



SUUN TERVEYDENHUOLLON KOKEILUN LOPPUARVIOINTI

UUDENMAAN ALUEELLINEN VALINNANVAPAUSKOKEILU

2019

23.10.2019

SISÄLLYSLUETTELO

VALINNANVAPAAUSKOKEILUN LOPPUARVIOINTI

1. Kokeilun perustiedot ja keskeiset havainnot
2. Listautuminen ja palvelunkäyttö
3. Hoidon vaikuttavuus ja laatu
4. Valinnanvapauskokeilun järjestäminen
5. Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen
6. Liitteet ja muu materiaali

VALINNANVAPAAUSKOKEILUN LOPPUARVIOINTI

1. Kokeilun perustiedot ja keskeiset havainnot

- Loppuarvioinnin tausta ja tavoitteet
- Kokeilun perustiedot
- Listautuminen ja palvelunkäyttö
- Vaikuttavuus ja laatu
- Valinnanvapauskokeilun järjestäminen
- Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen

2. Listautuminen ja palvelunkäyttö

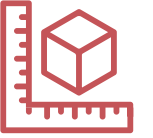
3. Hoidon vaikuttavuus ja laatu

4. Valinnanvapauskokeilun järjestäminen

5. Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen

6. Liitteet ja muu materiaali

Valinnanvapauskokeilu oli noin kaksivuotinen hanke, jossa haluttiin saada empiiristä tietoa valinnanvapaudesta



Kokeilun tausta

Osana edellisen hallituksen (Sipilä I) sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta asetettiin, että Suomessa astuu voimaan valinnanvapausmalli. Mallissa asiakkaat vallitsevat itse perustason terveydenhuollon ja suun terveydenhuollon palveluntuottajansa, joka voi olla yksityinen, julkinen tai kolmannen sektorin toimija

Asiakkaan valinnanvapauteen perustuvan mallin tavoitteena kansainvälisten kokemusten perusteella oli parantaa palveluiden saatavuutta Keski-Uudenmaan tapaisilla tiheään asutuilla seuduilla. Muita valinnanvapauden vaikutuksia oli haastavaa ennakoida.

Vaikutusten arvioimiseksi syksyllä 2017 aloitettiin Uudenmaan alueellinen suun terveydenhuollon valinnanvapauskokeilu kuudessa kunnassa: Hyvinkää, Järvenpää, Mustijoki (Mäntsälä ja Pornainen), Nurmijärvi sekä Tuusula. Palveluiden tuotanto alkoi tammikuussa 2018 ja päättyi elokuun lopussa 2019

Kokeilussa oli alkujaan mukana kolme palveluntuottajaa, joista Studiodent jäi pois huhtikuussa 2018 ja Kotihammas tammikuussa 2019

Kokeilun tarkoitus ja tavoitteet

Uudenmaan alueellisen kokeilun tarkoituksena oli simuloida, mitä edellisen hallituksen (Sipilä I) valmisteleva valinnanvapausmalli käytännössä vaatii järjestäjältä, yksityisiltä palveluntuottajilta, julkisilta palveluntuottajilta ja kuntalaisilta

Tavoitteena Keski-Uudenmaan kokeilulla oli erityisesti:

- Suun terveydenhuollon palvelujen tuottaminen nykyistä asiakaslähtöisemmin, laadukkaammin, tehokkaammin sekä paremmalla vaikuttavuudella valinnanvapautta toteuttaen
- Satunnaisesti perustason vastaanottopalveluja käyttävien asiakkaiden ja potilaiden lääkäri- ja hoitajapalveluiden tuottaminen nykyistä asiakaslähtöisemmin ja tehokkaammin valinnanvapautta toteuttaen
- Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelujen vaikuttavuuden ja laadun parantaminen henkilökohtaisella budjetoinnilla ja aktiivisella asiakkuuksien johtamisella

Kokeilun perustiedot

Kokeiluun osallistui 6 kuntaa ja palveluiltaan se koostui perusterveydenhuollon piirissä tuotettavista palveluista



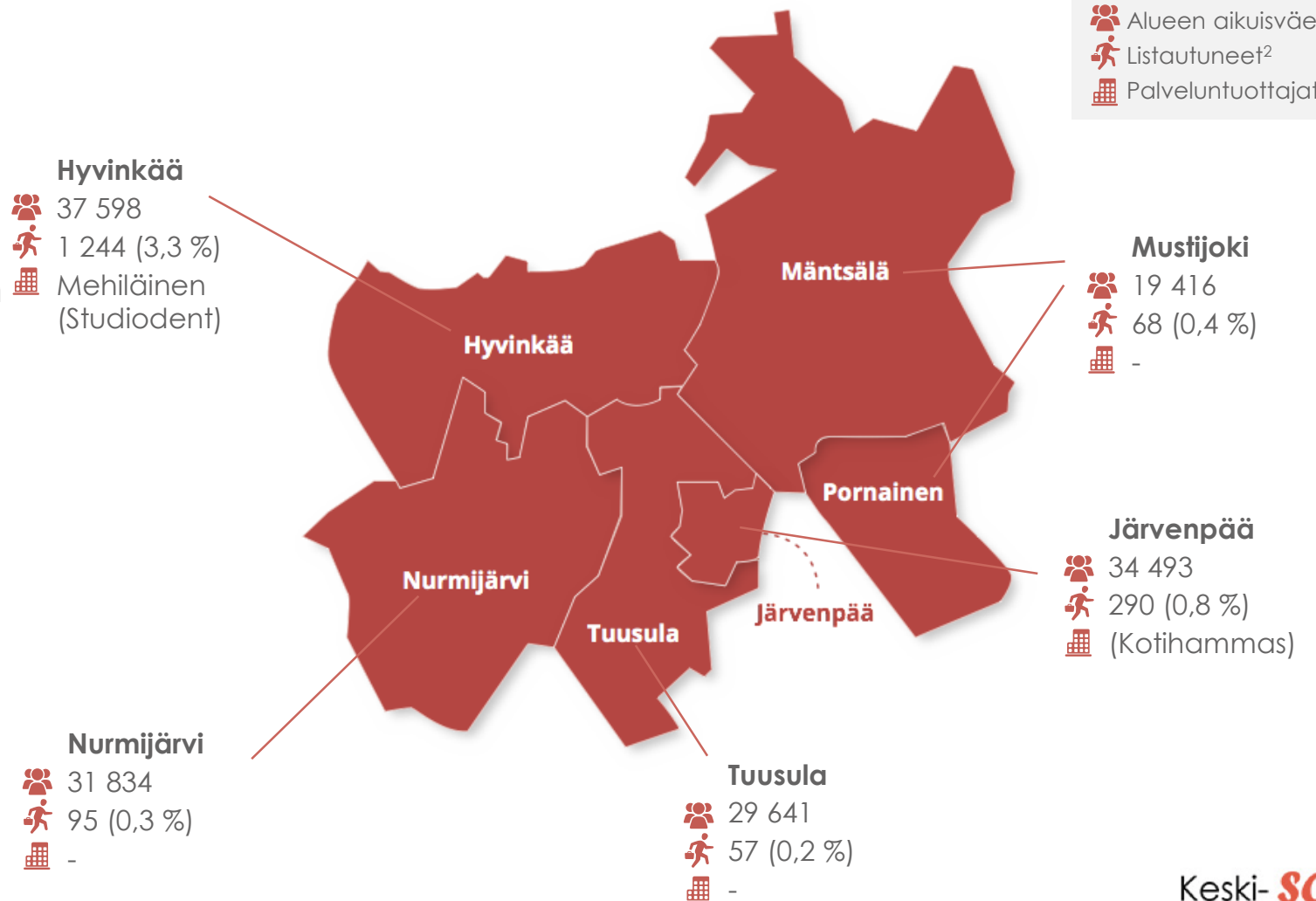
Uudenmaan alueelliseen suun terveydenhuollon valinnanvapauskokeiluun sisältyvät seuraavat palvelut:

- Suusairauksien ennaltaehkäisy ja siihen liittyvä neuvonta ja muut palvelut sekä määräaikaiset suun terveystarkastukset
- Suun ja hampaiden tutkimus, hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelu
- Suusairauksien oireiden toteaminen ja oireen mukainen hoito mukaan lukien iensairauksien ja hammasinfektioiden hoito
- Suun ja hampaiston korjaavat ja kirurgiset hoitotoimenpiteet
- Hammaslääkärin todistukset ja lausunnot
- Edellä mainittuihin liittyvät kuvantamispalvelut ja vastaanotto toiminta

Kokeilun aikuisväestöstä yhteensä 1 754 (1,1%) listautui asiakkaaksi palveluntuottajalle. Suhteellisesti suurin osuus Keski-Uudenmaan kunnista saavutettiin Hyvinkäällä, jossa 1 244 asukasta listautui kokeiluun.

1) Väestö 1.1.2018, Tilastokeskus

2) Asukkaat voivat listautua minkä tahansa kokeilualueen palveluntuottajalle riippumatta omasta kotikunnastaan



Listautuminen ja palvelukäyttö

Listautuneet henkilöt olivat tyypillisesti 50-69-vuotiaita yksityiselle listautuneita hyvinkääläisiä



Kokeilun listautumisten määrät painottuivat alkuvuoteen 2018, sillä ensimmäisen kuuden kuukauden aikana kokeiluun listautui 1 009 (58%) kaikista listautuneista

Kaikkiaan kokeilun 1 754:stä henkilöstä 1 211 oli hyvinkääläisiä, jotka listautuivat Hammas Mehiläiselle. Julkiselle sektorille ja muille palveluntuottajille listautuneiden määrät jäivät vähäisiksi

Väestörakenteeltaan listautuneet henkilöt poikkesivat Keski-Uudenmaan ja Hyvinkään ikärakenteesta, sillä lähes puolet oli iältään 50-69 -vuotiaita

Keskeisimmät huomiot listautumisesta ja palvelukäytöstä

<p>1</p> <p>Hoidon aloitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hoidon aloitti noin kaksi kolmesta listautuneesta. Aloittaneista puolet tulivat käynnille puolen vuoden sisällä ja puolet tämän jälkeen. Eniten käyntejä tuli ensimmäisen kolmen kuukauden aikana listautumisesta
<p>2</p> <p>Käynnit ja toimenpiteet</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hoitojaksojen käyntimäärissä ei syntynyt eroa suhteessa Keusoten omaan tuotantoon ja sama huomio pätee myös käyntikohtaisiin toimenpidemääriin. Etenkin Hyvinkään tasoon verrattuna, kokeilun käynti- tai toimenpidemäärissä ei ole poikkeuksia
<p>3</p> <p>Toimenpiteiden jakauma</p>	<ul style="list-style-type: none"> Parodontologisten (painotettujen) toimenpiteiden osuus oli selkeästi korkeampi ja hyvä kehityssuunta kansansairauden hoidon kannalta. Tätä osuutta ei selitä potilaiden ikäjakauma, sillä ero pysyy samansuuruisena, vaikka verrataan Keusoten oman tuotannon yli 50- tai 60-vuotiaisiin potilaisiin
<p>4</p> <p>Tarkastuskutsut</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kokeilussa annetuista tarkastuskutsuista valtaosa meni noin vuoden päähän. Tämä poikkeaa merkittävästi julkisella annetuista kutsuista, joissa merkittävä osa tarkastuskutsuista on selkeästi pidempiä, tyypillisesti noin kaksi vuotta

Valinnanvapauskokeilun järjestäminen

Kokeilusta saatiin erinomaista yhteistyökokemusta julkisen ja yksityisen sektorin välillä



Järjestäjä

- + Kokeilusta saatiin hyvää vertailutietoa oman toiminnan kehittämisen tueksi ja kokemusta yhteistoiminnasta
- Palveluntuottajien lukumäärä jäi liian vähäiseksi ja osa tuottajista jätti kokeilun kesken
- Ulkopuolisella rahoituksella mahdollistettu hanketoimisto ja muu ulkopuolinen tuki mahdollistivat suunniteltujen asioiden kokeilemisen. Kokeilun jatkaminen järjestäjän omana toimintana ei kuitenkaan ollut samassa mittakaavassa mahdollista



Palveluntuottaja

- + Uusia asiakkaita tuli toiminnan piiriin kokeilun myötä
- + Yhteistyö järjestäjätahon kanssa on ollut hedelmällistä ja kumppanuuteen tähtäävää
- Kapitaation osuus korvauksista nousi liian suureksi ja korvausmalli koettiin monimutkaiseksi
- Erilliset tietojärjestelmät ja puutteelliset kansalliset ratkaisut aiheuttivat liikaa manuaalista ja normaalista toiminnasta poikkeavaa työtä palveluntuottajille



Listautuneet asiakkaat

- + Valinnanvapauskokeilun keskeinen tavoite: palvelua nopeammin ja lähempää toteutui asiakkaiden osalta
- + Malli koettiin asiakaslähtöiseksi ja helpoksi ymmärtää asiakkaan puolelta
- Kokeilun palveluntuottajien pieni määrä ja heikko alueellinen saatavuus heikensivät kokeiluun hakeutumisen mahdollisuuksia

Kokeilun järjestäminen

Valinnanvapauskokeilun korvausmallin tavoitteena oli tasapainoinen ja vaikuttavuuteen tähtäävä malli



Valinnanvapauskokeilun keskiössä oli korvausmalli palveluntuottajille, joka jakaantui kolmeen elementtiin:

Kapitaatioon, joka perustui tuottajille listautuneiden asiakkaiden määrään ja hoitoisuuden tasoon

Suoritekorvauksiin, jotka perustuivat hoitajaksoille määriteltävään hoidon laajuuden arviointiin "HLA". Yksittäisiä toimenpiteitä ei korvattu

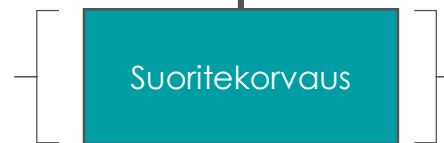
Kannustinosuuteen, joka määräytyi laadun ja vaikuttavuuden mittariston perusteella suhteessa muihin palveluntuottajiin. Eli mitä paremmin palveluntuottaja suhteellisesti pärjäs, sen enemmän hän sai kannustimia

Asiakaskohtainen tavoite elementille

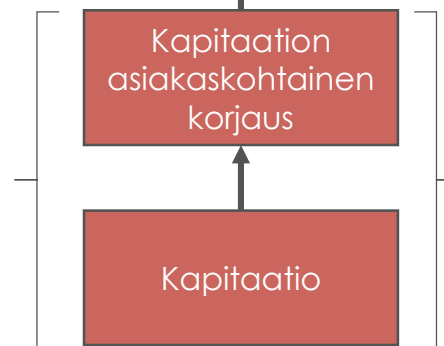
30€
(+/- 10%)



121€
(40%)



149€
(50%)



Mallin laskentaperiaatteet

Korvattiin kvartaaleittain mittariston perusteella, joka esitelty arvioinnin 3. osiossa

Korvattiin hoitajaksojen HLAV¹-kirjausten perusteella, eli potilaan hoitoisuuden mukaan, kahden viikon välein

Kapitaation arvo laskettiin etukäteen ja asiakaskohtainen korvaussumma tämän listautuessa palveluntuottajille. Korvattiin kerran kuukaudessa

Keskeisimmät huomiot

Kapitaation osuus nousi korvauksissa odotettua suuremmaksi (~61%)

Kannustinlaskennassa ei päästy hyödyntämään kuntien vertailutietoa asiakaskyselytiedoista sekä mittariston ohjausvaikutus koettiin heikoksi ja päivityssykli liian harvaksi

Suoritekorvausten maksamisen viive aiheutti vaivaa palveluntuottajille ja tahtia jouduttiin kiristämään

1) HLAV = "Hoidon laajuuden arviointi valmis". Kirjattiin hoitajakson päättyessä 5-portaisella asteikolla
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelut)

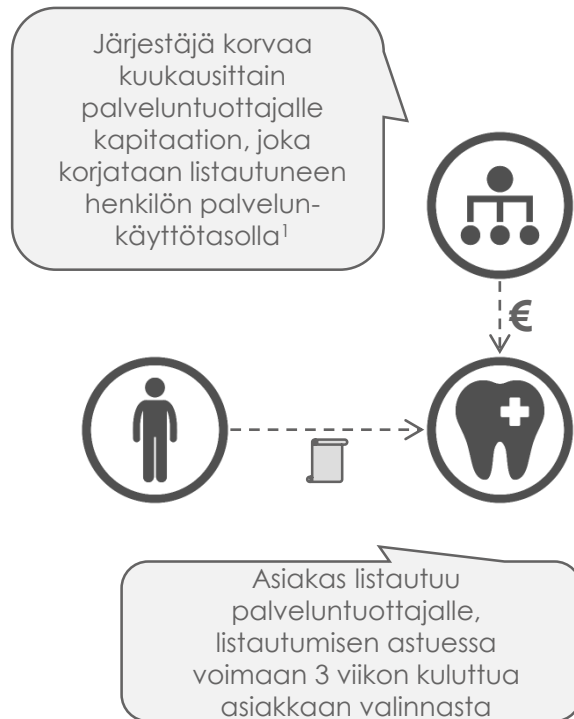
Kokeilun järjestäminen

Korvauksen suuruus perustui laskennallisesti kolmeen lähtökohtaan: asiakkaisiin, tarpeeseen ja hoidon tasoon

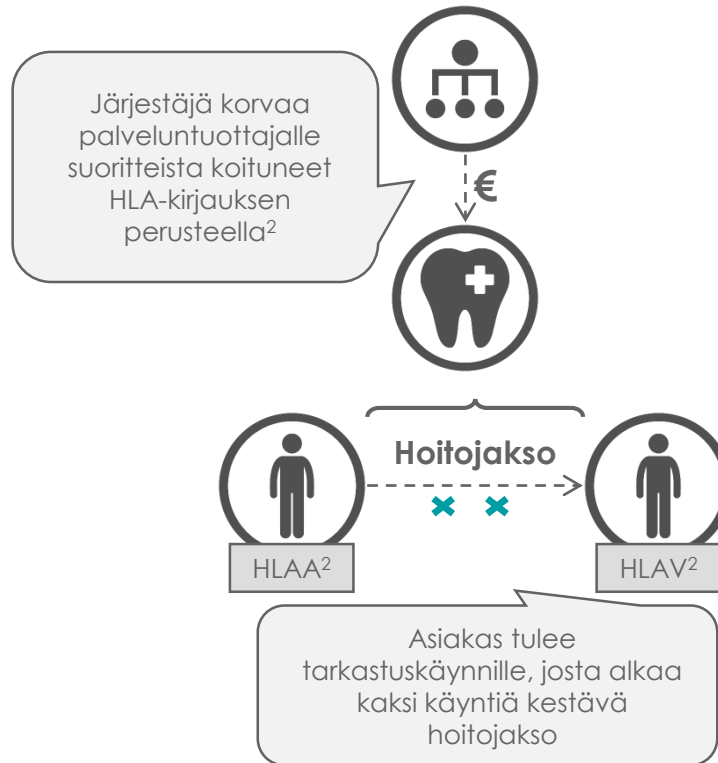


Valinnanvapauskokeilun korvausmallin elementit käytännössä

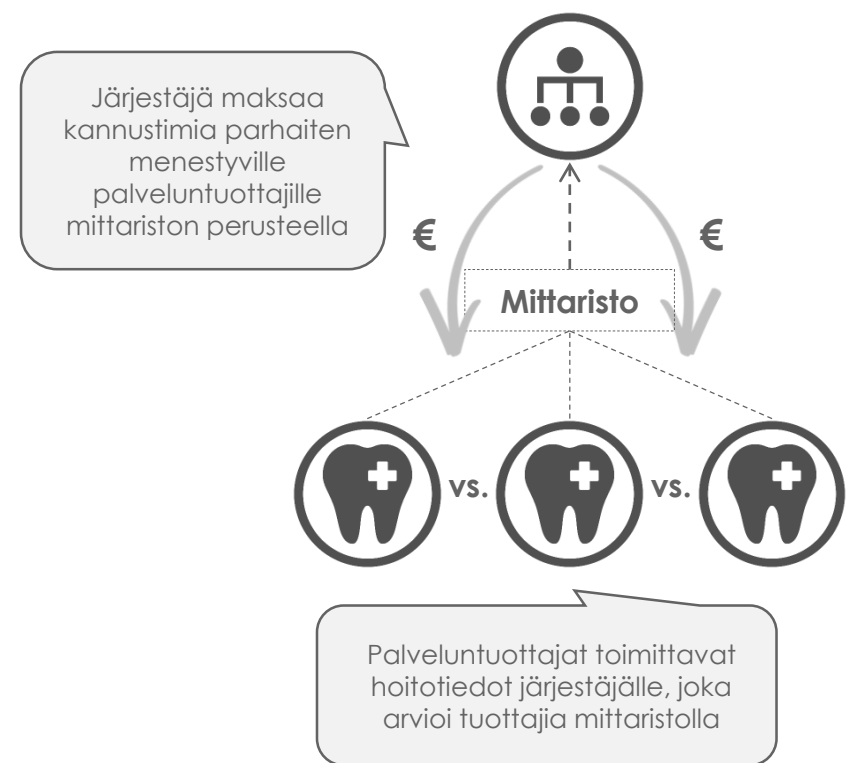
1 Kapitaatio



2 Suoritekorvaukset



2 Kannustimet



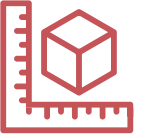
1) **Palvelunkäyttötaso:** Asiakkaat luokiteltiin historiallisen palveluiden käytön mukaan tasoihin 1-5, joista tason 1 asiakkaat olivat käyttäneet palveluita vähiten ja tason 5 asiakkaat eniten

2) **HLA:** Hoidon tarve arvioitiin 5-portaisella luokittelulla ja merkittiin hoidon alkaessa kirjauksella HLA^x ja hoidon päättyessä HLA^v, joissa X kuvaa hoidon tarvetta asteikolla 1-5.

Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelut)

Vaikuttavuus ja laatu

Kokeilussa pyrittiin kannustamaan palveluntuottajia tekemään vaikuttavaa ja laadukasta hoitoa kannustinjärjestelmän tukemana



Hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaristo perustui kahdeksaan kokonaisuuteen, jotka jaettiin edelleen 17 alamittariin

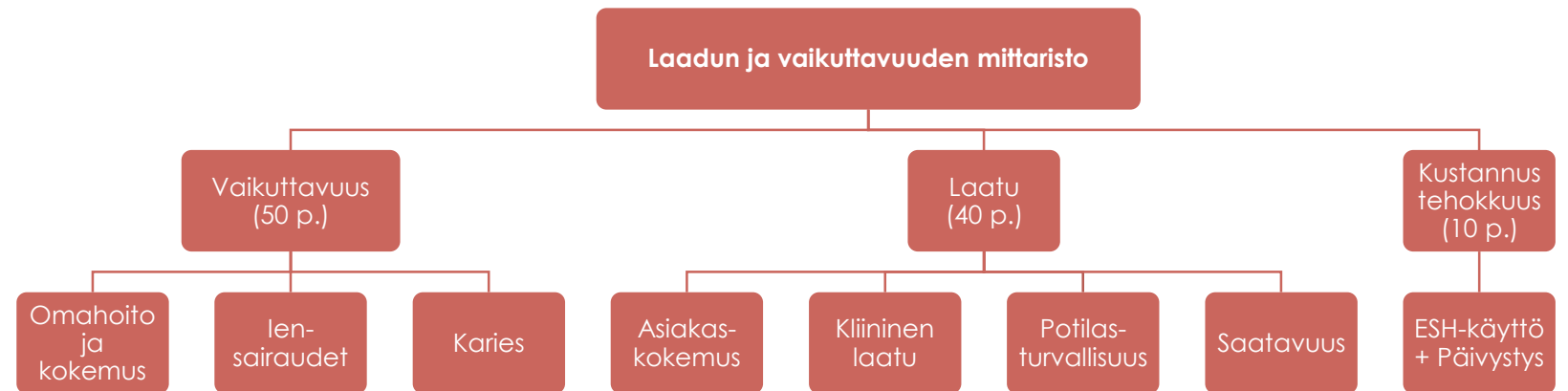
Loppuarvioinnin osio 3 keskittyy näiden mittareiden tuloksiin ja arviointiin

Jokaiselle mittarille määriteltiin erikseen pistemäärä, jota käytettiin korvausmallin kannustinlaskennassa

Palveluntuottajia vertailtiin mittareiden perusteella. Palveluntuottajat saivat lisäkorvauksen järjestäjältä mikäli he hoitivat potilaitaan keskimääräistä paremmin

Lopulta alkuperäisestä mittaristosta päädyttiin käyttämään 9 mittaria alkuperäisestä 17, johtuen tiedon vertailtavuudesta tai keruusta

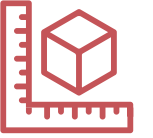
Korvausmallin kannustinlaskentaan kehitetty laadun ja vaikuttavuuden mittaristo



Vaikuttavuuden ja laadun mittaristolla pyrittiin ohjata kokonaistaloudelliseen, laadukkaaseen ja asiakkaiden hoidon vaikuttavuutta tukevaan toimintaan. Mittaristo pyrki ottamaan huomioon *Triple aim* -mallin osatavoitteet: hyvinvointihyödyn, kustannustehokkuuden ja asiakaskokemuksen näkökulmat

Vaikuttavuus ja laatu

Vaikuttavuuden näkökulmasta eritoten parodontaali-sairauksien diagnosoinnissa saavutettiin erinomaisia tuloksia



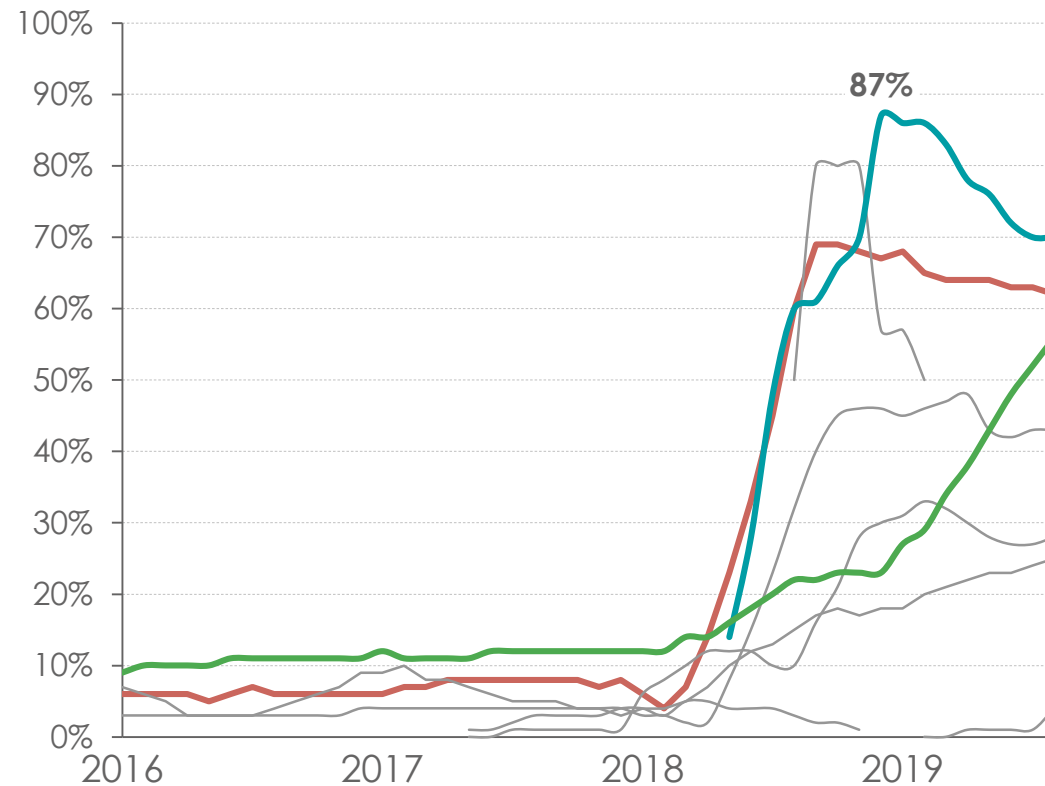
Kokeilussa saavutettiin onnistumisia hoidon vaikuttavuuden näkökulmasta eritoten

Parodontiitti on hampaan kiinnityskudosten sairaus ja kansantauti, joka on alidiagnosoitu ja sen varhaisdiagnoosiin ja hoitoon tulee kohdentaa erityistä huomiota

Kokeilussa saavutettiin erinomaisia tuloksia sairauden diagnosoinnin saralla: Statuskirjaukset nousivat sekä yksityisillä että julkisilla palveluntuottajilla moninkertaisiksi

Lisäksi kokeilun myötä saatiin arvokasta kokemusta vaikuttavuuden elementtien tuomisesta osaksi korvausjärjestelmää ja oman toiminnan kehittämistä

Paron statusten kirjaaminen Keski-Uudellamaalla 1/2016 – 8/2019
% tarkastuksista



Kuvaaja näyttää kuinka suurella osuudella tarkastuksista on tutkittu potilaan parodontologinen status

Mehiläinen
Hyvinkää
Tuusula

Elokuussa 2019 kolme eniten statuksia tehneitä palveluntuottajia olivat Mehiläinen, Hyvinkää ja Tuusula. Ennen kokeilun alkua näiden statusten osuus oli 10% tai alle, mutta tällä hetkellä enemmän kuin joka toinen aikuinen saa statuksen

Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen

Valinnanvapauskokeilusta saatiin arvokasta tietoa uudenlaisesta tavasta rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita

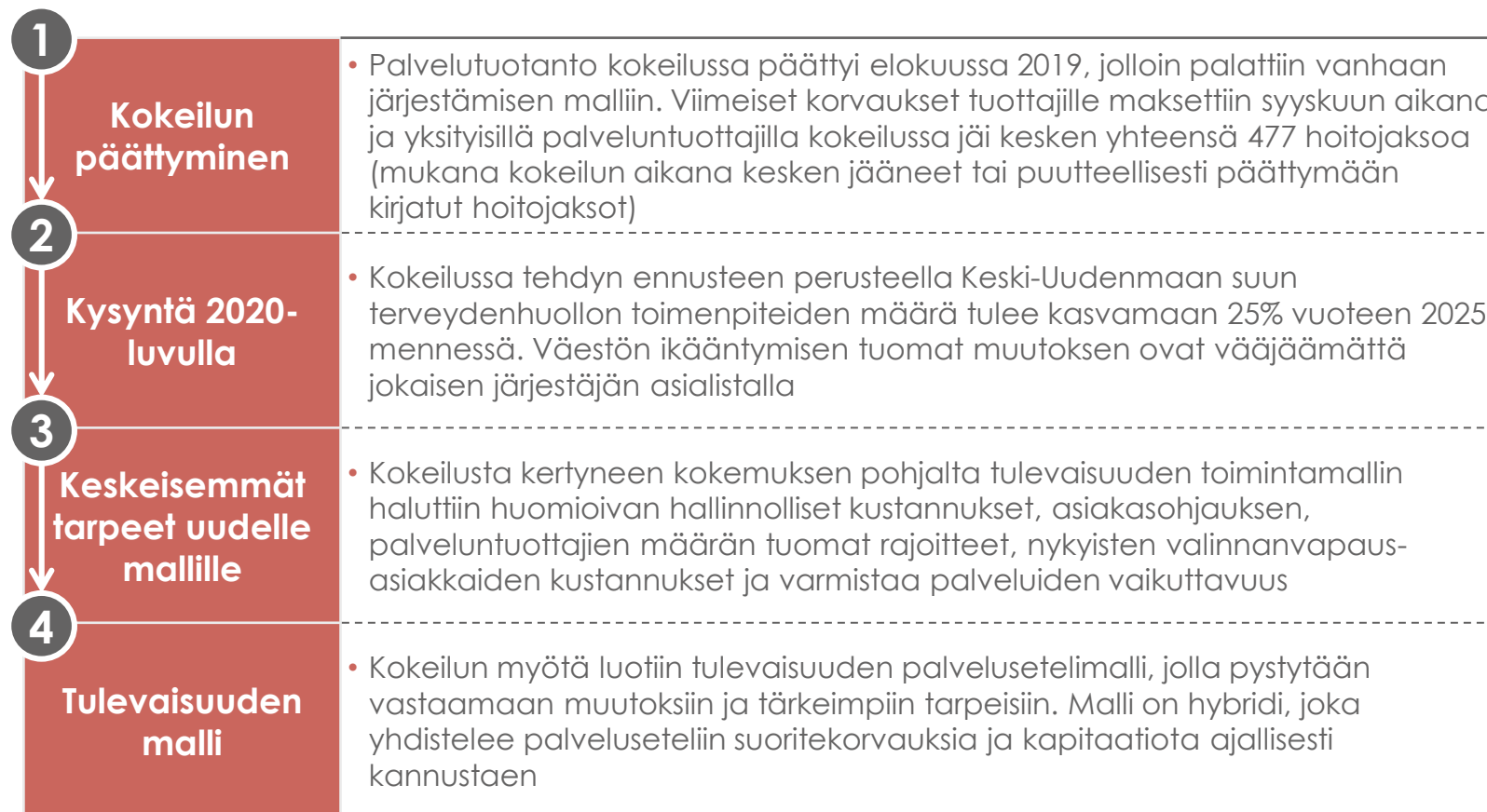


Kokeilun päätyttyä osallistuneet tahot palasivat takaisin vanhaan järjestämisen malliin

Kokeilun päätyminen ei muuttanut sitä tosiasiaa, että julkisen sektorin palveluiden kysyntä tulee kasvamaan huomasti 2020-luvulla suun terveydenhuollon osalta.

Kokeilun loppuvaiheessa nostettiin esille keskeisimmät huomiot mihin tulevaisuuden palvelujärjestelmän pitää pystyä vastaamaan

Keskeisempänä oppina kokeilusta otettiin tarve aloittaa uudenlainen palvelusetelipohjainen toimintamalli Keski-Uudellemaalle



VALINNANVAPAAUSKOKEILUN LOPPURAPORTTI

1. Kokeilun perustiedot ja keskeiset havainnot
2. Listautuminen ja palvelunkäyttö
 - Listautuneiden määrät ja profiili
 - Listautumisen ajankohdat
 - Tuotetut käynnit ja toimenpiteet
 - Palvelut kokeilun päättyessä
 - Annetut kutsut
3. Hoidon vaikuttavuus ja laatu
4. Valinnanvapauskokeilun järjestäminen
5. Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen
6. Liitteet ja muu materiaali

Yhteenveto osiosta

Listautuminen ja palvelunkäyttö



Tässä osiossa esitetyt analyysit kertovat:

- Paljonko asukkaita listautui ja missä vaiheessa?
- Millaisia asukkaita kokeiluun listautui?
- Minkä verran palveluita listautuneet asiakkaat käyttivät?

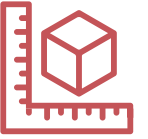
Listautuneiden asiakkaiden määrä ja heidän saamansa hoito olivat myös keskeiset kapitaatio- ja suoritekorvauksiin vaikuttavat tekijät

Keskeisimmät huomiot osiosta

Listautuminen ja palveluiden käytön aloitus	<ul style="list-style-type: none"> • Kokeilun peittävyys oli 1,1% Keski-Uudenmaan aikuisväestöstä • Kolmannes listautuneista aloitti palveluiden käytön listautumisensa jälkeisen 6kk aikana, kolmannes 6kk jälkeen ja kolmannes ei käyttänyt palveluita lainkaan 20kk kestäneen kokeilun aikana
Asiakasrakenne	<ul style="list-style-type: none"> • Listautuneiden ikärakenne erosi muusta Keusoten (Hyvinkään) asiakaskunnasta: 60-69 -vuotiaiden osuus oli korkeampi ja nuorten osuus matalampi • Kokeiluun listautuneet asiakkaat, joilla oli rekistereissä aikaisempaa palvelukäyttöä, olivat ennen kokeilua käyttäneet suun terveydenhuollon palveluita hieman Keusoten keskimääräisiä asiakkaita enemmän
Palvelut hoitajaksoa kohden	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajaksojen käyntimäärissä ei ollut eroa suhteessa Keusoten omaan tuotantoon. Sama huomio pätee myös käyntikohtaisiin toimenpiteisiin. Etenkin Hyvinkään tasoon verrattuna, kokeilun käyntimäärissä tai toimenpiteissä ei ole poikkeuksia
Toimenpiteiden jakauma	<ul style="list-style-type: none"> • Parodontologisten toimenpiteiden osuus oli selkeästi korkeampi ja hyvä kehityssuunta kansansairauden hoidon kannalta • Muiden toimenpiteiden osuuksissa ei ollut merkittäviä eroja suhteessa Keusoten omaan tuotantoon

Listautuneiden määrät ja profiili

Kokeiluun listautuneita asiakkaita oli loppuvaiheessa noin 1 750, joista suurin osa oli listautuneena yksityiselle palveluntuottajalle



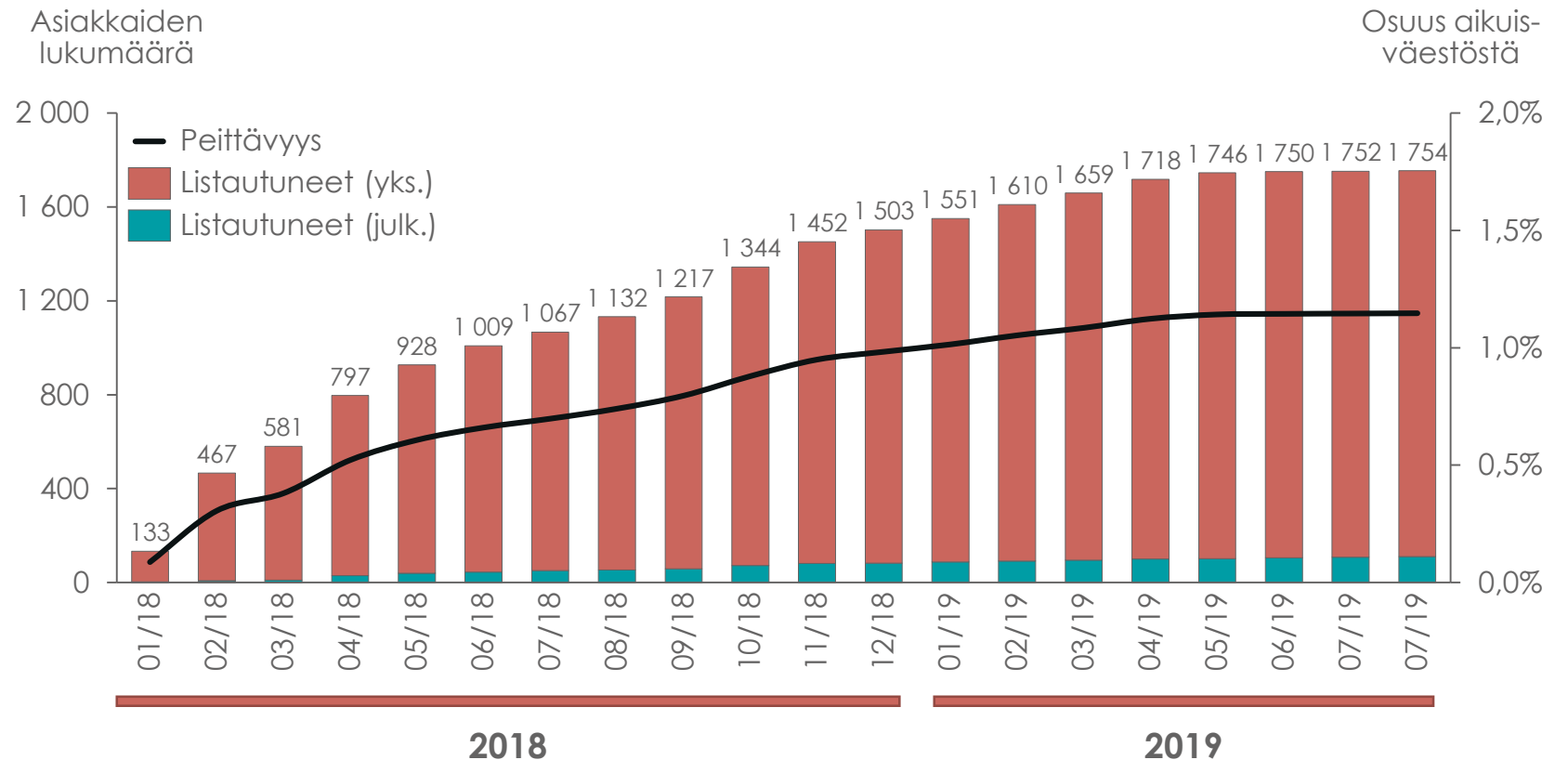
Valintojen tekeminen alkoi toimipisteissä 8.1.2018 ja internetissä 12.3.2018. Valinnat astuivat voimaan kolmen viikon kuluessa asiakkaan valinnan jälkeen

Viimeiset valinnat kokeiluun tehtiin heinäkuussa 2019, jolloin kokeiluun osallistuneiden henkilöiden kokonaismääräksi tuli **1 754** henkilöä eli **~1,1%** koko Keski-Uudenmaan alueen aikuisväestöstä

→ Kokonaisuutena kokeilun peittävyys Keski-Uudellamaalla jäi varsin matalaksi

Valinnanvapauskokeiluun listautuneiden määrät 1/2018 – 07 /2019¹

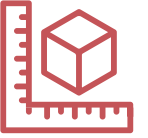
Asiakasta (lkm), Väestöosuus Keski-Uudenmaan aikuisväestöstä (%)



¹) Listautuneiden määrä laskettu asiakkaan valinnan voimaan astumisen ajankohdasta.
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019), Tilastokeskus (Keski-Uudenmaan väestörakenne 31.12.2018)

Listautuneiden määrät ja profiili

Suurin osa listautuneista oli hyvinkääläisiä, jotka valitsivat Hammas Mehiläisen palveluntuottajakseen



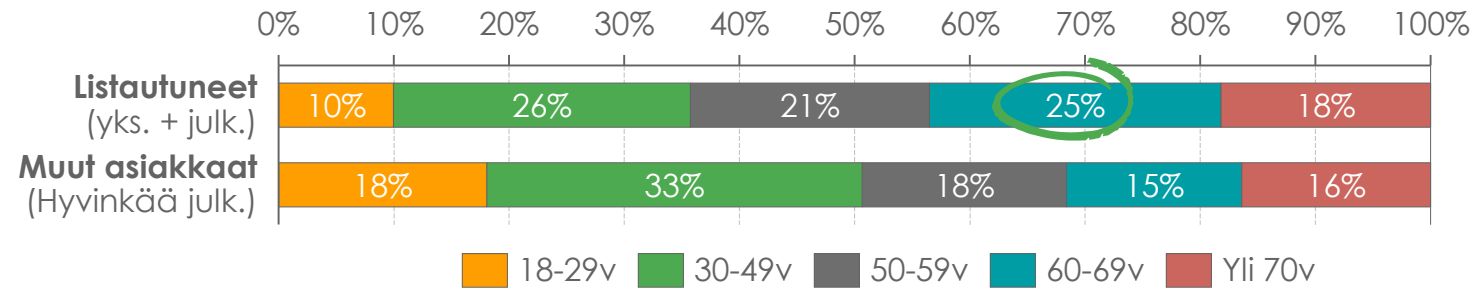
Yksityisiä palveluntuottajia oli alussa kolme, joista kaksi jätti kokeilun kesken. Tämän jälkeen asiakkailla oli mahdollista valita Mehiläinen tai kunnallinen hammashoito²

- ~**69%** kokeiluun osallistuneista oli hyvinkääläisiä, jotka listautuivat **Hammas Mehiläiselle**
- Kokeiluun listautuneista asiakkaista ainoastaan **2%** (31 henkilöä) vaihtoi palveluntuottajaansa kesken kokeilun
- **Kokeiluun listautuneiden** henkilöiden ikäjakauma painottui 60-69 -vuotiaisiin suhteessa **Hyvinkään muihin suun terveydenhuollon julkisiin** asiakkaisiin

Listautuneiden määrät palveluntuottajittain ja kunnittain 1/2018 – 08 /2019
Asiakasta (lkm)

	Hyvinkää	Järvenpää	Nurmijärvi	Mustijoki	Tuusula	Yhteensä
Hammas Mehiläinen	1 211	250	82	49	41	1 633
Kotihammas						11
Studiodent ¹						137
Kuntien hammashoitolat ²	33	30	13	19	15	110
Yhteensä	1 244	290	95	68	57	1 754

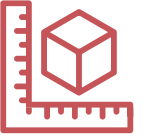
Listautuneiden ja muiden Keusoten asiakkaiden ikäjakaumat 1/2018 – 08 /2019
% asiakkaista



1) Studiodentin poistuessa kokeilusta asiakkaat listautuivat uudelle palveluntuottajalle
2) Kuntien hammashoitoloihin listautuneiden palvelut tuotti aiempaan tapaan Keusote
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019 ja Potilastietojärjestelmät)

Listautuneiden määrät ja profiili

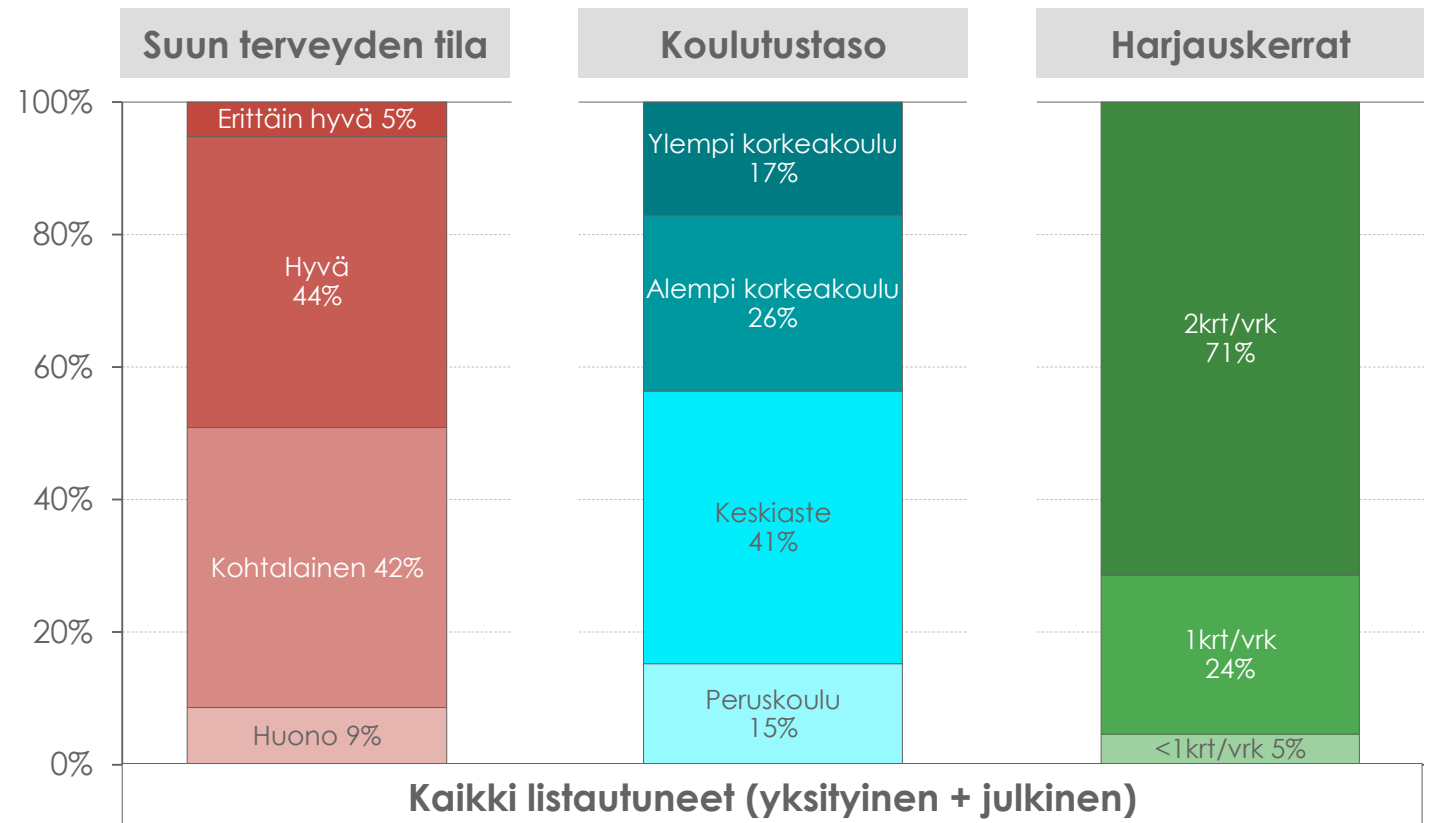
Kokeilussa listautuneet olivat korkeammin koulutettuja kuin Keski-Uudenmaan väestö keskimäärin



Listautumisen yhteydessä asiakkailta kysyttiin tietoja heidän suun terveydestään ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Kokonaisuutena kokeiluun osallistuneet asiakkaat erosivat koulutustasoltaan ja harjaustottumuksiltaan muusta Keski-Uudenmaan väestöstä tai kansallisista keskiarvoista:

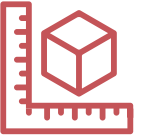
- Puolet osallistujista koki suun terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi. Suoria vertailutietoja alueelta ei saatavilla
- Lähes puolella osallistujista oli korkeakoulututkinto (~43%), kun Keski-Uudellamaalla 22% yli 20-vuotiaista on korkeakoulututkinto
- Useampi kuin kaksi kolmesta kertoi harjaavan hampaansa kaksi kertaa päivässä. Esimerkiksi Terveys 2000 – tutkimuksessa 61% aikuisista vastaajista kertoi harjaavansa hampaat kahdesti

Listautuneiden asiakkaiden arvio omasta suun terveydestä, koulutustaso ja harjauskerrat %



Listautuneiden määrät ja profiili

Listautuneet asiakkaat olivat ennen kokeilua käyttäneet palveluita suunnilleen saman verran kuin Keusoten asiakkaat keskimäärin



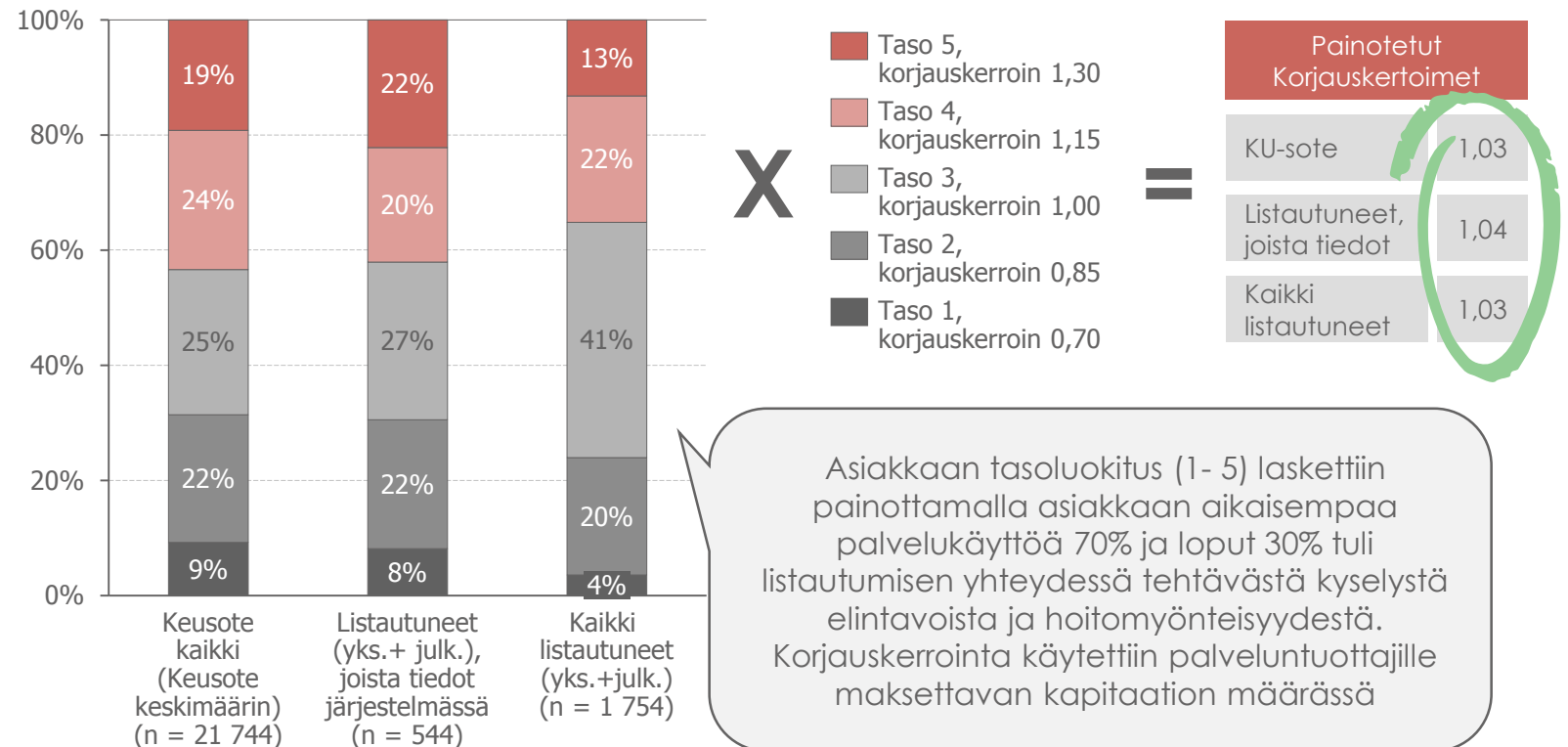
Asiakkaat luokiteltiin historiallisen palveluiden käytön mukaan tasoihin 1-5, joista tason 1 asiakkaat olivat käyttäneet palveluita vähiten ja tason 5 asiakkaat eniten

Luokittelu tehtiin jokaiselle osallistujalle järjestelmään kirjatun aikaisemman palvelukäytön ja asiakaskyselyn perusteella

Lähtökohtaisesti kokeiluun osallistuneiden asiakkaiden palvelutarve ei eronnut merkittävästi Keusoten muista asiakkaista

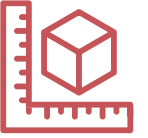
Asiakkaat, joilla oli aikaisempaa palvelukäyttöä olivat käyttäneet **hieman** enemmän palveluita kuin Keusoten väestö keskimäärin

Asiakkaiden jakautuminen palvelunkäyttötasoihin (Taso 5 = eniten käyttöä)
Osuus asiakkaista (%)



Listautumisen ajankohdat

Palveluita käyttäneiden asiakkaiden määrä kasvoi kokeilun loppuun saakka, mutta listautumiset painottuivat vuoteen 2018

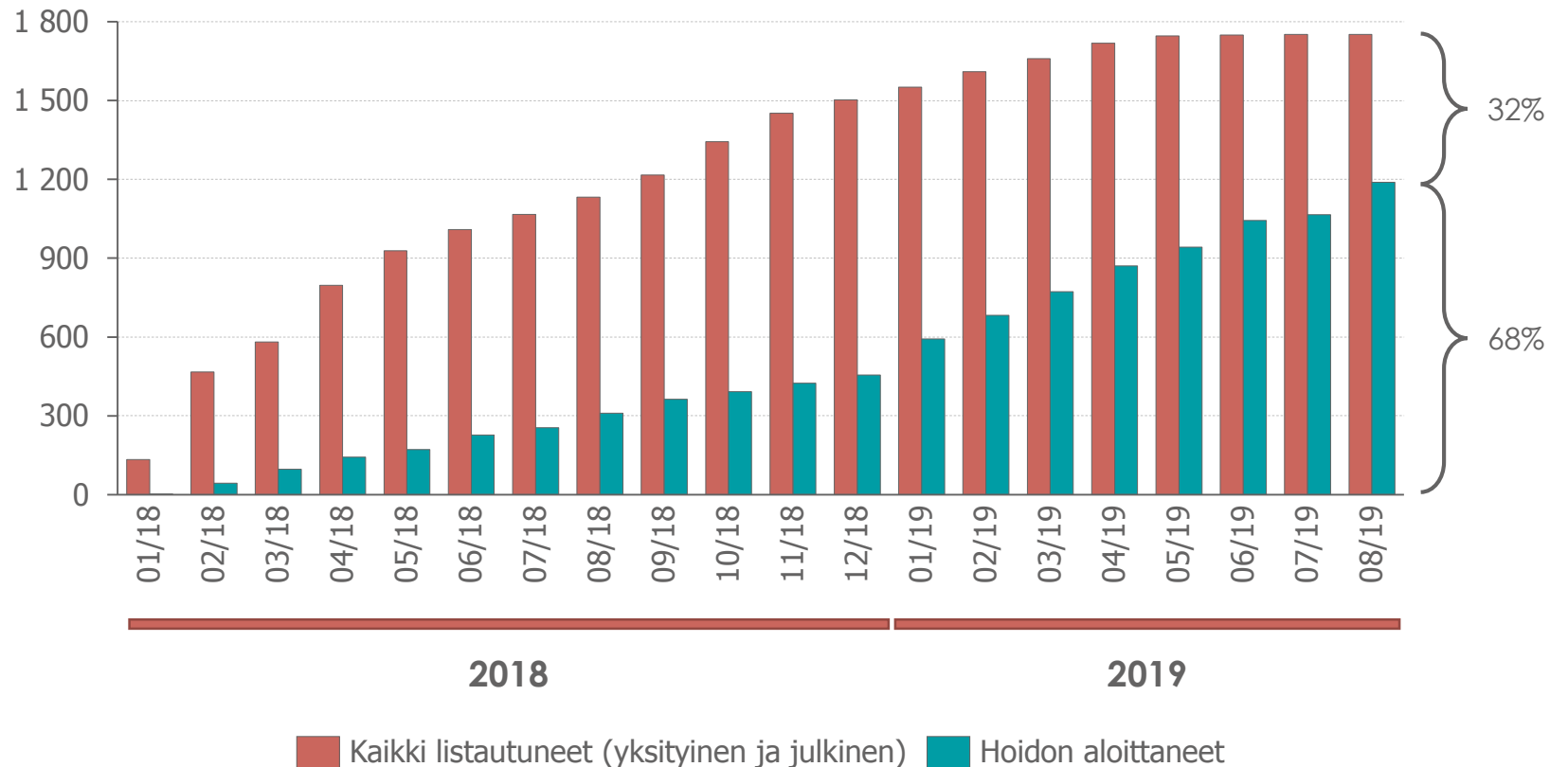


Listautuneiden määrä kasvoi nopeiten kokeilun ensimmäisenä vuonna, jolloin voimaan astuneiden listautumisten määrä yli kolminkertaistui helmikuun ja joulukuun välillä

Kokeilun aikana **hoidon aloittaneiden** määrä kasvoi nopeimmin kokeilun toisena vuonna. Havaittavissa oli selkeä viive listautumisen ja ensimmäisen käynnin välillä

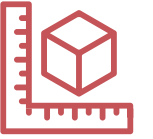
Lopulta **68%** listautuneista käytti valitseman palveluntuottajan palveluita

31.7.2019 mennessä listautuneiden hoidon aloitus kumulatiivisesti 1/2018 – 8/2019
Asiakasta (lkm)



Listautumisen ajankohdat

Kolmannes listautuneista tuli puolen vuoden sisällä käynnille, kolmannes tämän jälkeen ja kolmannes ei ollenkaan

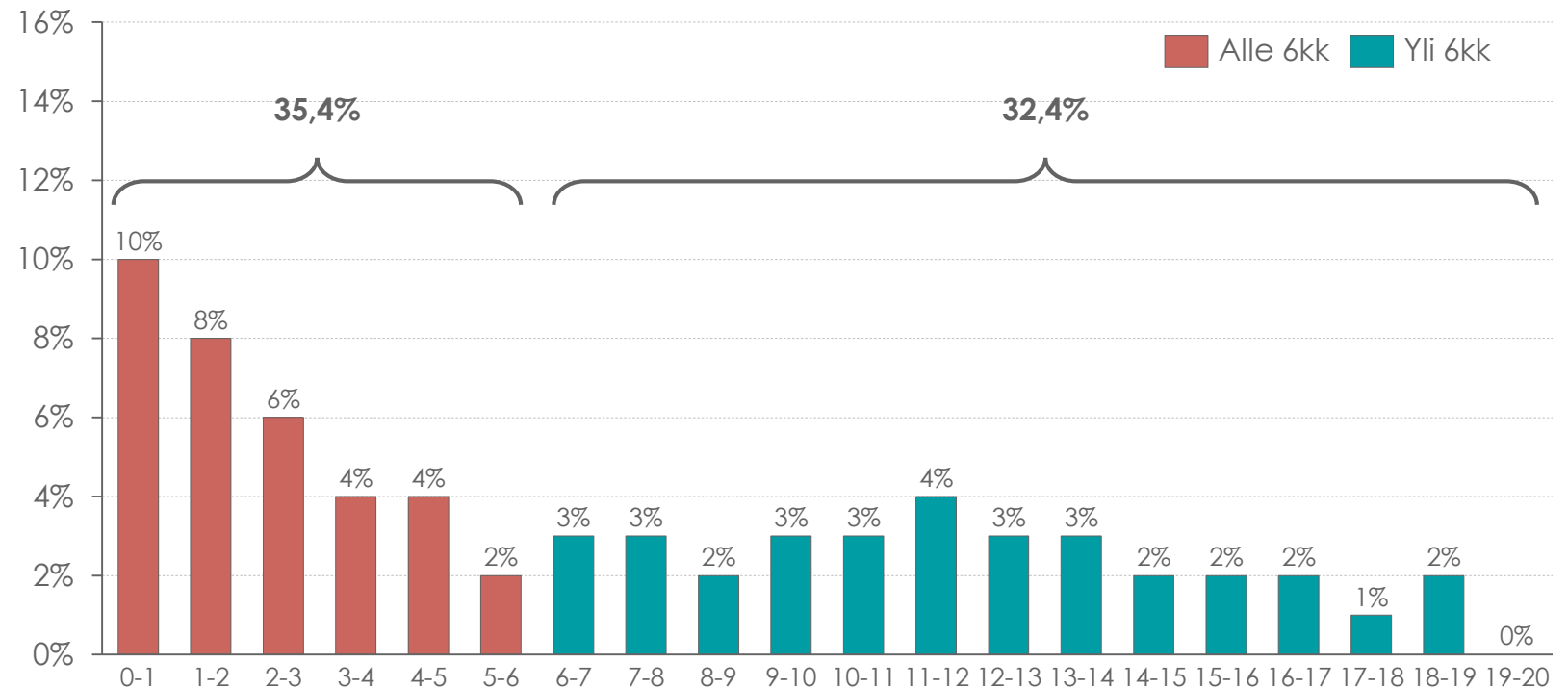


Listautumisen voimaan tulemisen jälkeen asiakkaat tulivat ensimmäiselle käynnilleen hyvin vaihtelevalla aikataululla

Tyypillisimmin asiakkaat tulivat ensimmäiselle käynnille 2 kuukauden aikana listautumisesta. Noin puolen vuoden sisällä listautumisestaan yli kolmannes asiakkaista (35,4%) oli käynyt palveluntuottajallaan.

Merkittävä osa listautuneista asiakkaista ei käynyt lainkaan vastaanotolla (32,1%) tai kävi vasta yli 6kk listautumisen voimaan tulemisesta (32,4%)

Asiakkaiden hoidon aloittamisen viive listautumishetkestä alkaen kuukausina
% kaikista listautuneista (N= 1 752)



Kuukautta listautumisesta hoidon aloittamiseen

Hoitoa listautuneista ei aloittanut lainkaan 32,1% listautuneista

Tuotetut käynnit ja toimenpiteet

Asiakkaiden hoidon tarve määriteltiin kokeilussa HLA-kirjausten perusteella, jolla määritettiin myös suoritekorvauksen määrä



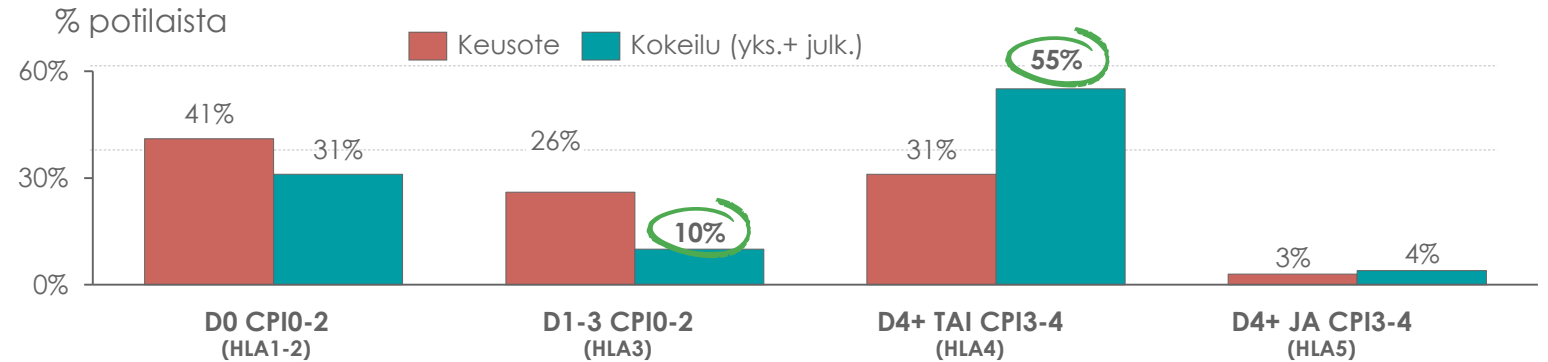
Kokeilussa maksetut **suoritekorvaukset** pohjautuivat toimenpiteiden tai käyntien sijaan kokonaiseen hoitajaksoihin. Hoitajaksosta maksettava korvaus määritettiin hoitajakson alussa havaitun hoidon tarpeen perusteella

Hoidon tarve arvioitiin 5-portaisella luokittelulla ja merkittiin hoidon alkaessa kirjauksella HLA_{Ax} ja hoidon päättyessä HLA_{Vx}, joissa X kuvaa hoidon tarvetta asteikolla 1-5

HLAA- ja HLAV-kirjausten kohdalla oli poikkeuksia verrattuna sääntökirjan ohjeistamiin indeksipohjaisiin luokkiin, eivätkä asiakkaalle kirjatut HLA:t eivät aina vastanneet sääntökirjan kriteerejä. Poikkeukset ja toimenpiteet käytiin erikseen läpi järjestäjän toimesta

Selkeästi yleisimmät hoidon tarpeen luokitukset olivat kirjauksissa HLA3 ja HLA4, kun taas indeksien perusteella tarkasteltuna HLA4:ta vastaava "D4+ tai CPI3-4" oli selkeästi yleisin

Asiakasryhmien potilasjakauma laskettuna indeksien perusteella 1/2018 – 8/2019



HLA-kirjausten kriteerit ja jakaumat kokeilussa

HLAA¹ = hoidon laajuuden arviointi aloitus
HLAV¹ = hoidon laajuuden arviointi valmis

HLA-luokka	HLA1	HLA2	HLA3	HLA4	HLA5
Kriteerit	D0 ja CPI-max 0-2, <u>ei</u> varhishoidon tarvetta	D0 ja CPI-max 0-2, varhishoidon tarvetta	D1-3 ja CPI-max 0-2	D4+ tai CPI-max 3-4	D4+ ja CPI-max 3-4
Suoritekorvaus	35€	50€	80€	110€	220€
HLAV-kirjaukset	2%	24%	33%	37%	4%
HLAA-kirjaukset	2%	20%	34%	39%	5%

1) Kirjaukset luotiin kokeilun tarpeita varten, eivätkä ole käytössä missään muualla
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelut)

Tuotetut käynnit ja toimenpiteet

Kokeilun hoitajaksojen käyntimäärissä ei ollut eroa suhteessa Keusoten omaan tuotantoon



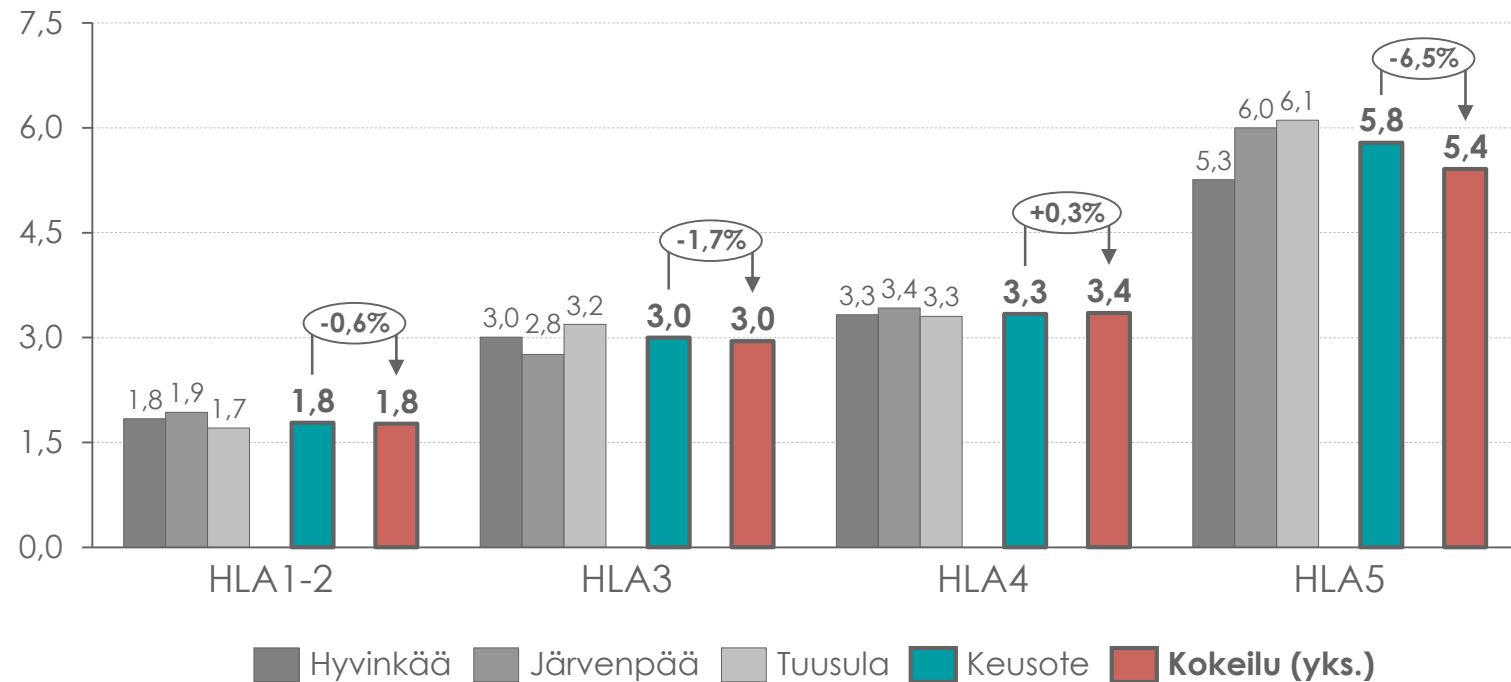
Hoitajaksojen käyntimäärät kertovat kuinka monta kertaa asiakas kävi palveluntuottajalla saadakseen suun terveydenhuollon tarpeensa hoidettua

Kokeilun mallissa ei yksittäinen käynti tuonut lisäkorvauksia palveluntuottajalle, vaan hoitajakson loppuun saattaminen

Kokeilun yksityisten palveluntuottajien hoitajaksojen käyntimäärissä ei syntynyt eroja suhteessa Keusoten muuhun tuotantoon

Kokeilun eron Keusoteen selittää HLA5-luokassa Järvenpään ja Tuusulan korkeampi taso. Jos verrataan Hyvinkääseen, jossa valtaosa listautuneista asuu, eroa ei synny jaksokohtaisissa käynneissä

Hoitajaksojen keskimääräiset käyntimäärät hoitoisuusluokittain¹ 1/2018 – 8/2019
Käyntiä per hoitajakso (ainoastaan "valmis"-merkinnälliset hoitajakset)



1) Hoitoisuusluokat on laskettu indeksikirjausten perusteella julkisessa tuotannossa. Myös kokeilun aineistoa on täydennetty käyttäen tätä menetelmää. Tarkastelussa on ainoastaan vuonna 2018 alkaneet hoitajakset
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät)

Tuotetut käynnit ja toimenpiteet

Kokeilun käynnillä tehtävien toimenpiteiden määrässä ei ollut merkittävää eroa suhteessa Keusoten omaan tuotantoon

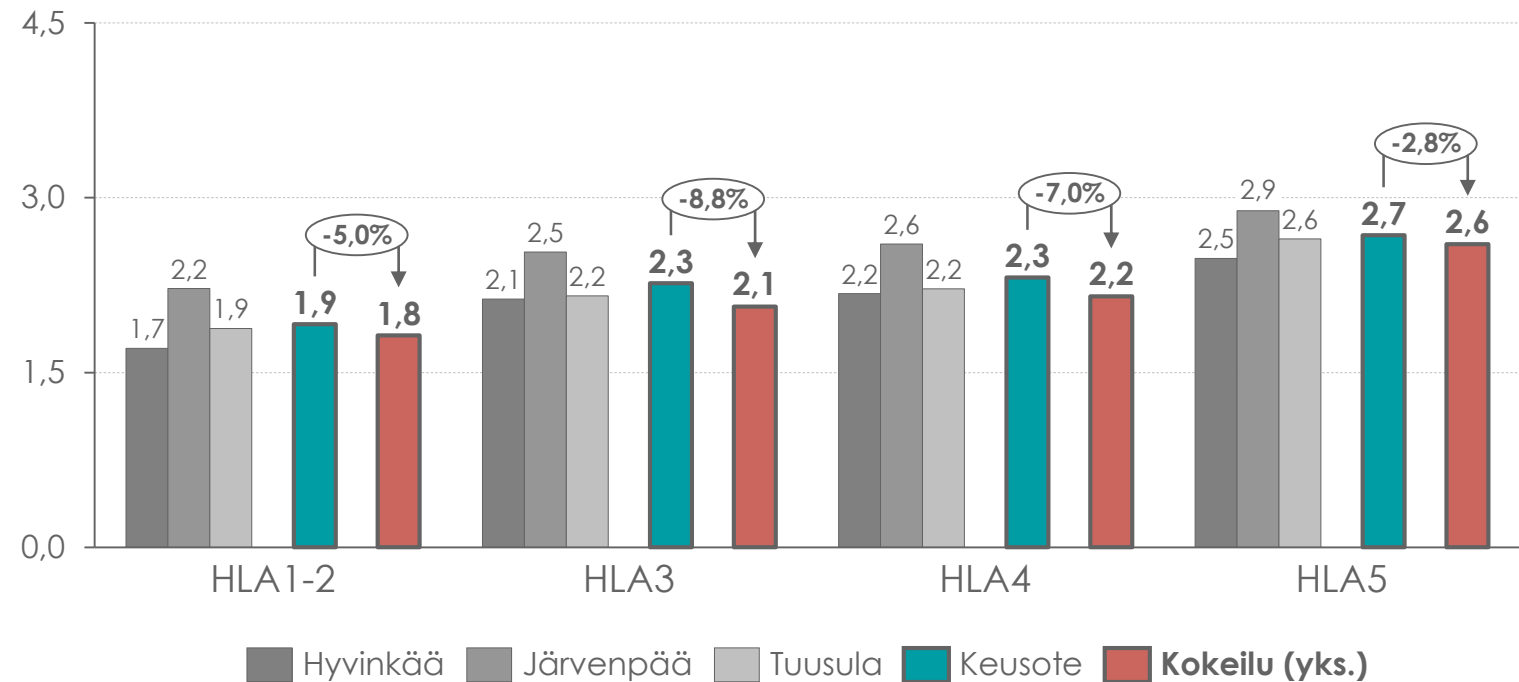


Perinteisessä suun terveydenhuollon ostotoiminnassa toimenpiteet ovat keskeisessä asemassa: niiden myötä määräytyvät korvaukset palveluntuottajalle

Kokeilun yksityisten palveluntuottajien käyntikohtaisissa toimenpidemäärissä ei syntynyt eroja suhteessa Keusoten muuhun tuotantoon

Kokeilun eron Keusoteen selittää Järvenpään korkeampi taso: Jos verrataan Hyvinkääseen, jossa valtaosa listautuneista asuu, eroa ei synny käyntikohtaisissa toimenpiteissä

Hoitojaksojen käyntikohtaiset painotetut toimenpiteet hoitoisuusluokittain¹ 1/2018 – 8/2019
Painotettua toimenpidettä per käynti (ainoastaan "valmis"-merkinnälliset hoitojaksot)



1) **Hoitoisuusluokat** on laskettu indeksikirjausten perusteella julkisessa tuotannossa. Myös kokeilun aineistoa on täydennetty käyttäen tätä menetelmää. Tarkastelussa on ainoastaan vuonna 2018 alkaneet hoitojaksot. **Painotetulla toimenpiteellä** tarkoitetaan, että eri toimenpiteiden määrää on korjattu niiden vaativuutta kuvaavalla kertoimella: mitä vaativampi, sen isompi kerroin
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät)

Tuotetut käynnit ja toimenpiteet

Tehtyjen toimenpiteiden jakauma tyypillisille asiakkaille – Parodontologisten toimenpiteiden suurempi osuus korostui

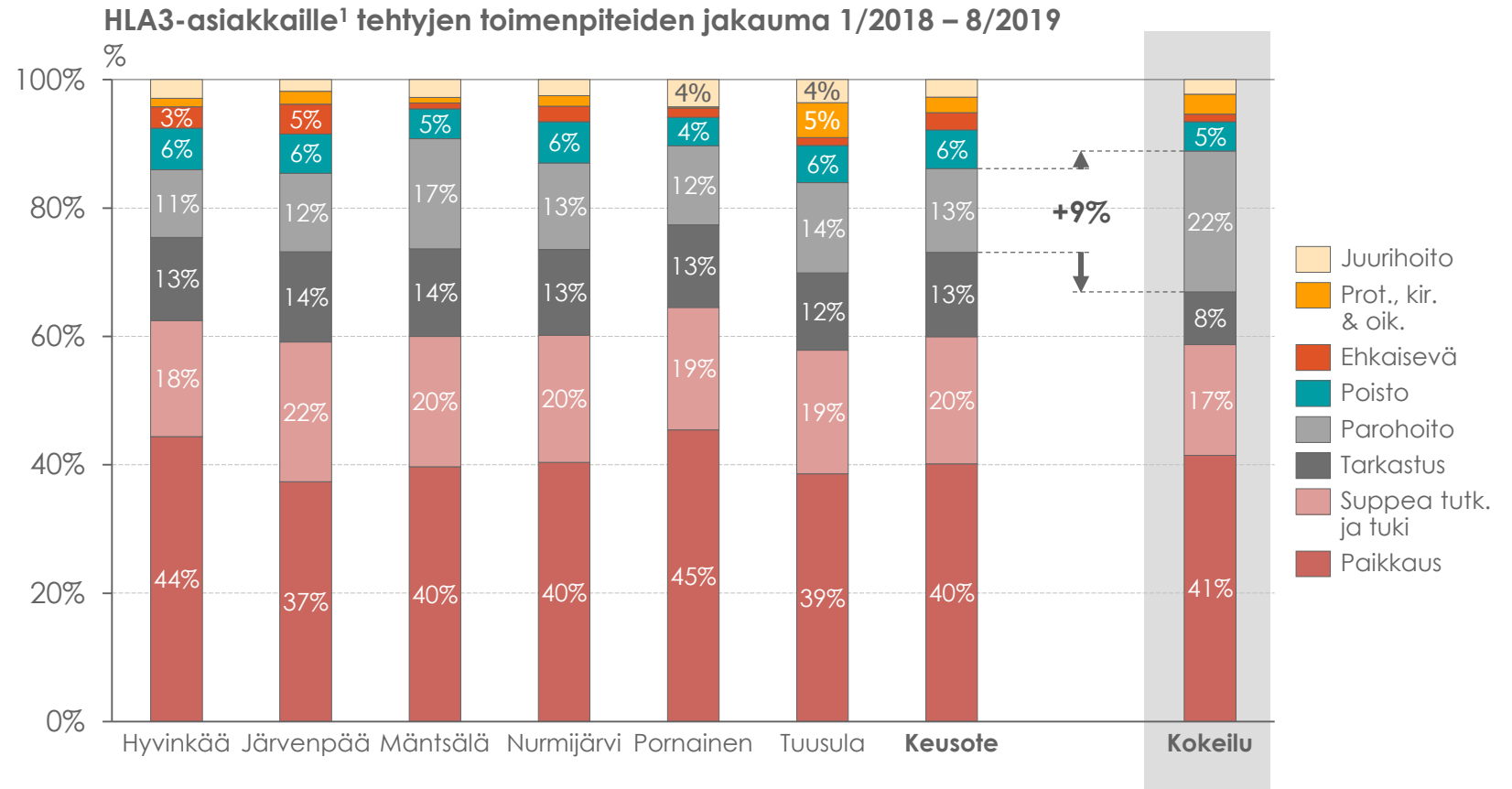


Verrattaessa muihin Keski-Uudenmaan kuntien HLA3-ryhmän¹ toimenpidejakaumaan tarkastusjaksoilla, kokeilussa tehtyjen toimenpiteiden jakauma näyttää suurelta osin samalta

Merkittävin ero syntyy parodontologisten toimenpiteiden osalta, joita kokeilussa tehtiin suhteellisesti lähes kaksinkertainen määrä suhteessa Keski-Uudenmaan omaan toimintaan

Tätä osuutta ei selitä osallistuneiden ikäjakauma, sillä ero pysyy samansuuruisena, vaikka Keusoten kunnista tarkasteltaisiin vain yli 50- tai 60-vuotiaita potilaita

Suhteellisesti vähemmän kokeilussa tehtiin tarkastuksellisia toimenpiteitä kuin Keski-Uudenmaan omassa tuotannossa



1) HLA3 tarkoittaa, että potilaalla on havaittu D1-3 ja CPI-max 0-2
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät)

Palvelut kokeilun päättyessä

Hoitojaksoista jäi kesken noin kolmannes, pääsääntöisesti kokeilun aikana kesken jääneiden jaksosten vuoksi



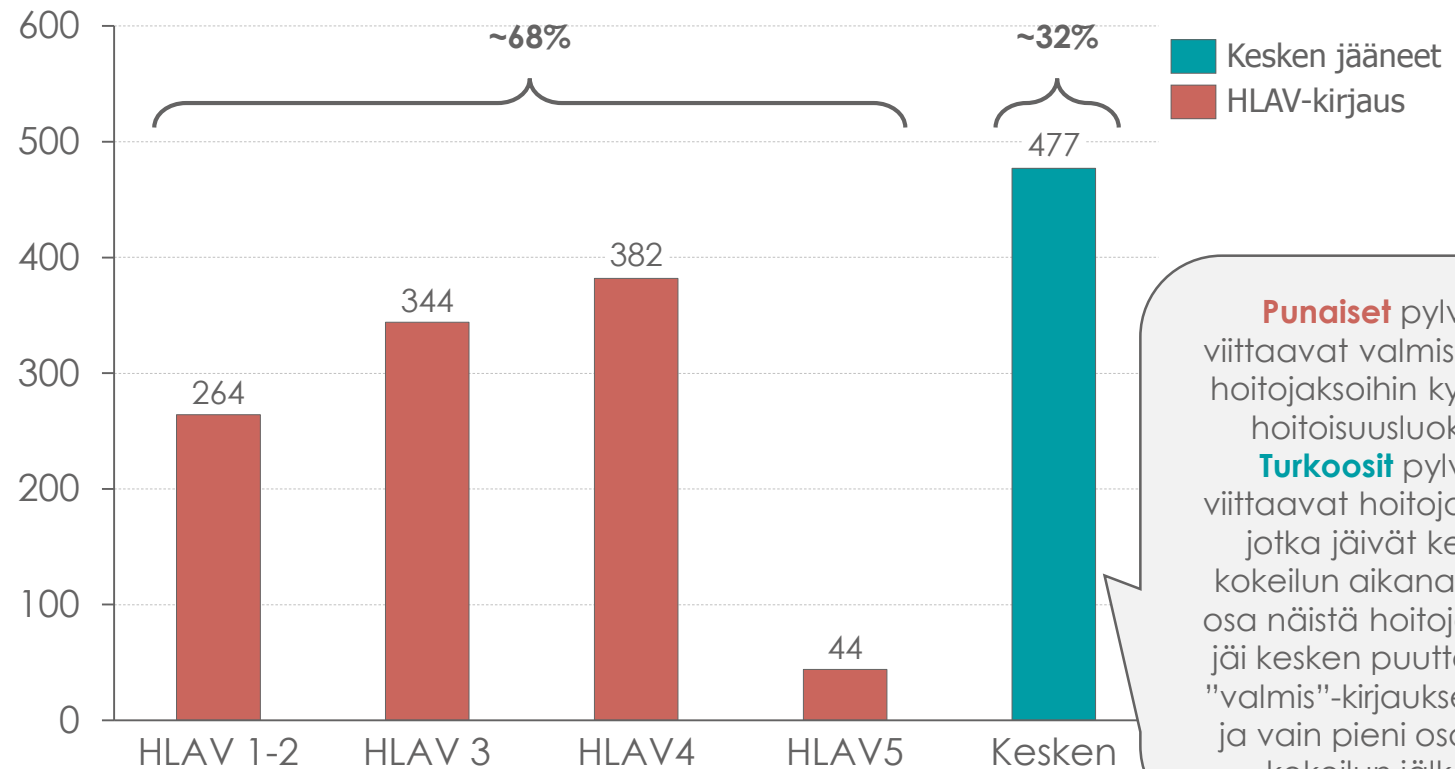
Keskenjääneitä hoitojaksoja tarkasteltiin säännöllisin väliajoin kokeilun aikana, ja niistä jo toteutuneen hoidon suoritteet korvattiin palveluntuottajalle toimenpidekohtaisesti sääntökirjan mukaisesti, eli korkeintaan vastaavan HLA-korvauksen mukaan

Kun osa hoitojaksoista oli jäänyt kesken puutteellisten HLAV-kirjausten johdosta, nämä käsiteltiin poikkeuksina järjestäjän ja tuottajan kesken

Kokeilun päättymisen johdosta kesken jääneiden hoitojaksojen suoritekorvaukset korvattiin sääntökirjan mukaisesti toimenpidekohtaisesti palveluntuottajille

Kesken jääneet jaksot suhteessa kaikkiin jaksoihin (yksityiset palveluntuottajat)

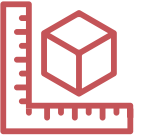
Lkm hoitojaksoa



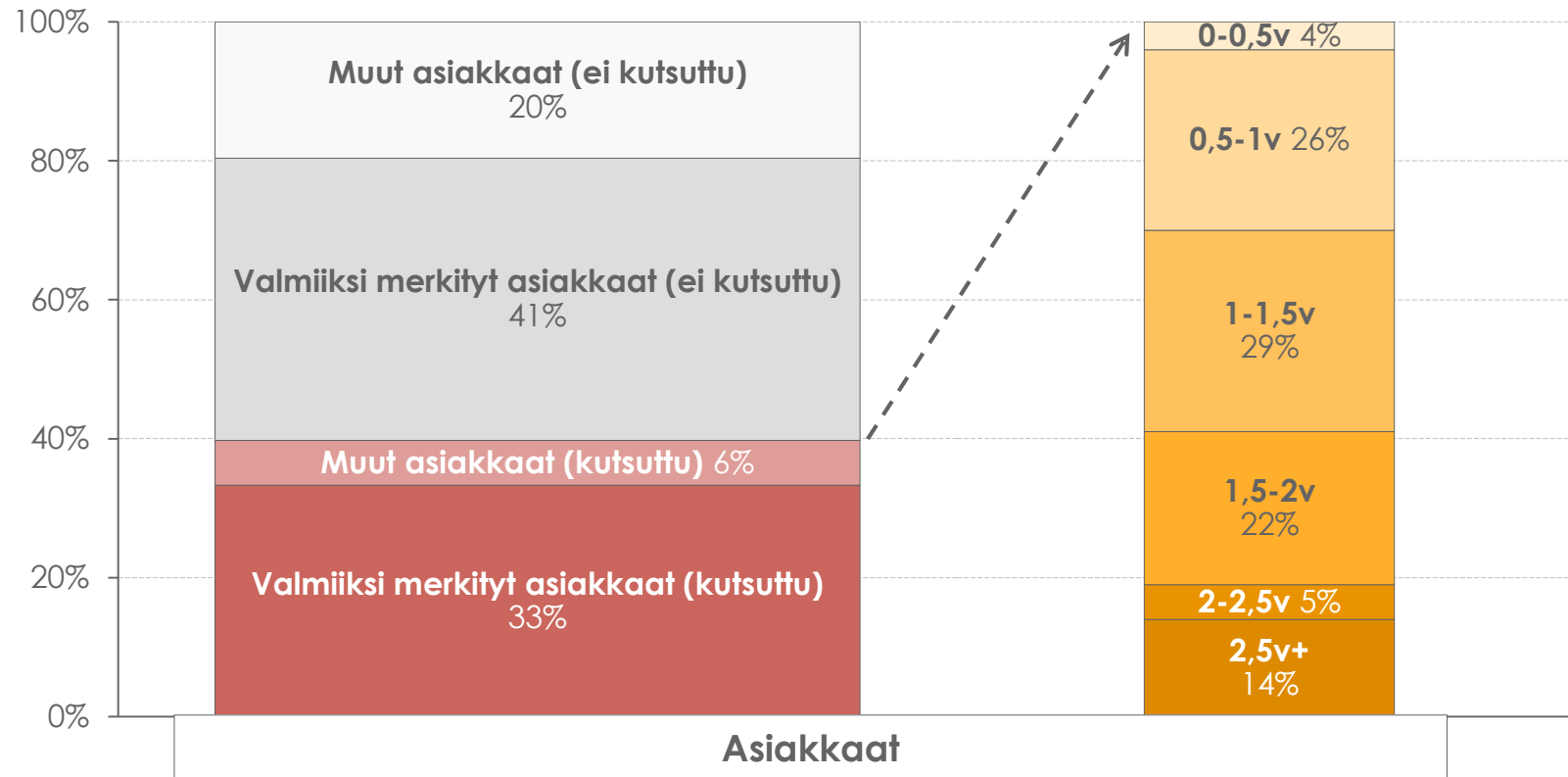
Punaiset pylväät viittaavat valmistuneisiin hoitojaksoihin kyseisellä hoitoisuusluokalla.
Turkoosit pylväät viittaavat hoitojaksoihin, jotka jäivät kesken kokeilun aikana. Suurin osa näistä hoitojaksoista jäi kesken puutteellisen "valmis"-kirjauksen takia ja vain pieni osa jatkui kokeilun jälkeen

Annetut kutsut

Kokeilussa annetut kutsut sijoittuivat pääsääntöisesti vuoden päähän tekopäivästä



Asiakkaiden osuus, joille annettu kutsu vuonna 2018 ja annettujen kutsuvälien jakauma vuosina 2018-2019
% asiakkaista



Tarkastuskutsut kokeilussa

- Kokeilussa annetuista tarkastuskutsuista valtaosa meni noin vuoden päähän. Noin 30% kutsuttiin alle vuoden sisällä seuraavalle tarkastukselle ja 29% noin 1-1,5 vuoden päähän. Tämä poikkeaa merkittävästi julkisella annetuista kutsuista, jossa vain pieni osuus annetaan vuoden päähän.
- Kokeilun lyhyt luonne ja tiedossa oleva päättymisajankohta saattoivat myös vaikuttaa kokeilussa toteutuneisiin kutsuaikoihin. Aikaisemman valinnanvapauslainsäädännön mukaisessa kapitaatiomallissa olisikin ollut tärkeää huomioida yhtenäiset asiakkaiden tarkastuskutsuihin liittyvät kriteerit julkisesti ja yksityisesti tuotettuun palvelutuotantoon.

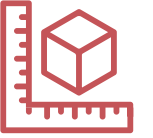
SISÄLLYSLUETTELO

VALINNANVAPAAUSKOKEILUN LOPPURAPORTTI

1. Kokeilun perustiedot ja keskeiset havainnot
2. Listautuminen ja palvelunkäyttö
3. Hoidon vaikuttavuus ja laatu
 - Kannustinlaskennan mittaristo
 - Vaikuttavuuden mittarit
 - Laadun mittarit
4. Valinnanvapauskokeilun järjestäminen
5. Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen
6. Liitteet ja muu materiaali

Kannustinlaskennan mittaristo

Alun perin suunnitellusta 17 mittarista voitiin käyttää 9 mittaria kannustinlaskennassa



Mittaria ei käytetty ✗

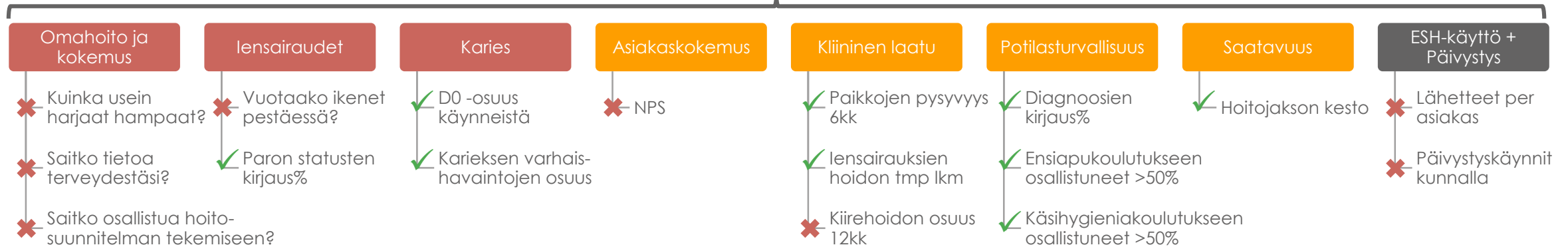
Mittaria käytettiin ✓

Vaikuttavuus (50p.)

Laatu (40p.)

Kustannustehokkuus (10p.)

Laadun ja vaikuttavuuden mittaristo



Alkuperäinen suunnitelma

- Laadun ja vaikuttavuuden mittaristolla laskettiin palveluntuottajien taloudellinen kannustin tai sanktio 17 mittarin perusteella. Mittarit oli luokiteltu kolmeen kokonaisuuteen: vaikuttavuus (50p.), laatu (40p.) ja kustannustehokkuus (10p.)
- Tavoitteena oli ohjata palveluntuottajia mahdollisimman kokonais-taloudelliseen, laadukkaaseen ja asiakkaan hoidon vaikuttavuutta tukevaan toimintaan

Toteutunut laskenta

- Kahdeksaa mittaria ei pystytty hyödyntämään kannustin-laskennassa johtuen pääsääntöisesti tiedon koostamiseen ja vertailukelpoisuuteen liittyvistä haasteista
- Käytetyn 9 mittarin painorakenne muutti kannustinlaskennan kokonaispainorakennetta: vaikuttavuus (53p.) ja laatu (47p.)
- Täten käytetyt kannustinmittarit tukeutuivat vahvasti potilastietojärjestelmistä tuotettuun tietoon

Vaikuttavuus

Omahoidon mittarit loivat suurta potentiaalia, mutta niitä ei pystytty hyödyntämään kannustinlaskennassa

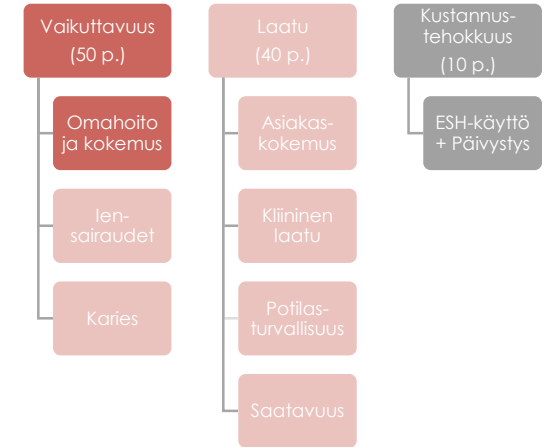
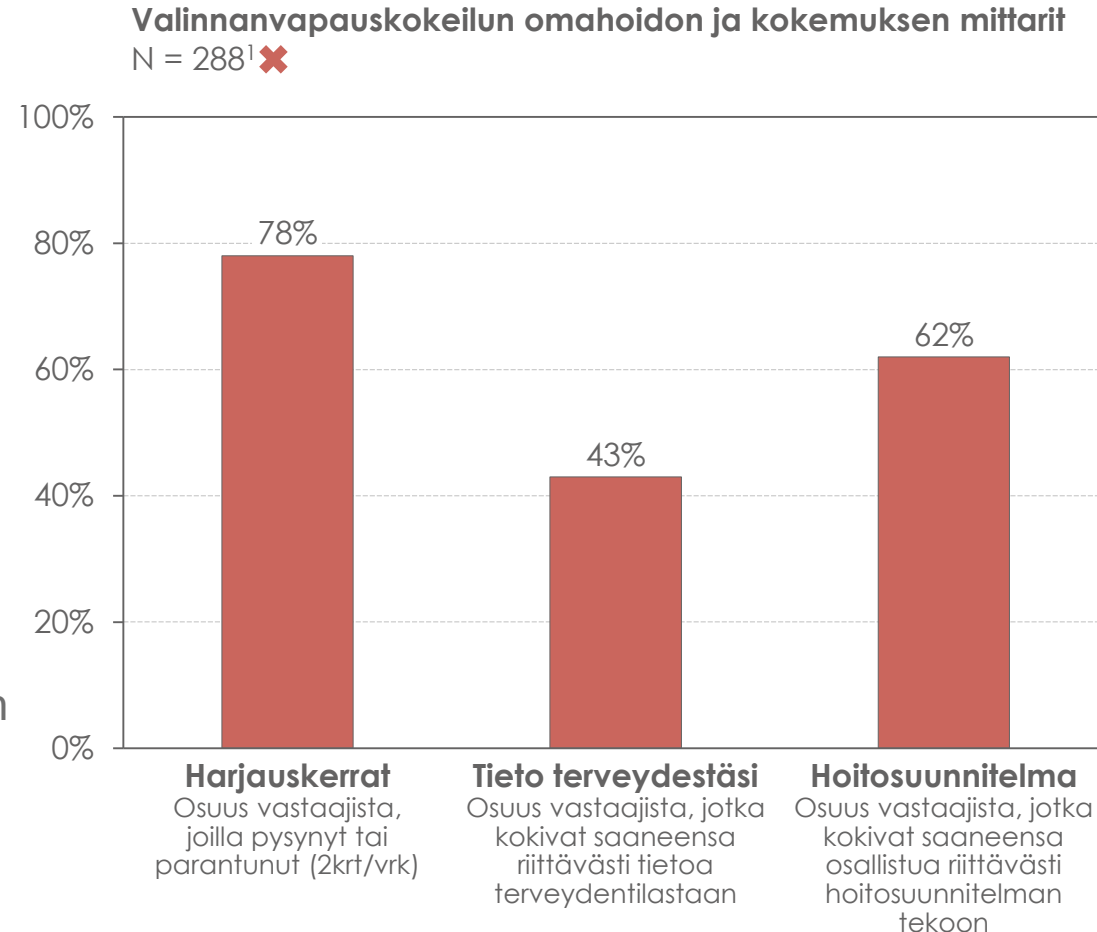


Asiakasnäkökulma vaikuttavuusmittaristoon saatiin esittämällä kolme kysymystä:

- 1) Harjaatko hampaasi kaksi kertaa vuorokaudessa?
- 2) Saitko riittävästi tietoa terveydentilastasi?
- 3) Saitko osallistua riittävästi hoitosuunnitelman tekoon?

Ennaltaehkäisevän hoidon onnistumisen kannalta asiakkaan tiedoilla ja motivaatiolla on keskeinen asema, esimerkiksi kariksen hoidossa

Haasteena mittareiden käytössä oli pienet havaintomäärät listautumisen keskittyttyä yhdellä tuottajalle sekä julkisesta palvelutuotannosta puuttunut vertailutieto



Kunnan hammashoitoloiden ja kotihampaan pienten havaintomäärien takia tulokset esitetään kaikille yhdessä

1) Palveluntuottajittain eroteltuna vastauksia oli 14kpl kunnan hammashoitolasta, 5kpl Kotihampaasta ja 269kpl Hammas Mehiläiseltä
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät)

Vaikuttavuus

lensairauksia mitattiin kahdella mittarilla, joista paron statuksissa saavutettiin erinomaisia tuloksia



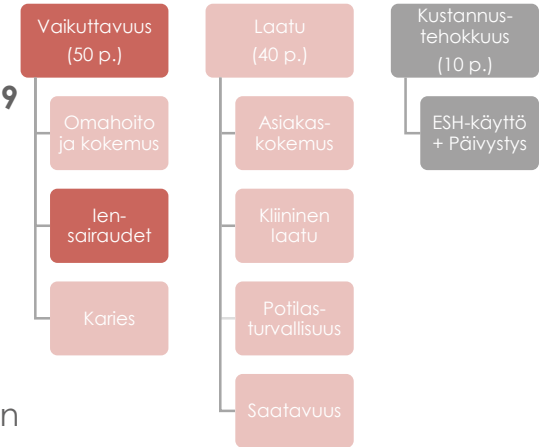
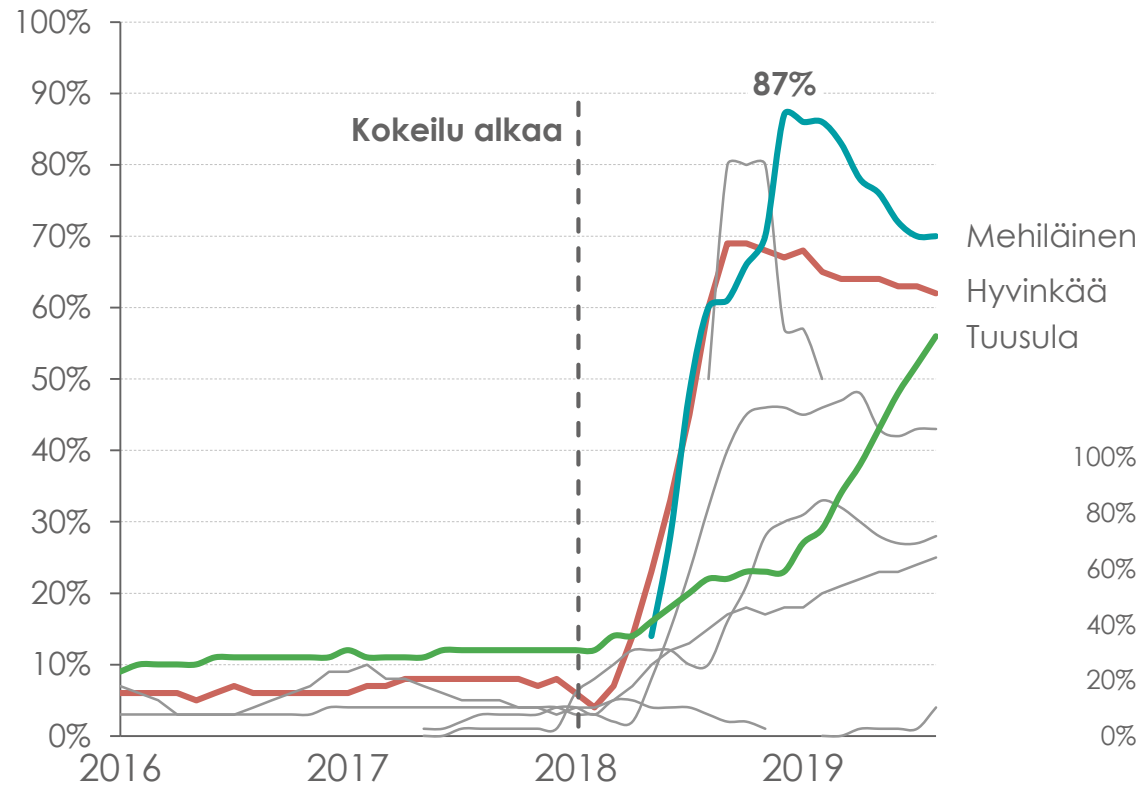
Parodontiitti on kansansairaus, joka on alidiagnosoitu ja alihoidettu maanlaajuisesti. Kokeilussa saavutettiin erinomaisia tuloksia parodontiitin statusten kirjaamisen näkökulmasta

Ennen kokeilua tarkastuksissa tehtyjen paron statusten osuus oli kauttaaltaan alle tai lievästi yli 10% yli 18 -vuotiaiden käynneistä

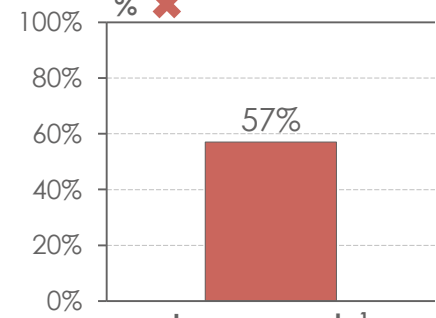
Kokeiluun osallistuneet kunnat ja yksittäiset toimijat onnistuivat kokeilun myötä nostamaan tämän osuuden moninkertaiseksi

Korkeimmillaan osuus oli Mehiläisellä joulukuussa 2018, jolloin parostatusten osuus oli **87% tarkastuksista**

Paron statusten kirjaaminen Keski-Uudellamaalla 1/2016 – 8/2019
% tarkastuksista ✓



Asiakaskysely¹: Vuotavatko ikenesi pesun yhteydessä? % ✗



Osuus, joilla parantunut vuoto tai vuotamattomat ikenet

1) Palveluntuottajittain eroteltuna vastauksia oli 14kpl kunnan hammashoitolasta, 5kpl Kotihampaasta ja 269kpl Hammas Mehiläiseltä. Mittaria ei käytetty samasta syystä kuin osion "omahoito ja kokemus" mittareita
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät)

Vaikuttavuus – Lisätarkastelu parodontologisten statusten laajuudesta

Tarkastuskäynneillä kirjattujen parostatusten laajuudessa ei havaittu merkittäviä eroja palveluntuottajien välillä

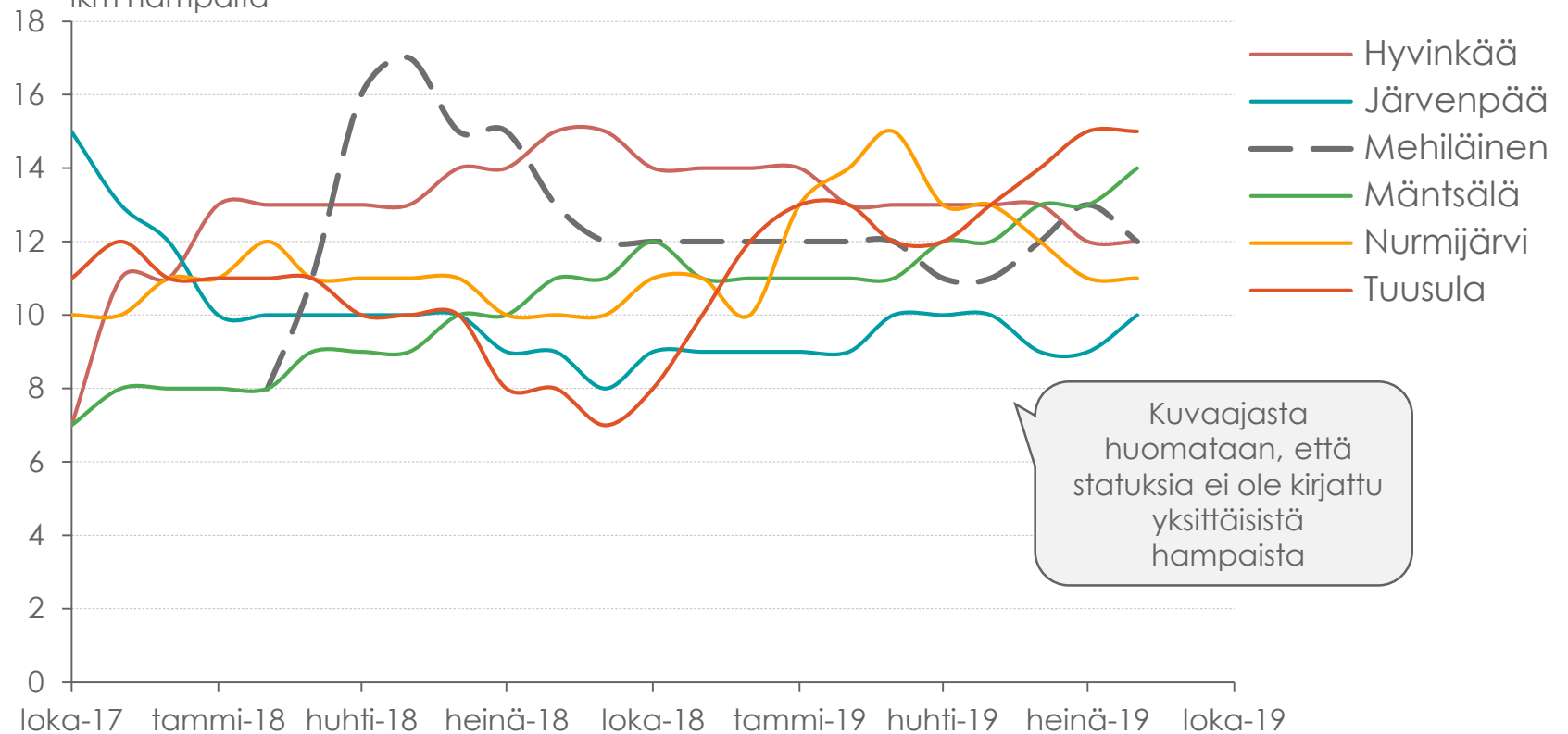


Parostausten vaikuttavuusmittarissa tarkasteltiin ientasku- ja ienverenvuotomerkintöjen peittävyttä tarkastuksesta alkaneilla hoitajaksoilla

Koska onnistuneeseen tulokseen riitti merkintä yhdellä pinnalla, olisi mittari saattanut kannustaa laajudeltaan suppeiden kiinnityskudostutkimusten suorittamiseen

Ientasku- ja ienverenvuoto-merkintöjä omaavien hampaiden lukumäärässä **ei silti ollut merkittäviä eroja** eri palveluntuottajien välillä vuosina 2018 ja 2019

Parostatusmerkintää kohden kirjattujen eri hampaiden lukumäärä¹ Keski-Uudellamaalla
2/2018-8/2019
Ikm hampaita



Kuvaajasta huomataan, että statuksia ei ole kirjattu yksittäisistä hampaista

1) Kolmen kuukauden liukuva keskiarvo tarkastuskäynneillä. Pintojen sijaan paron statuksen laajuutta arvioitiin hampaiden lukumäärän perusteella
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät)

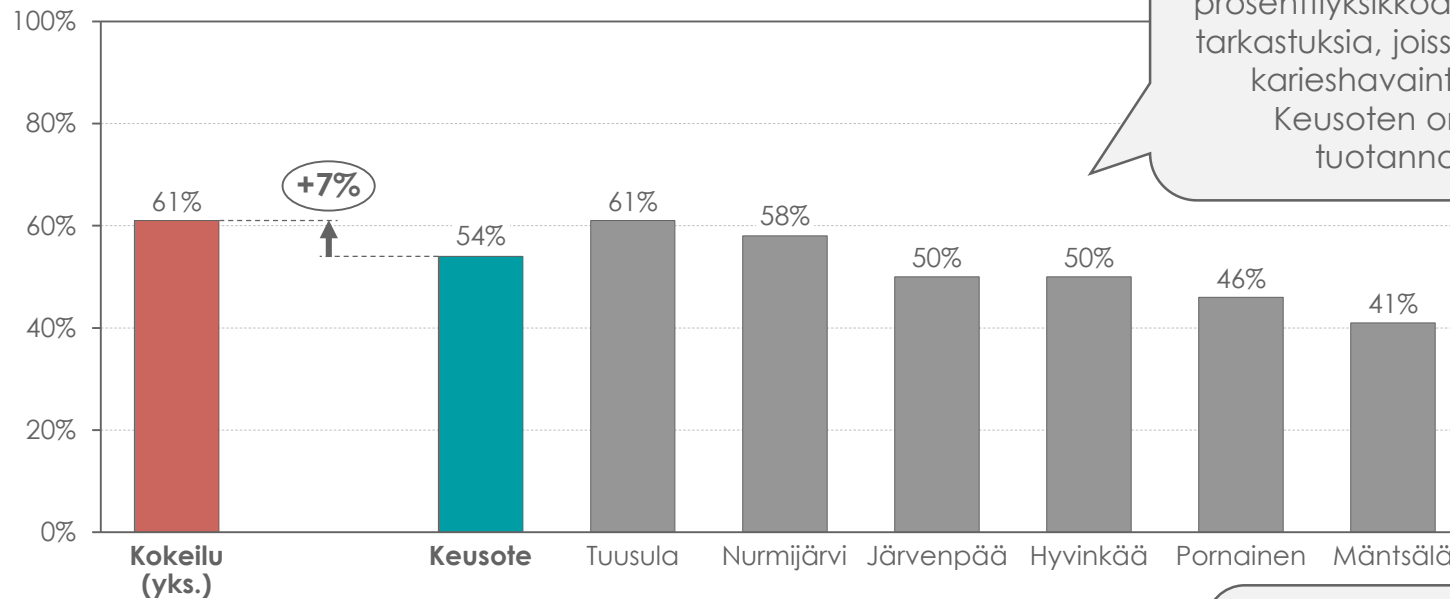
Vaikuttavuus

Karieksen vaikuttavuutta mitattiin kahdella mittarilla, joissa oli vahva ennaltaehkäisevyyden näkökulma



D0-osuudet¹ Keski-Uudellamaalla 2/2018 – 8/2019

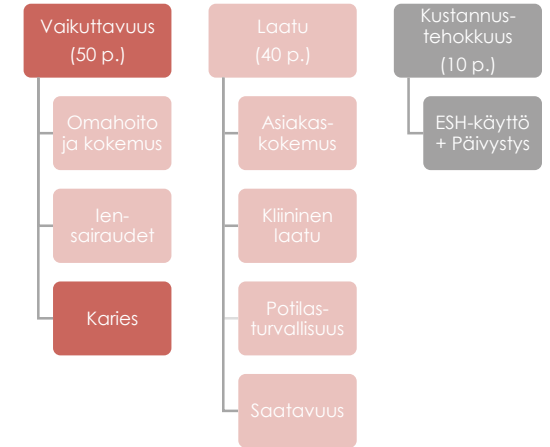
% tarkastuksista ✓



Kokeilun asiakkailla oli 7 prosenttiyksikköä enemmän tarkastuksia, joissa kirjattiin 0 karieshavaintoa kuin Keusoten omassa tuotannossa

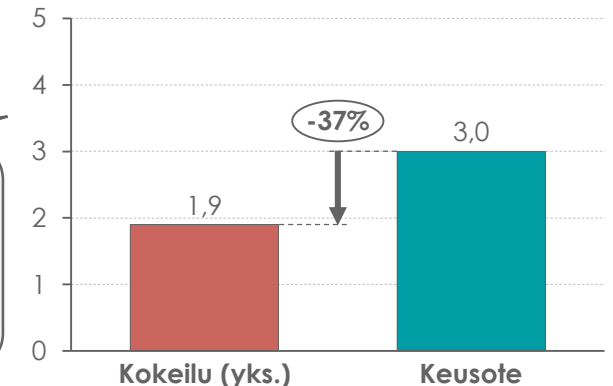
Karieksen hoidon mittarit osoittautuivat erotteleviksi sekä ennaltaehkäisevän hoidon että varhaisdiagnostiikan osalta. Molemmat mittarit ohjasivat palveluntuottajia ehkäisemään paikkaushoitoa vaativan karieksen muodostumista

Korkeampi luku viittaa suurempaan varhaisdiagnostiikan kirjausten määrään käynneillä



Varhaishavaintojen osuus² 2/2018 – 8/2019

% käynneistä ✓



1) Mittari on DMF-ikävakioitu

2) Käynnillä tehtyjen initiaalivaiheen ja remineralisointuneiden karieshavaintojen suhde kavitoituneisiin: (i+rem)/D
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät)

Laatu

Asiakaskokemusta ei pystytty hyödyntämään kannustinlaskennassa



Asiakasnäkökulman tuominen osaksi korvausmallia oli yksi kokeilun tavoitteista. Kannustinlaskennan mittaristoon valittiin NPS eli "Net promoter score", joka mittaa osuuden asiakkaista, "jotka suosittelevat palvelua tuttavalleen"

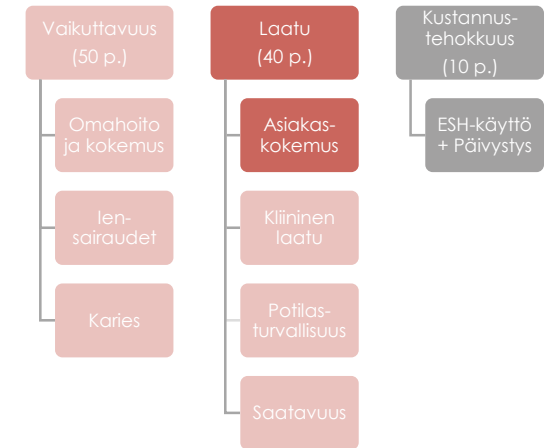
Kokeilussa **NPS-aineiston vähäinen määrä epäyhteensopivat tiedonkeruun menetelmät** eivät mahdollistaneet mittarin käyttöä kannustinlaskennassa.

Kvalitatiiviset arviot asiakaskokemuksesta olivat positiivisia pääsääntöisesti paremman saatavuuden ja lähempänä olevien palvelujen kautta



Keskeisimmät asiakkaiden kokemukset kokeilusta:

- 1 **Malli oli helppo ymmärtää**
- 2 **Hoitoaikoja oli helpompi saada**
- 3 **Malli oli asiakaslähtöinen**
- 4 **Palvelut saatiin lähempää**



NPS-aineisto, jolla oli tarkoitus tehdä vertailu asiakaskokemuksesta, kerättiin kokeilu yksityisillä palveluntuottajilla asiakaskyselyllä ja julkisissa organisaatioissa hoitoloihin sijoitetuilla laitteilla. Tulokset eivät olleet vertailukelpoisia, eikä niitä käytetty laskennassa

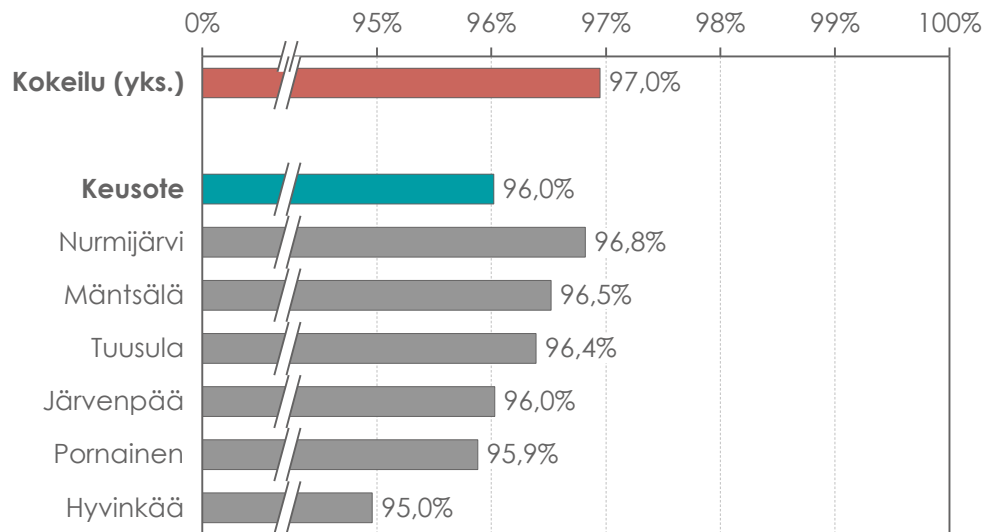
Laatu

Kliinistä laatua mitattiin paikkojen pysyvyydellä ja paron potilaskohtaisilla toimenpiteillä



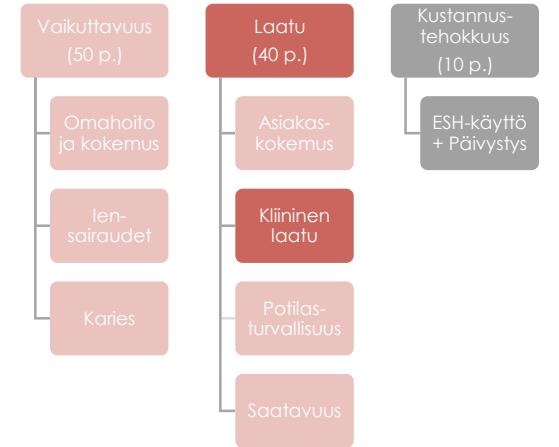
Paikkojen pysyvyys¹ 6kk seuranta-ajalla Keski-Uudellamaalla 9/2018 – 2/2019

% paikoista ✓



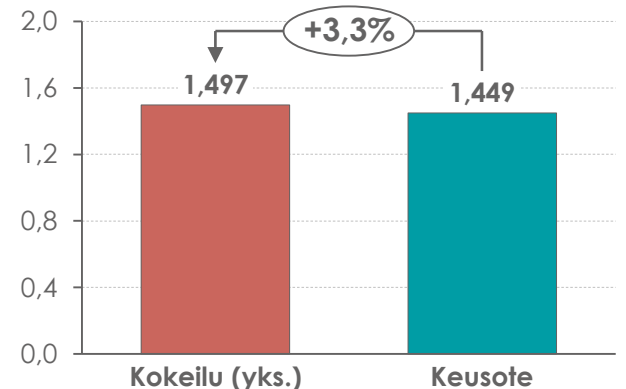
Paron toimenpiteissä 4kk tarkastuskäynnin jälkeen ei ollut suurta eroa suhteessa Keusoten muuhun tuotantoon. Kokonaisuutena paron mittareiden hyödyntäminen kokeiluissa osoittautui perustelluksi ja oikeaan suuntaan hoitoa vieväksi

Paikkojen pysyvyyden mittarin käyttö kannustinlaskennassa saatiin mukaan vasta toisella laskentakierroksella, jotta seuranta-aika (6kk) saatiin täytettyä. Muuten mittari osoittautui hyväksi tavaksi seurata paikkaushoidon laatua



Paron p.toimenpiteet² 2/2018 – 8/2019

P.tmp. CPI-max 3 / 4 potilailla ✓



1) Laskettu hammaskohtaisesti

2) Painotettujen toimenpiteiden määrä 4kk seurantaajaksella kun tarkastuskäynnillä on kirjattu CPI-max 3 tai 4

Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät)

Laatu

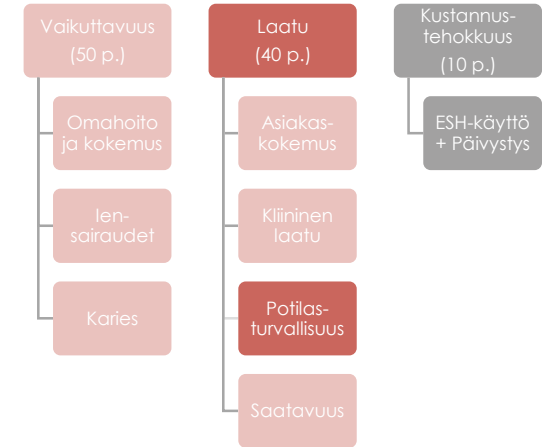
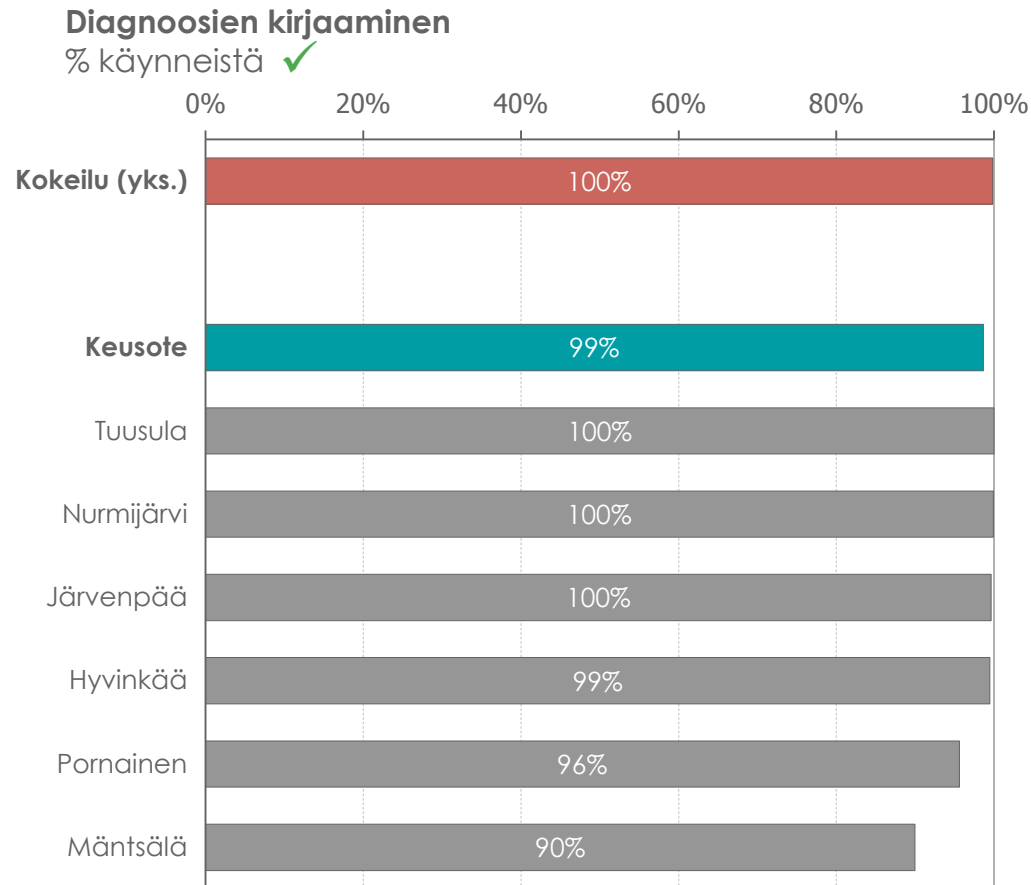
Potilasturvallisuuden mittareissa kaikki palveluntuottajat pääsivät korkeisiin tuloksiin



Potilasturvallisuutta mitattiin kokeilussa kolmen mittarin avulla. Diagnoosien kirjaamisen seuraamisella pyrittiin takaamaan potilaiden hoitoketjujen sujuvuus. Lisäksi palveluntuottajan henkilöstöstä vähintään puolella tuli olla käytynä ensiapu ja käsihygieniakoulutus

Mittariston näkökulmasta potilasturvallisuuden kokonaisuudessa oli vähän vaihtelua, jolloin sen soveltuvuus tulisi paremmin oikeuksiinsa kansallisella tasolla kuin rajatussa alueellisessa kokeilussa

Vaihtoehtoisesti kyse voisi olla tuottajalta edellytettävistä asioista, jolloin niiden erillinen mittaaminen ja raportointi ei olisi tarpeellista



Hygienia ja ensiapukoulutus ✓
Yli 50% henkilöstöstä osallitunut

Tuottaja	Hyg.	EA
Mehiläinen	Ok	Ok
Julkinen	Ok	Ok
Kotihammas	Ok	Ok

Laatu

Saatavuutta mitattiin hoitajaksojen keston näkökulmasta kokeilussa



Saatavuuden tarkastelussa olisi ollut mahdollista tarkastella:

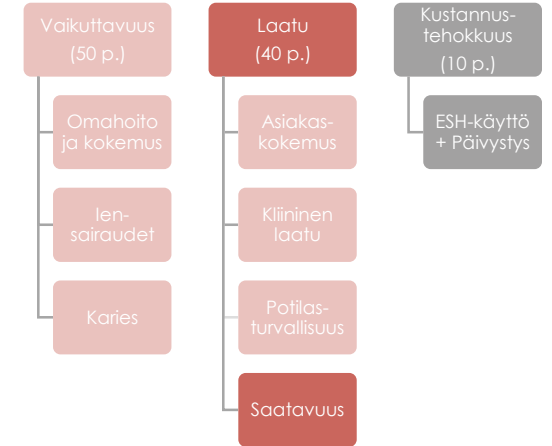
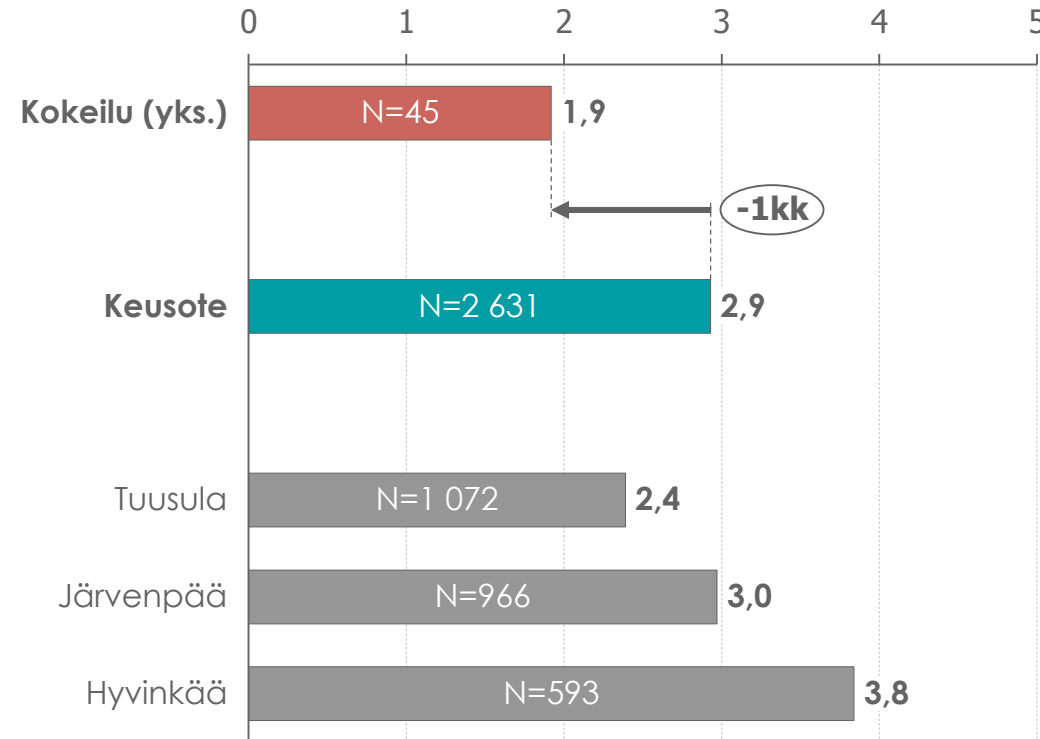
- 1) vapaiden aikojen saatavuutta
- 2) kuinka nopeasti hoitajakso saadaan päätökseen

Kokeilussa päädyttiin tarkastelemaan palvelujen saatavuutta hoitajaksojen pituuden kautta, joka mitattiin jaksojen alkamista ja päättymistä kuvaavien HLAA- ja HLAV –koodien avulla

Verrattaessa Keski-Uudenmaan muuhun tuotantoon, kokeilun hoitajakset olivat lähes kuukauden lyhyempiä

Vaikka hoitajakset on määritelty yhdenmukaisin perustein, niiden osuus on pieni suhteessa kokonaistuotantoon, joka selittää osaltaan kuukauden eroa

Hoitajakson kesto tyypillisellä asiakkaalla¹ 2/2018 – 8/2019
Kk hoitajakson aloituksesta ✓



Hoitajakset on määritelty yhdenmukaisesti:
kaikki ovat päättyneet "valmis" -kirjaukseen

SISÄLLYSLUETTELO

VALINNANVAPAAUSKOKEILUN LOPPURAPORTTI

1. Kokeilun perustiedot ja keskeiset havainnot
2. Listautuminen ja palvelunkäyttö
3. Hoidon vaikuttavuus ja laatu
4. Valinnanvapauskokeilun järjestäminen
 - Rahoitus- ja korvausmalli
 - Valinnanvapauskokeilu kokemuksena
 - Teknologiset edellytykset
5. Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen
6. Liitteet ja muu materiaali

Valinnanvapauskokeilun korvausmallin tavoitteena oli tasapainoinen ja vaikuttavuuteen tähtäävä malli



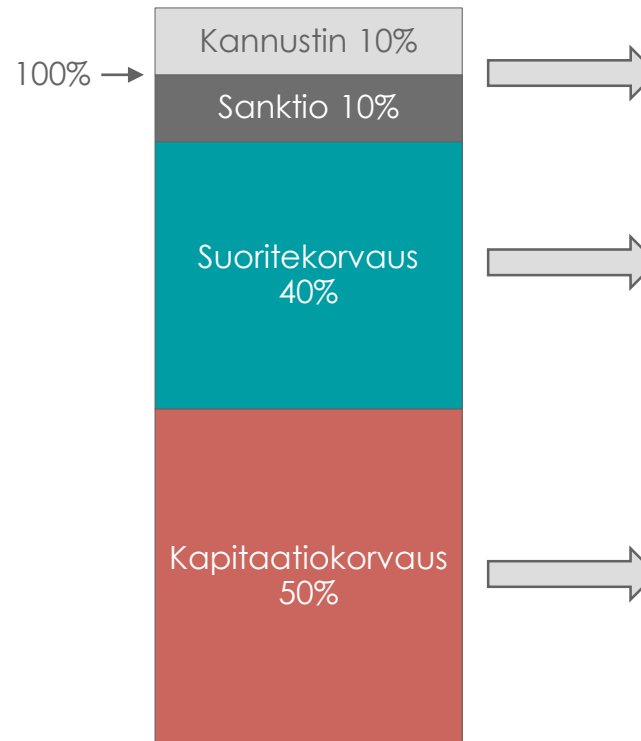
Valinnanvapauskokeilun rahoitusmalli perustui kapitaatio- ja suoritekorvauksiin sekä kannustinmalliin

- Kapitaatiokorvaukset maksettiin **kuukausittain** korjattuna asiakkaiden palvelukäyttötasoilla
- Suoritekorvaukset maksettiin **kahden viikon välein** HLA-kirjausten perusteella. Korvaus maksettiin kun korjaava hoito oli valmis tai varhaishoidosta oli valtaosa toteutettuna
- Kannustinosuus maksettiin palveluntuottajille **kolmen kuukauden** välein

Kokeilun tavoiteltu keskimääräinen asiakaskohtainen korvaussumma oli 300€

- Korvaussumma kokonaisuudessaan perustui kuntien jo ennen kokeilua toteutuneisiin asiakaskohtaisiin kustannuksiin
- Moniulotteisen mallin tuli olla lähtökohtana pitkäaikaiseksi kansallisen tason ratkaisuksi korvausmalleille, joka ennaltaehkäisevään ja vaikuttavaan hoitoon

Kokeilussa suunniteltu rahoitusmalli



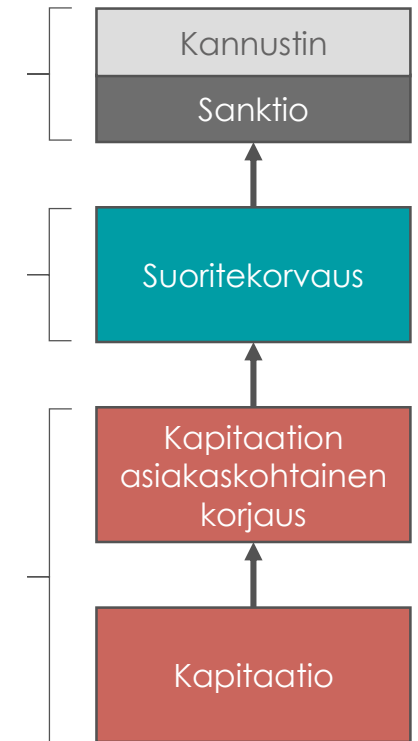
Valinnanvapauskokeilun rahoitusmalli

Mallin laskentaperiaatteet

Korvattiin jälkikäteen mittariston perusteella, joka esitely arvioinnin 3. osiossa

Korvattiin hoitjaksojen HLA-kirjausten perusteella, eli potilaan hoitoisuuden mukaan

Kapitaation arvo laskettiin etukäteen ja asiakaskohtainen korvaussumma tämän listautuessa palveluntuottajille



Rahoitus- ja korvausmalli

Kokeilun toteutuneissa ja tavoitekorvauksissa merkittäviä eroja, joka selittyy alhaisemmalla palvelukäytöllä



Korvausmallista nousseet huomiot projektin aikana

Korvaussumma koettiin matalaksi ja korvausten maksamisen ajankohta osoittautui haastavaksi palveluntuottajille

- Maksamissykli oli ensin liian harva ja tuottajalla oli liian pitkä viive hoidon toteutuksesta korvauksen saamiseen. Tätä tihennettiin kokeilun aikana, eritoten suoritekorvausten osalta

Palvelujen käytössä oli merkittävää vaihtelua: Listautumisen yhteydessä asiakkaat käyttivät aluksi paljon palveluita, mutta tämän jälkeen määrä laantui selkeästi

- Tämä vaikutti keskeisesti palveluntuottajien kassavirtaan, sillä suoritteiden maksuviiveen takia palveluntuottajat joutuivat odottamaan kustannuksia pitkään.

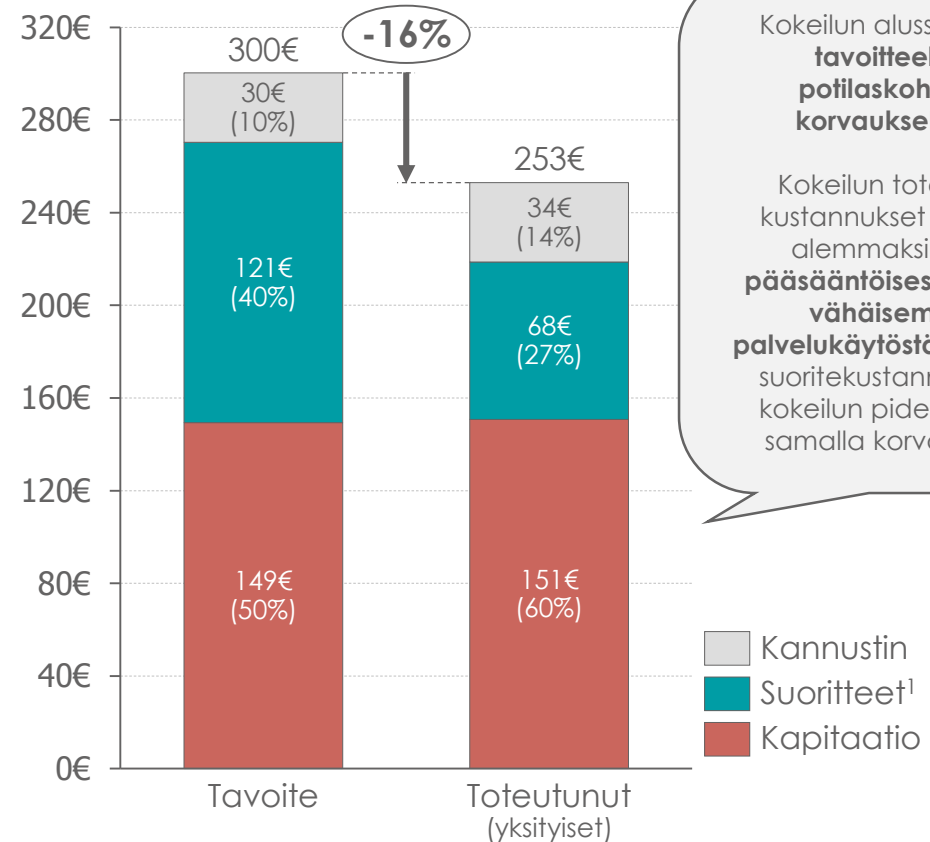
Suoritekorvauksista toteutui ainoastaan 27% asiakaskohtaisena, vaikka rahoitusmallin tavoitteena oli 40%

- Tämä johtui palvelunkäytön ja suoritemäärien (ml. proteettinen hoito) odotuksia pienempänä toteutumisesta sekä kokeilun pidentymisestä samalla korvausmallilla

Malli koettiin monimutkaiseksi ja työlääksi toteuttaa etenkin suoritekirjausten osalta

- Potilastiedot piti lähettää järjestäjälle potilaskohtaisesti, jonka jälkeen järjestäjä kirjasi ne manuaalisesti omaan järjestelmään. Tähän kuului paljon henkilöstöresurssia ja manuaalista työtä

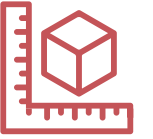
Kokeilun tavoiteltu ja toteutunut kustannusjakauma
€/ potilas



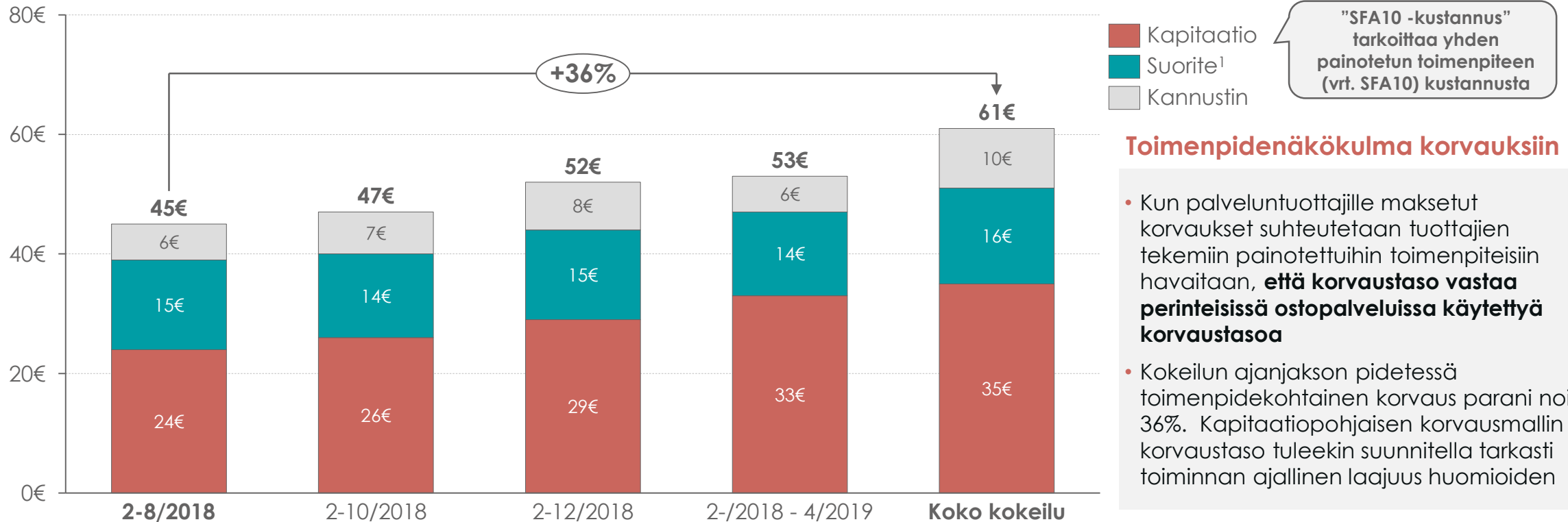
1) Suoritekustannuksiin on sisällytetty myös protetiikan ja keskeytysten kustannukset
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät, Suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelut)

Rahoitus- ja korvausmalli

Palveluntuottajien toimenpiteisiin suhteutettu korvaus parani kokeilun ajanjakson pidentyessä



Yksityisille palveluntuottajille maksettu korvaus painotettua toimenpidettä kohden "SFA10 -kustannus" kokeilun seuranta-ajan mukaan
€/Painotettu toimenpide



1) Suoritekustannuksiin on sisällytetty myös protetiikan ja keskeytysten kustannukset
Lähteet: Keski-Uudenmaan Sote (Listautumistiedot 8/2019, Potilastietojärjestelmät, Suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelut)

Valinnanvapauskokeilu kokemuksena

Järjestäjän kokemus valinnanvapauskokeilusta



Valinnanvapauskokeilu koettiin **hyväksi oman toiminnan kirittäjäksi**, mutta hanketuen ja lainsäädännön lähtiessä, kokeilun jatko kariutui

- + Kokeilusta saatiin hyvää vertailutietoa oman toiminnan kehittämisen tueksi ja kokemusta yhteistoiminnasta
- Palveluntuottajien lukumäärä jäi liian vähäiseksi ja valinnanvapauden kariuduttua useat tuottajat jättivät kokeilun kesken
- Ulkopuolisella rahoituksella mahdollistettu hanketoimisto ja muu ulkopuolinen tuki mahdollistivat suunniteltujen asioiden kokeilemisen. Kokeilun jatkaminen järjestäjän omana toimintana ei kuitenkaan ollut samassa mittakaavassa mahdollista, vaan kokeilun parhaita oppeja hyödyntämällä järjestäjällä oli mahdollisuus suunnitella paremmin kustannusneutraalisuutta tavoitteleva toimintamalli



”

Pieni pettymys, ettei yksityisiä palveluntuottajia lähtenyt enemmän mukaan useammasta kunnasta, mutta tämä johtuu enemmän Keski-Uudenmaan suun terveydenhuollon markkinan rakenteesta. Meillä ei ole paljoa ketjuja vaan suurin osa on pieniä toimijoita.

”

Yksityisten palveluntuottajien mukaantulo esimerkiksi workshoppeihin on edesauttanut alueellisen yhteistyön rakentamista. Tämän keskustelun syventämisen myötä he ovat onnistuneet tuomaan entistä paremmin omia näkökulmiaan palvelujen järjestäjälle.

Valinnanvapauskokeilu kokemuksena

Tuottajan kokemus valinnanvapauskokeilusta



Kokeilun myötä **syntyi hyvää yhteistyötä** eri toimijoiden välillä, mutta mallista **tulisi saada kannattavampi pitkällä aikavälillä**

- + Uusia asiakkaita tuli toiminnan piiriin kokeilun myötä
- + Yhteistyö järjestäjätahon kanssa on ollut hedelmällistä ja kumppanuuteen tähtäävää
- Kapitaation osuus korvauksista nousi liian suureksi ja korvausmalli oli liian monimutkainen
- Tietojärjestelmien eroavaisuudet toivat liikaa manuaalista ja normaalista toiminnasta poikkeavaa työtä palveluntuottajille

”

Kapitaation osuus korvauksista nousi liian suureksi kuin mitä hankkeen suunnitteluvaiheessa oli tarkoitettu. Tästä näkökulmasta palveluntuottajalle olisi voinut olla turmiollista jos peittävyys olisi noussut korkealle tasolle ja suurin osa kompensaatiosta olisi tullut pelkän kapitaation kautta.

”

Kustannushimmeli oli liian monimutkainen ja raportointi sitä kautta oli liian hidasta. Mallin jatko olisi vaatinut kannustinmittareiden vähentämistä ja raportoinnin tiivistystä.

Teknologiset edellytykset

Valinnanvapausmalli vaatii toimiessaan kansallisesti skaalautuvan kanta-yhteydellisen ratkaisun



1 Järjestäjän tietotarpeet

Kokeilun toimintamallissa järjestäjä keräsi hoitotietoja omiin potilastietojärjestelmiinsä sekä hyödynsi hallitsemiaan rekisteritietoja kokeilun kannustinlaskennassa, raportoinnissa

Lisäksi järjestäjä hyödynsi yksityisten palveluntuottajien historiallisia potilastietojärjestelmätietoja mm. laskiessaan ja raportoidessaan palveluntuottajien aikaisempaan toimintaan pohjautuvia laatutietoja valintaa tekeville asiakkaille

2 Tietojen keräysmenetelmä

Tiedon kirjaaminen tapahtui manuaalisesti rekisterinpitäjän järjestelmään, joka aiheutti tuplatyötä ja osoittautui työlääksi. Kokeilun aikana kartoitettiin kanta-yhteyden ja ostopalveluvaltuutuksen käyttöönottoa, mutta valmiuksia käyttöönottoon ei ollut kokeilun aikana

Kokeilussa ei ollut edellytyksiä kirjata tietoja suoraan järjestäjien järjestelmään etäyhteydellä (kuten Tampereen kokeilussa), koska Keusoten kuntien rekisterit olivat kokeilun aikana erikseen kuntien ylläpitämiä

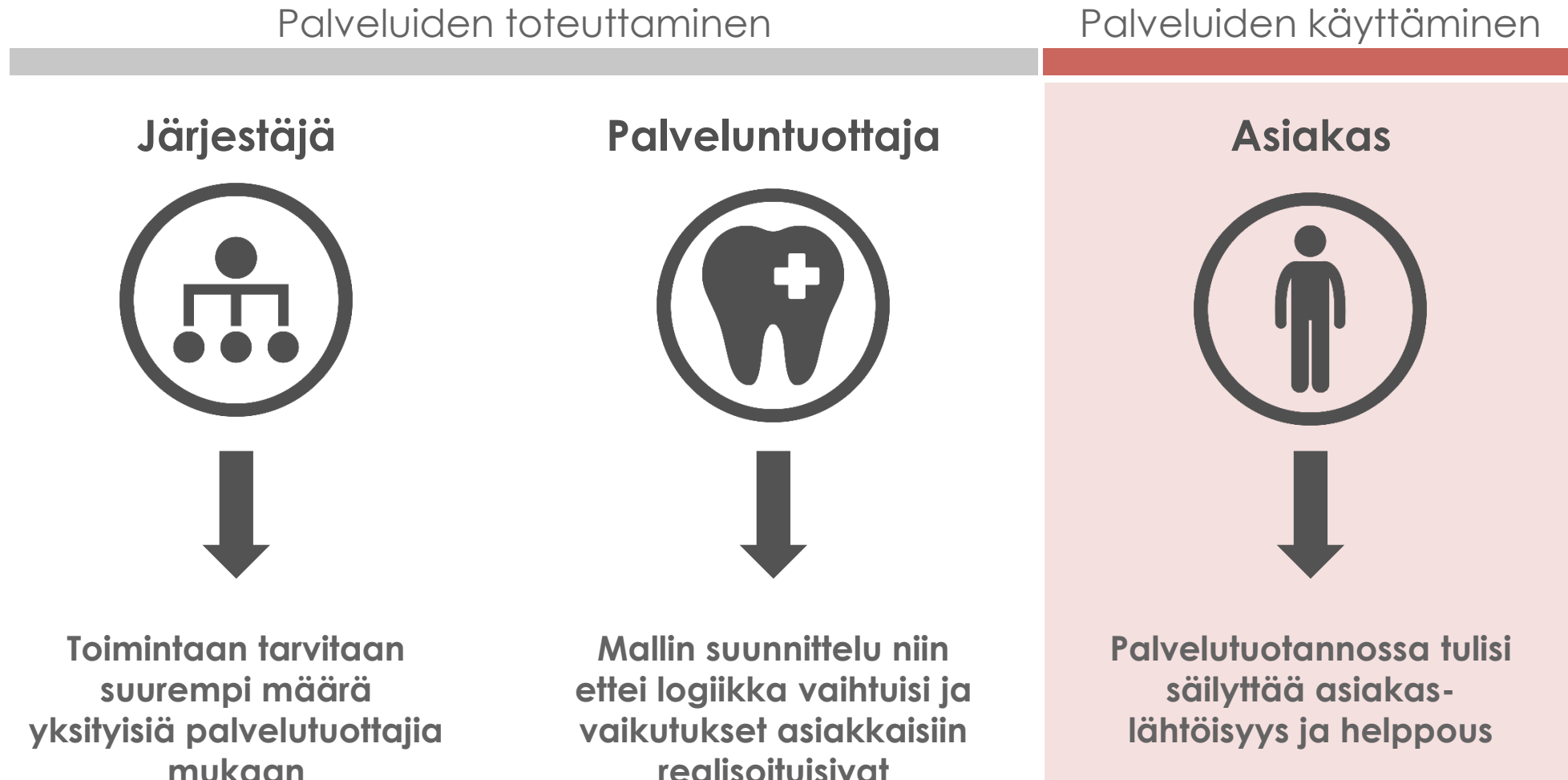
3 Keskeisimmät huomiot

Valinnanvapauskokeilu osoitti, että kansallisesti skaalautuva ratkaisu tarvitsee kanta-yhteyden, sekä siihen liittyvän ostopalveluvaltuutuksen käyttöönottoa, testaamista sekä edelleenkehittämistä

Kanta-palveluiden käyttöönoton ja ostopalveluvaltuutuksen valmistelun yhteydessä haasteeksi havaittiin AvoHilmoon tarvittavien tietosisältöjen toimittaminen THL:lle, sillä tähän ei vielä löydetty vielä valmista skaalautuvaa ratkaisua

Keskeytynyt uudistus ja tulevaisuuden näkymät

Jatkosuunnitelmissa tulee huomioida etenkin järjestäjän ja palveluntuottajien väliset kehitykselliset tavoitteet



Lähteet: Asiantuntijahaastattelut, projektin työpajat, asiakastyytyväisyyskyselyt

SISÄLLYSLUETTELO

VALINNANVAPAAUSKOKEILUN LOPPURAPORTTI

1. Kokeilun perustiedot ja keskeiset havainnot
2. Listautuminen ja palvelunkäyttö
3. Hoidon vaikuttavuus ja laatu
4. Valinnanvapauskokeilun järjestäminen
5. Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen
 - Keskeytynyt uudistus ja tulevaisuuden näkymät
 - Vaihtoehtoiset mallit
 - Palvelusetelit ja uusi malli
6. Liitteet ja muu materiaali

Keskeytynyt uudistus ja tulevaisuuden näkymät

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus kariutui alkuvuonna 2019, jolla oli syvät vaikutukset valinnanvapauskokeilulle



Valinnanvapauskokeilun alkaessa näytti siltä, että edellisen hallituksen (Sipilä I) aloittama sosiaali- ja terveystalouden uudistus oli vääjäämättä menossa läpi

- Tämän vuoksi myös valinnanvapauskokeilujen järjestäminen oli välttämätöntä, että tietämys sen vaikutusmekanismeista järjestäjiin, tuottajiin ja asiakkaisiin paranisi

Tästä huolimatta uudistus kaatui alkuvuonna 2019, jonka vuoksi järjestelmä tulisi pysymään vanhassa määrittelemättömän ajan

- Tämä oli haastava käänne toimijoille, sillä tulevaisuuden odotuksia, päätöksiä ja toimintamalleja oli suunniteltu tulevan uudistuksen reunaehtojen mukaiseksi – **mukaan luettuna valinnanvapauskokeilut**

Uudistuksen kariutumisesta huolimatta, suun terveydenhuollon toimintaympäristö on kokemassa suuren muutoksen tulevaisuudessa

Suomen väestö ikääntyy kovemmallalla vauhdilla kuin väestöennusteissa on arvioitu

Suun terveydenhuollon palvelutarpeet lisääntyvät entisestään muun muassa lisääntyvien hampaiden määrän johdosta

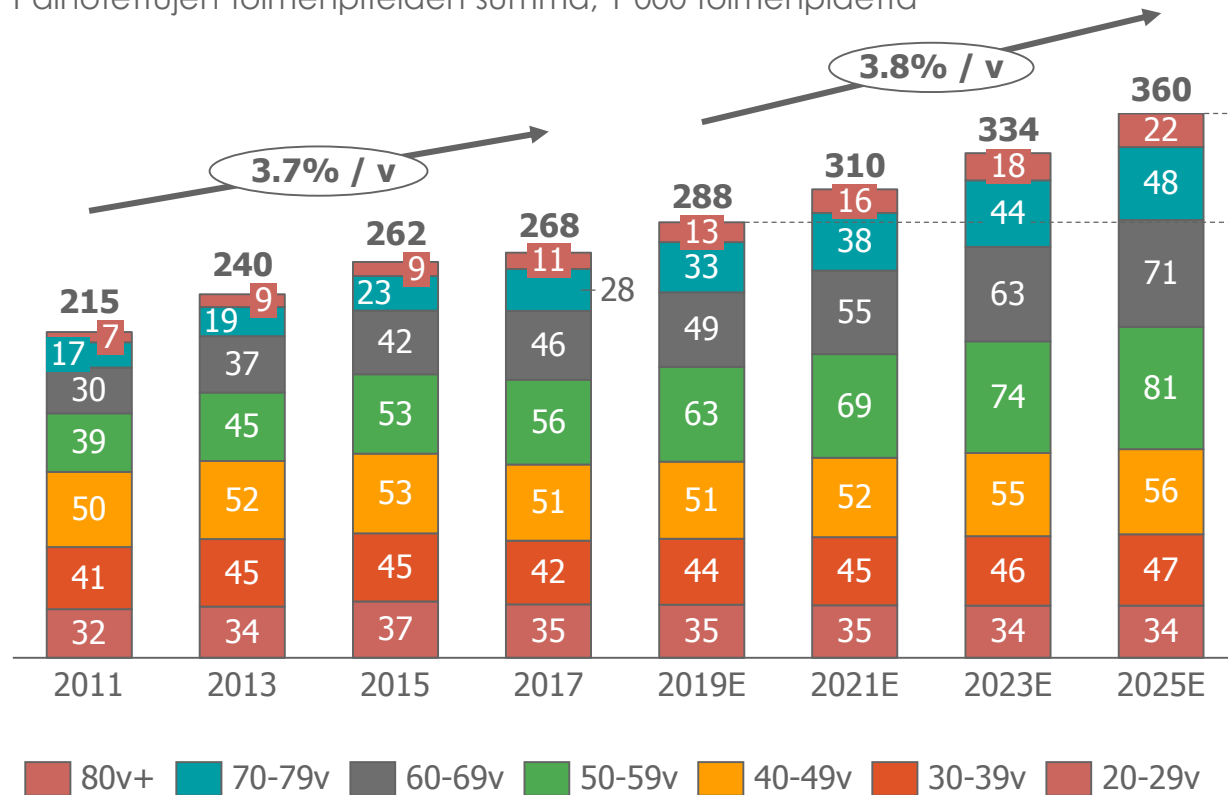
Keskeinen kysymys on, mitä valinnanvapauskokeilusta opittiin tulevaisuuden toimintamallin kehittämisessä?

Keskeytynyt uudistus ja tulevaisuuden näkymät

Lähtökohtana 2020-luvulle Keski-Uudellamaalla on suun terveydenhuollon kysynnän voimakas kasvu aikuisilla



Keusoten STH:n tuotannon volyyymi 2011–2025,
Painotettujen toimenpiteiden summa, 1 000 toimenpidettä¹



Kasvu
2019-2025
yhteensä
~25%

Uudistuksen kariutumisesta huolimattamatta järjestäjien tulee pystyä vastaamaan muuttuvaan toimintaympäristöön suun terveydenhuollossa

- Keusoten alueen suun terveydenhuollon palveluiden kysynnän odotetaan kasvavan noin 25 % vuoteen 2025 mennessä
- Kasvu perustuu erityisesti vanhempien ikäluokkien palveluiden kysynnän kasvuun
 - Ikääntyneillä on entistä enemmän hampaita jäljellä ja sitä kautta enemmän palvelutarvetta
 - Vanhempiin ikäluokkiin kuuluu yhä enemmän asukkaita, joilla on koko aikuisiän ajan ollut oikeus julkiseen hammashoittoon toisin kuin vanhimmilla ikäluokilla, jotka käyttävät enemmän yksityistä sektoria
- Ennuste on tehty saatavilla olevan kuntakohtaisen väestöennusteen pohjalta, joka **todennäköisesti aliarvioi Keusoten alueen väestönkasvua**

1) Painotettujen toimenpiteiden summa kuvaa tuotettujen toimenpiteiden määrää ottaen huomioon tuotettujen toimenpiteiden vaativuus
Lähde: Tilastokeskus (Väestöennuste), Kela, Keski-Uudenmaan Sote (Potilastietojärjestelmät)

Keskeytynyt uudistus ja tulevaisuuden näkymät

Viisi keskeistä huomiota nousi loppuvaiheessa tulevaisuuden mallin suunnittelussa ja miten vastata kasvavaan kysyntään



Huomioitavaa tulevaisuuden toimintamallin rakentamisessa

~~~~

Ministeriön tuki ja hanketoimisto lakkautetaan

~~~~

- 1 

Hallinnon kustannusten merkittävä vähentäminen

 - Manuaalisen työn automatisointi (erityisesti potilastietojen kirjaaminen ja siirto)
 - Koordinoinnin ja laatumittareiden tehostaminen
- 2 

Asiakkaiden ohjautumisen hallinta

 - Toiminta ei voi olla kustannusneutraalia, jos aiemmin palvelunsa itse maksaneet asiakkaat siirtyvät julkisen sektorin maksettavaksi
 - Asiakaslähtöinen asiakasohjaus
- 3 

Palveluntuottajien rajallinen määrä

 - 300t€ ei mahdollista aitoa monituottajamallia, vaan tarkoittaa joustavampaa tapaa ostaa palveluita yhdeltä tai muutamalta tuottajalta
- 4 

Nykyisten vava-asiakkaiden kustannusten huomiointi

 - Kokeilun piirissä olevien asiakkaiden rahoitus tulee järjestää itse tuen päättyessä – olennaista asiakkaiden valitsema sektori kokeilun loputtua
- 5 

Vain vaikuttavia palveluita kannattaa ostaa

 - Perinteisestä suoritepohjaisesta ostamisesta kannattaa pyrkiä kohti vaikuttavuusperusteista palveluiden hankintaa

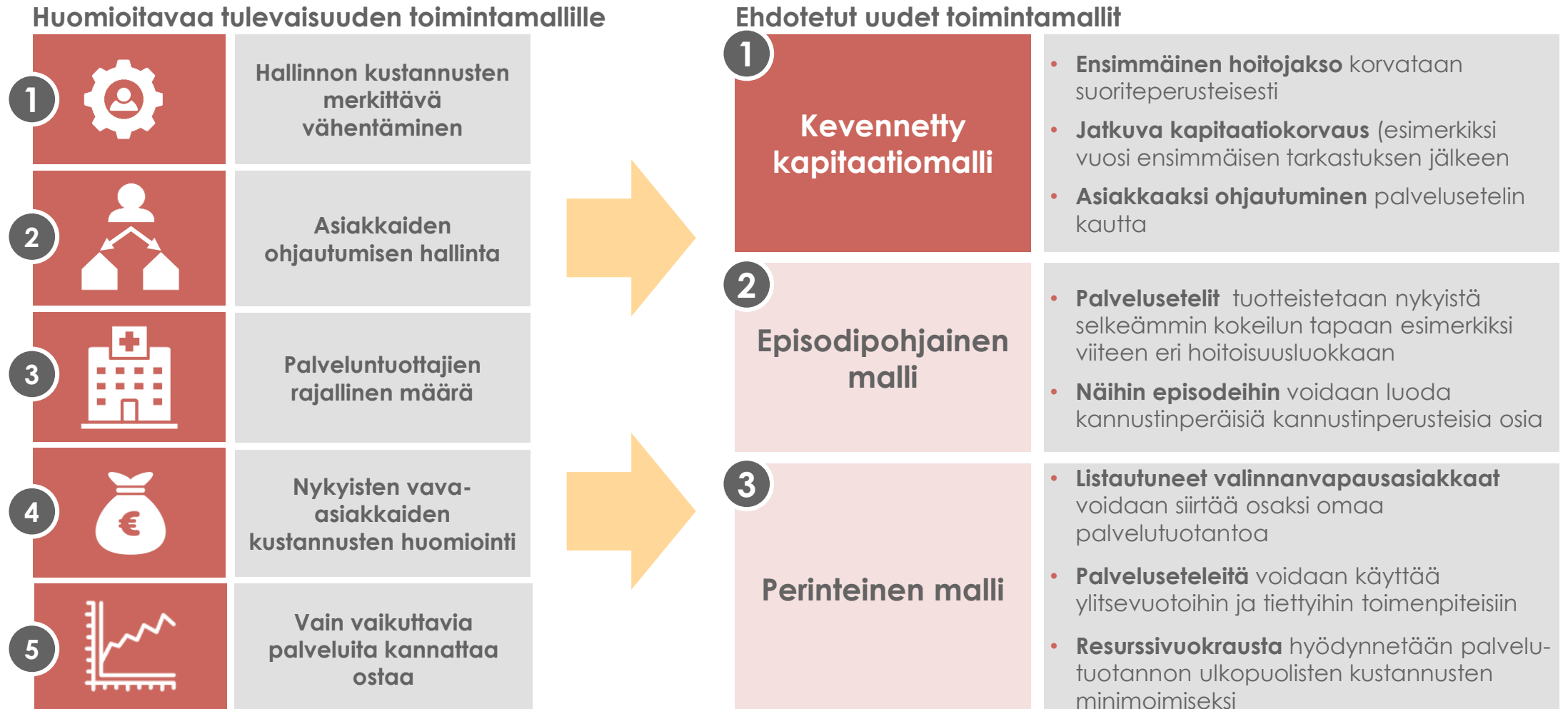


TAVOITE:
Kustannusneutraalia ja vaikuttavaa palvelutuotantoa asiakaslähtöisesti



Vaihtoehtoiset mallit

Palvelutuottajien yhteisien työpajojen pohjalta päädyttiin kevennettyyn kapitaatiomalliin kolmesta vaihtoehdosta



Palvelusetelit ja uusi malli

Uusi toimintamalli painottaa jatkuvaa suun terveydenhuollon kokonaisvastuuta palveluseleitä hyödyntäen



Uuden palvelusetelimallin lähtökohdat

Tarve uudelle kapasiteetille

- Palveluiden kysyntä kasvaa alueella kovaa vauhtia (sivu 47)
- Henkilöstön rekrytoinnit ja tilojen skaalautuvuus tekevät julkisen tarjonnan joustavasta lisäämisestä haastavaa

Kokeilun hyvät kokemukset yhteistyöstä

- Positiiviset kokemukset yhteistyöstä yksityisten kanssa
- Jatkuva kokonaisvastuupalvelu koettiin molemmin puolin yksittäisiä toimenpiteitä mielekkäämmäksi

Suunnittelua ohjanneet periaatteet

- Mallin suunnittelussa painotettiin:
- 1) Mallin yksinkertaisuutta
 - 2) Palvelusetelilainsäädännön vaatimuksia
 - 3) Kannustimia vaikuttavaan toimintaan
 - 4) Tasavertaisuus julkisen palvelun kanssa
 - 5) Molemminpuolista luottamusta

Uuden palvelusetelimallin pääpiirteet

- **Asiakkaan maksama osuus** vastaa kunnan asiakasmaksuja ja se maksetaan suoraan tuottajalle
 - Asiakkaan ei tarvitse vertailla hintoja eri tuottajien välillä
- **Järjestäjän korvaukset tuottajalle** maksetaan kunkin asiakkaan 1. vuoden osalta 100 % suoritepohjaisesti
 - Hoito toteutetaan tarpeen ja valtakunnallisten ja järjestäjän ohjeiden mukaisesti
- Ensimmäisen vuoden jälkeen järjestäjä maksaa tuottajille jatkuvan asiakaskohtaista kapitaatiokorvausta
 - Kapitaatiokorvaus on kaikille asiakkaille sama
- **Järjestäjä myöntää palveluseleitä** kriteeriensä pohjalta (mm. paikallinen julkisen palvelun saatavuus)
- **Palveluseteli kattaa kaikki toimenpiteet**, joita tuotetaan Keusoten omissa palveluissa
- **Järjestäjä ja tuottaja** sitoutuvat jatkuvaan malliin lähtökohtaisesti 3 vuoden ajaksi, jotta hyödyt realisoituvat molemmin puolin

SISÄLLYSLUETTELO

VALINNANVAPAAUSKOKEILUN LOPPURAPORTTI

1. Kokeilun perustiedot ja keskeiset havainnot
2. Listautuminen ja palvelunkäyttö
3. Hoidon vaikuttavuus ja laatu
4. Valinnanvapauskokeilun järjestäminen
5. Opit valinnanvapauskokeilusta jatkoa ajatellen
6. Liitteet ja muu materiaali
 - Kannustinlaskennan mittarit
 - Vaihtoehtoiset mallit

Kannustinlaskennan mittarit ja laskentaperiaatteet (1/2)



	Hoidon vaikuttavuus			Hoidon laatu	
	lensairaudet	Karies	Karies	Kliininen laatu	Kliininen laatu
	Parostatusten osuus 4kk	D0-osuus	i+rem/D-suhdeluku	Paikkojen pysyvyys	lensairauksien hoidon kohdennus
Pisteet	▪ 26 pistettä	▪ 20 pistettä	▪ 20 pistettä	▪ -	▪ 10 pistettä
Selite	<ul style="list-style-type: none"> Kuinka suurelle osalle tarkastetuista potilaista on kirjattu parodontologinen statusmerkintä 4 kuukauden kuluessa tarkastushetkestä 	<ul style="list-style-type: none"> Kuinka suurella osalla potilaista ei löydetä tarkastuksen yhteydessä reikiintyneitä hampaita (D = 0) 	<ul style="list-style-type: none"> Mittari kuvaa pintakohtaisten kariksen varhaishavaintojen määrää suhteessa kavitoituneisiin pintoihin 	<ul style="list-style-type: none"> Kuinka suuri osa paikkauksista on kestänyt 6 kuukautta paikkaamisesta 	<ul style="list-style-type: none"> Kuinka paljon painotettuja parotoimenpiteitä parohoidon tarpeessa oleville potilaille kohdennetaan
Laskenta	<ul style="list-style-type: none"> Parodontologiseksi statukseksi lasketaan vähintään yhdeltä pinnalta löytyvät ienverenvuoto- ja ientaskumerkinnot lenstatukset lasketaan tarkastuskäyntiä seuraavan 4 kuukauden ajalta Mittarin arvo perustuu 4-10 kuukautta ennen tarkasteluhetkeä suoritettuihin tarkastuksiin 	<ul style="list-style-type: none"> Potilasmateriaalin vaikutus on huomioitu palveluntuottajien tuloksissa kertomalla D0-osuus DMF-ikävakioidulla korjauskertoimella Mittarin arvo perustuu tarkasteluhetkeä edeltävän 6 kuukauden aikana suoritettuihin tarkastuksiin 	<ul style="list-style-type: none"> Laskennassa on mukana hammaslääkärin tarkastuskäynneillä kirjatut karieshavainnot Kariksen varhaishavainnoiksi lasketaan initiaaliekariesta sekä inaktiivisia karieshavaintoja koskevat merkinnät Mittarin arvo perustuu tarkasteluhetkeä edeltävän 6 kuukauden aikana kirjattuihin karieshavaintoihin 	<ul style="list-style-type: none"> Paikkaus lasketaan uusituksi, mikäli paikatuista pinnoista vähintään yhteen on kohdistunut uusi paikkaus Paikkauksia, joissa materiaalina on väliaikainen täyte (vt), ei ole laskettu mukaan Mittariin on laskettu mukaan paikkaukset riippumatta siitä, onko hammas tai pinta paikattu aiemmin Mittarin arvo perustuu 6-12 kuukautta ennen tarkasteluhetkeä tehtyihin paikkauksiin 	<ul style="list-style-type: none"> Parohoidon tarpeessa oleviksi on luokiteltu tarkastuksessa CPI-max 3-4 -statuksen saaneet potilaat Parodontologisiksi toimenpiteiksi on määritelty toimenpidekoodit SDA02-SDE04 Tehtyjä toimenpiteitä lasketaan CPI-statuksellista tarkastusta seuraavan 4 kuukauden ajalta Tarkasteluhetken arvot perustuvat 4-10 kuukautta ennen tarkasteluhetkeä tehtyihin tarkastuksiin

Kannustinlaskennan mittarit ja laskentaperiaatteet (2/2)



Hoidon laatu				
	Potilasturvallisuus	Potilasturvallisuus	Potilasturvallisuus	Saatavuus
	Diagnoosien osuus korjaavaa hoitoa saaneista	>50% henkilökunnasta on osallistunut ensiapukoulutukseen 36kk	>50% henkilökunnasta on osallistunut käsihygieniakoulutukseen 12kk	Tyypillisen potilaan hoitajakson kesto
Pisteet	▪ 10 pistettä	▪ 2 pistettä	▪ 2 pistettä	▪ 10 pistettä
Selite	▪ Kuinka suurelta osalta korjaavaa hoitoa saaneista potilaista on kirjattu diagnoosi viimeisen 6 kuukauden aikana ennen korjaavan hoidon käyntiä	▪ Kuinka suuri osa palveluntuottajan henkilöstöstä on osallistunut ensiapukoulutukseen viimeisen 36 kuukauden aikana	▪ Kuinka suuri osa palveluntuottajan henkilöstöstä on osallistunut käsihygieniakoulutukseen viimeisen 12 kuukauden aikana	▪ Kuinka monta päivää tyypillisen potilaan tarkastusjakso on kestänyt
Laskenta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Käynti luokitellaan korjaavaksi hoidoksi, jos käynnillä on tehty johonkin seuraavista toimenpideluokista kuuluva toimenpide: <ul style="list-style-type: none"> - Paikkaus - Protetiikka - Hampaan poisto - Juurihoito - Kirurgia - Parodontiitti - Purenta ▪ Diagnooseihin lasketaan kaikki potilaslomakkeeseen kirjatut diagnoosimerkinnot ▪ Mittarin arvo perustuu 6 kuukautta ennen tarkasteluhetkeä tehtyihin korjaavan hoidon käynteihin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palveluntuottajat ilmoittavat koulutukseen osallistuneiden osuuden listautumisen yhteydessä 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palveluntuottajat ilmoittavat koulutukseen osallistuneiden osuuden listautumisen yhteydessä 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tyypilliseksi potilaaksi on määritelty tarkastusjaksopotilas, jolla d+D = 1-3 ja korkein CPI-arvo alle 3 ▪ Tarkastusjaksoiksi on määritelty sellaiset hoitajakset, jotka alkavat tarkastuskäynnistä ja päättyvät käynnillä tehtyyn VALMIS-merkintään ▪ Oikomiskäyntejä ei lasketa tarkastusjaksoihin ▪ Mittarin arvo lasketaan 6 kuukautta ennen tarkasteluhetkeä päättyneistä hoitajaksoista

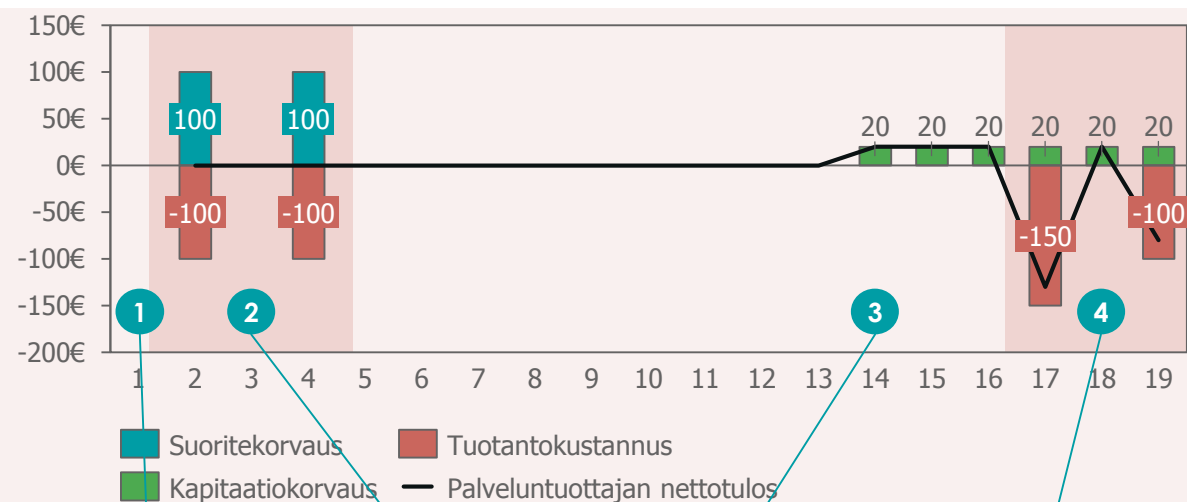
Vaihtoehtoiset mallit

Vaihtoehto #1: Ohjaus palvelusetelimallilla kokonaisvastuun sisältävään palveluun ja kompensatio porrastetusti toimenpiteillä ja kapitaatiolla



Kevennetyssä mallissa ajallisesti porrastetut komponentit:

- Ensimmäisen hoitajakson korvaus suoriteperusteisesti
- Jatkuva kapitaatio-korvaus alkaen esim. vuosi 1. tarkastuksen jälkeen
- Asiakkaaksi ohjautuminen palvelusetelin kautta
- Valikoituja toimenpiteitä, jotka eivät ole ennaltaehkäistävissä, voitaisiin korvata myös suoriteperusteisesti



1 Ohjautuminen palvelun piiriin julkisen sektorin palveluohjauksen kautta

2 100 % suoritekorvaus kattaa ensimmäisen hoitajakson kustannukset

3 Kapitaatiokorvaus alkaa viiveellä, esim. 12 kk asiakkaan 1. hoitajakson tarkastuksen jälkeen

4 Kapitaatio kattaa lähtökohtaisesti 100 % ainakin toimenpiteistä, jotka ovat ennaltaehkäistävissä

Kevennetty malli reunaehtojen näkökulmasta

1) Hallinnollisten kustannusten vähentäminen



- Edellyttää automatisoitua potilastietojen siirtoa julkiseen rekisteriin
- Korvausmalli itsessään vaatii vähemmän töitä kuin kokeilussa

2) Asiakkaiden ohjautuminen



- Palvelusetelmäisessä ohjauksessa asiakas ohjautuu julkisen palveluohjauksen kautta

3) Palveluntuottajien määrä



- Korvausmalli itsessään ei tee mallista useampia tuottajia houkuttelevaa, jos volyyymi säilyy entisellään

4) Nykyisen kokeilun asiakkaat



- Asiakkaat voidaan ohjata julkisen sektorin palveluohjaukseen, jolloin osa valinnee yksityisen sektorin

5) Ennaltaehkäisy ja vaikuttavuus



- Pitkällä tähtäimellä kapitaatiokorvaus ohjaa voimakkaasti vaikuttavuuteen

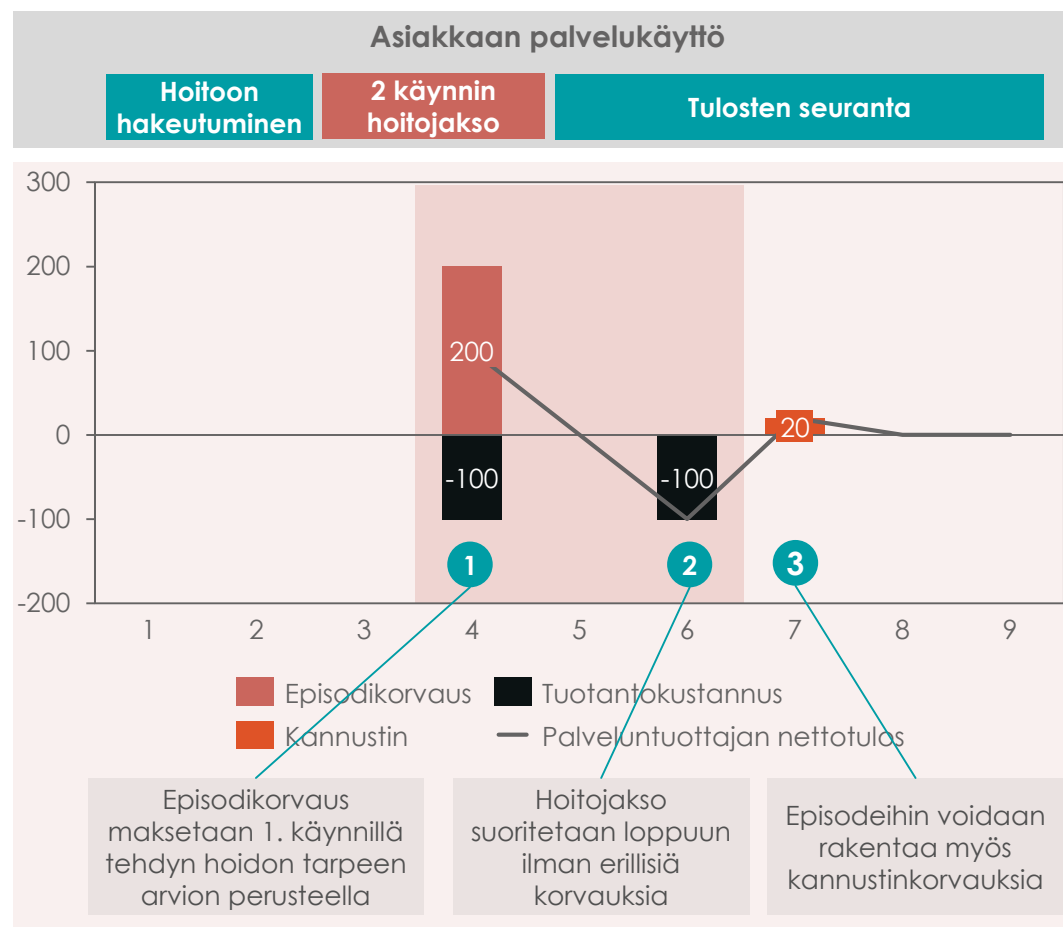
Vaihtoehtoiset mallit

Vaihtoehto #2: Ohjaus palvelusetelimallilla hoitajaksolle, jonka tuotteistus perustuu jakson alussa määriteltävään hoidon tarpeeseen



Episodipohjaisessa mallissa hoitajaksot tuotteistetaan hoidon tarpeen mukaan viiteen eri tuotteeseen:

- Nykyisen monimutkaisen palvelusetelituotteistuksen sijaan hoitajaksot voidaan tuotteistaa valinnanvapauskokeilun tapaan esimerkiksi viiteen eri hoitajaksoluokkaan hoidon tarpeen mukaan
- Hoitajaksoihin voidaan rakentaa sisään kannustinperusteisia osia, mutta kapitaation kaltaista kannustinta pitkän aikavälin terveyden edistämiseen on vaikea saavuttaa



Kevennetty malli reunaehtojen näkökulmasta

1) Hallinnollisten kustannusten vähentäminen

- Edellyttää automatisoitua potilastietojen siirtoa julkiseen rekisteriin
- Korvausmalli itsessään vaatii vähemmän töitä kuin kokeilussa

2) Asiakkaiden ohjautuminen

- Palvelusetelmäisessä ohjauksessa asiakas ohjautuu julkisen sektorin kautta

3) Palveluntuottajien määrä

- Korvausmalli itsessään ei tee mallista useampia tuottajia houkuttelevaa, jos volyyymi säilyy entisellään

4) Nykyisen kokeilun asiakkaat

- Asiakkaat voidaan ohjata ottamaan yhteyttä julkisen sektorin palveluohjaukseen, jolloin osa valinnee yksityisen sektorin

5) Ennaltaehkäisy ja vaikuttavuus

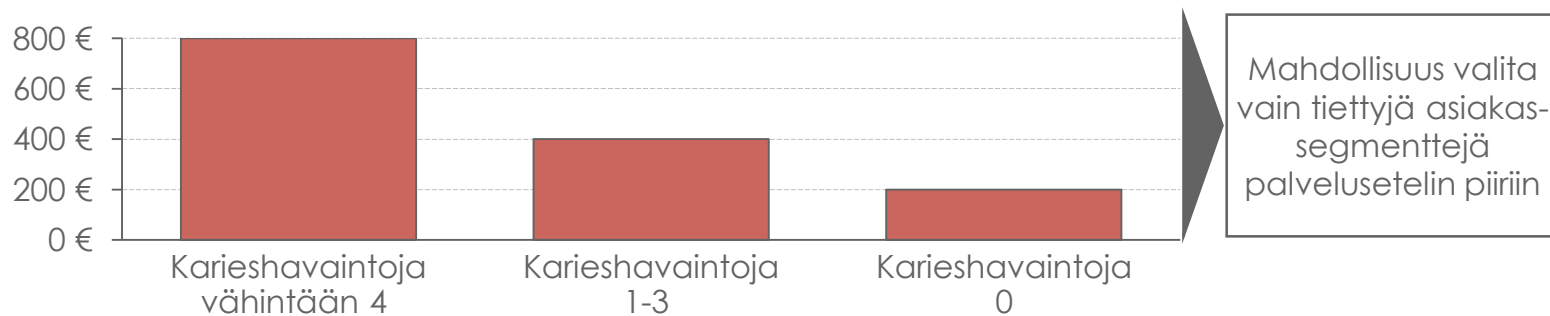
- Episodipohjainen suoritekorvaus ei ohjaa vahvasti vaikuttavuuteen

Vaihtoehtoiset mallit

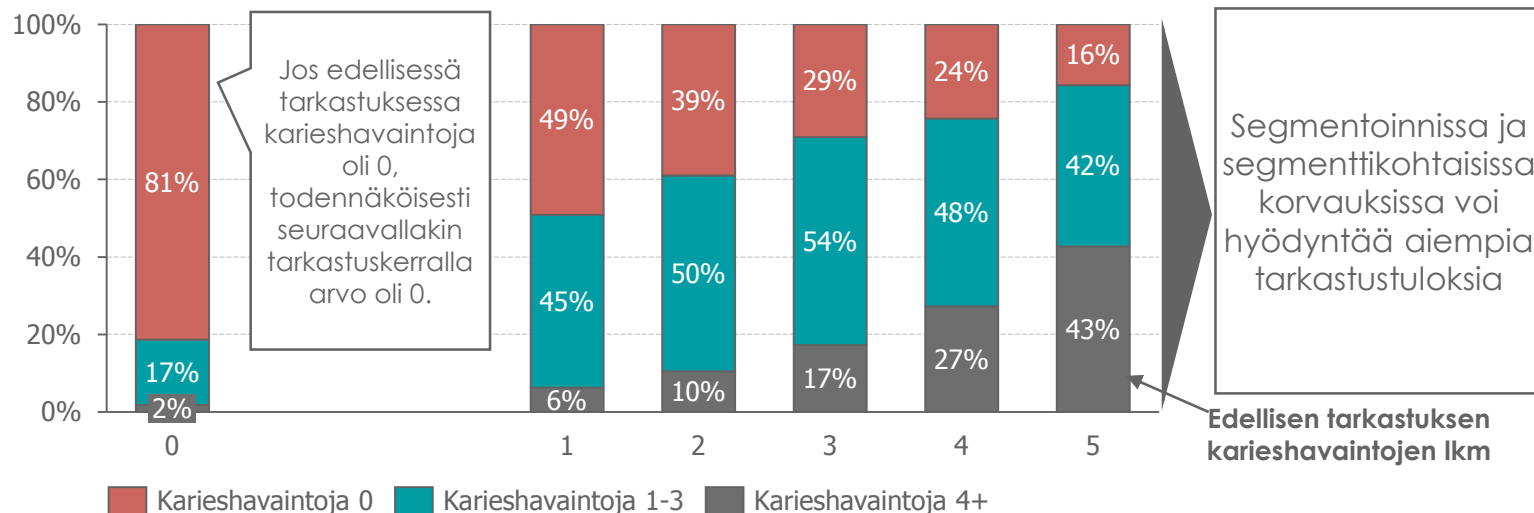
Vaihtoehto #2: Esimerkki mahdollisesta EPISODIPOHJAISESTA MALLISTA – karies



Aikuisten hoitokustannukset tarkastuksen karieshavaintojen lkm mukaan (sis. akuutti), €



0-17v. Edellisen tarkastuksen karieshavaintojen määrän vaikutus seuraavan tarkastuksen karieshavaintoihin, %



Esimerkki Keusoten episodipohjaisesta palvelusetelistä (edellyttää valmistelua osapuolten kesken)

- 1) Keusote myöntää palvelusetelin ennalta valitulle asiakassegmentille esim. palvelutarpeen tai iän mukaan
- 2) Palveluntuottajien kanssa voidaan sopia kiinteästä hinnoittelusta yleisimpien toimenpiteiden tai arvioidun palvelutarpeen mukaisesti
 - Asiakkaan omavastuu voi joustaa palveluntuottajan hinnoittelun mukaan
- 3) Palveluntuottajalta voidaan edellyttää vaikuttavan hoidon mukaisia kirjauksia

Vaihtoehtoiset mallit

Vaihtoehto #3: Paluu omaan tuotantoon, jota täydennetään hyödyntämällä yksityisiä palveluntuottajia perinteisin menetelmin



Valinnanvapausasiakkaat voidaan siirtää oman julkisen palvelutuotannon asiakkaiksi

- Edellyttää vähintään yhden hammaslääkäri+hoitaja –työparin kapasiteetin lisäystä Hyvinkäälle haastavassa rekrytointitilanteessa
- Yksityisen sektorin vaikutus palvelutuotannon kirittäjänä katoaa
- Keusoten asema monituottajatoiminnan edelläkävijänä päättyy

palveluseleillä voidaan paikata ylivuotoa tai hankkia strategisesti valikoituja toimenpiteitä

- Yksityistä sektoria voidaan hyödyntää edelleen ostamalla palveluita toimenpidekohtaisesti palveluseleillä
- Palveluseleitä voidaan kohdistaa esim. valikoituun erikoishoitoon tai tiettyyn asiakassegmenttiin
- Hallinnollisesti edelleen raskas vaihtoehto, mikäli potilastiedot eivät siirry automaattisesti

Nykyiset palvelusetelimallit perustuvat pääosin toimenpidekohtaisiin ostoihin

Resurssivuokrauksella minimoidaan palvelutuotannon ulkopuoliset kustannukset

- Yksityisiä palveluntuottajia voidaan hyödyntää myös perinteisen resurssivuokrauksen kautta
- Resurssivuokrauksessa kirjaukset tehdään suoraan kunnalliseen tietojärjestelmään
- Edellyttää kunnallisia tiloja vuokrahenkilöstölle
- Resurssivuokrausta voidaan kohdistaa johonkin erityistä tehokkuutta tuottavaan hoitokokonaisuuteen (esim. lohkeamapoli)

Kevennetty malli reunaehtojen näkökulmasta

1) Hallinnollisten kustannusten vähentäminen

- Edellyttää automatisoitua potilastietojen siirtoa julkiseen rekisteriin
- Korvausmalli itsessään vaatii vähemmän töitä kuin kokeilussa

2) Asiakkaiden ohjautuminen

- Palvelusetelimäisessä ohjauksessa asiakas ohjautuu julkisen sektorin kautta

3) Palveluntuottajien määrä

- Yksittäisten toimenpiteiden suorittaminen on kannattavaa jo pienemmälläkin volyyymillä

4) Nykyiset valinnanvapausasiakkaat

- Asiakkaat käyttävät pääsääntöisesti julkisen sektorin palveluita ja suuri osa kokeilun asiakkaista jäänee yksityiselle

5) Ennaltaehkäisy ja vaikuttavuus

- Toimenpidekohtainen hankinta ja resurssivuokraus eivät kannusta vaikuttavuuteen

Vaihtoehtoiset mallit

Ehdotettujen mallien hyviä ja huonoja puolia arvioitiin hankkeen sisäisissä työryhmissä ja työpajoissa



1. Kevennetty kapitaatiomalli



- Ohjaus palvelusetelimallilla kokonaisvastuun sisältävään palveluun ja kompensatio porrastetusti toimenpiteillä ja kapitaatiolla

2. Episodipohjainen malli

- Ohjaus palvelusetelimallilla hoitajaksole, jonka tuotteistus perustuu jakson alussa määriteltävään hoidon tarpeeseen

3. Perinteinen malli

- Paluu omaan tuotantoon, jota täydennetään hyödyntämällä yksityisiä palveluntuottajia perinteisin menetelmin

Keskeisimmät huomiot	 Hyvät puolet	 Haasteet
<p style="text-align: center;">Kevennetty kapitaatiomalli</p>	<p>Asiakasohjaus voidaan toteuttaa julkisen sektorin kautta sekä pitkäaikainen kokonaisvastuu tuottajille ja malli kannustaa ennalta-ehkäisevään hoitoon.</p>	<p>Toimenpiteiden määrä alussa voi olla suurta ja aiheuttaa budjettihaasteita ja hallinnon osuus kustannuksista voi pysyä korkealla</p>
<p style="text-align: center;">Episodipohjainen malli</p>	<p>Palvelusetelien tuotteistus selkenee ja asiakasohjaus toteutetaan julkisen sektorin kautta</p>	<p>Episodipohjainen korvausmenetelmä ei ohjaa riittävästi vaikuttavaan hoitoon</p>
<p style="text-align: center;">Perinteinen malli</p>	<p>Asiakas ohjautuu julkisen sektorin kautta ja toimenpiteiden tekeminen on kannattavaa pienemmällä volyyminä</p>	<p>Perinteinen malli ei ohjaa selkeästi ohjaa palveluntuottajia vaikuttavampaan hoitoon</p>