

Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:15

Hennamari Mikkola

Kansainväliset kokemukset palvelusetelien
käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa



SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2003

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)		Julkaisun laji Selvitys	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		Toimielimen asettamispäivä	
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Hennamari Mikkola, Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Hennamari Mikkola, Internationella erfarenheter av servicesedlar inom social- och häl-sovården.)			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä Erilaisia palvelusetelisovelluksia ryhdyttiin käyttämään sosiaali- ja terveyspalveluissa EU-maissa erityisesti 1990-luvulla. Ensimmäiset kokeilut aloitettiin jo 1980-luvulla Englannissa, 1990-luvun alussa Ruotsissa (1992) ja henkilökohtaisen budjetoitijärjestelmän kokeilu Hollannissa 1991. Palvelusetelisovellusten tavoitteena EU-maissa on ollut asiakkaan valinnanvapauksien lisääminen, palvelutuotannon tehostaminen ja työllisyyden parantaminen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa selkeästi eniten palvelusetelisovelluksia on käytetty kotipalveluissa, lasten päivähoitossa ja asumispalveluissa. Terveystieteiden osalta kokemukset rajoittuvat kotisairaanhoidon ja hammashuoltoon. Pohjoismaissa palvelusetelieistä on eniten kokemuksia Ruotsista. Erityisesti Tukholman läänissä sijaitsevan Nackan kunnan kokemuksia voidaan hyödyntää myös sellaisissa suomalaisissa kunnissa, jotka kehittävät tai ovat ottamassa käyttöön palvelusetelijärjestelmiä. Nackan kokemusten perusteella palveluseteli näyttäisi soveltuvan erityisesti niihin palveluihin, joissa on todellista tarjontaa pitämään palvelujen hintaa ja laatutasoa kohtuullisena. Nackan kunnan näkökulmasta erityisesti palvelujen kustannusten ennakoitavuus ja läpinäkyvyys on lisääntynyt, mikä on myös tehostanut kunnan omaa palvelutuotantoa. Toisaalta hallintotehtävät ovat järjestelmän myötä myös lisääntyneet ja järjestelmän käyttöönotto on edellyttänyt perustavanlaatuisia muutoksia kunnan päätöksentekoon, palvelujen organisoimiseen – ja rahoitusjärjestelmissä. Palveluntuottajien välillä on syntynyt jonkinasteista kilpailua laadulla. Markkinoiden toimivuuden ongelmia kuvaa kuitenkin se, että esimerkiksi palvelusetelin kiinteää hintaa on välillä jouduttu korottamaan, jotta yritykset pysyisivät markkinoilla. Palvelusetelijärjestelmät edustavat sosiaali- ja terveydenhuollossa hajautettua tapaa järjestää ja rahoittaa palvelut. Palvelusetelin käyttö näyttäisikin olevan enemmänkin kunnalliseen palvelutuotantoon liittyvä ilmiö. Muissa EU-maissa paitsi Suomessa esimerkiksi sairaalapalvelujen järjestämisestä vastaa suurempi ja keskitetympi organisaatio kuin kunta. Tämän vuoksi on luonnollista, että palvelusetelisovelluksista ainoastaan julkisia ja yksityisiä terveysvakuutusyhtiöitä on käytetty sairaalapalveluiden rahoittamiseen. Jotta palvelusetelijärjestelmän käyttöönotto terveydenhuolto- ja asumispalveluissa olisi perusteltua, siitä seuraava hyöty sekä asiakkaalle että rahoittajalle tulisi olla suurempi kuin mitä nykyisellä sairausvakuutusjärjestelmällä tai kuntien ja yksityisten palveluntuottajien välisillä ostopalvelusopimuksilla voitaisiin saavuttaa.			
Avainsanat: (asiasanat) ostopalvelut, palvelusetelit, palvelut, palvelumaksut, yksityiset palvelut			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:15		ISSN 1236-200X	ISBN 952-00-1385-7
Kokonaissivumäärä 40	Kieli suomi	Hinta 10,15 €	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere puh. (03) 260 8158 ja (03) 260 8535, fax (03) 260 8150 sähköposti: julkaisumyynti@stm.vn.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare)		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättandet av organet	
Publikation (även den finska titeln) Hennamari Mikkola, Internationella erfarenheter av servicesedlar inom social- och hälsovården (Hennamari Mikkola, Kansainvälistä kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa)			
Publikationens delar			
Referat I EU-länderna började man använda servicesedlar inom social- och hälsovården särskilt på 1990-talet. De första försöken inleddes redan på 1980-talet i England och i början av 1990-talet i Sverige (1992). I Holland inleddes ett försök med ett personligt budgeteringssystem år 1991. I EU-länderna har syftet med servicesedlarna varit att öka klienternas valfrihet, effektivisera serviceproduktionen och förbättra sysselsättningen. Beträffande social- och hälsovårdstjänsterna har servicesedlar använts klart mest för hemservice, barndagvård och boendeservice. För hälso- och sjukvårdens del har man erfarenheter endast från hemsjukvården och tandvården. Av de nordiska länderna har Sverige mest erfarenhet av servicesedlar. De erfarenheter som särskilt Nacka kommun i Stockholms län har av dem kan vara till nytta för sådana finländska kommuner som utvecklar eller håller på att ta i bruk systemet med servicesedlar. På basis av Nacka kommuns erfarenheter verkar servicesedlarna att lämpa sig särskilt bra för sådan service som det finns ett verkligt utbud på och vars priser och kvalitet på så sätt hålls på en rimlig nivå. För Nacka kommuns del har det blivit lättare att förutse utgifterna för servicen, också insynen har ökat. Det här har fört med sig att kommunens egen serviceproduktion blivit effektivare. Å andra sidan har systemet lett till att de administrativa uppgifterna ökat och ibruktagandet av systemet krävt grundläggande ändringar i beslutsfattandet i kommunen och i organiseringen och finansieringen av servicen. Mellan serviceproducenterna har det i viss utsträckning uppstått konkurrens ifråga om kvaliteten. Ett tecken på marknadens funktionsproblem är dock att man ibland t.ex. varit tvungen att höja det fasta värdet på servicesedeln för att företagen skall kunna hållas kvar på marknaden. Inom social- och hälsovården utgör systemet med servicesedlar ett decentraliserat sätt att ordna och finansiera service. Användningen av servicesedlar verkar snarare vara ett fenomen som hänför sig till den kommunala serviceproduktionen. I alla EU-länder, förutom i Finland, svarar en större och mera centraliserad organisation än kommunen för t.ex. ordnande av sjukhusjänster. Därför är det naturligt att man inom servicesedelsystemet använt endast offentliga och privata sjukförsäkringar för finansiering av sjukhusjänster. För att det skall vara motiverat att ta i bruk systemet med servicesedlar inom hälso- och sjukvården skall nyttan för både klienten och finansören vara större än vad man kan uppnå med det nuvarande sjukförsäkringssystemet eller avtal om köptjänster mellan kommuner och privata serviceproducenter.			
Nyckelord köptjänster, privata tjänster, serviceavgifter, servicesedel, tjänster			
Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets stencilserie 2003:15		ISSN 1236-200X	ISBN 952-00-1385-7
Sidoantal 40	Språk finska	Pris 10,15 €	Sekretessgrad Offentlig
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tfn 03-260 8158 och 03-260 8535, fax 03-260 8150, e-post: julkaisumyynti@stm.vn.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health		Date	
Authors		Type of publication Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ	
Title of publication Hennamari Mikkola, International experience of the use of service vouchers in social welfare and health care			
Parts of publication			
Summary <p>Various service voucher models have been used in social and health services in EU countries in particular since the 1990s. The first experiments with the voucher were started in Great Britain in the 1980s, in Sweden at the beginning of the 1990s (1992), and an experiment with a personal budgeting scheme was introduced in the Netherlands in 1991. The aim with these models has been to increase the clients' freedom of choice, to intensify the service provision, and to improve the employment situation. As regards social and health services, most applications of the voucher have been used in home services, child day care and housing services. In health service provision the experience is confined to home nursing and dental care.</p> <p>Among the Nordic countries, Sweden has most experience of service vouchers. In particular the experience of the municipality of Nacka, in the County of Stockholm, can be made use of in the Finnish municipalities that are developing or introducing service voucher schemes. Judged from the experience of Nacka the service voucher scheme appears to be most suitable for services in which there is enough supply to keep the price of services at a high level and the quality of services moderate. From the point of view of the municipality of Nacka especially the predictability and transparency of the costs of services have increased, which has also made the municipality's own service provision more effective. On the other hand, the administrative tasks have increased with the system, and the introduction of the system required profound changes in the municipal systems of decision-making, organization of services and financing. There has arisen competition with quality between service providers. A reflection of the problems in the functioning of the market is however that it has, for instance, been necessary to raise at times the fixed price of a service voucher in order to enable the enterprises to continue with their service provision.</p> <p>In social welfare and health care the service voucher schemes represent a decentralized way of organizing and financing services. The use of service vouchers appears to be linked primarily to municipal service provision. In EU countries other than Finland, for instance the provision of hospital services is the responsibility of a larger and more centralized organization than a municipality. Therefore it is natural that, among the applications of service vouchers, only public and private health insurances have been used for financing hospital services. One criterion justifying the introduction of service vouchers in health care services is that the related benefit to both the clients and financiers should be greater than it is possible to achieve by means of the present health insurance system or by means of agreements on purchase of services between municipalities and private service providers.</p>			
Key words service vouchers, services, service fees, private services, purchased services			
Other information ww.stm.fi			
Title and number of series Stencils of the Ministry of Social Affairs and Health 2003:15		ISSN 1236-200X	ISBN 952-00-1385-7
Number of pages 40	Language Finnish	Price 10,15 €	Publicity Public
Distributor/Orders Publications sale of the Ministry, P.O. Box 536, 33101 Tampere, tel. +358 3 260 8535 and +358 3 260 8158		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	3
REFERAT.....	5
SUMMARY.....	7
SISÄLTÖ.....	9
1 JOHDANTO.....	11
2 TAUSTA.....	13
2.1 Palvelusetelisovelluksen määritelmä.....	13
2.2 Palvelusetelien käyttö Suomessa.....	14
2.3 Selvitystyön kehikko.....	14
3 PALVELUSETELISOVELLUSTEN KÄYTTÖ EU-MAISSA.....	19
3.1 Ruotsi.....	21
3.1.1 Kokemuksia Nackan kunnasta.....	22
3.1.2 Muut kotipalveluissa palveluseleitä käyttävät kunnat Ruotsissa.....	28
3.2 Hollanti.....	29
3.3 Saksa.....	31
4 PALVELUSETELIEN SOVELTUVUUS TERVEYDENHUOLTOON.....	34
5 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	36
KIRJALLISUUTTA.....	39

1 JOHDANTO

1990-luvun alussa useissa verorahoitteisissa sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmissä ryhdyttiin kokeilemaan vaihtoehtoisia palvelujen järjestämistapoja ja rahoitusmalleja. Uusien vaihtoehtoisten mallien käyttöön otolla on tavoiteltu lähinnä palvelujen tehostamista ja parempaa vaikuttavuutta sekä kustannussäästöjä. Lisäksi tavoitteena on ollut lisätä asiakkaan tarpeiden mukaista palvelutuotantoa. Useimmissa tapauksissa vaihtoehtoiset rahoitusmallit ovat joko tilaaja-tuottaja-malleja, palvelusetelisovelluksia tai keskushallinnon ylläpitämiä järjestelmiä, joissa resurssien jaon perustaksi on otettu käyttöön uusia informaatiojärjestelmiä¹. Tilaaja-tuottaja-malleja on otettu käyttöön erityisesti Ruotsissa ja Englannissa. Useissa EU-maissa palvelusetelisovelluksia on käytetty lähinnä sosiaalipalvelujen rahoittamiseen ja sovellusten tavoitteet ovat olleet moninaiset, aina työllistämistavoitteista palvelun tuottajien kilpailuttamiseen.

Julkisten palvelujen tehostamistavoitteiden lisäksi viime vuosien aikana on ryhdytty pohtimaan erityisesti sitä, miten asiakkaan tarpeet ja oikeudet voidaan ottaa paremmin huomioon palveluita järjestettäessä. Läntisissä teollisuusmaissa ikääntyvien suhteellinen osuus väestöstä kasvaa. Ikääntyvä väestö tulee olemaan tulevaisuudessa yhä koulutumpi ja valveutuneempi sosiaali- ja terveystalvvelujen asiakaskunta, joka vaatii laadukkaita ja yksilöllisiin tarpeisiin vastaavia räätälöityjä palveluja. Tulotason ja varallisuuden kasvaessa, ikääntyvän väestön ostovoima myös lisääntyy, joka puolestaan luo pohjan yhä moninaisempien palvelujen kysyntään. Useissa verorahoitteisissa sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmissä onkin otettu käyttöön monia asiakkaan oikeuksia ja valintaa lisääviä sovelluksia. Niitä ovat olleet mm. palvelusetelit, hoitotakuu ja vapaus valita julkinen palvelun tuottaja esimerkiksi sairaala. Näistä sovellutuksista palveluseteli on välitön kannuste lisätä asiakkaan valintaa. Toisaalta palveluseteli on myös kannuste lisätä palvelujen kysyntää ja voi lisääntyvän kysynnän kautta lisätä sosiaali- ja terveystalvvelujen kustannuksia.

Yhdysvalloissa palveluseteleitä on käytetty jo pitemmän aikaa erityisesti koulutuspalvelujen rahoittamiseen. EU-maissa palvelusetelisovelluksia on käytetty erilaisissa hyvinvointipalveluissa, erityisesti lasten päivähoitossa ja kotipalveluissa. EU-maissa terveydenhuollon kokemukset rajoittuvat kotisairaanhoidon. Ainoastaan Yhdysvalloissa on keskusteltu palvelusetelin käytöstä Medicare-vakuutusjärjestelmässä (yli 65-vuotiaille tarkoitettu julkinen terveysvakuutus).

Suomessa valtakunnalliset palvelusetelikokeilut lasten päivähoitossa ja omaishoidon vapaan järjestämisessä ovat tutkimusten mukaan olleet myönteisiä. Vaikka palvelusetelin käyttö on vielä varsin pienimuotoista muilla alueilla kuin lasten päivähoitossa, kiinnostus palvelusetelin käyttöä kohtaan on selvästi kasvamassa. Keskustelua käydään erityisesti siitä, minkä tyyppisissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa palvelusetelisovellukset voisivat olla mahdollisia. Kaikki kokemukset palvelusetelien kansallisesta ja kansainvälisestä käytöstä ovat hyödyllisiä erityisesti kunnille, jotka harkitsevat tai ovat ottamassa käyttöön palveluseteleitä.

¹ Esimerkiksi DRG (Diagnosis Related Groups)-ryhmittelyyn perustuva sairaalarahoitusjärjestelmä on otettu käyttöön Norjassa ja tullaan ottamaan käyttöön Saksassa lähivuosina.

Tämän selvitystyön tavoitteena on kartoittaa palvelusetelisovellusten käyttöä sosiaali- ja terveyspalveluissa erityisesti EU-maissa. Selvitystyössä perehdytään tarkemmin erityisesti 1990-luvun alussa Ruotsissa käynnistyneiden palvelusetelikokeiluiden (vouchers) kokemuksiin ja Hollannin henkilökohtaisen budjetointijärjestelmän (personal budget system) uudistukseen. Ruotsin kokemuksista erityisesti Nackan kunnan palvelusetelien laajamittainen käyttö on kiinnostuksen kohteena. Vaikka kansainvälisiä kokemuksia palvelusetelisovellusten käytöstä erityisesti terveydenhuollossa ei juuri löydy, selvitystyössä pohditaan myös palvelusetelisovellusten mahdollisuuksia ja ongelmia terveydenhuollossa. Palvelusetelisovellusten kokemuksia ja kannustevaikutuksia tarkastellaan asiakkaan, rahoittajan ja tuottajan näkökulmasta. Selvitystyön aineisto perustuu kirjallisuuteen, internetistä saatavissa olevaan materiaaliin ja sähköpostin avulla tehtyihin kyselyihin kansainväliselle tutkijaverkostolle ja erityisesti Ruotsin kuntien virkamiehille.

Selvitystyö rakentuu siten, että luvussa 2 määritellään palvelusetelisovelluksen luonne ja käsitellään lyhyesti Suomessa käytössä olevat palvelusetelisovellukset sekä muodostetaan selvitystyön kehikko. Selvitystyön kehikko perustuu kirjallisuuden perusteella tehtyihin oletuksiin palvelusetelisovellusten mahdollisuuksista, edellytyksistä ja ongelmista. Luvussa 3 tarkastellaan palvelusetelisovellusten kokemuksia eräissä EU-maissa. Luvussa 4 pohditaan erityisesti palvelusetelisovellusten käytön mahdollisuuksia erityisesti terveydenhuollossa.

2 TAUSTA

2.1 Palvelusetelisovelluksen määritelmä

Yhteiskunnallisen päätöksentekijän hallinnassa olevia ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta lisääviä ohjaus- ja rahoitusinstrumentteja ovat julkiset vakuutusjärjestelmät ja tietyn palvelun tai hyödykkeen hankintaan tarkoitettut palvelusetelisovellukset. Palvelusetelisovelluksella tarkoitetaan tässä selvityksessä julkista sosiaali- ja terveystalouden rahoitusmuotoa, joka voi olla määrätyn summan suuruinen shekki, palveluraha ja rajattu käyttösumma (esim. maksusitoumukset ja henkilökohtaiset budjetit). Palveluseteli määritellään tavallisesti tulonomaiseksi suoritukseksi, jonka käyttökohde on ennalta määrätty. Laajemmin palveluseteli on rahoitusinstrumentti, jonka avulla julkinen valta voi ohjata palvelujen kulutusta. Rahoittaja voi määritellä palveluntuottajavalikoiman ja palvelutyyppin ja –määrän etukäteen setelin avulla. Palvelusetelisovelluksia voidaan pitää myös rahoitusmuotona, joka välittömästi lisää asiakkaan valintaa. Palvelusetelijärjestelmän luonteeseen kuuluu, että asiakkaat saavat valita eri palveluntarjoajien välillä ja maksaa haluamansa palvelut saamallaan setelillä. Tavallisesti palveluseteli ei kuitenkaan kata kokonaan palvelun hintaa, vaan asiakas maksaa loput omista varoistaan tai asiakasmaksun muodossa.

Ostopalvelusopimuksen ja sairausvakuutusjärjestelmän erot verrattuna palvelusetelijärjestelmään

Palvelusetelisovellus eroaa kunnan ja palvelun tuottajan välisistä ostopalvelusopimuksista siten, että ostopalvelusopimuksissa asiakas ei tavallisesti voi valita palvelun tuottajaa. Toisaalta kunta voi myös tehdä ostopalvelusopimuksen useamman tuottajan kanssa ja antaa asiakkaalle vapauden valita tuottajan. Palvelusetelisovelluksen luonteeseen tavallisesti kuitenkin kuuluu, että asiakas tekee sopimuksen palveluntuottajan kanssa, kun ostopalvelusopimuksissa sopimusosapuolet ovat kunta ja palveluntuottaja.

Palvelusetelisovellutus eroaa sairausvakuutusjärjestelmän korvauksista siten, että rahoittaja tavallisesti määrittelee etukäteen palveluseteliin oikeuttaman palvelun, palveluntuottajavalikoiman ja setelin hinnan. Esimerkiksi suomalaisessa sairausvakuutusjärjestelmässä asiakkaan saama korvaus koskee laajaa yksityisten tuottajien tarjoamaa palveluvalikoimaa. Korvaus perustuu prosentuaaliseen osuuteen Kansaneläkelaitoksen määrittelemästä taksasta. Taksan tarkoituksena on hillitä julkisten kustannusten (sairausvakuutusmaksujen) kasvua. Esimerkiksi tutkimus- ja hoitokulujen osalta sairausvakuutus korvaa 75 prosenttia omavastuun ylittävältä osalta (13,46 euroa, vuonna 2003). Yksityisten tutkimus- ja hoitokulujen hinta ylittää kuitenkin tavallisesti sairausvakuutuksen taksan, jolloin korvaus lasketaan taksan mukaisesta määrästä ja asiakkaan maksuosuus nousee huomattavasti suuremmaksi.

2.2 Palvelusetelien käyttö Suomessa

Suomessa valtakunnalliset palvelusetelikokeilut lasten päivähoidossa ja omaishoidon vapaan järjestämisessä ovat tutkimusten mukaan olleet myönteisiä. Vaikka palvelusetelin käyttö on vielä varsin pienimuotoista muilla alueilla kuin lasten päivähoidossa, kiinnostus palvelusetelin käyttöä kohtaan on selvästi kasvamassa. Suomen Kuntaliiton kyselyn mukaan vuonna 1998 palveluseteleitä käytti 39 kuntaa, kun taas Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen (VATT) vuonna 2001 tekemän kyselyn perusteella palveluseteleitä käyttäviä kuntia oli jo 116. VATTin kyselyn perusteella 55% Uudenmaan väestöstä asuu kunnissa, joissa on käytetty palveluseteliä lasten päivähoidossa. Vastavat osuudet väestöstä Päijät-Hämeessä olivat noin 40% ja Pohjois-Karjalassa noin 30%. Etelä-Karjalassa ja Etelä-Pohjanmaalla palveluseteleitä ei oltu juuri käytetty. Erityisesti Pohjois-Savon väestöstä noin 30% asuu kunnissa, joissa myös omaishoidossa on käytetty palveluseteleitä. Kyselyn mukaan palvelusetelisovellutusten käytön merkittävin tavoite oli lisätä asiakkaan valinnanvapautta ja palvelujen kustannustehokkuutta. Niissä kunnissa, joissa palveluseteli ei ollut käytössä, palvelusetelien käytön esteinä pidettiin vähäistä yksityistä palvelutarjontaa, epävarmuutta setelien tulevasta verotuskohtelusta ja epävarmuutta siitä, miten asiakkaiden varallisuus huomioidaan palvelusetelipäätösten yhteydessä.

Viime vuosina yksittäisissä kunnissa on virinnyt useita myös muita palvelualoja kuin lasten päivähoitoa koskevia kokeiluja (esim. Liperi 1995-95 kotihoito, Kainuun maakunta 1997-98 vanhusten hoivapalvelut, Ylivieska 1999 omaishoitajien vapaan järjestäminen, Viitasaari 1999 tarveharkintainen tuki ympärivuorokautista palvelua tarvitseville, Kokkola 2000 kotiapu (työllistämistavoite) ja Lahti 2002 kotihoito). Lisäksi useat kunnat ovat käyttäneet taksiseteleitä liikuntaesteisten kuntalaisten kuljetuspalveluiden rahoittamiseksi.

Kaiken kaikkiaan palvelusetelien merkitys sosiaali- ja terveystalouden rahoittamisessa on vielä kuitenkin hyvin marginaalinen. Esimerkiksi lasten päivähoidossa palvelusetelisovellusten piirissä olevien lasten osuus on vain noin 3% kaikista alle 7-vuotiaista.

2.3 Selvitystyön kehikko

Kirjallisuuden perusteella palvelusetelisovellusten käytön tavoitteista, mahdollisuuksista, edellytyksistä ja odotettavista olevista ongelmista voidaan esittää tiettyjä oletuksia ja muodostaa selvitystyölle kehikko. Palvelusetelisovelluksia tarkastellaan erityisesti rahoittajan, asiakkaan ja palvelun tuottajan näkökulmasta. Selvitystyön kehikon avulla tarkastellaan niiltä osin kuin on mahdollista miten tuoreimmat käytännön kokemukset vastaavat aikaisempia kokemuksia ja oletuksia palvelusetelisovellusten käytöstä EU-maissa.

Rahoittajan näkökulma

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen organisoinnista ja rahoituksesta vastaava taho asettaa palvelusetelisovellutuksille tietyt tavoitteet. Palvelusetelisovellutusten merkittä-

vimpinä tavoitteina pidetään asiakkaan oikeuksien ja valinnanvapauden lisäämistä. Muita tavoitteita ovat olleet myös palvelujen kysynnän, tarjonnan, kustannustehokkuuden, vaikuttavuuden ja palvelujen järjestäjän ja rahoittajan kustannussäästöjen lisääminen. Lisäksi palvelusetelisovelluksilla on pyritty kannustamaan yrittäjyyteen ja lisäämään työllisyyttä. Sellaisissa maissa, joissa julkinen palvelujärjestelmä puuttuu kokonaan tai on hyvin puutteellinen tietyissä palveluissa esimerkiksi lasten päivähoidossa tai hoivapalveluissa, palvelusetelisovelluksilla on haettu myös tulonjaon tasausta. Tässä selvityksessä keskitytään kuitenkin järjestelmiin, joissa palvelusetelisovellus on otettu käyttöön muiden julkisten rahoitusmuotojen rinnalle.

Palvelusetelisovellus voidaan nähdä myös keinona lisätä palveluntuottajien määrää ja niiden välistä kilpailua. Palveluntuottajien määrän lisäyksen tavoitteena on parempi palvelujen saatavuus, kun taas kilpailun odotetaan parantavan palvelujen laatua ja kustannustehokkuutta. Asiakkaan valinnan vapaus valita tarpeisiinsa sopiva palvelutyyppe ja palvelun tuottaja on nähty keinoksi parantaa palvelun kustannusvaikuttavuutta. Jos palvelutyyppe ja sen tuottaja, palvelun ajankohta, laatu ja määrä tyydyttävät olemassa olevista vaihtoehtoista parhaiten asiakkaan tarpeita, palvelua voidaan pitää silloin myös vaikuttavana. Lisäksi jos palvelusetelin oikeuttama palvelu on myös kustannuksiltaan edullisin vaihtoehto, palvelua voidaan pitää sekä kustannustehokkaana että kustannusvaikuttavana.

Taulukko 1. Palvelusetelisovellukset rahoittajan näkökulmasta.

Mahdollisuudet	Edellytykset	Mahdolliset ongelmat
Voi lisätä palvelujen kustannustehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta	Palvelujen tarjonta vastaa kysyntää	Voi lisätä kustannuksia ja tehotomuutta – jos tarjonta ei vastaa kysyntää – jos kilpailua ei synny
Voi lisätä palvelujen saatavuutta (tarjontaa)	Riittävästi palvelun tarjoajia – mahdollistaa palvelujen tuottajien kilpailuttamisen	Kilpailu ei toimi – jos palvelujen tarjoajia liian vähän
Voi lisätä palvelun järjestäjän kustannusten ennakoitavuutta ja läpinäkyvyyttä	Kilpailu on todellista	Palvelun tarjoaja voi valikoida asiakkaita (kerman kuorinta) ja nostaa hintoja
Voi vähentää palvelun järjestäjän kustannuksia	Toimivan informaatiojärjestelmän luominen – kustannuslaskenta, informaatio palvelun tuottajista asiakkaille	Voi lisätä hallinnollisia kustannuksia – jos uusi järjestelmä luodaan entisen tuotanto- ja rahoitusmallin rinnalle
Voi lisätä työllisyyttä		Tulonjakovaikutukset

Palvelusetelisovellus voi lisätä palvelujen kustannusvaikuttavuutta vain siinä tapauksessa että palvelujen tarjonta vastaa kysyntää (Taulukko 1). Lisäksi kilpailu voi parantaa palvelujen kustannusvaikuttavuutta silloin, jos kilpaillaan sekä hinnalla että laadulla. Hintakilpailu motivoi tuottajia tehostamaan tuotantoa ja säästämään kustannuksissa, kun taas laadulla kilpaileminen motivoi esimerkiksi laajentamaan palveluvalikoimaa tai erikoistumaan tiettyihin palveluihin.

Palvelunjärjestäjä voi palvelusetelisovelluksen avulla saavuttaa kustannussäästöjä erityisesti silloin, jos kaikki palveluntuottajat kohtaavat samanlaiset kilpailun edellytykset. Kustannussäästöjä voi myös syntyä sen seurauksena, että toiminnan kustannukset tulevat läpinäkyviksi. Jos kustannukset ovat läpinäkyviä, rahoittaja voi vertailla kunnallisen palveluntuottajan ja yksityisen yrityksen toiminnan tehokkuutta. Lisäksi jos palveluseteli on kiinteähintainen, rahoittaja pystyy ennakoimaan palvelutuotannon kustannuksia vaittomasti.

Parempi palvelujen saatavuus ja positiivinen työllisyysvaikutus voidaan saavuttaa, jos palvelusetelisovelluksella onnistutaan lisäämään palvelujen tarjoajien määrää ja sitä kautta palvelujen saavutettavuutta ja kysyntää. Palvelusetelisovellukset eivät kuitenkaan ylläpidä palvelujen saatavuutta tai lisää niitä, jos palveluntuottajia on liian vähän suhteessa palvelujen kysyntään. Lisäksi palvelujen saatavuutta voi heikentää se, että yrityksillä on taipumus valikoida asiakkaita, jos niillä on siihen mahdollisuus. Yritykselle syntyy mahdollisuus valikoida asiakkaita ainakin siinä tapauksessa, jos kunta palvelun järjestäjänä suostuu hoitamaan ne asiakkaat, jotka yrityksille eivät kelpaa. Lisäksi kilpailun puute voi johtaa siihen, että yritykset voivat nostaa palvelujen hintoja. Kustannusten läpinäkyvyys, hintavertailu ja kiinteähintainen palveluseteli ovat keinoja estää palveluntuottajien monopolihinnoittelu.

Palvelusetelisovellusten muita mahdollisia ongelmia kilpailun puutteen ja vähäisen palveluntuottajien määrän lisäksi voi olla kasvavat hallintokustannukset. Palvelusetelijärjestelmä vaatii kattavat informaatiojärjestelmät, jotta asiakas pystyy hyödyntämään järjestelmää ja palvelun järjestäjä seuraamaan setelien käyttöä. Esimerkiksi asiakas tarvitsee tietoa vaihtoehtoisista palvelun tuottajista ja yleisesti siitä miten palvelusetelijärjestelmää käytetään. Hallintokustannukset lisääntyvät erityisesti, jos luodaan useita rinnakkaisia rahoitusjärjestelmiä. Hallintokulujen suuruus riippuu myös siitä, millaisia maksuvälineitä palvelusetelit käytännössä ovat. Setelit voivat olla painettuja paperilipukkeita, esimerkiksi älykortteja tai asiakas ja yrittäjä pitävät kirjanpitoa käytetyistä palveluista. Verrattuna keskitettyyn järjestelmään, useamman kuin yhden palveluntuottajan laadun valvonta voi myös lisätä kustannuksia.

Palvelusetelisovellus kohtelee kaikkia kansalaisia tasapuolisesti, jos asiakkaan maksuosuus palvelun hinnasta jää vähäiseksi. Palvelusetelisovelluksella voi kuitenkin olla selkeitä tulonjakovaikutuksia silloin jos asiakkaan maksuosuus palvelun hinnasta on sellaisella tasolla, että vain varakkaimmilla henkilöillä on mahdollisuus käyttää palvelusetelijärjestelmää.

Asiakkaan näkökulma

Asiakkaan valinnanvapauden edellytyksenä on, että erilaisia palveluja ja palvelun tarjoajia on vähintään kaksi (Taulukko 2). Palvelun tuottajien niukan määrän lisäksi asiakkaan valintamahdollisuuksia voi rajoittaa se, ettei palveluista tai palvelun tuottajista ole riittävästi informaatiota saatavilla tai palvelusetelin antaja voi rajoittaa valittavina olevien tuottajien määrää. Lisäksi asiakas tai hänen edusmiehensä, esimerkiksi omainen tai kunnan viranomainen (sosiaalityöntekijä tai palvelun ohjaaja (case manager), ei välttämättä kykene määrittelemään täydellisesti palvelun tarvetta. Esimerkiksi asiakas voi olla sairauden vuoksi kyvytön arvioimaan omia tarpeitaan ja sitten valitsemaan palvelun tuottajaa tai vertailemaan palvelun hintoja, hyötyjä ja seurauksia. Jos palvelusetelin käyttötarpeen ja kohteen tai palvelun tuottajan valitsee yksinomaan kunnan viranomainen tai omainen, asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan. Lisäksi omaisen tai kunnan viranomaisen arvioon palvelun tarpeesta voi sisältyä asiakkaan tarpeista riippumattomia motiiveja. Esimerkiksi palvelun ohjaajan motiivina voi olla säästää palvelun järjestäjän kokonaiskustannuksissa, omaisten motiivit puolestaan voivat heijastaa omaisten omia tarpeita. Asiakkaan kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä ja kyky arvioida omat tarpeensa onkin välttämätön edellytys palvelusetelisovelluksen etujen täydelliselle toteutumiselle.

Taulukko 2. Palvelusetelisovellukset asiakkaan näkökulmasta.

Mahdollisuudet	Edellytykset	Mahdolliset ongelmat
Lisää asiakkaan oikeuksia ja vapautta valita tarpeisiinsa hinta-laatusuhteeltaan sopivan palvelutyyppin, palvelun tuottajan, palvelun ajankohdan ja määrän	Asiakkaalla tai asiakkaan edusmiehellä kyky vertailla palveluja, palveluntuottajia, palvelujen laatua, hintaa ja hyötyjä	Asiakas eikä hänen edusmiehensä kykene vertailemaan palveluja eikä palveluntuottajia
Voi lisätä palvelujen saatavuutta, laatua ja valikoimaa	Valinnanvapauden edellytyksenä on että markkinoilla on useampi kuin yksi palvelun tarjoaja Palvelusetelin arvo kattaa niin suuren osan palvelun kustannuksista, että asiakas on halukas käyttämään palvelua	Asiakkaan edusmies ei toimi täysin asiakkaan puolesta – rajoittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta Palvelun tarjoajia liian vähän Palveluista ja palvelujen tuottajista liian vähän tietoa saatavilla Palvelujen tarjoaja voi valikoida asiakkaita – Asiakkaan maksuosuus niin suuri, että ei kykene hankkimaan palvelua

Lisäksi palvelusetelin käytön välttämättömänä edellytyksenä on, että palvelusetelin arvo kattaa palvelun kustannuksista niin suuren osan, että asiakas on halukas maksamaan palvelusetelin ja palvelun hinnan välisen erotuksen. Jos asiakkaan maksuosuus nousee niin suureksi että hän ei kykene hankkimaan palvelua, asiakas joutuu epätasa-arvoiseen asemaan verrattuna varakkaimpiin asiakkaisiin.

Palveluntuottajan näkökulma

Palveluyrityksen näkökulmasta toiminnan edellytyksenä ovat luonnollisesti yleiset yritystoiminnan edellytykset. Yritystoiminnan harjoittaminen on mahdotonta esimerkiksi, jos kysyntää ei ole riittävästi tai tuotantokustannukset ovat suuremmat kuin palveluista saatavat korvaukset. Lisäksi yritystoiminnan edellytyksenä on sosiaali- ja terveysalan osaaminen ja koulutetun työvoiman saatavuus. Toiminnan aloitusvaiheessa yksityisen palveluyrityksen näkökulmasta kunnallinen palveluntuottaja on edullisemmassa asemassa, koska kunnallisella palveluntuottajalla on jo tuntemus markkinoista ja valmiit asiakaskontaktit. Keskeinen edellytys yritystoiminnan aloittamiselle ja jatkuvuudelle on myös se, että rahoittaja takaa palvelusetelijärjestelmän pysyvyyden, erityisesti silloin jos yrityksellä ei ole olemassa vaihtoehtoisia markkinoita (Taulukko 3).

Taulukko 3. Palvelusetelisovellukset yksityisen palveluntuottajan näkökulmasta.

Mahdollisuudet	Edellytykset	Mahdolliset ongelmat
Lisää useamman palveluntuottajan mahdollisuuksia osallistua tuotantoon	Riittävästi palvelujen kysyntää Riittävästi koulutettua työvoimaa saatavilla Palvelusetelijärjestelmän ylläpitäjä takaa järjestelmän jatkuvuuden Palvelun tuottajat tasaveroisessa asemassa Palvelusetelin arvo vastaa tuotannon kustannuksia	Haja-asutusalueilla kysyntä vähäistä ja satunnaista Julkisella palveluntuottajalla etulyöntiasema yksityisiin yrityksiin nähden – tuntee asiakkaat ja markkinat

3 PALVELUSETELISOVELLUSTEN KÄYTTÖ EU-MAISSA

Erilaisia palvelusetelisovelluksia ryhdyttiin käyttämään sosiaali- ja terveyspalveluissa EU-maissa erityisesti 1990-luvulla. Ensimmäiset kokeilut aloitettiin jo 1980-luvulla Englannissa, 1990-luvun alussa Ruotsissa (1992) ja henkilökohtaisen budjetointijärjestelmän kokeilu Hollannissa 1991. Palvelusetelisovelluksen muotoon on vaikuttanut se, mikä sosiaali- ja terveyspalvelun rahoittajan pääasiallinen tavoite on. Palvelusetelisovellusten tavoitteena EU-maissa on ollut asiakkaan valinnanvapauksien lisääminen, palvelutuotannon tehostaminen ja työllisyyden parantaminen (Taulukko 4). Sosiaali- ja terveyspalveluissa selkeästi eniten palvelusetelisovelluksia on käytetty kotipalveluissa, lasten päivähoitossa ja asumispalveluissa. Terveystuon osalta kokemukset rajoittuvat kotisairaanhoidon ja hammashuoltoon.

Palvelusetelijärjestelmät, joiden tavoitteena on ollut parantaa työllisyyttä (esimerkiksi Ranskassa, Belgiassa ja Tanskassa), ovat yleensä olleet koko maan kattavia. Myös järjestelmissä, joiden rahoitus perustuu sekä julkiseen että yksityiseen vakuutusturvaan, palvelusetelisovellutukset ovat koko maata kattavia tai ovat laajentuneet kokeiluvaiheen jälkeen koko maata kattaviksi. Näissä sovellutuksissa kuten Saksan hoitovakuutusjärjestelmässä ja Hollannin henkilökohtaisessa budjetointijärjestelmässä järjestelmän käyttöönoton laajentaminen on vaatinut lainsäädännöllisen muutoksen. Niissä maissa, joissa osa palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuusta on hajautettu esimerkiksi kunnan vastuulle kuten Ruotsissa ja Suomessa, palvelusetelisovelluksia käytetään yksittäisissä kunnissa eri tavalla ja vaihtelevasti eri palveluissa.

Ranskassa, Belgiassa ja Tanskassa käytössä olevat palvelusetelit kohdentuvat lähinnä kotiapuun luokiteltaviin palveluihin kuten siivoukseen, puutarhanhoitoon ja lumen luontiin. Tavallisesti nämä palvelusetelijärjestelmät eivät sisällä henkilökohtaista hoitoa sisältäviä palveluja. Englannissa vuonna 1996 käynnistynyt palvelusetelikokeilu oli suunnattu lasten esikoulutuksen kysynnän ja tarjonnan lisäämiseen. Tavoitteena oli myös lisätä naisten työssäkäyntimahdollisuuksia. Saksassa käytössä olevaa ikääntyneiden hoitovakuutusjärjestelmää ei voi pitää palvelusetelinä vaan pikemminkin rahallisena tukimuotona, jossa mahdollistetaan ikääntyneen henkilön kotipalvelujen parempi saavuus. Suomessa palvelusetelin käyttö on laajinta lasten päivähoitossa ja käyttö vaihtelee erittäin paljon alueellisesti. Lasten päivähoitossakin palvelusetelijärjestelmän merkitys kokonaisuuden kannalta on kuitenkin vähäinen.

Taulukko 4. Palvelusetelisovellusten käyttö ja tavoitteet eräissä EU-maissa.

	Järjestelmä otettiin käyttöön	Palvelu	Pääasiallinen tavoite	Käytön laajuus
Suomi	1995	Lasten päivähoito Omaishoidon vapaa Kotipalvelu	Vaihtoehtoisten rahoitusmuotojen testaaminen ja asiakkaan valinnanvapauden lisääminen	Käyttö laajahkoa Uudenmaan kunnissa Vielä vähäistä, laajinta Pohjois-Savossa Kokeiluja yksittäisissä kunnissa
Ruotsi	1992	Esikoulu, peruskoulu ja lukio, Lasten päivähoito, Kotipalvelu, erityisasumispalvelut	Asiakkaan valinnan vapauden lisääminen Kilpailu	1990-luvun aikana kokeiluja 12 kunnassa, laajasti käytössä erityisesti Nackan kunnassa
Tanska	1994	Kotiapu	Työllistäminen	Koko maan kattava
Saksa	1995	Pitkäaikaishoidon hoitovakuutus	Tarjonnan ja asiakkaan oikeuksien lisääminen	Koko maan kattava
Englanti	1981-1993 1996-1998	Vanhusten asumispalvelut Lasten esikoulu	Asuinpalvelujen tuottajien tarjonnan lisääminen Palvelujen kysynnän ja tarjonnan lisääminen	Järjestelmää muutettu Järjestelmää muutettu ja laajennettu
Ranska	1994	Kotiapu	Työllistäminen	Koko maan kattava, laaja työllisyysvaikutus
Belgia	1994	Kotiapu	Työllistäminen, erityisesti Pitkäaikaistyöttömät	Koko maan kattava
Hollanti	1991	Kotipalvelu (henkilökohtainen budjetointi)	Asiakkaan valinnan vapauden lisääminen	Koko maan kattava, henkilökohtaisen budjetin käyttäjien määrä lisääntynyt huomattavasti

Espanjassa palveluseteliä on käytetty asumispalveluiden ja loman järjestämiseen vähävaraisille vanhuksille. Portugalissa palvelusetelin käytöstä keskusteltiin 1990-luvun puolivälissä mm. terveydenhuollon yksityisessä vakuutusjärjestelmässä, mutta palvelusetelijärjestelmää ei kuitenkaan ole otettu käyttöön. Hollannissa henkilökohtainen budjetointijärjestelmä tuli kokeilun jälkeen koko maata kattavaksi vaihtoehdoksi julkisen organisaation järjestämille kotipalveluille ja kotisairaanhoidolle vuonna 1995. Ruotsissa palvelusetelien käyttö on selkeästi ollut laajinta erilaisissa palveluissa, vaikka kokeiluja on vasta yksittäisissä kunnissa.

3.1 Ruotsi

Ruotsissa ryhdyttiin kokeilemaan 1990-luvun alussa erilaisia markkinamalleja sosiaali- ja terveystalvveluissa. Vaikutteet erityisesti tilaaja-tuottaja -mallien soveltamiselle tulivat Iso-Britanniasta. Ruotsissa tilaaja-tuottaja -mallit otettiin käyttöön kunnallisten sosiaali- ja terveystalvvelujen lisäksi myös maakuntien vastuulla olevissa sairaalatalvveluissa. Asiakkaan valinnanmahdollisuutta (kundval -järjestelmä) on myös korostettu voimakkaasti 1990-luvun vaihteesta lähtien. Terveystalvveluhoillon osalta asiakkaille taattiin pääsy hoitoon tiettyssä ajassa ja laajemmat valinnanmahdollisuudet hoitopaikan valinnan suhteen. Kuntien vastuulla olevissa hyvinvointitalvveluissa kuten koulutustalvveluissa, lasten päivähoitossa ja kotitalvveluita ja kotisairaanhoidoa tarvitsevien henkilöiden tukitalvveluissa otettiin käyttöön myös talvvelusetelisovelluksia. Ruotsissa asiakkaan oikeuksien ja valinnanvapauden lisäämisen lisäksi korostetaan myös kilpailua keinona parantaa talvvelujen laatua ja kustannustehokkuutta. Lisäksi painotetaan talvvelujärjestelmän pitkäjänteistä kehittämistä, jotta myös yrityksillä olisi edellytykset toimia hyvinvointitalvvelusektorilla.

Vuonna 2001 valmistuneen Ruotsin Kuntaliiton selvityksen mukaan Ruotsin 284 kunnasta 30 käytti talvveluseteliä lasten päivähoitossa, 29 kuntaa peruskoulutuksessa ja lukioissa ja 10 kuntaa kotitalvveluita ja kotisairaanhoidoa tarvitsevien henkilöiden tukitalvveluissa. Kokonaisuuden kannalta talvvelusetelien merkitys on vielä vähäinen, esimerkiksi lasten päivähoitossa talvvelusetelijärjestelmän piirissä oli vain 10% kaikista hoitossa olevista lapsista. Kiinnostus talvvelusetelisovellutusten käyttöön on kasvamassa, sillä 66 kuntaa ilmoitti olevansa jatkossa kiinnostunut käyttämään talvveluseteleitä.

Tämä selvityksen yhteydessä tehtiin kysely 23 Ruotsin kunnalle, jotka ovat olleet mukana Ruotsin Kuntaliiton järjestämässä projektissa, jossa kotitalvvelulle määriteltiin yhtenäistä sisältöä ja tuntitaksaa. Projektin tavoitteena on saada vertailutietoa eri kuntien kotitalvvelun kustannuksista ja hyödyntää kokemuksia eri kuntien kesken. Kysely lähetettiin projektiin osallistuneiden kuntien virkamiehille sähköpostilistan mukaisesti. Yksikään 23 kunnasta ei ilmoittanut käyttävänsä tai harkitsevansa talvvelusetelin käyttöä. Asiakkaan valinnanvapauden parantamiseksi erilaisia muita keinoja oli kuitenkin pohdittu. Esimerkiksi Karlstadin kunta vastasi, että se on kehittämässä järjestelmää, jossa kotitalvvelun asiakas voi valita kunnan hyväksymän talvveluntuottajan, ongelmana on kuitenkin se, että talvveluntuottajien määrä on vähäinen. Kyselyn tuloksena voidaan todeta, että talvvelusetelin käyttöönottoa pidetään Ruotsissa myös ideologisenä valintana. Esimerkiksi Malmön kunnasta vastattiin: 'Niin kauan kun sosiaalidemokraatit ovat vallassa (eli seuraavat neljä vuotta), talvveluseteleitä ei tulla ottamaan käyttöön Malmössä.'

Ruotsissa sosiaali- ja terveystalvvelujen monopolien purkamisesta julkisissa talvveluissa ja kilpailun lisäämisestä on kirjoitettu useita raportteja. Talvvelusetelien käytön kokemuksista on raportoitu kuitenkin erittäin vähän. Toisaalta talvveluseteleitä käyttävien kuntien määrä on vielä ollut suhteellisen vähäinen. Talvvelusetelien käyttö on ollut laajamittaista Nackan kunnassa. Tästä johtuen erityisesti Nackan kunnan kokemuksista löytyy sellaista materiaalia, jota voidaan hyödyntää tässä selvityksessä.

3.1.1 Kokemuksia Nackan kunnasta

Nacka on lähes 76 000 asukkaan kunta, joka sijaitsee Tukholman läänissä. Nacka on myös kasvukunta, jossa on useita teollisuusyrityksiä. Nackan kunnan väestöstä 12,7% on yli 65-vuotiaita, mikä on alle valtakunnallisen keskiarvon (17,2%). Nackan kunnan erityispiirre on se, että siellä on ollut pitkään oikeistolla enemmistö kunnanvaltuustossa, mikä on Ruotsissa poikkeuksellista. Nackan kunta aloitti palvelusetelien käytön vuonna 1992 peruskoulutuksen rahoitusmuotona ja on laajentanut setelien käyttöä lasten päivähoitoon, ikääntyneiden ja vammaisten kotipalveluihin sekä vuonna 2001 myös erityisasumispalveluihin. Kokonaisuudessaan Nackan malli eroaa huomattavasti perinteisestä ruotsalaisesta tavasta organisoida ja rahoittaa kunnan palvelutuotantoa. Nackan malli on herättänyt myös laajaa kansallista ja kansainvälistä kiinnostusta.

Nackan kunnan poliittiset päätöksentekijät asettavat vuoden alussa tavoitteet ja budjetti-kehysten palvelusetelijärjestelmälle. Poliittinen päätöksenteko ja toiminnan varsinainen organisointi on erotettu toisistaan ja toiminnasta vastaavat eri sektoreiden tuotantokomiteat. Palvelusetelijärjestelmässä kunta on vastuussa palveluiden rahoittamisesta, osa palvelujen kustannuksista katetaan myös asiakasmaksuilla. Asiakasmaksut perustuvat asiakkaan tuloihin, mutta ovat riippumattomia palvelusetelijärjestelmästä.

Asiakkaalle sopiva palvelu suunnitellaan yhdessä asiakkaan, tuottajan ja kunnan palveluohjaajan (assistent koordinator, engl. case manager) kanssa. Kotipalveluissa palvelun laajuus vaihtelee muutaman tunnin siivouksesta per kuukausi päivittäisiin käynteihin (myös iltaisin ja viikonloppuisin). Jos asiakas ei pysty itse valitsemaan palvelua tai palveluntuottajaa, asiakkaan omainen tai palveluohjaaja tekee valinnan asiakkaan puolesta. Asiakkaan tarve määritellään asumispalveluissa käyttämällä Katzin pisteytystä. Pisteytyksessä otetaan huomioon asiakkaan fyysinen ja psyykinen tila, dementoituneisuus, lääkityksen ja kotisairaanhoidon tarve. Palvelua tarvitseva asiakas tai hänen edustajansa ottaa yhteyttä tuottajaan ja sopii suullisesti palvelun ajankohdista ja määristä. Mikäli asiakkaan tarpeet muuttuvat ajan kuluessa, palvelutarpeesta voidaan sopia puhelimitse tai ohjaaja vierailee asiakkaan luona. Palveluseteliin oikeuttava summa maksetaan tuntilistojen perusteella suoraan tuottajille.

Taulukko 5. Nackan palvelusetelijärjestelmän pääpiirteet.

	Koulutus	Päivähoito	Ikääntyneiden ja vammaisten palvelut
Palveluseteli käytössä	1992	1994	1992, 1998, 2001
Palvelualueet	Esikoulu, peruskoulu, lukio	Perhepäivähoito, lastentarha, koulun jälkeinen iltapäivähoito kattaa 1-10 vuotiaiden lasten hoidon	Kotiavustus, seuralais- ja kuljetuspalvelut, Omaishoitajan lomitukset Erityisasumispalvelut
Setelin hinta	Riippuu iästä ja luokasta 24 535 – 65 440 (SEK) /oppilas (esikoulu) (lukio)	Riippuu iästä ja hoitotuntimäärästä (perusseteli 25 h) ja lisäsetelit lisätunneille Esim. 73 200 (SEK) 1-2 vuotiaat	Riippuu palvelusta - palvelun tuottaja pitää yllä tuntilistaa, jonka asiakas kuittaa Esim. asumispalveluissa Vaihtelee 660 – 1400 (SEK) / päivä
Palvelun sisältö	Opetus, materiaali, ruoka, terveydenhuolto, Tukiopetus	Hoito, materiaali, ruoka, Erityistarpeet	Siivous, ruoanlaitto, kaupassa käynti (myös iltaisin ja viikonloppuisin), kuljetukset harrasteisiin, intervallihoido, erityisasumispalvelut: (vanhainkoti, palvelutalo, yhteisasuminen), Kuntoutus
Valinnanmahdollisuus Asiakas voi vaihtaa koulua, hoitopaikkaa tai kotipalvelun tuottajaa	Kunnallinen (oman kunnan tai toisen kunnan koulu) Yksityinen koulu (valtakunnallisesti hyväksytty) Opiskelu ulkomailla	Kunnallinen (oman kunnan tai toisen kunnan hoitopaikka) Yksityinen hoitopaikka (kunnan viranomaisten hyväksymä)	Kunnallinen (oman kunnan tai toisen kunnan kotipalvelut) Yksityinen yritys (kunnan viranomaisten hyväksymä) - palvelunohjaaja määrittelee palvelutarpeen
Informaatiolähteet	Luettelo kouluista esitteessä ja internetissä Tenteissä ja valtakunnallisissa kokeissa suoriutuminen Aktiivinen markkinointi ennen koulun valintatilannetta	Luettelo kunnan hyväksymistä hoitopaikoista saatavilla virastosta ja luettavissa internetistä Jonotusmäärät myös näkyvillä	Luettelo kunnan hyväksymistä kotipalveluyrityksistä ja asumispalveluista Saatavilla virastosta ja luettavissa internetistä Asumispalvelun tarve otetaan huomioon jonottajien joukossa

Asiakas tai hänen edustajansa voi valita palveluntuottajaksi yksityisen yrityksen, oman kunnan tai toisen kunnan ja vaihtaa tuottajaa, jos ei ole tyytyväinen palveluun. Palveluntuottajat ovat käytännössä lääninhallituksen luvan saaneita yrittäjiä ja kunnan tuotantomitea hyväksyy yrityksen palvelusetelijärjestelmään piiriin. Hyväksyntä tapahtuu siten, että tuotantomitea tutkii ja haastattelee yrityksen perusteellisesti. Esimerkiksi erilaisia kotipalveluita tarjoaa tällä hetkellä 17 yritystä ja kunnallinen palveluntuottaja. Yksityiset yritykset ovat suhteellisen pieniä, sillä niiden henkilöstön määrä vaihtelee yhdestä henkilöstä kolmeenkymmeneen.

Nackan kunnan palvelusetelijärjestelmästä löytyy kunnan internet-sivuilta runsaasti materiaalia. Erityisesti kuntalaisten käytettävissä ovat listat kouluista, joista oppilaat vanhempiensa kanssa voivat valita sopivimman koulun. Samoin esimerkiksi kotipalveluita järjestävien yritysten (17) yhteystiedot ja palveluvalikoima on nähtävillä kunnan internetsivuilla. Nackan palvelusetelijärjestelmää on kuvattu selkeästi myös Niemelän (1997) raportissa.

Seuraavat kokemukset ja analyysi Nackan kunnan palvelusetelijärjestelmästä perustuvat pääasiassa Göteborgin yliopistossa vuonna 2001 tehdyn haastattelututkimuksen aineistoon, jossa haastateltiin 17 eri toimijaa (luottamushenkilöitä, virkamiehiä sekä palveluyrityksiä). Haastattelut koskevat kotipalvelun parissa työskennelleitä. Göteborgin raportti on osa OECD:n selvitystä, jossa arvioidaan eri maiden uusia tapoja organisoida julkisia palveluita. Lisäksi aineistona on käytetty kunnan internetsivuja sekä kunnan lähettämää materiaalia.

Asiakkaan näkökulma

Haastattelututkimuksen perusteella asiakkaan kokemuksia järjestelmästä voidaan arvioida vain epäsuorasti, sillä tutkimuksessa ei haastateltu lainkaan asiakkaita. Verrattuna aikaisempaan järjestelmään palvelusetelijärjestelmässä palvelunohjaajan tehtäväkuva on korostunut. Palvelunohjaaja on keskeisessä roolissa asiakkaan tarpeiden tunnistamisessa ja asiakkaan tärkein informaation lähde. Haastattelututkimuksen mukaan palvelunohjaajan tehtäväkuvan muodostuminen toimivaksi on vienyt aikaa. Asiakkaan näkökulmasta asiakkaan tarpeet otetaan aikaisempaa paremmin huomioon ja informaatio tarjolla olevista palveluista on lisääntynyt. Lisäksi esimerkiksi kotipalveluissa palvelusetelijärjestelmä kannustaa kuntouttamaan asiakasta. Järjestelmän kuntoutukseen kannustava vaikutus perustuu siihen, että asiakkaan tarvetta ei luokitella ja palvelusetelin hintaa ei määritellä heti uudelleen, vaikka asiakas kuntoutuu ja tarvitsee vähemmän palvelua jatkossa.

Palvelusetelijärjestelmässä taataan asiakkaalle oikeus vaihtaa palveluntuottaja milloin tahansa. Haastattelujen mukaan tämä on kannustanut yrityksiä pitämään asiakkaat tyytyväisinä. Asiakkaat ovat harvoin vaihtaneet palveluntuottajan. He ovat valinneet yksityisen yrityksen sijasta usein kunnallisen palveluntuottajan. Yksityisen palveluntuottajan vaihtaminen on ollut myös harvinaista, pikemminkin jos asiakas on löytänyt itselleen sopivan tuottajan, asiakas on usein tilannut myös omalla kustannuksella lisäpalveluita yksityiseltä tuottajalta.

Nackan palvelusetelijärjestelmässä kunta määrittelee tiettyihin palveluihin oikeuttaville palveluseteleille kiinteän hinnan. Palvelusetelin kiinteä hinta rajoittaa hintakilpailua ja käytännössä yrittäjät kilpailevatkin laadulla. Asiakkaat ovatkin hyötäneet yritysten välisestä laatu- ja kilpailusta siten, että yritykset ovat laajentaneet palveluvalikoimaansa tai erikoistuneet tiettyihin palveluihin.

Asiakkaan näkökulmasta ongelmana pidetään epävarmuutta palvelujen jatkuvuudesta. Käytännössä tuottaja voi lopettaa toiminnan milloin tahansa, koska tuottajan ja asiakkaan välinen sopimus on suullinen. Toisaalta verrattuna järjestelmään, jossa kunta ja tuottaja tekevät vuosittaiset sopimukset ja kunta kilpailuttaa tuottajien tarjoukset vuosittain, palveluntuottaja voi vaihtua asiakkaan tahdosta riippumatta.

Käytännössä palvelujen laadun valvonta on jäänyt asiakkaan harteille, koska haastattelutkimuksen mukaan kunta on suhteellisen harvoin lähettänyt kyselyjä palveluista asiakkaille tai kontrolloinut muilla tavoilla palveluita. Toisaalta Nackan kunnan oppaassa kunta mainostaa tekevänsä laadun seurantaa, järjestää haastatteluja, kyselyjä ja seminaareja, joissa toimintaa arvioidaan ja kehitetään. Vastaavaa informaatiota ei kuitenkaan löytynyt kunnan internetsivuilta eikä kunnan virastosta. Nackan kunnan lähettämässä oppaassa on raportoitu ainoastaan koulutuspalveluiden tyytyväisyyskysely. Kyselyn mukaan tyytyväisyys peruskoulujärjestelyihin on kasvanut uudistuksen jälkeen. Esimerkiksi että vuonna 1999 87% lasten vanhemmista ilmoitti olevansa tyytyväinen koulujärjestelyihin (vuonna 1993 vastaava luku oli 79%). Lisäksi 98% oppilaiden vanhemmista oli ilmoittanut, että heidän lapsensa oli voinut aloittaa siinä peruskoulussa minkä oli valinnut. Tämä ylittää kunnan tavoitteen (95%).

Rahoittajan näkökulma

Uudistuksen jälkeen kunnan palvelutuotannon organisointivastuu siirtyi poliittisilta päätöksentekijöiltä kokonaan tuotantokomitealle. Tuotantokomiteat vastaavat myös palvelusetelijärjestelmän maksuliikenteestä ja palvelunohjaajat asiakaskontakteista. Poliittisten päätöksentekijöiden vastuu uudessa järjestelmässä on muodostaa laajemmat strategiset linjaukset ja visiot kuntalaisten hyvinvointipalvelujen parantamiseksi. Poliittisille päätöksentekijöille uusi järjestelmä on vaatinut sopeutumista. Haastattelutkimuksen mukaan osa opposition edustajista on sitä mieltä, että asiakkaan valinnanvapautta olisi voitu edistää muilla keinoilla kuin palvelusetelijärjestelmällä.

Poliittisten päätöksentekijöiden mielestä palvelusetelijärjestelmän käyttöönoton merkittävin etu on ollut se, että se on lisännyt demokratiaa laajentamalla kuntalaisen valinnan vapautta. Rahoittajan näkökulmasta keskeinen etu on ollut myös se, että järjestelmä on lisännyt kilpailua palveluntuottajien keskuudessa. Kilpailun seurauksena kustannusten läpinäkyvyys on kasvanut, palveluvalikoima lisääntynyt ja kunnallisen palveluntuottajan toiminta tehostunut. Toisaalta lisääntyneen valinnan vapauden ja palveluvalikoiman on arveltu myös aiheuttaneen tehottomuutta, mutta poliittisten päätöksentekijöiden mielestä palvelusetelijärjestelmän yleiset hyödyt ovat olleet haittoja suuremmat. Poliittiset päätöksentekijät pitävät järjestelmän etuna myös sitä, että toiminnan rahoitus ei kierrä enää kaikkia hierarkiatasoja, vaan rahoitus ohjautuu suoraan kustannuspaikalle. Lisäksi tuottajan ja rahoittajan väliset kommunikointitavat ovat muuttuneet, sillä kunnallisen palveluntuottajan ei enää tarvitse korostaa ongelmia saadakseen lisää rahaa, vaan pikemminkin mainostaa itseään tehokkaana ja laadukkaana palveluntuottajana.

Eräänä palvelusetelijärjestelmän ongelmana pidetään sitä, että järjestelmä on lisännyt hallinnollista työtä. Esimerkiksi vaikka asiakkaille ei käytännössä jaetakaan seteleitä, kunnan viranomaisten on esimerkiksi tarkistettava yritysten tuntilistat, joiden perusteella kunta maksaa palveluntuottajalle. Haastattelutkimuksen perusteella hallintokustannukset eivät kuitenkaan ole nousseet niin suuriksi että kunta olisi kertaakaan harkinnut järjestelmän lopettamista. Hallinnollisen työn keventämiseksi kunta yrittää jatkuvasti parantaa informaatiojärjestelmiään.

Taulukko 6. Palvelusetelin käytön havaitut hyödyt ja ongelmat Nackan kunnassa.

	Hyödyt	Ongelmat
Asiakas	<p>Asiakkaan valinnanvapaus on lisääntynyt sekä palveluvalikoiman että palveluntuottajan suhteen</p> <p>Informaatio tarjolla olevista palveluista on lisääntynyt</p> <p>Palvelunohjaaja, joka määrittelee asiakkaan tarpeen, perehtyy tarkasti asiakkaan ongelmiin – palvelu vastaa asiakkaan tarvetta</p> <p>On kannustanut kuntouttamaan asiakasta – setelin hinta ei laske, vaikka asiakas kuntoutuu ja yrittäjän työ helpottuu</p>	<p>Kunta ei ole juuri kontrolloinut palvelujen laatua – laadun valvonta lähes täysin asiakkaan harteilla</p> <p>Yritykset eivät ota mielellään kaukana asuvia asiakkaita</p> <p>Yritykset ovat valikoineet asiakkaita</p> <p>Epävarmuustekijänä ovat olleet löyhät sopimukset kunnan, yrityksen ja asiakkaan välillä – yritys voi lopettaa toimintansa millä hetkellä tahansa</p>
Rahoittaja	<p>Kunnan oma palveluntuotanto on tehostunut, koska kunnallinen palveluntuottaja kilpailee yrittäjien kanssa</p> <p>Kustannusinformaatio on lisääntynyt (ennakoitavuus ja läpinäkyvyys)</p> <p>Poliittinen päätöksenteko ei ole hidastanut toiminnan kehittämistä – politiikka erotettu toiminnan organisoinnista – tuotantokomiteat päättävät esimerkiksi palvelusetelin hinnasta</p> <p>Toiminnan rahoitus ei kierrä enää kaikkia hierarkiatasoja – rahoitus ohjautuu suoraan kustannuspaikalle – informaation kulku on parantunut asiakkaan, tuottajan ja rahoittajan välillä</p>	<p>Kunnan hoidettaviksi ovat jääneet hankalat asiakkaat</p> <p>Yrittäjien välillä jonkinlainen kartelli – palvelusetelin kiinteää hintaa on jouduttu korottamaan, jotta yritykset pysyvät markkinoilla</p> <p>Yritykset eivät käytä mielellään aikaa kehitysohjelmiin (yhteiset kokoukset ja seminaarit) – siitä ei makseta</p> <p>Hallintotehtävät lisääntyneet (mm. laskutus ja yrittäjien tunti- ja kassatarkistus)</p>
Tuottaja	<p>Kannustaa yrittäjyyteen - aluksi yritysten määrä lisääntyi – myöhemmin joitakin yrityksiä on poistunut markkinoilta</p> <p><i>Kilpailun vaikutukset:</i></p> <p>Yritykset ovat erikoistuneet laajentamalla palveluvalikoimaa</p> <p>Kilpaillaan laadulla, koska palvelusetelin kiinteä hinta rajoittaa kilpailua</p>	<p>Kunnallisella palvelutuottajalla lähes 70% markkinoista</p> <p>Pula osaavasta henkilökunnasta</p> <p>Epävarmuustekijänä ovat olleet löyhät sopimukset kunnan, yrityksen ja asiakkaan välillä – asiakas voi vaihtaa tuottajaa – kunta voi lopettaa palvelusetelin käytön</p>

Tuottajan näkökulma

Yrittäjän näkökulmasta asiakkaat ovat huomattavasti vaativampia kuin aikaisemmin. Tutkimalla esimerkiksi yritysten palveluvalikoimaa Nackan kunnan internet-sivulta on selvästi havaittavissa, että esimerkiksi kotipalvelutuotantoa harjoittavat yritykset ovat erikoistuneet joko kotiapuun luokiteltaviin palveluihin, kuntoutukseen tai kotisairaanhoidon. Erityisesti yritykset mainostavat koulutetun henkilökuntansa osaamista dementiapotilaiden tai mielenterveyspotilaiden hoidossa. Lisäksi yritykset korostavat tarjoavansa palveluita useilla eri kielillä mm. suomen kielellä. Keskeisenä ongelmana yritykset näkevät puutteen koulutetun työvoiman saatavuudessa. Lisäksi yritykset kokevat suureksi epävarmuustekijäksi sen, että yritysten, asiakkaiden ja kunnan väliset sopimukset eivät ole sitovia, vaan asiakas voi millä hetkellä tahansa vaihtaa tuottajaa ja kunta pahimmassa tapauksessa lopettaa koko palvelusetelijärjestelmän.

Palveluntuottajien toimintaympäristöä on jouduttu muuttamaan palvelusetelijärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Vuosina 1992-97 palvelusetelijärjestelmän piirissä oli vain yksityisiä tuottajia. Vuodesta 1997 lähtien myös kunnan yksiköt saavat tuottamistaan palveluista korvauksen palvelusetelienä. Ensimmäisinä vuosina yritykset toimivat ainoastaan päivisin ja arkipäivisin. Vuodesta 2001 järjestelmää on muutettu siten, että iltaja pyhäkäynteistä on saanut korotetun palvelusetelin. Tämä on kannustanut yrityksiä tekemään myös iltakäyntejä. Yritys voi tarjota asiakkaille myös ylimääräisiä palveluita ja laskuttaa asiakasta niistä erikseen. Kunnalliselle palveluntuottajalle tämä ei ole mahdollista. Jotkut yritykset myyvät hoitohenkilökuntaansa myös sairaaloille ja siivouspalveluita yksityisillä markkinoilla. Yritysten toimintaedellytyksiä on jouduttu parantamaan myös nostamalla palvelusetelien hintoja, koska lamavuosien jälkeen on ollut vaikeampaa saada palveluyrittäjiä pysymään 'palvelusetelimarkkinoilla'.

Yritykset ovat myös kieltäytyneet antamasta asiakkaalle palvelua, jolloin asiakas jää kunnan hoidettavaksi. Lisäksi haastatteluissa ilmeni, että yritykset eivät välttämättä ole halukkaita palvelemaan harvaan asutuilla alueilla asuvia asiakkaita, koska matkaan kulutetusta ajasta ei makseta erikseen.

Käytännössä yrityksiä ei ole ilmestynyt palvelusetelimarkkinoille niin paljon kuin alun perin oli kuviteltu. Kunnan markkinaosuus on lähes 70% tuotetuista kotipalvelutunneista. Toisaalta yksityisten yritysten markkinaosuus on kuitenkin kasvamaan päin, vaikka yksittäisten yritysten lukumäärä onkin ollut laskussa. Haastattelujen mukaan kunta ei ole tehnyt riittävästi markkinointityötä houkutelakseen yrittäjiä markkinoille.

Eräänä yleisenä ongelmana pidetään sitä, että yrityksillä ei ole motivaatiota tuoda palvelujärjestelmään liittyviä negatiivisia asioita esille. Kustannustehokkuuden ylläpitämiseksi yritykset laiminlyövät henkilöstön kehittämistä ja karttavat aikaa vieviä palavereita kunnan virkamiesten kanssa. Voittoon pyrkivän yrityksen näkökulmasta kaikki aika, jota ei käytetä asiakkaan palveluun tuntuu hukkaan heitetyltä.

3.1.2 Muut kotipalveluissa palveluseteleitä käyttävät kunnat Ruotsissa

Niemelän (1997) selvityksen mukaan palvelusetelisovelluksia oli kotipalveluissa 1990-luvun puoleen väliin mennessä käytetty viidessä Ruotsin kunnassa (Nacka, Lund, Danderyd, Täby, Vaxholm ja Tukholma). Edelbakin ja Svenssonin (2002) mukaan kotihoidon palvelusetelisovelluksia on viime vuosina käytetty 12 kunnassa (Huddinge, Järfälla, Sigtuna, Danderyd, Täby, Solna, Strängnäs, Skövde, Lund, Trosa, Tukholma ja Nacka). Niemelän selvityksessä mukana ollut pieni, 7000 asukkaan Vaxholmin kunta luopui palvelusetelin käytöstä 1990-luvun lopussa.

Taulukko 7. Nackan lisäksi palveluseteleitä kotipalveluissa käyttäviä kuntia.

	Danderyd	Täby	Sigtuna	Lund	Tukholma	Järfälla
Asukasluku	29 632	60 197	35 518	100 422	1 803 000	61 000
Palvelut	Kotipalvelut 1993 Erityisasuminen 2001	Kotipalvelut 1994 Erityisasuminen 2001	Kotiapu 2001 Kotipalvelu 2002	Kotiapu 1994 Kotipalvelut 2001	Kotipalvelut 1994 Asumispalvelut	Asumispalvelut 2001

Kaiken kaikkiaan palveluseteleiden käyttö kotipalveluiden ja erityisesti asumispalveluissa näyttää keskittyneen Tukholman lääniin. Esimerkiksi Danderyd ja Täby, jotka aloittivat palvelusetelikokeilut 1993 ja 1994 ovat seuranneet omissa sovellutuksissaan Nackan esimerkkiä. Joitakin eroavaisuuksia eri kuntien palvelusetelisovellutusten välillä kuitenkin on. Esimerkiksi Danderydissä asiakkaan ja tuottajan välinen sopimus nykyisin on kirjallinen, kun se Nackassa on suullinen. Sigtunassa on puolestaan käytössä käytäntö, jossa kunnallinen palveluntuottaja on aina asiakkaan palveluntuottaja siinä tapauksessa, jos asiakas ei itse kykene valitsemaan tuottajaa. Tukholmassa palvelusetelin avulla voi palkata myös omaisen.

Ongelmia Danderydissä

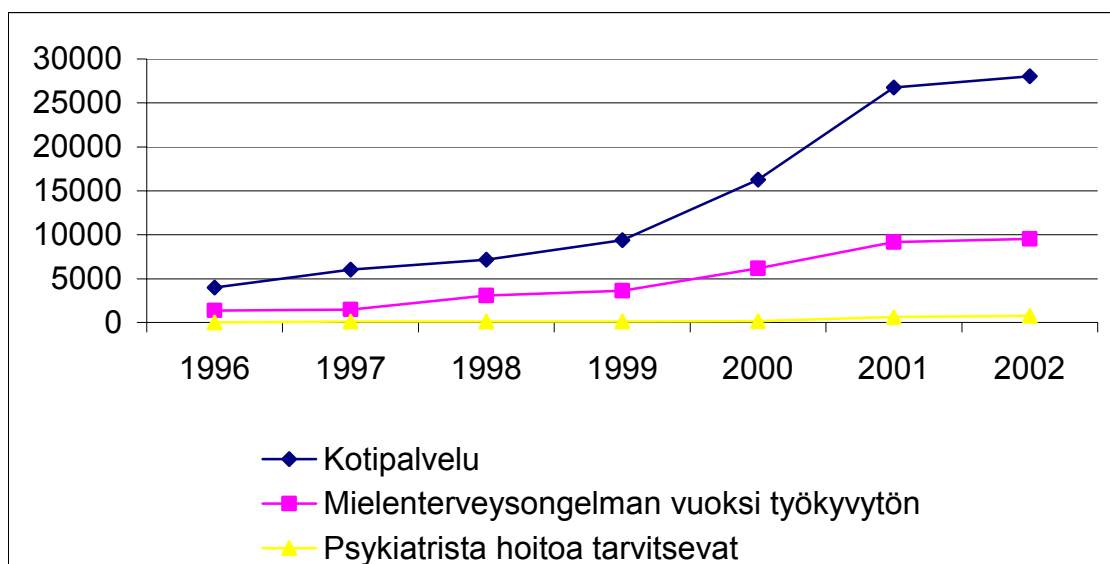
Danderyd on esimerkki Ruotsin kunnasta, joka on kohdannut palvelusetelijärjestelmäänsä useita ongelmia. Vaikka kunnalla on ollut kotipalveluissa seitsemän hyväksyttyä yksityistä palvelun tuottajaa, vuonna 1996 tehdyssä järjestelmän arvioinnissa tuli esille, että vain kaksi yrittäjää toimi markkinoilla kunnallisen palveluntuottajan lisäksi. Palveluntuottajien vähyys on edelleen kunnan ongelma ja kunta kannustaa muun muassa kunnan työntekijöitä perustamaan palveluyrityksiä tarjoamalla yrittäjäyyskoulutusta. Asiakkaille suoraan jaettavista palveluseteleistä tuli myös ongelma. Palvelusetelien käytännön järjestelyistä Danderydissä huolehti Rikskuponger Ab. Yhtiö painatti, lähetti palvelusetelit asiakkaille sekä ylläpiti rekisteriä asiakkaista. Huolimatta laajoista investoinnista informaatiojärjestelmiin, kunnalla oli vaikeuksia saada tietoa asiakkaista ja tuotetuista palveluista. Tämän vuoksi kunnat ryhtyivät maksamaan palvelusetelin suoraan yrittäjille.

3.2 Hollanti

Terveydenhuoltopalvelut on jaettu Hollannissa kuratiiviseen hoitoon (lääkärissä käynnit ja toimenpiteet) sekä kotihoito- ja asumispalveluihin. Lainsäädäntö, joka säätelee kotihoito- ja asumispalvelujen järjestämistä ja pitkäaikaishoidon pakollista vakuutusta on nimeltään AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, engl. Exceptional Medical Expenses Act). Jokainen hollantilainen on vakuutettu pitkäaikaishoidon varalta. Hollannissa vakuutusyhtiöt vastaavat siitä, että vakuutettu asiakas saa tarvitsemansa hoidon. Käytännössä vakuutusyhtiön edustajat sopivat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tuottajaorganisaatioiden kanssa palvelujen järjestämisestä asiakkailleen.

Vuonna 1991 Hollannissa aloitettiin kokeilu, jossa kotona asuville pitkäaikaista hoitoa tarvitseville annettiin henkilökohtainen budjetti kotipalveluja ja – sairaanhoitoa varten. Kokeilu on raportoitu yksityiskohtaisemmin Niemelän (1997) selvityksessä. Kokeilun seurauksena vuoden 1995 heinäkuusta lähtien kotihoitopalvelujen asiakkaat ovat saaneet valita joko henkilökohtaisen budjetin tai julkisen tuottajaorganisaation kautta perinteisesti järjestetyt kotipalvelut. Vuoteen 2003 asti asiakas sai henkilökohtaisen budjetin sairauskassan kautta, ja budjetointivaihtoehtoja on erilaisia riippuen siitä, kärsiikö asiakas mielenterveysongelmista tai fyysisistä ongelmista. Henkilökohtaisen budjetin käyttäjien määrä on kasvanut 1990- ja 2000-luvun aikana noin 40 000 käyttäjään (Kuvio 1). Tällainen kehitys on ollut mahdollista, koska valtio on antanut viime vuosina enemmän rahaa AWBZ-lainsäädännön alaisille toiminnoille eli kotihoito- ja asumispalveluihin. Budjetointijärjestelmän käyttäjistä suurin osa (73%) käyttää kotipalveluita, joiden kustannukset vuonna 2001 olivat yhteensä 152 miljoonaa euroa. Budjetointijärjestelmän kotipalvelujen käyttäjistä 43% on yli 65-vuotiaita. Kaiken kaikkiaan 32% henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä on yli 65-vuotiaita.

Kuvio 1. Henkilökohtaisen budjetin käyttäjämäärät Hollannissa vuosina 1996 - 2002.



Vuosien 2003-2005 aikana Hollannin sosiaali- ja terveydenhuollon vakuutusjärjestelmä yhtenäistetään ja uudistukset koskevat myös AWBZ-lainsäädännön alaisia toimintoja. Kokonaisuudessaan uusi vakuutusjärjestelmä otetaan käyttöön vuonna 2005. Vakuutusjärjestelmää on päätetty uudistaa, koska palvelujen tarjonta ei ole vastannut kysyntää, palveluja ei ole koordinoitu riittävästi ja asiakkailta ei ole ollut riittävästi valinnan vapautta. Uudistuksella pyritään luomaan lisää tilaa yrittäjyydelle, joustavuudelle ja uusille innovaatiolle. Lisäksi palvelujen kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta pyritään lisäämään sekä parantamaan kustannusten läpinäkyvyyttä ja informaatiojärjestelmiä. Henkilökohtaisen budjetointijärjestelmän käyttökokemusten perusteella järjestelmää tullaan uudistamaan jo vuoden 2003 alussa. Seuraavassa erityisesti järjestelmän uudistusta kuvataan asiakkaan, rahoittajan ja vakuutusyhtiön sekä palvelun tuottajan näkökulmasta.

Asiakkaan näkökulma

Henkilökohtaisen budjetointijärjestelmän ja valtion lisärahoituksen myötä kotihoito- ja asumispalvelujen tarjonta on kasvanut huomattavasti Hollannissa. Valtion lisärahoituksen myötä kotipalvelujen jonotuslistoista on myös päästy eroon. Henkilökohtainen budjetointijärjestelmä kuitenkin uudistetaan siten, että asiakkaan tarpeet otetaan vielä paremmin huomioon verrattuna aikaisempaan järjestelmään. Uudessa järjestelmässä asiakkaan palvelun tarvetta ei käsitellä enää yhteiskunnallisena oikeutena, vaan toiminnallisena oikeutena. Vaihtoehtoisten budjetointivaihtoehtojen sijasta ryhdytään käyttämään vain yhtä budjettityyppiä. Käytännössä tämä merkitsee järjestelmän yksinkertaistamista siten, että asiakkaita ei erotella budjettiteknisesti enää sen perustella, kärsiikö henkilö mielenterveysongelmista vai onko hän esimerkiksi halvaantunut. Uudessa budjetointijärjestelmässä on viisi toimintoa, jotka voi sisällyttää budjettiin: 1) kotipalvelu (siivous, lasten hakua koulusta eli normaalit arkirutiinit) 2) henkilökohtainen palvelu (hygienian ylläpito) 3) kotisairaanhoido 4) jokapäiväisen ulkona liikkumisen tukeminen (miten ajan bussilla) ja 5) kuljetuspalvelut. Hoitotoimenpiteet ja asumispalvelut eivät kuulu henkilökohtaiseen budjetointijärjestelmään.

Käytännössä henkilökohtainen budjetointijärjestelmä toimii seuraavasti. Aluksi vakuutusyhtiön edustaja arvioi asiakkaan palvelujen tarpeen, minkä jälkeen asiakas valitsee joko henkilökohtaisen budjetin tai terveydenhuollon organisaation järjestelmän palvelun. Jos asiakas valitsee budjetointijärjestelmän, asiakkaasta tulee palveluntuottajan työnantaja. Siten asiakas neuvottelee tuottajan kanssa työn kestosta, työolosuhteista ja hinnoista. Kotihoitoa tai asumispalveluita varten myönnettyt rahat siirtyvät suoraan asiakkaan pankkitilille, kun ne aikaisemmin oli nostettavissa sairauskassasta. Tällä käytännön uudistuksella pyritään vähentämään rahojen hallinnollista kierrättämistä. Asiakas on myös vastuussa rahojen käytöstä siten, että hänen täytyy pitää käyttämistään palveluista ja rahoista henkilökohtaista kirjanpitoa. Vakuutusyhtiön edustaja arvioi sitten tietyin väliajoin, kuuluvatko asiakkaan käyttämät palvelut henkilökohtaisen budjetoinnin piiriin. Jos asiakas käyttää budjettia väärin, budjetti voidaan myös periä takaisin. Kokonaisuudessaan uusi lainsäädäntö vahvistaa kuluttajan asemaa suhteessa sekä vakuutusyhtiöön että palvelun tuottajaan. Kuluttaja voi vaihtaa myös vakuutusyhtiötä keran vuodessa.

Rahoittajan ja vakuutusyhtiön näkökulma

Hollannin vakuutusperusteisessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä keskushallinnon tehtävänä on kustannusten arviointi kokonaisbudjetointia varten sekä vakuutusyhtiöiden valvonta. Keskushallinnon tehtävänä on myös ohjata ennaltaehkäisevää toimintaa ja valvoa terveystalouden tasa-arvon toteutumista eri sosiaaliryhmien välillä. Keskushallinto valvoo myös sellaisia sosiaali- ja terveystalouksia, joissa on vähän kilpailua ja asettaa tarvittaessa ylärajat joidenkin sosiaali- ja terveystalouksien hinnoille. Hollannin vakuutusjärjestelmän eräs keskeinen uudistus on, että sairaalahoito ja lääkärisissä käynnit integroidaan kotihoitoon ja kotisairaanhoidon. Näin yksittäisen asiakkaan palveluja ja kustannuksia voidaan seurata kokonaisvaltaisemmin ja palveluja koordinoitua paremmin. Kokonaisuudessaan uudessa yhtenäisemmässä vakuutusjärjestelmässä on vähemmän sääntöjä ja keskushallinto siirtää sosiaali- ja terveystalouksien järjestämistä enemmän vakuutusyhtiöille ja tuottajille. Vakuutusyhtiön edustaja on asiakkaan edustaja silloin kun hän on tekemisissä tuottajien kanssa. Uudessa vakuutusjärjestelmässä vakuutusyhtiön edustajalla on yhä enemmän vastuuta hankkia riittävää informaatiota palvelujen saatavuudesta, hoitovaihtoehtoista ja eroista palvelujen laadussa.

Tuottajan näkökulma

Palvelun tuottajan näkökulmasta henkilökohtainen budjetointijärjestelmä on lisännyt kilpailua tuottajien välillä ja he voivat nykyisin räätälöidä palvelunsa paremmin vastaamaan asiakkaiden tarpeita. Tuottajan velvollisuus informoida palvelun sisällöstä ja hinnoista on myös lisääntynyt. Vakuutusjärjestelmäuudistuksen myötä palveluntuottajalla on enemmän vapauksia tarjota palveluja myös muille kun järjestelmän piiriin kuuluville asiakkaille. Aikaisemmin tuottajan palveluvalikoima ja vapaus tarjota sosiaali- ja terveystalouksia oli tiukemmin säädelty.

3.3 Saksa

Saksassa sosiaali- ja terveystalouksien rahoitus perustuu sosiaalivakuutusjärjestelmään. Pakollinen lähes kaikki saksalaiset kattava hoitovakuutus, joka korvaa osan avo- ja laitoshoidon kustannuksista, otettiin käyttöön vuonna 1995. Hoitovakuutuksen ensisijaisena tavoitteena oli vähentää toimeentulotuen osuutta avo- ja laitoshoidon kustannuksista ja parantaa hoidon saatavuutta. Lisäksi hoitovakuutuksen tavoitteena oli tukea hoidettavien kotona asumista mahdollisimman pitkään. Hoitovakuutuksen käyttöönotolla tavoiteltiin myös hoivapalveluyrittäjien määrän lisäystä ja siten positiivisia työllisyysvaikutuksia. Samankaltainen hoitovakuutusjärjestelmä on käytössä myös Japanissa. Järjestelmä eroaa saksalaisesta kuitenkin siten, että Japanissa käytössä oleva hoitovakuutus kattaa myös kotiapuun luokiteltavat palvelut.

Saksassa asiakas on oikeutettu hoitovakuutukseen, jos asiakkaan hoidon tarve johtuu sairaudesta tai vammaisuudesta ja asiakas tarvitsee apua päivittäisissä, säännöllisesti toistuvissa elämäntilanteissa vähintään kuusi kuukautta. Vakuutusyhtiön lääkäri tai sairaanhoitaja tekee koti- tai laitospäätöksen ja arvioi hakijan hoidon tarpeen eli hoitoisuusluokan. Asiakkaalla on yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on tehty yhteistyössä omaisten ja palveluntuottajan kanssa. Saadakseen korvauksen asiakas tai hänen

omaisensa tekee hakemuksen hoitokassalle. Jos hoitovakuutus ei kata kaikkia hoidon kustannuksia, asiakas maksaa osan palveluiden kustannuksista itse. Asiakas voi saada hoitorahaa omaishoitoa varten ja ostaa hoitopalveluita palveluntuottajilta. Hoitokassa maksaa korvaukset suoraan palveluntuottajalle. Palveluntuottajien tulee täyttää tietyt laatukriteerit koulutuksen, kokemuksen, palvelutarjonnan määrän ja saavutettavuuden suhteen. Hoitokassa on myös velvollinen seuraamaan ja arvioimaan sekä omaishoidon että palveluntuottajien järjestämää hoitoa.

Vuonna 1997 Saksassa oli noin 13 miljoonaa yli 65-vuotiasta asukasta. Hoitovakuutuksen piirissä puolestaan vuonna 1998 oli 1,7 miljoonaa hoidettavaa, joista 1,2 miljoonaa oli avohoidossa. Hoidettavien määrä on arvioitu kasvavan runsaaseen kahteen miljoonaan lähimmän kymmenen vuoden kuluessa. Häkkisen (2000) raportissa kuvataan Saksan hoitovakuutusjärjestelmän ominaisuudet perusteellisesti. Seuraavassa referoidaan pääasiassa Häkkisen raportin perusteella kokemuksia hoitovakuutuksesta asiakkaan, omaishoitajan, rahoittajan ja tuottajan näkökulmasta.

Asiakkaan ja omaishoitajan näkökulma

Asiakkaan näkökulmasta hoitovakuutus on parantanut erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidon saatavuutta ja rahoitusta. Hoitovakuutuksen ansiosta hoidon kustannukset jakaantuvat tasaisemmin asiakkaan elinkaarelle. Hoitovakuutus on parantanut erityisesti omaishoitajien asemaa ja sitä kautta mahdollistanut asiakkaiden kotihoidon laajentumisen. Asiakas voi valita vakuutuksen etuna hoitorahan, joka maksetaan suoraan omaishoitajalle asiakkaan hoitoisuusluokan perusteella. Hoitoraha on kuitenkin omaishoitajalle verovapaata tuloa eikä vaikuta esimerkiksi hänen työttömyyskorvauksen tai toimeentulotuen määrään. Erityisesti hoitoraha, päivä- ja yöhoito mahdollisuus sekä omaishoitajien lomaoikeudet kannustavat hoitamaan asiakkaita kotona. Lisäksi omaishoitajille järjestetään hoitokursseja.

Hoitovakuutuksen myötä hoivayrittäjien välille on syntynyt kilpailua. Kilpailu on parantanut palvelujen saatavuutta ja valikoimaa esimerkiksi siten, että aikaisemman arki- ja päiväsaikaan tapahtuvan palvelun lisäksi asiakkaalla on mahdollisuus saada palveluita myös viikonloppuisin ja öisin.

Asiakas voi valita haluamansa palveluntuottajan vapaasti ja tarvitsemansa palvelupaketin yleensä hoitoisuusluokkansa mukaisesti. Palvelupakettien hinnat ovat lähes samat koko maassa. Palvelujen tuotteistuksen ongelmana on kuitenkin pidetty sitä, että palvelupaketit antavat liian vähän valinnanmahdollisuuksia yksilölliselle hoidolle ja ne ovat joustamattomia. Ongelmana on pidetty myös sitä, että hoitovakuutus ei kannusta asiakasta omaan aktiivisuuteen. Kuntoutuessaan asiakas putoaa alempaan hoitoisuusluokkaan ja saa vähemmän korvauksia. Eräänä hoitovakuutusjärjestelmän ongelmana pidetään myös epäselvää rajapintaa sairausvakuutuksen kanssa. Sairausrakenteella on taipumus siirtää kustannuksia hoitovakuutukselle ja päinvastoin. Asiakkaan kannalta korvausepäselvyydet voivat johtaa korvauksen saannin viivästymiseen.

Rahoittajan näkökulma

Ennen hoitovakuutuksen voimaantuloa keskimäärin 70 - 80 prosenttia hoitokodin asukkaista sai toimeentulotukea. Käytännössä hoitovakuutus on merkinnyt lisärahoitusta sekä avo- että laitoshoitoon, joka puolestaan on merkinnyt sitä että toimentulotuen hoitotuen määrä on laskenut noin 60%. Toisaalta toimeentulotukiasiakkaiden määrä on vähentynyt vain noin 20% laitoshoidossa.

Tuottajan näkökulma

Saksassa sosiaali- ja terveystalvelujen organisointi eroaa huomattavasti pohjoismaisesta tavasta järjestää vastaavat palvelut. Esimerkiksi hoitovakuutuslain mukaan järjestöt ja yksityiset yritykset ovat ensisijaisia palveluntuottajia Saksassa, kun avo- ja laitoshoitopalvelujen järjestämisestä Pohjoismaissa vastaa kunta tai maakunta. Esimerkiksi Berliinissä avopalvelujen hoivatuottajien määrä nousi runsaat 50 prosenttia vajaan vuoden hoitovakuutuksen käyttöönoton jälkeen. Ennen hoitovakuutuksen käyttöönottoa yleishyödyllisillä järjestöillä verrattuna yksityisiin yrityksiin oli etuoikeus toimia palveluntuottajana. Hoitovakuutuksen myötä järjestöillä ja yrityksillä on samat toimintaedellytykset ja ne kilpailevat samoista asiakkaista. Lisäksi palveluntuottajat ovat tarkemman laadun tarkkailun kohteina ja ovat myös joutuneet paneutumaan oman toimintansa laadun hallintaan paremmin.

4 PALVELUSETELIEN SOVELTUVUUS TERVEYDENHUOLTOON

Terveydenhuollon osalta kokemukset palvelusetelisovellusten käytöstä rajoittuvat kotisairaanhoidon ja erityisesti hoitovakuutuksen osalta ikääntyneiden pitkäaikaishoitoon. Yksittäinen palvelusetelikokeilu hammashoidossa käynnistyi vuonna 1992 Tukholmassa Ruotsissa. Ainoastaan Yhdysvalloissa Medicare-vakuutusjärjestelmän osalta on keskusteltu laajemmin palvelusetelin soveltuvuudesta terveydenhuoltoon. Lisäksi on yksittäisiä esityksiä palvelusetelien käytöstä myös Englannin kansallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.

Palvelusetelin mahdollisuudet Medicare-järjestelmässä

Medicare on yli 65-vuotiaille tarkoitettu liittovaltion rahoittama terveysvakuutus. Muun muassa American Medical Association on 1990-luvun puolessa välissä ehdottanut, että palvelusetelisovellus toteutettaisiin Medicare-järjestelmässä siten, että vakuutuksen piiriin kuuluva saisi kiinteähintaisen palvelusetelin liittovaltiolta. Palveluseteli oikeuttaisi asiakkaan ostamaan sellaisen terveysvakuutuksen, jonka hän tuntisi tarpeelliseksi. Mikäli palvelusetelin arvo olisi suurempi kuin vakuutuksen hinta, asiakas saisi erotuksen hyvitettyä. Asiakkaan kasvavan valinnanvapauden lisäksi palvelusetelin kannattajat perustelevat kiinteähintaisen setelin käyttöönottoa sillä, että se mahdollistaisi yhä kasvavien terveysmenojen hallinnan. Lisäksi palvelusetelijärjestelmä lisäisi kannattajien mukaan vakuutusyhtiöiden välistä kilpailua asiakkaista. Järjestelmän vastustajat puolestaan pelkäävät, että palvelusetelijärjestelmä kannustaisi asiakkaita arvioimaan oman sairastumisriskinsä epärealistisesti ja valitsemaan hinnaltaan edullisia 'matalan riskin' vakuutuksia. Käytännössä järjestelmä muuttuisi myös ideologisesti, sillä palvelusetelijärjestelmä vähentäisi yhteiskunnan rahoitusvastuuta ja lisäisi yhä enemmän asiakkaan omaa taloudellista vastuuta terveyteen liittyvistä kustannuksista.

Lasten hammashoidon palvelusetelikokeilu Ruotsissa

Ruotsissa hammashoidon järjestämisvastuussa ovat maakäräjäkunnat. Tukholman läänin lasten hammashoidon vuonna 1992 aloitetussa palvelusetelikokeilussa eri ikäisille lapsille määritettiin eri hintaiset palvelusetelit. Kokeilun tavoitteena oli tehostaa palvelujen saatavuutta ja toimintoja. Muutamassa ikäryhmässä palveluseteli kattoi hoidot kahden vuoden ajalta. Niitä potilaita varten, joiden hoidon tarve oli erityisen suuri, perustettiin erillinen riskirahasto, jossa 2 500 Ruotsin kruunun ylittävät hoitokustannukset maksettiin erillisen anomuksen perusteella. Ruotsin sosiaalivaltio arvioi palvelusetelikokeilua vuonna 1994. Arvion perusteella kokeilua pidettiin onnistuneena, vaikka vain runsaat 10 prosenttia lasten vanhemmista valitsivat yksityisen palveluntuottajan. Yksityiset palveluntuottajat kokivat hankalimmaksi Tukholman maakäräjän omistaman Folktandvård Ab:n lasten hammashoito-ohjelman noudattamisen ja sen perusteiden ymmärtämisen. Julkinen sektori puolestaan koki työlääksi setelien lähettämisen ja kadonneiden seteleiden uusimisen. Hallintotehtävien koettiin lisääntyneen, mutta niiden taloudellisia vaikutuksia ei kuitenkaan raportoitu. Vuonna 2002 Folktandvård Ab:n osuus alueen palvelusetelimarkkinoista on 86 prosenttia ja yksityisen sektorin 14 pro-

senttia. Ongelmaksi järjestelmässä koetaan se, että yksityiset tuottajat voivat valikoida asiakkaita.

Palveluseteli Suomen terveydenhoitojärjestelmässä ?

Yhdysvalloissa käydyn keskustelun perusteella palvelusetelisovelluksen mahdolliset kannustevaikutukset terveydenhuollossa ovat erittäin riippuvaisia siitä, minkälaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä palveluseleitä käytetään ja minkälaisessa muodossa. Suomessa terveydenhuollon ongelmana pidetään palvelujen heikkoa saatavuutta. Sellaiset suomalaiset kunnat, jotka harkitsevat palvelusetelin käyttöä terveydenhuollossa esimerkiksi lisätäkseen palvelujen saatavuutta ja asiakkaan valinnanvapautta voivat hyödyntää erityisesti ruotsalaisen Nackan kunnan kokemuksia palvelusetelijärjestelmästä, vaikka Nackan kokemukset rajoittuvatkin lähinnä koulutus- ja sosiaalipalveluihin. Todennäköisesti samankaltaisia hyötyjä ja ongelmia kuin Nackan kunnan kokemukset osoittavat, olisi odotettavissa myös palvelusetelin käytöstä kunnallisissa terveydenhoitopalveluissa.

Terveydenhuoltopalvelujen luonne eroaa joiltakin osin muista palveluista, esimerkiksi kotipalveluista. Yrittäjien tulo markkinoille on huomattavasti monimutkaisempaa terveydenhuoltopalveluissa verrattuna sosiaalipalveluihin. Terveydenhuollossa tarvitaan usein pitemmälle vietyä erityisosaamista, erityisiä teknisiä apuvälineitä ja korkeasti koulutettua työvoimaa verrattuna sosiaalipalvelujen tuottamiseen. Vaihtoehtoisten palveluntuottajien vähyys vuoksi, terveydenhuollossa kilpailun edellytysten luominen sekä hintojen ja kustannusten vertailu olisi todennäköisesti vielä hankalampaa kuin sosiaalipalveluissa. Lisäksi sairaustilanteessa on usein kysymys hoitoketjusta, joka muodostuu useista eri vaiheista sekä sairaalassa että sen ulkopuolella. Jos hoitoketjun yhteen osaan annetaan palveluseteli, vaikeuttaisi se saumattoman hoitoketjun syntyä. Palveluntuottajan näkökulmasta sairaalahoitoon liittyy myös huomattavasti suurempia riskejä (mm. uusintaleikkaukset ja komplikaatiot) verrattuna sosiaalipalveluihin. Tällaisten riskien rahoitusvastuut (sekä lyhyt – että pitkäaikaiset) tulee voida sopia etukäteen.

Palvelusetelin soveltuvuus terveydenhuoltopalveluihin riippuu myös siitä, millaisissa terveydenhuoltopalveluissa sitä käytettäisiin. Palvelusetelin käyttö preventiivisissä palveluissa (esimerkiksi liikuntapalvelut) tai kuntoutuspalveluissa olisi samankaltaista kuin esimerkiksi kotipalveluissa. Kun taas perusterveydenhuollon lääkärikäynnit, erikoissairaanhoidon palvelut ja mielenterveyspalvelut eroavat jo huomattavasti päivittäin käytössä olevista hyvinvointipalveluista.

Jotta palvelusetelijärjestelmän käyttöönotto terveydenhuoltopalveluissa olisi perusteltua, siitä seuraavien hyötyjen tulisi olla ainakin suuremmat kuin mitä nykyisellä sairausvakuutusjärjestelmällä tai kuntien ja yksityisten palveluntuottajien välisillä ostopalvelusopimuksilla voitaisiin saavuttaa. Nykyisessä järjestelmässä maksukykyinen asiakas voi valita vapaasti minkä tahansa yksityisen terveydenhuoltopalvelun tuottajan ja saa osan palvelun hinnasta korvattuna sairausvakuutuksesta. Toisaalta kunnalla on täydet vapaudet tehdä ostopalvelusopimuksia vaihtoehtoisten palveluntuottajien kanssa ja antaa halutessaan kuntalaisille vapautta valita tuottajien välillä.

5 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Palvelusetelisovelluksia on käytetty 1990-luvun alusta lähtien useissa EU-maissa. Palveluseteleitä on käytetty lähinnä koulutuspalveluissa, lasten päivähoidossa ja kotipalveluissa. Varsinaisen palvelusetelin (painetun setelin, maksusitoumuksen tai asiakkaan ja yrittäjän väliseen kirjanpitoon perustuvan korvauksen) lisäksi eräänlaisina palvelusetelisovelluksina voidaan pitää Hollannissa käytössä olevaa henkilökohtaiseen budjettiin perustuvaa järjestelmää ja Saksan hoitovakuutusjärjestelmää. Henkilökohtaisessa budjetoitijärjestelmässä asiakkaan valinnan vapaus on viety äärimmilleen. Rahoittaja ohjaa palvelun ostamiseen tarkoitettut varat suoraan asiakkaan tilille ja asiakas toimii palveluntuottajan 'työnantajana' ja pitää kirjanpitoa käyttämistään palveluista. Saksassa käytössä olevan hoitovakuutuksen ansiosta pitkäaikaishoidon kustannukset jakaantuvat tasaisemmin asiakkaan elinkaarelle. Erityisesti verovapaa hoitoraha, joka voidaan maksaa omaishoitajalle, on tukenut hoidettavien mahdollisuutta asua kotona pidempään. Työllistämissetelin muodossa palveluseteleitä on käytetty lisäämään kotiapuun luokiteltavia palveluita siivouksesta lumen luontiin ja kaupassa käyntiin. Työllistämistä tavoittelevat palvelusetelijärjestelmät eivät sisällä henkilökohtaisia hoitopalveluita. Terveystenhuollon osalta kokemukset palveluseteleistä rajoittuvat kotisairaanhoidon ja yksittäiseen kokeiluun hammashoidossa.

Pohjoismaissa palveluseteleistä on eniten kokemuksia Ruotsista. Erityisesti Tukholman läänissä sijaitsevan Nackan kunnan kokemuksia voidaan hyödyntää myös sellaisissa suomalaisissa kunnissa, jotka kehittävät tai ovat ottamassa käyttöönsä palvelusetelijärjestelmiä erityisesti lasten päivähoidossa, kotipalveluissa tai hammashoidossa. Toisin sanoen, palveluseteli soveltuu palveluihin, joissa on todellista tarjontaa pitämään palvelujen hintaa ja laatutasoa kohtuullisena.

Nackan kunnan asukkaat ovat hyötäneet palvelusetelijärjestelmästä erityisesti siten, että asiakkaiden valinnan vapaus on kasvanut sekä palveluntuottajien että palveluvalikoiman suhteen. Toisaalta palvelujen laadun valvonta on jäänyt kokonaan asiakkaiden harteille ja yksityiset palveluntuottajat eivät ota mielellään kauempana asuvia asiakkaita matkakustannusten vuoksi. Nackan kunnan näkökulmasta erityisesti palvelujen kustannusten ennakoitavuus ja läpinäkyvyys on lisääntynyt, mikä on myös tehostanut kunnan omaa palvelutuotantoa. Toisaalta hallintotehtävät ovat järjestelmän myötä myös lisääntyneet ja järjestelmän käyttöönotto on edellyttänyt perustavanlaatuisia muutoksia kunnan päätöksenteko-, palvelujen organisointi – ja rahoitusjärjestelmissä. Palveluntuottajien välillä on syntynyt jonkinasteista kilpailua laadulla. Markkinoiden toimivuuden ongelmia kuvaa kuitenkin se, että esimerkiksi palvelusetelin kiinteää hintaa on välillä jouduttu korottamaan, jotta yritykset pysyisivät markkinoilla.

Suomessa on ajankohtaiseksi keskustelunaiheeksi noussut alueelliset erot julkisten palvelujen saatavuudessa. Niissä kunnissa, joissa kunnallinen palveluntuottaja ei ole pystynyt tarjoamaan asukkaillaan palveluja, kunta on ostanut palveluita yksityisistä tuottajilta. Palvelusetelin käyttöä on terveydenhuollossa on esitetty helpottamaan palvelujen saatavuutta ja parantamaan asiakkaan valinnanvapautta. Terveystenhuollon palvelusetelin käyttöön liittyy kuitenkin useita näkökohtia. Palveluseteli antaisi palveluntuottajille nykyisessä markkinatilanteessa mahdollisuuden hintojen korottamiseen, koska varsinaiset kilpailutilanteet terveydenhuoltopalveluissa ovat olleet hyvin harvinaisia. Lisäksi

sairaustilanteessa on usein kysymys hoitoketjusta, joka muodostuu useista eri vaiheista sekä sairaalassa että sen ulkopuolella. Jos hoitoketjun yhteen osaan annetaan palveluseteli, vaikeuttaisi se saumattoman hoitoketjun syntyä. Palveluntuottajan näkökulmasta sairaalahoitoon liittyy myös huomattavasti suurempi riskejä (mm. uusintaleikkaukset ja komplikaatiot) verrattuna sosiaalipalveluihin. Jos palveluseteliä käytettäisiin sairaalapalveluissa, poikkeuksellisia tapauksia varten tulisi perustaa erillinen riskirahasto tai vastaava järjestelmä, joka turvaisi sen ettei palveluntuottaja ryhtyisi valikoimaan potilaita tai ajautuisi talousvaikeuksiin poikkeavien tapausten vuoksi.

Palvelusetelijärjestelmät edustavat sosiaali- ja terveydenhuollossa hajautettua tapaa järjestää palvelut. Palvelusetelin käyttö näyttäisikin olevan enemmänkin kunnalliseen palvelutuotantoon liittyvä ilmiö. Muissa EU-maissa paitsi Suomessa sairaalapalvelujen järjestämisestä vastaa suurempi ja keskitetympi organisaatio kuin kunta. Tämän vuoksi on luonnollista, että palvelusetelisovelluksista ainoastaan julkisia ja yksityisiä terveysvakuutuksia on käytetty sairaalapalvelujen rahoittamiseen. Voidaankin todeta, että jotta palvelusetelijärjestelmän käyttöönotto terveydenhuoltopalveluissa olisi perusteltua, siitä seuraava hyöty sekä asiakkaalle että rahoittajalle tulisi olla suurempi kuin mitä nykyisellä sairausvakuutusjärjestelmällä tai kuntien ja yksityisten palveluntuottajien välisillä ostopalvelusopimuksilla voitaisiin saavuttaa.

KIRJALLISUUTTA

- Aarnink J, The personal budget in the Netherlands (esitelmä 12.9.2002), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Aronen K, Järviö M-L, Luoma K, Rätty T, Yhteistyöllä ja kilpaillen, Peruspalvelut 2000-tutkimusraportti, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT-julkaisuja 31, Saarijärvi 2001.
- Aronen P, Julkisen sektorin palveluseleleistä, Kansantaloustieteen pro gradu-tutkielma, Helsingin Yliopisto 2002.
- Cave M, Voucher Programmes and Their Role in Distributing Public Services, OECD Journal of Budgeting, OECD 2001.
- Edebalk P, Svensson M. Äldreomsorg och kundval, teoksessa Vårda och skapa konkurrens, Vad krävs för ökad konsumentnytta?, Konkurrensverkets rapportserie 2: 2002.
- European Commission, Forward Studies Unit and Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, European Seminar on Subsidies for Consumption and Service Vouchers Brussels, 1996.
- Finger D, Service cheques in Europe – a model for Germany? Employment effects and macro-economic costs: five scenarios, Discussion paper WZB, Labour Market Policy and Employment Februar 1997.
- Heikkilä M, Törmä S, Mattila K, Palveluseteli lasten päivähoitossa, Raportti valtakunnallisesta kokeilusta, STM, Stakes, Stakesin Raportteja 216, Jyväskylä 1997.
- Häkkinen H, Hoitovakuutus Saksassa, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2000
- Kastberg G, A Tool for Influence, The effects of introducing a voucher system into in-home elderly care, School of Public Administration, Gothenburg University 2001.
- Kerola H, Mäkitalo R, Putkonen C, Parempaa halvemalla ? Valtiovarainministeriön keskustelualoitteita 68, Helsinki 2002.
- Kilpailuvirasto, Julkinen valta markkinoilla hanke. Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa, Kilpailuviraston selvityksiä, Helsinki 2001.
- Kokkolan kaupunki, Perusturvakeskus, TES Chèque Domicile-malli Suomessa, 9.2.2001.
- Lundsgaard J, Competition and Efficiency in publicly funded services, OECD Economic Department Working Paper No. 331, Paris 2002.
- Niemelä J, The use of service vouchers in the social and health service in different countries. STM Monisteita 15, Helsinki 1997.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, A Question of Demand, Outlines of the reform of the health care system in the Netherlands, International Publication Series Health, Welfare and Sport No 14 E, Hague 2002.
- Oberlander J, Remaking Medicare: The Voucher Myth, International Journal of Health Services, 28:1:29-46:1998.
- Palvelutyönantajat, Julkisten palvelujen järjestäminen Ruotsissa, huhtikuu 2002.

- Socialstyrelsen, Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen, Äldreuppdraget 99:6, Stockholm 2000.
- SOU 1999:149, Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster.
- Slevin M, Resuscitating the NHS: a Consultant's View, The Centre for Policy Studies, February 2003, www.cps.org.uk/slevin.htm.
- STM, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003, 1999.
- STM, Sosiaaliturvan suunta, STM julkaisuja 2/2002.
- Suomen Kuntaliitto, Palvelusetelijärjestelmän kehittäminen, Muistio 25.11.1999.
- Suomen Kuntaliitto, palveluseteli ja peruspalvelu, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 1994.
- Suominen R, Valpola O, Palvelut kotiin setelillä ? Selvitys palvelusetelin käytön tehostamisesta kunnan kotipalveluissa, STM työryhmämuistioita 10/2002.
- Svenska Kommunförbundet, Valfrihet och kundvalssystem i kommunal verksamhet – underlag för lokala bedömningar. Svenska Kommunförbundet, Stockholm 2001.
- Svenska Kommunförbundet, Hemtjänsttimmen, En metod för att beräkna kostnaden för hemtjänst, Utarbetad av Svenska Kommunförbundet i samarbete med representanter för 23 kommuner, Remissupplaga 1/8, 2002.
- Tortosa MA, Granell R, Quasi-markets in social services: The use of nursing-home vouchers in Spain, University of Valencia, Department of Applied Economics 2000.
- Vaarama M, Törmä S, Laaksonen S, Voutilainen P. Omaishoitajien tuen tarve ja palvelusetelillä järjestetty tilapäishoito. Omaishoidon palvelusetelikokeilun loppuraportti, STM, Stakes, Selvityksiä STM 1999:10, Helsinki 1999.
- Valkama P and Bailey S, Vouchers as an Alternative Public Service Delivery System. Public Policy and Administration 2001:16:32-58.
- Widström E, Lastenhammashoidon palvelusetelikokeilu Ruotsissa, Suomen Hammaslääkärilehti 9/1995.
- Äldreomsorg i Täby, 2002/2003, www.taby.se