

LAUSUNTO 12.6.2017

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta

13.6.2017

HUS:n kirjallinen lausunto hallituksen esityksestä HE 47/2017 vp: Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta – uudistuksen aikataulun, toimeenpanon ja suoran valinnan palvelujen pilottien sekä uudistuksen tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta

Valmistelijat: Toimitusjohtaja Aki Lindén ja Janne Aaltonen (erik.lääk., MBA), yhteyspäällikkö, HUS yhtymähallinto

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) hallitus on antanut kirjallisen lausunnon valinnanvapauslakiluonnoksen 31.1.2017 julkaistusta keskeneräisestä versiosta sekä kirjallisen ja suullisen asiantuntijalausunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan asiantuntijakuulemisessa 18.5.2017. Alla olevassa tarkastellaan yksinomaan hallituksen esitystä valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa aikataulun, toimeenpanon ja suoran valinnan palvelujen pilottien sekä uudistuksen tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta.

Aikataulu

Tämänhetkisen käsityksen mukaan maakuntien väliaikaishallinto voi aloittaa toimintansa syys-lokakuussa 2017. Periaatteellisesti ja taloudellisesti merkittäviä päätöksiä kyetään tekemään vasta maakuntavaltuuston ja –hallituksen toimesta maaliskuusta 2018 alkaen. Tätä ennen maakunta ei voi esimerkiksi käynnistää uusien tietojärjestelmien hankinta- tai kehitysprosesseja.

Usean samanaikaisen muutoksen toteuttaminen on huomattavan riskialtista. Tilanne, jossa ”kaikki muuttuu” näyttäytyy julkisen sektorin henkilöstölle uhkana. Tällöin ne toimijat – käytännössä yksityisellä sektorilla – jotka jatkavat toimintaansa ennallaan saaden lisääntyvää julkista rahoitusta, näyttäytyvät monien työntekijöiden silmissä houkuttelevilta vaihtoehdoilta. Avaintekijöiden laaja siirtyminen julkiselta sektorilta yksityiselle vaarantaa palvelujen häiriöttömän tuottamisen ja mm. sairaaloiden päivystysvalmiuden.

Suun terveydenhuollon osalta esitetty aikataulu edellyttää julkisen hammashuollon palvelujen yhtiöittämistä 31.8.2018 mennessä (52§). Terveyskeskukset tuottivat vuonna 2015 kaikista hammashuollon käynneistä 54% (lähde: Sotkanet). Koska henkilöstö ja toiminta siirtyvät perustettavan maakunnan vastuulle vasta 1.1.2019, tulisi yhtiöittämiset toteuttaa kuntien ja kuntayhtymien toimesta. Mikäli kunnat eivät hammashuoltoaan yhtiöitä, siirtyvät kaikki suomalaiset yksityisten suun terveydenhuollon yksiköiden listoille (mikäli mahtuvat).

Suomen Hammaslääkäriliitto on kannanotossaan 30.5.2017 todennut aikataulun liian kireäksi. Samoin ovat todenneet yksityisen terveydenhuoltosektorin edustajat Ulla-Maija Rajakangas ja Ismo Partanen kannanotossaan 23.5.2017.

Jotta suun terveydenhuollon valinnanvapaus voisi käynnistyä, tulisi tuottajien käytössä 31.8.2018 mennessä olla tiedonhallintapalvelu, johon ne voivat rekisteröityä ja ilmoittaa kuinka paljon asiakkaita kussakin toimipisteessä ottavat vastaan (44§). Viimeistään

LAUSUNTO 12.6.2017

31.1.2019 tietojärjestelmien tulee mahdollistaa tuotettujen palvelujen tietojen ilmoittamisen maakunnille sekä rahaliikenteen maakunnista tuottajille. Vuonna 2015 Uudellamaalla oli noin 10 000 hammashuollon käyntiä päivässä. Tätä laskutusta ei voi hoitaa manuaalisesti.

Konseptina **henkilökohtainen budjetti** on erittäin hyvä. Valitettavasti sen käyttöönotto on aikataulullisesti vielä haastavampaa kuin suun terveydenhuollon palvelujen. Näitä palveluja tarjoavat hyvin monenlaiset tuottajat (kuten siivous-, kuljetus-, kuntoutus-, ym. yrittäjät ja yritykset). Kun henkilökohtainen budjetti on jo määritelmän mukaan henkilökohtainen, tulisi sitä määritettäessä tuntea ko. asiakkaan yksilöllinen tarve. Valitettavasti useimmissa kunnissa kustannuslaskenta ja tietojärjestelmissä oleva tieto ei ole vielä sillä tasolla, että niiden avulla kyettäisiin toteamaan yksilöllisen palvelutarpeen edellyttämä rahoitustarve. Tämä johtaa henkilökohtaisen budjetin määräytymiseen keskiarvoisella tasolla, mistä seuraa, että osalle asiakkaita rahoitus on riittämätön ja osalle liiallinen. Kustannusten arvioinnin ja henkilökohtaisen budjetin määrittelemisen lisäksi maakunnalla tulee olla käytössään järjestelmä, jonka kautta henkilökohtaisen budjetin piiriin kuuluvien laskujen maksatus toteutuu siten, että palveluja käytettäessä henkilökohtaisen budjetin summa vähenee palveluista aiheutuneiden kustannusten mukaan. Maksatuksen yhteydessä tulee tarkistaa, että lasku perustuu ko. henkilön asiakassuunnitelmaan. Henkilökohtaisen budjetin käyttö voidaan täysimittaisesti aloittaa vasta, kun tietojärjestelmät tukevat tätä toimintaa sekä kustannusten arvioinnin että maksatuksen osalta. Tätä ennen järjestelmät tulee kehittää ja pilottihankkeissa kokeilla. Näitä tarpeita ei voida ratkaista yksinomaan kansallisella tasolla, eivätkä olemassa olevat järjestelmät niitä tue.

Maakuntaudistukseen liittyvien riskien hallitsemiseksi olisi välttämätöntä, että toiminnallisten muutosten määrä minimoitaisiin. Liikkeenluovutus ja fuusio on jo itsessään erittäin vaativa tehtävä. Pelkästään palkanlaskentaan ja kirjanpitoon liittyvien tietojärjestelmämuutosten toteutus työllistää käytännössä kaiken sen maakuntien ICT-henkilökunnan, jota ei tarvita sote-palvelujen tuottamisen tueksi turvaamaan nykyiset palvelut. On käytännössä täysin mahdotonta toteuttaa ja testata samanaikaisesti uusia ja vaativia tietojärjestelmiä, joita tarvitaan valinnanvapauteen liittyvien palvelujen käynnistämiseksi ja hallitsemiseksi.

Aikataulut eivät ole ainoastaan HUSin esiin nostama ongelma. Valinnanvapauslakiehdotuksen perusteluissa todetaan (s. 156): "Useimpien lausunnonantajien mukaan valinnanvapausuudistus tulisi valmistella huolellisemmin ja toteuttaa vaiheittain. Muun muassa tarvittavien tietojärjestelmien rakentamista pidettiin esitetyllä aikataululla mahdottomana."

Ratkaisuehdotus:

1. Perustetaan ensin maakunta ja järjestämistoiminto, siirretään sen jälkeen julkisesti rahoitetut palvelut liikelaitokselle ja laajennetaan valinnanvapautta vaiheittain 2021-

Toimeenpano

Muutoksen valmistelu ja toimeenpano edellyttävät riittäviä resursseja (sekä rahat että osaaminen). Lakiesityksessä asetettuja aikatauluja ei ole mahdollista saavuttaa millään resursoinnilla, mutta riittämätön resursointi hidastaa hankkeen toteutumista entisestään. Uudenmaan maakunnan alueella kunnat ovat selvästi ilmaisseet, etteivät ne ole halukkaita panostamaan omia varojaan hankkeeseen.

Muutoshankkeen edellyttämä rahoitustarve on 31.12.2018 mennessä Uudellamaalla

LAUSUNTO 12.6.2017

noin 98,5 miljoonaa euroa (kuluista on esitetty tarkempi laskelma Uudenmaan maakuntavalmistelun toimesta).

Valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää sekä riittävää henkilöresursointia että hyvin huomattavaa ICT-panostusta. Kuten edellä on todettu, jo fuusio itsessään vaatii lukuisien tietojärjestelmien yhteensovittamista, lisenssien laajentamista sekä jossain määrin uusia toiminnallisuuksia. Suoran valinnan, henkilökohtaisen budjetin sekä asiakasasetelipalvelujen toteuttaminen edellyttävät uusia tietojärjestelmiä.

Maakuntauudistus on ylivoimaisesti suurin Suomessa koskaan läpiviety projekti. Jo yksinomaan Uudenmaan maakunnan muutoshanke koskettaa suurempaa henkilöstömäärää kuin mikään aiempi muutos Suomessa koskaan. Lisäksi uudistus koskettaa kaikkien suomalaisten hengen ja elämän kannalta kriittisiä palveluja. Muutoksen toteuttaminen vaatii hyvin laaja-alaista osaamista. Substanssi- ja ict-osaamisen lisäksi tarvitaan mm. laajaa strategista, taloudellista, liiketoiminta-, muutosjohtamis- ja fuusio-osaamista. Jotta kaikki tarvittava osaaminen voidaan saada käyttöön, tulee kyetä houkuttelemaan sellaisia henkilöitä, joilla tätä osaamista on. Tällaisille henkilöille on kysyntää laajasti työmarkkinoilla.

Mikäli toimeenpanossa pyritään toteuttamaan liian paljon asioita liian lyhyessä ajassa, epäonnistumisen todennäköisyys on hyvin suuri. HUS on valmistellut listauksen valinnanvapauden toimeenpanon edellyttämistä toimenpiteistä (liite).

Ratkaisuehdotus:

1. Valtion selkeästi määritelty erillisrahoitus hankkeelle
2. Toimeenpanon vaiheistaminen (ks. edellinen kohta)
3. Olemassa olevan osaamisen hyödyntäminen laaja-alaisesti (shp ja kunnat)

Suoran valinnan pilotit

Esityksen mukaan valinnanvapauden pilottihankkeissa voi pilotoida joko sote-keskusta, henkilökohtaista budjettia tai molempia.

Kokeiluhankkeet on hyvä tapa kerätä kokemuksia ja lisätä muutoksen hallittavuutta. Sekä sote-keskustoimintaa, suun terveydenhuollon valinnanvapautta että henkilökohtaista budjettia tulisi ehdottomasti pilotoida. Jotta piloteista on laajamittaisen toimeenpanon kannalta mitään hyötyä, tulee kokeiluhankkeiden olosuhteiden pääosin vastata sitä ympäristöä, jossa varsinainen toimeenpano tulee toteutettavaksi. Käytännössä tämä valinnanvapauden osalta tarkoittaa järjestämisen ja tuottamisen erottamista sekä tietojärjestelmiä, joita tuotantoympäristössä tullaan käyttämään. Jotta saadut kokemukset kyetään hyödyntämään laajamittaisessa toimeenpanossa, tulee pilottien ja muun toimeenpanon välissä olla riittävästi aikaa muutosten tekemiseksi. Lähes varmaa on, että tullaan tarvitsemaan lainsäädännöllisiä muutoksia, toimintatapojen muutoksia sekä laajamittaista tietojärjestelmien kehittämistä.

Ratkaisuehdotus:

1. Toteutetaan pilotit 2018-2020 ja varsinainen valinnanvapauden toimeenpano tämän jälkeen

Tällaista mallia on valmisteluvaiheen aikana esitettykin (valinnanvapauslain perustelut, s. 69): ”Virkamiesvalmistelussa oli myös esillä malli, jossa valinnanvapautta lisättäisiin nykyisen järjestelmän pohjalta vaiheittain kokeilujen kautta. Palvelusetelikäytäntöjä, valinnanvapauskorvauksia ja henkilökohtaista budjetointia kehitettäisiin ja valinnanvapausjärjestelmää laajennettaisiin asteittain säilyttäen nykymuotoinen valinnanvapaus ja

LAUSUNTO 12.6.2017

parantaen sen kattavuutta eri palveluihin ja eri tuottajiin. Mallin etuna olisi se, että julkiseen hallintoon nojaavan sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän perusteita muutettaisiin vähitellen ja kokeilujen kautta kohti valinnanvapaus- ja monituottajamallia, mikä antaisi maakunnille ja palvelujärjestelmällä aikaa sopeutua muutokseen, mahdollistaisi lainsäädännön rakentamisen kokemusten perusteella ja vähentäisi riskiä mahdollisten ennalta-arvaamattomien vaikutusten toteutumiseen, joiden korjaaminen voi olla jälkikäteen haastavaa.”

Perusteluna em. mallin hylkäämiselle mainitaan: ”Malli ei kuitenkaan hallituksen linjausten mukaisesti mahdollistaisi laajaa valinnanvapautta eri palveluntuottajien välillä samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuudistuksen voimaantulon kanssa.”

Voidaan kysyä, onko tämä tarkoituksenmukainen peruste hylätä vaiheittaisen etenemisen ja huomattavasti esitettyä alhaisemman riskin toimintamalli.

Tavoitteiden toteutuminen

Alueuudistus.fi –sivuilla uudistuksen tavoitteet määritellään seuraavasti: Tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia.

Ainoa tapa, jolla muutoksella edes teoriassa voidaan kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja on parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, siksi näitä asioita tarkastellaan yhdessä ja kustannussäästöjä erikseen.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen

Suurin ongelma palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta ovat ns. päällekkäiset vakuutusjärjestelmät. Lakiehdotuksen perusteluosassa asiasta todetaan seuraavasti (s. 130): ”Valinnanvapauden näkökulmasta päällekkäiset vakuutusosuudet ovat hankalia, koska tuottajalle maksetaan kapitaatiokorvausta vaikka asiakas ei samassa määrin tarvitse maakunnan järjestämiä terveystalouden palveluja. Jos päällekkäisten vakuutuspiirissä olevat henkilöt eivät jakaudu tasaisesti kaikkien tuottajien kesken, markkinoiden toimintaa vaikeuttaa aiheutuva ns. haitallinen valikoituminen. Valinnanvapauden myötä niistäkin henkilöistä, jotka eivät nykyisessä järjestelmässä ole samassa määrin käyttäneet julkisia sote-palveluja, tullaan maksamaan kapitaatiokorvaus. Tämä tarkoittaa sitä, että nykyisin vain julkisia sosiaali- ja terveystalouden palveluja käyttävien henkilöiden palveluihin on tosiasiallisesti käytettävissä vähemmän resursseja. Haitallinen valikoituminen voi entisestään lisääntyä yritysten strategisten toimien seurauksena, sillä päällekkäisen vakuutuksen omaavat asiakkaat ovat lähtökohtaisesti houkuttelevampia asiakkaita kuin muut.”

Suurimmat ongelmat liittyvät yksityisiin vakuutuksiin (erityisesti lasten osalta) sekä työterveyshuollon sairaanhoitoon.

Uudellamaalla noin 55%:lla lapsista on yksityinen sairauskuluvakuutus. Tästä johtuen vain 45% aiheuttaa julkisia kustannuksia. Jos kapitaatio (julkisiin kustannuksiin perustuen) jaetaan kaikkien lasten kesken, raha ei riitä kattamaan hoidosta aiheutuvia kustannuksia, ellei tuottaja saa muita tuloja. Laskelman mukaan jokainen alaikäinen, jolla ei ole vakuutusta, aiheuttaa sote-keskukselle tappiota n. 110 euroa per vuosi. Ilman toimenpiteitä julkisiin sote-keskuksiin rekisteröityy oletettavasti ne lapset, joilla ei ole vakuutusta. Tästä aiheutuu taloudellinen ongelma näille sote-keskuksille.

Lähes kaikki (96%) palkansaajat ovat työterveyshuollon piirissä ja näistä valtaosa (90%) työterveyshuollon sairaanhoidon piirissä, mistä seuraa, että nämä aiheuttavat julkisia menoja vain työnantajien Kela-subvention kautta, mille ei toistaiseksi ole suunniteltu tehtävän mitään. Jos julkiset kustannukset jaetaan kaikille työikäisille, summa ei

LAUSUNTO 12.6.2017

riitä kattamaan hoidosta aiheutuvia kustannuksia, ellei tuottaja saa muita rahoitustuloja. Laskelman mukaan jokainen työkäinen, joka ei ole työterveydenhuollon piirissä, aiheuttaa sote-keskukselle tappiota n. 130 euroa per vuosi. Tästä aiheutuu taloudellinen ongelma julkisille ja muille sote-keskuksille, joilla ei ole työterveyshuollon potilaita.

Jotta palvelut olisivat yhdenvertaisesti saatavilla, samojen palvelujen ja ehtojen tulisi koskettaa kaikkia suomalaisia tasa-arvoisesti. Toisin kuin lakiesityksessä todetaan epätasa-arvo ei poistu sillä, että kaikki saavat valita. Epätasa-arvo poistuu sillä, että kaikki pääsevät yhtä nopeasti lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotolle, kun sitä tarvitsivat. Tämä tarkoittaa tasa-arvoisen valinnan lisäksi tasa-arvoista kohtelua.

Kustannussäästöt

Sote-uudistuksessa oletetaan, että peruspalveluja vahvistamalla voidaan säästää muista palveluista. Tälle päättelylle on hyvin vähän perusteita. Nordic Healthcare Groupin (NHG) Valtioneuvoston kanslialle luovuttaman väliraportin sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästömahdollisuuksista [liitteessä](#) (s. 73-74) osoitetaan selvästi, että panostettaessa enemmän perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat. Tämä on hyvin loogista. Mitä parempi on peruspalvelujen saatavuus, sitä enemmän näitä palveluja käytetään. Tämä johtaa useamman potilaan lähettämiseen erikoissairaanhoidon, koska sen kysyntä suhteessa peruspalvelujen kysyntään on vakio. Tästä seuraa, että mitä useampi potilas käy perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla, sitä useampi potilas saa lähetteen erikoissairaanhoidon.

Kuten NHG:n edellä mainitussa raportissa todetaan: "Huomattavin säästöpotentiaali liittyy ympärivuorokautisen palvelutarpeen ehkäisemiseen ja toisaalta kevyempien avoimuotoisten palveluiden kehittämiseen. Tämä koskee esimerkiksi lasten hyvinvointipalveluita, vammaispalveluita tai vanhusten palveluita." On toki määrittelyasia, onko näissä kyse peruspalveluista vai jostakin muista palveluista. Peruspalveluihin panostamalla ei kuitenkaan missään tapauksessa voida vähentää erikoissairaanhoidon menoja.

Lakiesityksen perusteluosassa todetaan laajasti, että kustannussäästöjen saaminen on vähintään epävarmaa:

- "Laajan asiakasjoukon siirtyminen yksityisesti rahoitettujen palvelujen piiristä julkisesti rahoitettujen palvelujen piiriin voi lisätä julkiseen sosiaali- ja terveysjärjestelmään kohdistuvaa kustannuspainetta." (s. 91)
- "Tehokkuushyötyjen saavuttaminen kilpailun kautta on epävarmaa ja edellyttää markkinoiden käynnistymisen, muodostumisen ja ohjaamisen onnistumista." (s. 118)
- "Valinnanvapausmalli sisältää osakokonaisuuksia, joihin liittyy riski kustannusten kasvusta: oppimis- ja järjestelmien perustamiskustannusten lisäksi nämä voivat liittyä henkilökohtaiseen budjettiin tai suun terveydenhuoltoon." (s. 119)
- "On todennäköistä, että valinnanvapauspalveluja tuottavien yritysten asiakaskunta muodostuu osin aiemman asiakkuuden pohjalta. Suomen institutionaalinen aselema voi tältä osin kärjistä kermankuorintaan liittyviä ongelmia." (s. 119)
- "Suomen kontekstiin yksiselitteisesti rinnastettavissa olevaa, laadukasta tutkimustietoa kilpailun vaikutusta sosiaali- ja terveyshuollon menokehitykseen ei ole saatavilla." (s. 122)
- "On mahdollista, että valinnanvapausmallin käynnistymisvaiheeseen liittyy ylimääräisiä ja päällekkäisiä kustannuksia, joilta ei voida välttyä." (s. 137)
- "Lausunnonantajista valtaosa katsoo, että lakiluonnos sisältää useita kohtia, jotka heikentävät uudistuksen edellytyksiä saavuttaa sen tavoitteet kustannusten hillitsemiseksi ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi." (s. 156)

LAUSUNTO 12.6.2017

Ratkaisuehdotus:

1. Poistetaan pakkolistautuminen; ne, jotka eivät aktiivisesti listaudu yksityiselle, listataan lähimpään julkisen sektorin toimipisteeseen
2. Huomioidaan kapitaatiossa työssäolo ja vakuutusstatus

Helsingissä 12.6.2017

Aki Lindén
Toimitusjohtaja

LAUSUNTO 12.6.2017

LIITE

**Listaus valinnanvapauslain toimeenpanon vähintään edellyttämistä toimenpiteistä [haku-
suluissa aikataulu, jota säädetty aikataulu edellyttää]**

1. voimassa oleva valinnanvapauslaki [8/2017]
 - o ei voida edellyttää tehtäväksi toimenpiteitä, jotka aikataulutuvat ennen lain voimaantuloa (voidaan oikeuttaa valmistelu, mutta ei edellyttää toimeenpanoa)
2. maakunta on rekrytoinut henkilökunnan, joka organisoii järjestämistoiminnon [9/2017] ja valmistelee maakuntavaltuuston päätettäväksi valinnanvapauden valmistelua koskevat periaatteet [3/2018]
3. nämä henkilöt tulee rekrytoida ennen maakuntavaltuuston kokoontumista, eli ko. henkilöt voidaan palkata määräaikaista vain 31.12.2018
4. maakunnan valtuuston päätös niistä periaatteista, joiden perusteella valinnanvapaus ko. maakunnassa toteutetaan [3/2018]
5. valinnanvapauden tietopalvelu, johon tuottajat ja asiakkaat rekisteröityvät ja jota pitkin tietoja siirretään, on määritelty, budjetoitu, kilpailutettu, suunniteltu, toteutettu ja testattu sekä maakunnan järjestäjälle koulutettu [6/2018] – tehtävän arvioitu todellinen kesto 48 kk
6. olemassa olevat akkreditointipalvelut, mikäli maakunta päättää niitä käyttää [9/2018] – arvioitu kesto 6-24 kk
7. maakunnan määrittely siitä, mitä ehtoja ja edellytyksiä valinnanvapauden piirissä oleville palveluille asetetaan (mm. laajuus, kannustimet, sanktiot, palveluketjut) [hammashuollon osalta 6/2018] – arvioitu kesto 6-12 kk
8. korvausmallin määrittely [6/2018] – arvioitu kesto 3-6 kk (siitä, kun käytössä on asianmukainen data; nyt tietoja ei voi yhdistää, koska lainsäädäntö estää sen) – tehdään maakuntatasoisesti; maakuntavaltuusto päättää
9. informointi palvelutuottajille em. periaatteista [7/2018]
10. maakunnan oma hammashuolto yhtiöitetty [8/2018]
11. hammashuollon tuottajien ilmoittautuminen tietopalveluun [10/2018]
12. maakunnan asukkaiden informointi [10/2018]
13. volyymien ja osaamisen kuvaus, laatu- ja myöhemmin saatavuustietojen kerääminen ja kirjaaminen tietopalveluun [11/2018]
14. asukkaiden rekisteröinti tiedonhallintapalveluun [11/2018]
15. niiden periaatteiden määrittäminen, joilla sellaiset asukkaat rekisteröidään, jotka eivät ole itse rekisteröityneet [11/2018]
16. tietopalvelu, jonka kautta asukas voi ilmoittaa väliaikaisen palvelutuottajan valinnasta, ja joka informoi asiasta välittömästi: a) asuinmaakuntaa, b) valittua pysyvää palveluntuottajaa ja c) valittua väliaikaista palveluntuottajaa [12/2018]
17. niiden asukkaiden rekisteröinti maakunnan puolesta, jotka eivät ole rekisteröityneet

LAUSUNTO 12.6.2017

itse [12/2018]

18. hammashuollon tuottajien palvelujen, henkilöstön ja tilojen tarkastaminen [12/2018] – arvioitu kesto 6-12 kk
19. tuottajien akkreditointi (mikäli käytetään) [12/2018]
20. sopimukset maakunnan ja tuottajien välillä [12/2018] – arvioitu kesto 6-12 kk
21. maakuntien, palvelutuottajien ja KELA:n keskinäiset sopimukset laskutuksesta ja kustannusten korvaamisesta [12/2018] – arvioitu kesto 6-12 kk
22. laskutuksen ja tapahtumatietojen siirto (mm. käynnin ajankohta, jotta maakunta pysyy laskuttamaan asiakkaalta asiakasmaksun) tietopalvelun kautta: tuottaja – KELA – maakunta [12/2018]
23. tarvittavat muutokset tuottajien tietojärjestelmiin, jotta ne voivat toimittaa vaadittavat tiedot vaaditussa muodossa (maakunnan päättämä tuotteistus ja hinnoittelu) [12/2018]
24. tuottajien kirjanpidon eriyttäminen hammashuollon, asiakassetelitoiminnan ja henkilökohtaisen budjetin osalta [12/2018]
25. yhteen kootut tiedot, joidenka perusteella voidaan määrittää henkilökohtainen budjetti [12/2018] – arvioitu kesto 6-12 kk
26. järjestelmä, jolla määritetään henkilökohtainen budjetti [12/2018] – arvioitu kesto 24-36 kk
27. järjestelmä, johon kirjataan rakenteinen asiakassuunnitelma henkilökohtaisen budjetin ja asiakassetelin osalta [12/2018]] – arvioitu kesto 24-36 kk
28. järjestelmä, johon henkilökohtainen budjetti kirjataan, joka tarkistaa (automaattisesti), että tuotettu palvelu on ollut asiakassuunnitelman mukainen ja joka vähentää asiakkaan budjettisaldoa sitä mukaan, kun henkilökohtaiseen budjettiin oikeutettu käyttää palveluja [12/2018]] – arvioitu kesto 36-48 kk
29. maakunta on perustettu, palkanlaskenta toteutettu, kaikki siirtyvät henkilöt kirjattu pääsynhallinta-, palkanlaskenta-, ym. rekistereihin; taloushallinta organisoitu (laskentatunnisteet määritetty organisaatorakenteen mukaisesti), kirjanpito, sopimus- ja laskunhallinta organisoitu, ym. [12/2018]
30. testit, että kaikki varmasti toimii [12/2019] – arvioitu kesto 6-12 kk

Listasta todennäköisesti puuttuu lukuisia tehtäviä. Mikäli listan paikkansapitävyys kyseenalaistetaan, tulee esittää vaihtoehtoinen listaus/suunnitelma.