusteluna asiakkaan hoitoisuus tai palveluntuottajan erityisosaamisen puute. Kunnalla ei ole tällöin velvollisuutta ottaa asiakkaita vastaan, mutta kunta voi halutessaan tuottaa osan palveluista ja laskuttaa niistä palveluntuottajaa. Vaihtoehtoisesti järjestäjä voi pidättää kustannukset kapitaatiomaksutuksesta. On myös mahdollista, että kokeiluun osallistuu asiakkaita, joiden voisi ajatella ohjautuvan tulevaisuudessa hoidontarpeen arvion kautta maakunnan hoidettaviksi. Tällaisia tapauksia varten hankkeen suunnitteluvaiheessa määritellään tarkat kriteerit, joiden mukaan asiakkaan hoitoisuus edellyttäisi, että asiakas lähetettäisiin kunnalle hoidontarpeen arvioon ja kunnallinen toimija kantaisi kyseisen asiakkaan hoitovastuun. Toisaalta kokeilu on erinomainen tapa tunnistaa palveluntuottajien huolia ja näkökulmia asiakkaiden hoidonarviointiin liittyvissä asioissa.

Lainsäädäntöesityksen 59 §:n mukaan palvelun tuottaja vastaa mahdollisista palveluunsa liittyvien hoitokomplikaatioiden ja vastaavien korjaamisen kustannuksista. Myös kokeilussa hoitokomplikaatiosta aiheutuneet kustannukset kuuluvat palveluntuottajan vastuulle. Mikäli kyse on kiireettömien komplikaatioiden hoidosta, tulisi asiakas ohjata omalle palveluntuottajalle. Kun kyseessä on kiireellisen hoidon piiriin kuuluva hoito, joka hoidetaan järjestäjän järjestämissä päivystyspalveluissa, laskutetaan hoidon toteutuneet laskennalliset nettokustannukset edelleen palveluntuottajalta. Hoitokomplikaatioiden tarkempaa määrittelyä kokeilussa tarkennettaisiin ministeriön tavoitteiden mukaisesti.

Lainsäädäntöesityksen 15 §:n 4 momentin perusteluiden mukaan terveystarkastusten tulee olla vaikuttavia ja perustua näyttöön, sekä tarkastukset tulee toteuttaa sovituin määräajoin. Kappaleessa 1.1. nostettiin esiin kokeilun kannalta keskeisiä havaintoja nykyisistä kunnallisista tarkastuskäytännöistä. Järjestelmän haasteena on sovittaa kunnallisen nykyiset tarkastuskäytännöt toisaalta yhteneviksi järjestelmässä tavoiteltavien tarkastusvälien kanssa sekä toisaalta asiakkaiden subjektiivisen hoidontarpeen kanssa. Kunnallisissa palveluissa osa asiakkaista toivoisi tiheämpiä tarkastusvälejä, kuin ammattilaiset näkevät tarpeelliseksi. Aikaisemmin yksityisiä palveluita käyttäneet asiakkaat ovat voineet tottua käymään tarkastuksissa merkittävästi tiheämmin kuin julkisissa palveluissa toimivat ammattilaiset pitäisivät tarpeenmukaisena. Yksityisen palvelutuotannon ollessa aikaisemmin pääsääntöisesti asiakkaan kustantamaa, ei säännöllisten tarkastusten määrä ole ollut tarpeen rajoittaa kovinkaan tarkasti.

Toistaiseksi ei ole määritelty, miten tarkasti palveluntuottajia tullaan velvoittamaan järjestämään tarkastuksia asiakkaille, ja voivatko palveluntuottajat hyödyntää asiakkaiden aikaisempien

palveluntuottajien tekemiä pitkän ajan hoitosuunnitelmia apuna asiakkaan hoidontarvetta arvioidessaan, silloin kun hoitosuunnitelmat ovat saatavilla. Mikäli asiakkaan valinta edellyttäisi aina uuden palveluntuottajan tarkastusta, tulisi uudistus nostamaan hetkellisesti merkittävästi palvelunkäyttöä, ja terveiden sekä vähän aikaisemmin tarkastettujen osalta myös perusteettomasti. Mikäli järjestelmän asiakasmaksuosuudet nousevat, tulisi korotus todennäköisesti rajoittamaan erityisesti pienempiin tuloaluokkiin kuuluvien asiakkaiden palvelunkäyttöä.

Asiakkaan vapaus valita uusi palveluntuottaja vuoden välein voisi tarkoittaa huomattavaa määrää tiiviissä ajanjaksossa toistuvia suun terveystarkastuksia. Keski-Uudenmaan kunnissa nähdään, että asiakkaan aikaisemman palveluntuottajan tekemää terveystarkastusta sekä tarkastuksella tehtyä pitkän aikavälin hoitosuunnitelmaa tulee hyödyntää, kun arvioidaan uudelle palveluntuottajalle siirtyneen asiakkaan hoidontarvetta. Asiakkaan valitsevat palveluntuottajat voisivat hyödyntää kokeilun aikana hoidon tarvetta arvioidessaan asiakkaan aikaisemman palveluntuottajan tekemää pitkän aikavälin hoitosuunnitelmaa. Mikäli asiakkaalla ei ole aikaisempaa voimassaolevaa pitkän aikavälin hoitosuunnitelmaa, tai hoitosuunnitelma ei ole saatavilla, olisi palveluntuottajan velvollisuutena tehdä pitkän aikavälin hoitosuunnitelma. Asiakkaan hoidontarpeen arvioinnin jälkeen voi myös nousta tarpeita päivittää asiakkaan hoitosuunnitelma.

Järjestelmän kokonaiskustannusten näkökulmasta on olemassa riski, että osa aikuisasiakkaista saisi osin julkisesti rahoitetun vuosittaisen tarkastusvälin aina tuottajaa vuosittain vaihtamalla. Asiakkaan aiempi hoitosuunnitelma on haastavaa saattaa uuden palveluntuottajan käytettäväksi. Julkisia palveluita käyttäneiden asiakkaiden suunnitelmat voidaan toimittaa uudelle palveluntuottajalle asiakkaan listautumisvaiheessa antamalla luvalla. Yksityisiä palveluita käyttäneiden osalta voitaisiin kerätä aikaisempia hoitotietoja järjestäjälle suoraan palveluntuottajilta tai rajoitetusti Kelan avustuksella. Vaihtoehtoisesti asiakkaiden voitaisiin edellyttää toimittavan tiedot edellisestä suun terveystarkastuksesta tai –tutkimuksesta tulostettuna palveluiden järjestäjälle listautumisvaiheessa. Mikäli asiakkaalta puuttuu pitkän ajan hoitosuunnitelma ja asiakas on käyttänyt aikaisemmin yksityisiä palveluita, voitaisiin asiakkaalle tehdä hoidontarpeen arvio, jossa määritetään seuraavan tarkastuksen ajankohta. NHS:n suun terveydenhuollon kapitaatiopilotin laatumittaristossa<sup>11</sup> oli aikaisemmin mukana myös yksilöllisiin tarkastusväleihin kohdentuvia taloudellisia kannustumia. Kannustimilla palkittiin, mikäli palveluntuottajien toteutuneet tarkastusvälit vastasivat NHS:n asettamia sairastavuuteen perustuvia tavoitteita. Kannusteen kokonaismäärä oli noin 10% kapitaatiosta, ja tarkastusvälien osuus 150 pistettä kaikista kannustinmittariston 1000:sta pisteestä.

Myös suun terveydenhuollon asiakkaiden palvelutarvetta määriteltäessä on noudatettava valtakunnallisia, alueellisia ja paikallisia hoidon perusteita, hoitoketjuja ja hoidonporrastusta sekä järjestäjän antamia ohjeita. Täten järjestäjän hyväksymät ohjelmat ja suunnitelmat, sekä kehittämishankkeiden pohjalta käyttöön otetut toimintamallit velvoittavat palveluntuottajaa. Järjestäjä ei pääsääntöisesti aseta erillismääräyksiä esim. palvelun muodon, vastaanoton kestoajkojen tai palvelua antavan ammattihenkilön suhteen. Palveluntuottaja voi itse muokata toimintansa tarkoituksenmukaiseksi, kunhan palvelujen saatavuus, laatu ja potilasturvallisuus ovat kulloinkin voimassa olevien säädösten, ohjeistuksen ja tämän hankesuunnitelman mukaisella tasolla.

Asiakkaaksi listautumiseen on jo hankittu asiakkuudenhallintajärjestelmä, jonka kautta asiakas pääsee listautumaan haluamalleen palveluntuottajalle jo alkaneessa perusterveydenhuollon

---

<sup>11</sup> NHS, Dental contract reform: Prototypes. Overview document. Prepared by Dental Contract Reform Programme, Department of Health, January 2015. p. 34.

kokeilussa. Suun terveydenhuollon kokeilussa voidaan joko laajentaa olemassa olevan järjestelmän toiminnallisuuksia, tai tarvittaessa hyödyntää muita vaihtoehtoisia valmiita ratkaisuja, jotka mahdollistavat myös saatavuuden ja laadun tarkastelun. Asiakashallintajärjestämän päivitystarve on huomioitu hankebudjetissa. Nykyisen asiakkuudenhallintajärjestelmän toiminnallisuuksien lisäksi kokeilussa halutaan tarjota valintaa tekeville asiakkaille ajantasaista tietoa palveluntuottajan saatavuudesta sekä laadusta.

Kokeilun aikana julkisen ja yksityisen palvelutuotannon lähtökohdat ovat erilaiset, joten on mahdollista, että kaikkien kokeiluun osallistuvien palveluntuottajien saatavuutta rajoitetaan ja saatavuus näytetään vasta tarkasteluhetkeä seuraavien kolmen (3) viikon jälkeiseltä ajalta asetelman tasapuolistamiseksi. Saatavuustiedon esitystapaa ei ole vielä päätetty, eli näytetäänkö tiedot palveluntuottajalta varattavissa olevista ajoista, vai lasketaanko niiden pohjalta esimerkiksi T3-aika. Yksityisten palveluntuottajien saatavuustiedon keräämiseksi on mahdollista hyödyntää valmista ratkaisua, jonka kautta tarvittava tieto on saatavissa. Kunnallisen osalta voidaan vaihtoehtoisesti laskea erikseen esim. T3-saatavuustieto, tai avata ajanvarausrajapinta esimerkkiaikojen näyttämistä varten. Reaali-aikaisten saatavuustietojen näyttämistä aiheutuvat kustannukset on huomioitu hankebudjetissa kohdassa Tietojärjestelmät: ”Kunnallisen saatavuustiedon integrointi”.

Nykyisin julkisiin suun terveydenhuollon palveluihin pääsyä rajoittaa saatavuus. Kokeilun alkuvaiheessa saatavuus julkisiin ja yksityisiin palveluihin poikkeaa toisistaan merkittävästi. Palvelun saatavuus voi olla yksistään tärkeä valintakriteeri asiakkaalle, joka esimerkiksi parhaillaan odottaa hoitoon pääsyä kunnalliselle. On mahdollista, että kokeilussa joudutaan rajoittamaan kokeiluun osallistuvien asiakkaiden lukumäärää. Saatavuuden rajoittaminen palvelee myös sitä riskiä, että valinnanvapauskokeiluun pyrkisi osallistumaan pääasiallisesti kiirehoidon tarpeessa olevia asiakkaita. Asiakkaan tulee pystyä listautumaan valitsemalleen palveluntuottajalle sekä omilla laitteillaan että tarvittaessa palveluntuottajan toimipisteessä asiakkaan käytettäviksi annetuilla laitteilla.

### **3.1.2. Palveluohjaus erityistason palveluihin**

Erityistason palveluohjauksessa sovelletaan alkuperäisen hakemuksen kuvaamaa menettelytapaa. Suun terveydenhuollon palveluissa erityistason palvelutarpeen määrittelyssä on ollut aikaisemmin jonkin verran palveluntuottajakohtaisia eroavaisuuksia. Myös palveluntuottajien omat edellytykset järjestää erikoispalveluita ovat vaihdelleet, jolloin erityistason palveluihin on saatettu pyrkiä lähettämään asiakkaita, jotka olisivat erityistason palveluiden järjestäjän mielestä perustason hoidettavia. Valinnanvapauskokeilussa on hyvin tärkeää, että perustason ja erityistason palveluiden välinen raja on selkeästi määritetty ja kaikille yhteneväinen. Tarkka määrittely helpottaa kokeiluun osallistuvien palveluntuottajien riskinarviointia kokeilussa. Pidemmällä ajanjaksolla perustason palveluntuottajalla on merkittävät mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaiden erityistason palveluntarpeisiin.

### **3.1.3. Tietojärjestelmäratkaisut**

Alkuperäisen hakemuksen liitteessä 2 (Arkkitehtuuriluonnos KU-sote) on kuvattu käyttötapaukset palveluntuottajan hyväksymisestä, asiakkaan valinnasta, asiakaskäynnistä, sekä asiakkaan palautteenannosta. Aikaisemmin kuvatut toiminnallisuudet soveltuvat myös suun terveydenhuollon tarpeisiin.

Palveluntuottajilta ei voida edellyttää vielä aloitusvaiheessa täysimääräisesti Kanta-palveluiden käyttämistä, sillä suun terveydenhuollon kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien potilastietojärjestelmien kanta-yhteydet tulevat käyttöön pääosin vasta lokakuun aikana 2017. Kanta-palveluiden aikataulu koskee myös pienemmillä palveluntuottajilla tyypillisesti käytössä olevia potilastietojärjestelmiä. Tämänhetkisen tiedon mukaan, pääosalla yksityisistä palveluntuottajista Kanta-yhteys olisi käytettävissä marraskuussa 2017. Myös ostopalvelutoiminnallisuus on suunnitelmien tuolloin käytettävissä, jolloin potilastiedot voidaan rekisteröidä oikealle rekisterinpitäjälle palveluntuottajasta riippumatta. Syys-lokakuussa on kuitenkin mahdollista kokeilla valinnanvapauden toteutumista jo pienessä mittakaavassa. Haittapuolena on, että kokeilu aiheuttaa syys-lokakuussa vielä ylimääräistä työtä, kun asiakkaiden hoitotietoja joudutaan kirjaamaan rekisterinpitäjien järjestelmiin manuaalisesti. On kuitenkin varauduttava siihen, että marraskuussakaan kaikkien palveluntuottajien tiedot eivät rekisteröidy Kanta-palvelun kautta, jolloin manuaalista työpanosta tarvitaan rinnalle.

Suun terveydenhuollon korvausmalli poikkeaa meneillään olevan terveystalouden kokeilun korvausmallista siten, että suoritteiden osuus tulee olemaan suurempi ja siten kokonaisuus transaktioineen tulee vaatimaan erityistä huomiointia. Myös yksityisten palveluntuottajien korkeampi lukumäärä aiheuttaa uusia tarpeita tuottajahallinnan työkaluihin ja tuottajien listautumiseen. Kokeilussa voidaan hyödyntää palvelusetelitoimittajien olemassa olevia ratkaisuja. Neuvottelut potentiaalisten ratkaisutoimittajien kanssa on aloitettu ja alustavat budjettivaraukset on tehty. Kustannukset on arvioitu hankebudjetin kohdassa ”Palveluseteliratkaisun kehittäminen” sekä ”Palveluseteliratkaisun jatkuva kustannus”. Suun terveydenhuollossa voidaan hyödyntää samaa palveluseteliratkaisua kuin henkilökohtaisessa budjetissa, ja kustannukset on huomioitu tämän hankkeen budjetissa suun terveydenhuollon tarpeiden osalta.

Laatutietojen esittäminen asiakkaan listautuessa edellyttää tietoa palveluntuottajien aikaisemmasta toiminnasta. Keski-Uudenmaan kunnissa on jo kokemusta jatkuvasta laadunarvioinnista, ja täten tiedetään, että julkisen historiallisen palvelutuotannon laatutiedot on mahdollista laskea ja esittää asiakkaalle listautumisvaiheessa. Yksityisen palvelutuotannon laatutietojen esittäminen edellyttää asianmukaisten lupien hakemista, anonymisoitua tiedonkeruuta yksityisten palveluntuottajien potilastietojärjestelmistä, sekä julkisen kanssa vertailukelpoisten laatumittareiden laskentaa kerättyjen tietojen perusteella. Laatutietojen laskennasta ja aineistojen tiedonkeruusta aiheutuvat kustannukset on huomioitu hankkeen budjetissa. Asiakkaan valintaa tukevien tietojen tuottamisessa ja julkaisemisessa huomioidaan mahdolliset STM:n ja THL:n linjaukset. Laatutietojen laskenta perustuu historiatietoihin, joten esimerkiksi Kanta-palvelun kautta saatavia tietoja ei voida hyödyntää kokeilun alussa laatutiedon laskennassa, sillä historiallinen palveluidenkäyttö puuttuu vielä. Tulevaisuudessa Kanta-palveluun rekisteröitävä tieto tarjoaa kuitenkin erinomaisen alustan laatutietojen lähteenä. Kokeilussa pyritään täten myös kartoittamaan Kanta-tietojen käyttökelpoisuutta laatutietojen lähteenä.

Hankeessa on myös suunniteltu suun terveydenhuollon palveluiden saatavuustiedon esittämistä asiakkaille valintavaiheessa. Sekä yksityisen, että julkisen palvelutuotannon saatavuustiedot on mahdollista koota keskitetysti olemassa olevia palveluita kehittämällä. Saatavuustieto on mahdollista esittää ajantasaisesti esimerkiksi seuraavina saatavilla olevina ajankohtina, tai vaihtoehtoisesti edellä mainittujen tietojen perusteella laskettuna tunnuslukuna (esimerkiksi T3, kolmas vapaa aika). Kuvassa 7 on havainnollistettu suun terveydenhuollon valinnanvapauskokeilussa tavoiteltavaa asiakkaan käytettävissä olevaa valintasivustoa. Sivusto on mahdollista toteuttaa kehittämällä olemassa olevia järjestelmäratkaisuja. Ratkaisuvaihtoehdoista on käyty alustavia keskusteluja

yhdistyökumppaneiden kanssa ja toteutusten alustavat rahoitustarpeet on huomioitu hankkeen budjetissa.



Kuva 7: Esimerkkikuvaus asiakkaan suun terveydenhuollon valintasivustosta valinnanvapauskokeilussa

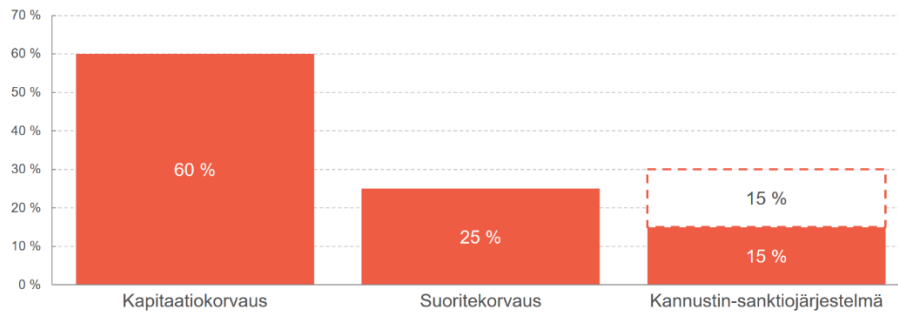
### 3.1.4. Palveluntuottajien kelpoisuusehdot ja valintaprosessi

Suun terveydenhuollon palveluntuottajille asetetaan samat listautumiskriteerit kuin meneillään olevassa kokeilussa. Lisäksi suun terveydenhuollon palveluntuottaja voi halutessaan antaa järjestäjälle luvan kerätä anonymisoitua historiatietoa palveluiden käytöstä, jolloin järjestäjä voi julkaista tietojen perusteella julkisen kanssa vertailukelpoista laatutietoa asiakkaiden valinnan tueksi. Luvan annettuaan palveluntuottajalla ei ole oikeutta vaikuttaa laatutietojen näyttämiseen kokeilun aikana.

### 3.1.5. Korvaus- ja rahoitusmalli sekä laskutus

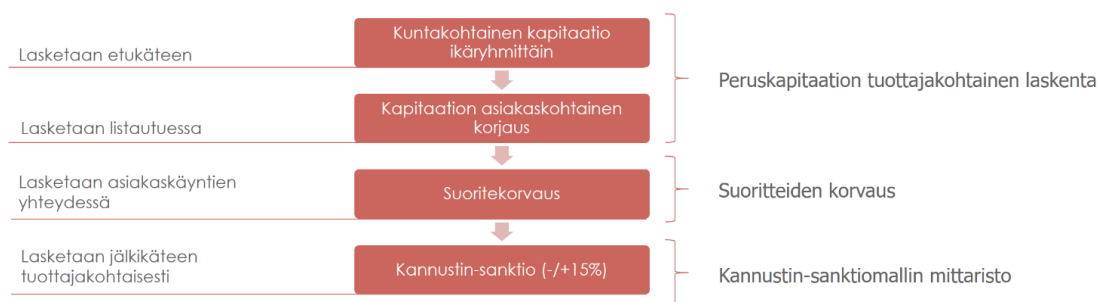
Suun terveydenhuollon palvelusetelikokeilun korvaus- ja rahoitusmalli perustuu kapitaatio- ja suoriterahoitukseen, jota säädellään kannustinmekanismein. Korvausmalli jakautuu keskimäärin 60% kapitaatiokorvaukseen, 25% suoritekorvaukseen sekä kannustin-sanktiojärjestelmään, josta tuottajille korvataan keskimäärin 15% (Kuva 8). Kannustin-sanktiojärjestelmän tavoitteena on tasapainottaa kapitaatio- ja suoritekorvausten ohjausvaikutuksia sekä varmistaa, että

palveluntuottajien kannusteet ovat mahdollisimman yhdenmukaisia järjestelmän kokonaistavoitteiden kanssa. Korvaus- ja rahoitusmallin laskennassa hyödynnetään alihankintaa sekä alihankinnan kautta saatavilla olevaa analytiikkaa korvausmallin rakentamisen tarpeisiin (Tehtäväkohtaisessa budjetissa: Korvaus- ja rahoitusmallin rakentaminen). Korvausmallia rakentaessa huomioidaan, että kokeilussa painottuvat aktiivisen valinnan tekevät asukkaat.



Kuva 8: Korvausmallin keskimääräiset korvausperusteet

Asiakkaan listautumisen jälkeen kapitaatiokorvauksesta lasketaan asiakaskohtainen korjaus ja sitä aletaan maksaa kuukausittain. Suoritekorvaus maksetaan aina suoriteperusteiden ilmetessä pienellä viiveellä, eli tarkastuksen jälkeen tai erilliskorvaukseen oikeuttavien toimenpiteiden toteutuessa tai vaihtoehtoisesti toteutuneiden toimenpiteiden perusteella. Kannustin-sanktiojärjestelmän perusteella palveluntuottajille maksetaan keskimäärin 15% osuus kokonaiskorvauksesta. Yksittäisen palveluntuottajan kannustin-sanktio-osuus voi olla vähimmillään -15%, jolloin kannustin-sanktiokorvauksia ei makseta lainkaan ja palveluntuottajan saama korvaus on 85% keskimääräisestä korvauksesta, tai korkeimmillaan +15%, jolloin palveluntuottajan saama korvaus on 115% keskimääräisestä korvauksesta. Kannustin-sanktiokorvaus maksetaan aina jälkikäteen, kun hoidon laatua ja hoitotuloksia on päästy arvioimaan. Joissain tapauksissa osa kannusteesta realisoituu vasta asiakkaan seuraavassa terveystarkastuksessa. Kuvassa 9 on havainnollistettu asiakaskohtaisen korvauksen muodostumista. Korvausten laskennan prosessi on lähellä meneillään olevassa kokeilussa sovellettavaa laskentaprosessia.



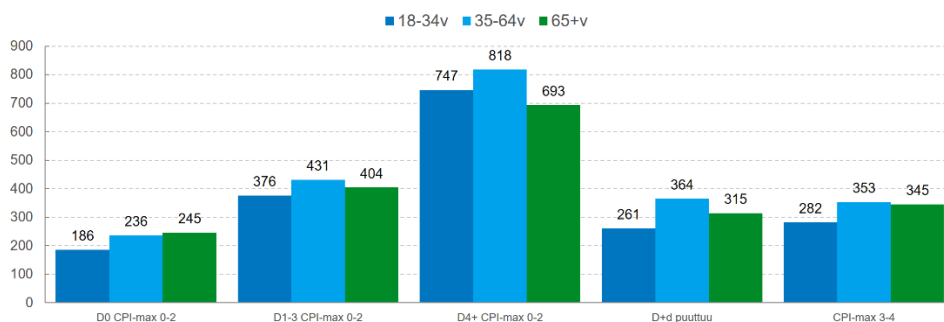
Kuva 9: Hahmotelma korvausten laskennasta

### Kapitaatiokorvaus

Valinnanvapauslainsäädäntöesityksen 63 §:n mukaisesti suun terveydenhuollossa kiinteän korvauksen tulee olla vähintään puolet suoran valinnan palveluihin osoitetusta määrärahasta. Suun terveydenhuollossa huomattava osuus erityisesti alempien tuloluokkien väestöstä ei käytä lainkaan

palveluita, osin johtuen palveluiden korkeista asiakasmaksuista<sup>12</sup>. Suun terveydenhuollon palveluissa asiakasmaksut saattavat nousta uudistuksessa kunnallisten palveluiden nykytasosta, jolloin on odotettavissa, että alemmissa tuloluokissa palveluiden käyttö vähenisi entisestään. Onkin mahdollista, että osalle palveluntuottajista listautuu asiakkaita, joilla ei ole varaa käyttää suun terveydenhuollon palveluita korkeista omavastuuosuuksista johtuen, mutta silti palveluntuottajat keräävät kyseisten asiakkaiden kapitaatiokorvaukset. Palveluiden käyttämättömyydestä aiheutuviin haittavaikutuksiin voidaan vaikuttaa pääasiallisesti asiakasmaksujen kautta.

Kapitaatiokorvaus on riippumaton tuotettavan palvelun määrästä. Kapitaatiomallin laskennassa lähdetään liikkeellä meneillään olevan kokeilun tavoin ikäryhmä- ja sairastavuuskohtaisesti lasketusta korvauksesta, jota voidaan täydentää asiakkaan sukupuolella ja sosioekonomisilla tekijöillä. Jokaiselle ikäryhmälle lasketaan ikäryhmäkohtainen kapitaatiokorvaus. Tätä kapitaatiokorvausta korjataan asiakkaiden palvelunkäytöllä ja sairastavuudella. Palvelukäyttö- ja sairastavuustasot ja -kertoimet lasketaan kullekin ikäryhmälle erikseen. Käytännössä korjauslaskenta tapahtuu suoraan ilmoittautumisjärjestelmän tietokannassa. Asiakas saa tietyn kertoimen hänen listautuessaan jonkun palveluntuottajan asiakkaaksi. Suun terveydenhuollon kokeilussa ikäryhmät ovat: 18-34v, 35-64v ja 65+v. Keski-Uudenmaan kuntien omat havainnot ovat yhteneviä lainsäädäntäesityksen 63 §:n perusteluiden kanssa: Palvelujen käyttö vaihtelee iän mukaan eri tavoin kuin yleisterveydenhuollossa.



Kuva 10: Eri ikäryhmien hoitajakohtaiset kustannukset suun terveydenhuollon palveluissa

Kuvassa 10 on tarkasteltu eri ikäryhmien hoitajakohtaisia kustannuksia kunnallisessa suunterveydenhuollossa. Hoitajaksot on segmentoitu alkutarkastuksessa tehtyjen terveyskirjausten perusteella. Ikäryhmien kustannuksissa havaittujen erojen perusteella taulukkoon 2 on havainnollistettu toteumaan perustuvat ikäryhmäkohtaiset hoidontarpeen mukaan korjatut kertoimet.

Ikäryhmä	Kerroin
18-34v	1,00
35-64v	1,26
65+v	1,20

Taulukko 2: Alustavat ikäryhmäkohtaiset kertoimet

<sup>12</sup> Kallio Jouko, Kallio Johanna, Pesonen T., Rahkonen O., Murtomaa H. Hammaspalvelujen käyttämättömyys – Voiko syynä olla muutakin kuin terveet hampaat? Yhteiskuntapolitiikka 78 (2013):1.

Rahoituksen perusteena käytetään ikäryhmäperustaista väestömäärää sekä palvelunkäytön ja sairastavuuden todellisiin kustannuksiin perustuvaa keskikustannusta. Väestömäärä voi muodostua asuinpaikan mukaan osoitetun väestöalueen (passiivinen valinta) tai kuntalaisten tekemien valintojen (aktiivinen valinta) perusteella. Tässä kokeilussa väestömäärä perustuu alustavasti kokonaisuudessaan kuntalaisten aktiiviseen valintaan.

Lainsäädäntöesityksen 63 §:n perusteluiden mukaisesti suun terveydenhuollon tarvetekijät olisivat ikä, sukupuoli ja sosioekonomiset tekijät. Sosioekonomiset taustatekijät määrittävät merkittävästi asiakkaan riskiä sairastua suusairauksiin. Sosioekonomiset tekijät sisältävät epävarmuutta, ja mahdollisesti parempi tarkkuus saavutettaisiin jakamalla asiakkaat ryhmiin heidän yksilöllisten kliinisten riskitekijöiden perusteella, kuten jäännösplakki, alkavien uusien karieshavaintojen lukumäärä, ienverenvuoto (ei-tupakoivilla). Edellä mainittujen kliinisten mittareiden käyttäminen sairastavuuden arvioinnissa ei ole kuitenkaan mahdollista johtuen havaintojen puutteellisesta rekisteröinnistä sekä havainnoinnin huonosta kalibraatiosta. Muita mahdollisia sairastavuutta kuvaavia yksilöllisiä indikaattoreita ovat asiakkaan oma käsitys omahoidosta ja suuhygieniasta sekä kariesen osalta asiakkaan aikaisemmin saama korjaavan hoidon määrä. Ruotsissa suun terveydenhuollon kapitaatiopohjaisessa mallissa sairastavuutta on arvioitu myös useilla edellä mainituilla eri tekijöillä, kuten asiakkaan suuhygienia, aikaisempi karies, havaittu parodontiitti, ienverenvuoto, ruokatottumukset, sekä useat muut tekijät<sup>13</sup> (Kuva 6). NHS on arvioinut suun terveydenhuollon kapitaatiopiloteissa asiakkaiden sosioekonomisia tekijöitä mm. iän, sukupuolen sekä postinumeron pohjalta tehdyn vakioinnin avulla<sup>14</sup>. Sairastavuutta huomioitaessa asiakkaan kumulatiivinen karieskertymä vaikuttaa myös hoidontarpeeseen. Mitä suurempi osuus asiakkaan hampaista on paikattu aikaisemmin, sitä suurempi on todennäköisyys, että asiakkaalla tulee tarvetta käydä puolikiireellisessä hoidossa uusintapaikkaushoidossa aikaisemmin tehtyjen paikkausten peittäessä.

Valinnanvapauskokeilun valintavirheen korjaukseen käytetään samankaltaista mallia kuin jo aloitetussa terveystalveluiden kokeilussa. Terveystalveluissa valintavirhettä korjataan asiakkaiden aikaisemmalla palvelunkäytöllä. Suun terveydenhuollossa valintavirheen korjauksessa hyödynnetään aikaisemman palvelunkäytön lisäksi asiakkaalta listautumisvaiheessa saatua tietoa omasta suuhygieniasta ja omahoitotottumuksista. Terveystalveluissa aikaisemman palvelunkäytön kannalta keskeiset tiedot ovat löydettävissä mm. kuntien ja erikoissairaanhoidon järjestelmistä. Suun terveydenhuollossa puolet aikuisista on käyttänyt aikaisemmin yksityisesti tuotettuja suun terveydenhuollon talveluita, ja aikaisemman terveystiedon saaminen hankkeeseen ei ole välttämättä käytännössä mahdollista. Aikaisemman sairastavuustiedon saamiseksi voidaan käyttää viittä vaihtoehtoista ja toisiaan täydentävää tiedonlähdettä. Osa kuvatuista tietolähteistä on käytännössä vaikeammin toteutettavia, eivätkä siksi ole ajankohtaisia:

- 1) Kunnallisten palveluntuottajien potilastietojärjestelmistä kerätty tieto asiakkaiden aikaisemmasta palvelunkäytöstä sekä kumulatiivisista terveystalveluindikaattoreista
- 2) Kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien potilastietojärjestelmistä kerätty tieto asiakkaiden aikaisemmasta palvelunkäytöstä sekä kumulatiivisista terveystalveluindikaattoreista

---

<sup>13</sup> Andås, CA. A new Payment Model in Swedish Dental Care. Väitöskirja. University of Gothenburg 2015.

<sup>14</sup> NHS dental contract pilots – Learning after first two years of piloting – The second report from the dental contract pilots evidence and learning reference group. Department of Health. February 2014.



- 3) Aikaisemmin yksityisiä palveluita käyttäneen asiakkaan järjestäjälle toimittama tulostettu dokumentti edellisen palveluntuottajan tekemästä terveystarkastuksen löydöksistä sekä hoitosuunnitelma.
- 4) Aikaisemmin yksityisiä palveluita käyttäneiden aikaisemman palvelunkäyttötiedon kerääminen Kelan tietojärjestelmästä.
- 5) Asiakkaalle listautumisvaiheessa toteutettu kysely, jonka perusteella tehdään arvio asiakkaan omahoitotottumuksista ja jota hyödynnetään asiakkaan sairastavuusriskin arvioinnissa

Aikaisemmin julkisia palveluita käyttäneiden asiakkaiden aikaisempi sairastavuus ja terveystiedot ovat laskettavissa suhteellisen helposti. Sen sijaan aikaisemmin yksityisiä palveluita käyttäneiden osalta tiedonsaanti on haastavaa, vaikka siihen onkin useita vaihtoehtoja. Lähtökohtaisesti suun terveydenhuollon kokeilussa lähestytään ongelmaa samalla tavalla kuin perusterveydenhuollon kokeilussa, eli aikaisemman terveystiedon puuttuessa asiakas sijoitetaan kaikista yleisimpään ryhmään, eli siihen jossa erityistä sairastavuusperustetta ei ole havaittu.

	Pääluokat – Sairastavuus, riski ja aikaisempi palvelunkäyttö	Alustavat kriteerit – karkeat	Kerroin
1	Ei aktiivista sairautta	Vähäistä palvelunkäyttöä + hyvä suuhygienia	1,00
2	Alkava riski sairastumiselle	Vähäistä palvelunkäyttöä + uusia alkavia karieshavaintoja/ienvuotoa > 20% + heikkosuuhygienia	1,20
3	Keskinkertaista sairastavuutta karies <b>TAI</b> iensairaudet	Jatkuvaa aikaisempaa korjaavaa palvelunkäyttöä karies/paro	X
4	Merkittävää sairastavuutta karies <b>TAI</b> iensairaudet	Huomattavaa aikaisempaa palvelunkäyttöä karies / paro	Y
5	Merkittävää sairastavuutta karies <b>JA</b> iensairaudet	Huomattavaa aikaisempaa palvelunkäyttöä karies + paro	Z

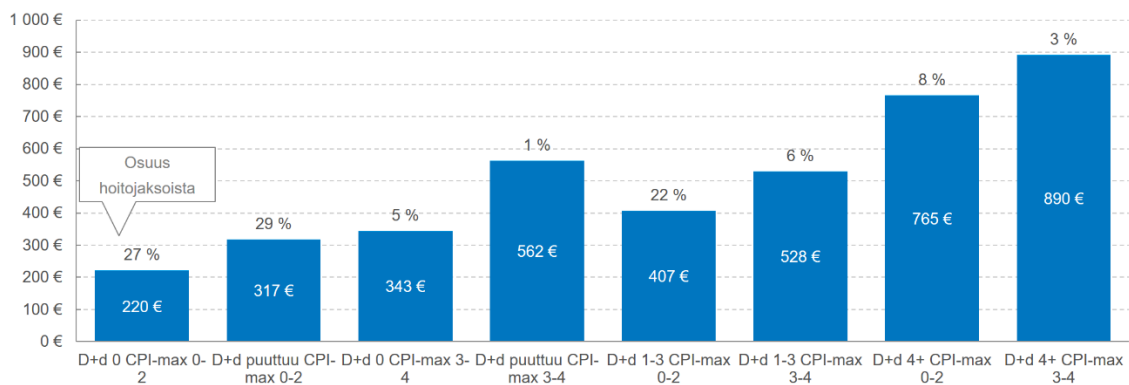
Taulukko 3: Hahmotelma kapitaatiokorvauksen valintavirheen korjausmekanismista

Taulukossa 3 on havainnollistettu asiakkaan valintavirheen korjauksen taustalla olevaa ryhmittelyä. X, Y ja Z viittaavat kertoimiin, jotka määrittävät myöhemmin. Valintavirheen painotuskerroin tasoittaa tuottajalle maksettavaa korvausta:

**Korvaus = ikäryhmän kapitaatio K \* ikäryhmän tuottajalle listautuneiden asiakkaiden määrä \* valintavirheen painotuskerroin**

### Suoritekorvaus

Asiakkaiden hoidon kustannukset riippuvat merkittävästi suun terveystarkastuksessa havaitusta korjaavan hoidon tarpeesta (Kuva 11). Hoidon tarpeeseen vaikuttavat merkittävästi asiakkaan omat elintottumukset.



Kuva 11: Aikuisten hoidon kustannukset eri potilasryhmissä korjaavan hoidontarpeen mukaan.

Keski-Uudenmaan kuntien valmistelutyössä asiakkaat jaettiin hoidon tarpeen perusteella karkeasti viiteen ryhmään (Taulukko 3), joissa ensimmäisessä ovat kaikkein terveimmät ja viimeisessä kaikkein eniten hoidontarpeessa olevat aikuiset. Tarkastelussa on huomioitu kaikki aikuiset, jotka ovat käyneet tarkastuksessa. Taulukon painokertoimia ei ole suhteutettu taulukossa hoitojaksojen kustannuksiin, vaan lopulliset painokertoimet (x, y, x) määritellään suunnitteluvaiheessa korvausmallin kokonaisarvioinnin yhteydessä.

Taulukon oikeassa reunassa on kuvattu tarkastusten peittävyden jakautuminen suhteessa kaikkiin tarkasteluajanjakson tarkastuksiin (hoitojakso on päättynyt vuonna 2016) sekä hoitojaksojen keskimääräiset kustannukset. Hoitojakson kustannuksissa on huomioitu alkutarkastus sekä asiakkaan alkutarkastusta seuraavat käynnit ennen seuraavaa tarkastusta, VALMIS-merkintään saakka, tai kunnes käyntien väli ylittää kahdeksan (8) kuukauden ajanjakson. Kustannuksissa on mukana mahdollisia oikomiseen liittyviä käyntejä lukuun ottamatta kaikki suun terveydenhuollon toiminta hoitojakson aikana, mukaan lukien hoitojaksojen aikana tehdyt kiireellisen hoidon käynnit. Kustannuksissa ei ole huomioitu hoitojakson päättymisen jälkeen tehtyjä kiireellisen hoidon käyntejä. Merkittävä osa aikuisväestöstä ei käy lainkaan tarkastuksissa, vaan käyttää pelkkiä päivystysluntoisia palveluita. Näiden aikuisten kustannuksia ei ole huomioitu tässä tarkastelussa.

	Hoidontarve	Alustavat kriteerit	Peittävyys	EUR/jakso	Kerroin
1	Ei hoidontarvetta	D 0 ja CPI-max 0-2 (tai indeksit puuttuvat)	56 %	270	1,00
2	Varhishoidon tarvetta (ei korjaavaa hoitoa)	Esim. uusia alkavia karieshavaintoja ja (BOP% > 20% tai vastaava)	Sis. 1-ryhmään	~300	1,10
3	Korjaavan hoidon tarvetta	D 1-3 (ja CPI-max 0-2)	22 %	407	X
4	Merkittävää korjaavan hoidon tarvetta karies <b>TAI</b> paro	D 4+ <b>TAI</b> CPI-max 3-4	20 %	573	Y
5	Merkittävää korjaavan hoidon tarvetta: karies <b>JA</b> paro	D 4+ <b>JA</b> CPI-max 3-4	3 %	890	Z

Taulukko 3: Tarkastusten peittävyys ja hoitojakson keskimääräiset kustannukset eri hoidontarpeen potilasryhmissä.

Järjestelmän monimutkaisuuden vähentämiseksi suoriteperusteisen osan olisi hyvä olla periaatteiltaan sama sekä asiakasmaksuissa että tuottajan korvausmallissa, vaikka maksujen määrät luonnollisesti eroavatkin toisistaan.

Suoritekorvauksen osuus on 25% korvausmallin kokonaiskustannuksista. Suoritekorvauksia voidaan myös kokeilussa painottaa erityisesti perushoidosta poikkeaviin hoitokokonaisuuksiin, kuten juurihoitoon. Tällöin ääritapauksessa kariesen ja iensairauksien hoidosta maksettavat korvaukset

voidaan jättää kapitaation varaan ja suoriteosuudella katettaisiin lähinnä perushoidosta poikkeavia tavanomaista harvinaisempia ja kalliimpia hoitokokonaisuuksia. Hoitokokonaisuuskohtaiset suoritekorvaukset lasketaan jatkosuunnittelussa, kun kaikki kokeilussa mukana olevat hoitokokonaisuudet on tunnistettu ja vahvistettu kokeilun rahoittajan kanssa.

### Kannustin-sanktiojärjestelmä

Jo käynnissä olevan kokeilun tavoin myös suun terveydenhuollon kokeilussa sovelletaan Triple aimallia, joka on kuvattu alkuperäisen hakemuksen kappaleessa 3.1.5. Kokeilun piirissä olevien suun terveydenhuollon palveluntuottajien toimintaa ohjataan kannustin-sanktiojärjestelmän avulla. Tarkoituksena on ohjata tuottajia mahdollisimman kokonaistaloudelliseen, laadukkaaseen ja asiakkaiden hoidon vaikuttavuutta tukevaan toimintaan. Osassa Keski-Uudenmaan kunnissa on jo aikaisempaa kokemusta jatkuvasta organisaatio-, hoitola- ja tekijätasolla toteutetusta laadunarvioinnista<sup>15</sup> (Kuva 12).

Kokonaisuus	Mittari	Keskiarvo **	Järvenpää	Tuusula	Minimi	Maksimi
Vaikuttavuus	1. Kariesvaurioiden pysähtyminen	42,73 %	40,6 %	49,3 %	31,40 %	51,60 %
	2. Kariesvaurioiden 2 vuoden kertymä 14-17 -vuotiailla	1,04	0,99	1,12	0,68	1,58
	3. Iensairauksien hoidon kohdennus (toimenpiteiden määrä, kpl)	1,13	1,02	1,20	0,90	1,47
Työn laatu	4. Paikkojen pysyvyys (paikallaan 1v)	94,01 %	94,0 %	94,1 %	92,70 %	95,00 %
	5. Juurihoidettujen hampaiden selviytyminen (selvinnyt 3v)	91,74 %	91,5 %	91,5 %	89,50 %	93,40 %
Prosessin laatu	6. Kliinisen työajan osuus***	74,76 %	78,0 %	84,3 %	65,40 %	84,30 %
	7. Montako käyntiä tyyppilisen potilaan hoitojakso on vaatinut*	3,40	3,14	3,41	2,68	3,85
	8. Tyyppilisen hoitojaksopotilaan toimenpiteiden määrä per käynti*	3,00	3,67	3,04	2,48	3,67
Palveluiden saatavuus	9. Potilaiden odotusajat (HL:n tarkastuskäynti, vuorokautta) ***	26	3	16	3	76
	10. Lasten ja nuorten määräaikaistarkastusten peittävyys	88,84 %	82,0 %	94,2 %	82,00 %	94,20 %

Kuva 12: Kahdessa Keski-Uudenmaan kunnassa seurattuja suun terveydenhuollon laatumittareita (Tulokset 3/2017)

Kannustin/sanktiojärjestelmän keskeisiä tavoitteita ovat kansanterveyshyötyjen saavuttaminen sekä laadukas palvelutuotanto. Lisäksi pyritään varmistamaan potilaiden tarkoituksenmukainen ja vaikuttava hoito. NHS on kehittänyt suun terveydenhuollon kapitaatiopohjaista järjestelmää jo vuodesta 2011 lähtien, ja hyödyntää siinä laatu- ja vaikuttavuusmittareista koostuvaa mittaristoa<sup>16</sup>. Mittaristo koostuu neljästä näkökulmasta, jotka sisältävät kaikkiaan 15 mittaria, ja joilla saavutettava korkein yhteispistemäärä on 1000 pistettä. NHS:n mittariston neljä näkökulmaa ja niissä saavutettavat pistemäärät ovat:

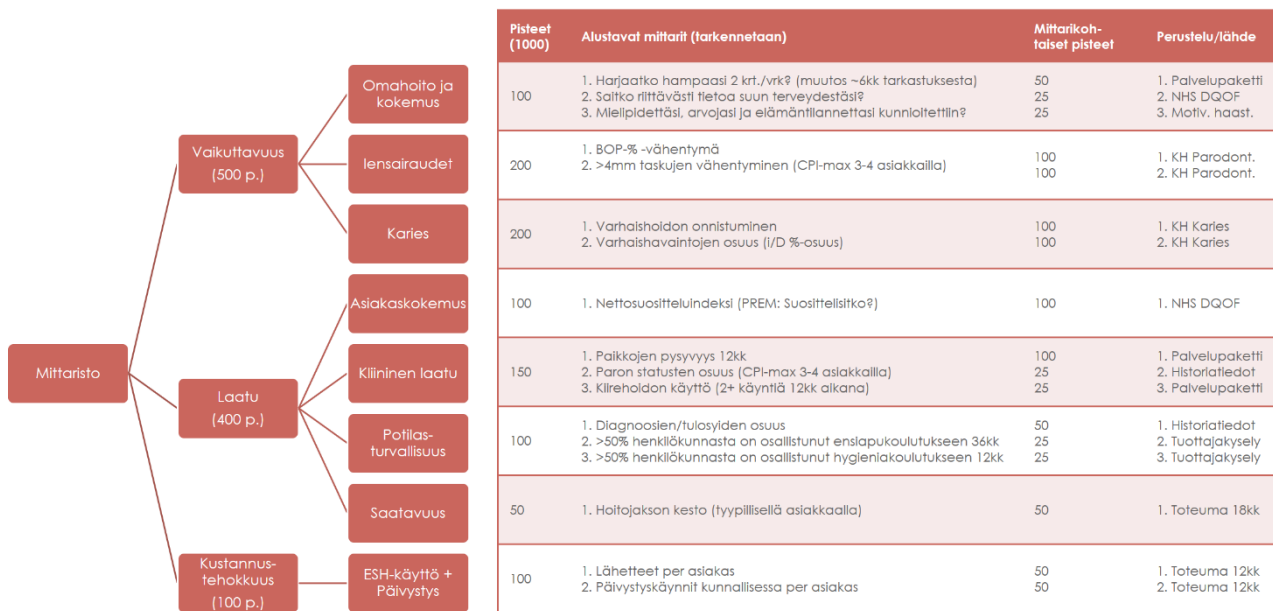
- 1) Potilasturvallisuus 100 pistettä
- 2) Kliininen tehokkuus 500 pistettä (karieseen ja iensairauksiin liittyviä mittareita)
- 3) Asiakaskokemus 300 pistettä

<sup>15</sup> Nordic Healthcare Group, Suun terveydenhuollon laaturekisteri 2017

<sup>16</sup> NHS. Dental Quality and Outcomes Framework for 2016-2017. Department of Health. March 2016.

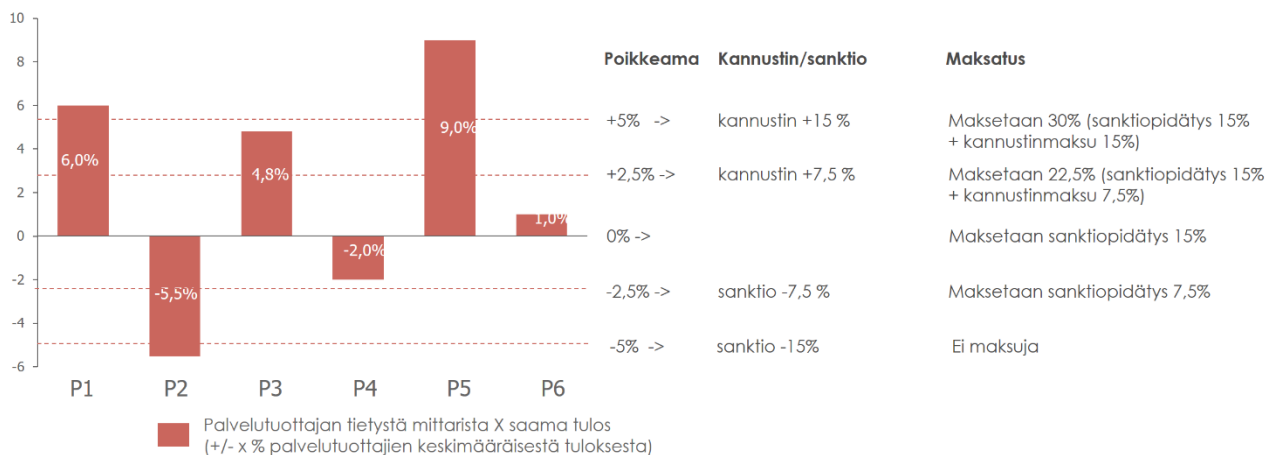
4) Datanlaatu 100 pistettä

Kuvassa 13 on kuvattu suun terveydenhuollon kokeilun alustavat mekanismit sekä niihin liittyvät mittarit alustavine painokertoimineen. Osa mittareista perustuu mm. Käypä hoito -suositusten pohjalta tunnistettuihin mittareihin, mutta alustavaan mittaristoon voi tulla vielä muutoksia riippuen mm. yksityisten palveluntuottajien mahdollisista puutteista järjestelmään kirjattavan tiedon osalta. Myös mittaristossa kuvatut mittarikohtaiset painotukset ovat alustavia ja muutokset ovat mahdollisia. Osa mittareista voidaan laskea vasta kun palveluntuottajan toiminta kyseisten muutosten osalta on päästy todentamaan. Osassa mittareissa kannustin-sanktiomekanismi voidaan sitoa historialliseen palvelunkäyttöön, jolloin ei ole tarpeen odottaa yksittäisten henkilöiden hoidon toteumatietoja.



Kuva 13: Kannustin-sanktiojärjestelmän alustava mittaristo

Kunkin kannustin-sanktiojärjestelmän mittarin painoarvo määrää kannustimen vaikutuksen kokonaiskorvaukseen. Sanktioiden ja kannustimien yhteisvaikutus keskimääräiseen kokonaiskorvaukseen on +/-15 %. Jokaiselle mittarille määritellään ennalta tavoitetaso (kokeilussa mukana olevien palveluntuottajien toteutunut keskiarvotaso), josta poikkeaminen määrittää myöhemmin maksettavan lisäkorvauksen määrän. Kannustimen raja-arvot määräytyvät perustuen alueen kokonaiskeskiarvoon ja +/- 5 % vaihteluun. Toisin sanoen tuottaja saa täyden lisäkorvauksen, jos tuottajan asiakkaiden keskiarvo on vähintään 5 % parempi kuin alueen keskiarvo, eikä lainkaan lisäkorvauksia, jos asiakkaiden keskiarvo on vähintään 5 % heikompi kuin keskiarvo. Keskimäärin palveluntuottajat saavat 15% korvauksen, joka lasketaan takautuvasti. Alla oleva esimerkki havainnollistaa bonus-sanktion laskentaa yhden mittarin osalta.



Kuva 14: Kannustimen/sanktion määräytyminen määritetyn mittarin tuloksen mukaan

Mikäli asiakas vaihtaa palveluntuottajaa kesken vaikuttavuusarvioinnin, jaetaan kyseisen tarkastusvälin terveysvaikutukset aikaperusteisesti aikaisemman sekä uuden palveluntuottajan välillä. Mikäli palveluntuottaja ohjaa kunnan palveluihin palveluvalikoiman mukaisia hoitoja, on kunnalla oikeus pidättää palveluntuottajalle maksettavasta kapitaatiokorvauksesta hoidon laskennallisia kustannuksia vastaava summa. Palveluiden tuottamisvastuu alkaa kolmen viikon kuluttua asiakkaan listautumisesta (säädelään alkuvaiheessa palveluiden saatavuutta julkisen ja yksityisen välillä). Ts. ajanvarauskirjassa on näkymä aikaisintaan kolmen viikon päähän, sitä ennen asiakas on veloitettu käyttämään aikaisemman palveluntuottajansa palveluita.

Asiakkaan valinnan sekä kannustin- ja sanktiojärjestelmän yksi olennainen osa-alue ovat laatumittarit. Hankebudjetissa on budjetoitu laatumittareiden laskentaan liittyvää alihankintakustannusta sekä julkisesta että yksityisestä palvelutuotannosta (Budjetissa: Laatumittareiden laskenta kunnat ja yksityiset). Yksityisen palvelutuotannon laatumittarit lasketaan luvan antaneiden yksityisten palveluntuottajien potilastietojärjestelmästä kerättyjen tietojen perusteella. Tiedot kerätään todennäköisesti keskitetysti potilastietojärjestelmätoimittajien avustuksella. Tiedonkeruuseen on suunniteltu käytettävän alihankintaa, joka suuntautuu tietopyyntöihin, koordinointiin, tietojärjestelmätoimittajien kustannuksiin, sekä tarvittaessa aineiston validointiin ja tiedonhaun tarkennuksiin (Hankebudjetin kohta: Tiedonkeruu yksityisen järjestelmistä). Kustannusten määrään vaikuttaa lopulta se, kuinka monelta palveluntuottajalta tiedot tarvitaan ja kuinka monta eri potilastietojärjestelmää yksityisillä palveluntuottajilla on käytössä.

### Kapitaatiokorvauksen suuruuden määrittäminen ja laskutus

Kapitaatiokorvauksen suuruus ja kannustin-sanktiomallin raja-arvot lasketaan ja tarkennetaan alkusyksyllä 2017. Laskennassa hyödynnetään Keski-Uudenmaan kunnissa aikaisemmin tehtyjä suun terveydenhuollon tarkasteluita. Kapitaatiokorvausta ja kertoimia tarkistetaan ensimmäisen kerran pian tuotannon aloituksen jälkeen ja myöhemmin tarvittaessa puolivuositteittäin. Kokeilun aikana palveluntuottajalle maksettava korvaus sidotaan kuluttajahintaindeksiin kehitykseen. Ikäryhmiä ja ikäryhmäkohtaisia kertoimia ei muuteta kokeilun aikana, ellei siihen ilmene erityistä aihetta. Palveluntuottajien eriarvoinen arvonnäkökohtelu huomioidaan kokeilussa lisäämällä myöhemmin määritettävä osuus yksityiselle palveluntuottajalle maksettavaan korvaukseen.

Palveluntuottaja laskuttaa järjestäjää kuukausittain palveluntuottajalle listautuneen väestömäärän mukaisesti. Kuukausikorvaus yhtä asukasta kohden saadaan jakamalla asukkaan kapitaatiokorvaus kahdellatoista (12). Laskutuksen perusteena oleva väestömäärä tarkistetaan kunkin kuukauden 15. päivä. Maksun eräpäivä on kunkin kuukauden ensimmäinen arkipäivä.

Palvelun järjestäjä päättää asiakkailta perittävien maksujen perusteet. Järjestäjä perii asiakasmaksut. Palveluntuottaja ei saa periä asiakkailta vastaanottopalveluista asiakas- tai muita maksuja. Kela korvaa asiakkaan matkakulut palveluntuottajan yksikköön kulloinkin voimassa olevien sääntöjensä mukaisesti.

### 3.2 Hankkeen aikataulu

Suun terveydenhuollon kokeilun aikataulu pohjautuu meneillään olevan hankkeen aikatauluun, sillä muutoksella, että suunnittelu- ja valmisteluvaihe päästään aloittamaan kunnolla rahoituspäätösten jälkeen kesäkuussa, ja tuotantovaihe voidaan aloittaa lokakuussa (Kuva 15).



Kuva 15: Suun terveydenhuollon kokeilun aikataulu ja vaiheistus

## 4 Hankkeen organisointi

### 4.1 Päätöksenteko ja valmistelu

Hankkeeseen kuuluvat Keski-Uudenmaan kunnat ovat yhteisesti sitoutuneet sekä alueellisen sote-mallin suunnitteluun, että palvelusetelikokeiluun. Keski-Uudenmaan sote-hankkeen ohjausryhmä on suositellut 11.5.2017 valtionavustuksen hakemista hankekunnille. Kaikkien hakijoina toimivien kuntien päätöksenteko-elimet ovat päättäneet valtionavustuksen hakemisesta.

## 4.2 Ohjaus hankkeen aikana

Suun terveydenhuollon hankkeen ohjauksesta vastaa sama ohjausryhmä kuin olemassa olevasta valinnanvapauskokeilusta.

## 4.3 Viestintä- ja vaikuttamissuunnitelma

Käynnissä olevaa palvelusetelikokeilun viestintäsuunnitelmaa päivitetään kattamaan myös suun terveydenhuollon kokeilu.

## 4.4 Riskienhallintasuunnitelma

Käynnissä olevaa palvelusetelikokeilun riskienhallintasuunnitelmaa päivitetään kattamaan myös suun terveydenhuollon kokeilu.

## 4.5 Ulkopuolisen asiantuntijan tuki

Ulkopuolisten asiantuntijoiden tuen osalta suun terveydenhuollon kokeilun tarpeet ovat pääosin yhteneviä käynnissä olevan palvelusetelikokeilun asiantuntijatuken tarpeiden kanssa. Hankkeessa tarvittavaa asiantuntija-avun määrää on arvioitu etukäteen ja kustannusarviot on huomioitu hankebudjetissa.

# 5 Hankkeen tulosten ja vaikutusten arviointi

Hankkeen tuloksia ja vaikuttavuutta arvioidaan hankkeen aikana toiminnan ohjaamiseksi sekä laajempien valinnanvapausmalleja koskevien johtopäätösten tekemiseksi. Suun terveydenhuollon tulosten ja vaikutusten arvioinnissa hyödynnetään soveltuvin osin jo alkaneessa palvelusetelikokeilussa käytettyjä työkaluja ja prosesseja, joita sovelletaan suun terveydenhuollon kokeilun tavoitteiden arviointiin.

Suun terveydenhuollon palvelunkäyttöä ja laatua on tarkasteltu aikaisemmin ylätasolla Keski-Uudenmaan kunnissa, sekä tarkemmin muutamissa kunnissa. Hankkeessa palvelunkäytön arviointi keskitetään kokeilun kannalta olennaiseen tietoon ja laajennetaan arviointi kattamaan kaikkien Keski-Uudenmaan kuntien palvelunkäyttö ja laatu, mukaan lukien kokeilun kautta yksityisiin palveluihin hakeutuvien asiakkaiden olennaiset tiedot. Hanketta seurataan jo aloitetun valinnanvapauskokeilun tavoin kevyesti toteutetun johdon dashboardin avulla. Dashboard tukee hankkeen aikaista seurantaa sekä mahdollistaa puuttumisen mahdollisiin epäkohtiin. Dashboard hankitaan alihankintana.

Suun terveydenhuollon hankkeessa toteutetaan kaksi erillistä väliarviointia, loppuarviointi, sekä huomattavasti myöhemmin arvioidaan vielä hankkeen kohdeväestössä tapahtuneita terveysmuutoksia. Terveysmuutosten arviointi edellyttää pitkää odotusaikaa, sillä niiden todentamiseksi tarvitaan kliiniset havainnot asiakkaan seuraavista terveystarkastuksista.

Ensimmäinen väliarviointi (I) tehdään vuodenvaihteessa 2017-2018, kun on jo käytettävissä tietoa kokeiluun osallistuneiden asiakkaiden valintakäyttäytymisestä sekä valintaan vaikuttaneista tekijöistä. Toinen väliarviointi (II) toteutetaan kesällä 2018, kun päästään tarkastelemaan valinnan tehneiden asiakkaiden palvelukäyttäytymistä. Toisessa väliarvioinnissa tarkastellaan kokeiluun osallistuneiden asiakkaiden palvelunkäyttöä, sekä arvioidaan alustavasti palvelunkäytön mahdollista

ali- tai ylikäyttöä verrattuna asiakkaiden aikaisempaan palvelunkäyttöön sekä muiden asiakkaiden palvelunkäyttöön. Erityisen kiinnostavaa on tarkastella mahdollisia muutoksia asiakkaiden raportoidussa terveydessä, sekä toisaalta mahdollisia tarkastustoiminnassa tapahtuneita muutoksia sekä aiemmin tehtyjen hoitosuunnitelmien toteutumista. Toisaalta on kiinnostava nähdä, oliko asiakkaiden aikaisemmillä hoitosuunnitelmilla vaikutusta hoidon järjestämiseen. Tulokset auttavat ymmärtämään valinnanvapauden vaikutuksia kansallisella tasolla sekä varautumaan mahdollisiin epäkohtiin ajoissa. Väliarvioinneissa on suunniteltu käytettävän alihankintaa arvioitaessa palvelunkäytön muutoksia sekä arvioitaessa palveluiden ali- ja ylikäyttöä.

Loppuarvioinnissa (III) tarkastellaan kokeilujakson 2017-2018 tuloksia kokonaisuudessa sekä saatavilla olevaa aineistoa mahdollisista terveysvaikutuksista. Hankkeen loppuarvioinnissa hyödynnetään myös alihankintaa arvioitaessa hankkeen tuloksia sekä verrattaessa kokeiluun osallistuneiden tiedossa olevaa terveyskehitystä suhteessa vertailuryhmiin. Liite 12, tehtäväkohtainen budjetti sisältää kustannusarviot seurantaan, arviointiin sekä raportointiin sisällytetyn alihankinnan osuuksista.

## 5.1 Seurattavat näkökulmat

Suun terveydenhuollon kokeilussa seurattavat näkökulmat ovat pääosin yhteneviä meneillään olevan kokeilun kanssa. Edellä mainittujen lisäksi suun terveydenhuollon kokeilussa seurataan asiakaskyselyihin pohjautuvaa tietoa siitä, mikä on saatavuus- ja laatu-tiedon vaikutus asiakkaiden valintoihin. Lisäksi seurataan erityisen tarkkaan, millaista siirtymää asiakkaiden palvelunkäytössä sektoreiden välillä tapahtuu, huomioiden asiakkaiden aikaisempi palvelunkäyttö.

## 6 Hankkeen resursointi ja kustannusarvio

Suun terveydenhuollon hankkeen kustannusrakenne on pääosin yhdenmukainen käynnissä olevan palvelusetelikokeilun kustannusrakenteen kanssa, joka on kuvattu alkuperäisessä hankesuunnitelmassa.

Hankesuunnitelman mukaan projektiorganisaatiota täydennetään 2,5 projektityöntekijällä. Lisäksi kunnat osallistuvat hankkeeseen siirtämällä oman henkilöstönsä työpanosta mm. ohjaus- ja johtoryhmien toimintaan myös suun terveydenhuollon kokeilun tarpeisiin, alkuperäisen hankesuunnitelman tavoin. Suun terveydenhuollon kokeilussa on joitain hallinnollisesti potentiaalisesti raskaampia työvaiheita, joiden suorittaminen edellyttää riittävää resursointia. Asiakaslaskutus tapahtuu järjestäjän kautta, ja manuaalisen työn määrä on suurempi erityisesti kokeilun alkuvaiheessa järjestelmäratkaisujen ollessa vielä puutteellisia. Lisäksi asiakaslaskutuksen ollessa suoriteperusteista, edellyttää se laskutuksessa erityistä tarkkuutta. Toisaalta järjestäjän tuottamana asiakaslaskutus on myös nopea kanava valvoa kokeiluun osallistuvien palveluntuottajien toimintaa, sekä puuttua mahdollisiin epäkohtiin nopeasti. Järjestäjän toteuttamalla laskutuksella voidaan myös kontrolloida mahdollista palveluiden ylimyyntiä kokeilun aikana. Edellisten lisäksi projektityöntekijät ovat vastuussa palveluntuottajien kanssa tehtävästä yhteydenpidosta, joka on todettu alkaneessa valinnanvapauskokeilussa työllistäväksi.

Järjestäjän rekisterinpitovelvoitteen täyttäminen edellyttää myös kokeilun alkuvaiheessa huomattavaa manuaalista työpanosta, johon myös osa rahoituksesta on jouduttu ohjaamaan hankkeen budjetissa. Tämänhetkisen tiedon perusteella marraskuusta 2017 alkaen manuaalisen työn määrä



vähenee, Kanta-palvelun ollessa käytettävissä kokeilussa kirjattavien tietojen yhteisenä alustana. Suun terveydenhuollossa kirjattavan tiedon laajuus on suhteellisen kattava toiminnan perustuessa nykyisin toimenpiteisiin.

Palvelusetelikoelun alussa on lisäksi todennäköistä, että perinteisen julkisen palvelutuotannon, listautumisperusteisen julkisen palvelutuotannon sekä yksityisen palvelutuotannon kokonaiskustannukset kasvavat hetkellisesti oman toiminnan sopeutuksen viedessä aikaa.

Pääperiaatteena hankkeen kustannukset jaetaan kunnille niiden asukasluvun mukaisessa suhteessa. Projektioorganisaation henkilöstö työskentelee kuitenkin kokonaisuudessaan Hyvinkään kaupungin alaisuudessa, mikä kasvattaa Hyvinkään omarahoitusosuutta suhteessa muihin kuntiin. Muut kunnat maksavat Hyvinkäälle korvauksen, jolla tasataan kuntien omarahoitusosuudet niiden asukasluvun mukaista suhdetta vastaaviksi (Taulukko 4)

## Kustannukset

MENOT JA RAHOITUS	2017	2018	2019	Yhteensä
<b>Henkilöstömenot, joista</b>	<b>194 500</b>	<b>289 000</b>	<b>0</b>	<b>483 500</b>
Projektiin palkattava henkilöstö	66 500	133 000		199 500
Työpanoksen siirto	128 000	156 000		284 000
<b>Palvelujen ostot yhteensä, josta</b>	<b>403 717</b>	<b>425 908</b>	<b>0</b>	<b>829 625</b>
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	228 000	197 000	0	425 000
Painatukset ja ilmoitukset	9 167	18 333	0	27 500
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	4 583	9 167	0	13 750
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	4 583	9 167	0	13 750
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	9 167	18 333	0	27 500
Muut palvelujen ostot	148 217	173 908		322 125
<b>Aineet, tarvikkeet ja tavarat</b>	<b>4 583</b>	<b>9 167</b>	<b>0</b>	<b>13 750</b>
<b>Vuokrat</b>	<b>2 292</b>	<b>4 583</b>	<b>0</b>	<b>6 875</b>
<b>Investointimenot yhteensä, josta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Aineettomat hyödykkeet	0	0	0	0
Koneet ja kalusto	0	0	0	0
Muut investointimenot	0	0	0	0
<b>Muut menot</b>	<b>13 750</b>	<b>27 500</b>	<b>0</b>	<b>41 250</b>
<b>Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset</b>	<b>618 842</b>	<b>756 158</b>	<b>0</b>	<b>1 375 000</b>
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kustannukset	0	0	0	0
- Tulorahoitus	0	0	0	0
- Muu kuin julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset</b>	<b>618 842</b>	<b>756 158</b>	<b>0</b>	<b>1 375 000</b>
Hanketoimijoiden oma rahoitusosuus	123 768	151 232	0	275 000
Muu julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Haettava valtionavustus</b>	<b>495 074</b>	<b>604 926</b>	<b>0</b>	<b>1 100 000</b>

Taulukko 4: Hankkeen alustavat menot ja rahoitus

**Liitteet: Kustannusten tarkempi erittely****Kuntakohtaiset kustannukset**

MENOT JA RAHOITUS	2017	2018	2019	Yhteensä
<b>Hyvinkää</b>				
<b>Henkilöstömenot, joista</b>	<b>46 552</b>	<b>69 170</b>	<b>0</b>	<b>115 722</b>
Projektiin palkattava henkilöstö	15 916	31 832	0	47 749
Työpanoksen siirto	30 636	37 337	0	67 973
<b>Palvelujen ostot yhteensä, josta</b>	<b>75 963</b>	<b>122 601</b>	<b>0</b>	<b>198 564</b>
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	33 907	67 813	0	101 720
Painatukset ja ilmoitukset	2 194	4 388	0	6 582
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	1 097	2 194	0	3 291
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	1 097	2 194	0	3 291
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	2 194	4 388	0	6 582
Muut palvelujen ostot	35 475	41 623	0	77 098
<b>Aineet, tarvikkeet ja tavarat</b>	<b>1 097</b>	<b>2 194</b>	<b>0</b>	<b>3 291</b>
<b>Vuokrat</b>	<b>548</b>	<b>1 097</b>	<b>0</b>	<b>1 645</b>
<b>Investointimenot yhteensä, josta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Aineettomat hyödykkeet	0	0	0	0
Koneet ja kalusto	0	0	0	0
Muut investointimenot	0	0	0	0
<b>Muut menot</b>	<b>3 291</b>	<b>6 582</b>	<b>0</b>	<b>9 873</b>
<b>Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset</b>	<b>127 452</b>	<b>201 643</b>	<b>0</b>	<b>329 095</b>
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kustannukset	0	0	0	0
- Tulorahoitus	0	0	0	0
- Muu kuin julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset</b>	<b>127 452</b>	<b>201 643</b>	<b>0</b>	<b>329 095</b>
Hanketoimijoiden oma rahoitusosuus	25 490	40 329	0	65 819
Muu julkinen rahoitus	0	0	0	0
Haettava valtionavustus	101 961	161 315	0	263 276

Taulukko 5: Hyvinkään osuus alustavista menoista ja rahoituksesta

MENOT JA RAHOITUS	2017	2018	2019	Yhteensä
<b>Järvenpää</b>				
<b>Henkilöstömenot, joista</b>	<b>41 490</b>	<b>61 648</b>	<b>0</b>	<b>103 138</b>
Projektiin palkattava henkilöstö	14 185	28 371	0	42 556
Työpanoksen siirto	27 304	33 277	0	60 581
<b>Palvelujen ostot yhteensä, josta</b>	<b>67 703</b>	<b>109 269</b>	<b>0</b>	<b>176 971</b>
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	30 220	60 439	0	90 659
Painatukset ja ilmoitukset	1 955	3 911	0	5 866
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	978	1 955	0	2 933
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	978	1 955	0	2 933
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	1 955	3 911	0	5 866
Muut palvelujen ostot	31 617	37 097	0	68 714
<b>Aineet, tarvikkeet ja tavarat</b>	<b>978</b>	<b>1 955</b>	<b>0</b>	<b>2 933</b>
<b>Vuokrat</b>	<b>489</b>	<b>978</b>	<b>0</b>	<b>1 467</b>
<b>Investointimenot yhteensä, josta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Aineettomat hyödykkeet	0	0	0	0
Koneet ja kalusto	0	0	0	0
Muut investointimenot	0	0	0	0
<b>Muut menot</b>	<b>2 933</b>	<b>5 866</b>	<b>0</b>	<b>8 799</b>
<b>Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset</b>	<b>113 592</b>	<b>179 716</b>	<b>0</b>	<b>293 308</b>
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kustannukset	0	0	0	0
- Tulorahoitus	0	0	0	0
- Muu kuin julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset</b>	<b>113 592</b>	<b>179 716</b>	<b>0</b>	<b>293 308</b>
Hanketoimijoiden oma rahoitusosuus	22 718	35 943	0	58 662
Muu julkinen rahoitus	0	0	0	0
Haettava valtionavustus	90 874	143 773	0	234 646

Taulukko 6: Järvenpään osuus alustavista menoista ja rahoituksesta

MENOT JA RAHOITUS	2017	2018	2019	Yhteensä
<b>Mäntsälä</b>				
<b>Henkilöstömenot, joista</b>	<b>20 833</b>	<b>30 955</b>	<b>0</b>	<b>51 789</b>
Projektiin palkattava henkilöstö	7 123	14 246	0	21 369
Työpanoksen siirto	13 710	16 709	0	30 420
<b>Palvelujen ostot yhteensä, josta</b>	<b>33 996</b>	<b>54 867</b>	<b>0</b>	<b>88 863</b>
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	15 174	30 348	0	45 523
Painatukset ja ilmoitukset	982	1 964	0	2 946
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	491	982	0	1 473
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	491	982	0	1 473
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	982	1 964	0	2 946
Muut palvelujen ostot	15 876	18 628	0	34 503
<b>Aineet, tarvikkeet ja tavarat</b>	<b>491</b>	<b>982</b>	<b>0</b>	<b>1 473</b>
<b>Vuokrat</b>	<b>245</b>	<b>491</b>	<b>0</b>	<b>736</b>
<b>Investointimenot yhteensä, josta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Aineettomat hyödykkeet	0	0	0	0
Koneet ja kalusto	0	0	0	0
Muut investointimenot	0	0	0	0
<b>Muut menot</b>	<b>1 473</b>	<b>2 946</b>	<b>0</b>	<b>4 418</b>
<b>Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset</b>	<b>57 038</b>	<b>90 241</b>	<b>0</b>	<b>147 279</b>
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kustannukset	0	0	0	0
- Tulorahoitus	0	0	0	0
- Muu kuin julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset</b>	<b>57 038</b>	<b>90 241</b>	<b>0</b>	<b>147 279</b>
Hanketoimijoiden oma rahoitusosuus	11 408	18 048	0	29 456
Muu julkinen rahoitus	0	0	0	0
Haettava valtionavustus	45 630	72 193	0	117 823

Taulukko 7: Mäntsälän osuus alustavista menoista ja rahoituksesta

MENOT JA RAHOITUS	2017	2018	2019	Yhteensä
<b>Pornainen</b>				
<b>Henkilöstömenot, joista</b>	<b>5 103</b>	<b>7 583</b>	<b>0</b>	<b>12 686</b>
Projektiin palkattava henkilöstö	1 745	3 490	0	5 234
Työpanoksen siirto	3 358	4 093	0	7 451
<b>Palvelujen ostot yhteensä, josta</b>	<b>8 327</b>	<b>13 440</b>	<b>0</b>	<b>21 767</b>
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	3 717	7 434	0	11 151
Painatukset ja ilmoitukset	241	481	0	722
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	120	241	0	361
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	120	241	0	361
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	241	481	0	722
Muut palvelujen ostot	3 889	4 563	0	8 452
<b>Aineet, tarvikkeet ja tavarat</b>	<b>120</b>	<b>241</b>	<b>0</b>	<b>361</b>
<b>Vuokrat</b>	<b>60</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>180</b>
<b>Investointimenot yhteensä, josta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Aineettomat hyödykkeet	0	0	0	0
Koneet ja kalusto	0	0	0	0
Muut investointimenot	0	0	0	0
<b>Muut menot</b>	<b>361</b>	<b>722</b>	<b>0</b>	<b>1 082</b>
<b>Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset</b>	<b>13 972</b>	<b>22 105</b>	<b>0</b>	<b>36 076</b>
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kustannukset	0	0	0	0
- Tulorahoitus	0	0	0	0
- Muu kuin julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset</b>	<b>13 972</b>	<b>22 105</b>	<b>0</b>	<b>36 076</b>
Hanketoimijoiden oma rahoitusosuus	2 794	4 421	0	7 215
Muu julkinen rahoitus	0	0	0	0
Haettava valtionavustus	11 177	17 684	0	28 861

Taulukko 8: Pornaisten osuus alustavista menoista ja rahoituksesta

MENOT JA RAHOITUS	2017	2018	2019	Yhteensä
<b>Nurmijärvi</b>				
<b>Henkilöstömenot, joista</b>	<b>41 970</b>	<b>62 362</b>	<b>0</b>	<b>104 332</b>
Projektiin palkattava henkilöstö	14 350	28 699	0	43 049
Työpanoksen siirto	27 621	33 663	0	61 283
<b>Palvelujen ostot yhteensä, josta</b>	<b>68 487</b>	<b>110 534</b>	<b>0</b>	<b>179 021</b>
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	30 570	61 139	0	91 709
Painatukset ja ilmoitukset	1 978	3 956	0	5 934
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	989	1 978	0	2 967
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	989	1 978	0	2 967
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	1 978	3 956	0	5 934
Muut palvelujen ostot	31 983	37 527	0	69 510
<b>Aineet, tarvikkeet ja tavarat</b>	<b>989</b>	<b>1 978</b>	<b>0</b>	<b>2 967</b>
<b>Vuokrat</b>	<b>495</b>	<b>989</b>	<b>0</b>	<b>1 484</b>
<b>Investointimenot yhteensä, josta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Aineettomat hyödykkeet	0	0	0	0
Koneet ja kalusto	0	0	0	0
Muut investointimenot	0	0	0	0
<b>Muut menot</b>	<b>2 967</b>	<b>5 934</b>	<b>0</b>	<b>8 901</b>
<b>Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset</b>	<b>114 908</b>	<b>181 797</b>	<b>0</b>	<b>296 705</b>
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kustannukset	0	0	0	0
- Tulorahoitus	0	0	0	0
- Muu kuin julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset</b>	<b>114 908</b>	<b>181 797</b>	<b>0</b>	<b>296 705</b>
Hanketoimijoiden oma rahoitusosuus	22 982	36 359	0	59 341
Muu julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Haettava valtionavustus</b>	<b>91 926</b>	<b>145 438</b>	<b>0</b>	<b>237 364</b>

Taulukko 9: Nurmijärven osuus alustavista menoista ja rahoituksesta

MENOT JA RAHOITUS	2017	2018	2019	Yhteensä
<b>Tuusula</b>				
<b>Henkilöstömenot, joista</b>	<b>38 552</b>	<b>57 282</b>	<b>0</b>	<b>95 834</b>
Projektiin palkattava henkilöstö	13 181	26 362	0	39 543
Työpanoksen siirto	25 371	30 921	0	56 291
<b>Palvelujen ostot yhteensä, josta</b>	<b>62 908</b>	<b>101 531</b>	<b>0</b>	<b>164 439</b>
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	28 080	56 159	0	84 239
Painatukset ja ilmoitukset	1 817	3 634	0	5 451
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	908	1 817	0	2 725
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	908	1 817	0	2 725
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	1 817	3 634	0	5 451
Muut palvelujen ostot	29 378	34 470	0	63 848
<b>Aineet, tarvikkeet ja tavarat</b>	<b>908</b>	<b>1 817</b>	<b>0</b>	<b>2 725</b>
<b>Vuokrat</b>	<b>454</b>	<b>908</b>	<b>0</b>	<b>1 363</b>
<b>Investointimenot yhteensä, josta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Aineettomat hyödykkeet	0	0	0	0
Koneet ja kalusto	0	0	0	0
Muut investointimenot	0	0	0	0
<b>Muut menot</b>	<b>2 725</b>	<b>5 451</b>	<b>0</b>	<b>8 176</b>
<b>Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset</b>	<b>105 548</b>	<b>166 989</b>	<b>0</b>	<b>272 537</b>
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kustannukset	0	0	0	0
- Tulorahoitus	0	0	0	0
- Muu kuin julkinen rahoitus	0	0	0	0
<b>Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset</b>	<b>105 548</b>	<b>166 989</b>	<b>0</b>	<b>272 537</b>
Hanketoimijoiden oma rahoitusosuus	21 110	33 398	0	54 507
Muu julkinen rahoitus	0	0	0	0
Haettava valtionavustus	84 438	133 591	0	218 029

Taulukko 10: Tuusulan osuus alustavista menoista ja rahoituksesta

### Hanketoimiston suunnitellut täydennykset

Kunta	Nimike	Henkilöstökulu/kk (sis. sivukulut)	Kuukaudet	Yhteensä
Hyvinkää	Projektityöntekijä (2,5 hlö)	4 200	47,5	199 500
<b>Yhteensä</b>				<b>199 500</b>

Taulukko 11: Hanketoimiston suunnitellut täydennykset



## Tehtävänkohtainen hahmotelma tarvittavista resursseista

Tehtävä	Toteuttaja	kuntien Henkilöstökulu			Alihankinta		
		2017	2018	Yhteensä	2017	2018	Yhteensä
<b>Suunnittelu ja valmistelu</b>							
Korvaus- ja rahoitusmallin rakentaminen	Projektitoim./alih.	4 000		4 000	20 000		20 000
Palveluntuottajien kriteeristön määrittely ja palveluntuottajien hyväksyminen	Projektitoim./alih.				10 000		10 000
Projektihallinnon täydentäminen	Kunnat	5 000		5 000			
Toiminnan kustannusten ja vaikuttavuuden seurannan suunnittelu	Projektitoim./alih.				10 000		10 000
Vuoropuhelu yksityisten palveluntuottajien kanssa ja osallistaminen työpajoissa	Projektitoim. / (alih.)	8 000	4 000	12 000	7 000	3 000	10 000
Toteutussuunnitelman tarkentaminen STMn kanssa	Projektitoim./alih.	3 000		3 000	5 000		5 000
Asiakkaiden listautumisen suunnittelu	Projektitoim./alih.				5 000		5 000
Yksityisen tiedonkeruun valmistelu ja luvat	Projektitoim./alih.				5 000		5 000
<b>Jatkuva toiminta</b>							
<b>Laatutietojen toimittaminen</b>							
Laatumittareiden laskenta / kunnat	Projektitoim./alih.				15 000	30 000	45 000
Laatumittareiden laskenta / yksityiset	Projektitoim./alih.				40 000	20 000	60 000
Fasilitaattoritoiminnan laajentaminen	alihankinta				7 000	3 000	10 000
<b>Tietojärjestelmät</b>							
Asiakkuudenhallintajärjestelmän päivitys	Projektitoim./alih.	3 000		3 000	5 000	5 000	10 000
Kanta-palvelun tuki pienille tuottajille	Kunnat	7 000	10 000	17 000			
Tietojen tuottaminen sidosryhmille	Kunnat	15 000	15 000	30 000			
Tiedonkeruu yksityisten järjestelmistä	Projektitoim./alih.				24 000	15 000	39 000
Kunnallisen saatavuustiedon integrointi	Projektitoim./alih.				25 000	10 000	35 000
Palveluseteliratkaisun kehittäminen (50%)	Projektitoim./alih.				17 000		17 000
Palveluseteliratkaisun jatkuva kustannus	Projektitoim./alih.				4 000	10 000	14 000
<b>Ohjaus</b>							
Ohjaus- ja johtoryhmien kokoukset	Projektitoim./kunnat	7 000	15 000	22 000			
Kuntien toiminnan tehostaminen ja yhdenmukaistaminen	Kunnat/alihankinta	20 000	20 000	40 000	5 000	5 000	10 000
Seuranta- ja kehittämistyöpajat	Kaikki	7 000	10 000	17 000	5 000	5 000	10 000
Riskivaraus ennalta suunnittelemissiin tarpeisiin	Projektitoim./alih.	10 000	20 000	30 000	2 000	3 000	5 000
Palveluntuottajien hyväksyntä, seuranta ja jatkuva vuoropuhelu	Projektitoimisto						
<b>Taloushallinto</b>							
Kapitaatiokorvausten seuranta, laskutus	Kunnat	7 000	15 000	22 000			
Suoritekorvausten seuranta, laskutus	Kunnat	5 000	10 000	15 000			
Asiakkaiden suoriteperusteinen jälkilaskutus	Kunnat	10 000	15 000	25 000			
Taloustietojen kerääminen sidosryhmille	Kunnat / alihankinta	7 000	7 000	14 000			
Kannustin-sanktioiden seuranta ja laskutus	Kunnat / alihankinta	10 000	15 000	25 000		20 000	20 000
<b>Seuranta, arviointi, raportointi</b>							
Johdon dashboard (päivitys)	Alihankinta				10 000	10 000	20 000
Toimintavuoden 2017 arviointi (I)	Projektitoim./alih.				7 000	13 000	20 000
Toimintavuoden 2018 arviointi (II)	Projektitoim./alih.					15 000	15 000
Loppuarviointi (III)	Projektitoim./alih.					30 000	30 000
<b>Yhteensä</b>		<b>128 000</b>	<b>156 000</b>	<b>284 000</b>	<b>228 000</b>	<b>197 000</b>	<b>425 000</b>

Taulukko 12: Tehtävänkohtainen hahmotelma tarvittavista resursseista