

Pia Maria Jonsson, Kimmo Parhiala, Timo Sinervo,
Anna-Mari Aalto, Timo T. Seppälä, Jukka Kärkkäinen ja
Riikka Väyrynen

Palvelusetelikokeilun arviointikehikko

Toukokuu 2017

Valtioneuvoston selvitys-
ja tutkimustoiminnan
julkaisusarja 46/2017

KUVAILULEHTI

Julkaisija ja julkaisuaika	Valtioneuvoston kanslia, 3.5.2017
Tekijät	Pia Maria Jonsson, Kimmo Parhiala, Timo Sinervo, Anna-Mari Aalto, Timo T. Seppälä, Jukka Kärkkäinen & Riikka Väyrynen
Julkaisun nimi	Palvelusetelikokeilun arviointikehikko
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 46/2017
Asiasanat	Valinnanvapaus, terveydenhuolto, sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto

Julkaisun osat/ muut tuotetut versiot

Julkaisuaika	Huhtikuu, 2017	Sivuja 30	Kieli Suomi
---------------------	----------------	------------------	--------------------

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän palvelusetelikokeilun tavoitteena on löytää valinnanvapauden malli, joka on sekä taloudellisesti tarkoituksenmukainen että mahdollistaa asiakkaiden yhdenvertaisen hoitoon pääsyn. Lisäksi asiakkaiden osallistumisella palvelujen valintaan kannustetaan tuottajia kehittämään palvelujaan. Kokeiluun osallistuvat kunnat valittiin syksyllä 2016 ja kokeilut ovat käynnistyneet vuoden 2017 alussa. Palvelusetelikokeilu on osa hallituksen Palvelut asiakaslähtöiseksi-kärkihanketta.

Palvelusetelikokeilun arviointityön tukemista varten Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on laatinut arviointikehikon, joka nostaa esiin kokeilun onnistumisen ja kokeilun tuottaman tiedon hyödynnettävyyden kannalta keskeisiä kysymyksiä. Toimivan arviointikehikon rakentaminen liittyy läheisesti koko kokeiluaseman luomiseen. Kehikon muodostamisessa on pyritty huomioimaan kokeilualueiden erityispiirteet ja mahdollisuudet kerätä ja raportoida arvioinnin kannalta keskeistä tietoa.

Arvioinnin lähtökohtana on selvittää, toteutuvatko valinnanvapauden välttämättömät edellytykset: Ovatko asiakkaat tietoisia oikeudesta valita? Onko riittävästi vaihtoehtoisia palvelutuottajia? Onko asiakkailla saatavilla riittävästi vertailutietoa vaihtoehtoista? Seuraako raha sujuvasti asiakasta valitulle tuottajalle? Arviointityössä on tärkeää tarkastella myös mitkä ovat kokeilujen seurannaisvaikutukset järjestäjien, palvelutuotannon, talouden, henkilöstön ja asiakkaiden näkökulmasta.

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2016 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare & utgivningsdatum	Statsrådets kansli, 3.5.2017		
Författare	Pia Maria Jonsson, Kimmo Parhiala, Timo Sinervo, Anna-Mari Aalto, Timo T. Seppälä, Jukka Kärkkäinen & Riikka Väyrynen		
Publikationens namn	Utvärderingsram för försök med servicesedlar		
Publikationsseriens namn och nummer	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 46/2017		
Nyckelord	Valfrihet, hälsovård, socialvård, primärvård		
Publikationens delar /andra producerade versioner			
Utgivningsdatum	April, 2017	Sidantal 30	Språk FIN

Sammandrag

Målet med Social- och hälsovårdsministeriets försök med servicesedlar är att hitta en modell som är ekonomiskt ändamålsenlig och möjliggör jämlik tillgång till vård och service. Klienternas aktiva val ska främja utvecklingen av serviceproduktionen. De kommuner som deltar i försöket valdes hösten 2016 och försöken inleddes i början av år 2017. Försöket med servicesedlar utgör en del av regeringens spetsprojekt Kundorienterad service.

För att stödja arbetet med att utvärdera försöket med servicesedlar har Institutet för hälsa och välfärd utvecklat en utvärderingsram som lyfter fram centrala frågor kring hur försöket lyckats och hur användbar den information som producerats i försöket varit. Utformandet av en fungerande utvärderingsram hänger starkt ihop med hela försöksuppläggningsen. Vid utformningen av utvärderingsramen har man försökt beakta de olika försöksområdenas särdrag och möjligheter att samla in och rapportera sådan information som är viktig med tanke på utvärderingen.

Utgångspunkten i utvärderingsarbetet är att utreda om de nödvändiga förutsättningarna för valfrihet förverkligas i försöket: Känner klienterna till sin rätt att välja? Har klienterna tillräckligt med alternativ att välja mellan och tillräckligt med jämförelseinformation om alternativen? Följer pengarna klienten smidigt till den valda serviceproducenten? I utvärderingsarbetet är det också viktigt att granska vilka konsekvenser försöken har ur tillhandahållarnas, serviceproduktionens, ekonomins, personalens och klienternas perspektiv.

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2016 (tietokayttoon.fi/sv).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

DESCRIPTION

Publisher and release date	Prime Minister´s Office, 3.5.2017		
Authors	Pia Maria Jonsson, Kimmo Parhiala, Timo Sinervo, Anna-Mari Aalto, Timo T. Seppälä, Jukka Kärkkäinen & Riikka Väyrynen		
Title of publication	Assesment Framework for Service Voucher Pilot		
Name of series and number of publication	Publications of the Government´s analysis, assessment and research activities 46/2017		
Keywords	Freedom of choice, health services, social services, primary health care		
Other parts of publication/ other produced versions			
Release date	April, 2017	Pages 30	Language FIN

Abstract

The objective of the service voucher pilot launched by the Ministry of Social Affairs and Health is to identify a model for freedom of choice which is both economically most advantageous and also ensures equal access to care and services. In addition, with customer participation service providers are encouraged to develop service provision. Municipalities were selected for participation in the pilot scheme in the autumn of 2016, and the pilots were launched at the beginning of 2017. The service voucher pilot scheme is part of the Government's key project 'Services to be based on customer needs'.

To support the assessment of the service voucher pilot, the National Institute for Health and Welfare has prepared an assessment framework which will address questions related to the pilot scheme's success and the usability of data obtained during the pilot. Building an effective assessment framework is essential to the entire pilot scheme. Every effort has been made to take account of the special features of the participating regions and opportunities for collecting and reporting information considered essential to the assessment.

The objective of the assessment is to establish whether the key requirements for freedom of choice are fulfilled; in other words, are customers aware of their right to choose? Are they provided with enough choices and information? Is the payment of the service provider selected by the customer arranged smoothly and efficiently? For the purpose of the assessment, it is also important to pay attention to the secondary impacts of the pilot scheme from the perspectives of organisers, service providers, the economy, personnel and customers.

This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2016 (tietokayttoon.fi/en).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



SISÄLLYS

1. Tausta	7
2. Valinnanvapauden tavoitteet ja toteutuksessa ratkaistavat kysymykset	9
2.1 Yhteiskunnalliset tavoitteet	9
2.2 Mitä valinnanvapaudella tässä kokeilussa tarkoitetaan?	9
2.3 Ratkaistava ennen kokeilua – tai osana sitä	10
3. Arviointikysymykset	12
3.1 Toteutuvatko valinnanvapauden välttämättömät edellytykset?	12
3.1.1 Asiakkaat tuntevat oikeutensa valita	12
3.1.2 Asiakkailla on riittävästi valinnanvaraa	12
3.1.3 Asiakkaiden saatavilla on vertailutietoa valinnan vaihtoehtoista	13
3.1.4 Raha seuraa asiakasta valitulle tuottajalle	13
3.2 Saavutetaanko valinnanvapaudelle asetetut tavoitteet? – Valinnanvapauden seurannaisvaikutusten arviointi	13
3.2.1 Järjestäjätahojen toiminta	14
3.2.2 Palveluverkko ja tuottajakunnan rakenne	15
3.2.3 Tuottajien toiminta	16
3.2.4 Taloudelliset seurannaisvaikutukset.....	17
3.2.5 Vaikutukset palvelujen saatavuuteen, laatuun ja tasavertaisuuteen	18
3.2.6 Henkilöstön näkemykset ja kokemukset.....	19
3.2.7 Asiakkaiden näkemykset ja kokemukset	20
3.2.8 Vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin	22
3.3. Tulosten tulkinnasta	22
4. Kokeilualueet ja arviointi	23
4.1 Jyväskylä	23
4.1.2 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut.....	24
4.1.3 Arvioinnin kannalta keskeistä	24
4.2 Ylä-Savon SOTE	24
4.2.1 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut.....	25
4.2.2 Arvioinnin kannalta keskeistä	25
4.3 Hämeenlinna.....	25



4.3.1 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut.....	26
4.3.2 Arvioinnin kannalta keskeistä	26
4.4. Tampere.....	26
4.4.1 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut.....	27
4.4.2 Arvioinnin kannalta keskeistä	27
4.5 Keski-Uudenmaan sote	27
4.5.1 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut.....	28
4.5.2 Arvioinnin kannalta keskeistä	28
Lähteitä ja tausta-aineistoja	29

1. TAUSTA

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimushankerahakemus ”Sote-uudistuksen vaihtoehtoiset ratkaisut” sai keväällä 2016 Valtioneuvoston kanslialta myönteisen rahoituspäätöksen. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa sote-uudistukseen liittyvään valinnanvapauden malliin ja sen vaikutusten arviointiin liittyvää tietoa. Sosiaali- ja terveysministeriön ja THL:n välillä käytyjen tarkentavien keskustelujen perusteella hanke on keskittynyt valinnanvapausjärjestelmän suunnittelua tukevan palvelusetelikokeilun arviointikehikon rakentamiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän palvelusetelikokeilun tavoitteena on löytää konkreettisesti tarkoituksenmukainen, yhdenvertaisen hoitoon ja palveluun pääsyn mahdollistava, asiakkaiden osallistumiseen ja palvelutuotannon kehittämiseen kannustava malli. Kokeiluun osallistuvat kunnat valittiin syksyllä 2016 ja kokeilut suunnitellaan toteutettaviksi vuosina 2017-2018.¹ Rakentaakseen palvelusetelikokeilun arviointikehikkoa THL on muodostanut työryhmän, joka on perehtynyt kokeilukuntien palvelutuotantoon, palvelusetelikokeilusetelmiin sekä kokeilun seurannan ja arviointiyhteistyön edellytyksiin.

THL on aiemmin selvittänyt perusterveydenhuollon valinnanvapauskäytäntöjä Pohjoismaissa ja näiden soveltuvuutta Suomeen sekä tuottanut yhteenvetoja valinnanvapauden toteutustavoista Euroopan eri maissa^{2,3}. Laitoksen tutkijat ovat käsitelleet tuottajakunnan laajentamiseen ja monipuolistamiseen liittyviä näkökohtia⁴ sekä kuvanneet valinnanvapauden toteutuksessa ratkaistavia kysymyksiä^{5,6}. THL:n Järjestelmät –osastolla on lisäksi toteutettu kaksi laajaa valinnanvapauden käytäntöihin liittyvää tutkimushanketta, Valva- ja Valint-hankkeet, joista voidaan ammentaa tietoa valinnanvapauden toimeenpanon tueksi^{7,8}.

Julkaisuista ja aiemmasta kirjallisuudesta käy ilmi, että asiakkaan valinnanvapaus voidaan teknisesti rakentaa varsin erityyppisille menettelyille kuten henkilökohtaiselle budjetoinnille, Ruotsin kaltaisille palvelukokonaisuuksiin liitettyille valinnanvapausjärjestelmille tai Suomessa pohdinnan kohteena olevalle palvelusetelimenettelylle. Menettelyjä ajatellen keskeisiä ovat myös erilaisiin tilaaja-tuottajamalleihin liittyvät kokemukset, joita on aiemmin selvitetty mm. Reformit-yksikön julkaisemassa taustamuistiossa⁹.

Tässä raportissa käsitellään palvelusetelikokeilun arviointiin liittyviä kysymyksiä, joilla hanke työryhmän käsityksen mukaan on olennaista merkitystä kokeilun onnistumiselle ja siinä tuotetun tiedon hyödynnettävyydelle. Lähtökohtana on, että toimivan arviointikehikon rakentaminen liittyy läheisesti koko kokeilusetelman luomiseen eikä näitä kahta voida suunnittelussa erottaa toisistaan. Selvitys sisältää ehdotuksen kehikoksi, jonka avulla pyritään saamaan mahdollisimman kattava kuva kokeilun luomasta valinnanvapaudesta. Ehdotuksessa on pyrit-

¹ Palvelusetelikokeilut käynnistyvät. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/palvelusetelikokeilut-kaynnistyvat

² Jonsson PM, Nykänen E, Pohjola P, Junnila ML, Hietapakka L et al. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa – Kuvia eräistä Euroopan maista. THL, verkkojulkaisu 2016 (Työpäpaperi 6/2016).

³ Erhola M, Jonsson PM, Pekurinen M, Teperi J. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Helsinki: THL, 2013.

⁴ Häkkinen U, Jonsson PM. Harnessing Diversity of Provision. In: Nordic Health Care Reforms. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Centre for Health Policy, 2009.

⁵ Jonsson PM, Virtanen M. Valinnanvapaus terveydenhuollossa. Järjestäjien ja tuottajien välisessä suhteessa ratkaistavia kysymyksiä. Suomen Lääkärelehti 2013;68(33):1990-93.

⁶ Jonsson PM, Virtanen M. Valinnanvapaus terveydenhuollossa. Potilaan asema. Suomen Lääkärelehti 2013;68(34):2070-73.

⁷ Junnila M, Hietapakka L, Whellams A (toim.). Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Tampere, THL 2016. (Raportti 11/2016)

⁸ Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T (toim.). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki, THL 2016 (Raportti 16/2016)

⁹ Tilajaaja-tuottajamallin käytöstä Suomessa ja eräissä Euroopan maissa. THL, taustamuistio 2016. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/tilajaaja-tuottajamalli.

ty huomioimaan kokeilualueiden erityispiirteet ja mahdollisuudet kerätä ja raportoida arvioinnin kannalta keskeistä tietoa.

Työryhmä osallistui syys-lokakuussa 2016 kunnilta STM:ään tulleiden hankehakemusten arviointiin ja kartoitti näiden pohjalta arviointikehikon luomisen ja arvioinnin toteutuksen edellytyksiä. Pilottiin valitut palvelujärjestäjät, kunnat ja niiden muodostamat yhteistoiminta-alueet ja konsortiot, ovat työskennelleet yhteistyössä THL:n arviointikehikotyöryhmän kanssa. Työryhmä vieraili Jyväskylässä 15.11.2016, Hämeenlinnassa 29.11.2016, Iisalmessa (Ylä-Savon SOTE) 30.11, Tampereella 16.12 ja Hyvinkäällä (Keski-Uudenmaan sote) 19.12.2016. Hankkeeseen osallistuvien kuntien valmiuksien selkeytyessä ja vahvistuessa arviointisuunnitelman kehittäminen on jatkunut vielä vuoden 2017 alkupuolella. Käsillä oleva arviointikehikon teksti on kirjoitettu tammikuussa 2017.

Arviointikehikkoehdotus on tarkoitettu kokeilun kansallisen arvioinnin tueksi, ei ohjeistukseksi yksittäisten arviointialueiden omiin arviointitoimiin, vaikkakin kokeilualueet voivat hyötyä kehikossa esitetyistä arviointinäkökulmista.

Palvelusetelikokeilu –termi on jäänyt kokeilun suunnittelun edetessä taka-alalle. Kokeilusta käytetään nyt yleisesti sekä kokeilualueilla että julkisessa keskustelussa nimeä *valinnanvapauskokeilu*, mikä kertoo kokeilun sisällöstä todenmukaisemmin. Tästä syystä raportin varsinaisessa tekstiosuudessa kokeiluun viitataan valinnanvapauskokeiluna.

Arviointikehikon valmistelusta on vastannut hanketyöryhmä, jossa vastaavana tutkijana on toiminut Pia Maria Jonsson ja koordinaattorina Kimmo Parhiala THL:n Reformit –yksiköstä. Muut tutkimusryhmän jäsenet ovat olleet Timo T. Seppälä, Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö; Anna-Mari Aalto ja Timo Sinervo, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimusyksikkö; Jukka Kärkkäinen, Reformit –yksikkö sekä Riikka Väyrynen Tietopalvelut –osasto.

2. VALINNANVAPAUDEN TAVOITTEET JA TOTEUTUKSESSA RATKAISTAVAT KYSYMYKSET

2.1 Yhteiskunnalliset tavoitteet

Jotta valinnanvapauskokeilusta saataisiin päätöksentekoa hyödyttävää tietoa, kokeilun tavoitteet on syytä suhteuttaa niihin tavoitteisiin, joita yleisesti on asetettu sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslainsäädännön uudistamiselle.⁶ Yhteiskunnallisessa tavoitteenasettelussa voidaan nähdä kaksi toisistaan erottuvaa päälinjaa:

- Valinnanvapaus on demokraattisessa yhteiskunnassa itseisarvo. Tavoitteena on kansalaisten /kuluttajien /potilaiden aseman vahvistaminen suhteessa palvelujärjestelmään ja siinä toimiviin ammattilaisiin.
- Valinnanvapaus on keino kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Tavoitteena on tukea järjestelmässä dynamiikkaa, jonka avulla palvelujen kysyntä ja tarjonta kohtaavat entistä osuvammin. Lisäksi pyritään palvelujen saatavuuden ja laadun parantumiseen ja siihen, että palvelutuotanto monipuolistuu ja vastaa paremmin eri väestöryhmien vaihteleviin tarpeisiin ja toiveisiin.

Tavoitteiden keskinäisellä painoarvolla on merkitystä kokeilun ja sen arvioinnin suunnittelun kannalta. Painotettaessa demokratia-aspektia keskeisiksi muodostuvat asiakkaiden kokeman vapauden sekä järjestelmän ja asiakkaiden välisten valtasuhteiden kuvaaminen ja analysointi. Jos taas valinnanvapaus ensisijaisesti nähdään keinona parantaa järjestelmän toimivuutta, kokeilussa käytettäviksi onnistumisen mittareiksi soveltuvat parhaiten yleiset sote-palveluiden saatavuuden, laadun ja kustannusvaikuttavuuden mittarit.

- *Suunnitellussa kokeilussa ja sen arvioinnissa ei ole selkeästi suljettu pois kumppaakaan tavoitetta. Lähtökohdana on siis, että sekä asiakasnäkökulma että järjestelmän näkökulma ovat tärkeitä ja niitä molempia pyritään valottamaan tutkimuksellisesti.*

2.2 Mitä valinnanvapaudella tässä kokeilussa tarkoitetaan?

Yleisen tavoitteenasettelun rinnalla on tärkeää määritellä, mitä valinnanvapaus –käsite kokeilussa tarkoittaa ja miten se rajautuu. On tarpeen kuvata tarkoin se muutosvaihtoehto (interventio), jota kokeilussa tutkitaan ja päättää, mihin sitä arvioinnissa vertaillaan. Kokeilulle altistettavasta ryhmästä ja vertailuryhmästä /-ryhmistä tulee olla mahdollista kerätä ja analysoida samoja arvioinnin pohjaksi tarvittavia tietoja.

Pelkkä tieto siitä, että kokeilu kohdistuu palvelusetelimallilla toteutetun valinnanvapauden tutkimiseen, ei ole tutkimusasetelman kannalta riittävän tarkka. Jotta tutkimuksesta saataisiin hyödynnettävää tietoa, on välttämätöntä kuvata intervention tarkempi sisältö. Lisäksi on tärkeää tietää onko kokeilumalli yhtenäinen vai esiintyykö siinä kokeilualueiden tai kokeiluun osallistuvien ryhmien välistä vaihtelua esimerkiksi palvelusetelituottajien hyväksymis- ja korvausmenettelyjen suhteen.

Laajan tutkimusmateriaalin kerääminen yhtenäisestä mallista antaa kvantitatiivisesti luotettavampaa tietoa kuin vastaavan laajuisen mutta sirpaleisen materiaalin kerääminen malleista, joiden periaatteelliset yksityiskohdat vaihtelevat toisistaan. Jälkimmäinen vaihtoehto voi kuitenkin olla puolusteltavissa, jos mieluummin halutaan kattavaa, pinnallista tietoa kuin syvempää, mutta yleistettävyydeltään rajallista tietoa.

- *Tässä kokeilussa yhtenäinen kansallinen malli olisi periaatteessa mahdollinen, jos rahoittaja dialogissaan kokeilualueiden kanssa näin päättäisi ja alueet olisivat halukkaita ja kykeneviä mallejaan tähän suuntaan kehittämään. Hyväksytyt hankehakemukset edustavat kuitenkin tutkimusasetelmallisesti ja sisällöllisesti varsin erilaisia ratkaisuja. Näin kokeilu tulee todennäköisesti kattamaan laajan joukon ratkaisuja, mutta tulokset eivät tilastollisessa ja tutkimuksellisessa mielessä tule olemaan yhtä vedenpitäviä kuin homogeenisemmassa tutkimusmateriaalissa.*

Kokeilevaan tutkimukseen kuuluu olennaisesti kontrastin luominen kokeiltavan mallin ja vertailuvaihtoehdon välille. Vertailukohteen pitäisi olla realistinen ja edustaa samankaltaista lähtötilannetta kuin se, joka vallitsi koealueella ennen valinnanvapausinterventiota. Jos kohtuullisen vertailukelpoista aluetta ei ole saatavilla, vertailu voidaan tehdä kokeilualueen sisäisenä pitkäaikaisena vertailuna ajassa ennen – jälkeen –periaatteella. Koska ajassa kuitenkin aina tapahtuu muutoksia, tällainen asetelma on johtopäätöksien tekoa ajatellen huomattavasti heikompi kuin samanaikainen koe- ja verrokkialueen tarkastelu.

- *Rahoitusta saaneet kuntakohtaiset hankesuunnitelmat eivät sisällä koealueille valikoituja kontrollialueita. Kunkin kokeilualueen taustakunnasta /-kunnista voidaan kuitenkin tuottaa yleisluontoista vertailutietoa olemassa olevien tiedonkeruiden pohjalta.*

2.3 Ratkaistava ennen kokeilua – tai osana sitä

Suunnitteilla olevassa valinnanvapauskokeilun arvioinnissa sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemät kokeilualueiden yhteiset toimintaperiaatteet voidaan mieltää tulevaa kansallista lainsäädäntöä korvaaviksi menettelyiksi. Osallistuvien kuntien vastuut ja tehtävät taas jäljittelevät tulevien maakuntien vastuita ja tehtäviä.

Yleensä kokeiluinterventio pyritään määrittelemään yksiselitteisesti ennen tutkimuksen alkua eikä siinä tehdä muutoksia tutkimuksen edetessä, elleivät esim. turvallisuuskohdat tätä vaadi.

- *Valinnanvapauskokeilussa on kuitenkin mahdollista jättää osa tutkittavaan malliin liittyvistä käytännön valinnoista itse kokeilun sisään. Tällöin esimerkiksi asiakasinformaation tuottaminen ja jakaminen sekä hyväksymismenettelyjen määrittely tapahtuu osittain kullakin kokeilualueella kokeilujan puitteissa. Näiden menettelyjen toimivuus antaa samalla tietoa järjestäjätahojen osaamisesta ja valinnanvapausmallin realistisista toimintaedellytyksistä.*

Riippumatta siitä, millä tasolla palvelusetelin toimintaperiaatteista sovitaan, kokeilun alkuvaiheissa on ratkaistava ja kuvattava sovellettavan mallin tai mallien keskeiset piirteet ja menettelyt.^{3,4}

1. Mitä valinnanvapaus koskee – niiden palvelukokonaisuuksien määrittely, joiden tuottamiseen tuottajat sitoutuvat ja joista asiakkaat valitsevat
2. Tuottajakunta – minkälaiset tuottajat pääsevät järjestelmään mukaan, tuottajien hyväksymiskriteerit ja järjestelmästä poistumisen säännöt
3. Tuottajien ilmoittautuminen, kilpailukeinot ja omasta toiminnasta päättäminen
4. Korvausmenettelyt ja korvausperusteet – miten korvaukset lasketaan ja miten ne käytännössä maksetaan
5. Asiakkaiden asema – kuka /ketkä vastaavat kuluttajainformaatiosta ja miten ”heikkojen” kuluttajien asemaa vaalitaan
6. Järjestäjien ja tuottajien valvonta – millaista omavalvontaa edellytetään, mahdolliset auditointimenettelyt, yhteiset seuranta- ja valvontarutiinit
7. Sovelletaanko 1-6. kohdissa ja miten laajasti kokeilulle yhteisesti määritellyjä menettelyjä vai jätetäänkö tilaa aluekohtaisille ratkaisuille.

3. ARVIOINTIKYSYMYKSET

3.1 Toteutuvatko valinnanvapauden välttämättömät edellytykset?

Ennen kuin pilotoitavan valinnanvapausmallin voidaan odottaa johtavan toivottuihin asiakas- ja järjestelmätason vaikutuksiin, on aihetta tutkia toteutuvatko valinnanvapauden välttämättömät edellytykset mallia sovellettaessa. Jos välttämättömät edellytykset eivät toteudu, ei ole perusteltua aihetta odottaa seurannaisvaikutuksia asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin tai palvelujärjestelmän laatuun ja kustannusvaikuttavuuteen.

Valinnanvapauden toimivuutta ja sen edellytyksiä on aiemmin tutkittu melko runsaasti¹⁰. Keskeisinä edellytyksinä, jotka jo määritelmällisestikin muodostavat osan valinnanvapauden käsitettä, voidaan pitää seuraavia seikkoja: 1. Asiakkaat tuntevat oikeutensa valita eri palvelutuottajien ja –yksiköiden välillä ja tietävät, kuinka valinnat käytännössä voi suorittaa; 2. Asiakkailta on riittävästi valinnanvaraa, jotta valintojen tekeminen olisi mielekästä; 3. Asiakkaiden saatavilla on ajantasaista, ymmärrettävää ja luotettavaa vertailutietoa valinnan vaihtoehtoista; 4. Raha seuraa asiakasta oikeudenmukaisesti ja joustavasti valitulle tuottajalle. Jokaiseen näistä edellytyksistä ja teemoista liittyy omia tutkimuksellisia näkökohtiaan.

3.1.1 Asiakkaat tuntevat oikeutensa valita

Englannissa ja Ruotsissa, missä valinnanvapausmalleja on sovellettu useiden vuosien ajan, on luotu kysymyspattereita, joiden avulla valinnanvapauden edellytysten toteutumista on seurattu ja arvioitu¹¹. Osin näitä esikuvia seuraten THL on Valva¹¹- ja Valint¹²-hankkeissaan täydentänyt ja hyödyntänyt mm. ATH-kyselyä¹³. Kysymyksillä mitataan esimerkiksi sitä, missä määrin väestö tuntee kansallisen ja EU-lainsäädännön luomia valinnanvapauden edellytyksiä sekä asiakkaiden raportoimaa valintakäyttäytymistä. Myös erilaisten asiakaskyselyiden yhteydessä voidaan mitata valinnanoikeuksien tuntemusta ja niiden käyttöä sekä esim. syitä hoitopaikan valintaan tai hoitopaikan vaihtoon. On myös tärkeää tutkia, tietävätkö asiakkaat kuinka valinnat käytännössä voi toteuttaa.

3.1.2 Asiakkailla on riittävästi valinnanvaraa

Valinnanvapauden toimivuuden kannalta on myös tärkeää, että asiakkailla on riittävästi valinnanvaraa, jotta valintojen tekeminen olisi mielekästä ja valinnan voi toistaa riittävän usein, jotta se toimisi tuottajien toimintaa ohjaavana palautteena. Kysymykset asiakkaan valinnanvarasta liittyvät palveluverkkoon, palvelujen tarjontaan ja palvelujen taloudelliseen ja maantieteelliseen saatavuuteen.¹⁴ Valinnanvaraana vaikuttavat vaihtoehtoisten palveluyksikköjen lukumäärä ja etäisyydet ja sitä heijastelee mm. palvelujen saatavuus, jota voidaan mitata odo-

¹⁰ Dixon A, Robertson R, et al. Patient Choice. How patients choose and how providers respond. London: The King's Fund, 2010.

¹¹ Jonsson PM, Nykänen E, Pohjola P, Junnila ML, Hietapakka L et al. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa – Kuvauksia eräistä Euroopan maista. THL, verkkojulkaisu 2016 (Työpaperi 6/2016).

¹² Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: THL, 2016 (Raportti 16/2016).

¹³ Kaikkonen R, Murto J, Pentala O et al. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath.

¹⁴ Cromley E.K, McLafferty S.L. GIS and Public Health. New York: The Guilford Press, 2012.

tusaika- ja jonotiedoin¹⁵. Valinnanvaran kannalta merkittävää on myös se, että kaikki valittavat palvelut täyttävät hyvän laadun kriteerit.

Valinnanvaraa voidaan myös analysoida kysymällä väestön /asiakkaiden käsityksiä palvelujen saatavuudesta ja palvelujen tasosta eli siitä vastaavatko palvelut riittävästi koettuja tarpeita ja odotuksia. Asiakkaiden argumentit hoitopaikan valinnan ja vaihdon suhteen voivat antaa lisätietoa valinnanvaran laajuudesta.

3.1.3 Asiakkaiden saatavilla on vertailutietoa valinnan vaihtoehtoista

Valinnanvapaus ei voi toimia asiakkaan hyödyksi, ellei tällä ole luotettavaa ja valintatilanteessa helposti hyödynnettävää tietoa valinnanvaihtoehtoista³. Vertailutietoa voivat tuottaa niin kansalliset¹⁶ kuin alueelliset toimijat sekä yksittäiset tuottajat. Tietosisältöjä voidaan periaatteessa tutkia dokumenttianalyysien. Vertailutiedon käyttöä ja sen käyttökelpoisuutta voidaan analysoida väestö- ja asiakaskyselyjen pohjalta.

3.1.4 Raha seuraa asiakasta valitulle tuottajalle

Kun asiakas on tehnyt valintansa, korvauksen palvelusta tulee seurata asiakasta valitulle tuottajalle joustavasti ja oikeudenmukaisesti. Tällöin tuottajien kannattaa tuottaa palveluita ja uudet asiakkaat ovat tervetulleita. Koska asiakas henkilökohtaisesti tekee lopullisen tuottajan valinnan (palvelun hankinnan), palvelu kannattaa myös tuottaa laadukkaasti ja asiakkaan toiveet huomioiden.

Tuottajille maksettavien korvausten taso ja oikeudenmukaisuus riippuvat korvausperusteista eli siitä, miten kapitaatiokorvaus, suoritepohjainen korvaus ja laatubonukset tai vähennykset määritellään. Lisäksi korvausten tasoon vaikuttaa esimerkiksi se, missä määrin asiakkaiden taustatekijät vaikuttavat kapitaatiokorvauksen suuruuteen. Asiakasmaksut, jos ne maksetaan tuottajalle, voivat muodostaa osan tuottajan suoritepohjaista korvausta.^{17,18}

Tuottajien kannalta merkitystä on myös sillä, että korvaukset maksetaan oikea-aikaisesti ilman viiveitä ja, että ne kohdistuvat oikeaan toimintayksikköön. Tietoa näiden edellytysten toteutumisesta voidaan saada mm. haastattelemalla tuottajien ja järjestäjätahojen edustajia.

3.2 Saavutetaanko valinnanvapaudelle asetetut tavoitteet? – Valinnanvapauden seurannaisvaikutusten arviointi

Jotta valinnanvapausmalli toimisi palvelujen laadun ja kustannusvaikuttavuuden moottorina ja loisi lisäarvoa asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin osalta, järjestäjätahojen on pystyttävä hallinnoimaan malliin kuuluvia hyväksymis-, korvaus-, seuranta- ja ohjausmenettelyjä. Tarjoutuvien tuottajien taas on katsottava, että ne täyttävät hyväksymiskriteerit ja –vaatimukset ja että ne pystyvät noudattamaan järjestäjätahon kanssa sovittuja menettelyjä ja toimintamalleja. Yksi tärkeimmistä järjestäjien velvollisuuksista ja järjestäjien ja tuottajien välillä sovittavista asioista on palvelukokonaisuuksien koordinointi ja asiakaskeskeisten toimintamallien luominen.

¹⁵ Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2016. THL, 2016 (Tilastokatsaus 17/016).

¹⁶ www.palveluvaaka.fi

¹⁷ Lindgren P. Ersättning i Sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: SNS Förlag, 2014.

¹⁸ Cashin C, Chi Y-L et al. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies & WHO. New York: Open University Press, 2014.

Arvioinnin kannalta yllä mainitut näkökohdat kuuluvat suurelta osin kokeilun kvalitatiivisen arvioinnin piiriin. Tällöin keskeistä on analysoida myös sitä, mitkä tekijät mahdollistavat ja parantavat ja mitkä taas vaikeuttavat järjestäjien ja tuottajien toimintaa sekä palvelujen toiminnallista integraatiota tukevaa yhteistyötä ja koordinaatiota.

Valinnanvapausmallien päätavoitteena ei yleensä ole tuottaa välittömiä kustannussäästöjä, vaan positiiviset odotukset kohdistuvat ensisijaisesti palvelujen saatavuuteen, laatuun ja asiakkaiden aseman vahvistumiseen. Jos kokeilun alkaessa kokeiluympäristössä vallitsee palvelujen osalta alitarjontaa, on mahdollista, että palvelujen saatavuuden parantaminen johtaa lisääntyvään palvelujen käyttöön ja lisääntyviin kustannuksiin. Toisaalta asiakkaiden henkilökohtaisten tarpeiden ja valintojen parempi huomioiminen voi johtaa kustannusvaikuttavuuden paranemiseen mm. hoidon paremman jatkuvuuden kautta. Palvelujen käytön ja kustannusten seuranta muodostavat keskeisen osan kokeilun arviointia palvelujen saatavuuden ja laadun seurannan ohella.

Asiakkaiden näkemykset ja kokemukset valinnanvapaudesta antavat tietoa siitä, miten heidän asemansa kehittyi mallia sovellettaessa, mutta myös tietoa palvelujen subjektiivisesta laadusta ja esim. vaikutuksista palvelujen jatkuvuuteen. Henkilöstön näkemyksiä ja kokemuksia seuraamalla saadaan tietoa mm. henkilöstön sitoutumisesta mallin toteutukseen ja valinnanvapausmallin toimivuudesta sekä mallin toimivuuden paikallisista edellytyksistä.

Toimivan valinnanvapausmallin voidaan pidemmällä aikajänteellä odottaa vaikuttavan väestön terveyteen ja hyvinvointiin, mutta vaikutuksia ei todennäköisesti ole realistista odottaa valinnanvapauskokeilulle annetulla maksimissaan kahden vuoden seuranta-ajalla. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tiedot muodostavat kuitenkin olennaista taustaa kokeilun tulosten tulkinnalle ja alueiden vertailulle.

Valinnanvapauskokeilun seurannaisvaikutusten arviointi on alla jaettu kahdeksaan osioon, joihin kuhunkin liittyy omia metodologisia kysymyksiään. 1. Järjestäjätahojen toiminta; 2. Palveluverkko ja tuottajakunnan rakenne; 3. Tuottajien toiminta; 4. Taloudelliset seurannaisvaikutukset; 5. Vaikutukset palvelujen saatavuuteen, laatuun ja tasavertaisuuteen; 6. Henkilöstön näkemykset ja kokemukset; 7. Asiakkaiden näkemykset ja kokemukset sekä; 8. Vaikutukset terveyteen ja elämänlaatuun.

3.2.1 Järjestäjätahojen toiminta

Järjestäjätahojen, eli kuntien ja yhteistoiminta-alueiden, osaava toiminta tulee olemaan monessa mielessä ratkaiseva valinnanvapausmallin kitkattoman implementoinnin ja toimimisen kannalta. Etenkin kokeilun alkuvaiheissa palveluiden järjestäjiltä odotetaan huomattavaa suunnitelmallisuutta ja panostusta, jotta kokeilun piiriin saadaan tarpeeksi niin kokeilun piirissä olevien palveluiden tuottajia kuin asiakkaitakin.

Järjestäjien toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen liittyviä kysymyksiä voidaan kartoittaa puolistrukturoiduin haastatteluin ja tarvittaessa näitä täydentävin dokumenttianalyysin. Keskeisiä kartoitettavia teema-alueita ovat:

- Tuottajien hyväksymismenettelyjen laadinta ja hallinta
- Tuottajien korvausmenettelyjen laadinta ja hallinta

- Tietojärjestelmien toimivuus ja tietojen hallinta
- Toiminnallisen integraation edellytysten luominen
- Seurannan ja valvonnan toteutus
- Asiakasinformaation tuottaminen
- Asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien huomioiminen

Paitsi eri toimintojen ja menettelyjen kuvausta ja arviointia haastatteluissa pyritään identifioimaan järjestämistoimintaa helpottaneita ja vaikeuttaneita tekijöitä. Näiden joukossa esimerkiksi kansallisen tuen ja ohjeistuksen sisältö ja riittävyys voivat olla merkittäviä kysymyksiä.

Oman kartoitettavan ulottuvuutensa muodostaa yhteistyö ja kommunikaatio tuottajatahojen kanssa. Järjestäjätahojen ja tuottajien haastatteluissa esiin tuomat näkökulmat täydentävät arvioinnissa toisiaan.

3.2.2 Palveluverkko ja tuottajakunnan rakenne

Kokeilualueet seuraavat tuottajakunnan muodostumista varmasti jo järjestämisteknisistä syistä hyvin tarkasti, mutta tuottajakunnan rakennetta ja monipuolisuutta on syytä seurata myös muista näkökulmista. Terveyspalvelujen maantieteellisissä tuotanto- ja palveluanalyseissa vastaanottopisteitä voidaan käsitellä objekteina, jotka muodostavat erilaisia tuotantoverkostoja.

Uuden tuottajan tullessa markkinoille järjestäjän tulee selvittää ja kirjata tuottajasta toimipistekohtaista tietoa. Jokaisen tuottajan osalta on kirjattava kuinka monessa eri pisteessä tuottaja tarjoaa palveluja ja milloin vastaanottopiste tai pisteet avautuvat potilaille ja asiakkaille. Vastaanottopisteiden osalta tulee kirjata niiden sijainti ja aukioloajat. Näiden tietojen avulla arvioinnissa kyetään määrittämään tuotannon painotuksia, sillä tuottajat saattavat suunnitella uusien vastaanottopisteiden avaamista erityisesti sinne, missä julkista palvelutuotantoa ei ole tarjolla. Samoin pisteiden sijainnit kertovat siitä, tulevatko uudet tuottajat kilpailemaan olemassa olevan kunnan tai alueen oman tuotannon kanssa vai pyrkivätkö uudet tuottajat kohdistamaan palveluja alueille, joissa he uskovat olevan kysyntää, johon ei ole pystytty vastaamaan. Aukioloajat toimivat samalla logiikalla, sillä tuottajat saattavat kohdentaa palvelutarjontaa ajankohdille, jolloin kunnan tai järjestäjän omat vastaanottopisteet eivät ole asiakkaille tai potilaille auki.

Järjestäjän on syytä kirjata seurantatietoihin havaintoja siitä, mihin uusi vastaanottopiste aukeaa. Järjestäjä tuntee parhaiten oman alueensa julkisen palveluinfrastruktuurin muidenkin kuin sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta. Pelkät osoite- tai paikannustiedot palveluista eivät välttämättä kerro, miksi palvelupisteet on sijoitettu tiettyihin paikkoihin, esimerkiksi muiden palveluiden yhteyteen. Onko vastaanottopiste avattu palvelemaan tietyn rajatun maantieteellisen alueen väestöä? Onko vastaanottopiste avattu jonkin muun palvelun yhteyteen, esimerkiksi kauppakeskuksen tai erikoissairaanhoidon pisteen läheisyyteen? Onko tuottaja erikoistunut tietynlaisen väestön palveluihin, esimerkiksi alueelle, jossa asuu paljon lapsiperheitä tai maahanmuuttajia? Näkyvätkö painotukset tuottajien markkinoinnissa tai suunnattujen palvelujen saatavuutena?

Yksittäisten vastaanottopisteiden tietojen lisäksi on syytä kirjata tietoja vastaanottopalveluiden kokonaisuudesta liittyen valinnanvapauden piirissä oleviin palveluihin. Järjestäjän tulee

seurata alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantorakennetta systemaattisesti esimerkiksi neljännesvuosittain. Tuotantopisteiden sijaintien, aukioloaikojen sekä avautumis- ja sulkeutumispäivämäärien avulla tuotantorakennetta voidaan kartoittaa myös jälkeenpäin varsinaisen arvioinnin yhteydessä. Pisteiden osalta on myös syytä kirjata vaihtajien määrä, jotta vastaanottopisteiden palvelut voidaan suhteuttaa toisiinsa. Jos järjestäjät keräävät tietoa vaihtamisen syistä, näiden tietojen avulla voidaan arvioida, vaihtavatko asiakkaat ja potilaat palvelupistettä johtuen maantieteellisistä syistä vai painottuvatko valinnoissa laadulliset tai asiakaskokemukseen perustuvat syyt.

Tuotantorakenteen seurannassa tulee huomioida myös olemassa oleva julkinen palvelutuotanto. Valinnanvapauden piirissä olevan palvelutuotannon osalta järjestäjien tulee kirjata olemassa olevien terveysasemien sijainnit ja aukioloajat sekä väestömäärät, joista asemat ovat olleet vastuussa. Kaiken tuotannon osalta on syytä kirjata mahdollisten liikkuvien palvelujen tuotanto ja kotisairaanhoido, mikäli se kuuluu valinnanvapauden piiriin. Suurten maantieteellisten etäisyyksien alueilla tuotantorakennetta voidaan tarkastella tarkemmin ajoaikojen ja liikenneväylien avulla.

3.2.3 Tuottajien toiminta

Sekä kokeiluun osallistuvien että sen ulkopuolelle jäävien tuottajien näkemyksiä ja kokemuksia on syytä kartoittaa ja arvioida temaattisin, puolistrukturoiduin haastatteluin, joita suoritetaan kokeilun eri vaiheissa. Arviointi on hyvä aloittaa jo lähtötilanteessa, kun tuottajia rekrytoidaan tai hyväksytään palveluntuottajiksi. Arviointia jatketaan kokeilun aikana ja sen jälkeen.

Keskeisiä arvioinnissa esiin nostettavia teemoja ovat esimerkiksi:

- Tiedottaminen ja viestintä – markkinoinnin merkitys;
- Liiketaloudellinen näkökulma – toiminnan kannattavuus, korvausjärjestelmän toimivuus ja liikevaihdon/liikevoiton kasvattamisen tavoite;
- Resurssit – henkilökunta, tilat, laitteet, tietojärjestelmät;
- Asiakasnäkökulma – asiakaskunnan laajuus ja palvelutarpeiden haastavuus;
- Yhteiskunnallinen näkökulma – palveleeko kokeilu yhteiskunnallista tavoitetta, jota pidetään arvokkaana.

Valinnanvapauskokeilun aikana haastatellaan kokeilussa mukana olevat tuottajat keskittyen seuraaviin teemoihin:

- Korvausjärjestelmä – korvausten riittävyys, toimivuus ja viiveet;
- Tietojärjestelmät (asiakas- ja muut) – toimivuus;
- Liiketaloudellinen kannattavuus, investointitarpeet;
- Resurssit – riittävyys, mahdolliset ongelmat;
- Asiakkaat – toiminnan haasteet, ongelmat;

- Yhteistyö järjestäjän kanssa – yhteistyön muodot ja menetelmät; rakenne, foorumit, tiedottaminen, dialogi, seuranta ja valvonta.

Vastaajakunnan osalta on syytä pohtia tehdäänkö haastattelut palvelutuottajille anonyymisti vai ei-anonyymisti.

3.2.4 Taloudelliset seurannaisvaikutukset

Taloudellisten seurannaisvaikutusten arvioinnissa tarkastelun keskiössä on oletettava, että valinnanvapaus johtaa kilpailuun markkinoilla ja tällä on vaikutuksia hintoihin, laatuun, tuottajien sijoittumiseen sekä mahdollisesti jopa kustannuksiin ja innovaatioihin.

Hallitus on 5.4.2016 linjannut sote-uudistuksen erääksi tavoitteeksi 3 miljardin säästötavoitteen osana 10 miljardin kokonaissäästöä kestävyysvajeen kattamiseksi. Säästötavoitteen toteutumiseksi on käytössä kolme keinoa: 1) tuottavuuden lisääminen 2) palvelujen karsiminen ja 3) integraation tuomat säästöt. Valinnanvapauskokeilun taloudellisten vaikutusten arviointi on merkittävässä osassa. Edellä mainittujen vaikutusten tarkastelu edellyttää tuotantotaloudellisen tietopohjan keräämistä jäsennellysti ennen ja jälkeen valinnanvapauskokeilun aloittamisen.

Tuottavuuden muutosten mittaaminen edellyttää tuotetun tuotoksen ja panoksen mittaamista. Sosiaali- ja terveystalouden tuotannon mittaamiseen tarvittavat tiedot voidaan kerätä alueiden tietojärjestelmistä. Taloudellisten seurannaisvaikutusten kannalta relevantti tieto kertyy jo tällä hetkellä avoHILMO:on, HILMO:on ja sosiaali-HILMO:on. Jotta tieto olisi hallittavissa olevissa kokonaisuuksissa, tieto on tuotteistettava. Panostieto tulee puolestaan olla takaisin-kytkettävissä kerättyyn tuotostietoon. Panostietona tulee kerätä palvelujen kustannukset. Erityisesti tuotantoon käytetyt henkilötyökuukaudet olisi hyvä saada kerättyä henkilöstöryhmittäin. Tällöin kokeilun vaikutukset henkilöstön koostumukseen saadaan esiin.

Järjestelmämuutos voi vaikuttaa myös kustannusten kohtaantoon, eli siihen kuka tosiasiallisesti maksaa kustannukset. Tästä syystä asiakasmaksuista tulee kerätä tietoa ennen kokeilun aloittamista ja aloittamisen jälkeen. Tällöin kokonaiskustannukset voidaan määrittää vertailukelpoisesti ja yhdenmukaisesti kummankin ajanhetken osalta. Ilman tiedon-keruuta on mahdollista, että kustannuskohtaanto siirtyy yhteisrahoitteisesta (verorahoitteinen) asiakasrahoitteiseksi. Tällöin suoraviivainen kustannuseuranta ilman tietoa asiakasmaksujen kehittymisestä johtaa vääristyneeseen lopputulostulkintaa, jossa kustannukset näyttävät laskeeneen vaikka ne ovat tosiasiallisesti kansalaisten näkökulmasta pysyneet entisensä suuruisina kohtaannon vain muuttuessa.

Myös digitalisaation sekä muun teknologisen kehityksen innovaatiot voivat vaikuttaa oleellisesti järjestelmämuutoksen taloudellisuuteen. Tästä syystä käytetyt järjestelmät ja niissä kokeilun myötä tapahtuvat muutokset, i.e. innovaatiot, on hyvä dokumentoida tarkasti. Tällöin muiden asioiden ollessa kontrolloituna voidaan tarkastella järjestelmän innovaatioiden vaikutusta taloudellisuuteen. Innovaatiot voidaan jakaa prosessi- ja tuoteinnovaatioihin. Edelliset kuvaavat kokeilun mahdollisesti tuottamia muutoksia tuotantoprosesseihin. Jälkimmäiset taas kuvaavat mahdollisia uusia tuotantoteknologioita uusien yritysten tullessa markkinoille tuottamaan palveluita uuden tuotteen avulla samalle olemassa olevalle asiakasryhmälle.

Kokonaistaloudellisen arvion eräs merkittävä kohde on vaihtoehtoisten järjestelmien pystyttämiseen liittyvien kustannuksien, eli ns. menú-kustannuksien, arviointi. Siksi kokeilun taloudellisen kokonaisarvion suorittamiseksi on muiden taloudellisen tarkastelun muuttujien lisäksi tärkeää kerätä kokeiluasetelman muodostamiseen ja käyttöönottoon liittyvät kustannukset.

Nämä kustannukset on hyvä kerätä erillään muista kustannuksista niiden eroavan kustannusluonteen vuoksi. Olisi myös tärkeää saada tieto siitä, mitkä järjestelmän pystyttämiseen liittyvistä kustannuksista ovat kertaluonteisia ja mitkä pysyviä juoksevia, järjestelmän ylläpitämiseen liittyviä kustannuksia.

Tiedot kerätään samoin edellytyksin sekä koe- että kontrollialueelta. Tämän toteuttamiseksi tulee varmistaa että valinnanvapauskokeilun ollessa käynnissä samat tiedot kerätään myös alueelta, joka ei ole kokeilun piirissä sekä ennen kokeilua, että kokeilun jälkeen.

- Palvelujen käyttö ja kustannukset (palveluittain, tuotteistettuna eli käytön mukaan sekä nettikustannuksina eli tilinpidosta laskettuna) – Yksityisen palvelutuottajan kohdalla tämä tarkoittaa julkisen instanssin maksamaa hintaa, johon on lisätty asiakasmaksu.
- Henkilöstöresurssit (FTE/Full time equivalent i.e henkilötyökuukausina ammattiryhmittäin)
- Henkilöresurssit (ammattiryhmittäin palkassa mitattuna – palkkakustannukset ammattiryhmittäin)
- Yksityisen sektorin hinnat tarkastelun kohteena olevista palveluista ja niiden ulkopuolella olevista palveluista.
- Asiakasmaksut
- Menotiedot
- Prosessi-innovaatiot (tuotantoteknologiat)
- Tuoteinovaatiot (uudet tuotteet)

3.2.5 Vaikutukset palvelujen saatavuuteen, laatuun ja tasavertaisuuteen

Valinnanvapauskokeiluun osallistuvat palvelujärjestäjät seuraavat hoitoon pääsyä ja odotusaikoja lääkäri- ja hoitajavastaanotolle. Seuranta tehdään käyttäen nk. "T3-arvoa", eli kolmatta vapaata aikaa lääkärin tai hoitajan vastaanotolle. Kokeilun arviointia varten mittauksia tai käytäntöjä ei ole syytä muuttaa, vaan seuranta toteutetaan samoin tavoin kuin aiemmin.

Mikäli mittauksiin on harva tai mittaaminen tapahtuu vaihtelevin käytännöin kokeilun alueen sisällä, mittaukset tulee saattaa yhdenmukaiseksi. Valinnanvapauskokeilun arvioinnin kannalta keskeistä on saada tietoa hoitoon pääsystä tapahtuneista muutoksista. Tästä hoitoon pääsyn seurannasta ja mittauksista on tärkeää kiinnittää huomiota uusien tuottajien markkinoille tulon ajankohtiin.

Kappaleessa Tuottajakunnan rakenne ja toiminta on kuvattu tavat, joilla uusien palvelutuottajien tietoja on syytä kirjata. Samat tiedot on tärkeää kirjata myös kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntien konsortion palvelupisteistä ja niitä koskevista muutoksista.

Palvelujärjestäjien kokemus palvelujen sisällön ja laadun seuraamisesta on vähäisempää kuin vastaava kokemus esimerkiksi kustannusseurannasta. Kaikki kokeilun alueet kattavaa laadunseurantamenettelyä ei siksi todennäköisesti ole realistista luoda lyhyellä aikavälillä. Jo

meneillään olevia seurantoja tulee kuitenkin jatkaa ja mahdollisuuksien rajoissa laajentaa niin kokeilun piirissä kuin sen ulkopuolella oleviin yksiköihin.

Käytössä olevia ”objektiivisia” laatumittareita ovat esimerkiksi diabeetikkojen HbA1c –tasot, verenpaineen mittaustulokset, kolesteroliarvot yms. Näiden lisäksi kokeilun arvioinnissa voidaan käyttää hoidon subjektiivista laatua kuvaavia mittaristoja s.o. kansallisia asiakaskyselytietoja tai vastaavia. Palvelujen vaikuttavuuden mittausta ei kokeilun puitteissa vaikuta realistiselta (katso alla kohta 8).

Arvioitaessa kokeilun vaikutuksia tasavertaisuuteen voidaan tutkia palvelujen jakaantumista asutusalueittain sekä eri sukupuolten, ikäryhmien ja etnisten ryhmien välillä. Tärkeää on pyrkiä kartoittamaan vastaavatko palvelut määrältään, sisällöltään ja laadultaan väestöryhmäkohtaisia tarpeita.

3.2.6 Henkilöstön näkemykset ja kokemukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on avainasemassa siinä, miten valinnanvapaus toteutuu. Toisaalta henkilöstö on se taho, jolta valinnanvapauden käytännöistä kysytään ja osin henkilöstö ohjaa asiakkaita edelleen jatkohoitoon. Toisaalta valinnanvapaus voi vaikuttaa merkittävästi henkilöstön työhön, työn organisointiin ja työssä kuormittumiseen.

Riippuen siitä minkälaisina kokonaisuuksina (lääkäri, hoitaja, mielenterveyspalvelut, fysioterapia, päihde-palvelut, sosiaalipalvelut) asiakkaat valitsevat hoitoa, työn organisointi ja yhteistyö oman organisaation sisällä ja ulospäin muuttuvat. Mikäli asiakas valitsee vain lääkärin ja sairaanhoitajan palvelut ja muut palvelut hankitaan toisesta organisaatiosta, korostuu hoitopaikan yhteistyö palveluohjaajan tai muiden palveluntuottajien suuntaan. Mikäli palvelukokonaisuus on laaja, tehdään enemmän yhteistyötä oman organisaation sisällä. Edelleen, kun tulee uusia palveluntuottajia, on todennäköistä että syntyy uusia työn organisointimalleja. Lisäksi kunnallisten palveluntuottajien on vähennettävä omaa henkilöstöään, mikäli asiakkaat valitsevat uuden palveluntuottajan. Koska sosiaali- ja terveydenhuolto on hyvin työvoimavaltainen ala ja alalla on työvoimapula, on tarpeen selvittää myös valinnanvapauden henkilöstövaikutuksia.

Henkilöstön näkemysten ja kokemusten suhteen on tarpeen selvittää seuraavia asioita:

- Työnjaon ja organisointitapojen muutos
- Palvelu- ja työprosessin muutos
- Käsitteet palvelun laadusta
- Vaikutukset henkilöstöön (työhyvinvointi, kuormitus, viihtyminen, johtaminen, yhteistyö, epävarmuus, työpaikan vetovoimaisuus)
- Henkilöstön asenteet ja kokemukset suhteessa valinnanvapauteen
- Henkilöstön näkemykset palveluiden integraatiosta

Henkilöstön odotuksia ja lähtötilannetta suositellaan mitattavaksi henkilöstökyselyllä ennen hankkeen alkua talvella 2017 (tammi-helmikuu). Kysely toistetaan keväällä 2018 (tai syksyllä

2017), jolloin uudet palveluntuottajat ovat aloittaneet ja toiminta on vakiintunut, mukaan otetaan tällöin myös uudet terveysasemat.

Kyselyllä selvitetään henkilöstön työhyvinvointia, johtamista ja kuormitusta, kokemuksia palvelun laadusta sekä työpaikan vetovoimaisuudesta. Lisäksi selvitetään henkilöstön asenteet ja kokemukset valinnanvapauden toteutuksesta. Kysely kohdistetaan kokeiluun osallistuvien alueiden kaikille terveysasemille (noin 40 terveysasemaa) (niillä kokeilualueilla, joilla kokeilu on rajattu tiettyihin kaupunginosiin, pyritään kyselyyn saamaan myös kokeiluun osallistumattomat terveysasemat).

Henkilöstön ja terveysasemien johdon haastattelut toteutetaan syksystä 2017 eteenpäin. Haastatteluilla selvitetään, minkälaisia työnjaon tapoja ja organisoitintapoja eri terveysasemilla on ja miten nämä työskentelytapojen erot vaikuttavat palvelu- ja työprosesseihin. Samoin selvitetään, millaiseksi henkilöstö kokee palvelun laadun ja hoidon integraation asiakkaan näkökulmasta.

Lisäksi harkitaan yhteispäivystysten osallistumista kyselyyn ja haastatteluihin. Haastatteluita voidaan toteuttaa myös terveysasemien keskeisille yhteistyökumppaneille.

3.2.7 Asiakkaiden näkemykset ja kokemukset

Kokeilun vaikutuksia palvelujen käyttäjien näkökulmasta tulisi arvioida sekä väestön että palvelujen käyttäjien eli asiakkaiden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveystieteiden palveluja käyttävät kaikki asukkaat jossain vaiheessa elämäänsä ja väestö on myös verorahoitteisten palvelujen maksaja. Tästä syystä väestön näkemykset palvelujen toimivuudesta on tärkeä arviointinäkökulma.

Väestökyselyissä kuitenkin korostuvat palveluja harvakseltaan käyttävät ja niiden, joilla on runsaasti omakohtaista kokemuseräistä tietoa palveluista ja niiden toimivuudesta, on suhteellisen pieni. Siksi väestötasoisesta tiedosta lisäksi tarvitaan palveluyksiköistä kerättyä, asiakaskyselyihin perustuvaa tietoa palvelujen toimivuudesta eri palveluyksiköissä sekä terveysaseman vaihtamisen käytännöistä ja tiedon saannista.

Sote-uudistuksen yksi keskeinen tavoite on väestöryhmien välisen eriarvoisuuden vähentäminen, ja onkin tärkeää, että kyselyissä kerätään myös riittävän kattavasti vastaajien taustatietoja sosioekonomisesta asemasta, sairastavuudesta, palvelujen käytöstä ja palvelutarpeesta.

Palvelujen integraation toteutuminen on monitahoinen ilmiö jonka tutkiminen yleisten kyselyjen avulla on haastavaa. Siksi kyselyaineistojen antamaa tietoa tulisi kerätä myös palvelujen käyttäjiä koskevilla laadullisilla menetelmillä kuten yksilö- tai ryhmähaastatteluilla. Haastatteluja voidaan suunnata kohdennetusti myös esimerkiksi palveluja paljon käyttäville asiakkaille.

Asiakasnäkökulman keskeiset arviointikysymykset voidaan jaotella kahteen ryhmään, jotka liittyvät valinnanvapauden keskeisiin edellytyksiin, asiakkaiden palvelujen käyttöön sekä näissä esiintyviin väestöryhmäkohtaisiin eroihin.

Miten valinnanvapauden keskeiset edellytykset toteutuvat asiakkaan näkökulmasta;

- Ovatko väestö ja palvelun tarjoajat tietoisia mahdollisuudesta valita palvelun tuottaja?

- Onko heille tarjolla riittävästi heidän omiin palvelutarpeisiinsa sopivia vaihtoehtoja, joista valita?
- Miten helppona tai hankalana asiakkaat kokevat valinnan tekemisen?
- Mitkä ovat asiakkaille tärkeitä perusteita valita palveluntuottaja?
- Onko asiakkaille riittävästi valinnan kannalta relevanttia vertailutietoa eri palveluntuottajista?
- Miten henkilöstö pystyy tukemaan asiakkaita valintojen tekemisessä?

Miten kokeilu vaikuttaa asiakkaiden palvelujen käyttöön ja kokemuksiin palveluista ja millaisia eroja näissä esiintyy palvelujen tuottajien välillä?

- Ketkä hyödyntävät valinnanvapautta (esim. erot sosiodemografisessa taustassa, sairastavuudessa, palvelujen käytön profiilissa ja työterveyshuollon asiakkuudessa)?
- Miten kokeilu vaikuttaa asiakkaiden palvelujen laatuun asiakaslähtöisyyden näkökulmasta – palveluun pääsyn sujuvuus, vastaako palvelu asiakkaan tarvetta, miten asiakasta on kohdeltu, kuulluksi tuleminen ja vaikutusmahdollisuudet omaan palveluun.
- Miten palvelujen laatu ohjaa asiakkaiden valintoja?
- Miten palvelujen integraatio, sujuvuus ja asiakasta koskevan tiedon kulku eri toimijoiden välillä toteutuu, erityisesti monia palveluja käyttävien näkökulmasta?
- Missä määrin asiakkailta on käytettävissään erilaisia sähköisiä palveluja ja kuinka hyödyllisinä ja helppokäyttöisinä he näitä palvelujen pitävät?
- Millaisia eroja esitetyissä arviointikysymyksissä esiintyy eri väestö- ja palvelunkäyttäjärühmissä?

Eroja tulisi tarkastella sairastavuuden, sosioekonomisen aseman, ja mahdollisesti asuinalueen mukaisissa ryhmissä. Erityisesti on tarpeen tarkastella, miten valinnanvapauden edellytykset toteutuvat haavoittuvassa asemassa olevissa ryhmissä (esim. muistisairaat, maahanmuuttajat, mielenterveysongelmista kärsivät) ja miten kokeilu vaikuttaa heidän palvelukokemuksiinsa.

Kokeiluun osallistuvissa kunnissa kerätään vaihtelevasti ja erilaisin menetelmin asiakastytyväisyystietoa palvelupisteissä. Osa kunnista (Jyväskylä ja Tampere) osallistuu THL:n ja Kuntaliiton suurissa kaupungeissa toteuttamaan terveyskeskusten asiakastytyväisyyskyselyyn. Yksityisillä palveluntuottajilla on todennäköisesti myös omat asiakastytyväisyyden arviointimenetelmänsä. Kokeilun arvioinnin kannalta on tärkeää, että asiakkaiden kokemuksia mitataan ainakin jossakin määrin samoilla mittareilla vähintään kunkin kokeiluun osallistuvan alueen sisällä, mutta myös alueiden välillä. Yksi mahdollinen vaihtoehto on käyttää THL:n ja Kuntaliiton terveyskeskusten asiakastytyväisyyskyselyn pohjaa. Tärkeää olisi, että käytetyistä mittareista olisi myös laajempaa vertailutietoa. Lisäksi on tärkeää, että niissä arviointikysymyksissä joiden osalta ollaan kiinnostuneita kokeilun seurauksena tapahtuneista muutok-

sista, arviointikriteereistä hankitaan jo ennen kokeilun aloittamista lähtötilanteen tietoa, johon muutosta voidaan verrata.

3.2.7.1 Mahdollisia tiedon lähteitä

THL toteuttaa yhdessä Kuntaliiton kanssa kahden vuoden väliajoin Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma –kyselyn, jolla kerätään tietoa asiakkaiden palvelukokemuksista terveyskeskusten avovastaanotoilta. Kysely on toteutettu suurissa kaupungeissa sisältäen näissä toimivat ulkoistetut terveysasemat. Kaupungit olivat Espoo, Hämeenlinna, Lahti, Tampere, Turku, Helsinki, Vantaa, Jyväskylä, Kuopio ja Oulu. Kyselyn asiakastytyväisyyssmittari uudistettiin vuoden 2015 kyselyssä. Vuoden 2014 tiedonkeruussa peruslomaketta täydennettiin Valint -hankkeeseen liittyen valinnanvapautta koskevilla kysymyksillä.

THL toteuttaa myös Aikuisväestön terveys- ja hyvinvointikyselyn (ATH -kysely). Vuonna 2018 kysely on tarkoitus kohdistaa sote-palveluihin (Sote-ATH -kysely). ATH 2014 sisälsi Valva -hankkeen tarpeisiin suunnitellun valinnanvapauskysymyspatteriston¹³. Vuoden 2018 ATH-Sote -kyselyssä tätä kysymyssarjaa laajennetaan THL:n sote-kyselyä varten toteutetun pilottikyselyn valinnanvapautta koskevilla kysymyksillä¹⁹.

Sote-ATH -kysely toteutetaan kansallisella otoksella, jonka koko on vähintään 50 000, mutta sen toteuttamisesta maakuntatasoisilla lisäotoksilla suunnitellaan. Mikäli ne maakunnat joiden alueilla kokeilukunnat sijaitsevat, osallistuvat kokeiluun laajennetulla otoksella, kyselyä voidaan käyttää kokeilualueilla hyväksi kokeilun väestötasoisien vaikutusten arvioinnissa.

3.2.8 Vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin

Jos kokeilualueilla on osaamista ja aiempaa kokemusta väestön tai potilasryhmien terveyteen liittyvän elämänlaadun seurannasta, voidaan elämänlaatua mittaroida kokeilun alku- ja loppuvaiheissa.

Elämänlaadun mittareina soveltuvimpia ja helpoimmin käytettäviä ovat tieteellisesti validoidut geneeriset mittarit kuten EQ-5D²⁰ tai 15-D²¹. Näille löytyy myös runsaasti aiempia vertailuaineistoja. Koska kokeilualueiden asiakaslukumäärät jäävät melko pieniksi, ennen-jälkeen –vertailut voivat tuloksien tulkinnan osalta jäädä epävarmoiksi. Niitä voidaan kuitenkin käyttää kokeilu- ja verrokialueiden asiakkaiden taustatietona ja mahdollisessa vertailussa muuhun väestöön.

3.3. Tulosten tulkinnasta

Arviointikehikon puitteissa tehtävät tiedonkeruut tuottavat runsaasti sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoa kokeilun vaikutuksista. Tulosten tulkinnassa on syytä pyrkiä valottamaan etenkin sitä, toteutuvatko valinnanvapauden tavoitteet ja sen seurauksena odotetut positiiviset vaikutukset sekä sitä missä määrin voidaan havaita negatiivisia seurannaisvaikutuksia.

Hypoteettisia vaikutuksia, joita usein esitetään myös valinnanvapaudesta käytävässä keskustelussa, on esitetty seuraavassa taulukossa.

¹⁹ Aalto A-M, Junnila M-L et al. Väestön mielipiteitä valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL, Helsinki 2016 (Tutkimuksesta tiiviisti 20/2016).

²⁰ <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/139/> julkaistu Toimia-tietokannassa 31.10.2013

²¹ <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/> julkaistu Toimia-tietokannassa 31.10.2013

Oletettuja positiivisia vaikutuksia	Oletettuja negatiivisia vaikutuksia
+ Palveluiden saatavuus paranee, koska perusterveydenhuoltoon saadaan lisää toimijoita.	- Terveydenhuollon kustannukset nousevat hallitsemattomasti, koska "piikki on auki".
+ Palveluiden monipuolisuus lisääntyy, koska perusterveydenhuoltoon saadaan uusia ja erilaisia toimijoita.	- Sosioekonominen epätasa-arvo lisääntyy, koska tuottajat suosivat hyvinvoivia alueita.
+ Palveluiden laatu paranee, koska potilaat voivat "äänestää jaloillaan", laadukkaita palveluita.	- Alueellinen epätasa-arvo lisääntyy, koska tuottajat välttävät harvaanasuttuja alueita.
+ Palveluiden asiakaslähtöisyys lisääntyy, koska palvelurakenne joutuu sopeutumaan potilaiden toiveisiin.	- Kansalaiset ja etenkin "heikot ryhmät" eivät pysty täysin hyödyntämään valinnanvapautta tiedonpuutteen takia.

Taulukko 1. Valinnanvapauden oletettuja positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia.²²

4. KOKEILUALUEET JA ARVIOINTI

Valinnanvapauskokeiluun osallistuu viisi kuntaa, kuntayhtymää tai kuntakonsortiota. Arviointikehikkotyö-ryhmä on vierailut Jyväskylässä 15.11.2016, Hämeenlinnassa 29.11.2016, lisämessä (Ylä-Savon SOTE) 30.11.2016, Tampereella 16.12.2016 ja Hyvinkäällä (Keski-Uudenmaan sote) 19.12.2016. Alueilla käytyjen keskustelujen ja kokeilualueiden hankehakemusten perusteella arviointikehikkoon on kirjattu erityishuomioita ja arvioinnin kannalta keskeisiä asioita kaikkien alueiden osalta.

4.1 Jyväskylä

Jyväskylä on Keski-Suomen maakuntaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluva kaupunki. Väestöltään se on noin 137.000 asukkaan kasvukeskus ja Suomen 7. suurin kaupunki. Kaupunki voidaan jakaa 14 suuralueeseen. Jyväskylä järjestää sosiaali- ja terveyspalvelunsa yhteistoiminta-alueena yhdessä Hankasalmen ja Uuraisten kuntien kanssa. Yhteistoiminta on aloitettu vuonna 2011. JYTE toimii työnantajana noin 1100 ammattilaiselle. Jyväskylän alueella toimii yksitoista terveysasemaa, joista 3 on ulkoistettu Mehiläiselle (Oma Lääkärisi -konsepti). Yksityisiä isompia palvelutuottajia alueella on 3-4.

²² Erhola M, Pekurinen M, Jonsson PM, Teperi J. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. THL, Helsinki 2013.

Jyväskylän ollessa keskeisessä roolissa maakunnan järjestämisvastuun valmistelussa, valinnanvapauskokeiluun liittyy myös järjestäjän ja tuottajien roolien ja tehtävien selkiyttämisen harjoittelua sekä erilaisten yhteistyökäytäntöjen kehittämistä. Palvelusetelikäytännöistä Jyväskylällä on runsaasti kokemusta. Ensimmäiset palvelusetelit otettiin käyttöön vuonna 2004 omaishoidossa ja vanhustenhoidossa. Palvelusetelikäytäntöjä on laajennettu tilapäiseen kotihoitoon, tuettuun kotona asumiseen, lapsiperheiden kotipalveluihin, lapsiperheiden neuvontaan ja terapiapalveluihin sekä useisiin muihin palveluihin. Valinnanvapauskokeilua lähimäksi tulevat lasten infektiosairauksien kiireellisen hoidon palvelusetelit. Jyväskylän palvelusetelisiin käytettävä budjetti on kasvanut alkuvaiheen 60.000 eurosta aina 11,7 miljoonaan euroon. Kaupunki on arvioinut, että säästöjä tuotantojärjestelyistä on syntynyt vuonna 2012 yhteensä 2 miljoonaa euroa.

4.1.2 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut

Jyväskylä määrittelee hankesuunnitelmassaan kokeilun keskeiseksi tavoitteeksi arvoa ja terveyshyötyä tuottavan palvelukokonaisuuden kehittämisen yhteistyössä asiakkaiden ja palvelutuottajien kanssa. Jyväskylän hankesuunnitelma sisälsi ajatuksen laajemmasta palvelutuotannosta, mutta avustuspäätöksen jälkeen kokeilun piirissä olevaa palvelutuotanto jouduttiin kaventamaan. Tämä on vaikuttanut etenkin ideaan siitä, miten asiakkaat listataan ja voisivat listautua palvelutuottajalle. Valinnanvapauden piirissä olevan palvelupaketin laajuus voi vaikuttaa merkittävästi yksityisten tuottajien halukkuuteen tulla mukaan markkinoille kilpailemaan potilaista. Jyväskylässä on käytössä terveysaseman vaihtamiseen tarkoitettu ilmoituslomake, mutta käytäntö haluttaisiin automatisoida.

Valinnanvapauden piirissä olevan palvelupaketin hinnoittelussa käytetään kapitaatiohintamallia ja hinta lasketaan vastaavien toimintojen kustannuksista. Kapitaation perustana olevat kustannukset kootaan Jyväskylän hankesuunnitelman mukaan käyttösuunnitelman tileistä ja kustannuspaikoista SAP -järjestelmästä. Kustannuspohja ei ole täydellinen, sillä esimerkiksi potilastietojärjestelmän käytöstä ei koidu kustannuksia uusille kokeiluun osallistuville tuottajille.

4.1.3 Arvioinnin kannalta keskeistä

Jyväskylän terveydenhuollossa ei ole käytössä varsinaista toiminnanohjausjärjestelmää, suun terveydenhuoltoa lukuun ottamatta. Palvelujen laatua ja toimivuutta seurataan diabeetikkojen ja sepelvaltimotautipotilaiden hoitotasapainon kautta. Mainittujen seuranta pohjautuu laboratoriotietokannasta saataviin klinisiin tietoihin.

Alueella on käytössä potilastietojärjestelmään integroitu ajanvarausjärjestelmä, jonka avulla saadaan tietoa hoidon saatavuudesta. Yhteydenottojärjestelmästä saadaan tarkkaa tietoa siitä, miten hyvin puheluihin pystytään vastaamaan. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä saatavia keskeisiä tietoja ovat päivystyspalveluiden käyttö ja erikoissairaanhoidon läheteiden määrä. Asiakastytyväisyyttä mitataan jatkuvan palautteen avulla, jossa palvelujen käyttäjiltä tiedustellaan halukkuutta suositella palveluntuottajaa muille. Myös terveysasemien lääkäreiden ja hoitajien suoritehintoja seurataan käytinkohtaisesti.

4.2 Ylä-Savon SOTE

Ylä-Savon SOTE on kuntayhtymä, joka järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut Iisalmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän kuntien alueella. Iisalmissa asukkaita on 21 810, Sonkajär-

vellä 4207, Kiuruvedellä 8463 ja Vieremällä 3725. Yhteenlaskettu asukasluku kuntien osalta on reilut 38 000. Ylä-Savon SOTE:n tarjoaa palveluja lisälmen sairaalassa, Koljonvirran sairaalassa sekä lisälmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän terveyskeskuksissa. Laajemmin yksityisiä palveluja alueella tarjoaa Terveystalo ja lisälmen työterveysasema.

Verrattuna muihin kokeilualueisiin, Ylä-Savon alue eroaa asukastiheydeltään. Alueella on yksi isompi väestö- ja palvelukeskittymä, mutta muuten alue on harvaan asuttua ja välimatkat palveluihin ovat pitkät. Myös palvelutuottajien määrä on pieni. Tästä huolimatta Ylä-Savon SOTE:n kuntayhtymä olisi aloittanut valinnanvapauskokeilun voimassa olevan palvelusetelilainsäädännön puitteissa, vaikka STM:n rahoitus ei olisi kohdistunut alueelle.

4.2.1 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut

Hankesuunnitelmassa korostetaan kokeilun tavoitteiden osalta tiedon ja kokemusten kartuttamista erityisesti maaseutumaisella alueella, jossa asukastiheyden lisäksi myös sairastavuus poikkeaa muista kokeilualueista.

Ylä-Savossa kokeilun palvelukokonaisuus sisältää terveydenhuoltolain mukaisen avosairaanhoidon. Ylä-Savon hankesuunnitelmassa palvelukokonaisuuteen on suunniteltu myös sosiaaliohjauspalveluita, mutta varsinaisessa kokeilussa tuottajilta ei vaadita sosiaalialan asiantuntijaa, jotta palvelutuotantoon voi osallistua. Kokeilun piirissä on alueen koko väestö, mutta poikkeuksen tähän tekevät palvelutalojen ja säännöllisen kotihoidon piirissä olevat asiakkaat, joille tarjotaan jo kilpailutetut lääkäripalvelut.

Rahoitusmalli muodostuu tuottajille maksettavasta kapitaatiokorvauksesta, jonka määrä on laskettu jakamalla järjestäjän omat tuotantokustannukset asiakaskunnan määrällä ja lisäämällä saatuun summaan piilevän arvonlisäveron osuus. Vuosikapitaatiokorvaukseksi on hankemuksessa ilmoitettu 277€/vuosi.

4.2.2 Arvioinnin kannalta keskeistä

Ylä-Savon alueen terveyspalvelujen ohjaukseen ei ole käytössä erillistä toiminnanohjausjärjestelmää. Alueen tiedonkeruussa käytössä ovat kuukausittaiset raportoinnit ja Kuntamaisematiedot, jotka käsittävät melko laajasti yleistietoa alueen terveyspalvelujen käytöstä ja kustannuksista järjestäjän tarpeista tarkasteltuna. Järjestelmän avulla seurataan esimerkiksi palvelujen kustannuksia asukaskohtaisesti. Ylä-Savon SOTE käyttää Pegasopotilastietojärjestelmää. Välittömän asiakaspalautteen keräämiseksi palvelupisteissä on käytössä Easy Survey -automaatit.

Palvelujen saatavuus on hyvä. Ravitsemusterapiaan ja kuntoutuspalveluihin on lyhyet jonot, mutta muihin palveluihin asukkaat saavat ajan tarvittaessa.

4.3 Hämeenlinna

Hämeenlinna on Kanta-Hämeen maakuntakeskus ja kaupungissa toimii Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin keskussairaala. Aukkaita Hämeenlinnassa oli vuonna 2016 vajaa 68 000. Hämeenlinnassa on useita terveysasemia, aukkaita palvelee Hauhon, Idänpään, Jukolan, Kalvolan, Lammin, Ojoisten, Rengon ja Viipurintien terveysasemat. Terveysasemien runsas lukumäärä selittyy vuoden 2009 kuntaliitoksilla, jolloin peräti viisi kuntaa liittyi silloiseen Hämeenlinnaan.

Valinnanvapauskokeilun kannalta merkittävää on se, että kaupungilla on ollut käytössään tilaaja-tuottajamalli vuodesta 2009 lähtien. Mallin lisäksi Hämeenlinna on panostanut erityisesti sähköisiin palveluihin, joiden osana alueen asukkaat voivat tehdä verkossa oirearvioita, etämittauksia, sähköisiä terveystarkastuksia- ja valmennuksia. Kaupunki on mukana myös ODA-hankkeessa (Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut).

Kaupunki on määritellyt tavoitteita valinnanvapauskokeilulle hankehakemuksessaan. Kokeilun avulla kaupunki hakee palveluiden parempaa vaikuttavuutta, koettua laatua ja kustannustehokkuutta. Toisena tavoitteena kaupunki mainitsee alueen elinvoiman edistämisen ja kolmantena tiedon tuottamisen kansalliseen ja alueelliseen päätöksentekoon.

4.3.1 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut

Valinnanvapauskokeilu ei kata Hämeenlinnassa koko alueen väestöä, vaan kokeilun alueelliseksi kattavuudeksi on määritelty kaksi aluetta; Jukola ja Lammi-Tuulos, joiden alueella asuu reilut 18 000 asukasta. Alueet eroavat toisistaan, sillä Jukola on selkeästi osa kaupunkia kun taas Lammi-Tuuloksen alue on maaseutumaisempaa. Jälkimmäisen alueella toimii myös suuri vastaanottokeskus.

Palvelukokonaisuus muodostuu alueella lääkärin- ja sairaanhoitajan vastaanottopalvelujen lisäksi avomielenterveyspalveluista ja sosiaaliohjaajan vastaanotosta. Myös alkuvaiheen ohjauksen palvelut kuuluvat kokonaisuuteen, samoin laboratorio- ja röntgentutkimukset.

Hämeenlinnan tuottajille maksama kapitaatiokorvaus muodostuu ikäryhmittäin. Oma korvausluokka tulee käyttöön 0-6-, 7-64-, 64-74-, 75-84- ja yli 85-vuotiaille. Hankesuunnitelman mukaan vuosittaisen ja asukaskohtaisen kapitaatiokorvauksen määrä vaihtelee 170 ja 590 euron välillä. Korvaus sidotaan kokeilun aikana kuluttajahintaindeksiin ja korvauksen määrää tarkistetaan vuosittain.

4.3.2 Arvioinnin kannalta keskeistä

Kokeilun arvioinnin kannalta Hämeenlinna pystyy tarjoamaan laajat perustiedot terveydenhuollon palvelutuotannosta. Kaupunki käyttää Effica -potilastietojärjestelmää ja tietoja saadaan käynneistä, konsultaatioista, sähköisistä palveluista, puhelinkontakteista ja kliinisistä tutkimuksista. Myös käyntisyistä, diagnooseista ja jopa palvelujen vaikuttavuudesta saadaan tietoa. Alueella on myös sähköinen asiakaspalautejärjestelmä. Valittujen terveysasema-alueiden osalta jonotusajat ovat hieman kaupungin keskiarvoa pidempiä.

4.4. Tampere

Tampere järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut alueensa väestölle sekä Oriveden kunnalle. Tampere on Pirkanmaan maakuntakeskus ja kaupungissa sijaitsee Tampereen yliopistollinen keskussairaala, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskussairaala. Tampere on Suomen kolmanneksi suurin kunta, asukkaita on reilut 228 000. Tampereen kaupungilla on kokemusta tilaaja-tuottajamallista, sillä alueella toimii kymmenen terveysaseman lisäksi kaksi ulkoistettua terveysasemaa; Omapihlaja Hervanta ja Omapihlaja Kehräsaari. Kaupunki on hiljattain luopunut omalääkärijärjestelmästä ja nyt palvelutuotantoa suunnitellaan lääkäri-hoitajatyöparimallin mukaiseksi.

Hankkeen yleisten tavoitteiden lisäksi Tampere korostaa hankehakemuksessa motivaatiota valmistautua tulevaan valinnanvapausjärjestelmään. Kokeilun avulla kaupunki haluaa kehittää

tää valmiuksia tietojärjestelmien yhteensovittamiseksi ja kustannusten seuraamiseksi sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Palveluketjujen hallinnan kehittäminen on myös nostettu esille hankehakemuksessa.

4.4.1 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut

Kokeilun alueiksi on valittu kaksi postinumeroaluetta, jotka kuuluvat lähinnä Kaukajärven ja Tammelakeskuksen terveysasemien vastuualueisiin.

Mainittujen alueiden väestömäärä on yhteensä noin 22 000 asukasta. Kokeilun piirissä olevat palvelut on suunniteltu Oma-tiimi-ajatuksen pohjalta. Palveluihin kuuluvat lääkärin, sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotto toiminta, fysioterapeutin palvelut, perustason mielenterveys- ja päihdetyö sekä sosiaaliohjaus. Hankesuunnitelmavaiheessa ehdolla olivat myös suun terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuoltolain mukaiset matalan kynnyksen palvelut lapsiperheille.

Korvausmalli Tampereella on osittain suoriteperusteinen, ja malli erottaakin Tampereen muista kokeilualueista. Mallilla palvelutuottajia kannustetaan kehittämään palveluinnovaatioita pitkäaikaissairauksien, omahoidon ja seurannan haasteisiin. Tampereella kokeillaan myös suoritepohjaista korvausta perustason mielenterveys- ja päihdetyössä.

Peruskapitaatiokorvaus on määritelty kaksitasoiseksi: perusasiakkaista tuottajat saavat 150 euron vuosikorvauksen ja 250 euron korvauksen asiakkaista, joille on tehty yksilöllinen hoitosuunnitelma.

4.4.2 Arvioinnin kannalta keskeistä

Tampereella ei ole erityistä järjestelmää toiminnanohjaukseen, mutta palvelutuotannon tavoitteita seurataan erilaisin mittarein. Kokeilun kannalta on huomionarvoista, että Tampere kerää ja tilastoi tietoa jo tällä hetkellä terveysaseman vaihtaneista henkilöistä ja vaihdon syistä. Tampere on kehittämässä arviointikokonaisuutta, jonka avulla terveysasemia voidaan verrata toisiinsa. Kokonaisuus tulee koostumaan T3-luvusta, asiakastyytyvyydestä, diabeteksen hoitoon liittyvästä kliinisestä vaikuttavuusmittarista sekä terveysaseman vaihtosuhteesta.

Asiakastyytyvyyden osalta Tampere käyttää SurveyPal-asiakaskyselyä ja tämän lisäksi kerran vuodessa alueella toteutetaan laajempi asiakaskysely, jonka tulokset julkaistaan verkossa.

4.5 Keski-Uudenmaan sote

Keski-Uudenmaan soten valinnanvapauskokeiluun osallistuu useita kuntia. Mukana on Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula. Valinnanvapauskokeilu ajoittuu hyvin Keski-Uudenmaan kuntien osalta, sillä alueella on ollut suunnitteilla mainittujen hakijakuntien yhteinen kehittämishanke, jonka osana on suunniteltu monituottajamallin käyttöä. Keski-Uudenmaan sote eroaa muista hakijoista, sillä k.o kuntakonsortioilla ei ole aiempaa kokemusta yhtenäisestä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä, vaan kunnat ovat järjestäneet palvelut ainoastaan omien kuntiensä asukkaille.

Keski-Uudenmaan soten tavoitteena on luoda vaikuttava sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämismalli kasvattamatta kokonaiskustannuksia. Kokeilulla on myös kaksi alatavoitetta, joita tavoitellaan varsinaisten kokeilumallien avulla. Ensimmäisenä alatavoitteena on asiakas-

lähtöisyyden ja tehokkuuden kehittäminen satunnaisesti palveluja käyttävien asiakkaiden osalta. Keski-Uudenmaan alueen kunnat kokeilevat henkilökohtaista budjetointia, mikä näkyy toisessa alatavoitteessa. Alueella halutaan kehittää palvelujen vaikuttavuutta ja laatua paljon palveluita käyttävien asiakkaiden osalta henkilökohtaisen budjetin ja aktiivisen asiakkuusjohtamisen avulla.

Väestöt Keski-Uudenmaan sotien konsortiossa vaihtelevat. Hyvinkäällä asukkaita on noin 47 000, Nurmijärvellä noin 42 000, Järvenpäässä noin 41 000, Tuusulassa noin 38 000, Mäntsälässä noin 21 000 ja Pornaisilla reilut 5000. Yhteensä alueella asuu noin 200 000 ihmistä. Konsortion väestökoko on hieman alle Tampereen (228 000), mutta maantieteellisesti kunnat levittäytyvät suuremmalle alueelle. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva Hyvinkään sairaanhoitoalue on myös ollut aktiivisesti mukana suunnittelemassa kokeilua.

4.5.1 Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut

Keski-Uudenmaan sotien kokeiluun kuuluvat lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut. Poiketen muista kokeiluista, kokeilun palvelujen piiriin ei kuulu fysioterapiaa tai sosiaaliohjausta. Valinnanvapauden ulkopuolelle jäävät myös kotihoidon sekä hoiva- ja asumispalvelujen lääkäripalvelut. Mallina toimii ns. Omatiiimi -malli ja tuottajien on mahdollista täydentää palveluvalikoimaa ns. kiirevastaanotoilla.

Palvelutuottajille maksetaan kapitaatiokorvaus, joka määräytyy asiakkaan iän mukaisesti. Ikäryhmiä ovat 0-6-vuotiaat, 7-64-vuotiaat, 65-74-vuotiaat, 75-84-vuotiaat ja yli 85-vuotiaat. Keski-Uudenmaan kuntien osalta kapitaatiokorvausta täydennetään kannustinsanktiojärjestelmällä, jonka tarkoituksena on ohjata tuottajia mahdollisimman kokonaistaloudelliseen ja vaikuttavaan hoitoon.

Kokeilun osana olevalla henkilökohtaisella budjetilla tarkoitetaan hankehakemuksen mukaan asiakkaan omien palveluiden suunnittelua toimivaksi ja tarpeenmukaiseksi kokonaisuudeksi rahasumman avulla. Käytännön järjestelyjä varten alueella tulee toimimaan ns. palveluintegraattori, joka suunnittelee palvelukokonaisuuksia yhdessä asiakkaiden kanssa.

4.5.2 Arvioinnin kannalta keskeistä

Alueen kunnilla ei ole yhtenäistä toiminnanohjausjärjestelmää, sillä kunnat eivät järjestä palveluita yhteistyössä asukkaille vaan kukin kunta järjestää palvelut oman kuntansa asukkaille. Poikkeuksena on Mäntsälän ja Pornaisten yhteistoiminta-alue, Mustijoen perusturva. Kunnilla on käytössä eri potilastietojärjestelmät. Talouden seuranta perustuu myös erilaisiin järjestelmiin samoin kuin asiakastytyväisyyden seuranta.

Lähteitä ja tausta-aineistoja

15-D, www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/ julkaistu Toimia-tietokannassa 31.10.2013

Aalto A-M, Junnila M-L et al. Väestön mielipiteitä valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: THL, 2016 (Tutkimuksesta tiiviisti 20/2016).

Cashin C, Chi Y-L et al. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies & WHO. New York: Open University Press, 2014.

Cromley E.K, McLafferty S.L. GIS and Public Health. New York: The Guilford Press, 2012.

Dixon A, Robertson R, et al. Patient Choice. How patients choose and how providers respond. London: The King's Fund, 2010.

Erhola M, Jonsson PM, Pekurinen M, Teperi J. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Helsinki: THL, 2013.

EQ-5D, www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/139/ julkaistu Toimia-tietokannassa 31.10.2013

Hoitopääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2016. THL, 2016 (Tilastokatsaus 17/016).

Häkkinen U, Jonsson PM. Harnessing Diversity of Provision. In: Nordic Health Care Reforms. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Centre for Health Policy, 2009.

Jonsson PM, Nykänen E, Pohjola P, Junnila ML, Hietapakka L et al. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa – Kuvauksia eräistä Euroopan maista. THL, verkkojulkaisu 2016 (Työpaperi 6/2016).

Jonsson PM, Virtanen M. Valinnanvapaus terveydenhuollossa. Järjestäjien ja tuottajien välisessä suhteessa ratkaistavia kysymyksiä. Suomen Lääkärilehti 2013;68(33):1990-93.

Jonsson PM, Virtanen M. Valinnanvapaus terveydenhuollossa. Potilaan asema. Suomen Lääkärilehti 2013;68(34):2070-73.

Junnila M, Hietapakka L, Whellams A (toim.). Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Tampere: THL 2016. (Raportti 11/2016)

Kaikkonen R, Murto J, Pentala O et al. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath.

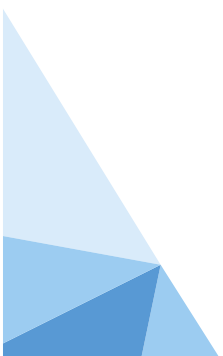
Lindgren P. Ersättning i Sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: SNS Förlag, 2014.

Palvelusetelikoelut käynnistyvät. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/palvelusetelikoelut-kaynnistyvat

Palveluvaaka, www.palveluvaaka.fi

Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T (toim.). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: THL 2016 (Raportti 16/2016)

Tilaaja-tuottajamallin käytöstä Suomessa ja eräissä Euroopan maissa. THL (Taustamuistio 2016). Verkkojulkaisu: www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/tilaaja-tuottajamalli.





TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS
National Institute for Health and Welfare

VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

tietokayttoon.fi

ISSN 2342-6799 (pdf)
ISBN 978-952-287-413-9 (pdf)

