

Uudenmaan alueellinen valinnanvapauskokeilu

Loppuraportti

Projektipäällikkö: Frank Ryhänen
Hankkeen omistaja: Pirjo Laitinen-Parkkonen
Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä
Hankkeen diaarinumero: VN/9336/2019

Yhteenveto

Uudenmaan alueellisessa valinnanvapauskokeilussa on testattu kolmea Juha Sipilän hallituksen esittämään sote-uudistukseen kuuluneen valinnanvapauden elementtiä: perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen suoraa valintaa (sote-keskukset), henkilökohtaista budjettia, ja suun terveydenhuollon yksikön suoraa valintaa. Kokeilualueena on ollut kuusi Keski-Uudenmaan kuntaa: Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Tuusula, Pornainen ja Nurmijärvi. Lisäksi henkilökohtaisen budjetin osuudessa ovat olleet mukana Porvoo, Sipoo ja Lohja. Väestöpohja vastaanottopalvelujen osuudessa on ollut n. 200 000 asukasta, henkilökohtaisessa budjetissa n. 313 000 asukasta ja suun terveydenhuollon osuudessa n. 150 000 asukasta.

Kokeilussa on pystytty osoittamaan, että mainittuja valinnanvapauden elementtejä on mahdollista toteuttaa niin järjestäjän, palveluntuottajien kuin asiakkaidenkin toiminnan näkökulmista. Vastaanottopalvelujen suoran valinnan toteutuminen on onnistunut kokeilun osuuksista parhaiten suunnitelmien mukaisesti, kokeilussa ovat olleet mukana kaikki kokeilualueella toimivat yksityiset lääkäriasemat, neljän eri yrityksen yhteensä 10 toimipistettä. Henkilökohtaisen budjetin osuuteen on ollut haasteellista ja hidasta saada asiakkaita mukaan, mutta palveluntuottajia on ollut mukana yli 70. Ja päinvastainen haaste on ollut suun terveydenhuollon osuudessa, asiakkailta olisi ollut kiinnostusta, mutta palveluntuottajille on ollut vaikeaa osallistua kokeiluun.

Hanketta on toteutettu vuosina 2017-2019 tavoitteena tuottaa tietoa ja kokemuksia valinnanvapaudesta sote-uudistuksen valmistelun tueksi sekä valmistautua toimintamallien sujuvaan käyttöönottoon. Kun Sipilän hallituksen sote-uudistus kuitenkin kaatui ja vastaavien valinnanvapauden elementtien valmistelua ei toistaiseksi jatketa, hankkeen toiminnot on päätetty elokuun lopussa 2019. Kerätystä tiedosta ja kokemuksista on kuitenkin joka tapauksessa paljon hyötyä sosiaali- ja terveydenhuollon väistämättömästi muuttuvassa toimintaympäristössä ja toiminnan ja palvelujen jatkuvassa kehittämisessä.

Pääviestit kokeilun kokemuksista kaikkea jatkokehittämistä varten ovat:

- Tarvekiointi on tarpeellista, toteutettavissa ja kaikkien osapuolten etu.
- Kannustinjärjestelmä on tarpeellinen, toteutettavissa ja kaikkien osapuolten etu.
- Suun terveydenhuollon palvelutuotannossa ja korvausmallissa kapitaatioperusteinen rahoitus on vaikeampaa kuin perusterveydenhuollossa.
- Henkilökohtainen budjetti on ehkä helpoiten hyväksyttävää ja vähiten kritiikkiä herättävää, mutta edellyttää kuitenkin ehkä eniten toiminnan ja asenteiden muutosta.
- Tietojärjestelmiin ja ennen kaikkea tietojen siirtymiseen eri järjestelmien välillä tarvitaan paljon kehittämistä kaikkien osapuolten osalta.

SISÄLLYSLUETTELO

1	TULOKSET JA VAIKUTTAVUUS	1
1.1	TAUSTA	1
1.2	TAVOITTEET	3
2	TOTEUTUS	5
2.1	YLEISKUVA	5
2.2	AIKATAULUN TOTEUTUMINEN	6
2.3	TOTEUTUNEET KUSTANNUKSET JA RESURSSIT	7
2.3.1	<i>Työmäärät ja tehtävien tekijät</i>	7
2.3.2	<i>Vuoden 2019 budjetti ja kustannukset</i>	7
2.4	RISKIENHALLINTA	8
3	HANKKEEN OSAKOKONAISUUDET	9
3.1	YLEISTÄ	9
3.2	PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOPALVELUT (SOTE-KESKUS)	10
3.3	HENKILÖKOHTAINEN BUDJETTI	13
3.3.1	<i>Järjestölähtöisen palvelutuotannon kehittäminen</i>	19
3.4	SUUN TERVEYDENHUOLLON SUORAN VALINNAN PALVELUT	20
4	VIESTINTÄ	24
4.1	HYVÄT KÄYTÄNTEET	24
4.1.1	<i>Ulkoisen viestintä</i>	24
4.1.2	<i>Sisäinen viestintä</i>	25
4.2	VIESTINNÄN OPIT	25
5	DOKUMENTOINTI	26
6	OPIT JA PALAUTTEET	28
7	PYSYVÄ TOIMINTA JA JATKOTOIMET	31
7.1	SIIRTYMINEN PYSYVÄÄN TOIMINTAAN	32
7.1.1	<i>Kokeilusta kuntayhtymän toimintamalleiksi</i>	32
7.2	IDEOITA JATKOKEHITYKSELLE	35
8	LIITTEET	36

1 Tulokset ja vaikuttavuus

1.1 Tausta

Sosiaali- ja terveyspalveluiden merkittävään kustannuskasvuun ja heikkenevään huoltosuhteeseen liittyen Juha Sipilän (I) hallitus esitti sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestämistävän täydellistä uudistusta. Uudistuksen pohjimmaisena tavoitteena oli kestävyysvajeen vähentäminen sote-kustannuksissa yhteensä 3 miljardilla euroa vuoteen 2030 mennessä.

Raskaita erityistason palveluita on perinteisesti Suomessa painotettu peruspalveluiden ja ennaltaehkäisevän toiminnan kustannuksella. Samalla julkisesti rahoitettua perusterveydenhuollon palvelua ovat päässeet tuottamaan käytännössä vain julkiset palveluntuottajat ilman merkittävää kilpailua asiakkaista.

Yksityisten terveyspalveluiden pääsy julkisen perusterveydenhuollon palveluntuottajaksi on Suomessa rajoittunut henkilöstövuokraukseen ja yksittäisiin ulkoistuksiin, joita pystyvät kilpailukykyisesti tarjoamaan lähinnä alan suurimmat yritykset. Lisäksi kasvaneet tietojärjestelmävaatimukset ovat ajaneet pieniä yrityksiä myymään toimintansa suuremmille toimijoille. Yksityinen markkina onkin keskittynyt vauhdilla suurille yrityksille sosiaali- ja terveysalalla.

Osana sote-uudistusta Sipilän hallitus linjasi, että Suomessa otettaisiin käyttöön valinnanvapausmalli, jossa asiakas itse valitsee perustason palveluntuottajansa kelpoisuusehdot täyttävien julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntarjoajien joukosta. Samalla palveluiden järjestämisvastuu olisi siirtynyt maakunnille.

Asiakkaan valinnanvapautteen perustuva palveluiden järjestämismalli parantaa kansainvälisten kokemusten mukaan yleensä palveluiden saatavuutta erityisesti tiheään asutuilla, yksityistä palvelutuotantoa houkuttelevilla alueilla^{1,2}. Valinnanvapauden muut vaikutukset eivät kuitenkaan olleet ennalta tarkkaan selvillä. Erityisesti kustannusvaikutukset sekä peruspalveluiden että erityispalveluiden osalta olivat epäselviä. Myöskään kokemusta paljon erilaisia palveluita tarvitsevien asiakkaiden valinnanvapauden toteuttamisesta ei juuri ollut.

Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan 10 % väestöstä kerryttää 80 % koko väestön sote-kustannuksista (kuva 1). Keski-Uudenmaan kuntien alueella keväällä 2016 tehdyn laajan nykytila-analyysin perusteella erityisen paljon kustannuksia kerryttää sekä sosiaali- että terveyspalveluita käyttävä osa väestöstä, joka kattaa alueella noin 10 % kaikista kuntalaisista. Analyysissä on selvitetty väestön yksilökohtainen palveluiden käyttö, mukaan lukien erityistason palvelut. Jotta hallituksen esittämään 3 miljardin euron säästötavoitteeseen olisi ollut mahdollista päästä, tuli palvelujärjestelmän tukea erityisesti paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita ja kannustaa näiden asiakkuuksien riittävään johtamiseen.

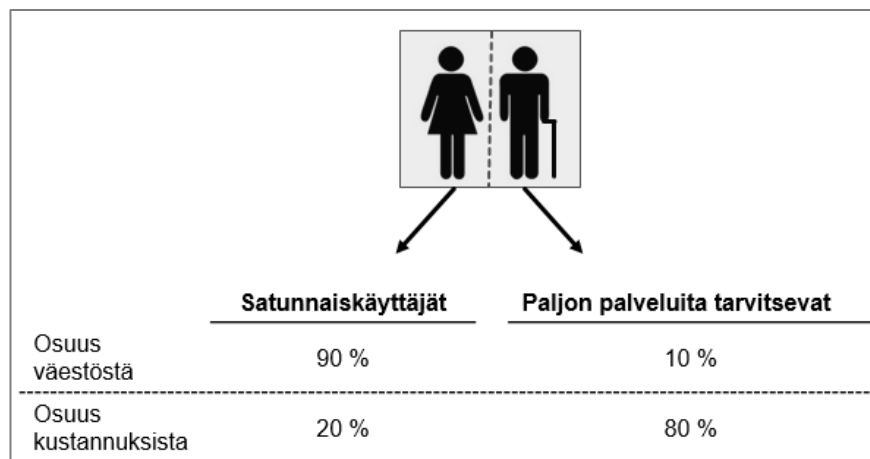
Konkurrensverket (2014) Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. Konkurrensverkets rapportserie 2014:2.

² Socialstyrelsen (2014) Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014.

Uudenmaan alueellinen valinnanvapauskokeilu

Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kustannuksia ja koko sote-palvelujärjestelmän tason kustannuskehitystä oli hyvät valmiudet tarkastella Keski-Uudellamaalla useasta eri näkökulmasta käyttäen pohjana alueen kunnissa keväällä 2016 tehtyä laajaa nykytila-analyysiä.

Kuvassa 1 on esitetty satunnaisesti vastaanottopalveluja käyttävien ja paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden osuus Keski-Uudenmaan väestöstä ja kustannuksista.



Kuva 1: Satunnaisesti vastaanottopalveluja käyttävien ja paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden osuus Keski-Uudenmaan väestöstä ja kustannuksista

Kokeiluun valtionavustusta hakeneet kuusi Keski-Uudenmaan kuntaa, jotka ovat sittemmin muodostaneet Keski-Uudenmaan sote –kuntayhtymän, muodostivat kansallisellakin tasolla valinnanvapauskokeilua hyödyttävän kokonaisuuden sikäli, että ne eivät Mäntsälää ja Pornaisia lukuun ottamatta olleet aikaisemmin tuottaneet palveluita yhdessä kuntayhtymä- tai isäntäkuntamallilla, vaan itsenäisinä kuntina.

Valinnanvapauden järjestämisen lisäksi Keski-Uudellamaalla päästiin tämän vuoksi kokeilemaan, kuinka erilaisilla sote-palveluiden järjestämisen taustoilla itsenäisesti toimineiden alueiden liittäminen yhteen yhteiseen valinnanvapausjärjestelmään toimisi.

Keski-Uusimaan kunnat ovat tarjonneet kokeiluun erinomaisen toimintaympäristön. Alueen väestöpohja, n. 200 000 asukasta, on ollut riittävän laaja ja keskittynyt erilaisille keskusta- ja taajamamaisille alueille. Yksityistä palveluntarjontaa on alueella runsaasti, joten kokeilussa voitiin keskittyä kokoamaan jo olemassa olevista palveluntuottajista koostuva vaikuttava, erilaisia asiakassegmenttejä tehokkaasti palveleva palveluverkosto. Vuoropuhelu yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien kanssa alueella oli käynnistetty jo aiemmin.

Keski-Uudenmaan sote –kuntayhtymässä on alusta alkaen suunniteltu otettavan käyttöön palvelujen monituottajamalli. Näin ollen valinnanvapauskokeilu soveltui alueelle hyvin, ja toteutti myös kuntayhtymän kehittämisen tavoitteita.

Hankkeen alussa kokeiltavaksi otettiin perusterveydenhuollon vastaanottojen suoran valinnan palvelut sekä henkilökohtainen budjetti. Myöhemmin hanke sai lisärahoitusta myös suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelujen kokeilemiseen sekä Lohjan ja Porvoon mukaan tulemiseen henkilökohtaisen budjetin kokeiluun. Hankkeen osakokonaisuudet kuvataan tarkemmin luvussa 3.

1.2 Tavoitteet

Hankkeen ensisijaisena tavoitteena oli luoda nykyistä vaikuttavampi sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämismalli kasvattamatta kokonaiskustannuksia.

Hankkeessa harjaannuttiin uutta toimintatapaa varten sekä kerättiin tietoja ja kokemuksia valinnanvapaudesta asiakkaan, palvelun järjestäjän ja palveluntuottajan sekä ohjaavan ja valvovan viranomaisen näkökulmasta. Olennaista hankkeessa oli järjestämismallin jatkuva kehittäminen siten, että myös muut alueet voivat hyödyntää kokeilusta saatuja kokemuksia.

Kokeilussa keskityttiin erityisesti seuraaviin tavoitteisiin:

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

Asiakkaiden segmentointi palvelutarpeen mukaan on edellytys asiakaslähtöiselle palvelutuotannolle. Suurten volyymien kevyitä palveluita ei ole tarvetta räätälöidä jokaiselle satunnaiskäyttäjälle erikseen. Sen sijaan on olennaista tunnistaa ja määrittää segmentit, joiden palveluita tulee räätälöidä ja johtaa aktiivisemmin. Näistä kahdesta ylätasoin asiakassegmentistä satunnaiskäyttäjien tarpeeseen vastattiin hankkeessa toimintamallilla, joka oli mukailtu versio sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mats Brommelsin johtaman selvityshenkilöryhmän esittämästä Omatiimi-mallista. Paljon palveluita tarvitsevien palvelutarpeeseen vastattiin rajatulle joukolla kokeilussa kohdistettavilla henkilökohtaisella budjetoinnilla ja aktiivisella asiakkuuksien johtamisella.

Matalan kynnyksen terveyspalveluiden järjestäminen valinnanvapausmallilla edistää useita sote-uudistukseen liitettyjä alatavoitteita, kuten nopean hoitoon pääsyn turvaamista sekä perustason palvelujen vahvistamista. Toiminnan tehostamisella on suuri merkitys saatavuuden parantamisessa, tuottavuuden lisäämisessä sekä ennaltaehkäisevän toiminnan painottamisessa. Tuotantoa voidaan tehostaa erityisesti uusilla innovatiivisilla toimintamalleilla sekä palveluiden digitalisaatiolla, joihin kokeiltu kapitaatioperusteinen korvausmalli palveluntuottajia kannustaa. Tavoitteena oli tukea pieniä palveluntuottajia siten, että myös pienet yritykset pystyvät tarjoamaan palveluita.

Paljon palveluita tarvitseville asiakkaille pystytään kohdentamaan nykyistä monimuotoisempia palveluita henkilökohtaista budjetointia hyödyntäen. Henkilökohtainen budjetti on toimintamalli, joka mahdollistaa aiempaa ratkaisulähtöisempien palvelukokonaisuuksien muodostamisen erityisesti niille, jotka tarvitsevat useita eri palveluita eikä julkisesta palveluvalikoimasta löydy juuri heille sopivimpia palveluja tai palvelukokonaisuutta. Henkilökohtainen budjetti ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden aktiivinen ohjaaminen edistävät sote-integraatiota niiden asiakkaiden osalta, jotka integraatiosta eniten hyötyvät. Henkilökohtainen budjetti

mahdollistaa myös pitkälle erikoistuneiden pienten ja uusien palveluntuottajien hyödyntämisen palvelutuotannossa.

Henkilökohtaista budjettia sovellettiin hankkessa rajatusti seuraavissa segmenteissä: 1) sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät päihde- ja mielenterveysasiakkaat, 2) säännöllisen kotihoidon asiakkaat ja 3) ikäihmiset, jotka eivät vielä olleet säännöllisten hoivapalveluiden piirissä.

Kaikille asiakassegmenteille asetetut tavoitteet tähtäsivät entistä vaikuttavampaan, asiakaslähtöiseen palvelutuotantoon. Tällöin pystyttiin olemassa olevalla tai sitä alemmalla kustannustasolla tuottamaan vähintään saman tasoiset matalan kynnyksen ennaltaehkäisevät palvelut kuin aikaisemminkin sekä tarjoamaan paljon palveluita tarvitseville aiempaa vaikuttavampia palvelukokonaisuuksia. Tavoitteisiin pääsemistä, palveluiden vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta pystyttiin seuraamaan ja mittaamaan monipuolisesti käyttäen pohjana keväällä 2016 alueella tehtyä laajaa nykytila-analyysyä.

Tavoitteena oli myös luoda yksinkertainen tuottajien hyväksymis- ja hallintajärjestelmä, joka vähentäisi hallinnon tarvetta. Järjestelmä mallinsi tilannetta, jossa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen on erotettu toisistaan Sipilän hallituksen sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi tavoitteena oli kehittää palveluntuottajien vertailun mahdollistavaa sähköistä palvelua sekä muita tukevia tietojärjestelmäratkaisuja. Asiakkaiden kokemuksia ja palautetta vertailtiin ja otettiin huomioon järjestelmän kehityksessä ja ohjauksessa.

Hankkeen toteutus ja tulokset esitetään osakokonaisuuksittain luvussa 3.

2 Toteutus

2.1 Yleiskuva

Kokeilu mahdollisti yhteistyön aloittamisen ja rakentamisen kuntien ja yksityisten palveluntuottajien välillä.

Kokeilu osoitti, että kapitaatioihin vaikuttavia riskikertoimia voi ja kannattaa hyödyntää, samoin kuin kannustinjärjestelmää. Perusterveydenhuollossa korvausmalli oli yleisesti tuottajien mielestä toimiva ja korvaustaso riittävä, mutta suun terveydenhuollon osuudessa korvausmalli koettiin vieraaksi.

Yksityiset palveluntuottajat olivat innokkaita osallistumaan kokeiluun kehittääkseen omaa liiketoimintaansa sekä ollakseen mukana vaikuttamassa toimintamalleihin.

Uudelleenvaihtoja tehtiin kokeilussa hyvin vähän, asiakkaat olivat tyytyväisiä valitsemiinsa palveluntuottajiin ja saamiinsa palveluihin.

Hankkeen toteutus kuvataan osakokonaisuuksittain luvussa 3. Hankkeen osakokonaisuuksista perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen osuuden toteuttaminen onnistui parhaiten suunnitelmien mukaisesti, henkilökohtaisen budjetin osuudessa oli odotettua enemmän haasteita ja ennen kaikkea vaikeaa saada asiakkaita mukaan, ja suun terveydenhuollon osuudessa puolestaan asiakkailla olisi kiinnostusta ollut, mutta palveluntuottajia oli vaikeaa saada mukaan.

Hanketta toteuttivat alussa kuusi Keski-Uudenmaan kuntaa, Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Tuusula, Pornainen ja Nurmijärvi yhteistyössä, Hyvinkään kaupungin toimiessa hankkeen hallinnoijana. Alueen sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä vastuu siirryttyä perustetulle Keski-Uudenmaan sote –kuntayhtymälle 1.1.2018 alkaen, kuntayhtymä tuli myös hankkeen hallinnoijaksi. Samassa vaiheessa kokeilun henkilökohtaisen budjetin osuuteen tulivat laajennusrahoituksen mukaisesti mukaan Sipoo, Porvoo ja Lohja.

Hanketoimisto koostui lähes koko ensimmäisen vuoden ajan kolmesta henkilöstä, projektipäällikkö, projektkoordinaattori ja viestintävastaava/assistentti. Vuoden 2017 lopussa mukaan tulivat suun terveydenhuollon projektityöntekijät ja vuoden 2018 alusta alkaen vaiheittain laajennusrahoituksen mukaiset lisähenkilöt. Enimmillään hanketoimistossa oli 12 henkilöä: projektipäällikkö, vastaanottopalvelujen ja henkilökohtaisen budjetin projektkoordinaattorit, 3 henkilökohtaisen budjetin projektityöntekijää, 2,5 suun terveydenhuollon projektityöntekijää, taloushallinnosta ja tietohallinnosta vastaavat projektityöntekijät, sekä tiedottaja.

Hankkeen eri osakokonaisuuksien projektitiimeihin kuului hankehenkilöstön lisäksi osallistuvien kuntien ja kuntayhtymän asiantuntijoita ja viranhaltijoita. Hankkeen johtoryhmänä toimi kuntayhtymän johtoryhmä ja ohjausryhmänä kuntayhtymän hallitus laajennettuna.

Vuonna 2019 jatkettiin hankesuunnitelmissa (liitteet 11-14) määriteltyä tiedonsiirron ja raportoinnin automatisointia, erityisesti:

1. Sote-keskuksen ja suun terveydenhuollon kokeiluissa potilastiedon (kirjaukset), suorite- ja seurantatiedon (tuottajien hallinta) ja laskutustietojen (sisäinen

Kaikkien osa-alueiden asiakastyö päättyi suunnitellusti elokuun 2019 lopussa.

2.3 Toteutuneet kustannukset ja resurssit

2.3.1 Työmäärät ja tehtävien tekijät

Taulukko 1: Resurssien todellinen käyttö ajalla 1.1.2017 – 31.10.2019

Resurssi tai resurssiryhmä (Rooli / vastuu)	Suunnitellut henkilötyökuukaudet	Toteutuneet henkilötyökuukaudet
Projektipäällikkö	34 kk	34 kk
Projektikoordinaattori	12 kk	12 kk
Viestintävastaava / assistentti	12 kk	12 kk
Suun terveydenhuollon projektityöntekijät	57,5 kk	44 kk
Vastaanottopalvelujen projektikoordinaattori	22 kk	22 kk
Henkilökohtaisen budjetin projektikoordinaattori	22 kk	22 kk
Henkilökohtaisen budjetin projektityöntekijät	46 kk	37 kk
Taloushallinnon projektityöntekijä	22 kk	20 kk
Tietohallinnon projektityöntekijä	22 kk	20 kk
Tiedottaja	22 kk	22 kk
Yhteensä:	271,5 kk	245 kk

Suun terveydenhuollon projektityöntekijöiden toteutunut työmäärä jäi suunniteltua pienemmäksi, koska 2 työntekijää aloitti vasta marraskuussa 2017 ja kolmas 50 % työsuhteessa helmikuussa 2018. Laajennusrahoituksen lisäämät henkilökohtaisen budjetin, taloushallinnon ja tietohallinnon projektityöntekijät aloittivat arvioidun tammikuun 2018 alun sijaan vaiheittain maaliskuussa 2018.

2.3.2 Vuoden 2019 budjetti ja kustannukset

Taulukko 2: Valtionavustuksessa hyväksytyt budjetti ja toteutuneet kustannukset

	Valtionavustuspäätök- sessä hyväksytyt kustannukset	Kirjanpidon mukaiset kustannukset maksatusjaksolta
Henkilöstömenot, joista	1 099 000 e	797 798 e
projektiin palkattu henkilöstö	449 000 e	520 895 e
työpanoksen siirto kunnilta	650 000 e	275 254 e
Palvelujen ostot yhteensä, joista	2 868 000 e	2 479 546 e

Uudenmaan alueellinen valinnanvapauskokeilu

	Valtionavustuspäätök- sessä hyväksytyt kustannukset	Kirjanpidon mukaiset kustannukset maksatusjaksolta
toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	1 193 000 e	558 109 e
painatukset ja ilmoitukset	40 000 e	9 030 e
majoitus- ja ravitsemispalvelut	5 000 e	6 520 e
matkustus- ja kuljetuspalvelut	10 000 e	10 797 e
koulutus- ja kulttuuripalvelut	20 000 e	1 485 e
muut palvelujen ostot	1 600 000 e	1 893 586 e
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	8 000 e	0 e
Vuokrat	20 000 e	37 255 e
Investointimenot yhteensä, joista	0 e	0 e
aineettomat hyödykkeet		
koneet ja kalusto		
muut investointimenot		
Muut menot	5 000 e	0 e
Kokonaiskustannukset	4 000 000 e	3 314 580 e
- Tulorahoitus		232 318 e
Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset		3 082 262 e
Kuntayhtymän ja kuntien omarahoitussuodet	80 000 e	616 452 e
Haettu valtionavustus		2 465 810 e

Suun terveydenhuollon osuuden toteutuneet kustannukset ovat jääneet merkittävästi budjetoitua pienemmiksi, johtuen pienestä asiakasmäärästä ja siten vähäisiksi jääneistä palveluntuottajien korvauksista. Syy vähäiseen asiakasmäärään on kokeiluun osallistuvien palveluntuottajien puuttuminen.

Henkilökohtaisen budjetin osuuden toteutuneet kustannukset ovat jääneet budjetoitua pienemmiksi, johtuen suunniteltua huomattavasti pienemmästä asiakasmäärästä. Syitä vähäiseen asiakasmäärään on kuvattu luvussa 3 ja liitteessä 16.

2.4 Riskienhallinta

Kokeilussa riskienhallinnan on ollut tarkoitus kattaa kaikki olennaiset hankkeen toimintaan ja talouteen liittyvät riskit ja sen on ollut tarkoitus olla systemaattista ja dokumentoitua. Kokeilussa on noudatettu alun perin Keski-Uudenmaan sote-hankkeen ja sittemmin perustetun Keski-Uudenmaan sote –kuntayhtymän riskienhallinta-suunnitelmaa, jota on päivitetty ja täydennetty valinnanvapauskokeiluun liittyvillä riskeillä.

Riskienhallinta on suunnitelman mukaan ollut koko hankeorganisaation tehtävä roolinsa mukaan. Hanketoimiston keskeisimpiä riskienhallinnan toimenpiteitä on projektinhallintatyökalujen tehokas käyttö. Johtoryhmän ja ohjausryhmän tärkeimmät toimenpiteet ovat hankkeen merkityksen tunnustaminen, resursointi, priorisointi sekä kuntien sitoutumisen vahvistaminen ja poliittisen päätöksenteon tukeminen.

3 Hankkeen osakokonaisuudet

3.1 Yleistä

Uudenmaan alueellisessa valinnanvapauskokeilussa toteutettiin kolmea osakokonaisuutta, joissa keskityttiin seuraaviin tavoitteisiin:

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

1) **Perusterveydenhuollon suoran valinnan kokeilussa** (sote-keskukset) kunnan asukas valitsi yksityisen, julkisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajan. Kokeiluun kuuluvat palvelut rajattiin vastaanottopalveluihin, joilla tarkoitetaan nykyisten perustason terveysasemapalvelujen tasoista hoitoa. Palveluntuottajalla oli kokonaisvastuu asiakkaasta ja hänen tarvitsemistaan vastaanottopalveluista. Järjestäjä maksoi tuottajille korvauksen tuotetuista palveluista kapitaatioperiaatteen mukaisesti. Järjestelmässä pyrittiin lisäämään tuottajan mahdollisuuksia organisoida toimintansa tarkoituksenmukaisella tavalla. Vastaanottopalvelujen kokeilun ehdot ja periaatteet on kuvattu liitteessä 1.

2) **Henkilökohtainen budjetti** on toimintamalli, joka mahdollistaa aiempaa ratkaisulähtöisempien palvelukokonaisuuksien muodostamisen erityisesti niille, jotka tarvitsevat useita eri palveluja. Henkilökohtainen budjetti ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden aktiivinen ohjaaminen edistävät sosiaalitoimen ja terveydenhuollon integraatiota. Henkilökohtainen budjetti mahdollistaa myös pitkälle erikoistuneiden pienten ja uusien palveluntuottajien hyödyntämisen palvelutuotannossa. Henkilökohtaista budjettia sovellettiin hankkeessa rajatuissa asiakasryhmissä. Henkilökohtaisen budjetin kokeilun ehdot ja periaatteet on kuvattu liitteissä 2 ja 5. Osana erityisesti henkilökohtaisen budjetin kokeilua toteutettiin vuoden 2019 aikana myös kehittämistoimenpiteitä järjestöjen osallistumismahdollisuuksien edistämiseksi.

3) **Suun terveydenhuollon suoran valinnan kokeilussa** kuntien täysi-ikäiset neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palvelujen piiriin kuulumattomat asukkaat voivat valita suun terveydenhuollon palveluistaan vastaavan palveluntuottajan. Asiakas ei voinut valita yksittäistä, nimettyä henkilöä palvelujensa tuottajaksi. Asiakkaan valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen palveluntuottajaan. Suun terveydenhuollon

kokeilun korvaus- ja rahoitusmalli perustui kapitaatio- ja suoriterahoitukseen, jota säädeltiin kannustinmekanismein. Suun terveydenhuollon kokeilun ehdot ja periaatteet on kuvattu liitteissä 3 ja 4.

3.2 Perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut (sote-keskus)

Tulokset ja vaikuttavuus:

Kokeilussa pystyttiin testaamaan ja osoittamaan, että Sipilän hallituksen valinnanvapauslakiesityksissä tarkoitettu suoran valinnan palvelujen valinnanvapaus on mahdollista toteuttaa, asiakkaat haluavat käyttää valinnanvapautta ja yksityiset palveluntuottajat ovat valmiita toteuttamaan palvelutuotantoa.

Kokeilussa tuottajien korvaukset maksettiin kapitaatioperusteisesti listautuneiden asiakkaiden määrän mukaan. Kapitaatiomallissa asiakkaasta saatava korvaus riippui palveluntuottajalle listautuneiden asiakkaiden kotikunnasta ja iästä. Lisäksi kapitaatiokorvausta korjattiin asiakkaan aikaisemman palvelunkäytön perusteella. Aikaisempi palvelunkäyttö kategorisoitiin neljään eri palvelunkäyttötasoon, ja asiakaskohtaisten tasojen määrittämiseen käytettiin tietoa asukkaiden vuoden 2016 julkisen terveydenhuollon palvelunkäytöstä.

Kapitaatiomalli oli yleisesti ottaen tuottajien mielestä toimiva ja korvaustaso riittävä. Kuitenkaan kokeilussa toteutuneella asiakkaiden palvelujen käytön määrällä kapitaatiokorvausta ei koettu palvelunkäyttötason korjauksesta huolimatta riittäväksi kattamaan kustannuksia paljon palvelua käyttävien asiakkaiden kohdalla.

Palvelutuotannon vaikuttavuutta kokeilussa mitattiin ensisijaisesti kannustinjärjestelmän kautta. Kokeilussa toteutettiin kannustinmalli, jonka avulla saatiin vertailutietoa tuottajista. Kannustinmallissa palveluntuottajien toimintaa ohjattiin vaikuttavuuden, kustannustehokkuuden ja laadun osalta. Kannustinmallin käyttö valinnanvapauden toteutuksessa oli erityisesti Uudenmaan alueellisen valinnanvapauskokeilun painopistealueita. Kokeilun korvausmalli ja kannustinjärjestelmä mittaristoineen on kuvattu liitteessä 9.

Kannustinlaskentaan raportoitavista tiedoista noin puolet saatiin tietojärjestelmistä, ja loput olivat palveluntuottajien itse raportoimia tietoja. Kannustinlaskenta toimi kokeilussa PowerBI-työkalulla osittain automatisoituna. Kannustinmallin mittaristo, tiedonkeruu, laskennan toteuttaminen sekä käytettävät työkalut vaativat jatkokehittämistä – tiedonkeruuta ja laskentaa täytyy tulevaisuudessa automatisoida, sillä kokeilun toimintamalli ei ole skaalautuva suurempivolyymiseen toimintaan. Lisäksi kannustinmallin mittaristoa tulee kehittää kokeilusta saatujen kokemusten perusteella.

Kannustinlaskennan tulokset vaikuttavat kokeilun toimintaympäristön ja kokeilussa testattujen mittarit huomioiden osoittavan keskimäärin parempia tuloksia yksityisille palveluntuottajille kuin vertailuaineistona tarkastellulle julkiselle palvelutuotannolle. Kannustinlaskennan yhteenveto koko kokeilun ajalta on liitteenä 7.

Lisäksi hankkeen lopussa tarkasteltiin toimintamallin vaikuttavuutta arvioimalla, kuinka hyvin yksityiset palveluntuottajat olivat pystyneet kokeilun aikana vähentämään vastuupopulaationsa erikoissairaanhoidon ja virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen kustannuksia. Laskennallinen säästö laskettiin vertaamalla palveluntuottajien asiakkaiden esh:n ja päivystyksen keskimääräisten kustannusten muutosta 2016-2018 Keusoten

ikävakioidun verrokkijoukon kustannusten muutokseen. Palveluntuottajien saama säästöbonus määriteltiin laskemalla yhteen saavutetut säästöt painotettuna ja kerrottuna vastuupopulaation koolla.

Säästöbonuslaskennan tuloksista voidaan havaita, että kokeilun listautuneet asiakkaat käyttivät jonkin verran enemmän erikoissairaanhoidon palveluita kuin julkisten palvelujen piirissä olevat asiakkaat keskimäärin. Palveluntuottajien tuloksiin vaikutti se, että yksityisten ja julkisten palveluntuottajien asiakaspopulaation palvelukäytössä näytti olevan eroja, joita pelkkä ikävakiointi ei tasannut. Lisäksi yksityisten palveluntuottajien asiakaspopulaatiot olivat osittain verrattain pieniä v. 2018 alussa, jolloin paljon palvelua käyttävien asiakkaiden vaikutus kustannuksiin korostui. Palveluntuottajien tuloksiin vaikuttivat myös joidenkin yksittäisten asiakkaiden kalliit erikoissairaanhoidon hoitajaksot – pienessä populaatiossa yksittäisetkin kalliit jaksot 2016 tai 2018 muuttivat palvelun keskimääräisiä kustannuksia merkittävästi. Kymmenestä kokeilussa mukana olleesta yksityisen palveluntuottajan yksiköstä vain kolme oli lopulta oikeutettu saamaan laskennallisia säästöbonuksia. Bonuksia maksettiin kokeilun lopussa yhteensä 37 084 euroa. Laskennan tulokset ovat liitteenä 8.

Toteutus:

Hanketoimisto aloitti toimintansa tammikuussa 2017 kokeilun saatua rahoituksen. Kokeilun ehtojen ja periaatteiden täsmentämistä ja sääntökirjan (liite 1) laatimista toteutettiin alkuvuoden aikana tiiviissä yhteistyössä sekä kuntien asiantuntijoiden että yksityisten palveluntuottajien kanssa. Asiakkaiden valintaportaaliksi hankittiin Navation Oy:n toteuttama järjestelmä, sama kuin Hämeenlinnan kokeilussa. Kokeilun alussa palveluntuottajiksi hakeutui ja hyväksyttiin Mehiläinen Hyvinkää, Terveystalo Hyvinkää ja Mäntsälä sekä Aava Hyvinkää, Järvenpää ja Tuusula. Asiakkaiden listautuminen käynnistyi 19.5.2017.

Diagnos Terveyspalvelut Oy liittyi mukaan kokeiluun kahdella toimipisteellään lokakuussa 2017 ja Terveystalo Järvenpää tammikuussa 2018. Mehiläinen perusti vielä kokonaan uuden toimipisteen Järvenpäähän huhtikuussa 2018 ja hakeutui sillekin kokeiluun. Näin kaikki kokeilukuntien alueella toimivat yksityiset lääkäriasemat ovat olleet kokeilussa mukana. Aavan Järvenpään ja Tuusulan yksiköiden ilmoitettu kapasiteetti, 500 asiakasta, täyttyi molemmissa yksiköissä hyvin pian listautumisten alettua ja lokakuussa molempiin yksiköihin lisätyt 500 lisäpaikkaa välittömästi, joten kyseisiin kahteen yksikköön ei kokeilun aikana voinut tehdä enää uusia valintoja. Diagnos lopetti kokeiluun osallistumisen alkuperäisen suunnitelman mukaisesti vuoden 2018 lopussa, kaikki muut palveluntuottajat jatkoivat kokeilulle saadun jatkorahoituksen mukaisesti elokuuhun 2019 asti.

Kokeilun alueen kuuden itsenäisen kunnan kokoonpanossa palveluntuottajia ei voitu pakottaa käyttämään viittä erilaista kunnan potilastietojärjestelmää sen mukaan minkä kunnan asiakas on kyseessä, eikä myöskään ollut realistista toteuttaa integraatioita kaikkien palveluntuottajien ja kaikkien kuntien järjestelmien välille. Kokeilun alussa päädyttiin tulostamaan potilas- ja käyntitiedot palveluntuottajien omista potilastietojärjestelmistä paperille, jotka toimitettiin kuntiin ja kirjattiin uudestaan kunnan potilastietojärjestelmään. Menettelytapa aiheutti paljon ylimääräistä työtä kaikille osapuolille ja luonnollisesti lisäsi inhimillisten virheiden riskejä sekä aiheutti viivästystä tietojen kirjautumiseen. Kanta-yhteyksiä palveluntuottajien järjestelmistä järjestäjän

rekistereihin aloitettiin selvittämään välittömästi tuotannon käynnistyttyä. Ostopalveluvaltuutusten myöntämiseen ei kuntien potilastietojärjestelmissä kuitenkaan kokeilun aikana vielä ollut valmiutta, joten väliaikaisratkaisuna toteutettiin ns. osoitteistokytkeittä, jotka mahdollistivat potilastietojen tallettamisen Kantaan järjestäjän rekisteriin, mutta eivät esim. asiakkaan historiatietojen katselua palveluntuottajille. Lisäksi asiakaslaskutuksen ja THL:n raportoinnin perusteina olevia käynti- ja tilastointitietoja piti edelleen toimittaa kokeilun valintaportaalien yhteyteen tehdyn nettilomakkeen kautta ja kirjata uudestaan kuntien järjestelmiin. Osoitteistokytkeittä saatiin käyttöön Mehiläisessä huhtikuussa 2018 ja Terveystalossa marraskuussa 2018, tilastointilomake helmikuussa 2019. Aava ei vielä kokeilun aikana hankkinut Kanta-yhteensopivaa potilastietojärjestelmää, joten Aavan kaikki tiedot toimitettiin paperitulosteina koko kokeilun ajan.

Vastaanottopalveluissa tehtiin palveluntuottajien valintoja koko kokeilun aikana yhteensä 10 696. Uudelleenvalintoja kuuden kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta tehtiin koko aikana vain 565, joka on merkittävän vähän. Lisäksi 320 valintaa päättyi Diagnoosin jäätyä pois vuoden 2018 lopussa ja n. 150 valinnan tehnyttä asiakasta muutti kokeilualueen ulkopuolelle tai kuoli kokeilun aikana. Kokeilun lopussa voimassa olevia asiakkuuksia yksityisellä palveluntuottajalla oli 9 817.

Kokeilun päättyi asiakkaille 31.8.2019 ja kokeilun aikaiset valinnat / asiakkuudet palautuivat kuntayhtymän omaan tuotantoon.



Kuva 3. Vastaanottopalvelujen osuuden keskeiset ajankohdat

Vastuuhenkilö ja organisaatio:

Projektipäällikkö Frank Ryhänen, vuoden 2017 ajan toiminnan käynnistämiseen osallistuivat projektikoordinaattori Helene Vanninen ja viestintävastaava/assistentti Terhi Sandberg, vuoden 2018 alusta kokeilun loppuun asti osuuden toiminnasta on vastannut vastaanottopalvelujen projektikoordinaattori Anna Heikkilä.

Vastaanottopalvelujen projektiryhmään ovat kuuluneet aluksi kuntien ja myöhemmin kuntayhtymän johtavat ylilääkärit sekä HUS:n edustaja. Koko hankkeen organisoituminen on kuvattu kuvassa 2.

Hanketoimiston työmäärät toteutuivat hankesuunnitelmien (liitteet 11, 13 ja 14) mukaisesti, mutta kunnissa jouduttiin tekemään merkittävästi ylimääräistä työtä potilastietojen kirjaamisessa kuntien järjestelmiin. Ylimääräinen työ väheni vain osittain vasta vuoden 2018 loppupuolella kahden suurimman palveluntuottajan Kanta-osoitteistokytkeittä ansiosta.

Kustannukset:

Kokeilun toteuttamisen kustannukset ovat toteutuneet pääsääntöisesti hankesuunnitelmien (liitteet 11, 13 ja 14) mukaisesti, mutta koska valinnan tehneiden lukumäärä ja osuus väestöstä on kokeilussa kuitenkin jäänyt arvioitua pienemmäksi, tuottajille maksettaviin korvauksiin ei ole kohdistunut suunniteltua määrää kustannuksia. Koko kokeilussa vain hieman yli 5% kokeiluun kuuluvasta väestöstä listautui yksityisille palveluntuottajille (liite X). Toisaalta potilastietojen kirjaaminen käsin kuntien järjestelmiin on aiheuttanut odotettua enemmän henkilöstökustannuksia.

Loppuraportti:

Vastaanottopalvelujen osuudesta ei laadita erillistä loppuraporttia. Tarkempia tietoja osuuden toteutuksesta on elokuussa 2018 laaditussa sisäisessä väliarvioinnissa (liite 6), kannustinlaskennan tulosten yhteenvedossa (liite 7), laskennallisen säästöbonuksen tulosten yhteenvedossa (liite 8), sekä koko kokeilun tilannekatsauksessa elokuulta 2019 (liite 17).

3.3 Henkilökohtainen budjetti

Tulokset ja vaikuttavuus:

Asiakkaat henkilökohtaisen budjetin kokeilussa

Kokeilussa ilmeni, että henkilökohtainen budjetti ei ole yksiselitteinen asia ja sen viestinnässä tarvitaan eri asiakasryhmien tarpeiden huomioimista. Asiakastiedotus on tehtävä aidosti saavutettavaksi ja riittävän selkeäksi. Tiedon on oltava saatavilla myös ns. paperiversioina asiakkaille, jotka eivät voi tai halua käyttää sähköisiä palveluja. Kokeilussa asiakkailta oli informaation saamiseksi käytössään kokeilun verkkosivujen lisäksi myös palveluntuottajien hakuportaali, josta asiakkaat voivat etsiä itselleen sopivaa kokeilussa mukana olevaa palveluntuottajaa. Tulevaisuudessa kokemusasiantuntijoiden käyttöä ja asiakaskokemusta on syytä painottaa. Jatkossa myös henkilökohtaiseen budjettiin liittyvää termistöä olisi syytä sovittaa yhdenmukaiseksi ja miettiä myös laajemmin koko henkilökohtainen budjetti –termin soveltuvuutta, sillä se aiheutti paljon hämmennystä niin kokeilussa mukana olleille asiakkaille kuin henkilöstöllekin.

Henkilökohtainen budjetti asiakasryhmittäin

Omaishoidon asiakkaat

Henkilökohtaista budjettia kokeiltiin yli 50-vuotilailla omaishoidon asiakkailta, joita oli kokeilussa mukana lopulta yhteensä 65. Periaatteena oli, että omaishoitaja vaihtoi omaishoidon vapaat omaishoidettavan henkilökohtaiseksi budjetiksi, jolla asiakas (omaishoidettava) hankki palveluja kotiinsa.

Omaishoitajilla jää usein omaishoidon vapaita käyttämättä mm. siksi, että omaishoidettavalle ei löydy mielekästä lyhytaikaishoitopaikkaa tai vapaat haluttaisiin hyödyntää jollain muulla asiakkaan tarpeita paremmin palvelevalla tavalla. Osa omaishoitajista toivoi, että palveluja olisi voitu kohdistaa myös suoraan omaishoitajaan jaksamisen tueksi. Omaishoidettavan henkilökohtaisella budjetilla hankkimia palveluja olivat mm. fysioterapia, siivous, kotikuntoutus, lyhytaikaishoito, päivätoiminta ja kylpypalvelu. Kokeilussa ilmeni, että omaishoitajilla on hyvät valmiudet hallinnoida

budjettien käyttöä ja olla omaishoidettavan tukena koko prosessissa. Kokeilussa mukana olleet omaishoidon asiakkaat toivoivat henkilökohtaisen budjetin toimintamallin jatkamista ja kokivat siitä olleen hyötyä oman fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Myös omaishoitajien antaman palautteen mukaan asiakaslähtöisellä palveluiden räätälöinnillä voidaan tukea omaishoitajien jaksamista.

Kotihoidon asiakkaat

Kotihoidosta kokeilussa oli mukana yhteensä yhdeksän asiakasta. Kokeiluun soveltuvia asiakkaita olisi ollut enemmänkin, mutta mm. kuntien kotihoidon resurssipula vaikutti asiakkaiden mukaantuloon. Kotihoidon asiakkaat koettiin kokeilun haastavimpana asiakasryhmänä, koska asiakkaiden kunto ja muistiongelmien vaativat kaikkein eniten omatyöntekijän ja / tai omaisten tukea budjetin hallinnoinnissa. Henkilökohtaisen budjetin kaltainen toimintamalli edellyttää erillisten arviointi-, kotiutus- ja kotihoidon tiimien yhteistyötä ja sitä on tulevaisuudessa edelleen kehitettävä. Erityisesti kotihoidon asiakkaiden kohdalla tehtiin kokeilussa moniammatillista arviointia ja siitä saatiin hyviä kokemuksia. Kokeilussa ilmeni, että henkilökohtaisen budjetin toimintamallilla voidaan luoda kotihoidon asiakkaille yksilöllisempiä palveluja ja osallistaa asiakas palvelujen sisällön suunnitteluun. Tällöin asiakas saa tarvitsemansa palvelut oikein kohdennettuina ja voidaan välttyä raskaammilta palveluilta. Asiakkaiden henkilökohtaisella budjetilla valitsemia palveluja olivat mm. asiakkaan kanssa yhdessä suunniteltu kotihoito, fysioterapia, kotipalvelu ja omavalmennus. Tulevaisuudessa henkilökohtaisen budjetin toimintamalli edellyttää tarkempaa ohjeistusta palveluntuottajille raportointikäytännöistä kaikissa asiakasryhmissä, mutta erityisesti kotihoidon palveluissa.

Vammaispalvelujen henkilökohtaista apua saavat asiakkaat

Uudenmaan kokeilussa järjestäjä rajasi vammaispalveluiden asiakasryhmän henkilökohtaista apua saaviin asiakkaisiin. Tämä kriteeri vaikutti siten, että kokeilussa ei ollut mukana kehitysvammaisia asiakkaita. Henkilökohtaista apua saavia asiakkaita oli kokeilussa mukana yhteensä 22 asiakasta. Asiakkaat hankkivat henkilökohtaisella budjetilla fysioterapiaa, siivousta, tukihenkilöitä, henkilökohtaista apua sekä taide- ja toimintaterapiaa. Kokeilussa asiakkaille voitiin räätälöidä heidän tarpeisiinsa paremmin sopivia palveluja esim. päivätoiminnan osalta. Hyviä kokemuksia saatiin myös nuorten vammaispalvelujen asiakkaiden elämänhallintataitojen kehittymisestä tukihenkilötoiminnan avulla. Kokeilussa ilmeni, että päivätoiminnan saatavuudessa on alueellisia eroja ja päivätoimintaa tuottavista palveluntuottajista on yleisesti puutetta. Tulevaisuudessa tulee harkita henkilökohtaisen budjetin käyttöä tukemaan nuorten vammaisten osatyökykyisten työllistymistä ja työhönvalmennusta sekä ammatillista kuntoutusta.

Päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevat 18-29-vuotiaat nuoret asiakkaat ja asiakkaat, joilla on huollettavia

Kokeilun aikana asiakkaita oli mukana yhteensä seitsemän. Asiakkaiden palvelut sisälsivät esim. psykofyysistä fysioterapiaa, sosiaalipedagogista hevostoimintaa ja tukihenkilötoimintaa. Kaikkien asiakkaiden kohdalla palvelutarve nousi senhetkisen palvelun sisällön tai tapaamistiheyden riittämättömyydestä. Asiakkaat antoivat kokeilusta hyvää palautetta. Erityisesti mukanaolo oman tarpeen mukaisen palvelun suunnittelussa koettiin myönteisenä. Osa asiakkaista raportoi tarpeisiinsa perustuvien palvelujen

Uudenmaan alueellinen valinnanvapauskokeilu

vaikuttavan positiivisesti myös elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Kokeilu osoitti omalta osaltaan, että osalla päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakkaista palvelutarve ja toteutettu palvelu eivät kohtaa. Asiakas voi tarvita tiiviimpää kontaktia ja räätälöidympiä palveluja kuin mitä julkiset päihde- ja mielenterveyspalvelut pystyvät nykyisellään tarjoamaan. Tällaisissa tilanteissa yksilöllinen palvelujen suunnittelu yhteistyössä yksityisen palveluntuottajan ja / tai kolmannen sektorin kanssa voi olla merkittävässä asemassa asiakkaan syrjäytymisen ehkäisyssä. Asiakkaiden palvelutarpeen kartoittamisella saatiin myös arvokasta tietoa kuntien omien palvelujen kehittämiseen. Tulevaisuudessa on erittäin tärkeää muistaa huomioida myös päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden osallisuus omaa elämäänsä koskevien tarpeiden arvioinnissa ja palvelujen suunnittelussa, oli sitten kyseessä palvelusetelitoiminnan kehittäminen tai henkilökohtaisen budjetin toimintamalli.

Päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden varsin suppea määrä kokeilussa voi selittyä ainakin seuraavilla seikoilla:

- päihde- ja mielenterveyspalvelujen työntekijät eivät ole tottuneita käyttämään palveluseleitä palvelujen järjestämiseen tai tekemään palvelutarpeen arvioita, jolloin mahdollisuutta on ollut vaikea tarjota asiakkaille ja se on vaatinut enemmän resursseja sekä vastuualueiden selvittämistä
- asiakkaat eivät ole tottuneet valitsemaan tarpeenmukaisia palveluja tai miettimään mitä he tarvitsevat
- asiakkaan elämäntilanne on ollut liian akuutti tai he ovat tarvinneet erityisen paljon tukea valintojen tekemiseen
- erityisesti päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakkaiden toivomia palveluntuottajia oli osittain vaikea saada mukaan kokeiluun. Toivotut palvelut eivät aina olleet ns. perinteisiä sote-palveluita.
- palvelupiste, jossa henkilökohtaisen budjetin mahdollisuutta on tarjottu, on ollut varhaisvaiheen palvelu tai asiakaskontaktit ovat olleet liian lyhyitä, jolloin riittävää jatkuvuutta ei ole voitu turvata

Kotiapua saavat lapsiperheet

Kokeiluun osallistui yhteensä 39 lapsiperheiden kotipalvelujen asiakasta. Kokeilussa tuli esiin selkeä tarve henkilökohtaisen budjetin tyyppiseen palvelujen järjestämistapaan myös lapsiperheissä. Osalle asiakkaista kuntien senhetkiset palvelut olivat riittämättömiä tai ne eivät sopineet asiakkaan tilanteeseen. Kokeilussa ilmeni, että henkilökohtaisella budjetilla voitiin järjestää perheille lastenhoitoapua tarpeenmukaisesti eri vuorokauden aikoina. Myös nopea reagointi esim. kriisitilanteissa mahdollistui ja henkilökohtaisella budjetilla voitiin järjestää esim. tukihenkilöitä perheiden lapsille. Tulevaisuudessa henkilökohtaisen budjetti soveltuu myös avulla ennaltaehkäisevään toimintaan lapsiperheiden palveluissa. Palveluntuottajan taholta tapahtuvan raportoinnin tärkeys ja siinä ilmenevät haasteet tulivat esiin myös tässä asiakasryhmässä.

Lapsiperheiden kotipalveluissa tehtiin kokeilun aikana yksi YAMK-opinnäytetyö. Freya Hägglund, Lahden ammattikorkeakoulu: ["Henkilökohtainen budjetti lapsiperheiden kotipalveluissa-kehittämisehdotuksia Keski-Uudenmaan kokeiluun pohjautuen"](#).

Asiakasohjaajat henkilökohtaisen budjetin kokeilussa

Kokeilun toteutumisen kannalta erittäin tärkeä yhteistyöryhmä olivat kuntien omatyöntekijät, joita nimitettiin kokeilussa varsinaisesta virka- tai toiminimikkeestä riippumatta asiakasohjaajiksi. Kokeilu antoi tarpeellista tietoa asiakas- ja palveluohjauksen sekä palvelutarpeen arvioiden kehittämiseen. Kokeilussa kuvattu asiakasohjauksen prosessi toi esiin henkilökohtaisen budjetin asiakasohjauksen kehittämisalueita tuen ja ohjeistusten suhteen. Kokeilussa luotiin asiakasohjaajien käyttöön vaiheittainen työohje ja asiakasesite sekä tarjottiin asiakasohjaajille jatkuva tuki henkilökohtaisen budjetin käytännön toteuttamiseen. Kokeiluun osallistuneet kuntien asiakasohjaajat osallistuivat toiminnan kehittämiseen aktiivisesti ja omaksuivat uudenlaisen tavan osallistaa asiakas miettimään omia tarpeitaan ja palvelujensa sisältöä. Tulevaisuudessa henkilökohtaisen budjetin toimintamallin ideologian sisäistäminen laajemmin koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstössä on toimintamallin toteutumisen kannalta oleellisen tärkeää. Myös johtamisen pitää tukea tätä ideologiaa.

Palveluntuottajat henkilökohtaisen budjetin kokeilussa

Palveluntuottajat hyväksyttiin mukaan kokeiluun palvelusetelilainsäädännön asettamien kriteereiden mukaisesti. Tällöin esim. ns. kevytyrittäjiä ei voitu hyväksyä mukaan kokeiluun, vaikka heidän tuottamillaan palveluilla olisi ollut kysyntää. Palveluntuottajien saatavuudessa havaittiin olevan alueellisia eroja ja osa etenkin tukipalveluiden tuottajista tarvitsivat paljon tukea ja ohjeistusta palveluseteli-palveluntuottajana toimimisesta. Palveluntuottajat toivoivat jatkossa kevyempää ja selkeää prosessia palveluntuottajaksi hakeutumiseen. Kokeilun aikana heräsi kysymyksiä valvonnan toteuttamisesta erityisesti silloin, kun tuotettiin ns. epätyypillisiä sosiaalipalveluita ja tukipalveluita. Tähän tarvitaan tulevaisuudessa lisää ohjeistusta. Jotta palveluntuottajien ja järjestäjien yhteistyö toimisi saumattomasti, tarvitaan lisäksi vuorovaikutusta tukeva ja eri tilanteisiin joustavasti reagoiva tietojärjestelmä. Osa kokeilussa mukana olleista palveluntuottajista osallistui kokeilun aikana Sitran ja kuntatoimijoiden kehittämään Soteuttamo-konseptiin. Kokeilun kuluessa kävi ilmi, että palveluntuottajat ovat mielellään mukana kehittämässä sote-palveluja ja niiden järjestämistapoja myös jatkossa. Lisäksi kokeilussa tuettiin järjestöjen osallistumista sote-palvelutuotantoon, tästä toiminnasta on erillinen kuvaus kohdassa 3.3.1.

Vaikuttavuustutkimus

Osaprojektin tuloksien ja vaikuttavuuden arvioimiseksi henkilökohtaisen budjetin osuudessa toteutetaan lisäksi erillinen tutkimus, tutkimuksen tutkimussuunnitelma on liitteenä 10. Tutkimuksessa tarkastellaan palvelujen käyttöä, henkilökohtaisen budjetin toteutusta, asiakkaiden kokemuksia ja henkilökohtaisen budjetin vaikutuksia asiakkaiden arkeen. Tutkimuskysymysten avulla saadaan tietoa siitä,

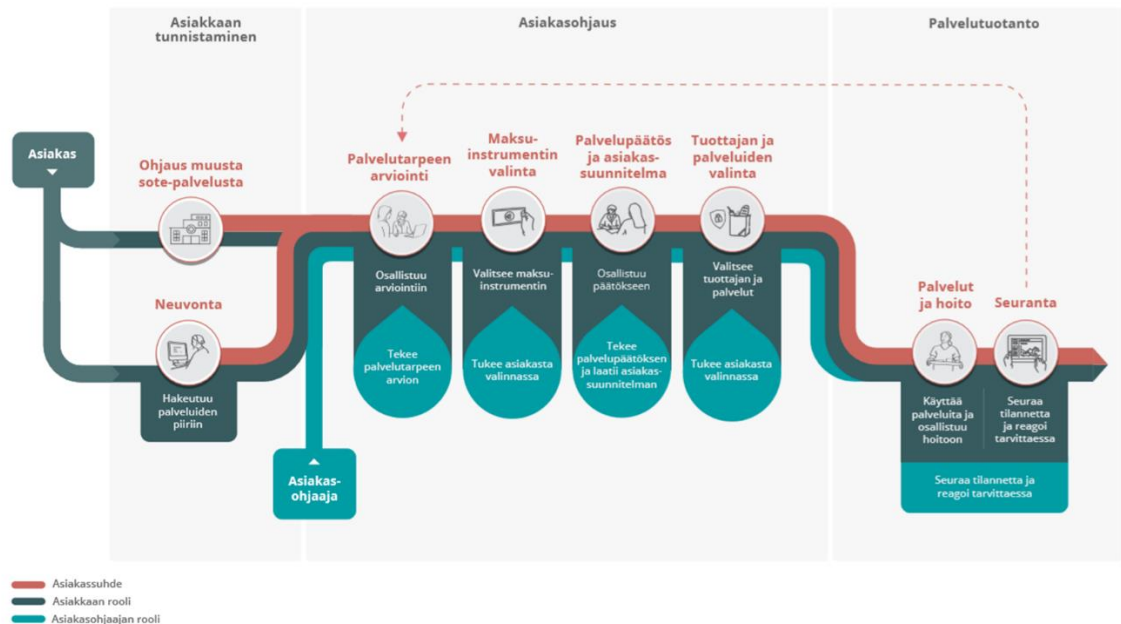
- sopiiko henkilökohtainen budjetti kyseisten asiakasryhmien palvelujen järjestämiseen,
- minkälaisille asiakasryhmille henkilökohtainen budjetti voisi kokeilun perusteella sopia, ja
- mitä käytännön haasteita liittyy henkilökohtaisen budjetin toteutukseen?

Palvelutuotannon aloittamisen viivästymisestä sekä kokeilun jatkorahoituksesta vuodelle 2019 johtuen tutkimuksen loppuhaastatteluja toteutettiin vielä kokeilun loppuvaiheessa

kesällä ja alkusyksyllä 2019, joten tulosten analysointi sekä johtopäätökset tulosten perusteella tullaan toteuttamaan vasta talven 2019-2020 aikana.

Toteutus:

Henkilökohtaisen budjetin ehtojen ja periaatteiden tarkempi määrittely ja sääntökirjan laatiminen aloitettiin vastaanottopalvelujen palvelutuotannon käynnistyttyä toukokuussa 2017, sääntökirja liitteenä 2. Prosessien määrittelyä ja toimintaan valmistautumista käsiteltiin lukuisissa työpajoissa syksyn ja talven aikana. Palveluntuottajien hallintajärjestelmäksi, palvelujen vertailuportaaliksi asiakkaille ja kokeilun rahaliikennettä hoitamaan valittiin Vaanan palvelusetelijärjestelmä. Kokeilun laajennusrahoituksen ansiosta kokeilualueen kuuden kunnan lisäksi henkilökohtaisen budjetin osuuteen tulivat mukaan myös Sipoo, Porvoo ja Lohja.



Kuva 4. Henkilökohtaisen budjetoinnin toimintaprosessi

Valmistautumistyön aikana tuli selväksi, että vaikka henkilökohtainen budjetti tuntuu yleisellä tasolla olevan ehdotetuista valinnanvapauden elementeistä helpoimmin hyväksytty ja varmaankin vähiten julkista kritiikkiä herättävä, sen käytännön toteuttaminen edellyttää huomattavasti enemmän uusia toimintatapoja kuin esimerkiksi suoran valinnan palvelujen toteuttaminen. Kokeilun hitaaseen käynnistymiseen vaikutti mm. se, että asiakasohjaajien ja esimiesten perehdyttäminen henkilökohtaisen budjetin ideologiaan ja henkilökohtaisen budjetin toimintamallin ja prosessien toteuttamiseen vei odotettua pidemmän ajan. Lisäksi asiakkaiden toivomien palvelujen ja palveluntuottajien saaminen mukaan vei kokeilun alussa arvioitua kauemmin. Asiakkaita saatiin mukaan kokeiluun sitä mukaa kun asiakasohjaajat oppivat tunnistamaan henkilökohtaisesta budjetista hyötyvät asiakkaat ja asiakasohjaajilla oli resursseja henkilökohtaisen budjetin toteuttamiseen. Työkalujen ja välineiden, kuten palveluportaalin ja budjettien laskentatyökalujen kehittäminen oli myös odotettua hitaampaa. Henkilökohtaisen

budjetin osuuden keskeisiä haasteita ja kehittämistoimenpide-ehdotuksia on kuvattu tarkemmin osuuden väliarvioinnissa heinäkuulta 2018 (liite 16).

Näin ensimmäiset asiakkaat saatiin kokeiluun mukaan ja heille budjetteja myönnettyä vasta toukokuussa 2018. Asiakkaiden määrä kasvoi kokeilun loppuun mennessä yhteensä 142 asiakkaaseen, joten hankesuunnitelmien (liitteet 11 ja 13) mukainen n. 600 asiakkaan tavoite jäi saavuttamatta.

Palveluntuottajat puolestaan olivat erittäin kiinnostuneita kokeilusta ja osallistuivat aktiivisesti kokeilun suunnitteluun ja kehittämiseen. Palveluntuottajia hyväksyttiin mukaan kokeilun palveluntuottajiksi yhteensä 77.

Henkilökohtaisen budjetin sääntökirja päivitettiin vuoden 2019 toiminnan ajaksi menettelyohjeeksi (liite 5).



Kuva 5. Henkilökohtaisen budjetin osuuden keskeiset ajankohdat

Vastuhenkilö ja organisaatio:

Projektipäällikkö Frank Ryhänen, vuoden 2017 ajan toiminnan käynnistämiseen osallistuivat projektikoordinaattori Helene Vanninen ja viestintävastaava /assistentti Terhi Sandberg. Vuoden 2018 alusta alkaen henkilökohtaisen budjetin toimintamallista vastasi henkilökohtaisen budjetin projektikoordinaattori, elokuuhun 2018 asti Helene Vanninen ja siitä eteenpäin kokeilun loppuun asti Mia Käyhkö, sekä 2-3 henkilökohtaisen budjetin projektityöntekijää.

Projektiryhmässä hankehenkilöstön kanssa ovat toimineet aluksi kuntien ja myöhemmin kuntayhtymän asiakas- ja palveluohjaajat sekä heidän esimiehensä.

Koko hankkeen organisoituminen on kuvattu kuvassa 2.

Työmäärät ovat toteutuneet hankesuunnitelmien (liitteet 11, 13 ja 14) mukaisesti siitä alkaen kun hankehenkilöstö on aloittanut hankkeessa.

Kustannukset:

Toteutuneet kustannukset ovat jääneet pienemmiksi kuin suunnitellut, ensisijaisesti kokeiluun mukaan saatujen asiakkaiden ja siten myönnettyjen budjettien määrän jäätyä suunniteltua pienemmiksi.

Loppuraportti:

Henkilökohtaisen budjetin osuudesta ei laadita erillistä loppuraporttia, osuudesta toteutettava vaikuttavuustutkimus valmistuu kevään 2020 aikana. Tarkempia tietoja

osuuden toteutuksesta on heinäkuussa 2018 laaditussa väliarvioinnissa (liite 16) sekä koko kokeilun tilannekatsauksessa elokuulta 2019 (liite 17).

3.3.1 Järjestölähtöisen palvelutuotannon kehittäminen

Toteutus:

Valinnanvapauskokeilu toi myös järjestöille, yhdistyksille ja säätiöille uudenlaista mahdollisuutta kehittää toimintaansa uudistuvassa sosiaali- ja terveysalan kentässä. Erityisesti henkilökohtaisen budjetin kokeilu avasi mahdollisuuksia järjestöille aktivoida / kehittää toimintaansa palveluntuottajina. Kuitenkin havaintona valinnanvapauskokeilun edetessä oli, että vain muutama kokeilussa mukana oleva palveluntuottaja oli järjestötaustaisia.

Uudistuvassa toimintaympäristössä on järjestöjen palveluiden näkyvyys sekä palvelutuotannon mahdollisuuksien tunnistaminen tärkeää. Tähän haasteeseen vastattiin Uudenmaan alueellisessa valinnanvapauskokeilussa toteuttamalla yhdistyksille Tulevaisuus-työpajoja. Työtä tehtiin, suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä Alustapalvelu Socialan sekä Keski-Uudenmaan Yhdistysverkoston kanssa. Myös järjestöt osallistuivat työpajojen sisältöjen suunnitteluun kyselyihin vastaamalla sekä työpajoista nousseiden aiheiden kautta. Tavoitteena yhteistyöllä oli, että tietoa ja asiantuntijuutta jaettiin sekä järjestökenttää tuettiin pohtimaan omaa rooliaan palveluntuottajana. Työpajoissa tuettiin osallistuvia järjestöjä asiantuntijaluentojen ja yhteisten fasilitoitujen työskentelyjen avulla lisäämään ymmärrystä sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeista ja järjestöjen omasta osaamisesta ja erityisyydestä palveluiden tuottajana.

Alueen noin 80 järjestöstä noin puolet kiinnostui Keusoten tarjoamasta yhteistyöstä. Erityistä kiinnostusta herätti kyselyiden mukaan toimintaympäristön muutos, palveluiden ja toimintojen kehittäminen osana asiakkaan palveluketjua, laadun ja vaikuttavuuden arviointi, sekä verkostot ja kumppanuudet.

Tulevaisuus-työpajoja järjestettiin kevään sekä syksyn 2019 aikana kuusi kappaletta, joista yksi toteutettiin etätyöpajana (skype). Työpajat olivat avoimia kaikille järjestöille. Työpajoista viestiminen tapahtui sähköpostitse sekä hyödyntämällä Keusoten somekanavia, ilmoittautumiset ja kyselyt toteutettiin webropol-työkalua hyödyntämällä. Tulevaisuustyöpajoihin osallistui yhteensä 28 eri tahoa järjestö- ja yhdistyskentältä.

Työpajoista kertyi esitysmateriaaleja, jotka kerättiin valinnanvapauskokeilun nettisivulle materiaalipankiksi. Materiaalit ovat vapaasti kaikkien hyödynnettävissä. Materiaalit jaettiin myös osallistuneille sähköpostitse.

Yhdistyksille toteutettavien työpajojen järjestäminen vaatii paljon erilaisten viestikanaavien käyttöä, jotta yhdistyksiä tavoitetaan. Työpajojen suunnittelussa on huomioitava, että yhdistykset ja järjestöt ovat keskenään hyvin erilaisia. Kentällä toimii hyvin erikokoisia järjestöjä, toisissa on palkattuja työntekijöitä, toiset toimivat paljon vapaaehtoisen voimin. Tämä huomioitiin työpajojen järjestelyissä mm. työpajojen pituudessa sekä sijainnissa.

Työpajoissa nousi keskustelun aiheeksi usein epävarmuus järjestökentällä mm. rahoitusten jatkumisesta, kuntien ja kuntayhtymän roolien asettumisesta järjestöjen

tukemisessa, sekä toive yhteisen toiminta-alustan kehittämisestä. Myös verkostoitumiseen alueellisesti kaivattiin mahdollisuuksia.

1. Järjestölähtöisen palvelutuotannon kehittämisessä epävarmuutta lisää pelko STEA rahoituksen menettämisestä, jonka varassa moni yhdistys ja järjestö toimii. Tulevaisuudessa olisikin tärkeää kehittää toimintaa yhdessä STEA:n kanssa.
2. Yhteinen toiminta-alusta, jossa yhdistykset voisivat viestiä sekä verkostoitua alueellisesti hyödyttäisi koko alueellista yhteisöä. Yhteinen alusta tukisi yhdistysten näkyvyyden parantamista, keventäisi työmäärää, jota nyt useiden alustojen käyttö aiheuttaa, sekä parantaisi asukkaiden mahdollisuuksia löytää yhdistysten toimintoja. Yhteinen alusta helpottaisi myös mahdollisuuksia verkostoitua sekä loisi mahdollisuuden yhdessä toimimiseen.

Kokeilun aikana järjestetyt työpajat sisältöineen on kuvattu liitteessä 18.

Vastuhenkilö ja organisaatio:

Projektipäällikkö Frank Ryhänen, vuoden 2019 tammikuusta lokakuun loppuun järjestölähtöisen palvelutuotannon kehittämistyön toimenpiteitä on koordinoitunut projektityöntekijä Riikka Valgijainen.

Järjestölähtöisen palvelutuotannon tukemista ja kehittämistä on toteutettu tiiviissä yhteistyössä Alustapalvelu Sociala Oy:n sekä Keski-Uudenmaan yhdistysverkoston kanssa.

Koko hankkeen organisoituminen on kuvattu kuvassa 2.

3.4 Suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelut

Tulokset ja vaikuttavuus:

Kokeilussa pystyttiin testaamaan ja osoittamaan, että Sipilän hallituksen valinnanvapauslakiesityksissä tarkoitettu suoran valinnan palvelujen valinnanvapaus on mahdollista toteuttaa myös suun terveydenhuollon palvelutuotannossa, asiakkaat haluavat käyttää valinnanvapauttaan ja yksityiset palveluntuottajat voivat toteuttaa palvelutuotantoa. Kuitenkin esitetty voimakkaasti kapitaatorahoitukseen perustuva korvausmalli oli suun terveydenhuollon palveluntuottajille vaikeasti lähestyttävä.

Kokeilussa tuottajien korvauksien tavoitellusta keskimääräisestä tasosta 290 euroa vuodessa 50% maksettiin kapitaatioperusteisesti listautuneiden asiakkaiden määrän mukaan. Kapitaatiokorvausta korjattiin asiakkaan kliinisten riskitekijöiden sekä itse ilmoittamiensa hoitomyönteisyyden ja elämäntapojen perusteella. Tietojen perusteella asiakkaat määriteltiin johonkin viidestä palvelunkäyttötasosta ja korjauskertoimesta. Korvauksista keskimäärin 40% maksettiin toteutuneiden ja raportoitujen suoritteiden perusteella ja keskimäärin 10% kannustinjärjestelmän perusteella.

Korvausmalli koettiin palveluntuottajien keskuudessa monimutkaiseksi ja ennen kaikkea vieraaksi puhtaasti toimenpiteiden perusteella laskutettavaan totuttuun toimintatapaan verrattuna. Kokeiluun osallistumisen kannattavuuden arviointi maksettavien korvaussummien perusteella oli tuottajille vaikeaa.

Palvelutuotannon vaikuttavuutta kokeilussa mitattiin ensisijaisesti kannustinjärjestelmän kautta. Kokeilussa toteutettiin kannustinmalli, jonka avulla saatiin vertailutietoa

Uudenmaan alueellinen valinnanvapauskokeilu

tuottajista. Kannustinmallissa palveluntuottajien toimintaa ohjattiin vaikuttavuuden, kustannustehokkuuden ja laadun osalta. Kannustinmallin käyttö valinnanvapauden toteutuksessa oli erityisesti Uudenmaan kokeilun painopistealueita. Myös suun terveydenhuollon osuuden korvausmalli ja kannustinjärjestelmä mittaristoineen on kuvattu kokeilun korvausmallien liitteessä 9. Korvauksiin tehtiin kokeilun aikana pieniä korotuksia ja kokeilun toimintatapoihin parannuksia, joten vuoden 2019 ajan toimittiin uusitun sääntökirjan (liite 4) mukaisesti.

Kannustinlaskentaan raportoitavista tiedoista suurin osa poimittiin suoraan tuottajien tietojärjestelmistä. Kannustinlaskenta toimi kokeilussa PowerBI-työkalulla osin automaattisesti. Kannustinmallin mittaristo, laskenta sekä työkalut vaativat vielä jatkokehittämistä – tiedonkeruuta ja laskentaa täytyy automatisoida, sillä kokeilussa käytetty malli ei ole suurempiin volyymeihin skaalautuva. Myös kannustinmallin mittaristoa tulee kehittää kokeilusta saatujen kokemusten perusteella.

Keskeisimpinä huomioina kokeilun tuloksista ja vaikuttavuudesta suun terveydenhuollon osuuden loppuarvioinnissa (liite 19) todetaan:

- Suurin osa kokeilun asiakkaista oli hyvinkääläisiä, jotka listautuivat HammasMehiläiselle. Julkiselle sektorille ja muille palveluntuottajille listautuneiden määrät jäivät vähäisiksi.
- Hoidon aloitti kokeilun aikana vain noin kaksi kolmesta listautuneesta.
- Hoitajaksojen käyntimäärissä tai käyntikohtaisissa toimenpidemäärissä ei syntynyt merkittävää eroa suhteessa Keusoten omaan tuotantoon.
- Parodontologisten toimenpiteiden osuus oli kokeilun asiakkailla selkeästi korkeampi kuin julkisessa tuotannossa, joka on hyvä kehityssuunta.
- Kokeilussa annetuista tarkastuskutsuista valtaosa meni noin vuoden päähän. Tämä poikkeaa merkittävästi julkisella annetuista kutsuista.
- Kokeilusta saatiin erinomaista yhteistyökokemusta julkisen ja yksityisen sektorin välillä.
- Kapitaatiokorvauksen osuus nousi suunniteltua 50% suuremmaksi (~61%).
- Kannustinlaskennassa ei päästy hyödyntämään kaikkia haluttuja tietoja sekä mittariston ohjausvaikutus koettiin heikoksi ja päivityssykli liian harvaksi.
- Kokeilussa pystyttiin kannustinjärjestelmän tukemana kannustamaan palveluntuottajia tekemään vaikuttavaa ja laadukasta hoitoa.
- Vaikuttavuuden näkökulmasta eritoten parodontaali-sairauksien diagnosoinnissa saavutettiin erinomaisia tuloksia.
- Kokeilun myötä saatiin arvokasta kokemusta vaikuttavuuden elementtien tuomisesta osaksi korvausjärjestelmää ja oman toiminnan kehittämistä.
- Kokeilusta saatiin erittäin arvokasta tietoa kokeilusta uudenlaisesta tavasta rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita.

Keskeisimpiä huomioita kokeilun listautumisesta, palvelunkäytöstä ja järjestämisestä loppuarvioinnin (liite 19) mukaan on kuvattu kuvissa 6 ja 7.

Uudenmaan alueellinen valinnanvapauskokeilu

Keskeisimmät huomiot listautumisesta ja palvelukäytöstä	
Hoidon aloitus	<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
Käynnit ja toimenpiteet	<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
Toimenpiteiden jakauma	<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
Tarkastuskutsut	<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

Kuva 6. Havainnot listautumisesta ja palvelunkäytöstä

 Järjestäjä	 Palveluntuottaja	 Listautuneet asiakkaat
<ul style="list-style-type: none"> + 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 	<ul style="list-style-type: none"> + 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 	<ul style="list-style-type: none"> + 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

Kuva 7. Kokemuksia järjestämisestä

Toteutus:

Suun terveydenhuollon osuuden lisäämiselle hankkeeseen saatiin lisärahoituspäätös kesäkuussa 2017. Osuuden sääntökirja valmisteltiin hankehakemukseen perustuen yhteistyössä kuntien asiantuntijoiden ja yksityisten palveluntuottajien kanssa syksyllä. Sääntökirja liitteenä 3. Palveluntuottajien hallintajärjestelmäksi, asiakkaiden valintaportaaliksi ja kokeilun rahaliikennettä hoitamaan valittiin Vaanan palvelusetelijärjestelmä. Asiakkaiden listautuminen alkoi tammikuussa 2018, kun kokeiluun oli hakenut neljä palveluntuottajaa. Yksi palveluntuottaja kuitenkin veti hakemuksensa pois ennen valintojen alkamista, ja yksi palveluntuottaja irtisanoutui kokeilusta huhtikuussa. Koska jäljelle jääneistä kahdesta palveluntuottajasta toisella, KotiHammas Järvenpää, ilmoitettu kapasiteetti oli vain 12 asiakasta, listautuminen heille tuli heti täyteen ja kokeilussa oli asiakkaiden valittavana käytännössä vain yksi palveluntuottaja, HammasMehiläinen Hyvinkäällä.

Kokeilun ehdoista ja korvausmalleista tutkittiin laajalla kokoonpanolla syitä palveluntuottajien haluttomuuteen osallistua kokeiluun syksyn 2018 aikana ja ehtoihin sekä korvaussummiin tehtiin muutamia muutoksia Sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymänä. Muutokset astuivat voimaan 1.1.2019 kokeilun loppuajaksi, uusi sääntökirja on liitteenä 4.



Kuva 8. Suun terveydenhuollon osuuden keskeiset ajankohdat

Vastuuhenkilö ja organisaatio:

Projektipäällikkö Frank Ryhänen, vuoden 2017 aikana toiminnan käynnistämiseen osallistuivat projektikoordinaattori Helene Vanninen ja tiedottaja/assistentti Terhi Sandberg, marraskuusta 2017 alkaen osuuden käytännön toimintaa on toteuttanut 2,5 suun terveydenhuollon projektityöntekijää.

Projektiryhmässä hankehenkilöstön kanssa ovat toimineet aluksi kuntien ja myöhemmin kuntayhtymän johtavat ylihammaslääkärit.

Koko hankkeen organisoituminen on kuvattu kuvassa 2.

Työmäärät ovat toteutuneet hankesuunnitelmien (liitteet 12, 13 ja 14) mukaisesti siitä alkaen kun projektityöntekijät ovat vaiheittain aloittaneet kokeilussa. Suun terveydenhuollon projektityöntekijöitä on työllistänyt kaikkein eniten potilas- ja tilastointitietojen manuaalinen kirjaaminen kuntien potilastietojärjestelmiin.

Kustannukset:

Suun terveydenhuollon osuuden toteutuneet kustannukset ovat jääneet suunniteltua pienemmiksi, johtuen käytännössä vain yhden palveluntuottajan mukanaolosta ja siten

melko pienestä valinnan tehneiden määrästä ja tuottajille maksettavien korvausten arvioitua pienemmistä kustannuksista.

Loppuraportti:

Suun terveydenhuollon osuudesta laadittu loppuarviointi on liitteenä 19. Toiminnan väliarviointi ja kehittämissuositukset lokakuulta 2018, joiden perusteella muutoksia ehtoihin ja korvaussummin vuodelle 2019 tehtiin, on liitteenä 15 ja koko kokeilun tilannekatsaus elokuussa 2019 liitteenä 8.

4 Viestintä

Hankkeen viestinnän keskeinen tavoite oli tukea alueen asukkaiden osallistumista kokeiluun ja huolehtia tiedon saatavuudesta ja saavutettavuudesta eri asiakasryhmät huomioiden. Lisäksi oli tärkeää tiedottaa kaikkia sidosryhmiä kokeilun suunnittelun etenemisestä, seurannasta ja tuloksista.

4.1 Hyvät käytänteet

4.1.1 Ulkoinen viestintä

Asiakasviestintä

Asiakasviestinnässä korostuivat hyvin suunnitellut ja helposti ymmärrettävät esitemateriaalit, verkkosivut ja valintaportaalit, joiden avulla tuettiin kokeiluun osallistumista ja sen kokonaisuuden ymmärtämistä. Omat haasteensa verkossa tapahtuvaan viestintään toivat käytettävissä olevat kanavat ja verkkosivualustat. Eri kokeiluille oli eri valintaportaalit, mikä teki valinnanvapauskokeiluun osallistumisesta ja siihen liittyvän kokonaisuuden hahmottamisesta asiakkaalle verkossa hankalampaa. Optimaalisesti kaikki asiakkaille suunnattu tieto olisi voitu pitää yhdessä ja samassa paikassa. Näihin valintoihin varmasti vaikutti se, että kokeilun eri osa-alueet aloittivat eri aikaan.

Uudenmaan alueelliseen valinnanvapauskokeiluun osallistui kaikkiaan yli 12 000 alueen asukasta, jonka vuoksi suoramarkkinointia kotiin voitiin tehdä hyvin rajallisesti. Tästä syystä hyväksi käytänteeksi viestinnässä koettiin asiakkaiden tiedottaminen pääosin lehtimainosten, tiedotteiden, verkkosivujen ja sosiaalisen median avulla. Lisäksi hyödynnettiin Keusoten tekemiä julkaisuja kokeilusta kertomiseen. Tärkeimpien tiedotettavien asioiden kohdalla valinnanvapauskokeilun asiakkaille lähetettiin kotiin kirje. Myös ryhmätekstiviesti koettiin hyväksi ja suhteellisen edulliseksi tavaksi tavoittaa asiakkaat henkilökohtaisesti ja nopeasti.

Asiakasviestinnässä tärkeäksi koettiin informaation oikea-aikaisuus, saatavuus ja saavutettavuus. Näiden toteutumisessa olennaista oli myös sisäisen viestinnän onnistuminen ja henkilökunnan ajankohtainen tietämys kokeilusta.

Palveluntuottajaviestintä

Palveluntuottajaviestintää hoitivat pääosin kokeiluiden omat projektityöntekijät sekä projektipäällikkö, mikä koettiin hyväksi käytännöksi. Oli tärkeää, että palveluntuottajilla oli oma asiantunteva yhteyshenkilö kokeilusta, joka piti heidät ajan tasalla kokeiluun liittyvistä asioista ja vastasi esiin tulleisiin kysymyksiin.

Erittäin hyväksi käytänteeksi koettiin palveluntuottajien kanssa pidetyt yhteiset kehittämispalaverit ja työpajat, joiden avulla voitiin vaihtaa ajatuksia, käydä läpi kokeilun tuloksia ja keskustella ajankohtaisista kokeilun asioista. Tätä kautta kerättiin paljon tärkeää tietoa kokeilusta sekä siitä mihin suuntaan valinnanvapausmallia tulisi mahdollisesti kehittää tulevaisuudessa. Palveluntuottajat kutsuttiin kokeilun loppupuolella myös mukaan yhteiskehittämään Keusoten tulevaa monituottajamallia. Yhteiskehittäminen onnistui, koska verkostot ja ihmiset olivat tulleet hyvin tutuiksi jo kokeilun aikana.

4.1.2 Sisäinen viestintä

Sisäisellä viestinnällä pyrimme tukemaan kokeilun onnistunutta toteutusta sekä jakamaan henkilökunnalle tietoa kokeilun etenemisestä, suunnittelusta ja tuloksista. Hyviksi käytänteiksi osoittautuivat sisäisen viestinnän vastuuttaminen kokeiluiden omille projektihenkilöille, jotka toimivat linkkinä kokeilun ja Keusoten henkilökunnan välillä. Lisäksi tehtiin tiivistä yhteistyötä Keusoten viestinnän kanssa ja hyödynnettiin mahdollisuudet yhteisiin markkinointitoimenpiteisiin. Hanketiimin viestintää tukivat parhaiten yhteiset tiimipalaverit ja Teams-työkalun käyttö sisäisessä viestinnässä.

Henkilökohtaisen budjetin kokeilussa sisäisen viestinnän merkitys korostui erityisesti, koska asiakasohjaajat päättivät lopullisista asiakasvalinnoista. Henkilökohtaisen budjetin projektitiimi koki hyviksi käytänteiksi asiakasohjaajille laaditut uutiskirjeet, skype-kahvit ja henkilökohtaiset tapaamiset. Kommunikointia ja tiedon jakamista olisi helpottanut sähköinen tiedonvaihdon alusta.

Tiivis yhteistyö Keusoten viestinnän kanssa koettiin erittäin tärkeäksi. Sen avulla tuotettiin yhtenevää viestintää ja saatiin maksimoitua yhteiset viestinnän mahdollisuudet. Sisäiseen viestintään toi jonkin verran haasteita Keusoten vasta muodostuva organisaatio ja henkilöstömuutokset.

Ministeriön tasolta tullut viestinnän tuki ja viestinnän valtakunnallinen koordinointi koettiin hyväksi käytänteeksi. Se tuki hyvin kokeilun viestinnän suunnittelua. Oli lisäksi hyödyllistä kuulla viestintäverkoston kautta muiden kokeiluiden viestinnästä.

4.2 Viestinnän opit

Tietosuoja-asiat

Kokeilun päättyessä huomattiin, että olisi ollut tärkeää suunnitella kokeilun osallistujatietoihin liittyvät tietosuoja-asiat oikein heti kokeilun alussa. Koska asiakkailta ei ollut pyydetty tarvittavia asiakastietojen käsittelyyn liittyviä lupia kokeilun alussa, jouduttiin asiaa selvittämään ja hoitamaan kokeilun päättyessä. Tämä viivästytti hieman kokeilun päätösviestintää.

Tulevissa kokeiluissa olisi hyvä, että tietosuoja-asiat johdettaisiin ja ohjeistettaisiin ministeriön tasolta. Silloin, kun kokeilussa on mukana tuhansia asiakkaita, on hankehenkilökunnan mahdotonta yksin hoitaa viestinnän toteutus ilman ulkopuolista apua esimerkiksi asiakaskirjeiden postituksissa. Tällaisissa tapauksissa ulkoinen palveluntarjoaja joutuu väistämättä käsittelemään asiakastietoja, jonka vuoksi tietojen käsittelyyn liittyvien lupien tulisi olla kunnossa.

Viestinnän mittarit

Valinnanvapauskokeilussa ei ollut yhteisesti asetettuja viestinnän mittareita. Näin ollen on vaikea arvioida viestinnän onnistumista ja tavoitteiden saavuttamista. Tulevissa kokeiluissa olisi hyvä asettaa yhteiset viestinnän mittarit ja suunnitella niiden seurannan työkalut.

Valtakunnalliset esitemateriaalipohjat

Kokeilujen onnistumisen kannalta olisi hyvä, että viestinnän materiaalit olisi suunniteltu valtakunnallisesti ennen kokeilujen alkamista, jotta kokeilut pääsisivät nopeasti käyntiin. Materiaalien olisi hyvä olla muokattavissa kokeilukohtaisesti ja alueittain. Tässä hankkeessa esitemateriaalien puuttuminen tai valmistuminen suhteellisen myöhäisessä vaiheessa hankaloitti muun muassa henkilökohtaisen budjetin markkinoimista sekä asiakasohjaajille että asiakkaille.

Viestinnän sähköiset alustat eri sidosryhmille

Kokeilun viestintää olisi helpottanut ja edesauttanut hyvä sähköinen alusta, jossa tietoa olisi voinut jakaa palveluntuottajille ja henkilökunnalle (erityisesti henkilökohtaisen budjetin kokeilussa) sekä kommunikoida heidän kanssaan. Viestinnän ja vuorovaikutuksen mahdollistavia sähköisiä alustoja olisi hyvä pohtia seuraavien hankkeiden kohdalla.

Terminologia

Termi ”henkilökohtainen budjetti” koettiin hankalaksi ja vaikeasti ymmärrettäväksi sekä asiakasohjaajien että asiakkaiden keskuudessa. Helpommin ymmärrettävän termin valinta olisi edesauttanut toimintamallin ymmärtämistä ja juurtumista. Asiakaslähtöisyyden huomioiminen myös termien kohdalla auttaisi tulevaisuuden hankkeiden ja toimintamallien onnistumista.

Sisäinen viestintä hankkeen ja sitä hallinnoivan organisaation välillä

Kokeilun hankehenkilökunta oli lähes täysin organisaation ulkopuolelta palkattua, mikä varmasti jonkin verran vaikutti sisäisen viestinnän onnistumiseen hankkeen ja Keusoten välillä. Tulevissa kokeiluissa ja hankkeissa voisi olla hyvä, että osa henkilökunnasta tulisi sitä hallinnoivasta organisaatiosta. Näin viestinnälle olisi paremmat mahdollisuudet onnistua ja myös kokeilun opit siirtyisivät luonnollisemmin osaksi organisaation toimintaa.

5 Dokumentointi

Kokeilun kaikille kolmelle osa-alueelle laadittiin sääntökirjat ja suun terveydenhuollon sekä henkilökohtaisen budjetin sääntökirjoja päivitettiin vuoden 2019 alusta alkaen kokeilun loppuajaksi (liitteet 1-5). Vastaanottopalvelujen osuudesta laadittiin sisäinen väliarviointi elokuussa 2018 sekä yhteenvedot kannustinlaskennan ja laskennallisen säästöbonuksen tuloksista (liitteet 6, 7 ja 8). Kokeilun osa-alueiden toimintaa seurattiin ja raportoitin kuntayhtymän johdolle viikoittain, esimerkki viikotason statusraportista 23.8.2019 liitteenä 17. Kaikkien kolmen osuuden korvausmallit sekä kannustinjärjestelmien mittarit on koottu liitteeseen 9. Henkilökohtaisen budjetin osuudesta toteutettavan vaikuttavuustutkimuksen tutkimussuunnitelma on liitteenä 10.

Uudenmaan alueellinen valinnanvapauskokeilu

Kokeilun toiminnan perusteina ovat hankesuunnitelmat: alkuperäisen rahoituksen, suun terveydenhuollon lisärahoituksen, kokeilun laajentamisen rahoituksen sekä vuoden 2019 jatkorahoituksen suunnitelmat ovat liitteinä 11-14. Suun terveydenhuollon osuuden väliarviointi on liitteenä 15 ja henkilökohtaisen budjetin väliarviointi liitteenä 16. Kooste järjestölähtöisen palvelutuotannon kehittämisen Tulevaisuus-työpajoista on liitteenä 18 ja suun terveydenhuollon osuuden loppuarviointi liitteenä 19. Keski-Uudenmaan sote – kuntayhtymään tulossa olevien uusien kokonaisvaltaisten palvelusetelimallien kuvaukset ovat liitteinä 20 ja 21.

Tutkimus henkilökohtaisen budjetin vaikuttavuudesta valmistuu kevään 2020 aikana.

Kokeilun verkkosivut ja muut sähköiset järjestelmät toimivat kokeilun aikana osoitteissa:

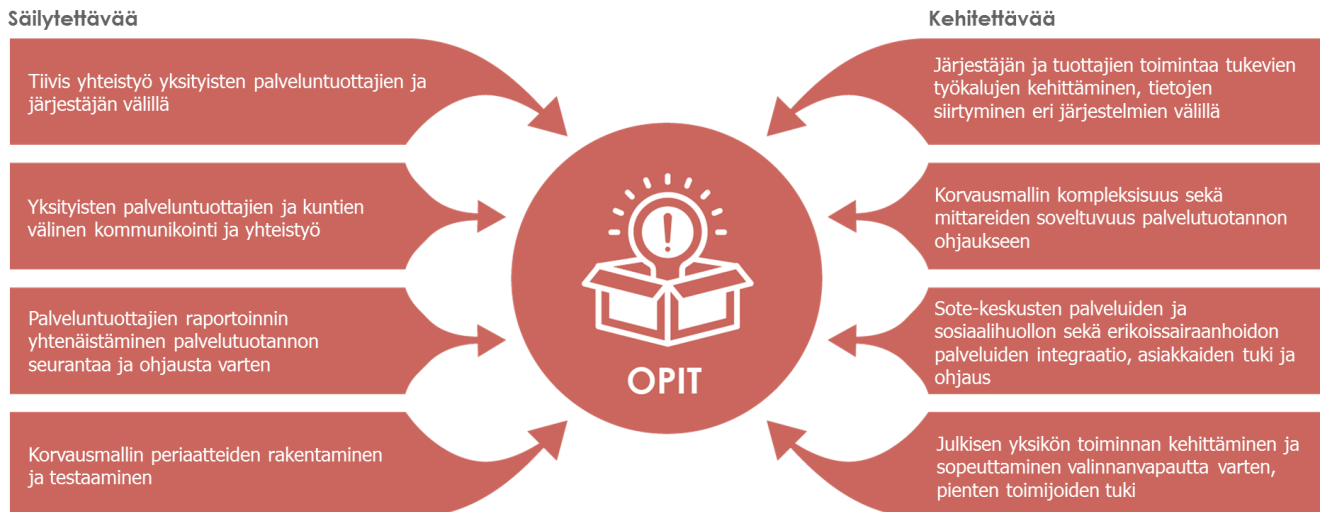
- kokeilun infosivusto: keski-uudenmaansote.fi/valinnanvapaus
- vastaanottopalvelujen valintaportaali: valinta.keski-uudenmaansote.fi
- suun terveydenhuollon valintaportaali: keski-uusimaa.vaana.fi
- suun terveydenhuollon ja henkilökohtaisen budjetin palveluntuottajien ilmoittautuminen ja hallinta: keski-uusimaa.vaana.fi/kirjaudu
- henkilökohtaisen budjetin palveluntuottajaportaali: keski-uusimaa.vaana.fi/henkilokohtainen-budjetti

Kokousten ja palaverien muistiot, palveluntuottajien ja järjestelmätoimittajien kanssa solmitut sopimukset ja muu dokumentaatio arkistoidaan Keski-Uudenmaan sote – kuntayhtymän toimesta hankkeen hallinnointiohjeiden mukaisesti.

6 Opit ja palautteet

Vastaanottopalvelujen osuudessa merkittäviä onnistumisia ja säilytettäviä toimintatapoja ovat kehitetty kommunikaatio ja yhteistyö niin palveluntuottajien ja järjestäjän kuin yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä, kehitetty raportoinnin yhtenäistäminen ja kokeilussa testatut korvausmallin ja kannustinjärjestelmän rakenteet.

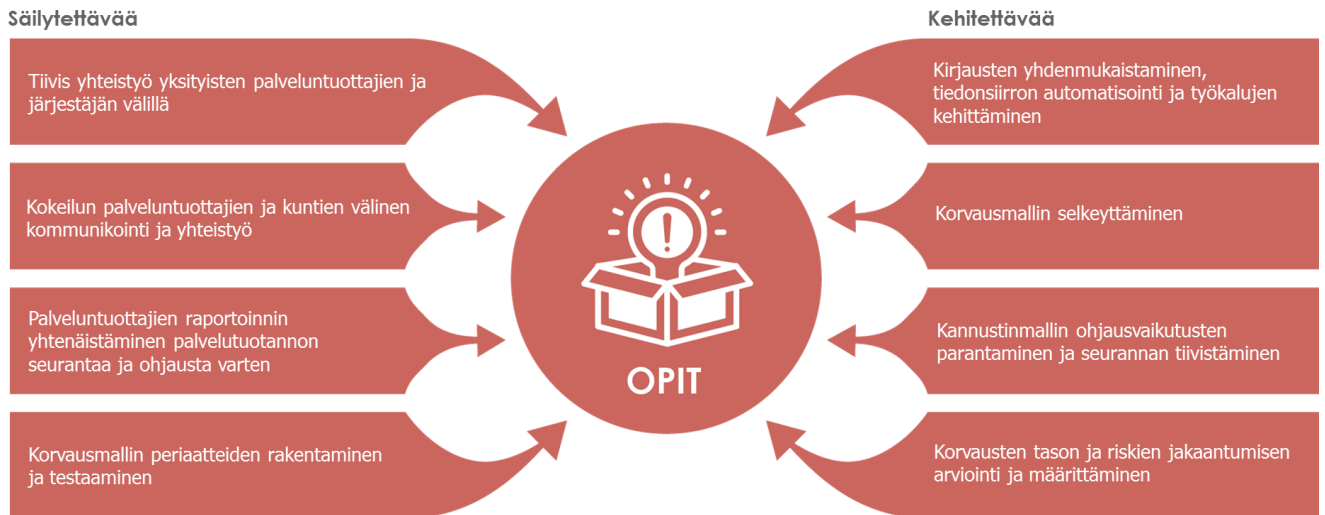
Edelleen kehitettäviä kokonaisuuksia ovat työkalujen ja tietojärjestelmien kehittäminen ja ennen kaikkea tietojen siirtyminen eri järjestelmien välillä, korvausmallin ja kannustinjärjestelmän jatkokehittäminen ja yksinkertaistaminen, sosiaali- ja terveystalouden sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio ja hoitoketjujen sujuvuus, sekä julkisen palvelutuotannon kehittäminen ja pienten toimijoiden osallistumismahdollisuuksien tukeminen.



Kuva 9. Vastaanottopalvelujen osuuden keskeiset opit

Suun terveydenhuollon osuudessa merkittäviä onnistumisia ja säilytettäviä toimintatapoja ovat kehitetty kommunikaatio ja yhteistyö niin palveluntuottajien ja järjestäjän kuin yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä, kehitetty raportoinnin yhtenäistäminen ja kokeilussa testatut korvausmallin ja kannustinjärjestelmän rakenteet.

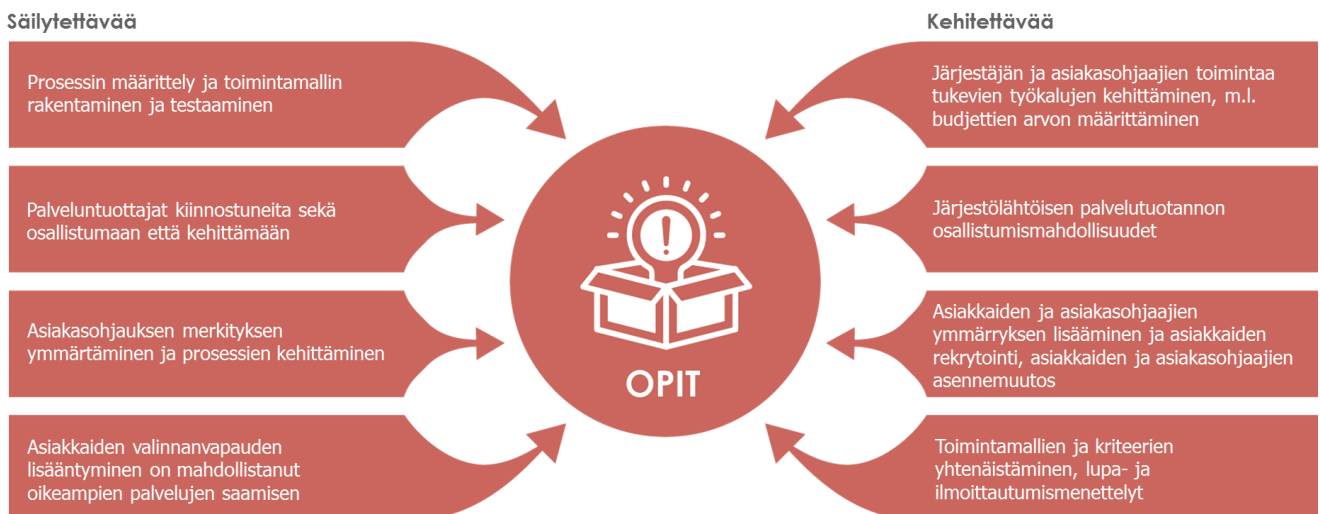
Edelleen kehitettäviä kokonaisuuksia ovat kirjausten yhdenmukaistaminen, työkalujen ja tietojärjestelmien kehittäminen – ennen kaikkea tietojen siirtyminen eri järjestelmien välillä, korvausmallin ja kannustinjärjestelmän jatkokehittäminen ja yksinkertaistaminen, sekä korvaustasojen ja riskien jakaantumisen tarkastelu.



Kuva 10. Suun terveydenhuollon osuuden keskeiset opit

Henkilökohtaisen budjetin osuudessa merkittäviä onnistumisia ja säilytettäviä toimintatapoja ovat määritellyt toimintamallit ja –prosessit, palveluntuottajien osallistaminen, asiakasohjauksen merkityksen ymmärtäminen ja kehitetyt asiakasohjauksen prosessit, sekä ennen kaikkea asiakkaiden saama hyöty.

Edelleen kehitettäviä kokonaisuuksia ovat järjestelmien ja työkalujen kehittäminen, järjestölähtöisen palvelutuotannon osallistumismahdollisuuksien tukeminen, kaikkien toimijoiden kouluttaminen henkilökohtaisen budjetin ideologiaan ja asennemuutos, sekä toimintamallien ja kriteerien yhtenäistäminen ja lupa- ja ilmoittautumismenettelyt.



Kuva 11. Henkilökohtaisen budjetin osuuden keskeiset opit

Kaiken kaikkiaan hankkeen toimintaan osallistuneilta eri kanavien kautta vapaamuotoisesti sekä fyysisesti tavanneista ja sähköisistä asiakasraadeista saatu palaute on ollut pääosin myönteistä. Asiakkaat ovat olleet erittäin tyytyväisiä mahdollisuuteen valita palveluntuottajansa ja henkilökohtaisen budjetin osalta myös palvelujensa sisältöjä. Asiakkaat ovat saaneet palvelunsa nopeammin, joka on ollut suurin valintojen tekemisen syy. Lähes kaikki asiakkaat olisivat halunneet kokeilun jatkuvan kauemmin tai vastaavan pysyvän toimintamallin ottamista käyttöön.

Henkilöstö on saanut mahdollisuuden ja vauhdittajan oman toiminnan kehittämiseksi. Ymmärrys ja osaaminen sekä toimintaympäristön muutoksista että toiminnan kehittämisen mahdollisuuksista on lisääntynyt.

Päätäjien ja valmistelijoiden ymmärrys sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuvista muutoksista, asiakkaiden käyttäytymisestä ja toiminnan järjestämisestä on lisääntynyt ja kokeilu on tuottanut paljon oppeja järjestämisestä.

7 Pysyvä toiminta ja jatkotoimet

Sipilän hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus kariutui alkuvuonna 2019, jolla oli syvät vaikutukset valinnanvapauskokeilulle. Kokeilun alkaessa näytti siltä, että Sipilän hallituksen aloittama sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus oli vääjäämättä menossa läpi. Tämän vuoksi myös kokeilujen järjestäminen oli välttämätöntä, että tietämys valinnanvapauden 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.

Terveydenhuollon toimintaympäristö on kuitenkin joka tapauksessa kokemassa suuria muutoksia tulevaisuudessa. Suomen väestö ikääntyy kovemmalla vauhdilla kuin väestöennusteissa on arvioitu ja palvelutarpeet lisääntyvät entisestään. Uudistuksen kariutumisesta huolimattamatta järjestäjien ja kaikkien muidenkin toimijoiden tulee pystyä vastaamaan muuttuvaan toimintaympäristöön.

Huomioitavaa tulevaisuuden toimintamallien rakentamisessa on:

1. Hallinnon kustannusten merkittävä vähentäminen
2. Asiakkaiden ohjautumisen hallinta
3. Rajalliset resurssit
4. Kokeilussa mukana olleiden asiakkaiden kustannusten huomiointi
5. Vain vaikuttavia palveluita kannattaa ostaa

Tavoitteena tulee olla järjestää **kustannusneutraalia ja vaikuttavaa palvelutuotantoa asiakaslähtöisesti.**

Huomioitavaa tulevaisuuden toimintamallien rakentamisessa

<p>1</p> 	<p>Hallinnon kustannusten merkittävä vähentäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuaalisen työn automatisointi (erityisesti potilastietojen kirjaaminen ja siirto) • Koordinoinnin ja laatumittareiden tehostaminen
<p>2</p> 	<p>Asiakkaiden ohjautumisen hallinta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toiminta ei voi olla kustannusneutraalia, jos aiemmin palvelunsa itse maksaneet asiakkaat siirtyvät julkisen sektorin maksettavaksi • Asiakslähtöinen asiakasohjaus
<p>3</p> 	<p>Rajalliset resurssit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rajalliset resurssit eivät mahdollista aitoa monituottajamallia, vaan tarkoittavat joustavampaa tapaa ostaa palveluita yhdeltä tai muutamalta tuottajalta
<p>4</p> 	<p>Vava-asiakkaiden kustannusten huomiointi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kokeilun piirissä olleiden asiakkaiden rahoitus tulee järjestää itse tuen päättyessä – olennaista asiakkaiden valitsema sektori kokeilun loputtua
<p>5</p> 	<p>Vain vaikuttavia palveluita kannattaa ostaa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perinteisestä suoritepohjaisesta ostamisesta kannattaa pyrkiä kohti vaikuttavuusperusteista palveluiden hankintaa

Kuva 12. Huomioitavaa tulevaisuuden toimintamallien rakentamisessa

7.1 Siirtyminen pysyvään toimintaan

Keski-Uudenmaan sote –kuntayhtymä on alusta alkaen valmisteltu monituottajamalli huomioiden ja se aikoo jatkaa palvelujen järjestämistä monituottajamallilla ja asukkailleen valinnanvapautta tarjoten.

Kokeilussa käynnistettyä toimintaa jatketaan uuden Rinteen hallituksen sote-uudistuksen aikatauluista riippumatta joka tapauksessa, tietoa ja kokemuksia toiminnan kehittämiseen sekä alueelliselle että valtakunnalliselle tasolle tuottaen. Tuloksien ja vaikuttavuuden arviointi on jatkuvaa.

Visio: 2020-luvulla sote-palveluja tuotetaan Uudellamaalla monipuolisessa tuottajaverkostossa, jossa asiakkailla on mahdollista vertailla ja valita itselleen mieluisimmat palvelut, tuottajat ja tuotantotavat.

7.1.1 Kokeilusta kuntayhtymän toimintamalleiksi

Kunnissa on suhtauduttu myönteisesti meneillään oleviin kokeiluihin ja palvelujen valinnanvapautta on tarkoitus jatkaa Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymässä joka tapauksessa, voimassa olevan lainsäädännön mahdollistamana. Valinnanvapauden lisääminen kuntien toimintaan edellyttää kuitenkin kokeilujen toimintamallien saamista

kustannusneutraaleiksi, joka puolestaan edellyttää toimintamallien jatkuvaa kehittämistä ja tiedolla johtamista.

Kuntayhtymään ollaan ottamassa käyttöön uusia kokeilun kokemusten perusteella kehitettyjä parannettuja kokonaisvaltaisia palvelusetelimalleja. Tavoitteina palvelusetelimalleilla on toimia oman palvelutuotannon täydentäjänä, jotta kuntayhtymän asukkaille voidaan taata yhdenvertainen palvelujen saatavuus asetetussa tavoiteajassa, sekä tarjota oman tuotannon rinnalle joustava ja kustannusneutraali vaihtoehto vaikuttavien palvelujen tuottamiseksi.

Perusterveydenhuollon uudessa palvelusetelimalissa asiakkaat voivat julkisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella valita käyttämänsä palveluntuottajan. Palveluntuottajien korvaukset muodostuvat järjestäjän tuottajalle maksamista kapitaatiokorvauksista ja asiakkaan tuottajalle maksamista omavastuuosuuksista. Järjestäjän maksama kapitaatiokorvaus on ensimmäisen 6 kk ajan korotettu. Mallia voidaan kehittää jatkossa mm. tuomalla mukaan erillisiä asiakassegmenttejä sekä ottamalla käyttöön kannustinjärjestelmä. Mallin periaatteet on kuvattu kuvassa 13 ja laajemmin liitteessä 20.

Vastaanottopalvelujen monituottajamalli käynnistyy yksinkertaisena kapitaationa – mallia on tarkoitus jatkokehittää yhteistyössä palveluntuottajien kanssa

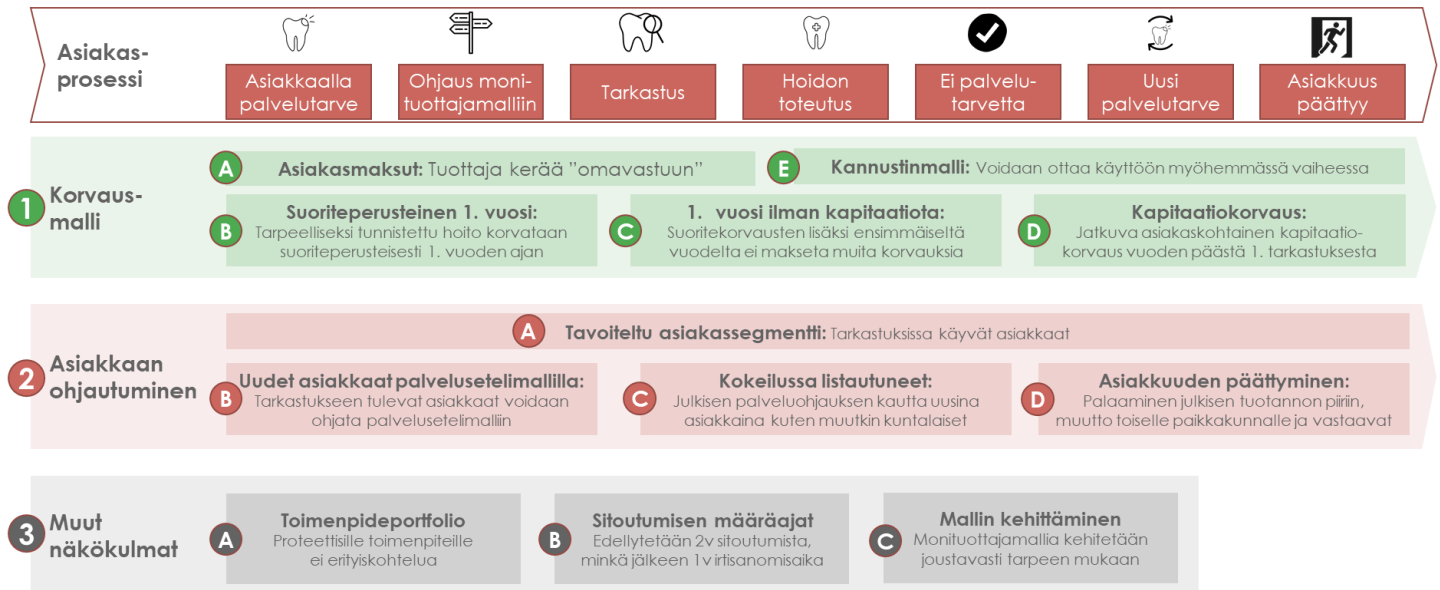


Kuva 13. Vastaanottopalvelujen uusi palvelusetelimalli

Myös **suun terveydenhuoltoon** ollaan ottamassa käyttöön uusi kokonaisvaltainen palvelusetelimalli, jossa asiakkaat voivat saada palvelutarpeen arvioinnin perusteella palvelusetelin tutkimuksen sisältävälle hoitajaksolle sekä kokonaisvastuupalveluun. Palvelusetelin korvausmalli rakentuu ensimmäisen vuoden ajan suoriteperusteisiin korvauksiin ja sen jälkeen vähintään kahden vuoden sitoutumisen ajan kapitaatiokorvaukseen. Mallilla tavoitellaan nykyistä parempaa ohjausta ja kannustimia ennaltaehkäisyyn ja vaikuttavuuteen. Myös suun terveydenhuollon palvelusetelimallin

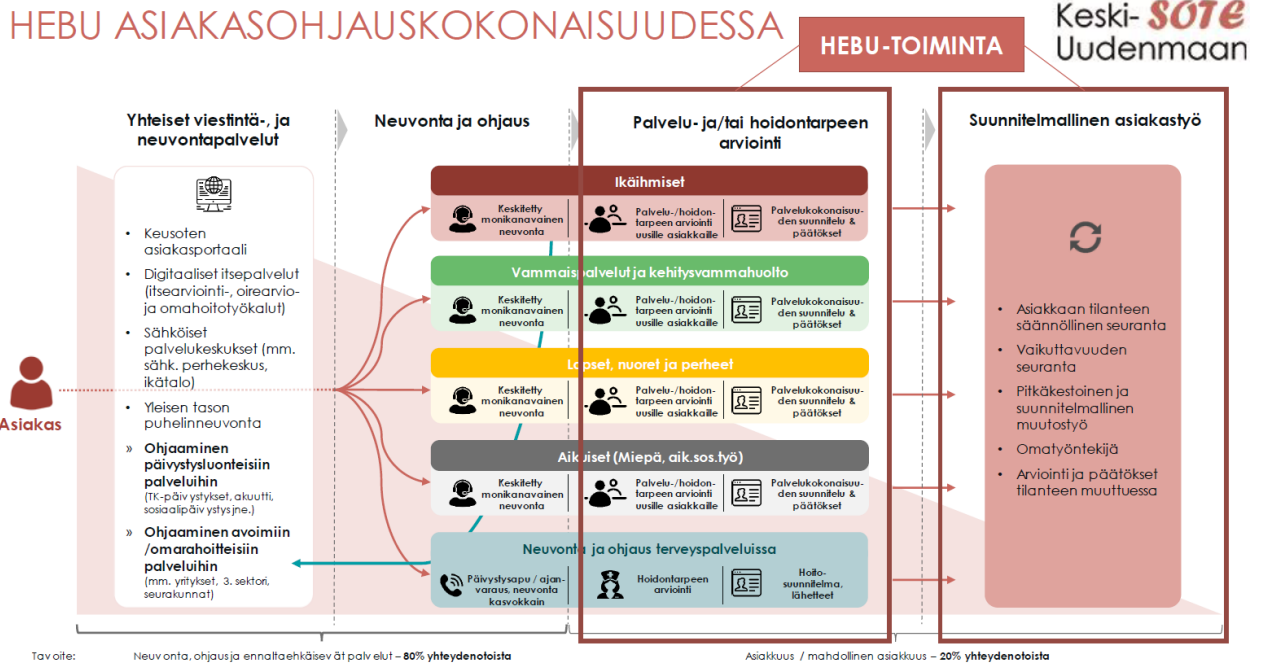
joustavuus tarjoaa mahdollisuuden kehittää mallia jatkuvasti esim. tuomalla mukaan uusia elementtejä. Mallin periaatteet on kuvattu kuvassa 14 ja laajemmin liitteessä 21.

Merkittävimmät muutokset valinnanvapauskokeiluun kohdistuvat 1) korvausmalliin ja 2) asiakkaiden ohjautumiseen



Kuva 14. Suun terveydenhuollon uusi palvelusetelimalli

Henkilökohtaisen budjetin ideologiaa ja toimintatapaa aiotaan kuntayhtymässä toteuttaa kehittäen asiakasohjausta ja laajentaen toimintamallia useisiin asiakasryhmiin sekä koko kuntayhtymän alueelle. Tavoitteena on asiakkaiden osallisuuden lisääntyminen ja asiakaslähtöisen toimintatavan lisääntyminen. Toimintatavan on tarkoitus sekä lisätä asiakkaiden mahdollisuuksia vaikuttaa omiin palveluihinsa että parantaa palvelujen saatavuutta. Maksuinstrumentteina voidaan käyttää joko palveluseteleitä tai maksusitoumuksia. Alussa toimintamallia ollaan ottamassa käyttöön omaishoidon, vammaisten, jälkihuoltoonortien ja lapsiperheiden kotipalvelun asiakasryhmissä.



Kuva 15. Henkilökohtaisen budjetin soveltaminen kuntayhtymässä

7.2 Ideoita jatkokehitykselle

Toimintaa kehitettäessä huomiota tulee kiinnittää etenkin järjestäjän toiminnan tehostamiseen ja vaadittavien toimintojen automatisointiin ja työkalujen kehittämiseen. Etenkin tiedolla johtamisen tueksi, järjestäjän tulee kehittää toimintatapaansa sekä tarvittavia työkaluja systemaattiseen seurantaan, ohjaukseen ja toimintojen suunnitteluun kustannusten, laadun, vaikuttavuuden ja palvelutuotannon näkökulmasta.

Lisäksi on olennaista keskittyä asiakkaiden ja tuottajien jatkuvaan tiedottamiseen sekä tuottajien tiiviiseen osallistamiseen yhteistyön suunnitteluun ja kehittämiseen. Yhteistyön tiivistäminen myös perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon integraatioiden edistämiseksi on tärkeää.

Pääviestit kokeilun kokemuksista kaikkea jatkokehittämistä varten ovat:

- Tarvekiointi on tarpeellista, toteutettavissa ja kaikkien osapuolten etu.
- Kannustinjärjestelmä on tarpeellinen, toteutettavissa ja kaikkien osapuolten etu.
- Suun terveydenhuollon palvelutuotannossa ja korvausmallissa kapitaatioperusteinen rahoitus on vaikeampaa kuin perusterveydenhuollossa.
- Henkilökohtainen budjetti on ehkä helpoiten hyväksyttävää ja vähiten kritiikkiä herättävää, mutta edellyttää kuitenkin ehkä eniten toiminnan ja asenteiden muutosta.
- Tietojärjestelmiin ja ennen kaikkea tietojen siirtymiseen eri järjestelmien välillä tarvitaan paljon kehittämistä kaikkien osapuolten osalta.

8 Liitteet

Taulukko 3: Liitteet

Liite	Liitteen nimi
1.	Vastaanottopalvelujen sääntökirja
2.	Henkilökohtaisen budjetin sääntökirja
3.	Suun terveydenhuollon sääntökirja 2018
4.	Suun terveydenhuollon sääntökirja 2019
5.	Henkilökohtaisen budjetin menettelyohje 2019
6.	Vastaanottopalvelujen väliarviointi
7.	Vastaanottopalvelujen kannustinlaskennan tulokset
8.	Vastaanottopalvelujen laskennallisen säästöbonukset tulokset
9.	Kokeilun korvausmallit
10.	Henkilökohtaisen budjetin tutkimussuunnitelma
11.	Alkuperäinen hankesuunnitelma
12.	Suun terveydenhuollon hankesuunnitelma
13.	Laajennuksen hankesuunnitelma
14.	Jatkorahoituksen hankesuunnitelma
15.	Suun terveydenhuollon väliarviointi
16.	Henkilökohtaisen budjetin väliarviointi
17.	Osa-alueiden tilannekatsaus 23.8.2019
18.	Järjestölähtöisen palvelutuotannon Tulevaisuus-työpajat
19.	Suun terveydenhuollon kokeilun loppuarviointi
20.	Vastaanottopalvelujen palvelusetelimallin tiivistelmä
21.	Suun terveydenhuollon palvelusetelimallin tiivistelmä