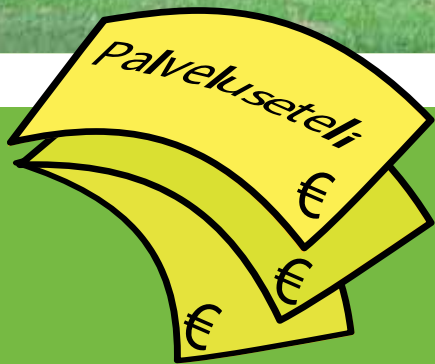




PEKKA BORG



PALVELUSETELIT JA ERUARVOISUUS

7

TUTKIMUKSIA 2016



Helsingin kaupunki
Tietokeskus

**TIEDUSTELUT
FÖRFRÅGNINGAR
INQUIRIES**

Pekka Borg
p. - tel. 09 310 43728
Katja Viikama,
p. 09 310 78396
etunimi.sukunimi@hel.fi

**JULKAISIJA
UTGIVARE
PUBLISHER**

Helsingin kaupungin tietokeskus
Helsingfors stads faktacentral
City of Helsinki Urban Facts

**OSOITE
ADRESS
ADDRESS**

PL 5500, 00099 Helsingin kaupunki
(Siltasaarenkatu 18-20 A)
PB 5500, 00099 Helsingfors stad
(Broholmmsgatan 18-20 A)
P.O.Box 5500, FI-00099 City of Helsinki
Finland (Siltasaarenkatu 18-20 A)

**PUHELIN
TELEFON
TELEPHONE**

09 310 1612

INTERNET

www.hel.fi/tietokeskus/

**TILAUKSET, JAKELU
BESTÄLLNINGAR, DISTRIBUTION
ORDERS, DISTRIBUTION**

p. – tel. 09 310 36293
tietokeskus.tilaukset@hel.fi

**TIETOKESKUKSEN KIRJASTO
FAKTACENTRALENS BIBLIOTEK
CITY OF HELSINKI URBAN FACTS LIBRARY**

Siltasaarenkatu 18-20 A
Broholmmsgatan 18-20 A
tel. +358 09 310 36377
tietokeskus.kirjasto@hel.fi

Helsingin kaupungin tietokeskus
Helsingfors stads faktacentral
City of Helsinki Urban Facts

PALVELUSETELIT JA ERiarvoisuus

PEKKA BORG

TUTKIMUKSIA
UNDERSÖKNINGAR
RESEARCH SERIES

2016:7

KÄÄNNÖKSET
ÖVERSÄTTNING
TRANSLATIONS
Magnus Gräsbeck

TAITTO JA KUVIOT
OMBRYTTNING OCH FIGURER
GENERAL LAYOUT AND GRAPHS
Lotta Haglund

KANSI
PÄRM
COVER
Tarja Sundström-Alku

KANSIKUVA
PÄRMBILD
COVER PICTURE
Vastavalo /Tarja Hoikkala, Riitta Weijola,
Niina Palomäki

PAINO
TRYCKERI
PRINT
Edita Prima Oy, Helsinki 2016

PAINETTU
ISSN 1455-724X
ISBN 978-952-331-214-2

VERKOSSA
ISSN 1796-7228
ISBN 978-952-331-215-9

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| Esipuhe | 4 |
| Förord | 5 |
| Preface | 6 |
| Yhteenveto ja johtopäätökset | 7 |
| Sammandrag och slutsatser | 12 |
| Summary and conclusions | 17 |
| 1 Johdanto | 22 |
| 2 Palvelujärjestelmän muutosten taustatekijöitä | 25 |
| 2.1 Palvelusetelilainsäädäntö ja setelin käytön tavoitteet, oletetut vaikutukset | 25 |
| 2.2 Julkiset palvelut ja markkinoistuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa | 28 |
| 2.3 Valinnanvapaus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus | 29 |
| 2.4 Kansalaisesta ja asiakkaasta valintoja tekeväksi kuluttajaksi | 33 |
| 2.5 Palvelusetelistä laajaan valinnanvapauteen..... | 34 |
| 3 Tutkimusasetelma ja -kysymykset | 36 |
| 4 Tulokset | 38 |
| 4.1 Paksusuolen tähytystutkimus | 38 |
| 4.2 Suun terveydenhuolto | 46 |
| 4.3 läkkäiden palveluasuminen | 52 |
| 4.4 läkkäiden päivätoiminta | 58 |
| 4.5 Vaikeavammaisen henkilökohtainen apu | 62 |
| 4.6 Lapsiperheiden tilapäinen kotipalvelu | 70 |
| Lähteet | 77 |
| Liitteet | 82 |
| 1 Tutkimuksen aineistot ja menetelmät..... | 82 |
| 2 Logistisen ja multinomiaalisen regression lukuohjeita..... | 86 |
| Liitetaulukot | 89 |

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen on Suomessa suuressa muutoksessa. Palvelujen tuottamisvastuu on siirtymässä kunnilta maakunnille vuoden 2019 alussa. Myös palvelujen tuottamisen tapaan on suunniteltu suuria uudistuksia. Perinteisesti kunnat ja julkishallinto ovat olleet ensisijaisia palveluiden tuottajia. Uudistuksen yhteydessä yksityisten palveluntuottajien rooli on vahvistumassa ja samalla kuntalaisten valinnanvapaus lisääntyisi. Tämän hetkisen suunnitelman mukaan kuntalaisilla olisi jatkossa nykyistä laajempi mahdollisuus valita sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajan välillä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan yhtä kunnissa tällä hetkellä käytössä olevista keinoista lisätä asiakkaiden valinnan mahdollisuuksia peruspalvelujen saatavuudessa: palvelusetelin käyttöä. Helsingissä palvelusetelin käyttöä on kokeiltu sosiaali- ja terveystaluuissa vuodesta 2006 alkaen. Palveluseteli vakinaistettiin yhdeksi sosiaali- ja terveystaluuksien järjestämistavaksi vuonna 2014. Vakinaistamisen yhteydessä Helsingin kaupunginvaltuusto hyväksyi toivomusponnen, jossa edellytettiin yhteiskunnalliseen tutkimukseen perustuvaa arviota palvelusetelikäytäntöjen hallinnollisista kustannuksista ja muista kustannusvaikutuksista sekä vaikutuksista eriarvoistumiseen.

Pyydetty tutkimus toteutettiin sosiaali- ja terveysviraston ja tietokeskuksen yhteisenä tutkimushankkeena, joka koostui neljästä erillisestä osatutkimuksesta. Tämä tutkimusraportti on näistä yksi ja vastaa kysymykseen palvelusetelikäytäntöjen eriarvoistavista vaikutuksista palveluntuottajan valintaan. Eriarvoistumista mitataan vertaamalla, poikkeavatko palvelusetelin käyttäjät tuloiltaan tai sosioekonomiselta asemaltaan samaa palvelua kaupungin omana toimintana saaneista asiakkaista. Yhdenvertaisuuden toteutuessa kaikilla olisi taloudellisesta asemastaan riippumatta samat mahdollisuudet valita joko kunnan tai palvelusetelilyksikön palvelu.

Tulokset osoittavat, että palvelusetelin eriarvoistava vaikutus riippuu asiakkaan omavastuun suuruudesta sekä muista setelin myöntämiseen liittyvistä ehdoista. Monissa palveluissa tulojen vaikutus palveluntuottajan valintaan oli vähäistä, mutta suuri omavastuu heikensi yhdenvertaista mahdollisuutta valita palveluyksikköä. Oleellisia olivat myös henkilön muut resurssit ja toimintamahdollisuudet.

Helsingissä joulukuussa 2016

Katja Vilkama
tutkimuspäällikkö
Helsingin kaupungin tietokeskus

FÖRORD

Social- och hälsovårdsservicen i Finland står inför stora organisatoriska förändringar. Ansvar för föranstaltandet av servicen övergår i början av år 2019 från kommunerna till landskapen. Och även i sättet för hur servicen produceras planeras stora reformer. Tidigare har kommunerna och den offentliga förvaltningen varit de primära serviceproducenterna. I och med reformen stärks de privata serviceproducenternas roll, och samtidigt ökar kommuninvånarnas valfrihet. Enligt den plan som gäller idag kommer kommuninvånarna i framtiden att ha större möjligheter att enligt eget val få sin grundläggande social- och hälsovård hos antingen den offentliga, den privata eller den tredje sektorn.

I föreliggande forskning analyseras ett av kommunernas sätt idag att öka klienternas möjligheter att välja mellan de olika alternativen för grundläggande service, nämligen servicesedeln. I Helsingfors har man prövat systemet med servicesedel inom social- och hälsovården allt sedan år 2006. Ett gängse sätt att ordna social- och hälsoservicen blev servicesedeln år 2014. Samtidigt godkände Helsingfors stadsfullmäktige en hemställningskläm där man krävde en på samhällelig forskning grundad uppskattning av de administrativa kostnaderna för servicesedelsystemet samt av andra kostnadsverkningar och av inverkan på jämlikheten.

Den begärda forskningen utfördes som ett samprojekt mellan stadens social- och hälsovårdsverk och Faktacentralen, och bestod av fyra skilda delundersökningar. Föreliggande forskningsrapport är en av dem, och svarar på frågan om hur servicesedeln eventuellt bidragit till ojämlikhet vid valet av serviceproducent. Ojämlikheten mäts genom att jämföra huruvida de som väljer servicesedeln avviker – beträffande inkomst och socioekonomisk ställning – från dem som får motsvarande service inom stadens egen verksamhet. Om jämlikhet rådde skulle alla oavsett ekonomisk ställning ha samma möjligheter att välja antingen kommunens egen service eller en serviceproducent som har rätt att ta emot servicesedelklienter.

Resultaten visar att servicesedelns inverkan på jämlikheten beror på hur stor klientens självriskandel är och på andra villkor som har med beviljandet av sedel att göra. Inom många serviceformer var inkomsternas inverkan på valet av serviceproducent små om inte en hög självriskandel hade försämrat möjligheterna till jämlikt val av producent. Väsentliga var även personernas övriga resurser och funktionsförmåga.

I Helsingfors december 2016

Katja Vilkkama
forskningschef
Helsingfors stads faktacentral

PREFACE

Finnish social and health care services are facing large organisational change. From 2019 on, the responsibility for providing these services will be shifted from municipalities to regions. And in the way the services are produced, too, great reform is planned. Traditionally, municipalities and the public administration have been the primary producers of public health and social services. With the reform, private producers will play a stronger role, and the freedom of choice for residents would grow. According to the current plan, residents would get larger opportunities than today to choose their basic social and health care services among either public, private or third sector providers.

The present study analyses one of the ways that municipalities have today of increasing clients' choice between available alternatives for public services, namely the service voucher system. The City of Helsinki has been testing the service voucher system in its social and health care since 2006. It became a regular way of providing social and health care in 2014. When this happened, the Helsinki's City Council approved a petitionary resolution requesting an assessment – based on social scientific research – of the administrative costs and other cost factors, and of impacts on equality.

The requested study was conducted as a joint project between the City's Department of Social Services and Health Care, and Helsinki City Urban Facts Office. The project consisted of four different parts. The present report is one of them, and it answers the question how the service voucher may have contributed to inequality in the choice of service producers. Inequality was measured in terms of differences in socioeconomic status or income level between those who used the voucher and those receiving the same services from the municipality. If equality reigned, all regardless of their economic position would have the same opportunities to choose either the municipality's own services or those of a producer entitled to accept the service voucher.

The findings show that the service voucher's impact on equality depends on the size of the excess to be paid by the client and on other conditions relating to the granting of the voucher. In the case of many services, the impact of income on the choice of service producer was small unless high excess had reduced some clients' opportunities to choose their service producer. Other resources and capacities that people had were essential, too.

Helsinki, December 2016

Katja Vilkama
Research Director
City of Helsinki Urban Facts

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää, onko palvelusetelikäytännöillä eriarvoistavia vaikutuksia. Eriarvoistumista mitattiin sillä, että poikkeavatko palvelusetelin käyttäjät tuloiltaan ja sosioekonomiselta asemaltaan niistä asiakkaista, jotka saivat samaa palvelua kaupungin omana toimintana. Yhdenvertaisuus tarkoittaa tässä tutkimuksessa sitä, että kaikilla on taloudellisesta asemastaan riippumatta samat mahdollisuudet valita joko kunnan tai palveluseteliyksikön palvelu.

Kysymys eriarvoisuudesta on kuitenkin laajempi kuin vain taloudellinen mahdollisuus valita. Kaikki erot saaduissa palveluissa ja niiden määrissä eivät merkitse eriarvoisuutta. Eriarvoistavia ovat sellaiset palveluiden erot, jotka eivät ole yksilökohtaisen tarpeen ja käytettävissä olevien palveluresurssien kannalta perusteltuja ja oikeudenmukaisia.

Tutkimuksen tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa, että valinnan tekeminen ei välttämättä merkitse palvelusetelin valitsemista. Henkilö on voinut tietoisesti valita kaupungin palvelun itselleen paremmin sopivana. Oleellista on myös, saako henkilö laadullisesti yhtä hyvää palvelua kaikilta tuottajilta. Tässä tutkimuksessa ei ole verrailtu palveluiden laatua, mutta osana hanketta on Katarina Antosen (2016) raportti, jossa verrattiin kaupungin omana toimintana ja palvelusetelillä toteutettujen kolonoskopioiden laatua.

Taloudellisen yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden tutkimisessa yksi näkökulma olisi tarkastella, jakautuvatko palvelujärjestelmän määrärahat ja kustannukset oikeudenmukaisesti. Kysymys ei ollut tämän tutkimuksen kohteena, mutta sitä käsiteltiin Linnosmaan ym. (kts. s. 52) vuonna 2012 Helsingin palvelusetelikäytännöistä tekemässä tutkimuksessa.

Johtopäätös 1. Palvelusetelin eriarvoistava vaikutus riippuu setelin myöntämisen ehdoista

Tämän tutkimuksen keskeisenä johtopäätöksenä on, että palvelusetelin käyttö sinänsä kertoo melko vähän tasa- tai eriarvoisuudesta. Palvelusetelikäytäntöjen vaikutukset eriarvoisuuteen riippuvat siitä, minkälaisilla ehdoilla palveluseteli myönnetään, kuinka suuri on asiakkaan omavastuu, miten palvelusetelikäytännöt on järjestetty ja minkälaiset ovat henkilön edellytykset tehdä tietoisia valintoja.

Tutkimuksen aineistona oli kuusi sosiaali- ja terveystaloutta, joissa on Helsingin oman palvelun rinnalla palveluseteli käytössä. Näitä palveluita olivat paksusuolen tähytystutkimus, suun terveydenhuolto, iäkkäiden palveluasuminen, iäkkäiden päivätoiminta, vaikeavammaisten henkilökohtainen apu ja lapsiperheiden tilapäinen kotihoidon tuki.

Palvelusetelien myöntämisen ehdot vaihtelivat huomattavasti, mikä vaikutti myös siihen, minkälaisessa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt palveluseteliä käyttivät:

- Vaikeavammaisten henkilökohtaisessa avussa palvelu on asiakkaalle lakisääteisesti maksutonta riippumatta järjestämistavasta.
- Lapsiperheiden tilapäisen kotihoidon asiakasmaksu on aina samansuuruinen sekä kunnan kotihoidossa että palveluseteliyksikön hoidossa.
- Iäkkäiden päivätoiminnassa pienituloisimmille toiminta on maksutonta, mutta muillakin palvelusetelin omavastuu on vain hieman korkeampi kuin kaupungin omissa yksiköissä.
- Suun terveydenhuollossa on omavastuissa todella suuria hoitoyksiköiden välisiä eroja. Useissa palveluseteliyksiköissä hoidon omavastuu on huomattavasti korkeampi kuin kaupungin hammashoitolassa, mutta joissakin tapauksissa hoito voi olla jopa halvempaa kuin kaupungin hoitolassa.
- Paksusuolen tähytystutkimusten omavastuu palvelusetelillä on keskituloiselle kohtalaisen pieni summa, mutta voi olla pienituloisimmille kertasuorituksena kuitenkin niin suuri, että se rajoittaa palvelusetelin valintaa.
- Iäkkäiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ovat palvelusetelin omavastuut niin korkeita, että se estää palvelusetelin valinnan, ellei henkilöllä ole eläkkeen lisäksi muita tuloja tai varoja käytettävissä omavastuun maksamiseen.

Johtopäätös 2. Palvelusetelin käyttäjät ovat keskimäärin suurempituloisia

Tulot ovat yksi palvelusetelin valintaa selittävä tekijä. Tutkimuksen kaikissa kuudessa palvelussa palveluseteliä käyttäneiden kotitalouksien mediaanirahatulot kulutusyksikköä kohti olivat korkeampia kuin kaupungin omia palveluita käyttäneillä. Iäkkäiden palveluasumisessa palveluseteliryhmän mediaanitulot olivat yli puolitoistakertaisia ja lapsiperheiden kotipalvelussa yli kaksinkertaisia kunnan palveluissa olleisiin verrattuna. Muissa palveluissa eroa oli kymmenisen prosenttiyksikköä.

Vaikka palveluseteliä käyttävät ovat keskimäärin suurituloisempia kuin kunnan palveluita käyttäneet, voivat erot johtua myös asiakasryhmien erilaisesta ikärakenteesta sekä koulutuksen, toimintakyvyn tai muiden vastaavien tekijöiden eroista ryhmien välillä. Logistisella regressiolla voidaan tutkia, mikä on tietyn selittävän tekijän vaikutus tulokseen, kun kaikkien muiden mallissa mukana olevien tekijöiden vaikutus on vakioitu.

Regressioanalyseissä tulojen kasvu lisäsi tilastollisesti merkitsevällä tasolla palvelusetelin valintaa kaikissa palveluissa iäkkäiden päivätoimintaa lukuunottamatta. Iäkkäiden palveluasumisessa ja lapsiperheiden tilapäisessä kotipalvelussa tulojen kasvun merkitys oli selkein. Muissa palveluissa tulojen kasvun vaikutus oli vähäisempää eikä aina suoraviivaista.

Johtopäätös 3. Suuri asiakasmaksu eriarvoistaa

Sosioekonomisen yhdenvertaisuuden kriteerinä voi pitää sitä, että kaikilla on tuloistaan riippumatta yhtäläiset mahdollisuudet valita kunnan oma palvelu tai palveluseteliyksikkö. Jos asiakasmaksu palveluseteliyksikössä on huomattavasti korkeampi kuin kaupungin omassa palvelussa, aiheuttaa se asiakkaiden eriarvoista valikoitumista. Silloin kun palveluseteliyksikön maksu on samansuuruinen tai lähellä kunnallisen yksikön asiakasmaksua, on taloudellisesti heikommassakin asemassa olevalla henkilöllä mahdollisuudet valita halutessaan palveluseteli.

Asiakasmaksujen samansuuruuskaan ei riitä poistamaan eriarvoistumisen riskiä, jos asiakasmaksu on pienituloisen tuloihin nähden korkea. Sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapausuudistuksessa riskinä on pidetty painetta asiakasmaksujen korottamiselle, mikä voisi vaikuttaa pienituloisten hoitoon tai palveluun osallistumiseen (THL:n arviointiryhmä 2016, 8).

Johtopäätös 4. Koulutustaso ja toimintamahdollisuudet vaikuttavat valinnan käyttöön

Myös muut kuin taloudelliset resurssit vaikuttavat valinnan käyttöön. Enemmän inhimillistä tai sosiaalista pääomaa omaavat käyttävät enemmän valintaa ja palveluseteliä. Tässä tutkimuksessa korkea-asteen koulutetut, joilla yleensä on myös korkeammat tulot, valitsivat useammin palvelusetelin kuin perusasteen koulutetut.

Tutkimuksessa ainoa käytettävissä ollut henkilön toimintakyvyn ja palvelun tarpeen mittari oli Rava-indeksi ikääntyneiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ja päivätoiminnoissa. Analyyseissä Rava-luku ei korreloinut palvelusetelin valinnan kanssa. Siten iäkkäiden palveluissa ei kunnan palvelun ja palveluseteliyksikön asiakkaiden välillä ollut toimintakyvyn tasollisia eroja.

On hyvät perusteet olettaa, että monessa muussa palvelussa itsenäiseen toimintakykyyn liittyvät tekijät (vrt. Sen, Nussbaum, toimintamahdollisuudet) selittäisivät aktiivista valintojen tekemistä, mutta rekisteritutkimuksessa ei ollut edellytyksiä tätä selvittää.

Johtopäätös 5. Sosioekonomiset tekijät selittävät valintoja vain osittain

Erilaiset asiakkaan odottamat hyödyt ohjaavat valintaa. Tutkimushankkeen asiakaskyselyssä asiakkaiden useimmin mainitsema peruste palvelusetelin valinnalle oli nopeampi pääsy palveluun (Sjöblom 2015, 50). Tässä tutkimuksessa paksusuolen tähtystyksistä kerättiin tieto toimenpiteen odotusajan kestosta. Palvelusetelillä pääsi nopeammin tähtystystutkimukseen. Odotusajan merkitystä itsenäisenä selittäjänä korostaa se, että odotusaika ei korreloinut tulojen kanssa.

Myös palveluiden alueellinen sijainti vaikuttaa valinnan tekemiseen. Varsinkin palveluissa joissa käydään tiiviisti, kuten iäkkäiden päivätoiminnassa, vaikuttaa palveluyksikön valintaan usein enemmän helppo sijainti kuin se, kuka palvelua ylläpitää. Helppo tavoitettavuus ja kuljetusten järjestäminen voivat olla valinnassa ratkaisevia tekijöitä.

Muita palvelusetelitutkimukseen liittyviä huomioita

Valikoiva asiakasohjaus

Tutkimusta arvioitaessa on syytä ottaa huomioon, että palveluseteliä on tarjottu kohdennetusti tiettyyn tarkoitukseen ja tietyille asiakasryhmille. Suun terveydenhuollossa palveluseteliä on käytetty täydentämään kaupungin omaa toimintaa silloin, kun se on tarpeen hoidon järjestämiseksi kohtuujassa. Lapsiperheiden kotihoidossa palvelusetelivaihtoehtoa on tarjottu, jos tilapäisen avun on oletettu riittävän. Kotihoidossa samoin kuin paksusuolen täyhystystutkimuksissa vaativampaa hoitoa tarvitsevat asiakkaat on jätetty omiin palveluihin. Varsinkin kehitysvammaisten henkilökohtaisen avun vaihtoehtoja mietittäessä työntekijä arvioi yksilökohtaisesti (yhdessä asiakkaan kanssa), minkälainen järjestämistapa palvelisi asiakasta parhaiten.

Äläkäiden palveluasumisessa ja päivätoiminnassa linjauksena on, että asiakkaalle tarjotaan valittavaksi aina sekä omat että palvelusetelivaihtoehdot. Kuitenkin työntekijät ilmeisesti harkitsevat tilannekohtaisesti, miten ja mitä vaihtoehtoja he asiakkaalle esittelevät. Haasteena ovat varsinkin muistisairaajat henkilöt.

Valikoituminen asiakasohjauksessa varmasti heijastuu tutkimuksen tuloksiin, mutta aineiston perusteella ei ole edellytyksiä osoittaa, miten se vaikuttaa.

Asiakkaan tietoisien valinnan tukeminen edellytyksenä valinnanvapaudelle

Toimivan valinnanvapauden edellytyksenä on, että asiakkaat voivat tehdä ja tekevät tietoisia valintapäätöksiä. Suomessa ollaan parhaillaan rakentamassa verkkopohjaista tietokantaa, josta saa vertailutietoa kaikista valinnan piirissä olevista palveluyksiköistä. Tärkeää on, että se sisältää tulevaisuudessa myös kriittistä tietoa laatuksiteerien toteutumisesta eri yksiköissä.

Vuonna 2014 oli hyvin vähän verkkopohjaista vertailutietoa tarjolla. Saatavilla oli lähinnä toimintaohjeet ja luettelot valittavista palveluseteliyksiköistä. Sosiaali- ja terveysviraston sivuilla oli suun terveydenhuollon laskuri, jolla pystyi vertailemaan hoitoyksikkökohtaisesti eri toimenpidekokonaisuuksien hintoja. Asiakkaiden saama informaatio oli lähinnä työntekijän opastuksen varassa ja työntekijät eivät oikeastaan saaneet suositella mitään palveluyksikköä. Tutkimuksen ajankohtana asiakkaiden saama tuki tietoon perustuvien valintojen tekemiselle oli vähäistä, puhumattakaan muistisairaista tai muista henkilöistä, jotka tarvitsivat lähiomaisen tai muun edunvalvojan tekemään päätöstä.

Tutkimuksen toteutuksesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojärjestelmistä poimittiin perustiedot kuu-den palvelun kaikista asiakkaista, jotka olivat käyttäneet vuosien 2013–2014 aikana palveluseteliä. Vertailuaineistona olivat kaikki samoja palveluita kaupungin omana palveluna tai ostopalveluna saaneet asiakkaat.

Tilastokeskus mahdollisti tämän tutkimuksen toteutuksen tutkijan etäkäyttöpalvelulla. Siinä kaupungin asiakastietoja yhdistettiin Tilastokeskuksen käytössä oleviin rekisteritietoihin asiakkaan tuloista ja sosioekonomisesta asemasta.

Johtopäätökset lyhyesti

Palvelusetelikäytäntöjen eriarvoistavuus riippuu siitä, kuinka paljon setelin käyttö maksaa asiakkaalle ja miten hyvän tuen hän saa tietoisien valinnan tekemiselle. Enemmän ansaitsevat ja korkeammin koulutetut valitsevat useammin palvelusetelin kuin huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevat. Jos palvelusetelin omavastuu on pieni eikä paljoa kunnan palvelun asiakasmaksua korkeampi, on tulojen vaikutus valintaan vähäinen. Jos omavastuu on huomattavan korkea, syrjäyttää se pienituloisia palvelusetelin valitsemisesta.

SAMMANDRAG OCH SLUTSATSER

Forskningens syfte var att klarlägga huruvida servicesedeln bidrar till ojämlikhet. Ojämlikheten mättes enligt huruvida de klienter som använde servicesedel avvek från dem som fick samma service inom stadens egen verksamhet. Avvikelsen handlade om inkomst och socioekonomisk ställning. Med jämlikhet avses i denna undersökning att alla oavsett ekonomisk ställning har samma möjlighet att välja antingen kommunens egen service eller en serviceproducent som har rätt att ta emot servicesedelklienter.

Frågan om ojämlikhet handlar om mera än bara de ekonomiska möjligheterna att välja. Skillnader i erhållen service och i hur mycket service man fått behöver inte alltid innebära ojämlikhet. Ojämlikhet uppstår i och med sådana skillnader i service som inte är motiverade och rättvisa med tanke på individuella behov och tillgängliga resurser.

Vid tolkning av forskningens resultat är det skäl att minnas att inte bara servicesedeln innebär ett medvetet val. Det är möjligt att personen medvetet valt stadens service för att den passar bättre. Väsentligt är också huruvida personerna kvalitativt sett får lika bra service av alla producenter. Föreliggande forskning jämför inte servicens kvalitet, men i projekthelheten ingår Katarina Anttonens (2016) rapport, som jämförde kvaliteten i endoskopier utförda av dels stadens egna, dels (med servicesedel) av andra läkare.

En synpunkt i forskningen av ekonomisk jämställdhet och rättvishet kunde vara att granska huruvida anslagen och kostnaderna i systemet fördelas rättvist. I vår undersökning gick vi inte in på frågan, men den togs upp av Linnosmaa et al. (se sida 52) som år 2012 gjorde en undersökning om servicesedelpraxisen i Helsingfors.

Slutsats 1. Servicesedelns effekter på ojämlikheten beroende på vilka villkor den beviljas på

En central slutsats av föreliggande forskning är att valet av servicesedel i sig inte säger särskilt mycket om jämn- eller ojämlikhet. Servicesedelns effekter på ojämlikheten beror på vilka villkor sedeln beviljas på, hur stor klientens självriskandel är, hur det praktiska är ordnat och hurdana förutsättningar personerna har att göra medvetna val.

Forskningsmaterialet bestod av sex olika social- och hälsovårdstjänster som man kan få av Helsingfors stad eller, med servicesedel, av andra producenter. De olika serviceformerna var endoskopi av tjocktarmen, mun- och tandhälsovård, serviceboende för äldre, dagverksamhet för äldre, personlig assistans för gravt handikappade och tillfällig hemservice för barnfamiljer.

Villkoren för beviljandet av servicesedeln varierade märkbart, vilket också kom att påverka hurdan socioekonomisk ställning servicesedelns användare hade:

- Inom den personliga assistansen för gravt handikappade är servicen avgiftsfri enligt lag oberoende av hur servicen ordnas.
- Klientavgiften för tillfällig hemservice för barnfamiljer är alltid lika stor både inom den kommunala vården och med servicesedel.
- Dagverksamheten för äldre är avgiftsfri för klienter med låg inkomst, men även för de andra är självriskandelen med servicesedel bara en aning högre än inom stadens egen service.
- Inom tandhälsovården förekommer verkligt stora skillnader i självriskandelen serviceproducenter emellan. Många av servicesedelproducenterna har betydligt högre självrisker än stadens tandvård, men i vissa fall kan vården rentav vara billigare än vid stadens tandvård.
- Vid endoskopier är självriskandelen med servicesedel rätt överkomlig för medelinkomsttagare, men för folk med lägre inkomst kan den, om den erläggs i en enda rat, vara så stor att den begränsar valet av servicesedel.
- Inom heldygnsserviceboendet för äldre är självriskandelarna med servicesedel så stora att det förhindrar val av servicesedel om personen inte har andra inkomster än pensionen att betala självriskandelen med.

Slutsats 2. De som använder servicesedel har i genomsnitt högre inkomster

Inkomsterna är en faktor som förklarar att man väljer servicesedel. För alla de sex serviceformer forskningen gällde var medianinkomsten per konsumentenhet högre bland de hushåll som valt servicesedel än bland dem som anlitat stadens egen service. Inom serviceboendet för äldre var medianinkomsten mer än en och en halv gång större och inom hemservicen för barnfamiljer mer än dubbelt så hög bland sedelanvändarna som bland dem som anlitat kommunal service. Inom de övriga serviceformerna var skillnaden kring tio procentenheter.

Trots att de som använder servicesedel i medeltal har högre inkomster än de som anlitat kommunal service, kan skillnaderna även bero på klientgruppernas olika åldersstruktur, utbildning, funktionsförmåga eller andra dylika faktorer. Med hjälp av logistisk regression kan forska i hur en viss faktor inverkar på resultatet då effekten av alla de övriga faktorer som var med i modellen har standardiserats bort.

I regressionsanalyserna korrelerade valet av servicesedeln på ett statistiskt signifikant sätt med stigande inkomst för alla sex serviceformers del utom dagverksamheten för äldre. Klarast var korrelationen då det gällde serviceboendet för äldre och den tillfälliga hemservicen för barnfamiljer. För de andra serviceformerna spelade högre inkomst en mindre – och inte alltid konsekvent – roll.

Slutsats 3. En hög klientavgift bidrar till ojämlikhet

Som kriterie för social jämställdhet antas att alla oberoende av inkomster har lika möjligheter att välja antingen kommunens egen service eller ett servicesedelställe. Om klientavgiften vid ett servicesedelställe är betydligt högre än inom stadens egen service medför det att klienturvalet blir ojämlikt. När klientavgiften vid ett servicesedelställe är lika stor eller ungefär lika stor som vid det kommunala servicestället har även de som har lägre inkomst möjlighet att, om de så vill, välja servicesedeln.

Även om klientavgifterna är lika stora eliminerar det inte risken för ojämlikhet, ifall klientavgiften är hög i förhållande till låginkomsttagares inkomster. Inom social- och hälsovårdsreformen för jämlikhet har man sett riskerna för att förhöjningen av klientavgifterna försvårar låginkomsttagarnas vård och möjlighet till service. (THL:s utvärderingsgrupp 2016, 8).

Slutsats 4. Utbildningsnivån och funktionsmöjligheterna inverkar på valet

Även andra resurser än de ekonomiska inverkar på hur man väljer. De som har mera mänskligt eller socialt kapital är aktivare med att dels göra olika val, dels använda servicesedel. I denna forskning valde de som hade utbildning på högskolenivå – som också vanligen har högre inkomster – oftare servicesedeln än vad som var fallet bland folk med utbildning på grundskolenivå.

Den enda mätaren av personers funktionsförmåga och servicebehov som var tillgänglig i forskningen var Rava-indexet, för heldygnserviceboendet respektive dagverksamheten för äldre. I analyserna korrelerade Rava-siffran inte med valet av servicesedel. Sålunda förelåg inga nivåskillnader i funktionsförmågan mellan klienterna vid dels kommunens, dels servicesedelställets service.

Vi har goda skäl att anta att faktorer kring självständig aktivitet (jfr. Sen, Nussbaum, funktionsmöjligheter) även för många andra serviceformer skulle förklara att folk aktivt gör val, men i registerforskningen saknades förutsättningar att utreda detta.

Slutsats 5. De socioekonomiska faktorerna förklarar valen bara till en del

Klienternas val styrs av olika förväntningar. Enligt forskningsprojektets klientenkät uppgav klienterna att valet av servicesedel berodde oftast på att man fick service snabbare. (Sjöblom 2015, 50). I denna forskning samlades uppgifter in om hur lång tid det tog att få behandling för endoskopiernas del. Med servicesedel kom man snabbare till endoskopiundersökning. Väntetidens betydelse som självständig förklarande variabel betonas av att väntetiden inte korrelerade med inkomsterna.

Även servicens geografiska läge inverkar på valet. I synnerhet då det gällde service som man anlitar ofta, såsom dagverksamhet för äldre, är det snarare ett lättillgängligt läge som påverkar valet än vem det är som tillhandahåller servicen. Närbarheten och transporten kan vara avgörande faktorer vid valet.

Andra iakttagelser kring servicesedelforskningen

Selektiv klientrådgivning

I utvärderingen av forskningen är det skäl att beakta att servicesedeln erbjudits och riktats för vissa ändamål och vissa klientgrupper. Inom tandhälsovården har man använt servicesedlarna för att komplettera stadens egen verksamhet när det varit nödvändigt för att kunna erbjuda vård inom rimlig tid. Inom hemservicen för barnfamiljer har servicesedeln erbjudits som alternativ om man bedömt att det räcker till med tillfällig hjälp. Inom hemvården liksom också endoskopiundersökningar har staden hållit kvar de klienter som behövt mera krävande vård. Överväganden i samråd med klienten har gjorts i synnerhet då det gällt att ordna personlig assistans åt utvecklingsstörda så att den bäst är förenlig med klientens intressen.

Inom serviceboendet respektive dagverksamheten för äldre är linjen den, att staden alltid erbjuder klienten ett val mellan dels egen service och servicesedelalternativen. Ändå bedömer personalen av allt att döma från fall till fall hur och vilka alternativ de lägger fram. En utmaning är i synnerhet personer med minnessjukdomar.

Det är ganska klart att denna selektiva klientrådgivning syns i forskningsresultaten men vårt material ger oss inte förutsättningar att påvisa effekterna.

En förutsättning för valfrihet är att stöda klienterna då de gör sina medvetna val

En förutsättning för en fungerande valfrihet är att klienterna kan göra och faktiskt gör medvetna val. I Finland håller man som bäst på och bygger upp en databas på nätet, som ska ge jämförbara uppgifter om alla de serviceenheter som man kan välja mellan. Det viktiga är att databasen i framtiden även innehåller kritisk information om hur kvalitetskriterierna förverkligas i de olika enheterna.

År 2014 fanns det mycket knappt om jämförelseuppgifter på nätet. Det som fanns var närmast anvisningar och listor över de ställen där man fick service med sedeln. För tandhälsovården fanns också en räknare för att kunna jämföra priserna för olika åtgärdshelheter mellan vårdenheter. Den information klienterna fick hängde närmast på personalens vägledning, och dessa fick inte egentligen rekommendera någon särskild serviceenhet. Det stöd klienterna (då forskningen gjordes) fick för att göra faktabaserade val var minimala, för att inte tala om minnessvaga eller andra personer som behövde enhöriga eller intressebevakare för att göra beslut.

Genomförandet av forskningen

Ur social- och hälsovårdens klientdatasystem plockades grunddatan för alla de klienter som åren 2013–14 använt servicesedel för någon av de sex tidigare nämnda serviceformerna. Som jämförelsegrupp tjänade alla de klienter som fått samma service i form av stadens egen eller upphandlade service.

Statistikcentralen möjliggjorde genomförandet av forskningen genom att bevilja forskaren distansservice. Stadens klientdata kombinerades med Statistikcentralens registerdata om klienternas inkomster och socioekonomiska ställning.

Slutsatserna i korthet

Hur mycket servicesedeln bidrar till ojämlikhet beror på hur mycket det kostar för klienten att använda sedeln och hur bra stöd klienten får med att göra ett medvetet val. De som har större inkomster och högre utbildning väljer oftare servicesedeln än vad de som har en lägre socioekonomisk status gör. Om servicesedelns självriskandel är liten och inte mycket större än den klientavgift staden uppbär för sina tjänster inverkar inkomsten mycket litet på valet. Om självriskan är märkbart hög utestänger den låginkomsttagare från servicesedeln.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The purpose of the study was to find out whether the service voucher contributes to inequality. Inequality was measured in terms of differences in socioeconomic status or income level between those who used the voucher and those receiving the same services from the municipality. By equality we mean that all clients, regardless of their economic situation, have the same opportunities to choose between the services provided by the municipality or by a private provider authorised by the municipality.

However, inequality is not only a question of having the economic means to make such choices. Differences in the quality and quantity of services received do not always indicate inequality. Inequality results from the kinds of differences between services which are not motivated by the clients' individual needs and the available resources, and which cannot be considered fair on these terms.

When interpreting the findings of the study, it should be borne in mind that choosing the voucher and opting for a municipally-provided service are both conscious choices. Clients may have deliberately chosen the service provided by the municipality because it suits them better. Another essential factor is whether the clients receive a service of equal quality standards from all producers. The present study does not compare the quality of services, but it is part of a project which includes a report by Katarina Anttonen (2016), comparing the quality of colonoscopies performed by municipal health care services and those by private service providers within the service voucher scheme.

One aspect in the study of economic equality and fairness would be to study whether the funding and the expenditure of the system are distributed in fair proportions. The study at hand did not address this question, but it was addressed by Linnošmaa et al. (p. 52), who in 2012 conducted a study on service voucher practices in Helsinki.

Conclusion 1. Inequality risks of the service voucher are linked to granting criteria

A key finding of the present study is that the choice of the service voucher does not in itself say very much about equality or inequality. The impact of the service voucher on equality depends on the criteria on which it is granted, as well as the size of the excess in the service fee to be paid by the client, the functioning of the processes, and on clients' capacity to make conscious choices.

The study concerned six different social or health care services provided by the City of Helsinki or alternatively by other providers authorised to accept the service voucher. The services in question are colonoscopy, dental care, sheltered housing for the elderly, daytime activities for the elderly, personal assistance for severely disabled people, and temporary home services for families with children.

The conditions for granting the service voucher varied considerably, which also had an influence on the socioeconomic profile of the people using the service voucher:

- Personal assistance for severely disabled people is free of charge by law regardless of how these services are organised.
- The client fee for temporary home services for families with children is always of equal size both within the municipal service provision and at voucher service providers.
- Daytime activity services for the elderly are free of charge for clients with a low income. For other clients, the excess fee for the voucher is only slightly higher than for municipally provided services.
- In dental health care, there are considerable differences in the excess share between service providers. Many of the voucher service providers have clearly higher excess fees than in municipal dental care, but in some cases the care may even be cheaper than in a municipal health care centre.
- In colonoscopy services, the client's excess share is relatively affordable for service voucher users with a medium income, but for people with lower incomes, it may be so high as to prevent the choice of the service voucher, if paid all at once.
- In 24-hour sheltered housing for the elderly, the excess shares for voucher users are so high that they eliminate the use of vouchers unless the clients have other income apart from their pension.

Conclusion 2. Service voucher users have higher average income

Income is one of the factors explaining the choice of the service voucher. For all the six public services studied, the median income per consumer unit was higher among households choosing the voucher than among those who chose municipal services. In sheltered housing for the elderly, the median income was more than 1.5 times as high, and in home services for families with children more than twice as high among voucher service users as among those using municipal services. In the other types of service, the difference was around ten percentage points.

Although those who use the service voucher have higher incomes on average than those choosing municipal services, the differences may also be due to discrepancies between the groups in terms of age structure, education, ability to function, or other similar factors. Logistic regression allows us to study how a certain factor influences the result when the impact of all other factors included in the model has been standardised.

In the regression analyses, choosing the service voucher correlated in a statistically significant way with higher income for all six service forms except the daytime activities for elderly people. The correlation was clearest in the case of sheltered housing for the elderly and the temporary home services for families with children. For the other types of service, a higher income played a lesser – and not always consistent – role.

Conclusion 3. High fees contribute to inequality

A criterion for social equality would be that everyone, regardless of income, has equal opportunities for choosing either municipal services or those organised by a voucher service provider. If the fee of a private service provider is clearly higher than the municipal fee in a corresponding service, this will bias the customer structure in an unequal way. When the fee of a voucher service provider is as high or approximately equal to the municipal fee, those with lower income may also choose the voucher alternative if they so wish.

Even with equally high fees in municipal and private services, the risk of inequality persists if the fee is expensive with regard to the income of low-income earners. Finland's current social and health care reform, with the aim to increase freedom of choice, has been regarded to contain the risk of putting service providers under pressure to raise fees, which could have a negative impact in the care of low-income earners or their participation in services (THL evaluation group 2016, 8).

Conclusion 4. Education level and the ability to function also influence choices

Other resources apart from economic ones also have an influence on the choice of service provider. Those individuals who possess more human or social capital are more likely to make an active choice and thus more likely to use the service voucher. In our study, those with a university-level education – who usually also have higher incomes – chose the voucher more often than those with only a basic education.

The only measure of people's ability to function and service needs available for our study was the Rava index for sheltered housing and daytime activities for the elderly. In the analyses, the Rava figure did not correlate with choosing the voucher. Thus no differences in terms of the ability to function could be found between customers of municipal services and voucher service providers.

There are good reasons to assume that factors relating to the capabilities independently (cf. Sen, Nussbaum) would explain why people actively make choices, also for other types of service. In a register-based study it was not possible to explore this in more detail.

Conclusion 5. Socio-economic factors only partly explain choices

The choices of clients are steered by the advantages they expect to gain. In the customer survey conducted as part of this research project, faster access to services was the reason most often mentioned for choosing the voucher. (Sjöblom 2015, 50). The research material also included data on how long it took for colonoscopy clients to go to operation. It was found that the clients using the service voucher had to queue for less time. The importance of queueing time as an independent explanatory variable is emphasised by the fact that queueing times did not correlate with people's income.

The location of service points also influences clients' choices. Especially in services that require frequent visits, such as daytime activities for the elderly, an accessible location rather than the type of provider makes the difference. Accessibility and transport may be decisive factors for the choice.

Other observations arising from the service voucher research

Selective customer direction

When evaluating the survey, it should be borne in mind that the voucher was offered for certain purposes and certain client groups. In dental care, vouchers have been used to complement municipal dental care where necessary so as to provide care in reasonable time. In home services for families with children, the voucher has been presented as an alternative in cases where temporary help has been considered sufficient. In home care as well as in colonoscopies, the municipality has taken charge of those customers who need more demanding care. As concerns the options to organise personal assistance for mentally disabled people, in particular, social workers have made the assessment in each individual case (together with the clients) to identify which type of organising the service would meet the client's needs in an optimal way.

In sheltered housing and daytime activities for the elderly the policy is that the municipality always gives the client a choice between municipally provided and voucher services. Nonetheless, staff apparently consider case by case how and what alternatives they present to the clients. A particular challenge in this context are people with memory conditions.

It is rather obvious that such selective client direction must be reflected somehow in the research findings, but the present material does not allow us to demonstrate exactly how.

Support to clients' deliberate choice as a condition for freedom of choice

A precondition for a well-functioning policy of freedom of choice is that the clients are able to make deliberate choices and actually make them. An online database is currently being set up in Finland to provide comparable information on all the service providers within the voucher scheme. It is important that the database will also include critical information on how the quality criteria have been met by the various service providers.

In 2014, very little comparative information was available online. Mainly general instructions and lists of voucher service providers were available. For dental care, there was also a calculator to compare service providers' prices for various care options. Information to customers was mostly provided by staff, who were not really entitled to recommend any particular service provider. Little support was given to customers (at the time when the survey was made) to help them make facts-based choices – and this is not to mention people with memory problems or other people who needed their next of kin or other guardian to make the decision for them.

How the study was made

The basic data on all users of the service voucher in 2013–2014 within the relevant six services were extracted from the client data system of the social and health care authority. Comparative data included all those clients who had received the same services from the municipality itself or outsourcing services.

This study was made possible by the remote access service provided by Statistics Finland. This allowed the researcher to combine the City of Helsinki client data with Statistics Finland's register data on income and socio-economic status.

Conclusions in brief

The extent to which the service voucher contributes to inequality depends on how much it costs for the customers to use it and how much support they receive to make a conscious choice. Those with higher income and more education choose the voucher more often than those with a lower socio-economic status. If the excess fee for the service voucher is low and not much higher than the client fee charged by the municipality, the clients' income does not influence their choice to a considerable degree. If the excess is notably high, it excludes low-income earners from the service voucher.

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä on muutoksessa. Perinteisesti kunnat ja julkishallinto ovat olleet ensisijaisia palveluiden tuottajia, vaikka rinnalla on ollut järjestöjen tuottamia ja yksityisiltä yrityksiltä ostettuja palveluita. Varsinkin Euroopan Unioniin liittymisen jälkeen markkinalähtöiset toimintatavat ovat voimistuneet julkisissa sosiaali- ja terveystalveluissa. Kunnat ostavat kilpailuttamalla palveluita, mutta lisäksi on tullut palveluiden järjestämiseen uusia välineitä kuten palveluseteli.

Palvelusetelin odotetaan vastaavan monenlaisiin haasteisiin. Asiakkaan kannalta palvelusetelin tavoitteena on erityisesti tarjota asiakkaalle valinnan mahdollisuuksia ja lisää itsemääräämisoikeutta. Palvelusetelin uskotaan parantavan palveluiden saatavuutta ja laatua.

Palvelusetelin odotetaan lisäävän tuottavuutta niin, että samalla rahalla saadaan enemmän palveluita asiakkaille. Sitä hyödynnetään täyttämään palvelujärjestelmän aukkoja, joihin kunnalla ei ole resursseja tai halua investoida.

Rohkaisemalla julkisia ja yksityisiä tuottajia yhteiseen kehittämistyöhön palvelusetelin uskotaan lisäävän innovatiivisuutta. Asiakkaan tai kunnan intressien rinnalla on tuotu vahvasti esiin palvelusetelin käyttöönoton elinkeinopoliittisia tavoitteita. Sen tulee lisätä yrittäjyyttä ja työllisyyttä alueella.

Tutkimuksen toimeksianto

Tämä tutkimushanke sai alkunsa Helsingin kaupunginvaltuustossa hyväksytystä toivomusponnesta. Kaupunginvaltuusto päätti vakinaistaa palvelusetelin yhdeksi ostopalvelujen järjestämisen tavaksi 1.1.2014 lukien (15.5.2013 § 145). Samalla valtuusto hyväksyi seuraavan toivomusponnen:

Hyväksyessään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelin vakinaistamisen yhdeksi ostopalvelujen järjestämisen tavaksi 1.1.2014 lukien kaupunginvaltuusto edellyttää, että kaupunginhallitus tuo valtuustokauden loppuun mennessä valtuustolle yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen perustuvan arvion Helsingin palvelusetelikäytäntöjen hallinnollisista kustannuksista ja muista kustannusvaikutuksista sekä vaikutuksista eriarvoistumiseen. (Thomas Wallgren)

Tutkimus päätettiin toteuttaa neljänä eri näkökulmia esiin tuovana osaraporttina, joista tämä raportti on ensisimainnuttu:

1. Asiakasrekistereihin perustuva tutkimus palvelusetelin mahdollisista vaikutuksista eriarvoistumiseen. Sosiaali- ja terveystoimen esityksestä sovittiin, että rekisteritutkimuksen tekee Tietokeskus.

Muut tutkimuksen osajulkaisut ovat:

2. Asiakaskyselyt ja henkilöstön ryhmähaastattelut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelien käytöstä. Jonas Sjöblomin raportti on valmistunut Helsingin kaupungin Tietokeskuksen Tutkimuskatsauksia-sarjassa (2015:8).
3. Palvelusetelien prosessit ja hallinnolliset kustannukset Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastossa. Tutkimus toteutettiin Anna Helmeen (2014) tuotantotalouden diplomityönä Lappeenrannan teknilliselle yliopistolle.
4. Palvelusetelillä tuotettujen kolonoskopioiden (paksusuolen tähytys) laatu verrattuna kaupungin omana toimintana tehtyihin kolonoskopiaihin. Tapaustutkimuksen tavoitteena oli selvittää, onko kaupungin oman yksikön palvelun ja palvelusetelillä hankitun palvelun laatutasossa eroja. Katarina Anttosen (2016, julkaistaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston Tutkimuksia ja raportteja-sarjassa) raportissa verrattiin kansainvälisten laatuksien perusteella, oliko Laakson sisätautien poliklinikan itse tekemien ja yksityisten lääkäriasemien palvelusetelillä tekemien kolonoskopioiden välillä laatutasollisia eroja.
5. Lisäksi koko tutkimushankkeesta valmistuu yhteenvetoraportti, joka kokoaa osaraporttien tuloksia ja sisältää kirjallisuuskatsauksen teemaan liittyvään kotimaiseen ja kansainväliseen tutkimukseen. (Aino Melakari 2016, julkaistaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston Tutkimuksia ja raportteja-sarjassa)

Aiemmat sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen palvelusetelikoelut

Palvelusetelitoiminnan vakinaistamista Helsingissä on edeltänyt lukuisia kokeiluja. Terveyskeskuksessa kokeiltiin vuonna 2006 säännöllisen kotipalvelun antamista palvelusetelin avulla. Kotihoidossa otettiin 1.3.2008 alkaen käyttöön siivousseteli helsinkiläisille, jotka eivät huonon kunnan vuoksi pysty itse siivoamaan ja jolla ei ole varaa hankkia siivouspalvelua yksityisiltä markkinoilta. Sosiaalivirastossa kokeiltiin palveluseteliä vanhusten palveluasumisessa vuosina 2006–2007 ja vuonna 2008 seteli otettiin vakituisesti käyttöön.

Kaupunginvaltuusto varasi (16.11.2009) miljoonan euron määrärahan sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen palvelusetelikoeluihin vuosille 2010–2012. Hanke toteutettiin yhteistyössä Sitran kuntaohjelman palvelusetelikoelun kanssa. Sosiaalivirastossa kokeilun kohteina oli vammaisten henkilökohtainen apu, lapsiperheiden kotipalvelu ja vanhusten päivätoiminta. Terveyskeskuksessa seteliä pilotoitiin suun terveydenhuollossa, paksusuolen tähytystutkimuksissa (kolonoskopia) ja lääkinnällisen kuntoutuksen psykoterapioinnissa.

Kokeiluista julkaistiin arviointiraportit. Sosiaaliviraston osalta arvioinnin teki Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (Linnosmaa 2012). Keskeisin tutkimusaineisto oli sosiaalitoimen asiakasrekistereistä poimittu vanhusten palveluasumisen aineisto vuosilta 2008–2011. Tulosten mukaan suurituloisimman tulokolmanneksen asiakas oli lähes neljä kertaa todennäköisemmin palvelusetelin käyttäjä kuin pienituloisimman kolmanneksen asiakas. Omavastuu myös jakautui epäoikeudenmukaisesti, sillä pienituloisimmalla tulokolmanneksella omavastuuosuus oli euromääräisesti yli kaksinkertainen suurituloisimpaan kolmannekseen verrattuna.

THL:n tutkimuksessa oli myös lapsiperheiden kotipalveluiden ja vammaisten henkilökohtaisen tuen saajista rekisteritietoja, mutta ei tulotietoja, joten raportti sisälsi vain asiakaskuntaa kuvaavia tietoja.

Terveyskeskuksen väliraporttiin kerättiin kyselyillä asiakkaiden, palveluntuottajien ja työntekijöiden kokemuksia palvelusetelien käytöstä. Paksusuolen tähytyspotilaisista vain kolmasosa otti palvelusetelin vastaan ja suurin syy kieltäytyä oli korkea omavastuuosuus. Tärkein syy palvelusetelin vastaanottamiseen oli nopea tutkimukseen pääsy. Suun terveydenhuollossa valtaosa niistä, joille palveluseteliä tarjottiin, myös käytti sen. Suurin kieltäytymisen syy oli liian korkea omavastuu. Terveyskeskuksen kyselyt eivät sisältäneet tietoja potilaiden taloudellisesta asemasta. (Thoden ym. 2012)

Vieläkö palveluseteli on ajankohtainen?

Viimeisen parin vuoden aikana keskustelu valinnanvapaudesta on edennyt huimaa vauhtia. Vielä pääministeri Sipilän hallitusohjelmassa keväällä 2015 puhuttiin valinnanvapausmallien selvittämisestä hyvin yleisellä tasolla, mutta marraskuussa 2015 hallitus päätti ottaa Sote-uudistuksen valmistelun lähtökohdaksi käyttäjän laajan valinnanvapauden. Asiakas saisi valita varsinkin peruspalveluissa haluamansa julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan (Sote-omatiimi).

Tämänhetkisten suunnitelmien mukaan nykyisenlainen palveluseteli poistuisi käytöstä Sote-uudistuksen myötä. Tilalle tulisi asiakasseteli, jossa asiakasmaksu olisi aina samansuuruinen riippumatta siitä, kuka on palvelun tuottaja.

Raportin sisältö

Raportin toisessa luvussa on esitelty palvelusetelikäytäntöihin vaikuttavia muutostekijöitä. Aluksi on kuvattu hallituksen esityksen pohjalta palvelusetelilain tavoitteita ja vaikutusoletuksia. Sitten on kuvattu tutkimuskirjallisuuden perustella markkinointumisprosesseja julkisissa palveluissa, valinnanvapauden suhdetta tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen ja kuluttajakansalaisuuden edellytyksiä. Luvun lopuksi on vielä tulevaisuuden pohdintaa valinnanvapaudesta ja palvelusetelin paikasta Sote-uudistuksessa.

Kirjallisuudesta on laajempi ja täydentävä katsaus tutkimushankkeen yhteenvetoraportissa (Melakari 2016).

Kolmannessa luvussa on lyhyesti esitelty tutkimuskysymys ja -asetelma. Tutkimuksen menetelmiä, aineistoa ja muuttujia on kuvattu liitteessä 1.

Neljännessä luvussa on esitetty tutkimuksen varsinaiset tulokset palveluittain. Kaikki kuusi palvelua on omina alalukuinaan, koska palvelut poikkeavat niin paljon toisistaan.

2 PALVELUJÄRJESTELMÄN MUUTOSTEN TAUSTATEKIJÖITÄ

2.1 Palvelusetelilainsäädäntö ja setelin käytön tavoitteet, oletetut vaikutukset

Palvelusetelitoimintaa ohjaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009). Lain 1 §:n mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelin avulla on tarkoituksena lisätä

- Asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia
- Parantaa palvelujen saatavuutta ja
- edistää kuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä elinkeinotoimen ja yksityisten palvelujen tuottajien yhteistyötä.

Lain ensisijaisena tavoitteena on järjestää asiakkaalle rinnakkaisia palveluja, joista hän voi valita ja vaikuttaa palvelujen saatavuuteen. Lisäksi lailla rohkaistaan julkisia toimijoita verkostoitumaan ja kehittämään palveluja yhdessä yksityisten tuottajien kanssa.

Lailla on asiakkaan palvelun parantamisen rinnalla myös elinkeinopoliittisia tavoitteita. Hallituksen esityksen mukaan palvelusetelin käyttöönoton tavoitteena on lisätä yrittäjyyttä ja työllisyyttä sekä vaikuttaa palvelumarkkinoiden kehittämiseen alueella. (HE 20/2009, 16, 20)

Palvelusetelin määritelmä

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 3 §:n 2 kohdassa tarkoitetaan palvelusetelillä ”järjestämisvastuussa olevan kunnan sosiaali- ja terveyspalvelun saajalle myöntämää sitoumusta korvata palvelujen tuottajan antaman palvelun kustannukset kunnan ennalta määräämään arvoon asti.”

Palvelusetelin määritelmä on pidetty avoimena, jotta se mahdollistaisi monenlaiset palvelun järjestämistavat. Määritelmän oleellisina sisältöinä on, että:

- Kunta on hyväksynyt yksityiset palvelun tuottajat, joiden palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää palveluseteliä.
- Palvelusetelin saaneella asiakkaalla on oikeus valita, miltä kunnan hyväksymältä yksityiseltä tuottajalta hän palvelunsa hankkii. Mahdollinen palvelusetelin arvon ylittävä kustannus jää asiakkaan omavastuuksi. Asiakkaalla on aina oikeus valita palvelusetelin sijaan vastaava kunnan järjestämä palvelu.
- Myöntämällä palvelusetelin kunta sitoutuu maksamaan palvelusta kunnan hyväksymälle tuottajalle päätöksessä määriteltyn arvoon asti.

Setelinimestään huolimatta palveluseteli on muodoltaan useimmiten viranomaispäätös, jolla kunta sitoutuu maksamaan tuottajalle sovitusta palvelusta. Seteli voidaan myöntää niin kertaluontoiseen palveluun kuin jatkuvaan palveluun kuten palveluasumiseen. Palveluseteli eroaa kuitenkin pelkästä maksusitoumuksesta mm. siten, että palveluseteliin liittyy enemmän lakivelvoitteita. Kunnan velvollisuus on varmistaa, että hyväksytyssä palveluseteliyksikössä palvelun laatu täyttää laissa määritellyt ja vastaavalta kunnalliselta toiminnalta edellytetyt laatuvaatimukset.

Palveluseteliasiakkaan asema eroaa kunnan omissa palveluissa tai kunnan ostopalveluissa olevien asemasta. Palvelusetelin saanut asiakas tekee sopimuksen palvelun yksityisen tuottajan kanssa, jolloin kunta ei ole enää kuluttaja- ja sopimusoikeudellisesti vastuullinen osapuoli muuta kuin yleisen laadunvalvonnan osalta.

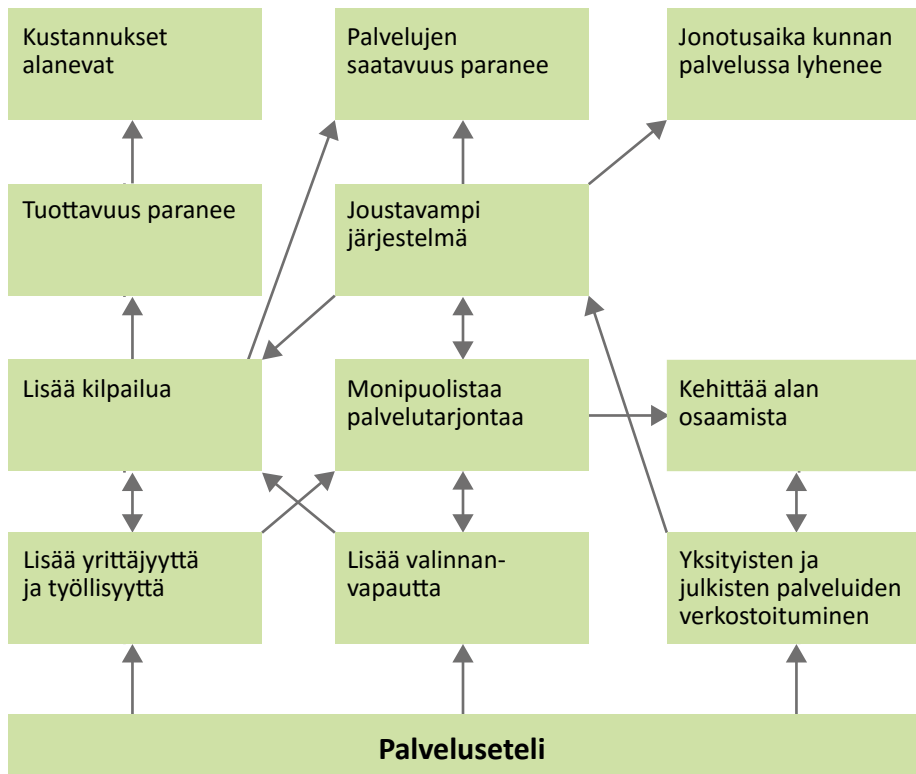
Asiakkaalla on kuitenkin aina oikeus kieltäytyä palvelusetelin vastaanottamisesta ja hänellä on oikeus saada todetun palvelutarpeen mukaista vastaavaa kunnan järjestämää palvelua.

Palveluseteli-termiä käytetään nykyisin laajemmassa merkityksessä kuin palvelusetelitoiminnan alkuvaiheessa. Sosiaali- ja terveysministeriö esimerkiksi järjestää vuosille 2016–17 valtakunnallisen palvelusetelikokeilun, joissa kokeillaan laaja-alaisia valinnanvapausmalleja. Useimmiten Euroopan maissa onkin siirrytty pois palveluseteli-termin (social voucher, service voucher) käytöstä ja puhutaan valinnanvapaudesta.

Oletus palvelusetelikäytäntöjen vaikutuksista

Kuviossa 1 on kuvattu hallituksen esityksen mukaisia palvelusetelin oletettuja vaikutusketjuja. Palvelusetelien oletetaan parantavan palvelujen saatavuutta, lyhentävän odotusaikoja sekä alentavan kustannuksia.

Kuvio 1. Oletus palvelusetelimallin vaikutusketjuksi¹



Vaikutusten uskotaan syntyvän siten, että palveluseteli lisää asiakkaan valinnanvapautta ja toisaalta se rohkaisee lisää yrittäjyyttä markkinoille. Näin syntyy monipuolisempaa palveluiden tarjontaa ja joustavampi palvelumalli, joka yhdistyneenä lisääntyneeseen kilpailuun parantaa ja nopeuttaa palvelujen saatavuutta. Toimintamallin uskotaan edistävän yksityisten ja julkisten palveluiden tuottajien verkostoitumista, joka kehittää alan osaamista ja parantaa palvelun laatua.

Toivottujen vaikutusten saavuttaminen edellyttää sitä, että paikallisesti syntyy toimivat markkinat. Malli edellyttää myös, että asiakas kykenee toimimaan valintoja tekevänä kuluttajana. Siten palveluseteli ei sovellu toimintakyvyltään olennaisesti heikentyneille henkilöille tai se edellyttää vähintään luotetun läheisen henkilön toimimista henkilön edustajana.

Palvelusetelin käyttöön ja kustannusvaikutuksiin vaikuttaa se, mille tasolle setelin arvo määritellään. Hallituksen esityksessä todetaan oletuksena, että kunnat määrittävät setelin arvon hieman alemmaksi kuin kunnan oman tuotannon kustannukset, jolloin kunnat voivat käyttää säästyneet varat palvelujen tarjonnan laajentamiseen lisäämättä kunnan kustannuksia.

¹ Kuvio on oma tulkinta palvelusetelilain vaikutusoletuksista hallituksen esityksessä.

Hallituksen esityksen oletus on, että yleensä palveluseteli asiakkaan omavastuuosuus on suurempi kuin kunnan palvelun asiakasmaksu. Esityksen mukaan kuntien tulisi määrittellä palvelusetelin arvo siten, että kaikilla on tuloista riippumatta mahdollisuus käyttää palveluseteliä. Kunnallista palvelua suurempi omavastuu voi kuitenkin johtaa siihen, että vähävaraisimmat eivät pidä palvelusetelin käyttöä itselleen mahdollisena.

2.2 Julkiset palvelut ja markkinoistuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Suomessa palvelusetelit ovat tulleet käyttöön viime vuosikymmenen aikana. Taustalla on yhteiskunnallisia ja sosiaalipoliittisen ajattelun muutosprosesseja, joiden yhtenä sovelluksena on syntynyt palveluseteli. Keskeisiä tämän kansainvälisen muutosprosessin käsitteitä ovat markkinoistuminen ja valinnanvapaus. Seuraavassa on lyhyesti esitelty näitä tutkimuksen taustalla vaikuttavia prosesseja.

Asiakkaiden valinnanvapaus ja markkinoistuminen

Palvelusetelien käyttöönoton takana on suuria muutoksia koko hyvinvointipalvelujen järjestämisessä. Vanhuspalveluiden kehitystä tutkineiden Anttosen ja Häikiön (2011, 86) mukaan Suomessa näyttää olevan meneillään saman suuruusluokan muutosprosessi kuin 30–40 vuotta sitten. Silloin Suomesta alettiin tehdä universaaleille oikeuksille perustuvaa pohjoismaista hyvinvointivaltiota, jossa julkishallinnon rooli sosiaali- ja terveystalouden tuottajana vahvistui. Nykyisessä murroksessa Suomi lähestyy liberaalia hyvinvointimallia, jossa markkinalogiikka ja yksityisen palvelutuotannon voimistuminen ohjaavat muutoksen suuntaa. Tosin palveluiden järjestämisen kautta markkinoiden kontrolli säilyy julkishallinnolla.

Brennan ym. (2012, 378) vertailevat pohjoismaisia ja liberaaleja hyvinvointimalleja lähtien neljästä erilaisesta hoidon järjestämisen logiikasta:

1. Markkinoiden logiikka, joka tavoittelee voittoa kilpailun kautta
2. valtiollinen toimintalogiikka, joka pyrkii turvaamaan kansalaisten sosiaaliset oikeudet julkisten instituutioiden ja valtion byrokratian avulla
3. Järjestöjen logiikka, joka perustuu eettisiin normeihin ja jotka toimivat yksityisten ei voittoa tavoittelevien tahojen kautta ja
4. epävirallinen perheiden toimintalogiikka, joka perustuu moraalisiin tai henkilökohtaisiin velvollisuuksiin ja sosiaalisiin suhteisiin.

Kaikki edellä mainitut hyvinvoinnin järjestämisen tavat ovat rinnakkain käytössä, mutta erilaisissa yhteiskunnissa eri painotuksin.

Valkama, Kallio ja Tukiainen (2013, 347) viittaavat markkinoistumisella kaikkiin niihin toimenpiteisiin, joiden avulla yritetään tuoda markkinamekanismeja ja taloudellisia kannusteita julkisten palveluiden tuotantoon. Anttosen ja Meagherin (2013, 16) mukaan markkinoistuminen voi tarkoittaa liiketalouden ajatusmallien ja -käytäntöjen

tuontia julkishallintoon ilman palvelujen ulkoistamista (esimerkiksi uusi julkisjohtaminen). Toisaalta markkinoistuminen on julkisten palveluiden ulkoistamista tuottajien kilpailutuksen perusteella tai asiakasvalintamallien kuten palvelusetelien kautta.

Anttonen & Häikiö & Raitakari (2013, 292) kiinnittävät huomiota siihen, että markkinoistumisessa ei ole kyse niinkään markkinatalousvetoisesta muutoksesta, vaan siitä, että julkinen sektori avaa verorahoituksella kustannettujen julkishyödykkeiden tuotantoa yksityisille palveluiden tuottajille.

Vallitseva markkinoiden logiikka perustuu etenkin uusklassiseen teoriaan, jonka mukaan tuottajien välinen kilpailu alentaa julkishallinnon kustannuksia, parantaa laatua ja antaa kuluttajalle mahdollisuuden valita palvelun tuottajan. Markkinoistuminen toimii kuitenkin vain tietyillä edellytyksillä. Pitää olla useampi palvelun tarjoaja, joilla on mahdollisuuksia osallistua markkinoille ja toisaalta markkinoiden pitää voida syrjäyttää tuottajat, jotka eivät tarjoa riittävän hyviä palveluita. Palveluiden käyttäjien ja viranomaisten pitää saada tietoa palveluiden laadusta ja kyetä hyödyntämään tietoa valitessaan palveluntuottajaa. (Szebehely & Meagher 2013, 272–273).

Markkinoistumisen tavoitteiden saavuttamisesta on kuitenkin ristiriitaisia tuloksia. Esimerkiksi Ruotsin laki valinnanvapaudesta antaa asukkaalle oikeuden valita joko julkisen tai maakäräjien hyväksymän yksityisen terveydenhoitoyksikön palvelut. Ruotsin valtioneuvoston tutkimusraportin mukaan laki on kyllä lisännyt hoitokäyntien ja hoitoyksiköiden määrää sekä palvelujen saatavuutta, mutta uusia palveluita on syntynyt lähinnä kaupunkien parempiosaisille alueille. Syrjäisille alueille ei välttämättä ole löytynyt kilpailevia palvelun tarjoajia. Kustannuksetkin ovat nousseet ja palveluinnovaatiot jääneet vähäisiksi. (Riksrevisionen 2014)

2.3 Valinnanvapaus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus

Sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinoistumisen edetessä on käyty keskustelua siitä, mikä on valinnanvapauden ja tasa- tai eriarvoisuuden suhde. Keskusteluun liittyy myös, mikä on oikeudenmukainen ja reilu tapa järjestää palveluita. Alla on lyhyesti avattu tätä keskustelua.

Oikeudenmukaisuus

John Rawlsin oikeudenmukaisuusteoria antaa aineksia valinnanvapauden ja eriarvoisuuden suhteen pohtimiseen. Rawlsin teoriassa yhteiskunnan oikeudenmukaisen järjestämisen periaatteina on, että jokaisella on oltava mahdollisimman paljon vapauksia, jotka ovat yhteensopivia muiden ihmisten samanlaisten vapauksien kanssa. Eriarvoisuus on hyväksyttävää kahdella ehdolla:

1. Yhteiskunnallisia eroja tuottavien instituutioiden on oltava yhtäläisen avoimia kaikille, eli pitää olla mahdollisuuksien tasa-arvo.
2. Erot ovat hyväksyttäviä sillä edellytyksellä, että erot koituvat huono-osaisimpien eduksi. (Lagerspetz & Räikkä 2007, 38–39)

Rawlsin teoriassa vapausoikeuksilla on kuitenkin prioriteettiasema eriarvoisuuden tai huono-osaisuuden vähentämiseen verrattuna. ”Vapausoikeuksista ei tingitä silloinkaan, kun niiden rajoittaminen parantaisi huonoimmassa asemassa olevien hyvinvointia.” (Lagerspetz & Räikkö 2007, 41)

Rawlsin oikeudenmukaisuusteoriaa voisi soveltaen tulkita palvelusetelien tarjoamiseen niin, että hyvin toimeentulevien mahdollisesti palvelusetelin kautta saamat etuoikeudet ovat hyväksyttäviä sillä ehdolla, että myös huonommassa taloudellisessa tai sosiaalisessa asemassa olevat saavat aiempaa paremmin tarpeisiinsa vastaavaa palvelua.

Amartya Senin ja Martha Nussbaumin mukaan resurssien ja mahdollisuuksien tasapuolinen jakaminen eivät riitä turvaamaan oikeudenmukaisuutta. Kyse on siitä, mitä ihmiset saavat resursseillaan aikaan, minkälaisia ovat heidän toimintamahdollisuutensa (capabilities). Oikeudenmukainen yhteiskunta pyrkii turvaamaan ihmisille yhtäläiset mahdollisuudet tehdä haluamiaan asioita kompensoimalla heikompiosaisille heidän toimintamahdollisuusvajeitaan. (Pirhonen & Pukki 2016, 254–255)

Huonossa sosioekonomisessa asemassa olevien toimintamahdollisuuksien turvaamiseksi on tärkeää noudattaa asiakasmaksujen määrittelyssä solidaarisuusperiaatetta. Henkilön tuloihin nähden korkea omavastuuosuus voi estää valinnanvapauden toteutumisen. Koko palvelujärjestelmän tasolla solidaarisuus merkitsee sitä, että palveluihin käytettävissä olevia määrärahoja suunnataan sellaisiin palveluihin ja siten, että se tukee erityisesti heikompiosaisien toimintamahdollisuuksien paranemista.

Tasa- ja eriarvoisuus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) käsitelmäärittelyissä on eriarvoisuus määritelty ytimekkäästi: ”Vältettävissä oleva ero, joka on epäoikeudenmukainen ja eettisesti väärin.”² Eriarvoisuus ei ole eettisesti hyväksyttävää, mutta taustalla on paljon rakenteellisia tekijöitä, joiden korjaaminen vaatii tahtoa, huomattavaa panostusta ja aikaa.

Eriarvoistumisprosessin tulokset näkyvät hyvinvointi- ja terveyseroina eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Eriarvoisuuteen vaikuttavat henkilön elinolot, sosiaaliset verkostot, elintavat ja osaltaan yksilön synnynnäiset ominaisuudet. Sosiaali- ja terveyspalveluiden saanti ja käyttö ovat myös oleellisia tekijöitä. Vaikutussuhteet kulkevat myös toiseen suuntaan siten, että huono terveys vaikuttaa sosiaaliseen asemaan.³

Oikeudenmukainen palvelujärjestelmä kohtelee ihmisiä yhdenvertaisesti. Tasa-arvoisuus ei tarkoita, että kaikki saisivat saman verran samanlaista palvelua, vaan se edellyttää järjestelmältä oikeudenmukaisuutta kahteen suuntaan:

1. Horisontaalinen oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että samanlaisesta ongelmasta kärsivät saavat samanlaista palvelua, riippumatta sosioekonomisesta asemastaan tai tuloistaan.
2. Vertikaalinen oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että hoitoa tai palvelua annetaan eri ihmisille ongelman vakavuuden mukaan erilailla. (Teperi & Kivimäki 2007, 274)

2 THL keskeisiä käsitteitä: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>.

3 THL eriarvoisuudesta: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>.

Erot henkilön tai ryhmän saamassa palvelussa eivät siten riitä osoittamaan, että palvelu olisi eriarvoista. Yhdenvertaisessa palvelussa henkilö saa yksilökohtaisesta tilanteesta lähtevän tarpeenmukaisen palvelun, joka voi olla oikeutetusti erisuuruinen tai erilaatuinen kuin toisen henkilön saama palvelu. Eriarvoistavia ovat sellaiset palveluiden erot, jotka eivät ole yksilökohtaisen tarpeen ja käytettävissä olevien palveluresurssien kannalta perusteltuja ja oikeudenmukaisia. Palvelueroja voidaan pitää eriarvoistavina, jos erot eivät ole seuraavilla (tai vastaavanlaisilla) kriteereillä perusteltuja (Vårdanalys 2014a, 9–11):

1. Henkilön hyvinvoinnin tai terveydellisen tilan erot. On perusteltua, että erilaisista sosiaalisista ongelmista tai sairauksista kärsivät saavat erilaista hoitoa.
2. Palvelun tai hoidon tarpeen erot. Samaan ongelmaan tai sairauteen voi yksi henkilö tarvita nopeammin tai enemmän palvelua kuin toinen. Esimerkiksi toimintakyvyn tai kielitaidon erot tai erilainen kulttuuriymmärrys voivat tarkoittaa, että yhdenvertainen palvelu edellyttää suurempaa tai erilaista palvelua saman tarpeen täyttämiseksi.
3. Puutteellinen näyttö hoidon tai palvelun hyödystä.
4. Asiakkaan tai potilaan oma toiminta ja valinnat voivat johtaa palvelueroihin.

Erilainen kohtelu palvelujärjestelmässä voi juontua myös solidaarisuusperiaatteen noudattamisesta. Sen mukaan heikommassa asemassa oleville väestöryhmille tai alueille annetaan enemmän palveluita, joilla pyritään tasaamaan hyvinvointi- ja terveyseroja. Tätä toteutetaan mm. positiivisella erityiskohtelulla.

Ruotsalainen Myndigheten för vårdanalys on myös tutkinut epäoikeutettuja eroja eri väestöryhmien saamassa terveydenhoidossa. Kahdeksaa lääketieteellistä hoito- toimenpidettä koskevassa tutkimuksessa todettiin eroiksi muun muassa, että matalasti koulutetut ja Ruotsin ulkopuolella syntyneet saivat infarktin jälkeen harvemmin warfarin-hoitoa kuin muut ja että matalasti koulutetut pitkäaikaiset skitsofereniapotilaat saivat useammin kuin muut kahta tai useampaa antipsykoottista lääkettä. (Vårdanalys 2014a, 48)

Tekijät, jotka aiheuttavat epäoikeutettuja eroja palveluihin, liittyvät muun muassa seuraaviin tekijöihin (Vårdanalys 2014a, 65–68):

- Hoidon organisointiin
- Osaamisen puutteisiin, vuorovaikutustaitoihin
- Palvelun sovittamiseen asiakkaan/potilaan yksilöllisiin tarpeisiin, toimintakykyyn, kulttuurieroihin ym. tekijöihin
- Henkilöstön asenteisiin ja stereotyyppioihin
- Hoidetaan niitä, joita ymmärretään paremmin, keskiluokkaa
- ”Kermankuorintaan”, tuottajat valikoivat helpommin hoidettavia henkilöitä

Vastaavasti on myös asiakkaisiin ja potilaisiin liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitosuhteeseen:

- Alemmissa sosiaaliluokissa on negatiivisempi arvio omasta terveydestä ja vähäistä luottamusta hoidon saamiseen tai hoidon hyödyllisyyteen
- Ei noudateta hoito-ohjeita
- Heikot kommunikointikyvyt hoitohenkilöstön kanssa, vaikeuksia ymmärtää hoitoammattilaisten kieltä ja ohjeita, myös internetin hyödyntäminen heikompa

Vaikka tutkimukset tuovat esiin markkinavetoiseen valinnanvapauden toteuttamiseen liittyviä eriarvoistavia vaikutuksia, on niissä osoitettu myös positiivisia vaikutuksia, esimerkiksi (Dixon & Le Grand 2006, 164–166):

- Valinnanvapauden lisääntyminen voi parantaa oman elämän hallinnan tunnetta ja käsitystä terveydestään, mikä voi lisätä hoitoon hakeutumista.
- Jos alemmista sosiaaliluokista tulevat käyttävät aktiivisemmin exit-oikeuttaan, se voi saada tuottajat paremmin huomioimaan heidän tarpeitaan, jonka seurauksena huono-osaisempien luottamus hoitojärjestelmään voi parantua.
- Valinnanoikeus voi siirtää valtaa ammattihenkilökunnalta alemmista sosiaaliluokista tuleville, voimaannuttaa heitä. Tosin valinnanoikeus ei toimi niillä, joilla on kommunikaatiovaikeuksia tai kielitaidon puutetta.
- Jos valinnanvapauden lisääntymiseen liittyy palveluiden tarjonnan kasvua, odotusajat julkisiin palveluihin voivat lyhentyä. Tosin suosituimpiin palveluysiköihin voi syntyä kysyntää, johon liittyy eriarvoistavaa valikoitumista.
- Jotta valinnanvapaus voisi toteutua huono-osaisimpien kohdalla, tarvitaan tukipalveluja, jotka auttavat valinnan tekemisessä.

Onko valinnanvapaus ja tasa-arvoisuus yhdistettävissä?

Marianna Fotaki (2010, 900) kysyy, onko tasa-arvo ja valinta yhdistettävissä. Tasa-arvo lähtee oikeudenmukaisesta kohtelusta suhteessa tarpeeseen siten, että oikeudenmukainen jako on ensisijaista suhteessa taloudelliseen tehokkuuteen. Valinnanvapauden ajatus on lähtöisin taloudellisesta liberalismista, joka korostaa yksityisyritystä, kilpailua ja yksilöllistä vastuuta – toisin kuin kollektivistiset tasa-arvopyrkimykset.

Monet tutkimukset osoittavat, että valinnanvapaus olisi lisännyt eriarvoisuutta. Antosen, Häikiön ja Valokiven (2013, 39–40) päätuloksena on, että julkisten sosiaalipalveluiden samanaikaisesti tapahtuva informalisointi (siirtymä julkisista palveluista omaisten ym. hoivaan) ja markkinoistaminen saattaa johtaa kansalaisten välisen eriarvoisuuden lisääntymiseen. Sosiaalipolitiikassa tapahtunut muutos hyödyttää niitä kansalaisia, jotka kykenevät osallistumaan, valitsemaan ja ottamaan vastuuta itseltään ja läheisistään.

Ruotsin valinnanvapauslaki on lisännyt terveyspalveluiden tarjontaa ja saatavuutta ja siltä osin tasa-arvoisuuden edellytykset ovat parantuneet. Terveyserot eivät kuitenkaan ole vähentyneet. Valinnanvapaudesta ovat hyötäneet eniten ylimmissä so-

sioekonomisissa luokissa olevat ja pienempiin terveysongelmiin hoitoa tarvitsevat. Sairaimpien lääkäripalveluiden käyttö on jopa vähentynyt (Riksrevisionen 2014, 104). Toisaalta Dixon ym. (2010, 2) toteavat, että jos valinnanvapaus pitää hyvin toimeentulevaa väestöä julkisen terveydenhuollon asiakkaina, se vähentää riskiä, että julkisesta terveydenhuollosta tulisi vain köyhien palvelu ja lisää siten valinnanmahdollisuuksia kaikille potilasryhmille.

Brittiläisissä ja ruotsalaisissa tutkimuksissa on todettu valinnanvapauden lyhentäneen hieman odotusaikoja terveystalouteen (esim. Winblad 2012, 101). Fotaki ym. (2008) tuovat esiin asian toisena puolena, että jonojen lyhentämiseksi palvelujen tuottajien on ylläpidettävä ylimääräistä kapasiteettia. Siitä aiheutuneet kustannukset voivat nostaa hintoja tai vähentää resursseja jostakin toisesta tärkeästä palvelusta ja sitä kautta se voi vaikuttaa palvelujen saamisen yhdenvertaisuuteen.

2.4 Kansalaisesta ja asiakkaasta valintoja tekeväksi kuluttajaksi

Hyvinvointivaltio on perustunut käsitykseen sosiaalisesta kansalaisuudesta, joka korostaa keskinäistä solidaarisuutta ja yhteiskunnan vastuuta kansalaisistaan. Tilalle on tullut aktiivisen kansalaisuuden käsite, jossa tietoisia valintoja tekevä kansalainen ottaa itse vastuuta hyvinvoinnistaan ja palveluidensa järjestämisestä. (Kuusinen-James 2012, 20)

Uudenlaisessa hyvinvointipolitiikassa sosiaalisia oikeuksia omaavista asiakkaista tulee kuluttajia, jotka tekevät vapaita valintoja hoitomarkkinoilla. Hoito näyttää saavan tavaran luonteen, jota voidaan ostaa ja myydä markkinoilla. Tämänlaisen hyvinvointipolitiikan tavoitteena on tarpeenmukaisten palvelujen antamisen sijaan mahdollistaa hoidon tarpeessa oleville toiminta kuluttajina. (Pfau-Effinger & Rostgaard 2011, 2) Sosiaalipolitiikan tehtävä ei enää lähtökohtaisesti ole suojella haavoittuvia, vaan investoida tulevaisuuteen (Palola 2011, 306).

Elina Palolan (2011, 302) mukaan kuluttajayhteiskunnan kuluttajakäyttäytymisessä voidaan erottaa kaksi arkkityyppiä. Ensimmäinen on rationaalinen valitsija, joka tekee hankkimansa laajan informaation perusteella parhaan mahdollisen valinnan. Tällöin vapaasta valinnasta tulee osa uudistusprosesseja, jossa kilpailu parantaa tarjontaa ja ohjaa kysyntää. Toinen kuluttajatyyppejä on ”hyväuskoinen hölmö”, joka ei kykene tekemään itselleen parasta valintaa. Tämän seurauksena markkinamekanismit eivät toimi niin kuin pitäisi, sillä huonot palvelut eivät välttämättä poistu markkinoilta.

Kuluttajayhteiskunta on rakentunut vahvan kuluttajan varaan. On kuitenkin haavoittuvaisia, heikkoja kuluttajia kuten muistisairaita vanhuksia tai mielenterveyden häiriöistä kärsiviä, jotka eivät kykene tekemään itsenäisiä valintoja. Näissä tilanteissa päättäjänä on usein omainen ja jos omaista ei ole asioita hoitamassa, valinta on usein sosiaali- ja terveystalouden käsissä. (Kuusinen-James 2012, 10). 2000-luvun vanhushoivapolitiikassa ei ole tarjolla heikon ja apua tarvitsevan kansalaisen paikkaa, vaikka jotkut haluaisivat tulla kohdelluksi sellaisena. (Häikiö & van Aerscht & Anttonen 2011, 247)

Tutkimuksissa on todettu muitakin ryhmiä, jotka ovat käyttäneet muita vähemmän valinnanvapautta, esimerkiksi alhaisesti koulutetut ja pienituloiset. Alemmista sosiaaliluokista tulevat hyödynsivät myös harvoin vertailevaa palveluinformaatiota päätöksen tukena. Valintoja estävät syyt pienituloisilla voivat olla hyvin käytännöllisiä, kuten matkakustannukset hoitopaikkaan. (Fotaki 2008) Jos henkilöllä on vaikeuksia arvioida tilannettaan, hän on toisten painostuksen alla, on kohtalonuskoinen tai hänellä on muita kommunikointivaikeuksia, hänen mahdollisuutensa tehdä hyviä valintoja ovat vähäiset (Burchardt & Evans & Holder 2014, 63).

Markkinoistuminen ei ole ainoa syy siihen, että valinnanvapaudesta on tullut keskeinen sosiaali- ja terveyspalveluiden kehitystä ohjaava arvo. Kansalaiset haluavat osallistua palveluidensa suunnitteluun ja päätöksentekoon ja toivovat yksilökohtaisten tarpeiden parempaa huomioimista. Vammaisliike on ollut edelläkävijöitä toiminnassa valinnanvapauden lisäämiseksi. Kyse on vammaisen henkilön perusoikeuksista, oikeudesta päättää oman elämän asioista. (Burchardt & Evans & Holder 2014, 4)

2.5 Palvelusetelistä laajaan valinnanvapauteen

Keskustelu palvelusetelistä on nyt eri asemassa kuin vuonna 2013, jolloin tämän tutkimuksen tekemisestä päätettiin. Nyt keskustellaan valinnanvapauden laajentamisesta sosiaali- ja terveyspalveluiden lakivelvoitteiseksi järjestämistavaksi, jolloin palveluseteli olisi vain yksi tapa toteuttaa valintaa ja mahdollisesti nykyisenlaiset palvelusetelit poistuisivat kokonaan käytöstä.

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmassa toukokuussa 2015 päätettiin Sote-järjestämiskäytäntöjen valmistelusta ja siihen liittyen valinnanvapausmallin selvittämisestä (Hallitusohjelma 2015, 28). Marraskuussa 2015 hallitus päätti ottaa Sote-uudistuksen valmistelussa lähtökohdaksi, että käyttäjä saa laajan vapauden valita itse palveluiden julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapaus toteutetaan pääsääntönä perustasolla ja soveltuvin osin erikoistason sote-palveluissa (Hallituksen linjaus 7.11.2015).

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama professori Mats Brommelsin johtama selvityshenkilöryhmä luovutti toukokuun lopussa 2016 loppuraporttinsa ehdotuksineen valinnanvapauden järjestämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Brommels 2016). Hallitus julkisti 29.6.2016 oman ehdotuksensa valinnanvapausmalliksi ja lähetti siihen liittyvät lakiluonnokset lausuntokierrokselle. Virkamiesvalmistelua jatkamaan nimettiin Sote-uudistuksen projektiryhmä, joka on tuonut keskusteluun luonnoksen suomalaisiksi valinnanvapausmalliksi. (Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos 2016)

Ehdotuksessa valinnanvapausmalliksi maakunnalla olisi vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä alueellaan. Asiakkaalla olisi oikeus valita itselleen palveluntuottaja, jolta saisi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut (sote-omatii mi, suun terveydenhuollon palveluntuottaja). Jos henkilöllä olisi erityispalveluiden tai laajempien palvelukokonaisuuksien tarvetta, tehtäisiin hänelle maakunnan palvelulaitoksessa palvelutarpeen arviointi. Jos tarve todetaan, on asiakkaalla oikeus valita palveluntuottaja. Tässä vaiheessa voisi käyttöön tulla palvelulaitoksen myöntämä se-

teli, nimeltään asiakasseteli. Tietyille asiakasryhmille voitaisiin myös ottaa käyttöön henkilökohtainen budjetti.

Asiakkaan kannalta asiakasseteli eroaa nykyisestä palvelusetelistä siinä, että asiakassetelillä asiakasmaksu yksityisen ja järjestön tuottamasta palvelusta olisi samansuuruinen kuin asiakasmaksu vastaavassa julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelussa (Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos 2016, 15).

Asiakasmaksujen yhdenmukaistaminen poistaisi oleellisen taloudellisesti eriarvoistavan esteen valinnanvapauden käytölle. Riskinä kuitenkin olisi, että tiukka talouskuri ja mahdollinen paine asiakasmaksujen korottamiseen voisi vaikuttaa hoitoon tai palveluun osallistumiseen. Se voisi vaarantaa riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen toteutumisen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumisen (THL:n arviointiryhmä 2016, 8).

Asiakassetelin osalta sopimukset palvelujen tuottajien kanssa tekisi maakunta eikä asiakas. (Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos 2016, 15)

Henkilökohtainen budjetti vaihtoehtona

Palvelusetelillä asiakas voi valita palvelun tuottajan, mutta hän ei juurikaan voi vaikuttaa palvelun sisältöön. Henkilökohtaisessa budjetissa asiakkaalla on käytettävissä palvelujen ostamiseen tietty rahasumma, joka ”on tarkoitettu henkilön palvelujen ja tuen (palvelukokonaisuuksien) yksilölliseen järjestämiseen.” Palvelu- ja asiakasetelistä henkilökohtainen budjetti eroaa siten, että asiakas voi vaikuttaa myös palvelun sisällön valintaan. (Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos 2016, 15–16).

Henkilökohtaista budjettia on käytetty esimerkiksi Englannissa ja Hollannissa vammaisten ja ikääntyneiden palveluiden järjestämiseen. Suomessa on tehty pieniä henkilökohtaisen budjetin kokeiluja, joista yksi oli Helsingissä Lauttasaaren omaishoidossa (Soini 2013). Henkilökohtaista budjettia esitetään otettavaksi käyttöön tulevassa Soten valinnanvapausmallissa varsinkin erityisryhmille, joilla on jatkuvampaa palvelutarvetta.

Ostopalvelut edelleen käytössä

Kunnat ovat kautta aikojen täydentäneet omia sosiaali- ja terveyspalveluita yksityisiltä yrityksiltä, kolmannelta sektorilta tai muilta julkisilta tuottajilta ostetuilla palveluilla. Palveluiden ulkoistamisella ja kilpailuttamisella tavoitellaan säästöjen saamista. Sillä voidaan saada myös erikoistumishyötyjä ja saada sellaista osaamista käyttöön, jota kunnalla ei ole. Ulkoistamisella voi välttyä investoinneilta ja voi vähentää omia riskejä. Kilpailutuksissa on myös omat ongelmansa, kun on vaikea ennakoida asiakkaan muuttuvia hoitotarpeita tai varmistaa etukäteen palvelun laatua. (Valkama ym. 2013, 347–348)

Ostopalveluissa asiakkaan asema on pääosin sama kuin kunnan omista palveluista. Asiakas ei voi valikoida palveluita niin kuin henkilökohtaisella budjetilla. Kuten kaupungin omistamien palveluissa, vaikutusmahdollisuudet palveluiden sisältöön riippuu siitä, kuinka asiakaslähtöisiä palveluyksikön käytännöt ovat. Asiakasmaksu on sama kuin kunnan omista palveluista ja siten asiakkaalle edullisempi kuin monissa palvelusetelillä hankituissa palveluissa.

3 TUTKIMUSASETELMA JA -KYSYMYKSET

Tutkimuksen kysymys oli:

Onko palvelusetelikäytännöllä eriarvoistavia vaikutuksia?

Eriarvoistumista mitattiin sillä, että poikkeavatko palveluseteliä käyttäneet sosioekonomiselta asemaltaan vastaavaa kaupungin omaa tai ostopalvelua ilman seteliä käyttäneistä. Yhdenvertaisuus tarkoittaa tässä tutkimuksessa sitä, että kaikilla on taloudellisesta asemastaan riippumatta samat mahdollisuudet valita todetun palvelutarpeen mukainen ja laadullisesti samanveroinen palvelu joko kunnan omassa yksikössä tai palveluseteliyksikössä.

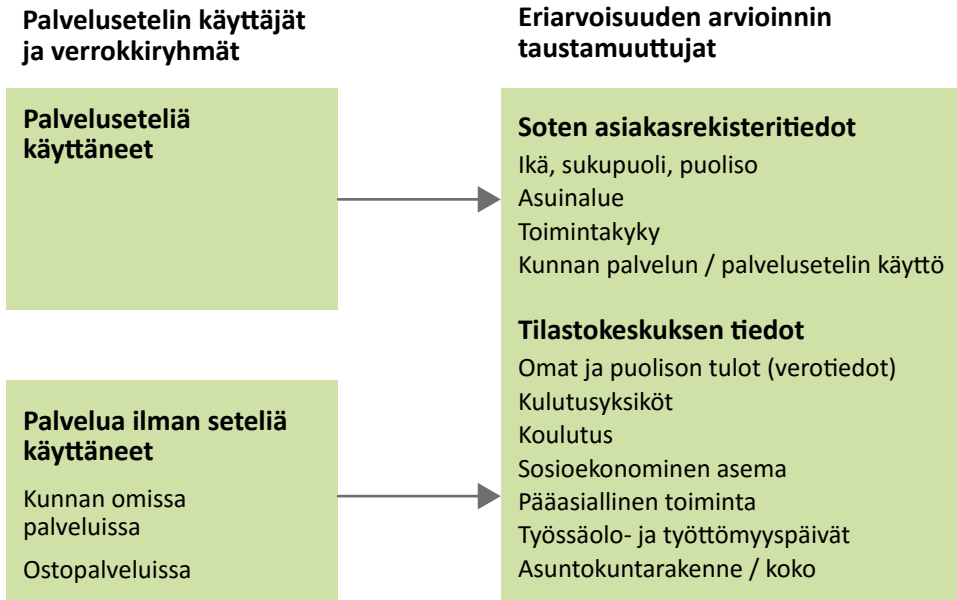
Kysymys eriarvoisuudesta on laajempi kuin vain taloudellinen mahdollisuus valita. Kaikki erot saaduissa palveluissa ja niiden määrissä eivät merkitse eriarvoisuutta. Eriarvoistavia ovat sellaiset palveluiden erot, jotka eivät ole yksilökohtaisen tarpeen ja käytettävissä olevien palveluresurssien kannalta perusteltuja ja oikeudenmukaisia.

Valinnan tekeminen ei myöskään välttämättä merkitse palvelusetelin valitsemista. Henkilö on voinut tietoisesti valita kaupungin palvelun itselleen paremmin sopivana. Tutkimuksen oletuksena on, että yhdenvertaisuuden vallitessa eri sosioekonomisessa asemassa olevat asiakkaat valitsevat samassa suhteessa kunnan tuottamia ja yksityiseltä tuottajalta palvelusetelillä hankittuja palveluita.

Oleellista on myös, saako pienituloisen kaupungin palvelun käyttäjä laadullisesti samantasoista palvelua kuin lisärahalta palvelusetelillä palvelua hankkinut. Laatuvertaileva tutkiminen on vaativa tehtävä, joka ei sisälly tämän tutkimuksen toimeksiantoon. Palvelusetelitutkimushankkeen ainoa laatuvertailu on Katarina Anttonen (2016) raportti, jossa verrattiin kaupungin omana toimintana ja palvelusetelillä toteutettujen paksusuolen tähytysten laatua. Sen perusteella tähytystutkimuksissa kaupungin omien toimenpiteiden laatu oli vähintään yhtä hyvä ja joiltakin osin jopa parempi kuin palveluseteliyksiköissä.

Palvelusetelikäytäntöjen mahdollisia eriarvoistavia vaikutuksia selittävinä muuttujina olivat kotitalouden käytettävissä olleet rahatulot, koulutusaste, pääasiallinen toiminta ja toimintakyky (ikäntyneiden palvelut). Lisäksi selittäviä demografisia tekijöitä olivat ikä, sukupuoli, parisuhde ja asuinalue. (Kuvio 2)

Kuvio 2. Palvelusetelitutkimuksen vertailuryhmät ja keskeiset muuttujat



Tutkimuksen menetelmistä ja toteutuksesta on kerrottu lisää liitteessä 1.

4 TULOKSET

Tutkimuksessa on mukana kuusi eri palvelua. Koska palvelut ja palvelusetelin myöntämisen perusteet eroavat huomattavasti toisistaan, esitetään tulokset palvelukohtaisesti seuraavan jaottelun mukaan:

- Yleistä palvelusta, palvelusetelin myöntämisen ehdot ja omavastuut
- Aineiston kuvaus
- Kotitalouden käytettävissä olevat rahatulot
- Logistinen regressio
- Palvelukohtaiset johtopäätökset
- Lisäksi voi olla palvelukohtaisesti lisäkysymyksiä

Aineistoista on selkeyden vuoksi otettu mukaan kotitaloustyytit, joissa on vain yksin-asuva henkilö tai yksi perhe. Samoin on rajattu ulos kaikki taloudet, joilta ei ollut verotietoja saatavissa vuosilta 2013 tai 2014. Kotitalouden rahatuloiksi laskettiin päähenkilön ja puolison tulot, ei mahdollisia lasten tuloja. Kulutusyksikkölaskelmiin sisältyvät kaikki perheenjäsenet, vaikka tuloissa lasten mahdollisia tuloja ei ole otettu huomioon.

Logistisen regression malleissa ensisijaisena selittävänä muuttujana oli kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti. Koska aineistossa oli suuria tuloeroja, poistettiin rahatulumuuttujasta äärevimmät tapaukset, joissa poikkeama mediaanituloista oli yli kolmen keskihajonnan suuruinen. Rahatulomuuttujalla tehdyissä analyyseissä poistettiin aineistosta vajaa yksi prosentti kotitalouksista.

Analyysejä tehtiin myös siten, että malleissa säilytettiin muut selittävät muuttujat, mutta vaihdettiin tulomuuttujaksi rahatulojen sijaan valtakunnallinen pienituloisuusraja tai tuloviidennekset. Nämä tulokset on esitetty liitetaulukoissa. Niissä on esitetty vetosuhteen lisäksi 95 prosentin luottamusvälin ala- ja ylärajat, jotka osoittavat monilla muuttujilla hyvin laajaa luottamusväliä.

Regressiotaulukot voivat olla hankalasti tulkittavia. Liitteessä 2 on logistisen regression lukuohjeita ja tekstilaatikoissa esimerkit siitä, miten vetosuhte tai suhteellinen riskikerroin lasketaan logistisessa ja multinomiaalisessa regressiossa.

4.1 Paksusuolen tähytystutkimus

Paksusuolen tähytystutkimuksia on tehty Laakson, Herttoniemen (nyt lakkautettu) ja Malmin sisätautien poliklinikoilla. Poliklinikat ovat myös tarjonneet palvelusetelivaihtoehtoa kolmelle Sote-viraston hyväksymälle yksityiselle lääkäriasemalle. Tutkimuksen tarpeessa olevalla potilaalla ei kuitenkaan ole vapaata valintaoikeutta, sillä poliklinikan lääkäri käyttää harkintaa sen suhteen, kenelle palveluseteliä tarjotaan.

Jos on oletettavaa, että henkilö tarvitsee sisätautien poliklinikalla muita toimenpiteitä ja tutkimuksia, sairaalaseurantaa yms., pidetään henkilö omassa hoidossa.

Jos paksusuolen tähystys on kiireellinen tai lähetetietojen perusteella sen yhteydessä on odotettavissa isompi hoitotoimenpide, järjestetään potilaalle tutkimus sisätautien poliklinikalla. Edellytys palvelusetelin tarjoamiselle on, että henkilö on kohtuullisen hyväkuntoinen ja kykenee hoitamaan asioitaan. Myös henkilöille, joilla ei ole riittävää kielitaitoa, ei tarjota palveluseteliä. Lisäksi jos potilaalla on vakavampaa päihteiden käyttöä tai mielenterveyshäiriötä, ei palvelusetelivaihtoehtoa yleensä tarjota.

Kunnan oman paksusuolen tähystystutkimuksen potilasmaksu oli 32 euroa. Palvelusetelin päälle tulevan potilaan omavastuun suuruus oli tuottajasta riippuen 105–150 euroa. Siten palvelusetelin valinneen kustannukset olivat 73–118 euroa suuremmat kuin kaupunginsairaalan paksusuolen tähystystutkimuksen valinnoilla. Lisäksi omavastuuseen ei saa Kelan korvausta eikä summa kerrytä terveydenhuollon maksukattoa.

Katarina Anttosen (2016) raportissa on verrattu kaupunginsairaalaissa ja palvelusetelillä tehtyjen paksusuolen tähystystutkimusten laatua.

Aineisto

Aineistona olivat kaikki 2 338 potilasta, joille tehtiin paksusuolen tähystystutkimus joko kaupungin sairaalassa (1 947) tai palvelusetelillä (391) yksityisellä tuottajalla vuonna 2014. Kaupunginsairaalan tietojärjestelmään tehtiin kesken vuotta 2013 palvelusetelien kirjaamiseen liittyviä muutoksia, jotka olisivat hankaloittaneet tutkimusaineiston keräämistä vuodelta 2013.

Tähystystutkimuspotilaista lähes puolet (47 %) oli 65 vuotta täyttäneitä ja kolmasosa (32 %) 45–64-vuotiaita. Vuoden 2014 lopussa 53 prosenttia oli eläkkeellä ja 37 prosenttia työssä. Puolet (51 %) oli korkea-asteen koulutettuja.

Aineistosta luonnollisesti puuttuivat ne tähystystutkimuksissa käyneet, jotka eivät hakeutuneet sisätautien poliklinikoiden kautta tutkimuksiin. Varsinkin suurituloisista osa hankkii tarvitsemansa sairaanhoidon tutkimuksineen yksityissektorilta. Samoin työterveyshuolto voi ohjata potilaitaan yksityiselle lääkäriasemalle tähystystutkimuksiin.

Paksusuolen tähystystutkimuspotilaiden rahatulot

Palvelusetelin valinneiden käytettävissä olevien rahatulojen mediaani oli keskimäärin 12 prosenttia korkeampi kuin kaupunginsairaalaissa paksusuolen tähystystutkimuksessa olleiden tulot. Taulukossa 2 on verrattu mediaanituloja alaryhmittäin ja lähes kaikissa ryhmissä palveluseteliä käyttäneiden mediaanitulot olivat korkeampia.

Taulukko 1. Paksusuolen tähyystutkimuspotilaiden käytettävissä olevien rahatulojen mediaani kulutusyksikköä kohti vuonna 2014, euroa vuodessa

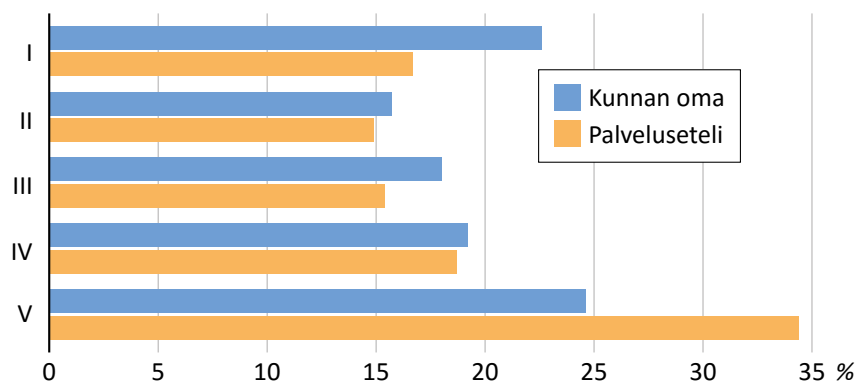
| | Kunnan oma palvelu | | Palveluseteli | |
|--|----------------------|--------------|----------------------|------------|
| | Mediaani euroa/vuosi | N | Mediaani euroa/vuosi | N |
| Kaikki yhteensä | 24 590 | 1 947 | 27 472 | 391 |
| Sukupuoli | | | | |
| Mies | 27 105 | 787 | 31 151 | 116 |
| Nainen | 22 938 | 1 160 | 26 320 | 275 |
| Ikä luokiteltuna | | | | |
| alle 30 | 18 878 | 137 | 11 657 | 13 |
| 30–44 | 27 669 | 290 | 26 084 | 41 |
| 45–64 | 27 601 | 600 | 31 741 | 148 |
| 65 ja yli | 23 279 | 889 | 26 893 | 189 |
| Puoliso | | | | |
| Ei puolisoa | 19 495 | 932 | 19 971 | 157 |
| On puoliso | 29 425 | 1 014 | 33 385 | 234 |
| Kotitalouden korkein koulutusaste 3 luokassa 2014 | | | | |
| Perusaste | 17 526 | 391 | 19 968 | 58 |
| Keskiaste | 22 162 | 579 | 20 806 | 99 |
| Korkea-aste | 30 391 | 945 | 34 684 | 234 |
| Työllinen vuoden lopussa | | | | |
| Työssä | 30 029 | 704 | 33 243 | 152 |
| Ei työssä | 22 027 | 1 212 | 25 214 | 239 |
| Työtön vuoden lopussa | | | | |
| Työtön | 16 712 | 105 | 23 672 | 15 |
| Ei työtön | 24 995 | 1 811 | 28 003 | 376 |
| Eläkkeellä vuoden lopussa | | | | |
| Eläkkeellä | 22 925 | 1 025 | 25 598 | 207 |
| Ei eläkkeellä | 27 411 | 891 | 30 016 | 184 |

Alle 45-vuotiaat palvelusetelin valinneet erosivat muista ryhmistä siinä, että he olivat keskimäärin pienituloisempia kuin samanikäiset kaupunginsairaalan paksusuolen tähyystutkimuksissa olleet. Toisaalta nuoret valitsivat harvemmin palvelusetelin kuin yli 44-vuotiaat. Osalla nuorista ilmeisesti muut tekijät kuten palvelun nopeus vaikuttivat valintaan enemmän kuin toimenpiteen kustannukset, tai he kokivat palvelusetelin lisäkustannuksen sen verran pieneksi, että voivat valita setelin.

Kuviossa 3 on verrattu paksusuolen tähyystutkimuspotilaiden kotitalouksien käytettävissä olevia rahatuloja kulutusyksikköä kohti valtakunnalliseen kotitalouksien tulojen jakaumaan kvintiileittäin vuonna 2014. Merkillepantavaa on, että tutkimusaineistossa on sekä alimmassa että ylimmässä tulonsaajaviidenneksessä enemmän

kotitalouksia kuin väestössä keskimäärin. Kaupunginsairaalassa paksusuolen täyhystystutkimuksessa olleista sijoittui 23 prosenttia alimpaan viidennekseen, mutta ylimmässäkin viidenneksessä heitä oli 25 prosenttia. Odotetusti palveluseteliä käyttäneitä oli enemmän ylimmässä viidenneksessä (34 %), mutta yllättävän moni palvelusetelin käyttäjä sijoittui alimpaan tuloviidennekseen (17 %).

Kuvio 3. Paksusuolen täyhystystutkimuspotilaiden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti kvintiileittäin 2014



Pearson $\chi^2=18,563$, $df=4$, $p=,001$

Tulokvintiilirajojen lähde: Tilastokeskus, Tulonjaon kokonaistilasto

Kunnan omaa palvelua käyttäneiden osuus oli suurempi kaikissa muissa tuloluokissa, paitsi ylimmässä viidenneksessä oli selvästi enemmän palvelusetelin käyttäjiä. Ero oli tilastollisesti merkitsevää.

Yhtenä tulonjaon mittarina on pienituloisten osuus (väestön käyttötulot kulutusyksikköä kohti alle 60 % mediaanista). Palveluseteliä käyttäneistä oli 12 prosenttia pienituloisia ja kunnan omassa Paksusuolen täyhystystutkimuksessa olleista heitä oli 17 % (Pearson $\chi^2=7,238$, $df=1$, $p=,007$). Pienituloisten osuus valtakunnallisesta kotitalousväestöstä vuonna 2014 oli 12,5 prosenttia. (Tulonjakotilasto 2014. 2016, 1)

Logistinen regressio

Palvelusetelillä paksusuolen täyhystystutkimuksessa olleet olivat siis keskimäärin suurempituloisia kuin kaupungin omassa sairaalassa tutkimuksessa olleet. Logistisen regression avulla voidaan tutkia, selittääkö tätä eroa mahdollisesti jotkin muut sosioekonomiset tai demografiset tekijät. Eri tekijöiden vaikutuksia selvitettiin tuomalla malliin vaiheittain selittäviä muuttujia. (Taulukko 2)

Ensimmäisessä logistisen regression mallissa on tarkasteltu, eroavatko palveluseteliä käyttäneet kunnan omaa palvelua käyttäneistä kun selittävänä tekijänä ovat ainoastaan kotitalouden tulot. Muuttujana on kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti tuhansina euroina. Koska potilaiden tuloissa oli paljon hajontaa ja äärimmäisen suuria tuloja, karsittiin muuttujasta kotitaloudet, joiden tulot ylittivät keskiarvon yli kolmen keskihajonnan verran (26 tapausta). Tämä karsittu joukko ei poikennut

palvelusetelin käytön suhteen merkitsevästi analyysiin mukaan otettujen joukosta ($X^2=,118$, $df=1$, $p=,731$).

Kaikissa neljässä mallissa kasvoi rahatulojen lisääntyessä todennäköisyys käyttää palveluseteliä tilastollisesti merkitsevällä tasolla. Mallissa 1 kun vuositulot kasvoivat 1 000 eurolla, palvelusetelin käytön vetosuhte lisääntyi 1,5 prosentilla.

Taulukko 2. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle paksusuolen tähyystutkimuksiin 2014 (vetosuhteet, Odds ratios)*

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,015*** | 1,011** | 1,010* | 1,013** |
| Korkein koulutusaste ref. korkea-aste=1,000) | | | | * |
| Keskiaste | | ,787 | ,800 | ,750* |
| Perusaste | | ,710* | ,689* | ,613** |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | | | ,571*** | ,548*** |
| Ikä (ref. 65 v. ja yli=1,000) | | | ** | * |
| 45–64 | | | 1,071 | 1,043 |
| 30–44 | | | ,605** | ,680* |
| alle 30 | | | ,470* | ,559 |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | | | ,813 | ,934 |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | | | | *** |
| Eteläinen | | | | ,662* |
| Läntinen | | | | ,491*** |
| Keskinen | | | | ,588** |
| Pohjoinen | | | | 1,983* |
| Koillinen | | | | 2,381*** |
| Kaakkoinen | | | | ,683* |
| Vakio | ,133*** | ,169*** | ,254*** | ,291*** |
| -2LL | 2054,918 | 2049,653 | 2011,898 | 1942,698 |
| Hoshmer-Lemeshow | ,985 | ,122 | ,351 | ,798 |
| Nagelkerke R² | ,012 | ,016 | ,043 | ,092 |

$p^* < 0,05$; $** < 0,01$; $*** < 0,001$

*Jos vuoden 2014 verotiedot puuttuivat, käytetty vuoden 2013 tuloja

Malliin 2 lisättiin resursseja kuvaavaksi mittariksi henkilön tai puolison korkein koulutusaste. Kokonaisuutena koulutusasteiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja palvelusetelin käytössä. Ilmeisesti tulojen ottaminen huomioon mallissa poistaa koulutusasteen erillisvaikutuksen, sillä korkeammin koulutetuilla on yleensä korkeammat tulot kuin vähemmän koulutetuilla. Perusasteen ja korkea-asteen välillä on kuitenkin tilastollisesti merkitsevä ero niin, että perusasteen suorittaneilla palvelu-

setelin käytön vetosuhte on vain 71 prosenttia korkeasti koulutetun vetosuhteeseen verattuna.

Aineistossa ei ole laajemmin henkilön resursseja tai toimintakykyä kuvaavia muuttujia. Koulutuksen lisäksi saatavilla oli työssäkäynti- ja eläkkeelläolotieto, mutta ne eivät korreloineet lainkaan palvelusetelin käytön kanssa.

Malliin 3 lisättiin demografisina tekijöinä sukupuoli, ikä ja puolison olemassaolo. Naisilla oli 1,75-kertainen (= 1/0,571) palvelusetelin käytön vetosuhte miehiin verrattuna. Myös ikäryhmä vaikutti merkitsevällä tasolla suhteelliseen todennäköisyyteen kuulua palveluseteliryhmään siten, että alle 45-vuotiaat kuuluivat 65 vuotta täyttäneisiin verrattuna suhteellisesti todennäköisemmin kunnan oman palvelun käyttäjiin. Yli 64-vuotiaiden ja 45–64-vuotiaiden välillä ei ollut merkitsevää eroa. Puolison olemassaolo ei myöskään vaikuttanut palveluyksikön valintaan.

Mallissa 4 otettiin tarkasteluun mukaan asuinalue suurpiiritasolla. Kotitalouden rahatulot säilyivät tässäkin mallissa tilastollisesti merkitsevänä selittäjänä. Koulutusaste nousi merkitseväksi tekijäksi ja perusasteen koulutetun vetosuhte kuuluu palvelusetelin käyttäjiin oli enää 61 prosenttia korkeakoulutettuun verrattuna.

Asuinalueiden välillä oli kohtalaisen suuria eroja. Pohjoisen ja koillisen suurpiirin vetosuhte itäiseen verrattuna oli noin kaksinkertainen palvelusetelin käytön puolesta. Muiden suurpiirien vetosuhte itäiseen piiriin verrattuna oli vahvasti kaupungin oman paksusuolen tähytystutkimuksen puolella.

Linearisessa regressiossa voidaan laskea selityskerroin r^2 (Pearsonin korrelaatiokerroimen neliö), joka ennustaa, kuinka monta prosenttia malli selittää mitattavasta ilmiöstä. Logistisessa regressiossa ei voida laskea samanlaista kerrointa, mutta suunta-antavasti voidaan laskea ns. näennäisselityskerroin sille, kuinka monta prosenttia selitettävän muuttujan vaihtelusta malli selittää. Taulukossa 3 on alhaalla esitetty näennäisselityskertoimen Nagelkerken R^2 -luku, jonka mukaan malli 3 selittäisi 4,3 prosenttia ja malli 4 selittäisi 9,2 prosenttia siitä, valitseeko henkilö palvelusetelin vai kunnan oman palvelun.

Vaikka ennuste prosenttiosuudesta voi olla virheellinen, on kuitenkin ilmeistä, että mallissa mukana olevat tekijät selittävät melko pienen osan valinnasta. Tulot ja koulutustaso kyllä vaikuttavat palvelusetelin valintaan, mutta on toisia selittäviä tekijöitä, joita käytettävissä oleva rekisteriaineisto ei tavoita. Tuloksiin oletettavasti vaikuttaa se, että terveydentilaltaan, toimintakyvyltään ja sosiaalisilta taidoiltaan heikommasa asemassa olevat ohjataan harkitusti paksusuolen tähytystutkimuksiin kaupungin omiin poliklinikoihin. Aineistossa ei ole asiakasohjaukseen liittyviä selittäjiä.

Malmin sisätautien poliklinikan paksusuolen tähytystutkimuspotilaista käytti palveluseteliä huomattavasti suurempi osa kuin muiden poliklinikoiden potilaista. Malmilta tähytystutkimukseen lähetetyistä 38 prosenttia meni palveluseteliyksikköön, kun Herttoniemen poliklinikalla osuus oli 16 prosenttia ja Laaksossa 12 prosenttia. Määrällisesti palvelusetelillä tutkimukseen meni kuitenkin selvästi eniten Laakson potilaita. Voi olla, että poliklinikakohtaisiin eroihin vaikuttavat osaltaan erot toimintakäytännöissä ja siinä, keille palveluseteliä tarjotaan. Tutkimusaineiston perusteella ei voi arvioida, selittävätkö mahdollisesti poliklinikoiden väliset potilaiden terveyserot valintaa.

Tuloviidennekset ja pienituloisuus selittäjinä

Tuloksiin vaikuttaa myös se, minkälaisella muuttujalla tiettyä asiaa mitataan. Käytettävissä olevien rahatulojen lisäksi käytettävissä oli Tilastokeskuksen tulonjakotilastoista lasketut väestön tulokvintilien ja pienituloisuuden rajat (kulutusyksikköä kohti).

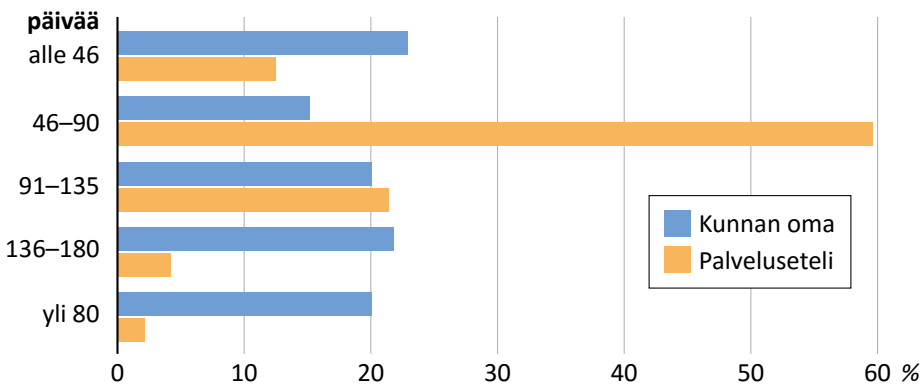
Mallissa 4 tuloviidennessä muuttuja ei aivan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=,067$), mutta kaikki muut tuloluokat kuin toinen viidennes erosivat merkitsevästi ($p < ,05$) ylimmästä viidenneksestä. Tämä osoittaa, että palvelusetelin käyttö ei lisäännä lineaarisesti tulojen kasvaessa. Pienituloisuus mallissa 4 ei ollut lainkaan merkitsevä tekijä ($p=,442$). (Liitetaulukko 2)

Palvelusetelillä nopeammin paksusuolen täyhystystutkimukseen

Tärkein peruste palvelusetelin valinnalle oli nopea pääsy toimenpiteeseen (Sjöblom 2015, 24). Keskimääräinen odotusaika kunnan omaan paksusuolen täyhystystutkimukseen oli 122 päivää, kun palveluseteliyksikössä se oli 71 päivää. Lähes kaikilta (92 %) palvelusetelipotilailta oli odotustieto saatavissa, mutta se puuttui 43 prosentilta kunnan oman palvelun potilaista.

Kuviossa 4 on verrattu ryhmiteltynä odotusaikoja. Palveluseteliyksiköissä 72 prosenttia potilaista pääsi kolmen kuukauden sisällä toimenpiteeseen ja vain 2 prosentilla odotus oli yli 6 kuukautta kun kaupunginsairaaloissa joka viides jonotti yli puoli vuotta. Osittain jonotuksen kesto riippuu myös asiakkaan omasta toiminnasta.

Kuvio 4. Odotuspäiviä paksusuolen täyhystystutkimukseen kunnan omassa ja palveluseteliyksikössä



Palvelusetelin käyttö korreloi odotuspäivien kanssa ($r=-,226$, $p=,000$), mutta jonotuksen keston ja kotitalouden käytettävissä olevien tulojen välillä ei ollut merkitsevää yhteyttä ($r=,002$, $p=,937$).

Tulosten tulkintaa hankaloittaa se, että ei tiedetä, keille palveluseteliä tarjottiin ja minkälaiset tulot oli niillä, joille seteliä tarjottiin, mutta eivät sitä ottaneet vastaan. Katarina Anttosen raportissa kohderyhmänä olivat kaikki 311 potilasta, joille tarjottiin

Laakson endoskopiayksiköstä palveluseteliä paksusuolen tähystykseen vuonna 2014. Heistä vain 146 potilasta otti palvelusetelin vastaan, 116 potilaalle tehtiin tähystys kunnallisella puolella ja 49 potilasta eivät käynyt toimenpiteessä lainkaan (Anttonen 2016). Luvuista näkee, että huomattavan moni valitsi palvelusetelin sijaan kaupunginsairaalan, mutta valinnan perusteita ei ole tiedossa.

Johtopäätöksiä: paksusuolen tähystystutkimukset

- Palveluseteliä käyttäneet olivat keskimäärin suurempituloisia kuin kaupungin omassa tähystystutkimuksessa olleet. Vaikka koulutusasteen ja demografisten taustatekijöiden vaikutus vakioitiin, lisäsi tulojen kasvu todennäköisyyttä valita palveluseteli.
- Tulot selittivät kuitenkin vain vähäiseltä osin palveluyksikön valintaa ja melko moni pienituloisenkin valitsi palvelusetelin. Suurin hyöty palvelusetelin valinnasta oli nopeampi toimenpiteeseen pääsy. Voi olla, että kun paksusuolen tähystykseen liittyy pelkoa vakavan taudin löytymisestä, pitivät monet pienituloisetkin omavastuun suuruutta vielä mahdollisena, jos siten pääsee nopeammin tähystykseen. Tähän viittaa sekin, että palvelusetelin käyttö korreloi jonotuksen kanssa, mutta tulojen ja jonotuksen välillä ei ollut korrelaatiota.
- Tutkimusaineistosta ei saa tietoa, kuinka moni toimeentulotuella elävä on palvelusetelin valinnut. Yli puolet tähystystutkimuksessa olleista on eläkeläisiä, joista suuri osa on pienituloisia, mutta yleensä kuitenkin parempituloisia kuin toimeentulotuen tasolla elävät. Palvelusetelin omavastuuseenhan ei myönnetä toimeentulotukea, joten tälle asiakasryhmälle omavastuu tekisi jo huomattavan loven kuu-kauden ruokabudjettiin.
- Yhtenä oletuksena valinnanvapauden käytölle on, että enemmän resursseja kuten koulutusta, elämäntaitoja ja toimintakykyä omaavat käyttävät enemmän palveluseteliä. Korkea-asteen koulutetut valitsivatkin palvelusetelin useammin kuin perusasteen koulutetut. Henkilön toimintakykyyn tai sairausdiagnoosiin liittyviä mittareita ei ollut käytettävissä. Toisaalta valistunut valinnan tekijä on voinut tietoisesti valita kaupungin palvelun, sillä toimenpiteen laadussa kaupunginsairaala ilmeisesti on kilpailukykyinen palveluseteliyksiköiden kanssa.
- On paljon valintaa selittäviä tekijöitä, joita tällä rekisteriaineistolla ei voida selvittää. Yhtenä keskeisenä tekijänä on potilasohjauksessa tapahtuva valikointi. Potilaiden lähtötilanteissa on eroja. Vaativimmat ja kiireellistä toimenpidettä tarvitsevat potilaat jäävät kaupungin sisätautipoliklinikan toimenpiteisiin.

4.2 Suun terveydenhuolto

Palveluseteleitä käytetään ylivoimaisesti eniten suun terveydenhuollossa. Palvelusetelillä täydennetään kaupungin omia suun terveydenhuollon palveluita. Potilaalla ei ole subjektiivista oikeutta saada halutessaan palveluseteliä, vaan kaupungin hammaslääkäri voi tarjota sitä vaihtoehtoa potilaalle harkinnan perusteella. Palveluseteliä pidetään yhtenä keinona turvata hoidon saaminen kohtuujassa. Toisaalta palveluseteleitä myönnetään vain talousarviossa olevien määrärahojen puitteissa. Siten vuodessa voi olla useita kuukausia, joiden aikana palveluseteleitä ei tarjota lainkaan.

Palvelusetelin myöntämisessä on myös joitakin asiakaskohtaisia rajauksia. Pitkäaikaispäättöpotilaat ja tulkkia tarvitsevat potilaat hoidetaan omissa yksiköissä. Asiakastiedotteissa on myös selkeästi tuotu esiin, että toimeentulotukea ei myönnetä palvelusetelihoidon omavastuuosuuteen.

Palvelusetelin saanut potilas voi itse valita hoitopaikan ja hoitavan hammaslääkärin palveluntuottajaksi hyväksytyistä yksityishammaslääkäreistä. Potilas voi verrata hänelle maksettavaksi jäävän omavastuun suuruutta Sote-viraston internet-sivulla ja nykyisin sähköisessä PSOP-järjestelmässä olevalla vertailulaskurilla, joka näyttää myös, kuinka paljon hoito maksaisi kaupungin hammashoitolassa.

Listalla olevien hammaslääkäreiden hinnoittelussa on suuria eroja ja toimenpiteistä riippuen omavastuu voi olla pienempi, yhtä suuri tai suurempi kuin kaupungin hammashoitolassa. Vertailussa hämmennystä saattaa herättää se, että palvelusetelillä yksityiseen hoitoon menevä ei saa Kelan korvauksia, joita hän saisi ilman palveluseteliä asioidessaan. Toisaalta monet hammaslääkäriasemat tarjoavat hoitoa palvelusetelillä huomattavasti alle listahintojensa, kun vapaa kapasiteetti halutaan näin saada käyttöön.⁴

Tutkimus hammashoitopalvelujen käyttämättömyydestä pääkaupunkiseudulla

Hyvää vertailutietoa saa Jouko Kallion ym. (2013) hammashoitopalvelujen käytön tutkimuksesta, joka kattoi Espoon, Helsingin ja Vantaan väestön hammashoidon käynnit vuosilta 2005–2009. Asukkaista 17 prosenttia (helsinkiäisistä 19 %) ei käynyt lainkaan hammashoidossa viiden vuoden aikana. Palveluiden ulkopuolelle jäivät erityisesti nuoret aikuiset, yli 75-vuotiaat, perusasteen koulutetut ja pienituloisimmat. Tulot vaikuttivat selvästi hammashoidon käyttöön. Tutkimuksessa ei kuitenkaan eritelty yksityisen ja julkisen hammashoidon käyttöä.

Tutkimuksessa logistisen regression mielenkiintoinen tulos kuitenkin oli, että muiden taustatekijöiden vaikutuksen vakioinnin jälkeen toimeentulotuen saajilla oli pienempi riski jäädä hammashoidon ulkopuolelle kuin ei toimeentulotukea saaneilla. Tuensaajilla hampaiden tarkistuksia ja hoitosuunnitelmia tehtiin kuitenkin suhteessa vähemmän. Kallion ym. (2013, 28) tulkinnan mukaan toimeentulotukena ilmeisesti maksetaan kiireellistä hoitoa, mutta kokonaishoito jää puuttumaan. Toimeentulotuki siten turvaa melko hyvin kaupungin omissa hoitoloissa vähimmäishoidon, mutta ei laajempaa hoitoa.

⁴ Hammashoidon hinnoissa valtavat erot – palvelusetelillä tarkastus jopa nolla euroa. Helsingin Sanomat 10.11.2015.

Aineisto

Tämän tutkimuksen aineistona olivat täysi-ikäiset vuonna 2013 suun terveydenhuollon palvelusetelin saaneet (6 432) ja verrokkiryhmänä samansuuruinen satunnaisotos kunnan omassa suun terveydenhuollossa olleista (6 489). Palveluseteliä käyttäneiden osuus oli 49,6 prosenttia. Alkuperäisestä aineistosta rajattiin pois 1 530 kotitaloutta, joissa asui ydinperheen lisäksi muita henkilöitä ja/tai joilta puuttuivat verotiedot.

Aineiston ikärakenne vastasi melko hyvin Helsingin väestön ikärakennetta. Suun terveydenhuollon potilaissa oli vähemmän perusasteen suorittaneita ja hieman enemmän keski- ja korkea-asteen koulutettuja kuin väestössä keskimäärin. Ero selittynee sillä, että perusasteen koulutetut käyvät vähemmän hammashoidossa kuin korkeammin koulutetut (esim. Kallio ym. 2013, 27).

Suun terveydenhuollon potilaiden rahatulot

Palvelusetelillä suun terveydenhuollossa käyneiden mediaanirahatulot olivat 11 prosenttia korkeampia kuin kunnan omassa hoidossa käyneillä. Suurituloisin ryhmä oli korkea-asteen tutkinnon suorittaneet, joista vain hieman keskimääräistä useampi (52,0 %) käytti palveluseteliä. Samoin työssäkävillä palvelusetelin käyttö (57,1 %) ei ole kovin paljoa keskimääräistä yleisempää. Luku ei ole ilmeisesti siksi tämän korkeampi, että työssäkävivistä ja hyvin toimeentulevista suuri osa käy yksityishammaslääkärillä ilman palveluseteliä. (Taulukko 3).

Kaupungin hammashoitoon hakeutuneilla työssäkävillä palvelusetelin valintaan vaikutti oletettavasti halu päästä nopeammin hoitoon ja mahdollisuus saada joustavammin vastaanottoaikoja työajan ulkopuolelta.

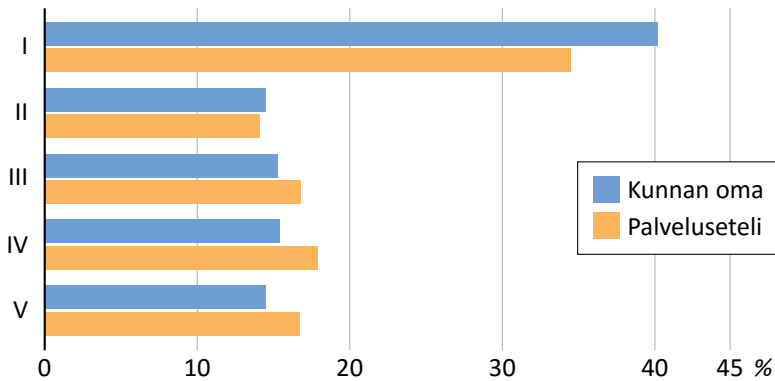
Kuitenkin suhteellisesti eniten palveluseteliä käyttivät työttömät (57,7 %), vaikka he olivat tutkimuksen selvästi pienituloisin ryhmä. Työttömillä mediaanivuositulot kulutusyksikköä kohti jäivät ainoana ryhmänä alle 10 000 euroon. Aineistosta ei saa vastausta siihen, miksi työttömistä niin moni valitsi palvelusetelin. Yhtenä tekijänä voi olla, että listalla on palvelusetelihakemaksuun, jotka tarjoavat ainakin joitakin toimenpiteitä alle kaupungin hammashoitolan omavastuuhintojen. Valtaosalla palvelusetelihakemaksuista omavastuut ylittävät kuitenkin terveyskeskusmaksujen tason. Aineiston eläkeläisistä vain kolmasosa (32,8 %) käytti palveluseteliä.

Taulukko 3. Suun terveydenhuollon potilaiden käytettävissä olevien tulojen mediaani kulutusyksikköä kohti vuonna 2013, euroa vuodessa

| | Kunnan oma palvelu | | Palveluseteli | |
|--|----------------------|--------------|----------------------|--------------|
| | Mediaani euroa/vuosi | N | Mediaani euroa/vuosi | N |
| Kaikki yhteensä | 20 641 | 6 446 | 22 869 | 6 338 |
| Sukupuoli | | | | |
| Mies | 22 121 | 2 717 | 24 064 | 2 827 |
| Nainen | 19 664 | 3 772 | 21 911 | 3 605 |
| Ikä luokiteltuna | | | | |
| alle 30 | 12 846 | 1 504 | 18 533 | 1 316 |
| 30–44 | 24 315 | 1 610 | 24 481 | 2 110 |
| 45–64 | 22 662 | 1 744 | 23 751 | 2 303 |
| 65 ja yli | 20 605 | 1 631 | 22 659 | 703 |
| Puoliso | | | | |
| Ei puolisoa | 14 128 | 3 144 | 15 866 | 2 746 |
| On puoliso | 26 125 | 3 341 | 26 731 | 3 683 |
| Kotitalouden korkein koulutusaste | | | | |
| Perusaste | 13 490 | 1 397 | 13 442 | 1 000 |
| Keskiaste | 17 673 | 2 308 | 20 210 | 2 498 |
| Korkea-aste | 27 719 | 2 673 | 28 170 | 2 899 |
| Työllinen vuoden lopussa | | | | |
| Työssä | 15 110 | 3 401 | 13 496 | 2 327 |
| Ei työssä | 26 545 | 3 084 | 26 595 | 4 102 |
| Työtön vuoden lopussa | | | | |
| Työtön | 21 577 | 6 034 | 23 990 | 5 815 |
| Ei työtön | 7 522 | 451 | 8 416 | 614 |
| Eläkkeellä vuoden lopussa | | | | |
| Eläkkeellä | 22 281 | 4 383 | 23 503 | 5 405 |
| Ei eläkkeellä | 18 957 | 2 102 | 20 214 | 1 024 |

Kaupungin suun terveydenhuoltoon hakeutuneiden tulorakenne painottui pienituloisiin. Jopa 40 prosenttia kaupungin omassa suun terveydenhuollossa olleista kuului väestön alimpaan tulonsaajaviidennekseen. Yllättävämpää on, että palvelusetelin valinneistakin 35 prosenttia oli alimmassa viidenneksessä. Kaikissa muissa tulonsaajaviidenneksissä oli tasaisesti 14–17 prosenttia sekä kaupungin hammashoitoloissa että palvelusetelillä asioineita potilaita. Kahdessa alimmassa viidenneksessä oli enemmän kunnan oman hoidon kuin palvelusetelien käyttäjiä ja ylimmässä kolmessa luokassa oli hieman enemmän palvelusetelin käyttäjiä. (Kuvio 5)

Kuvio 5. Suun terveydenhuollon potilaiden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti kvintiileittäin 2013



Pearson $\chi^2=61,084$, $df=4$, $p=.000$
 Tulokvinttiilirajojen lähde: Tilastokeskus, Tulonjaon kokonaistilasto

Kaupungin suun terveydenhuollon potilaiden asemaa tulojaossa kuvaa myös pienituloisuusrajan allittavien määrä. Kunnan omia palveluita käyttäneistä pienituloisia oli 28,9 prosenttia, mutta palveluseteliä käyttäneistäkin 24,9 prosenttia.

Logistinen regressio

Kotitalouksien tulojen lisääntyessä suhteellinen todennäköisyys käyttää palveluseteliä suun terveydenhuoltoon kasvoi hieman. Mallissa 1 tulojen kasvaessa 1 000 eurolla palvelusetelin valinnan vetosuhte lisäytyi yhdellä prosentilla (vetosuhte 1,010). Rahatulot olivat tilastollisesti merkitsevästi palvelusetelin valintaa selittävä tekijä kaikissa malleissa paitsi kolmannessa mallissa. Vetosuhte kuitenkin aleni kun malliin otetaan mukaan uusia ulottuvuuksia.

Malliin 2 lisättiin resurssitekijöinä koulutusasteen ohella työssäkäynti, työttömänä olo ja eläkkeellä olo vuoden 2013 lopussa. Nämä tekijät selittivät kaikissa malleissa palveluyksikön valintaa. Tosin vaikutus ei ole suoraviivainen, sillä keskiasteen tutkinnon suorittaneilla vetosuhte poikkesi korkea-asteen koulutetuista enemmän ja erisuuntaisesti kuin perusasteen koulutetuilla. Odotusten mukaisesti työssäkäyvät valitsivat muita useammin palvelusetelin, mutta työttömätkin käyttivät suhteellisesti todennäköisemmin palveluseteliä kuin ei-työttömät. Tosin verrokkiluokka, jossa on kaikki muut kuin työttömät, on hyvin heterogeeninen ryhmä. Eläkeläisillä oli verrattuna ei-eläkeläisiin 1,7–1,9-kertainen vetosuhte kunnan oman hammashuollon käyttämisen puolesta.

Kolmannessa vaiheessa malliin lisättiin demografisia tekijöitä. Sukupuolten välillä ei ollut hoitoyksikön valinnan suhteen eroa. 30–64-vuotiailla oli suurempi vetosuhte palvelusetelin käytölle kuin eläkeikäisillä, mutta alle 30-vuotiaiden ja yli 64-vuotiaiden välillä ei kuitenkaan ollut merkitseviä eroja.

Kaakkosen ja koillisen suurpiirin alueella asuvilla oli suurempi ja muilla alueilla asuvilla pienempi suhteellinen todennäköisyys kuulua palvelusetelin käyttäjiin kuin itäisellä alueella asuvilla. Ero läntiseen suurpiiriin ei kuitenkaan ollut merkitsevällä tasolla.

Taulukko 4. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle suun terveydenhuollossa 2013 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,010*** | 1,007*** | 1,003 | 1,005** |
| Korkein koulutusaste (ref. korkea-aste=1,000) | | ** | *** | *** |
| Keskiaste | | 1,088* | 1,122** | 1,082 |
| Perusaste | | ,923 | ,954 | ,896* |
| Työllinen vuoden lopussa (=1,000) | | ,724*** | ,753*** | ,758*** |
| Työtön vuoden lopussa (=1,000) | | ,663*** | ,749*** | ,748*** |
| Eläkkeellä vuoden lopussa (=1,000) | | 1,854*** | 1,703*** | 1,703*** |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | | | 1,046 | 1,057 |
| Ikä (ref. 65 v. ja yli=1,000) | | | *** | *** |
| 45–64 | | | ,994 | 1,032 |
| 30–44 | | | 1,367*** | 1,405*** |
| alle 30 | | | 1,552*** | 1,535*** |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | | | ,910* | ,950 |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | | | | *** |
| Eteläinen | | | | ,668*** |
| Läntinen | | | | ,964 |
| Keskinen | | | | ,744*** |
| Pohjoinen | | | | ,709*** |
| Koillinen | | | | 1,153* |
| Kaakkoinen | | | | 1,245** |
| Vakio | ,811*** | 0,89 | ,730* | ,750 |
| -2LL | 18716,553 | 18171,944 | 18061,039 | 17928,674 |
| Hoshmer-Lemeshow | ,000 | ,122 | ,016 | ,000 |
| Nagelkerke R² | ,006 | ,058 | ,068 | ,081 |

p * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

Taulukon alaosassa oleva Hoshmer-Lemeshowin testitulos ilmaisee, kuinka hyvin malli luokittelee tapauksia kunnan omaan ja palveluseteliryhmään. Jos malli luokittelee hyvin, testiaron suuruus on vähintään 0,05. Tässä tapauksessa luokittelu on toiminut huonosti ja lukuunottamatta mallia 2 niiden kyky luokitella valintoja on jäänyt rajalliseksi. Kun ottaa lisäksi huomioon rahatulojen kasvun melko pienen vetosuhteen palvelusetelin käytön puolesta, jää mallista puuttumaan potilaiden valintaa selittäviä tekijöitä. Todennäköisesti ainakin se, että palveluseteliä tarjottiin vain osan vuotta ja työntekijän harkinnan mukaan potilaille, on vaikuttanut siihen, ketkä ovat ohjautuneet kaupungin omaan ja ketkä palveluseteliyksikön hoitoon.

Tuloviidennekset ja pienituloisuus selittäjinä

Kun logistisessa regressiossa vaihdettiin tulomittariksi tulokvintiilit kulutusyksikköä kohti, niin kaikissa malleissa tulot selittivät merkitsevällä tasolla (mallissa 4 $p=,009$) palvelusetelin valintaa. Mallissa 4 mikään tuloviidenne ei kuitenkaan poikennut merkitsevällä tasolla ylimmästä tuloviidenneksestä. Tulosta selittää se, että kolmessa ylimmässä tulonsaajaviidenneksessä on palveluseteliä käyttäneiden osuus vain hieman korkeampi kuin kaupungin hammashuollossa olleiden osuus. Lisäksi suun terveydenhuollon potilaista lähes 40 prosenttia sijoittui alimpaan tulonsaajaviidennekseen. (Liitetaulukko 3)

Pienituloisuusrajan alittavat käyttivät harvemmin palveluseteliä kuin ei-pienituloiset. Silti kun logistisella regressiolla vakioitiin muiden tekijöiden vaikutus, oli mallissa 4 ei-pienituloisilla 15 prosenttia suurempi vetosuhte palvelusetelin käyttämiselle verrattuna pienituloisiin ($p=0,09$). Tosin Hoshmer-Lemeshowin testin mukaan ($p=0.015$) malli ei ole kovin hyvä. (Liitetaulukko 2)

Johtopäätöksiä: suun terveydenhuolto

- Suun terveydenhuollon potilaskunta painottuu pienituloisiin. Palveluseteliä käyttäneet olivat keskimäärin suurempituloisia kuin kaupungin hammashoitoloiden potilaat. Tulojen kasvu lisäsi kuitenkin vain vähän todennäköisyyttä palvelusetelin valinnalle. Tulojen merkitystä hoidon tuottajan valinnassa vähensi ilmeisesti se, että joissakin tapauksissa hoitokustannukset palvelusetelillä saattoivat olla jopa alempia kuin kaupungin hammashoitolassa. Tutkimuksessa ei kuitenkaan ollut käytettävissä tietoa, kuinka paljon toteutunut palveluseteliyksikön hoitomaksu poikkesi vastaavasta kaupungin hammashoitolan maksusta.
- Työssäkäyvät käyttivät enemmän palveluseteliä kuin ei-työssäkäyvät, mutta myös työttömillä oli suhteellisesti suurempi todennäköisyys valita palveluseteli kuin ei-työttömillä. Ryhmien valitsemisperusteet saattavat kuitenkin erota toisistaan. Työssäkäyvälle voi olla tärkeätä, että hän voi valita palvelusetelillä joustavammin hoitoajan myös virka-ajan ulkopuolelta. Työttömän valintaan taas saattaa vaikuttaa se, että palveluseteliyksiköistä voi löytyä halvempi hoitovaihtoehto kuin kaupungin hoitolasta.
- Suun terveydenhuollossakin potilasohjauksessa tapahtuu valikointia, joka vaikuttaa palvelusetelien käyttöön ja jota regressioanalyysi ei tällä aineistolla tavoita. Valikoitumiseen vaikuttaa myös se, että Helsingissä huomattava osa vähintään kohtuullisesti toimeentulevista ei hakeudu kaupungin hammashoittoon, vaan käy yksityisellä hammaslääkärillä ilman palveluseteliä.
- Ylipäätään esimerkiksi Hoshmer-Lemeshowin ja Nagelkerken testien mukaan regressiomallit selittivät melko heikosti palvelusetelivalintaa.

4.3 läkkäiden palveluasuminen

Ympäri vuorokautiseen palveluasumiseen sijoittuminen edellyttää, että henkilö todetaan hoitotasoltaan ympärivuorokautisen hoivan tarpeessa olevaksi. Kriteerit ovat hyvin tiukat ja valtaosalla ympärivuorokautiseen hoivaan hyväksytyistä on edennyt muistisairaus. Helsingissä pääsääntönä on, että ympärivuorokautiseen hoitoon hyväksytylle kerrotaan mahdollisuudesta valita joko kunnallinen palvelu tai palvelusetelillä yksityinen palveluasuminen. Palvelusetelin valitseminen kuitenkin ”edellyttää, että vanhuksella on omaa toimintakykyä niin paljon, että hän oikeasti pystyy valitsemaan, tai että hänellä on läheinen, omainen hoitajana, joka hänen asioitansa hoitaa.”⁵

Ympäri vuorokautisen palveluasumisen hinta ylittää 4 000 euroa kuukaudessa. Aivan suurituloisimpia lukuunottamatta eläketulot eivät riitä palveluasumisen maksamiseen kokonaan. Kunnallisen palveluasumisen asiakasmaksu on mitoitettu niin, että eläkeläisen tulot riittävät aina asiakasmaksuun ja että asukkaalle jää pieni käyttövara. Palveluseteli on mitoitettu niin, että palveluasumisen omavastuu on lähes aina suurempi kuin eläke. Siten palvelusetelin valitseminen edellyttää, että henkilöllä on eläkkeen lisäksi muita varoja tai tuloja käytettävissä omavastuusuuteen tai että esimerkiksi omainen osallistuu kustannuksiin.

THL:n tutkimus vanhusten palveluasumisesta Helsingissä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) teki Helsingissä vanhusten palveluasumisesta ja palveluseteleistä kattavan asiakasrekistereihin perustuvan tutkimuksen (Linnosmaa 2012), joka vastasi suurelta osin samoihin kysymyksiin kuin tämä tutkimus. Aineistona olivat palveluasumisen 3 977 asiakasta vuosilta 2008–11 ja heistä 297:llä oli palveluseteli. Tulotietoina olivat asiakastietojärjestelmään kirjatut tulot.

THL:n tutkimuksessa logistisen regression tulosten mukaan suurituloisimpaan tulokolmannekseen sijoittuva asiakas oli lähes neljä kertaa todennäköisemmin palvelusetelijärjestelmän piirissä kuin pienituloisimman tulokolmanneksen asiakas. Palveluseteliasiakkaiden osalta arvioitiin myös itselle jäävän omakustannusosuuden suuruutta käyttämällä laskennallista asumisen kokonaiskustannusten keskiarvohintaa. Tuloksena oli, että alimpaan tulokolmannekseen kuuluvat maksoivat nettomääräisestikin suurempaa omakustannusta (keskimäärin 1 420 €/kk) kuin ylimmän tulokolmanneksen palveluasukkaat (keskimäärin 659 €/kk). Laskennallisessa mallissa oli käytössä vain asukkaan nettotulot, mutta ei varallisuustietoa, joka saattaisi vaikuttaa tuloluokittaiseen jakautumaan. (Linnosmaa 2012, 23)

Tutkimus antoi panoksen myös palvelusetelijärjestelmän oikeudenmukaisuuden arviointiin. Tutkimuksessa laskettiin, miten palveluseteliasiakkaiden maksamat omakustannusosuudet jakautuivat kokonaisuutena tuloluokittain. Sen mukaan alin tulokolmannes maksoi lähes puolet omakustannuksista palveluseteliyksiköille, kun korkeimman tulokolmanneksen osuus oli vain viidesosa. Siten omakustannusosuudet jakautuivat voimakkaan regressiivisesti suurempituloisia suosien. (Linnosmaa 2012, 24)

⁵ Vanhusten palveluasumisen työntekijöiden fokushaastattelusta (haastattelija Jonas Sjöblom 2015)

Aineisto

Tämän tutkimuksen aineistona on 1 891 ympärivuorokautisessa iäkkäiden palveluasumisessa vuosina 2013 ja 2014 ollut asiakasta. Heistä 1 679 oli kaupungin omassa palveluasumisessa ja 212 henkilöä eli 11 prosenttia asui palveluseteliyksikössä. Palveluseteli on ollut käytössä palveluasumisessa jo vuodesta 2008 lähtien. Siksi sekä kunnan että palveluseteliyksikön palveluasunnossa vuosina 2013–14 asuvista rajattiin mukaan ne, joilla asuminen on alkanut vuoden 2007 jälkeen.

Palveluasumisen asiakaspäätökset tehdään toistaiseksi voimassaolevina, joten vuonna 2013 tai sitä ennen alkaneiden asumissuhteiden osalta ei saanut tietoa, onko asuminen yksikössä päätynyt vuonna 2013 vai jatkunut vuonna 2014. Vuonna 2014 alkaneita asiakkuuksia oli 502. Niistä 52 oli alkaneita palveluseteliasiakkuuksia, joista vuoden kulutusyksikkökohtaisia tulotietoja oli saatavissa vain 24 henkilöltä. Siksi tutkimuksen regressioanalyseissä on käytetty vuonna 2014 alkaneissa asiakkuuksissa vuoden 2014 tulotietoja ja ennen vuotta 2014 alkaneissa asumissuhteissa vuoden 2013 tulotietoja.

Aineisto ei sisältänyt tietoa asiakkaan maksettavaksi jäävän omavastuun suuruudesta.

Ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaiden rahatulot

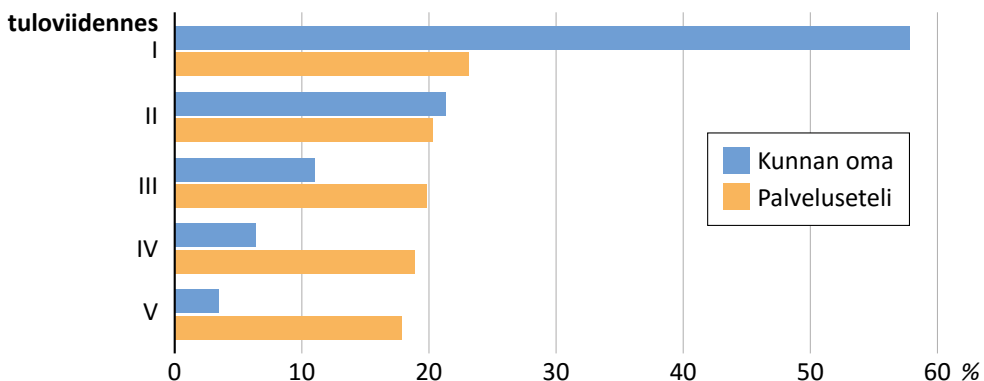
Yli 65-vuotiaiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa palveluseteliä käyttäneiden mediaanitulot olivat 57 prosenttia suurempia kuin kunnan omassa palveluasumisessa olevien rahatulot (Taulukko 5). Palveluasumisessa tuloerot olivat näin suuria, koska asiakkaalle palvelusetelin jälkeen maksettavaksi jäävä omavastuuosuus oli suurempi kuin useimmissa muissa palveluissa.

Taulukko 5. Iäkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaiden käytettävissä olevien tulojen mediaani kulutusyksikköä kohti vuonna 2013–2014, euroa vuodessa

| | Kunnan oma palvelu | | Palveluseteli | |
|--|----------------------|--------------|----------------------|------------|
| | Mediaani euroa/vuosi | N | Mediaani euroa/vuosi | N |
| Kaikki yhteensä | 15 244 | 1 679 | 23 995 | 212 |
| Sukupuoli | | | | |
| Mies | 17 804 | 466 | 29 862 | 27 |
| Nainen | 14 444 | 1 214 | 23 125 | 185 |
| Puoliso | | | | |
| Ei puolisoa | 14 437 | 1 448 | 22 063 | 184 |
| On puoliso | 22 535 | 196 | 30 596 | 28 |
| Kotitalouden korkein koulutusaste | | | | |
| Perusaste | 13 928 | 861 | 17 045 | 71 |
| Keskiaste | 16 347 | 248 | 19 592 | 30 |
| Korkea-aste | 23 292 | 228 | 29 734 | 78 |

Enemmistö iäkkäiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa olevista sijoittui tuloiltaan kulutusyksikköä kohti väestön alimpaan tuloviidennekseen (54 %). Kunnan asumispalvelussa olevista 58 prosenttia sijoittui alimpaan tulonsaajaviidennekseen, mutta palveluseteliä käyttävistäkin oli 23 prosenttia ensimmäisessä viidenneksessä. Siirryttäessä seuraaviin tuloviidenneksiin laskee kunnan omassa palvelussa olevilla prosenttiosuudet jyrkästi ja ylimmässä kvintilissä osuus oli enää alle 4 prosenttia. Sen sijaan palveluseteliä käyttäneet jakautuvat melko tasaisesti kaikkiin viidenneksiin. (Kuvio 6)

Kuvio 6. Iäkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaiden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti tulokvintileittäin 2013



Pearson $\chi^2=167,566$ $df=4$ $p<,000$

Tulokvintilirajojen lähde: Tilastokeskus, Tulonjaon kokonaistilasto

Kunnan omassa asumispalvelussa olleista 40 prosentilla tulot kulutusyksikköä kohti alittivat pienituloisuusrajan. Palveluseteliä käyttäneistäkin 23 prosenttia oli pienituloisia. Valtakunnallisesti 65–74-vuotiaiden pienituloisuusaste oli 8,1 prosenttia, mikä alitti selkeästi koko väestön pienituloisuusasteen. Sen sijaan 75 vuotta täyttäneistä pienituloisia oli 22,2 prosenttia (Tilastokeskus 2016, 1).

Logistinen regressio

Iäkkäiden palveluasumisessa tulojen kasvu lisäsi kaikissa malleissa vakaasti palvelusetelin käytön todennäköisyyttä. Tuhannen euron tulonlisäyksen vetosuhte mallissa 5 oli 1,12. Koulutusaste kokonaisuutena ei ollut merkitsevä selittäjä, mutta perusasteen vetosuhte erosi merkittävästi korkea-asteen tutkinnon suorittaneista. (Taulukko 6)

Taulukko 6. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle iäkkäiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa 2013–2014 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 | Malli 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,107*** | 1,093*** | 1,122*** | 1,123*** | 1,122*** |
| Korkein koulutusaste (ref. korkea-aste=1,000) | | | | | |
| Keskiaste | | ,681 | ,743 | ,751 | ,751 |
| Perusaste | | ,594* | ,616* | ,594* | ,599* |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | | | | | |
| Ikä (ref. 65 v. ja yli=1,000) | | | 1,062*** | 1,063*** | 1,063*** |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | | | 1,767 | 1,837* | 1,847* |
| Suurpiiri (ref.itäinen=1,000) | | | | ** | ** |
| Eteläinen | | | | ,687 | ,697 |
| Läntinen | | | | ,622 | ,621 |
| Keskinen | | | | 1,047 | 1,057 |
| Pohjoinen | | | | 2,145* | 2,151* |
| Koillinen | | | | ,384* | ,391* |
| Kaakkoinen | | | | ,409* | ,399* |
| Rava-indeksi | | | | | 1,091 |
| Vakio | ,017*** | ,032*** | ,000*** | ,000*** | ,000*** |
| -2LL | 926,797 | 921,355 | 856,225 | 832,68 | 832,304 |
| Hoshmer-Lemeshow | ,334 | ,141 | ,137 | ,581 | ,328 |
| Nagelkerke R² | ,147 | ,154 | ,233 | ,261 | ,261 |

p * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001.

***Vuonna 2013 tai ennen alkaneissa asiakkuuksissa vuoden 2013 verotiedot, 2014 alkaneissa asiakkuuksissa vuoden 2014 verotiedot

Naisten vetosuhde palvelusetelin käytön puolesta oli noin kolminkertainen miehiin verrattuna. Vanhuksilla, joilla oli puoliso, oli pienempi suhteellinen todennäköisyys valita palveluseteli, vaikka pariskunnilla oli kulutusyksikköä kohti enemmän tuloja kuin yksinasuvilla.

Suurpiirienkin välillä oli suurehkoja eroja palvelusetelin käytössä. Pohjoisella alueella vetosuhde palvelusetelin käytölle oli kaksinkertainen itäiseen verrattuna, kun taas koillisella ja kaakkoisella alueella veto on enemmän kunnan oman palvelun puolesta. Pohjoisen suurpiirin alueella oli vähiten iäkkäitä palveluasujia, mutta suhteellisesti palveluseteliä käytettiin enemmän kuin muilla alueilla.

Viimeisessä vaiheessa malliin tuotiin mukaan Rava-indeksi, jota tässä käytettiin mittaamaan, onko kunnan oman tai palveluseteliyksikön valinneiden henkilöiden toimintakyvyssä ja avun tarpeessa eroja. Kaikilla ympärivuorokautiseen palveluasumiseen hyväksytyillä on muun muassa Rava-mittarin perusteella niin paljon alentunut toimintakyky, että ympärivuorokautinen hoiva on tarpeen. Oletusten mukaisesti toimintakykykriteeri vaikutti vain päätökseen, että henkilö on oikeutettu ympärivuorokautiseen palveluasumiseen, mutta ei vaikuttanut palvelun tuottajan valintaan. Tätä osoittaa myös se, että Rava-indeksi ei korreloinut palvelusetelin valitsemisen kanssa ($r=,035$ $p=,270$).

Tuloviidennekset ja pienituloisuus selittäjinä

Eläkeläisillä keskitulot ovat alempia kuin työikäisillä. Kun yli puolet iäkkäiden palveluasumisen asiakkaista sijoittuu alimpaan tuloviidennekseen, ei ole mielekästä käyttää palveluasukkaille väestötason tulonjakomittaria. Siksi tässä on käytetty logistisessa regressiossa tuloluokkien erojen kuvaamiseen mittaria, jossa palveluasumisen tutkimusaineisto jaettiin tulokvintileihin. Kaikki viidennekset poikkesivat palvelusetelin käytössä erittäin merkittävästi ylimmästä tuloviidenneksestä. Alimman kvintiilin vetosuhde ylimpään nähden oli vain 0,084 ja neljännenkin kvintiilin vetosuhde oli 0,327. (Liitetaulukko 4)

Ei-pienituloisen vetosuhde palvelusetelin käyttämisen puolesta oli yli nelinkertainen ($\text{Exp}(B)$ 4,453, $p<,001$) pienituloiseen verrattuna. (Liitetaulukko 3)

Johtopäätöksiä: iäkkäiden palveluasuminen

- Eläkkeellä olevien rahatulot alittavat väestön keskimääräisen tason. Palvelusetelillä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa olevilla oli huomattavasti korkeammat mediaanitulot (57 %) kuin kunnan omassa palveluasumisessa olevilla.
- Ympärivuorokautisessa palveluasumisessa tulot selittävät enemmän palvelusetelivalintaa kuin muissa tutkimukseen sisältyvissä palveluissa. Palveluseteliyksiköissä asukkaan omavastuuosuudet ovat niin korkeita kaupungin omiin yksiköihin verrattuna, että niissä asuminen edellyttää, että henkilöllä on eläkkeen lisäksi muuta tuloa tai varallisuutta käytettävissä asiakasmaksuun.
- Korkeasti koulutetut valitsevat palvelusetelin useammin kuin peruskoulutetut. Sen sijaan henkilön toimintakykyä ja palvelutarvetta mittaavan Ravan mukaan iäkkään toimintakyky ei vaikuta siihen, minkä tuottajan palveluasumisen hän valitsee.
- Iäkkäiden palveluasuminen poikkeaa Helsingissä monista palvelusetelipalveluista siinä, että mitään asiakasryhmiä ei ole systemaattisesti rajattu palvelusetelivaihtoehdosta ulos. Vanhustenpalvelussa linjana on, että kaikille ympärivuorokautiseen palveluasumiseen oikeutetuille tarjotaan mahdollisuutta itse valita asuminen kaupungin omassa yksikössä tai jossakin yksityisistä kaupungin palveluntuottajaksi hyväksymistä yksiköistä. Tässä suhteessa palveluasumisessa tutkimuksen vertailu-asema on parempi kuin useimmissa muissa palveluissa.
- Kansainvälisten tutkimusten mukaan työntekijät antavat usein asiakkaalle valinnan tekemiseksi riittämättömästi tietoa vaihtoehdoista tai valikoivat, kenelle mitään tietoa kannattaa kertoa. Tilanteeseen vaikuttaa, että palveluasumisen asukkaat ovat valtaosin muistisairaita ja yleensä valinnan tekee heidän puolestaan omainen tai muu luottohenkilö. Tutkimusten mukaan usein työntekijän ja asiakkaan arviot eivät kohtaa. Työntekijä voi ilmoittaa informoineensa asiakasta, mutta asiakas ei mielestään ole saanut tietoa vaihtoehdoista.
- Valinta tapahtuu usein sen mukaan, mistä paikka vapautuu ensimmäisenä. Palvelusetelijärjestelmän yhtenä oletuksena on, että palveluasumispaikkojen tarjonta kasvaa, jolloin myös heikommassa taloudellisessa asemassa olevat pääsevät nopeammin palveluasumispaikkaan. Heillä ei ole varaa valita palvelusetelipaikkaa, mutta odotuksena on, että paine kaupungin palveluasumisyksiköihin pienenee. Toistaiseksi palveluasumispaikkojen määrä ei juurikaan ole Helsingissä kasvanut eivätkä odotusajatkaan ole lyhentyneet. Keskimääräinen odotusaika kaupungin palveluasumisyksikköön oli 55 vuorokautta vuonna 2013, 44 vuonna 2014 ja 60 vuorokautta vuonna 2015.

4.4 Iäkkäiden päivätoiminta

65 vuotta täyttäneiden päivätoiminta on ennaltaehkäisevää ja kuntoutumista tukevaa toimintaa, jolla edistetään ikääntyneiden henkilöiden toimintakykyä, henkistä vireyttä ja sosiaalisia suhteita. Tavoitteena on tukea ikääntyneen asumista kotona. Työntekijä arvioi asiakkaan kanssa hänen toimintakykynsä ja päivätoiminnan tarpeensa. Jos asiakas saa myönteisen päätöksen päivätoiminnasta, hän saa valita päivätoimintapaikan joko kaupungin omista yksiköistä tai päivätoiminnan palveluseteliyksiköistä.

Palvelusetelin arvo on 50 euroa päivältä tai 65 euroa, jos palveluun sisältyy kuljetus kotoa ja takaisin. Yleensä päivätoimintaa on yhtenä tai kahtena päivänä viikossa. Tutkimusvuosina kaupungin päivätoiminnan asiakasmaksu oli 12 euroa päivältä. Palveluseteliyksiköissä asiakkaan omavastuu oli noin samansuuruinen kuin kaupungin yksiköiden asiakasmaksu. Yksityiset tuottajat hinnoittelevat itse palvelunsa, joten joissakin yksiköissä omavastuu saattoi olla muutaman euron korkeampi.

Aineisto

Vuonna 2014 kaupungin omassa päivätoiminnassa oli 1 795 henkilöä ja palveluseteliyksikössä 152 henkilöä. Päivätoimintaan osallistuvista alle 75-vuotiaita oli vain 14 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneitä oli 86 prosenttia.

Aineisto sisälsi asuinaluetiedon vain palvelusetelillä päivätoimintaan osallistuneista, joten alueellisia eroja palvelutuottajan valinnassa ei voitu tehdä.

Asiakkaiden rahatulot

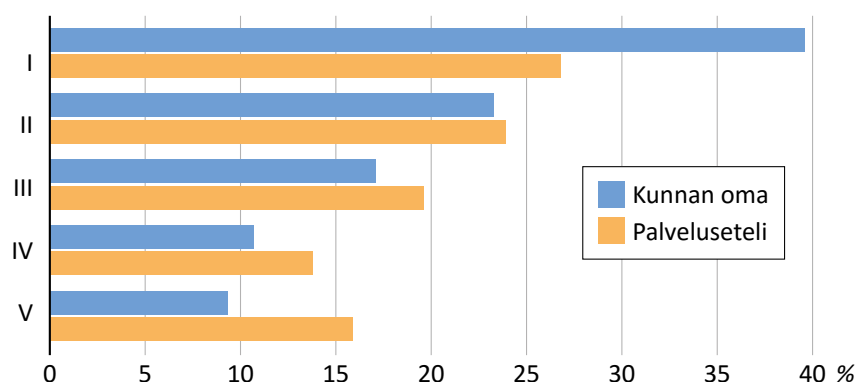
Vuonna 2014 palveluseteliä käyttäneiden mediaanitulot olivat 14 prosenttia korkeampia kuin kunnan omista yksiköissä päivätoiminnassa olleilla. Vaikka asiakasmaksujen suuruudessa ei juurikaan ollut eroja, olivat palveluseteliä käyttäneiden mediaanitulot kaikissa taulukon 8 asiakasryhmissä korkeampia kuin kaupungin omassa päivätoiminnassa olleilla.

Taulukko 7. Iäkkäiden päivätoiminnan asiakkaiden käytettävissä olevien tulojen mediaani kulutusyksikköä kohti vuonna 2014, euroa vuodessa

| | Kunnan oma palvelu | | Palveluseteli | |
|--|----------------------|--------------|----------------------|------------|
| | Mediaani euroa/vuosi | N | Mediaani euroa/vuosi | N |
| Kaikki yhteensä | 18 701 | 1 621 | 21 319 | 138 |
| Sukupuoli | | | | |
| Mies | 16 783 | 1 219 | 19 386 | 100 |
| Nainen | 25 802 | 560 | 29 725 | 58 |
| Puoliso | | | | |
| Ei puolisoa | 15 841 | 1 235 | 18 923 | 94 |
| On puoliso | 25 802 | 560 | 29 725 | 58 |
| Kotitalouden korkein koulutusaste | | | | |
| Perusaste | 15 608 | 867 | 17 203 | 62 |
| Keskiaste | 18 843 | 360 | 21 327 | 29 |
| Korkea-aste | 28 047 | 450 | 31 942 | 51 |

Verrattuna koko väestöön olivat iäkkäät päivätoimintaan osallistuneet yliedustettuina kahdessa alimmassa tulokvintilissä. Kunnallisessa päivätoiminnassa olleista noin 40 prosenttia oli alimmassa ja lähes neljännes toisessa kvintilissä. Palveluseteleitä käyttäneitä oli alimmassa viidenneksessä vähemmän (27 %) ja vastaavasti ylimmissä kvintileissä enemmän kuin kunnan yksiköiden asiakkaita. (Kuvio 7)

Kuvio 7. Iäkkäiden päivätoiminnan asiakkaiden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti tulokvintileittäin 2014



Vuonna 2013 oli pienituloisten osuus kunnan omassa päivätoiminnassa olleista 21 prosenttia ja palveluseteliasiakkaista 13 prosenttia.

Logistinen regressio

Malleissa 1 ja 2 kotitalouden rahatulojen kasvu lisäsi tilastollisesti merkitsevällä tasolla suhteellista todennäköisyyttä palvelusetelin valinnalle, mutta ei enää mallissa 3. Toisessa mallissa resursseja kuvaavat koulutusaste ja Ravaindeksi eivät ole merkitseviä selittäjiä. Ravaindeksi ei korreloi lainkaan palvelusetelivalinnan kanssa ($r = ,004$ $p = ,869$). Kuten iäkkäiden palveluasumisessa, Rava-lukemalla on merkitystä vain päivätoiminnan tarpeen arvioinnissa. (Taulukko 8)

Kun kolmanteen malliin tuotiin demografiset tekijät mukaan, menettivät rahatuloikin tilastollisen merkitsevyyden selittäjänä. Ainoakaan malliin sisältyvä selittäjä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Parisuhteessa asuvilla oli 1,5-kertainen ($1/0,666 = 1,502$) vetosuhde yksinasuviin verrattuna palvelusetelin käytön puolesta, mutta sekään ei ollut tilastollisesti merkitsevä ero.

Taulukko 8. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle iäkkäiden päivätoiminnassa 2014 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 |
|---|---------|---------|---------|
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,033** | 1,028* | 1,020 |
| Korkein koulutusaste (ref. korkea-aste=1,000) | | | |
| Keskiaste | | 1,045 | 1,007 |
| Perusaste | | ,766 | ,791 |
| Rava-indeksi | | ,937 | ,919 |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | | | ,712 |
| Ikä | | | ,983 |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | | | ,666 |
| Vakio | ,032*** | ,046*** | ,317 |
| -2LL | 764,215 | 762,408 | 757,251 |
| Hoshmer-Lemeshow | ,591 | ,101 | ,318 |
| Nagelkerke R² | ,017 | ,020 | ,028 |

*Jos vuoden 2014 verotiedot puuttuivat, käytetty vuoden 2013 tuloja

Tuloviidennekset ja pienituloisuus selittäjinä

Pienituloisuus oli tilastollisesti merkitsevä ainoastaan ensimmäisessä mallissa, jossa se oli ainoana mukana oleva selittäjä. Vastaavasti tulokvintiilejä käytettäessä poikkeivat ensimmäisessä mallissa tulokvintiilien kaksi alinta luokkaa tilastollisesti merkitsevästi ylimmästä kvintiilistä. Kun malliin lisättiin koulutus ja demografiset tekijät, ei ainutkaan muuttuja ollut tilastollisesti merkitsevä selittäjä. (Liitetaulukko 5)

Päivätoiminnan tutkimusaineisto ei siten sisältänyt tekijöitä, jotka selittäisivät palvelusetelin valintaa. Näennäisselityksasteet (Nagelkerke R²) olivat malleissa hyvin alhaisia, 1,7–2,8 prosenttia.

Johtopäätöksiä: iäkkäiden päivätoiminta

- Iäkkäiden päivätoiminnassakin palvelusetelillä osallistuneiden mediaanirahatulo kulutusyksikköä kohti olivat suurempia kuin kunnan omaan päivätoimintaan osallistuneiden tulot. Kun regressiotarkastelussa mukana olleet demografiset- ja resurssitekijät vakioitiin, eivät tulot enää selittäneetkään tilastollisesti merkitsevästi palvelusetelivalintaa.
- Palveluseteliyksikön asiakasmaksu oli joko samansuuruinen tai vain hieman suurempi kuin kaupungin omassa päivätoiminnassa. Siten asiakasmaksu ei ole asiakkaalle merkittävä tekijä palveluyksikön valinnassa.
- Toimintakyvyn aste Ravalla mitattuna ei myöskään vaikuttanut tuottajan valintaan.
- Ainoakaan logistisen regression mallissa mukana ollut tekijä ei selittänyt, miksi asiakas valitsi kunnan oman päivätoiminnan tai palvelusetelin. Tässä tapauksessa selityksiä tuskin löytyy taloudellisesta eriarvoisuudesta. Asiakkaiden tai useimmissa tapauksissa heidän omaisten tai muiden edunvalvojien tekemät valinnat perustuvat tekijöihin, joita ei tämänlaisella rekisteriaineistolla tavoita.
- Asuinalue ja paikkatieto valitusta yksiköstä olisivat voineet tuottaa joitakin selityksiä valinnalle. Yksi palveluseteliyksikön valintaa estävä tekijä oli, että monilla alueilla ei ollut tarjolla palveluseteliyksikköä tai tuottajalla ei ollut tarjota kuljetuksia yksikköön (Sjöblom 2015, 32–33). Helsingissä palvelusetelillä päivätoimintaan tehdyn kyselyn mukaan yksikön osoite oli nopean palveluun pääsyn jälkeen asiakkaan tärkein perustelu tehdyille valinnalle (emt., 35). Asiakkaalle on usein tärkeämpää palvelun helppous kuin se, kuka palvelun järjestää. Tietysti voi olla toisinkin päin, jos lähellä on yksityinen palveluseteliyksikkö, se voi olla ratkaiseva tekijä asiakkaan valinnalle.

4.5 Vaikeavammaisen henkilökohtainen apu

Vaikeavammaisella henkilöllä on oikeus saada henkilökohtaista apua, jos hän tarvitsee välttämättä palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnosta (Vammaispalvelulaki § 8). Tarve saada jatkuvaa tai toistuvaa toisen henkilön apua voi liittyä päivittäisiin perustoimiin, työssäkäyntiin, opiskeluun, harrastuksiin, yhteiskunnalliseen osallistumiseen tai sosiaaliseen vuorovaikutukseen.

Helsingissä on järjestetty vaikeavammaiselle henkilökohtaista apua kolmella tavalla. Vammaisen voi toimia itse työnantajana. Toisaalta vammaisille, joilla on vaikeuksia toimia työnantajana, on järjestetty henkilökohtaista apua ostopalveluna, mutta Sote-virasto on luopunut uusien ostopalveluiden hankkimisesta. Uusimpana järjestämistapana on palveluseteli. Henkilö on voinut saada apua myös kahdella tai jopa kaikilla kolmella tavalla järjestettynä.

Taulukko 9. Vammaisten henkilökohtaisen avun saajat vuodessa järjestämistavan mukaan 2013 – 2016

| | 2013 | 2014 | 2015 | 1–8/2016* |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Itse työnantajana | 875 | 942 | 987 | 1 003 |
| Ostopalvelu | 964 | 927 | 681 | 602 |
| Palveluseteli | 260 | 535 | 864 | 1 019 |
| Yhteensä** | 1 893 | 2 102 | 2 249 | 2 370 |

* Vuodelta 2016 tammi–elokuu.

** Yhteensä-luku sisältää myös vanhan vammaispalvelulain mukaiset avustajat

Vielä vuosikymmenen alkupuolella henkilökohtaista apua järjestettiin melko tasapuolisesti työnantajana toimien ja ostopalveluna. Työnantajasopimukset ovat edelleen ensisijainen ja määrällisesti kasvava tapa hoitaa henkilökohtaista apua. Vanhojen ostopalvelusopimusten määrä on vähentynyt ja tilalle ovat tulleet palvelusetelit. Palvelusetelien määrä on muutoinkin kasvussa ja seteliä käyttäviä on jopa enemmän kuin työnantajasopimuksia. Luvuissa pitää ottaa huomioon, että työnantajana toimiva voi saada myös palvelusetelin ainakin tilapäiseen avun tarpeeseen tai sijaistukseen. (Taulukko 9)

Vammaispalvelulain mukainen henkilökohtainen apu on asiakkaalle maksutonta riippumatta siitä millä tavalla palvelu on järjestetty. Tutkimukselle henkilökohtaisen avun tekeekin kiinnostavaksi se, miten asiakkaat valikoituvat eri tavoin järjestettyihin palveluihin silloin, kun mikään vaihtoehto ei aiheuta asiakkaalle kustannuksilla. Huomioon on kuitenkin otettava, että palveluseteliä ei tarjota kaikille henkilökohtaisen avun hakijoille. Jos asiakkaalla on edellytyksiä toimia työnantajana, tarjoaa sosiaalityöntekijä usein sitä ensisijaisena vaihtoehtona. Tavoitteena on, että sosiaalityöntekijä ja asiakas arvioivat yhdessä, mikä olisi hakijalle paras tapa palvelun toteuttamiseen. Setelinkin käyttö edellyttää, että asiakas kykenee tekemään valintoja ja valvomaan saamansa palvelun laatua.

Aineisto

Henkilökohtaista apua voivat saada myös lapset, mutta tutkimusaineisto on rajattu 18 vuotta täyttäneisiin. Kuten muissakin palveluissa, aineistosta on poistettu asuntokunnat, joissa on yksinasuvan tai yhden perheen lisäksi muitakin henkilöitä sekä ne, joilta ei ollut saatavissa tietoa verotettavista tuloista.

Regressioanalyysiin rajattiin mukaan vain henkilöt, jotka saivat henkilökohtaista apua vain yhdellä kolmesta järjestämistavasta. Näin vertailuissa saadaan puhtaammin esiin kunkin järjestämistavan erityisyydet. Tämä joukko kattoi kuitenkin 84 prosenttia kaikista vuosina 2013 tai 2014 henkilökohtaista apua saaneista.

Henkilökohtaisen avun saajista yli neljä viidesosaa oli eläkeläisiä ja runsas kymmenesosa työssäkäyviä. Työssäkäyvistä ja opiskelijoista yli kaksi kolmasosaa sai henkilökohtaisen apunsa työnantajana. Ostopalvelun asiakkaisissa korostui eläkeläisten osuus. Palveluseteliasiakkuudet jakautuivat melko tasan eri ryhmien välillä.

Vaikeavammaisten henkilökohtaisen avun asiakkaiden rahatulot

Taulukossa 11 on otettu huomioon kolme henkilökohtaisen avun järjestämistapaa ja niiden yhdistelmät. Vain palveluseteliä käyttäneiden mediaanirahatulot olivat keskimäärin korkeampia kuin vain työnantajana toimineilla tai avun ostopalveluna saaneilla. Korkeimmat keskitulot olivat kuitenkin työnantajana toimineilla, jotka käyttivät lisäksi palveluseteliä. Matalimmat tulot olivat ostopalveluasiakkailla, joilla oli myös alhaisin koulutustaso ja työssäkäynnin aste.

Taulukko 10. Vaikeavammaisten henkilökohtaisen avun saajien käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti vuonna 2013, euroa vuodessa mediaani

| | Mediaani €/vuosi | Keskihajonta | N |
|--|------------------|---------------|--------------|
| Vain palveluseteli | 16 734 | 11 861 | 134 |
| Palveluseteli + työnantaja | 18 137 | 12 562 | 84 |
| Palveluseteli + ostopalvelu | 9 327 | 8 589 | 59 |
| Palveluseteli + työnantaja + ostopalvelu | 14 645 | 11 291 | 19 |
| Vain työnantaja | 15 945 | 13 938 | 426 |
| Työnantaja + ostopalvelu | 14 333 | 31 286 | 55 |
| Vain ostopalvelu | 13 363 | 10 197 | 416 |
| Kaikki | 14 407 | 13 787 | 1 193 |

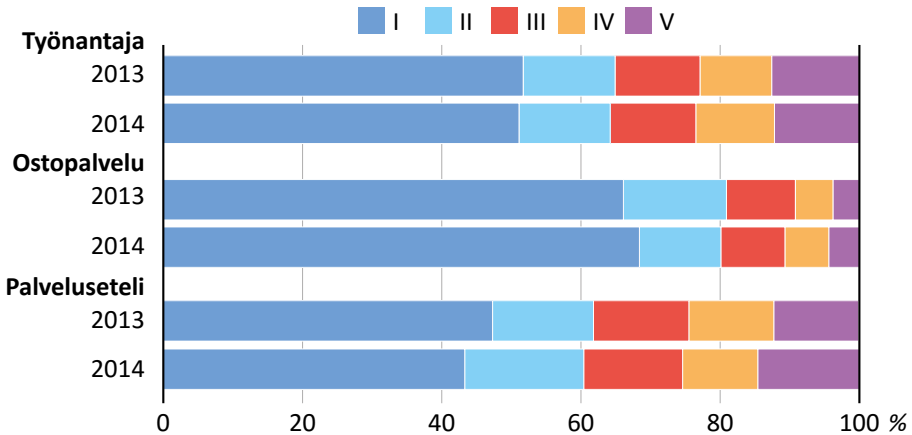
Pariskunnilla oli palvelun järjestämistavasta riippumatta yli kaksinkertaiset rahatulot kulutusyksikköä kohti verrattuna yksineläviin. Ikäryhmittäin alle 30-vuotiaiden tulot olivat kansaneläketasoa ja nuorten vammaisten ostopalveluasiakkaiden rahatulot 4 400 euroa kuukaudessa ovat vielä puolet vähemmän kuin muilla henkilökohtaista apua saavilla nuorilla. Ikäryhmistä korkeimmat mediaanitulot olivat 65 vuotta täytäneillä. (Taulukko 11)

Taulukko 11. Vaikeavammaisten henkilökohtaisen avun saajien käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti vuonna 2013, euroa vuodessa mediaani

| | Työnantaja | | Ostopalvelu | | Palveluseteli | |
|--|----------------------|------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
| | Mediaani euroa/vuosi | N | Mediaani euroa/vuosi | N | Mediaani euroa/vuosi | N |
| Kaikki yhteensä | 15 945 | 426 | 13 363 | 416 | 16 734 | 134 |
| Puoliso | | | | | | |
| Ei puolisoa | 13 148 | 290 | 12 154 | 361 | 14 709 | 101 |
| On puoliso | 25 400 | 137 | 24 062 | 57 | 31 089 | 33 |
| Sukupuoli | | | | | | |
| Mies | 17 143 | 189 | 12 130 | 188 | 19 030 | 51 |
| Nainen | 15 676 | 251 | 13 603 | 244 | 16 056 | 84 |
| Ikä luokiteltuna | | | | | | |
| alle 30 | 8 805 | 87 | 4 403 | 89 | 8 394 | 15 |
| 30–44 | 16 065 | 86 | 8 806 | 50 | 22 988 | 16 |
| 45–64 | 17 393 | 176 | 14 039 | 147 | 17 326 | 43 |
| 65 ja yli | 19 086 | 91 | 15 823 | 146 | 18 218 | 61 |
| Kotitalouden korkein koulutusaste | | | | | | |
| Perusaste | 11 096 | 104 | 9 798 | 204 | 13 113 | 34 |
| Keskiaste | 13 516 | 139 | 13 771 | 116 | 13 660 | 34 |
| Korkea-aste | 24 071 | 169 | 20 436 | 75 | 25 129 | 54 |
| Työllinen vuoden lopussa | | | | | | |
| Työssä | 14 339 | 366 | 13 377 | 416 | 16 189 | 120 |
| Ei työssä | 27 543 | 74 | 12 695 | 16 | 27 541 | 15 |
| Eläkkeellä vuoden lopussa | | | | | | |
| Eläkkeellä | 18 773 | 142 | 6 809 | 52 | 19 514 | 27 |
| Ei eläkkeellä | 15 363 | 298 | 13 571 | 380 | 16 589 | 108 |

Henkilökohtaisen avun saajat olivat tuloiltaan huomattavasti pienituloisempia kuin väestö keskimäärin. Jopa 57 prosenttia henkilökohtaisen avun saajista vuonna 2013 ja 56 prosenttia vuonna 2014 kuului väestön alimpaan tulonsaajaviidennekseen. Eri-tyisen pienituloisia olivat ostopalveluasiakkaat, joista 68 prosenttia oli vuonna 2014 alimmassa tulonsaajaviidenneksessä. Työnantajana toimivien ja palveluseteliasiakkaiden tulonjaot olivat lähempänä toisiaan, paitsi että palveluseteliasiakkaista suurempi osa oli ylimmässä tulonsaajaviidenneksessä ja pienempi osa alimmassa viidenneksessä. (Kuvio 8)

Kuvio 8. Vaikeavammaisten henkilökohtaisen avun saajien käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti tulokvintileittäin 2013 ja 201



2013: Pearson $\chi^2=39,714$ $df=8$ $p<,000$, 2014: $\chi^2=54,988$ $df=8$ $p<,000$
 Tulokvintilirajojen lähde: Tilastokeskus, Tulonjaon kokonaistilasto

Avustajatarpeen intensiivisyys

Käytettävissä ei ollut asiakkaan toimintakykyä tai toimintaa kuvaavaa mittaria. Henkilökohtaisen avun päätös sisältää arvion tarvittavan avun määrästä avun tuntimääränä kuukaudessa. Tutkimusaineistossa on vuosilta 2013–14 päätöskohtaisesti tiedot hyväksytyistä tuntimääristä. Asiakkaalla voi olla samalle ajalle useita päätöksiä, joiden tuntimääriä ei voida laskea yhteen. Päätöksiä voi olla vuoden aikana jopa yli kymmenen. Kun avustustarpeen intensiivisyyttä kuvaavaa mittaria ei ollut saatavissa, tehtiin tähän tutkimukseen korvaava summamuuttuja. Ensinnä valittiin vuoden suurin päätökseen kirjattu tuntimäärä kussakin avun järjestämistavassa (työnantaja, palveluseteli ja ostopalvelu) jotka summattiin yhteen henkilökohtaisen avun tuntimääräksi vuodessa. Mittari on laskennallinen, sillä tietoa toteutuneista henkilökohtaisen avun tunneista ei ollut saatavissa.

Työnantajana toimivilla oli keskimäärin eniten avustajatunteja kuukaudessa. Palveluseteli- ja ostopalveluasiakkailla tuntimäärät olivat keskimäärin puolet pienempiä. Tuntimäärien hajonta on kuitenkin suurta. Taulukossa 13 on eriteltynä myös avun järjestämistavan yhdistelmät, joiden mukaan tunteja on eniten työnantajana toimivilla, joilla on lisäksi palvelusetelillä tai ostopalveluna hankittua avustajapalvelua.

Tosin eri järjestämistapojen tuntien laskeminen yhteen liioittelee tuntimäärää, sillä osittain yhden järjestämistavan tunnit ovat vain korvautuneet toisella järjestämistavalla. Regressioanalyyseissä tätä ongelmaa ei ole, sillä niistä on selkeyden vuoksi rajattu ulos kahta tai kolmea järjestämistapaa käyttäneet asiakkaat.

Taulukko 12. Henkilökohtaisen avun päätösten korkeimmat tuntimäärät kuukaudessa yhteenlaskettuna

| Palvelusetelin käyttö | Palveluseteli-, työnantaja- ja ostopalvelutuntien maksimit yhteensä | | | |
|--|---|-----------|--------------|--------------|
| | Keskiarvo | Mediaani | Keskihajonta | N |
| Vain palveluseteli | 68 | 35 | 92 | 260 |
| Vain työnantaja | 102 | 60 | 113 | 525 |
| Vain ostopalvelu | 53 | 30 | 60 | 443 |
| Palveluseteli + työnantaja | 223 | 168 | 200 | 90 |
| Palveluseteli + ostopalvelu | 94 | 50 | 135 | 61 |
| Palveluseteli + työnantaja + ostopalvelu | 368 | 320 | 245 | 17 |
| Työnantaja + ostopalvelu | 179 | 101 | 190 | 53 |
| Kaikki yhteensä | 94 | 48 | 124 | 1 449 |

Multinomiaalinen logistinen regressio 2013

Vammaisten henkilökohtaisessa avussa on kolme tarkasteltavaa palvelun järjestämisen tapaa: 1) asiakas henkilökohtaisen avustajan työnantajana, 2) avustaja Sote-viraston ostopalveluna ja 3) avustaja palvelusetelillä. Logistisessa regressiossa selitettävällä muuttujalla voi olla vain kaksi luokkaa. Siksi tässä tapauksessa menetelmänä on käytetty multinomiaalista logistista regressiota, jossa selitettävällä muuttujalla voi olla kolme tai useampiakin luokkia.

Multinomiaalisessa regressiossa tuloksia tulkitaan samalla lailla kuin logistisessa regressiossa, mutta kaksivaiheisuus tekee tulosten esittämisen hieman mutkikkaammaksi. Jos selitettävällä muuttujalla on kolme luokkaa, valitaan niistä yksi referenssiluokaksi ja kahta muuta luokkaa verrataan vuorotellen referenssiluokkaan. Tässä tapauksessa referenssikategoriana on palvelusetelin käyttö ja verrokkiluokkina työnantajana toimineet sekä ostopalvelu. Multinomiaalisella regressiolla tutkitaan kunkin selittävän tekijän osalta, mikä on suhteellinen riskiosuus sille, että henkilö valitsee palvelusetelin sijaan työnantajasuhteen tai ostopalvelun. Regressiossa kaikkien muiden selittävien muuttujien vaikutukset on vakioitu, jotta saadaan esiin, miten kukin yksittäinen muuttuja vaikuttaa valintaan.

Logistisen regression tuloksia kuvattiin vetosuhteella (Odds ratio). Multinomiaalisessa regressiossa on käytetty käsitettä suhteellinen riskiosuus (Relative risk ratio, RRR). Liitteessä 2 on esimerkinomaisesti esitetty, miten suhteellinen riskiosuus lasketaan. Multinomiaalisessa regressiossa on vain yksi malli, johon kaikki selittävät muuttujat on tuotu kerralla mukaan. Selittäjät ovat asuinalueita lukuunottamatta samoja kuin muissakin tarkastelluissa palveluissa.

Taulukon 13 yläosassa on esitetty kunkin selittävän muuttujan osalta, mikä on suhteellinen riskiosuus sille, että asiakas valitsee työnantajana toimimisen eikä palvelusetelin käyttöä. Taulukon alaosassa on ostopalveluiden suhteellinen riskiosuus

palveluseteliryhmään verrattuna. Työnantaja- ja ostopalveluryhmien tulokset eivät analysissään vaikuta toisiinsa.

Kotitalouden rahatulojen suhteellinen riskikerroin on alle 1. Se tarkoittaa, että tulojen kasvaessa suhteellinen todennäköisyys olla työnantajana pienenee verrattuna palveluseteliasiakkuuteen. Toisin sanoen tuhannen euron lisäys rahatuloihin kulutusyksikköä kohti lisäisi alle neljällä prosentilla ($1/0,963=1,038$) suhteellista riskiosuutta sille, että henkilö valitsisi avustajan työnantajaksi ryhtymisen sijaan palvelusetelin. Sama pätee myös tulonlisäyksen vaikutukseen, kun verrataan ostopalvelu- ja palveluseteliasiakkuuksien suhteellista riskikerrointa.

Useiden muuttujien osalta työnantaja- ja ostopalveluryhmät poikkesivat erisuuntaisesti palvelusetelin käyttäjistä. Työnantajana toimimisen ja palveluseteliasiakkuuden vertailussa henkilökohtaisen avun tuntimäärän lisäyksen suhteellinen riskiosuus on arvoltaan yli 1. Avun tuntimäärän kasvaessa lisääntyy suhteellinen todennäköisyys sille, että henkilö valitsee ennemmin työnantajana toimimisen kuin palveluseteliasiakkuuden. Verrattaessa ostopalvelua ja palveluseteliä, kasvattaisi yhden tunnin lisäys henkilökohtaiseen apuun suhteellista riskiä valita palveluseteli 0,4 prosentilla ($1/0,996=1,004$), mutta vain 10 prosentin tilastollisella merkitsevyydellä.

Pearsonin korrelaatioanalyysillä maksimituntien määrä korreloi rahatulojen kanssa positiivisesti, mutta melko heikosti ($r=,101$ $p=,001$).

Koulutusaste ei erotellut työnantaja- ja palveluseteliryhmiä, mutta perusasteen suorittaneilla oli korkeasti koulutettuihin nähden 2,5-kertainen suhteellinen riskikerroin olla ennemmin ostopalvelu- kuin palveluseteliasiakas. Parisuhde ei vaikuttanut ostopalvelun tai palvelusetelin valintaan, mutta parisuhteessa olevien riskikerroin kuuluu työnantajiin palvelusetelin käyttäjien sijaan oli kolminkertainen yksineläviin nähden.

Työssäkäynti ei ole palvelumuodon valintaa selittävä tekijä. Eläkkeelläolokaan ei vaikuttanut työnantajuuden tai palvelusetelin valintaan. Toisaalta eläkeläisillä oli ei-eläkeläisiin verrattuna kuusinkertainen riskikerroin ($1/0,169=5,910$) palvelusetelin käytölle ostopalveluasiakkuuden sijaan.

Taulukko 13. Multinomiaalinen regressiomalli palvelusetelin käytölle vammaisten henkilökohtaisessa avussa 2013 (suhteellinen riskikerroin, Relative risk ratio)

| | Sig. | Suhteellinen riskikerroin | 95 % luottamusvälin | | Keski- virhe |
|--|------|---------------------------|---------------------|---------|-----------------|
| | | | Alaraja | Yläraja | |
| TYÖNANTAJA | | | | | |
| Vakio | ,025 | | | | ,966 |
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | ,006 | ,963 | ,938 | ,989 | ,014 |
| Henkilökohtaisen avun maksimitunnit 2013 | ,001 | 1,006 | 1,003 | 1,010 | ,002 |
| Sukupuoli nainen (ref.) | | | | | |
| Sukupuoli mies | ,880 | 1,036 | ,652 | 1,648 | ,237 |
| On puoliso (ref.) | | | | | |
| Ei puolisoa | ,003 | 0,303 | ,138 | 0,668 | ,403 |
| Ikä 65 ja yli (ref.) | | | | | |
| Ikä 45–64 | ,001 | 2,540 | 1,487 | 4,337 | ,273 |
| Ikä 30–44 | ,010 | 2,748 | 1,280 | 5,903 | ,390 |
| Ikä alle 30 | ,071 | 2,203 | ,935 | 5,190 | ,437 |
| Korkein koulutusaste korkea-aste (ref.) | | | | | |
| Keskiaste | ,815 | 1,070 | ,609 | 1,877 | ,287 |
| Perusaste | ,788 | 0,920 | ,498 | 1,697 | ,313 |
| Työllinen vuoden lopussa 2013 (ref.) | | | | | |
| Ei työllinen | ,479 | 0,674 | ,227 | 2,005 | ,556 |
| Eläkkeellä vuoden lopussa 2013 (ref.) | | | | | |
| Ei eläkkeellä | ,880 | 1,073 | ,431 | 2,671 | ,465 |
| OSTOPALVELU | | | | | |
| Vakio | ,018 | | | | 1,068 |
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | ,023 | ,968 | ,942 | ,996 | ,014 |
| Henkilökohtaisen avun maksimitunnit 2013 | ,055 | ,996 | ,992 | 1,000 | ,002 |
| Sukupuoli nainen (ref.) | | | | | |
| Sukupuoli mies | ,723 | 1,088 | ,683 | 1,732 | ,237 |
| On puoliso (ref.) | | | | | |
| Ei puolisoa | ,401 | ,701 | ,306 | 1,607 | ,423 |
| Ikä 65 ja yli (ref.) | | | | | |
| Ikä 45–64 | ,032 | 1,772 | 1,052 | 2,985 | ,266 |
| Ikä 30–44 | ,091 | 1,963 | ,898 | 4,294 | ,399 |
| Ikä alle 30 | ,168 | 1,817 | ,777 | 4,245 | ,433 |
| Korkein koulutusaste korkea-aste (ref.) | ,002 | 2,550 | 1,391 | 4,676 | ,309 |
| Keskiaste | ,089 | 1,655 | ,926 | 2,956 | ,296 |
| Perusaste | | | | | |
| Työllinen vuoden lopussa 2013 (ref.) | ,157 | ,380 | ,100 | 1,451 | ,683 |
| Ei työllinen | | | | | |
| Eläkkeellä vuoden lopussa 2013 (ref.) | ,002 | ,169 | ,056 | ,514 | ,567 |
| Ei eläkkeellä | | | | | |

Vuoden 2014 multinomiaalisen regression tulokset eivät oleellisesti poikkea vuodesta 2013. Useimpien muuttujien riskikertoimet ovat jonkin verran tasaantuneet ja keski-
virheet pienentyneet vuodesta 2013. Vuoden 2014 multinomiaalisen regression tau-
lukko on raportin liitetaulukkona 5.

Tuloviidennekset ja pienituloisuus selittäjinä

Tulomittarin vaihtaminen kotitalouden rahatuloista kulutusyksikköä kohti pelkkiin
päähenkilön tuloihin ilman puolison tuloja ei vaikuttanut tuloksiin. Kun mittarina
käytettiin tulokvintilejä, oli vuonna 2014 alimman tuloviidenneksen suhteellinen
riskikerroin kuuluu työnantajana toimimisen sijaan palveluseteliryhmään ylimpään
viidennekseen verrattuna yli kaksinkertainen ja ostopalveluryhmään kuulumiselle
kolminkertainen. Vuoden 2013 aineistossa ei kuitenkaan ollut tulokvintilien välisiä
merkitseviä eroja. (Liitetaulukko 7)

Myöskään pienituloisuus tulomittarina ei erotellut vuonna 2013 tilastollisesti mer-
kitsevästi työnantaja- tai ostopalveluryhmiin kuuluvia palvelusetelin käyttäjistä. Sen
sijaan vuonna 2014 oli merkitsevänä erona, että pienituloisilla oli ei-pienituloisiin
nähdessä noin kaksinkertainen riskisuhde kuulumiselle palvelusetelien käyttäjien si-
jaan joko työnantajiin tai ostopalvelun saajiin. (Liitetaulukko 6)

Johtopäätöksiä: vaikeavammaisten henkilökohtainen apu

- Henkilökohtainen apu on saajalleen maksutonta. Siten kustannukset eivät ohjaa
asiakkaan valintaa. Tulojen kasvu kuitenkin lisäsi palvelusetelin valinnan suhteel-
lista todennäköisyyttä verrattuna sekä työnantajana että ostopalveluasiakkaana
olemiseen.
- Vaikeavammaiset olivat keskimäärin hyvin pienituloisia. Lähes kolme viidesosaa
henkilökohtaisen avun saajista sijoittui väestön alimpaan tulonsaajaviidennek-
seen. Neljä viidesosaa henkilökohtaisen avun saajista oli eläkeläisiä.
- Avustajan työnantajana toimivien ja palvelusetelillä henkilökohtaisen avun hank-
kivien tulotasot olivat lähellä toisiaan, mutta ostopalveluna avun saavien mediaa-
nitulot olivat selvästi alhaisempia kuin em. ryhmillä.
- Ostopalvelut ovat menettämässä merkitystään vertailun kohteena, sillä ostopalve-
lua ei enää tarjota henkilökohtaisen avun järjestämistavaksi. Ensisijaisena vaihto-
ehtona asiakkaalle tarjotaan työnantajana toimimista, jos asiakkaalla arvioidaan
olevan siihen edellytyksiä. Toisena vaihtoehtona tarjotaan palveluseteliä, erityisesti
henkilöille, joille aiemmin olisi tehty ostopalvelupäätös. Tämän seurauksena pal-
veluseteliryhmän profiili voi siirtyä ostopalveluryhmän suuntaan.
- Osa saa kaiken henkilökohtaisen avun palvelusetelillä, mutta lisäksi se on työn-
antajana toimiville keino järjestää sijainen silloin, kun oma avustaja on estynyt.

- Koulutusaste ei vaikuttanut siihen, valitsiko henkilö työnantajuuden vai palvelusetelin. Sen sijaan verrattaessa ostopalvelu- ja palveluseteliryhmiä, korkeasti koulutettu valitsi peruskoulun suorittaneeseen nähden suuremmalla todennäköisyydellä palvelusetelin. Henkilökohtaisen avun saajista harva on työsuhteessa ja työsäkäynti ei ollut palvelusetelin valintaa selittävä merkitsevä tekijä.
- Mallissa ei ollut toimintakykyä tai toimintamahdollisuuksia mittaavia muuttujia, mutta ne saattaisivat olla henkilökohtaisen avun järjestämistä selittäviä tekijöitä. Toimintamahdollisuudet vaikuttavat valintaan muun muassa sitä kautta, että ennen vaihtoehtojen esittämistä työntekijä arvioi asiakkaan kykyä hallinnoida henkilökohtaista apua ja sitä, miten palveluseteli- tai työnantajavaihtoehto soveltuisi henkilölle.
- Päätökset henkilökohtaisen avun järjestämistä pyritään tekemään asiakkaan kanssa neuvotellen, mutta työntekijöiden lisäksi valintaan voivat vaikuttaa myös lähiomaisten tai muiden vammaisten asioita hoitavien näkemykset. Tutkimuksen kannalta rajoitteena on, että tulokseen vaikuttavia valikoitumismekanismeja ei saada esiin.

4.6 Lapsiperheiden tilapäinen kotipalvelu

Kotipalvelun tavoitteena on auttaa, tukea ja ohjata perheitä lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä kodin hoitoon liittyvissä asioissa. Se voi olla tarpeen esimerkiksi kun arjen sujumiseen tarvitaan konkreettista apua, oma jaksaminen on tiukoilla, perheessä on kriisitilanne tai sairastumisen takia.

Lapsiperheiden kotipalvelun palveluseleitä myönnetään vain tilapäiseen tarpeeseen, korkeintaan 30 tuntia kolmeksi kuukaudeksi ja sen jälkeen harkinnanvaraisesti korkeintaan 20 tuntia kolmeksi kuukaudeksi. Jos perheen kotipalvelun tarve jatkuu pitkään, antaa kaupungin oma kotipalvelu tarpeellisen avun.

Kunnan omalla kotipalvelulla on ongelmallisessa tilanteessa olevien perheiden avustamiseen monipuolisemmat resurssit kuin palveluseteliyksiköillä. Siksi näissä tapauksissa työntekijä voi suositella kunnan omaa kotipalvelua, mutta asiakas päättää, valitseeko hän tilapäisen kotipalvelun kunnan omana palveluna vai palvelusetelillä yksityiseltä tuottajalta.

Vuonna 2013 jäi asiakkaalle maksettavaksi kotipalvelun palvelusetelistä omavastuusuutena keskimäärin 8 euroa tunnilta. Sosiaali- ja terveyslautakunnan linjausten mukaisesti 1.4.2014 lukien palvelusetelin asiakasmaksu määritellään tuloharkintaisesti käyttäen samaa maksutaulukkoa kuin kaupungin omassa palvelussa. Muutoksen jälkeen omavastuun suuruus on tulojen perusteella 0–10 euroa tunnissa. Ilta- ja viikonloppu-aikaan palveluseteliasiakkaat joutuvat kuitenkin maksamaan korkeampaa omavastuuta kuin kunnan omassa palvelussa olevat. Lastensuojelun asiakkaille ja pienituloisimmille palvelu on maksutonta.

Aineisto

Kotipalveluaineiston kiinnostava kysymys on, lisäksi omavastuun laskentaperusteiden muuttuminen 1.4.2014 jälkeen palvelusetelin käyttöä, kun palveluseteli ei enää maksa asiakkaalle yhtään enempää kuin kaupungin oman kotipalvelun asiakasmaksu.

Maksumuutoksen vaikutuksia ei kuitenkaan voitu tutkia täysimääräisesti, sillä tuloharkintaiseen maksujärjestelmään siirtymästä johtuen palvelusetelien myöntämisessä oli katkoa vuonna 2014. Päätösmäärät palasivat vasta syyskuukausina entiselle tasolle ja koko vuonna 2014 kotipalvelun palveluseteleitä myönnettiin vain kolmasosa edellisvuoteen nähden.

Tilapäisen kotiavun tarvetta kuvaavana mittarina oli käytössä omana toimintana, ostopalveluina ja palvelusetelillä tehtyjen kotipalvelukäyntien summa vuodessa. Keskimäärin käyntejä oli 22, mutta hajonta oli suurta. Palvelusetelillä tehtiin keskimäärin 9 käyntiä. Palveluseteliä käytettiin usein täydentämään kaupungin kotipalvelua, esimerkiksi kun tarvittiin sijaista omalle työntekijälle.

Lapsiperheiden kotipalvelun asiakkaiden rahatulot

Taulukko 14. Lapsiperheiden kotipalvelun asiakkaiden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti vuonna 2013, euroa vuodessa

| | Kunnan oma palvelu / ostopalvelu | | Palveluseteli/ kunnan oma+ palveluseteli | |
|--|----------------------------------|--------------|--|------------|
| | Mediaani euroa/vuosi | N | Mediaani euroa/vuosi | N |
| Kaikki yhteensä | 10 418 | 1 085 | 27 038 | 215 |
| Sukupuoli | | | | |
| Mies | 10 969 | 59 | 30 761 | 8 |
| Nainen | 10 410 | 1 030 | 26 911 | 207 |
| Ikä luokiteltuna | | | | |
| alle 30 | 6 459 | 301 | 19 978 | 7 |
| 30–44 | 12 267 | 704 | 27 409 | 192 |
| 45–64 | 10 584 | 84 | 24 346 | 16 |
| Puoliso | | | | |
| Ei puolisoa | 6 442 | 573 | 19 131 | 34 |
| On puoliso | 16 885 | 516 | 28 410 | 181 |
| Kotitalouden korkein koulutusaste | | | | |
| Perusaste | 5 229 | 255 | 5 487 | 4 |
| Keskiaste | 9 195 | 355 | 22 754 | 15 |
| Korkea-aste | 17 729 | 473 | 27 409 | 194 |
| Työllinen vuoden lopussa | | | | |
| Työssä | 6 013 | 604 | 23 827 | 45 |
| Ei työssä | 17 594 | 484 | 28 114 | 170 |

Kaupungin oman kotipalvelun asiakkaiden keskimääräiset rahatulot kulutusyksikköä kohti olivat alle puolet palveluseteliä käyttäneiden tuloista. Pelkkää palveluseteliä käyttäneet ja oman toiminnan lisäksi palveluseteliä käyttäneet yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi, sillä molempien ryhmien tulot olivat lähellä toisiaan. Vastaavasti yhdistettiin omassa toiminnassa olleet ja ostopalveluna tilapäistä palvelua saaneet. (Taulukko 14)

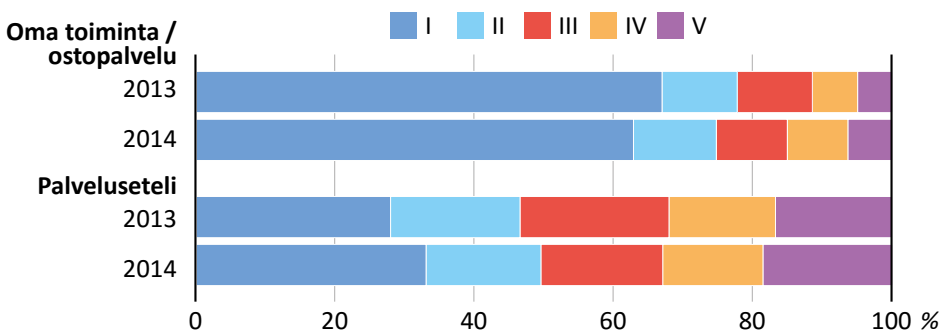
Kaupungin oman kotipalvelun asiakkailta oli vuonna 2014 korkeammat keskitulot kuin vuonna 2013. Palvelusetelin käyttäjillä mediaanitulo aleni edellisestä vuodesta, mutta palveluseteliryhmän mediaani vuonna 2014 oli edelleen yli kaksinkertainen omassa kotipalvelussa olleisiin verrattuna. (Liitetaulukko 8)

Palvelusetelin käyttäjissä oli hyvin vähän nuoria, miehiä ja matalasti koulutettuja. Suhteellisesti eniten palveluseteliä käyttivät korkeasti koulutetut, työssäkäyvät ja kahden huoltajan lapsiperheet. Kaikissa taulukossa 15 esitetyissä luokissa palveluseteliä käyttäneiden mediaanitulot kulutusyksikköä kohti olivat korkeampia kuin kunnan kotipalveluiden asiakkailta.

Enemmistö pienituloisia

Tilapäinen kotipalvelu on vahvasti pienituloisiin kohdistunut palvelu. Kaikista asiakkaista 61 prosenttia on alimmasta tulonsaajaviidenneksestä. Kaupungin omaa tilapäistä kotipalvelua käyttäneistä alimman viidenneksen osuus laski 67 prosentista vuonna 2013 neljällä prosenttiyksiköllä vuonna 2014. Palvelusetelin saajilla alimman tulokvintiilin osuus kasvoi 28 prosentista 33 prosenttiin, mutta toisaalta myös ylimässä tulonsaajaviidenneksestä osuus kasvoi 19 prosenttiin. (Kuvio 9)

Kuvio 9. Lapsiperheiden kotipalvelun asiakkaiden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti tulokvintileittäin 2013 ja 2014



Yli puolet lapsiperheiden tilapäisen kotipalvelun asiakkaista elää valtakunnallisen pienituloisuusrajan alittavilla rahatuloilla. Kaupungin oman kotipalvelun asiakkailta olleilla pienituloisten osuus väheni vuonna 2014, mutta oli edelleen 53 prosenttia. Palvelusetelin käyttäjillä pienituloisten osuus kasvoi vuodessa 10 prosenttiyksiköllä ja oli 18 prosenttia vuonna 2014.

Logistinen regressio

Kaikissa logistisen regression malleissa rahatulo lisäsivät suhteellista todennäköisyyttä palvelusetelin valinnalle. Tuhannen euron rahatulojen lisäys kulutusyksikköä kohden kasvatti mallissa 4 vetosuhdetta palvelusetelin puolesta 5,9 prosentilla.

Taulukko 15. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle lapsiperheiden tilapäisen kotipalvelussa 2013 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 |
|--|----------|----------|----------|----------|
| Kotitalouden rahatulo kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,115*** | 1,080*** | 1,063*** | 1,059*** |
| Käyntien määrä yhteensä | | ,979*** | ,977*** | ,979*** |
| Korkein koulutusaste (ref. korkea-aste=1,000) | | *** | *** | *** |
| Keskiaste | | ,236*** | ,251*** | ,275*** |
| Perusaste | | ,168** | ,228** | ,254* |
| Työllinen vuoden lopussa (=1,000) | | ,725 | ,650* | ,686 |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | | | ,429 | ,449 |
| Ikä (ref. 65 v. ja yli=1,000) | | | ,052** | 1,053** |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | | | ,378*** | ,356*** |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | | | | *** |
| Eteläinen | | | | 2,739** |
| Läntinen | | | | 1,202 |
| Keskinen | | | | 2,305** |
| Pohjoinen | | | | 4,863*** |
| Koillinen | | | | 1,824 |
| Kaakkoinen | | | | 1,033 |
| Vakio | ,023*** | ,104*** | ,033*** | ,019** |
| -2LL | 865,174 | 804,479 | 782,728 | 755,07 |
| Hoshmer-Lemeshow | ,018 | ,608 | ,446 | ,698 |
| Nagelkerke R² | ,314 | ,379 | ,402 | ,043 |

p * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

Mallissa 2 otettiin mukaan resurssimuuttujia. Korkeimman koulutusasteen suorittaneilla oli keskiasteen koulutettuihinkin verrattuna jopa kolmin- nelinkertainen vetosuhte palveluseteliryhmään kuulumiselle. Työssäkäyvät erottautuivat ei-työssäkävistä tilastollisesti merkitsevästi vain mallissa 3.

Tilapäisen kotipalvelun tarvetta kuvaavana mittarina malliin otettiin mukaan oman toiminnan, ostopalveluiden ja palveluseteleillä hankittujen kotipalvelukäyntien summa. Valtaosa käynneistä oli kaupungin omaa toimintaa ja palvelusetelin osuus oli vain

4 prosenttia käynneistä. Kun käyntimäärä kasvoi yhdellä, pienehi vetosuhde palvelusetelin valinnalle kahdella prosentilla.

Kolmannessa mallissa otettiin mukaan demografisina tekijöinä sukupuoli, ikä ja puoliso. Iän lisääntyessä vuodella suhteellinen todennäköisyys palvelusetelin valinnalle kasvoi 5 prosentilla. Lähes puolet asiakkaista oli yksinhuoltajia, joiden suhteellinen todennäköisyys palvelusetelin valinnalle oli vain kolmasosa kahden huoltajan perheisiin verrattuna.

Viimeisessä mallissa lisättiin muuttujaksi vielä asiakkaan asuinalue niin, että vertailu tapahtui itäiseen suurpiiriin. Kaikilla alueilla vetosuhde oli suurempi kuin itäisellä, mutta merkitseväällä tasolla erottautuivat pohjoinen, eteläinen ja keskinen suurpiiri. Pohjoisella alueella vetosuhde oli lähes viisinkertainen, tosin siellä myös tilapäisen kotiavun asiakasmäärä oli pienin (83 taloutta).

Muutokset vuonna 2014

Kun palvelusetelin omavastuuosuus määriteltiin vuonna 2014 saman suuruiseksi kuin oman toiminnan asiakasmaksu, oli oletuksena, että rahatulujen merkitys palvelusetelin valinnalle vähenee. Oletusta tukeekin se, että palveluseteliä käyttäneiden mediaanitulot alenivat vuonna 2014. Samaan aikaan kaupungin omassa kotipalvelussa olleilla mediaanitulot kasvoivat.

Myös logistinen regressio osoittaa, että kaikissa neljässä mallissa kotitalouden rahatulujen merkitys pienehi. Vuonna 2013 mallissa 4 rahatulujen kasvun vetosuhde palvelusetelin puolesta oli 1,059, mutta vuonna 2014 se oli 1,040. Tulot olivat edelleen oleellinen selittäjä, vaikka muutosta voivat selittää muutkin tekijät, kuten parantunut tiedottaminen ja asiakkaiden tuleminen tietoisemmaksi palvelusetelivaihtoehdosta.

Pienituloisten palvelusetelin käytön hienoista lisääntymistä tukee se, että perus- ja keskiasteen koulutettujen vetosuhde palvelusetelin käytölle hieman nousi korkeasti koulutettuihin nähden. Muutoin vuoden 2014 tulokset eivät oleellisesti poikkea vuodesta 2013.

Taulukko 16. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle lapsiperheiden tilapäisen kotipalvelussa 2014 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 |
|---|----------|----------|----------|---------|
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,070*** | 1,047*** | 1,045*** | 1,040** |
| Käyntien määrä yhteensä | | ,986* | ,987* | ,988 |
| Korkein koulutusaste (ref. korkea-aste=1,000) | | ** | ** | ** |
| Keskiaste | | ,329** | ,388** | ,385** |
| Perusaste | | ,258* | ,331 | ,322* |
| Työllinen vuoden lopussa (=1,000) | | 1,033 | 1,083 | 1,062 |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | | | ,304 | ,294 |
| Ikä (ref. 65 v. ja yli=1,000) | | | 1,058** | 1,055** |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | | | 0,787 | 0,800 |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | | | | |
| Eteläinen | | | | 2,906* |
| Läntinen | | | | 1,357 |
| Keskinen | | | | 2,1 |
| Pohjoinen | | | | 3,066* |
| Koillinen | | | | 2,569* |
| Kaakkoinen | | | | 1,803 |
| Vakio | ,020*** | ,058*** | ,009*** | ,005*** |
| -2LL | 582,195 | 561,906 | 553,189 | 543,609 |
| Hoshmer-Lemeshow | ,569 | ,320 | ,308 | ,603 |
| Nagelkerke R² | ,124 | ,162 | ,178 | ,196 |

p * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

Pienituloisuus ja tulokvintiilit tulomittareina

Muutkin tulomuuttujat osoittivat palvelusetelin valinnan painottuvan parempituloisiin, vaikka vaikutus lieveni vuonna 2014. Ei-pienituloisilla oli vuonna 2013 pienituloisiin verrattuna nelinkertainen vetosuhte (4,358***) palvelusetelin käyttöön, mutta vain kaksinkertainen (2,115*) vuonna 2014. (Liitetaulukot 8 ja 9)

Kun enemmistö lapsiperheiden kotipalvelun asiakkaista sijoittuu väestön alimpaan tulonsaajaviidennekseen, käytettiin regressioanalyysissä sen sijaan mittarina tutkimusaineistosta laskettuja tuloviidenneksiä. Kaikki neljä alinta kvintiiliä erosivat merkittävästi ylimmästä kvintiilistä vuonna 2013. Alimman viidenneksen vetosuhte korkeimpaan nähden on vain 10,6 prosenttia palvelusetelin puolesta. Vielä kolmannessakin kvintiilissä vetosuhte on alle 17 prosenttia. Myös vuonna 2014 kaikki alemmat tulokvintiilit erosivat merkittävästi ylimmästä kvintiilistä. (Liitetaulukot 8 ja 9)

Johtopäätöksiä: lapsiperheiden tilapäinen kotipalvelu

- Tilapäisen kotipalvelun asiakkaat ovat pääosin pienituloisia. Kolmella viidestä tulo jäävät väestön alimpaan tulokvintiiliin. Palveluseteliä käyttäneillä mediaanitulo kulutusyksikköä kohti olivat yli kaksinkertaisia kunnan oman kotipalvelun asiakkaisiin verrattuna.
- Logistisen regression kaikissa malleissa käytettävissä olevat rahatulot selittivät palvelusetelivalintaa siten, että tulojen lisääntyessä suhteellinen todennäköisyys palvelusetelin käytölle kasvoi. Myös koulutusaste korreloi vahvasti palvelusetelin valitsemisen kanssa.
- Tilapäisen kotipalvelun palvelusetelin maksuperusteita muutettiin vuonna 2014 siten, että asiakasmaksu on aina samansuuruinen kuin kunnan kotipalvelussa. Myöskään vuonna 2013 palvelusetelin omavastuu ei ollut paljoa suurempi kuin kunnallisessa kotipalvelussa, mutta pienituloisilla omavastuiden pienenkin eron poistuminen on saattanut vaikuttaa palvelusetelin valintaan. Ainakin kunnan kotipalvelua käyttäneiden ja palveluseteliryhmän väliset tuloerot kaventuivat hieman vuonna 2014, mutta valintaan ovat voineet vaikuttaa muutkin tekijät. Vuonna 2014 asiakkaita ehkä informoitiin aktiivisemmin palvelusetelivaihtoehdosta.
- Tulkinnoissa on syytä ottaa huomioon, että jako kunnan kotipalvelun ja palvelusetelin käyttäjiin ei perustu vain asiakkaan valintaan. Palveluseteleitä tarjotaan oletetusti vain tilapäisen kotipalvelun tarpeessa oleville ja kokonaisvaltaisemman avun tarpeessa oleville tarjotaan kaupungin omaa kotipalvelua.
- Kotipalvelukäyntien määrän lisääntyessä suhteellinen todennäköisyys palvelusetelin käytölle vähenee. Tämä on loogista siinä mielessä, että palveluseteli on tarkoitettu vain tilapäiseen tarpeeseen ja raskaampi tai jatkuvampi kotipalvelu hoidetaan kunnan omana toimintana.

LÄHTEET

- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa (2011)** Care 'going market': Finnish elderly-care policies in transition. *Nordic Journal of Social Research*, 2 (Special Issue), 70–90. <https://boap.uib.no/index.php/njsr/article/view/111>. Luettu 13.7.2015
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Raitakari, Suvi (2013)** Matkalla muutokseen ja hyvinvointimarkkinoille? *Janus 21* (4), 290–297. http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0413/Johdanto_teemaan_04_2013.pdf. Luettu 13.7.2015
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Valokivi Heli (2012)** Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa : vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anttonen, Anneli et al (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press, 19–46. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95602/vastuu_valinta_ja_osallistuminen_sosiaalipalveluissa_2012.pdf?sequence=1. Luettu 13.7.2015
- Anttonen, Anneli & Meagher, Gabrielle (2013)** Mapping marketisation: concepts and goals. Teoksessa Meagher, Gabrielle & Szebehely, Marta (ed.) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm University, Department of Social Work. Stockholm Studies in Social Work 30. <http://www.normacare.net/wp-content/uploads/2013/09/Marketisation-in-nordic-eldercare-webbversion-med-omslag1.pdf>. Luettu 13.7.2015
- Anttonen, Katarina (2016)** Palvelusetelillä tuotettujen kolonoskopioiden laatu verrattuna kaupungin omana toimintana tehtyihin kolonoskopiaihin. Julkaistaan Helsingin sosiaali- ja terveysviraston Helsingin sosiaali- ja terveysviraston Tutkimuksia ja raportteja-sarjassa.
- Brennan, Deborah & Cass, Bettina & Himmelweit, Susan & Szebehely, Marta (2012)** The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European Social Policy* 22(4) 377–391.
- Brommels, Mats & Aronkylä, Timo & Kananoja, Aulikki & Lillrank, Paul & Reijula, Kari (2016)** Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37*. http://stm.fi/documents/1271139/1979378/Valinnanvapaus_ja_monikanavarahoituksen_yksinkertaistaminen.pdf/07f40bf7-3c9e-4208-87c0-f963da12e6b0. Luettu 8.8.2016
- Burchardt, Tania & Evans, Martin & Holder, Holly (2014)** Public policy and inequalities of choice and autonomy. *Social Policy & Administration* 49 (1), 44–67. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/spol.12074/epdf>. Luettu 13.7.2015
- Dixon, Anna & Le Grand, Julian (2006)** Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11 (3): 162–166.
- Fotaki, Marianna (2008)** What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy* 13 (3), 178–184. http://www.researchgate.net/publication/5282187_What_benefits_will_choice_bring_to_patients Literature review and assessment of implications. Luettu 13.7.2015

Fotaki, Marianna (2010) Patient choice and equity in the British National Health Service: towards developing an alternative framework. *Sociology of Health & Illness* 32 (6), 898–913. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2010.01254.x/epdf>. Luettu 13.7.2015

Garson, G. David (2016) Logistic regression: Binary & Multinomial. Asheboro, NC: Statistical Associates Publishers. E-Book www.statisticalassociates.com

Garson, G. D. (2014) Multiple Regression. Asheboro, NC: Statistical Associates Publishers. E-Book www.statisticalassociates.com

Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2009/20090020.pdf>. Luettu 13.5.2014

Hallituksen linjaus (7.11.2015) Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit. <http://vnk.fi/documents/10616/1865308/Hallituksen+linjaus+aluejaon+perusteet%2C+sote-uu+distuksen+askelmerkit+ja+aluejakomalli.pdf/0e5e4239-01b0-401b-b683-f82a9cb4ddb7>. Luettu 8.8.2016

Helme, Anna (2014) Palvelusetelien hallinnolliset prosessit ja kustannukset Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Tuotantotalous. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/103083/Diplomityo%F6Helme.pdf?sequence=2>. Luettu 13.5.2014

Helsingin kaupunki. Palvelusetelityöryhmä (2010) Selvitys palvelusetelin käyttöä laajentamisesta. http://www.hel.fi/static/helsinki/paatosasiakirjat/Kvsto2010/Esityslista13/liitteet/Selvitys_palvelusetelin_kayton_laajentamisesta_palvelusetelityoryhman_raportti_31.1.2010.doc?Action=sd&id={81DAD9FF-AC39-41AD-9F64-59BE57436457}. Luettu 13.5.2014

Häikiö, Liisa & van Aerschot, Lina & Anttonen, Anneli (2011) Vastuullinen ja valitseva kansalainen: vanhushoivapolitiikan uusi suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (3), 239–250. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102899/haikio.pdf?sequence=1>. Luettu 13.5.2014

Janlöv, Nils & Andersson, Agneta & Beckman, Anders & Sveréus, Sofia & Wiréhn, Ann-Britt & Rehnberg, Clas (2013) Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Stockholm: *Vårdanalys Rapport 2013:1*. http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2013/2013-1-V%C3%A5rdval_webb_final.pdf. Luettu 13.7.2015

Juntunen, Eeva (2011) Selvitys palvelusetelin käyttöönotosta. Helsinki: *Sitran selvityksiä 61*. <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksia61.pdf>. Luettu 13.5.2014

Kallio, Jouko & Kallio, Johanna & Pesonen, Tommi & Rahkonen, Ossi & Murtomaa, Heikki (2013) Hammashoitopalvelujen käyttämättömyys Voiko synnä olla muutakin kuin terveet hampaat? *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2013):1 :20–34. <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/104349/kallio.pdf?sequence=2>. Luettu 13.7.2015

Kuusinen-James, Kirsi (2012) Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? *Kunnallissalan kehittämissäätöön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 68*. <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2068.pdf>. Luettu 13.5.2014

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (2009). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=palvelusetelist%C3%A4>. Luettu 13.5.2014

Linnosmaa, Ismo (toim. 2012) Palvelusetelit sosiaalipalveluissa. *THL raportti 53/2012*. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90917>. Luettu 13.5.2014

Maunu, Tallamaria (2012) Palveluseteli ja muita asiakkaan valinnanvapauteen tähtäviä järjestelmiä sosiaalipalveluissa. *THL CHESS*. http://www.hel.fi/static/public/hela/Kaupunginhallitus/Suomi/Paatostiedote/2013/Halke_2013-05-06_Khs_18_Pt/8FFE0767-2E90-4354-A19A-3B1499DF6ADF/Liite.pdf. Luettu 13.5.2014

Mikkola, Hennamari ym. (2006) Palvelusetelin käyttöönoton taloudellisten vaikutusten ennakointi vanhusten palveluasumisessa. *Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2006:3*. <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/8506d0004a1563cc969bf6b546fc4d01/hkipseteli.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8506d0004a1563cc969bf6b546fc4d01>. Luettu 13.5.2014

Mikkonen, Juha (2015) Terveyden tasa-arvon tulevaisuus. *Demos Helsinki Briefing*. <http://www.demoshelsinki.fi/julkaisut/terveyden-tasa-arvon-tulevaisuus/>

Palola, Elina (2011) Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa Palola, E. & Karjalainen, V. (toim.) *Sosiaalipolitiikka - Hukassa vai uuden jäljillä?* Helsinki: Unigrafia Oy Yliopistopaino, 283–309. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80271/970d363e-9edf-4b54-a76e-446b81ed34b5.pdf?sequence=1>. Luettu 13.5.2014

Pfau-Effinger, Birgit & Rostgaard, Tine (2011) Welfare-state change, the strengthening of economic principles, and new tensions in relation to care. *Nordic Journal of Social Research*, 2 (Special Issue), 1–6. <https://boap.uib.no/index.php/njsr/article/view/113>. Luettu 13.7.2015

Pirhonen, Jari & Pukki, Jutta (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon perusarvojen jäljillä – avuntarpeen riippuvuuden tunnustaminen vanhuspalveluissa. *Janus vol. 24* (3) 2013, 251–264.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma Ratkaisujen Suomi 29.5.2015. Valtioneuvoston kanslia. *Hallituksen julkaisusarja 10/2015*. http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82

Ristikankare, Matti (2012) Palveluseteli kolonoskopian tuottajana – lyhenevätkö Laakson sairaalan endoskopiajonot? *Julkaisematon raportti*.

Rikksrevisionen (2014) Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Stockholm: Riksdagens interntryckeri. RiR 2014:22. http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/20716/RIR_2014_22_%20v%c3%a5rdval_Anpassad_2.pdf. Luettu 13.7.2015

Siltari, Tuulikki (2010) Palveluseteli Helsingin sosiaalivirastossa. Diaesitys. <http://www.slideshare.net/palveluseteli/siltari-helsinki-palveluseteli251110>. Luettu 13.5.2014

Sjöblom, Jonas (2015) *Palveluseteliä vai ei? Asiakaskyselyt ja henkilöstön ryhmähaastattelut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelien käytöstä*. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuskatsauksia 2015:8. http://www.hel.fi/hel2/Tietokeskus/julkaisut/pdf/15_10_27_Tutkimuskatsauksia_8_Sjoblom.pdf

Soini, Helena & Hyvärinen, Susanna & Torppa, Hanna & Peiponen, Arja & Vaittinen, Marja-Leena (2013) Arjen luotauksesta räätälöityihin palvelupaketteihin – Kokemuksia henkilökohtaisen budjetin kokeilusta Helsingin kaupungin vanhuspalvelujen Lauttasaaren asiakaskeksien palveluverkko-hanke 2010–2013. Loppuraportti. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto. Sosiaali- ja terveysviraston tutkimuksia ja raportteja 1/2013. http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/Laru%20Loppuraportti_27082013_nettiin.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) Palvelusetelin käyttöalan laajentaminen. Palvelusetelityöryhmän muistio. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:32*. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3520.pdf. Luettu 13.5.2014

Sosiaali- ja terveysvirasto (2013) Sosiaaliviraston ja terveystieteiden palvelusetelikokeilut, Väiliraportti. http://www.hel.fi/static/public/hela/Kaupunginhallitus/Suomi/Paatostiedote/2013/Halke_2013-05-06_Khs_18_Pt/30713CBC-015F-4908-9967-20DC8DF505CB/Liite.pdf. Luettu 13.5.2014

Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1795-8121. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 26.11.2016]. <http://www.stat.fi/til/tjt/index.html>

Szebehely, Marta & Meagher, Gabrielle (2013) Four Nordic countries – four responses to the international trend of marketization. Teoksessa Meagher, Gabrielle & Szebehely, Marta (ed.) *Marketisation in Nordic Eldercare: a Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences*. Stockholm University, Department of Social Work. Stockholm Studies in Social Work 30. <http://www.normacare.net/wp-content/uploads/2013/09/Marketisation-in-nordic-eldercare-webbversion-med-omslag1.pdf>. Luettu 13.7.2015

Teperi, Juha & Keskimäki, Ilmo (2006) Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa: Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) *Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa*. Helsinki. Gaudeamus 2007.

THL:n arviointiryhmä (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 12/2016*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130798/Rap2016_012.pdf?sequence=1

Thodén, Annikki & palvelusetelipilotin ohjausryhmä (2012) Terveystieteiden palvelusetelikokeilut, väiliraportti. *Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2012:9*. http://www.hel.fi/static/public/hela/Kaupunginhallitus/Suomi/Paatostiedote/2013/Halke_2013-05-06_Khs_18_Pt/1AAACB17-4354-4807-BD40-558576ED147E/Liite.pdf. Luettu 13.5.2014

Tulonjakotilasto 2014, pienituloisuus. (2016) Suomen virallinen tilasto (SVT) ISSN 1796-047. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/tjt/2014/01/tjt_2014_01_2016-03-18.fi.pdf

Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos: Suomalainen valinnanvapausmalli – pääpiirteet. Sote-uudistuksen projektiryhmän muistiolounnos 10.10.2016. <http://stm.fi/documents/1477425/3281988/Muistio+valinnanvapausuudistuksen+malliluonnos+10102016+projektiryhma.pdf/22e01007-3e8a-4488-9fc9-95c316379de2>

Valkama, Pekka & Kallio, Olavi & Tukiainen, Janne (2013) Ulkoistaminen ja kilpailuttaminen vanhuspalveluiden näennäismarkkinoilla. *Janus 21* (4), 345–365.

Winblad, Ulrika & Isaksson, David & Bergman, Patrik (2012) Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget. Stockholm: *Vårdanalys Rapport 2012:2*. http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2012/R2_2012_Effekter_av_valfrihet.pdf. Luettu 13.7.2015

Vårdanalys (2014a) En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. *Rapport 2014:7*. http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2014/2014-7-En%20mer%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd%20%C3%A4r%20m%C3%B6jlig_webb.pdf. Luettu 13.7.2015

Vårdanalys (2014b) Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder. *Rapport 2014:11*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2014/2014-11-V%C3%A5rden%20ur%20patienternas%20perspektiv.pdf>. Luettu 13.7.2015

Vårdanalys (2015) Vårdval och jämlik vård inom primärvården En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande. *Rapport 2015:6*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2015/V%C3%A5rdval%20och%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd%20inom%20prim%C3%A4rv%C3%A5rden.%20En%20j%C3%A4mf%C3%B6rande%20studie%20mellan%20tre%20landsting%20f%C3%B6re%20och%20efter%20v%C3%A5rdvalets%20inf%C3%B6rande.pdf>. Luettu 13.7.2015

Vårdanalys (2014) Vårdval och vårdutnyttjande Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården? *PM 2014:1*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2014/PM2014-1_V%C3%A5rdval%20och%20v%C3%A5rdutnyttjande.pdf. Luettu 13.7.2015

1 Tutkimuksen aineistot ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksen kohteena oli kuusi palvelua, jotka eroavat toisistaan palvelusetelin myöntämisen ehdoilta ja asiakastietojärjestelmästä saatavien tietojen osalta. Siten kustakin palvelusta on muodostettu oma tietokanta ja myös tarkasteltavat muuttujat vaihtelevat palvelukohtaisesti.

Taulukossa 1 on suuruusjärjestyksessä vuosien 2013–2014 asiakasmäärät palveluista, jotka otettiin tutkimukseen mukaan. Lisäksi palveluseteli oli käytössä kuudessa muussa palvelussa, joissa oli alle 50 asiakasta vuodessa.

Liitetaulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteliä käyttäneet asiakkaat 2013–2014

| Palvelu | Kaikki asiakkaat 2013 | Kaikki asiakkaat 2014 | Palveluseteliä käyttäneet 2013 | Palveluseteliä käyttäneet 2014 |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Suun terveydenhoito | 102 202 | | 10 188 | 4 794 |
| Endoskopia | 3 401 | 3 400 | 458 | 450 |
| Vanhusten palveluasuminen | 2 781 | 2 953 | 296 | 296 |
| Vammaispalvelulain henkilökohtainen apu *) | 1 940 | 2 141 | 260 | 535 |
| Lapsiperheiden kotipalvelu (kotitaloudet) | 1 348 | 1 359 | 249 | 82 |
| Vanhusten päivätoiminta | 1 954 | 2 127 | 126 | 166 |

*) Päätösten lukumäärä, asiakasmäärää ei saatavilla.

Aineistona olivat vuosien 2013–2014 sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasrekisteritiedot kaikista palvelusetelin saaneista ja verrokkiryhmänä vastaavat tiedot kaikista samaa palvelua ilman palveluseteliä saaneista. Suun terveydenhuollossa on yli 100 000 potilasta vuodessa. Siksi suun terveydenhuollosta tutkimukseen poimittiin vain kaikki vuonna 2013 palvelusetelin saaneet ja satunnaisella otannalla saman kokoinen verrokkiryhmä kaupungin hammashoitoloissa asioineista potilaista. Paksusuolen tähytystutkimusten (kolonoskopia) tietojärjestelmään tehtiin kesken vuotta 2013 muutoksia, joten rekisteriaineistoksi poimittiin vain vuoden 2014 potilaat.

Tutkimusajankohtana sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasrekistereihin kirjattiin palvelusetelin hakijoista vain päätöksenteon kannalta välttämättömät tiedot, sillä palvelusetelillä palvelusuhde siirtyy asiakkaan ja palvelun tuottajan väliseksi sopimuk-

seksi. Useimmissa palveluissa järjestelmään ei kirjattu esimerkiksi hakijan tulo- tai varallisuustietoja, koska niissä tulot eivät vaikuttaneet palvelusetelin myöntämiseen. Siten vain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasrekistereistä saaduilla tiedoilla ei olisi ollut edellytyksiä arvioida mahdollisia eriarvoistavia vaikutuksia.

Tilastokeskuksen tutkijan etäkäyttöpalvelu teki mahdolliseksi yhdistää kunnallisia asiakasrekisteritietoja Tilastokeskuksen käytössä oleviin rekisteritietoihin. Oleellisia yhdistettäviä tietoja olivat verotiedot, ammatti, koulutus, sosioekonominen asema ja pääasiallinen toiminta. Tilastokeskuksen yhdistämä tutkimusaineisto oli tutkijalla käytettävissä anonymisoidusti etäyhteyden kautta.

Menetelmät

Tutkimuksen tilastollisiin analyysihin käytettiin SPSS 23.0-ohjelmaa

Palveluseleitä ja kunnan omaa palvelua käyttäneiden ryhmiä vertailtiin suorilla jakaumilla, ristiintaulukoinneilla ja keskiarvoluvuilla. Tutkimuksen keskeisenä menetelmänä oli logistinen regressio, jolla tutkittiin sitä, mitkä mahdollisesti eriarvoisuutta aiheuttavat tekijät ovat vaikuttaneet siihen, valitsiko henkilö palvelusetelin vai kunnan oman palvelun.

Yksittäisten tekijöiden vaikutusten selvittämiseksi selittäviä muuttujia tuotiin logistisen regression malliin vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa analyysiin otettiin tulomittari. Toisena tasona tarkasteluun otettiin henkilön resursseja ja toimintakykyä kuvaavia mittareita. Kolmannessa vaiheessa malliin lisättiin demografisia tekijöitä. Neljänneksi malliin tuotiin mukaan asuinalue suurpiiritasolla.

Vaikeavammaisten henkilökohtaisessa avussa oli kolme tapaa järjestää palvelu: asiakkaan toimiminen työnantajana, ostopalvelu ja palveluseteli. Siksi henkilökohtaisessa avussa käytettiin menetelmänä multinomiaalista logistista regressiota, jossa selitettävällä muuttujalla voi olla kolme tai useampi luokkaa. Tällöin regressiossa verrataan vuorotellen verrokkiluokkaa referenssiluokkaan, eli ensin työnantajana toimivia palveluseteliasiakkaisiin ja sen jälkeen ostopalveluasiakkaita palvelusetelin käyttäjiin.

Selittävät muuttujat

Tulot

Tutkimuksen tulotietojen lähteenä ovat verotustiedot vuosilta 2013 ja 2014.

Tulomuuttujat olivat:

- *Kotitalouden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti.* Tässä tutkimuksessa rahatulot laskettiin veronalaisista tuloista kaavalla: (ansiotulot + pääomatulot - verot)/kulutusyksiköiden määrä. Ansiotulot sisältävät eläkkeet ja muut saadut sosiaaliturvaetuudet. Luku poikkeaa yleisestä käytännöstä siten, että tässä perheellisillä tuloina otettiin huomioon vain päähenkilön ja puolison tulot, vaikka myös perheen lapsilla saattaa tuloja olla. Lapset (sekä ala- että täysi-ikäiset) on kuitenkin laskettu mukaan kotitalouden kulutusyksikkölukuun.

Koko aineistossa tulojen hajonta on hyvin suurta. Kun rahatulojen mediaani on noin 20 000 euroa vuodessa kulutusyksikköä kohti, niin mukana on myös useiden satojen tuhansien vuosituloja. Hajonnan pienentämiseksi palvelukohtaisista aineistoista poistettiin tapaukset, joissa rahatulot ylittivät mediaanin yli kolmen keskihajonnan verran. Näin koko aineistosta poistui 220 äärevintä kotitaloutta, mikä tarkoittaa vajaa prosenttia aineistosta. Joissakin tapauksissa jos kotitaloudelta puuttui vuoden 2013 verotieto, käytettiin vuoden 2014 tuloja ja vuodelta 2014 puuttuvia tietoja täydennettiin vuoden 2013 tuloilla. Tämä siksi, että aineisto pysyisi mahdollisimman suuren. Tietojen täydennys lisäsi hieman pienituloisempien osuutta. Aineistossa on muutama sata tapausta, joista on käytettävissä vain yhden vuoden tulotiedot. Vuosien 2013 ja 2014 rahatulot korreloivat voimakkaasti keskenään ($r=.730$, $p<.001$).

- *Kotitalouden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti tulokvintiileittäin.* Kvintiilit on laskettu Tilastokeskuksen tulonjakotilastosta valtakunnallisten tulokymmenysten maksimirajojen mukaan. Kvintiilitarkastelussa voidaan katsoa eritellymmän, miten palvelusetelien käyttö vaihtelee eri tuloluokissa. Muutamissa palveluissa jopa yli puolella asiakkaista tulot jäävät alimpaan kvintiiliin. Näissä tapauksissa on laskettu kvintiilit palvelukohtaisen aineiston tulojakaumasta. Kvintiili- ja pienituloisuusmittareissa poikkeuksellisen suuret tulot eivät vinouta tulosta, joten niissä ovat mukana myös tapaukset, jotka poikkesivat yli kolmen keskihajonnan verran mediaanista.
- *Pienituloisuus.* Pienituloiseksi on määritelty kotitaloudet, joiden kulutusyksikkökohtaiset rahatulot ovat alle 60 prosenttia väestön mediaanituloista. (Tilastokeskus, tulonjakotilasto)
- *Kotitalouden pääomatulot kulutusyksikköä kohti.* Joillakin asiakkailla ansiotulot saattavat olla pieniä, mutta heillä voi olla merkittävää varallisuutta. Verotiedoista ei enää ole saatavissa varallisuustietoja. Tässä tutkimuksessa on oletettu, että suurehko varallisuus näkyy myös pääomatuloina.

Resurssit ja toimintakyky

- *Korkein koulutusaste.* Kotitalouden resursseja mitataan tässä päähenkilön tai puolison suorittamalla korkeimmalla koulutusasteella vuonna 2014. Keski- ja korkea-asteen suoritettut tutkinnot on saatu Tilastokeskuksen tutkintorekisteritiedoista. Perusastetta ei rekisteröidä tutkinnoiksi. Tässä on tulkittu, että puuttuvat rekisteritiedot ovat perusasteen suorittaneita tai niitä, joilla perusaste on jäänyt kesken. Aineistossa perusasteen koulutetuiksi luokiteltujen määrä vastaa melko hyvin väestöosuusia Helsingin kaupungin tilastoissa.
- *Toimintakyky.* Aineistossa on vain vanhuspalveluiden osalta käytettävissä toimintakykyä ja palvelun tarvetta arvioiva Rava-mittari.
- *Työssä, työttömänä, eläkkeellä.* Vuoden viimeisen pääasiallisen toiminnan muuttujasta on erotettu kolme dikotomista muuttujaa: työssä – ei työssä, työttömänä – ei työttömänä ja eläkkeellä – ei eläkkeellä.

Demografiset tekijät

- *Sukupuoli, ikä, puoliso.* Ikämuuttujaa on käytetty palvelusta riippuen sekä jatkuvana muuttujana että neliluokkaisena muuttujana. Puolisomuuttuja on dikotominen puoliso – ei ole puolisoa.
- *Suurpiiri.* Joissakin palveluissa on tehty myös aluevertailuja suurpiireittäin.

Tutkimusaineiston rajoittavia tekijöitä

Tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta suurin rajoite oli, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojärjestelmistä oli saatavissa hyvin suppeasti tietoja palveluseteliasiakkaista: tietojen yhdistämiseen tarvittavan henkilötunnuksen lisäksi vain iän ja sukupuolen, asuinalueen (suurpiirin), palvelusetelipäätöksen voimassaolon alkamis- ja päättymispäivineen. Käytettävissä ei ollut esimerkiksi asiakkaan elämäntilanteeseen, toimintakykyyn tai palveluiden käyttöhistoriaan liittyviä tietoja, jotka olisivat osaltaan voineet selittää asiakkaan valikoitumista kunnan oman palvelun tai palvelusetelin käyttäjäksi.

Tietoa ei saanut palvelusetelin arvosta tai asiakkaalle maksettavaksi jääneen omavastuun suuruudesta. Siten ei voitu vertailla omavastuun suuruutta tuloihin ja tämän suhteen mahdollista vaikutusta valintojen tekemiseen.

Tietojärjestelmään ei myöskään kirjattu palvelusetelin myöntämisprosessista, kenelle seteliä on tarjottu ja ketkä heistä käyttivät tai eivät käyttäneet seteliä. Monissa palveluissa kirjallinen päätös setelistä tehdään vain silloin, kun asiakas työntekijän kanssa keskusteltuaan ilmaisee haluavansa palvelusetelin. Siten tutkimukseen ei voitu rakentaa puhdasta asiakkaan valintaan perustuvaa vertailuasemaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojärjestelmän rakenteeseenkin liittyy joitakin hankaloittavia tekijöitä. Esimerkiksi vaikeavammaisten henkilökohtaisessa avussa saattoi henkilöllä olla tutkimusjaksolla jopa yli 50 päätöstä, joissa palvelun järjestämistavat ja hyväksytyt tuntimäärät vaihtelevat. Kun käytettävissä ei ollut toteutuneita avustajan tuntimääriä, otettiin tässä tapauksessa vuosittain kunkin järjestämistavan osalta käyttöön suurin tuntimäärä.

2 Logistisen ja multinomiaalisen regression lukuohjeita

Logistisessa regressiossa selitettävällä muuttujalla on kaksi luokkaa. Tässä tutkimuksessa selitettävänä muuttujana oli palvelusetelin käyttö. Palveluseteliä käyttävät saivat arvon 1 ja vertailuryhmänä vastaavaa kunnallista palvelua käyttäneet saivat arvon 0. Kullekin selittävälle muuttujalle lasketaan vetosuhde (Odds ratio, $\text{Exp}(B)$), joka kuvaa sitä, kuinka paljon suhteellinen todennäköisyys kuulua palvelusetelin valinneisiin kasvaa tai vähenee, kun selittävän muuttujan arvo muuttuu yhdellä yksiköllä. Jos vetosuhde on yli 1, lisääntyy palvelusetelin valinnan suhteellinen todennäköisyys ja jos luku on alle 1, kasvaa kunnan palvelun käytön suhteellinen todennäköisyys.

Esimerkki logistisen regression taulukoiden tulkinnasta

Esimerkkinä on käytetty taulukkoa 3 Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle paksusuolen tähytystutkimuksiin.

Regressiomallin kunkin muuttujan osalta on esitetty vetosuhde sille, että henkilö käytti palveluseteliä kunnan oman palvelun sijaan. Luokiteltujen muuttujien osalta vertailu tehdään viimeiseen luokkaan (ref), joka saa arvon 1. Jos vertailuluokan vetosuhde on suurempi kuin 1, on suhteellinen todennäköisyys valita palveluseteli suurempi kuin referenssiluokassa ja jos se on pienempi kuin 1, on suhteellisesti todennäköisempää, että verrokkiryhmään kuuluvat ovat valinneet kunnan oman palvelun.

Kaksiluokkaisessa muuttujassa verrokkiluokka sisältää kaikki asiakkaat, jotka eivät kuulu referenssiluokkaan. Verrokkiluokka voi olla hyvin heterogeeninen, esimerkiksi työttömien vertailukohteena olisivat kaikki ei-työttömät. Se sisältäisi työssäkäyvät, opiskelijat, eläkeläiset, vanhempainvapaalla olevat yms.

Selittävällä muuttujalla voi olla enemmän kuin kaksi luokkaa, jolloin jokaiselle luokalle lasketaan vetosuhde. Esimerkiksi perusasteen koulutuksen suorittaneen vetosuhde kuulua palvelusetelin käyttäjiin on 71 prosenttia korkeakoulutuksen suorittaneen vetosuhteesta. Toisin päin kääntäen korkeakoulutetulla suhteellinen todennäköisyys käyttää palveluseteliä on 40,8 % korkeampi kuin peruskoulun suorittaneella $=(((1/0,710)-1)*100=40,8)$.

Jatkuvan muuttujan osalta vetosuhteen suuruus osoittaa, kuinka paljon palvelusetelin valitsemisen suhteellinen todennäköisyys kasvaa tai pienenee, kun selittävän muuttujan arvo kasvaa yhdellä yksiköllä. Kun mallissa 2 rahatulot kasvavat 1 000 eurolla, palvelusetelin käytön vetosuhde kasvaa 1,1 prosentilla.

Jos luokitellulla selittävällä muuttujalla on enemmän kuin kaksi luokkaa, on referenssiluokan rivillä merkitty tähdillä, onko ko. muuttuja kokonaisuutena tilastollisesti merkitsevä. Voi olla, että muuttuja itsessään ei ole palvelusetelin käyttöä merkitsevällä tasolla selittävä tekijä, mutta jokin ryhmä poikkeaa merkitsevällä tasolla referenssiluokasta. Esimerkiksi mallissa 2 koulutusaste sinällään ei selitä merkitsevällä tasolla kunnan palvelun ja palvelusetelin käytön välistä eroa, mutta perusasteen ja korkeasteen välillä on merkitsevä ero.

Mahdollista on myös toisin päin, että muuttuja on tilastollisesti merkitsevä, vaikka yksikään sen vertailuluokista ei eroa merkitsevästi referenssiluokasta.

Vetosuhteen laskeminen logistisessa ja multinomiaalisessa regressiossa

Todennäköisyys, veto ja vetosuhte*

On syytä selventää ilmiön todennäköisyyden ja vetosuhteen välistä suhdetta. Vetosuhteen laskemiseksi tarpeellisia käsitteitä ovat todennäköisyys ja veto. Alla on avattu näiden käsitteiden suhdetta esimerkkilaskelmalla palvelusetelin valinnasta sukupuolittain. Aineistona on 5 miestä ja 5 naista. Miehistä 2 ja naisista 4 valitsee palvelusetelin.

Todennäköisyys palvelusetelin valinnalle on palvelusetelin valinneiden osuus joukosta:

miehillä $2/5=0,40$ ja naisilla $4/5=0,80$.

Naisten todennäköisyys valita palveluseteli on siten kaksinkertainen miehiin verrattuna $0,80/0,40 = 2$

Todennäköisyydet, että ei valitse palveluseteliä, ovat: miehillä $3/5=0,60$ ja naisilla $1/5=0,20$.

Veto (Odds) on kahden todennäköisyyden suhde, eli todennäköisyys valita jaettuna todennäköisyydellä ei valita palveluseteliä:

Miehen veto palvelusetelin puolesta on $0,40/0,60 = 0,66$

Naisen veto palvelusetelin puolesta on $0,80/0,20 = 4,00$

Vetosuhde (Odds ratio, Exp(B)) on kahden vedon suhde:

Miehen vetosuhte palvelusetelin puolesta naiseen verrattuna on $0,66/4,00=0,167$

Naisen vetosuhte palvelusetelin puolesta mieheen verrattuna on $4/0,66 = 6,00$

Naisen vetosuhte palvelusetelin valitsemiseksi on siten kuusinkertainen mieheen verrattuna. Se on kuitenkin eri asia kuin valinnan todennäköisyys.

*Mallin lähteenä soveltaen Garson, G. David (2016) Logistic regression

Kirjallisuudessa on vetosuhteen sijaan käytetty muitakin termejä kuten vedonlyöntisuhde, ristitulosuhte ja riskikerroin. Tässä raportissa on käytetty käsitettä vetosuhte, mutta kielellisen monotonisuuden vähentämiseksi on vetosuhteen synonyyminä puhuttu suhteellisesta todennäköisyydestä. Multinomiaalisen regression taulukoissa on käytetty käsitettä suhteellinen riskikerroin. Alla on esimerkkilaskelma siitä, miten suhteellinen riskikerroin lasketaan multinomiaalisessa regressiossa.

| Multinomiaalinen logistinen regressio | | | |
|---|--------------|----------------|----------------------------------|
| Esimerkki suhteellisen riskikertoimen laskemisesta | | | |
| Palvelun järjestämistapa sukupuolittain | | | |
| järjestämistapa | mies | nainen | yhteensä |
| kunnan oma | 6 | 4 | 10 |
| ostopalvelu | 2 | 1 | 3 |
| palveluseteli | 3 | 7 | 10 |
| yhteensä | 11 | 12 | 23 |
| Todennäköisyyden laskeminen | | | |
| | | todennäköisyys | |
| A mies, kunta | 6/11 | 0,545 | |
| B mies, palveluseteli | 3/11 | 0,273 | |
| C nainen, kunta | 4/12 | 0,333 | |
| D nainen, palveluseteli | 7/12 | 0,583 | |
| Vedon laskeminen | | | |
| E Kunnan palvelun valinnan veto palveluseteliin verrattuna miesten joukossa: | | | |
| | | | veto |
| =A/B | =0,545/0,273 | | 2,000 |
| F Kunnan palvelun valinnan veto palveluseteliin verrattuna naisten joukossa: | | | |
| | | | veto |
| =C/D | 0,333/0,583 | | 0,571 |
| Suhteellisen riskikertoimen laskeminen | | | |
| Miehen suhteellinen riskikerroin naiseen verrattuna valita kunnan palvelu palvelusetelin sijaan: | | | |
| | | | suhteellinen riskikerroin |
| =E/F | 2,000/0,571 | | 3,500 |
| Tämän jälkeen lasketaan saman kaavan mukaan henkilökohtaisen avun ostopalveluna saavien ja palvelusetelin käyttäjien välinen suhteellinen riskikerroin. | | | |

LIITETAULUKOT

Logistisen regression liitetaulukoissa on esitetty vetosuhteet ja niiden luottamusvälin ala- ja ylärajat. Useampiluokkaisen muuttujan referenssiluokan rivillä on p-arvona koko muuttujan tilastollinen merkitsevyys. Jos p-arvo on suurempi kuin 0,05, ei muuttuja ole tilastollisesti merkitsevä.

Jos arvo 1 jää luottamusvälin ala- ja ylärajan väliin, ei kyseinen luokka ole tilastollisesti merkitsevä. Esimerkiksi Liitetaulukossa 1 kokonaisuutena tuloviidennekset eivät selitä tilastollisesti merkitsevästi palvelusetelin valintaa ($p=,67$), mutta kaikki muut luokat paitsi 2. viidennes poikkeavat merkitsevästi ylimmästä tuloviidenneksestä. Kvintiilien luottamusvälit menevät melko paljon päällekkäin, joten tuloluokat eivät ainakaan suoraviivaisesti selitä valintaa.

Liitetaulukko 2. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle paksusuolen täyhystystutkimuksiin 2014 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Kotitalouden rahatulot | | | Pienituloisuus | | | Tuloviidennekset | | |
|---|------------------------|--------------------------|----------|----------------|--------------------------|----------|------------------|--------------------------|----------|
| | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | |
| | | Alaraja | Yläaraja | | Alaraja | Yläaraja | | Alaraja | Yläaraja |
| Kotitalouden rahatu- lot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,013 | 1,004 | 1,022 | | | | | | |
| "Pienituloisuus (ref. Pienituloi- nen=1,000)" | | | | 1,171 | ,783 | 1,751 | | | |
| "Tuloviidennekset (ref. V tuloviiden- nes=1,000)" | | | | | | | p=,067 | | |
| I tuloviidennes | | | | | | | ,653 | ,437 | ,977 |
| II tuloviidennes | | | | | | | ,712 | ,480 | 1,056 |
| III tuloviidennes | | | | | | | ,633 | ,440 | ,912 |
| IV tuloviidennes | | | | | | | ,671 | ,480 | ,939 |
| "Korkein koulutas- te (ref. korkea-aste =1,000)" | p=,014 | | | p=,001 | | | p=,010 | | |
| Perusaste | ,613 | ,429 | ,875 | ,551 | ,390 | ,779 | ,600 | ,417 | ,862 |
| Keskiaste | ,750 | ,565 | ,996 | ,674 | ,514 | ,885 | ,737 | ,555 | ,980 |
| Sukupuoli (ref. nainen =1,000) | ,548 | ,427 | ,704 | ,567 | ,443 | ,726 | ,552 | ,431 | ,708 |
| Puoliso (ref. on puoliso =1,000) | ,934 | ,724 | 1,205 | ,840 | ,655 | 1,075 | ,892 | ,688 | 1,158 |
| Ikä (ref. 65 v. ja yli =1,000) | p=,043 | | | p=,019 | | | p=,024 | | |
| alle 30 | ,559 | ,304 | 1,028 | ,531 | ,288 | ,980 | ,530 | ,288 | ,978 |
| 30–44 | ,680 | ,465 | ,993 | ,679 | ,464 | ,993 | ,653 | ,446 | ,955 |
| 45–64 | 1,043 | ,808 | 1,348 | 1,093 | ,848 | 1,409 | 1,027 | ,794 | 1,328 |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | p=,000 | | | p=,000 | | | p=,000 | | |
| Eteläinen | ,662 | ,462 | ,951 | ,728 | ,513 | 1,034 | ,676 | ,473 | ,966 |
| Läntinen | ,491 | ,340 | ,709 | ,509 | ,354 | ,732 | ,490 | ,339 | ,706 |
| Keskinen | ,588 | ,405 | ,854 | ,600 | ,413 | ,871 | ,587 | ,404 | ,853 |
| Pohjoinen | 1,983 | 1,130 | 3,481 | 2,062 | 1,180 | 3,602 | 1,926 | 1,099 | 3,377 |
| Koillinen | 2,381 | 1,574 | 3,600 | 2,385 | 1,578 | 3,605 | 2,380 | 1,573 | 3,601 |
| Kaakkoinen | ,623 | ,393 | ,987 | ,668 | ,424 | 1,052 | ,636 | ,403 | 1,005 |
| Vakio | ,291 | | | ,377 | | | ,579 | | |
| -2LL | 1942,698 | | | 1973,622 | | | 1965,519 | | |
| Hoshmer-Lemeshow | ,798 | | | ,839 | | | ,828 | | |
| Nagelkerke R² | ,092 | | | ,087 | | | ,093 | | |

Liitetaulukko 3. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle käytölle suun terveydenhuollossa 2013 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Kotitalouden rahatulot | | | Pienituloisuus | | | Tuloviidennekset | | |
|---|------------------------|--------------------------|----------|----------------|--------------------------|----------|------------------|--------------------------|----------|
| | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | |
| | | Alaraja | Yläaraja | | Alaraja | Yläaraja | | Alaraja | Yläaraja |
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,005 | 1,001 | 1,009 | | | | | | |
| "Pienituloisuus (ref. Pienituloinen=1,000)" | | | | 1,149 | 1,035 | 1,276 | | | |
| "Tuloviidennekset (ref. V tuloviiden- nes=1,000)" | | | | | | | p=,009 | | |
| I tuloviidennes | | | | | | | ,904 | ,790 | 1,035 |
| II tuloviidennes | | | | | | | 1,067 | ,929 | 1,225 |
| III tuloviidennes | | | | | | | 1,091 | ,959 | 1,241 |
| IV tuloviidennes | | | | | | | 1,088 | ,961 | 1,231 |
| "Korkein koulutusaste (ref. korkea-aste=1,000)" | p=,001 | | | p=,004 | | | p=,006 | | |
| Perusaste | ,896 | ,802 | 1,000 | ,895 | ,799 | 1,003 | ,895 | ,798 | 1,004 |
| Keskiaste | 1,082 | ,995 | 1,176 | 1,070 | ,983 | 1,165 | 1,066 | ,977 | 1,163 |
| Työllinen vuoden lopussa (=1,000) | ,758 | ,668 | ,860 | ,756 | ,660 | ,866 | ,765 | ,668 | ,875 |
| Työtön vuoden lopussa (=1,000) | ,748 | ,643 | ,872 | ,734 | ,625 | ,862 | ,737 | ,627 | ,866 |
| Eläkkeellä vuoden lopussa (=1,000) | 1,703 | 1,434 | 2,023 | 1,557 | 1,301 | 1,865 | 1,548 | 1,295 | 1,852 |
| Sukupuoli (ref. nainen =1,000) | 1,057 | ,984 | 1,134 | 1,044 | ,969 | 1,124 | 1,041 | ,967 | 1,121 |
| Puoliso (ref. on puoliso =1,000) | ,950 | ,878 | 1,028 | ,932 | ,860 | 1,011 | ,938 | ,864 | 1,019 |
| Ikä (ref. 65 v. ja yli =1,000) | p=,000 | | | p=,000 | | | p=,000 | | |
| alle 30 | 1,032 | ,865 | 1,231 | 1,105 | ,919 | 1,329 | 1,121 | ,932 | 1,348 |
| 30–44 | 1,405 | 1,188 | 1,662 | 1,543 | 1,297 | 1,835 | 1,568 | 1,317 | 1,866 |
| 45–64 | 1,535 | 1,320 | 1,786 | 1,686 | 1,443 | 1,971 | 1,713 | 1,465 | 2,003 |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | p=,000 | | | p=,000 | | | p=,000 | | |
| Eteläinen | ,668 | ,587 | ,760 | ,670 | ,586 | ,766 | ,674 | ,589 | ,770 |
| Läntinen | ,964 | ,861 | 1,079 | ,965 | ,858 | 1,085 | ,968 | ,861 | 1,089 |
| Keskinen | ,744 | ,660 | ,838 | ,765 | ,675 | ,867 | ,767 | ,677 | ,869 |
| Pohjoinen | ,709 | ,603 | ,833 | ,694 | ,588 | ,820 | ,696 | ,589 | ,822 |
| Koillinen | 1,153 | 1,030 | 1,291 | 1,152 | 1,025 | 1,295 | 1,153 | 1,026 | 1,295 |
| Kaakkoinen | 1,245 | 1,077 | 1,440 | 1,252 | 1,077 | 1,455 | 1,260 | 1,084 | 1,465 |
| Vakio | ,750 | | | ,769 | | | ,831 | | |
| -2LL | 17928,674 | | | 16588,581 | | | 16583,128 | | |
| Hoshmer-Lemeshow | ,000 | | | ,015 | | | ,087 | | |
| Nagelkerke R² | ,081 | | | ,081 | | | ,082 | | |

Liitetaulukko 4. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle iäkkäiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa 2013–2014 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Kotitalouden rahatulot | | | Pienituloisuus | | | Tuloviidennekset | | |
|---|------------------------|--------------------------|---------|----------------|--------------------------|---------|------------------|--------------------------|---------|
| | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | |
| | | Alaraja | Yläraja | | Alaraja | Yläraja | | Alaraja | Yläraja |
| Kotitalouden rahatu- lot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,122 | 1,093 | 1,151 | | | | | | |
| "Pienituloisuus (ref. Pienituloi- nen=1,000)" | p=,100 | | | 4,453 | 2,497 | 7,941 | | | |
| "Tuloviidennekset (ref. V tuloviiden- nes=1,000)" | | | | | | | p=,000 | | |
| I tuloviidennes | | | | | | | ,084 | ,038 | ,185 |
| II tuloviidennes | | | | | | | ,103 | ,053 | ,201 |
| III tuloviidennes | | | | | | | ,249 | ,147 | ,421 |
| IV tuloviidennes | | | | | | | ,327 | ,202 | ,531 |
| "Korkein koulutas- aste (ref. korkea- aste=1,000)" | p=,032 | | | p=,000 | | | p=,042 | | |
| Perusaste | ,599 | ,375 | ,957 | ,298 | ,199 | ,445 | ,560 | ,357 | ,879 |
| Keskiaste | ,751 | ,434 | 1,301 | ,423 | ,259 | ,692 | ,720 | ,426 | 1,216 |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | ,297 | ,171 | ,513 | ,367 | ,223 | ,601 | ,299 | ,180 | ,497 |
| Ikä | 1,063 | 1,034 | 1,092 | 1,054 | 1,027 | 1,081 | 1,060 | 1,033 | 1,089 |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | 1,847 | 1,018 | 3,350 | | | | | | |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | p=,001 | | | p=,000 | | | p=,000 | | |
| Eteläinen | ,697 | ,375 | 1,295 | ,926 | ,519 | 1,651 | ,793 | ,437 | 1,437 |
| Läntinen | ,621 | ,368 | 1,049 | ,685 | ,415 | 1,133 | ,668 | ,398 | 1,119 |
| Keskinen | 1,057 | ,579 | 1,932 | 1,225 | ,687 | 2,185 | 1,223 | ,673 | 2,220 |
| Pohjoinen | 2,151 | 1,073 | 4,311 | 2,685 | 1,384 | 5,210 | 2,416 | 1,215 | 4,805 |
| Koillinen | ,391 | ,171 | 0,897 | ,414 | ,184 | ,935 | ,407 | ,178 | ,929 |
| Kaakkoinen | ,399 | ,175 | 0,908 | ,477 | ,216 | 1,051 | ,429 | ,191 | ,963 |
| Rava-indeksi | 1,091 | ,825 | 1,441 | 1,184 | ,911 | 1,540 | 1,081 | ,822 | 1,422 |
| Vakio | ,000 | | | ,001 | | | ,005 | | |
| -2LL | 832,304 | | | 901,725 | | | 857,846 | | |
| Hoshmer-Lemeshow | ,328 | | | ,216 | | | ,575 | | |
| Nagelkerke R² | ,261 | | | ,208 | | | ,259 | | |

* Tässä aineisto jaettu tuloviidenneksiin

Liitetaulukko 5. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle iäkkäiden päivätoiminnassa 2014 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Kotitalouden rahatulot | | | Pienituloisuus | | | Tuloviidennekset | | |
|---|------------------------|--------------------------|----------|----------------|--------------------------|----------|------------------|--------------------------|----------|
| | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | |
| | | Alaraja | Yläaraja | | Alaraja | Yläaraja | | Alaraja | Yläaraja |
| Kotitalouden rahatulo- kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,020 | 0,994 | 1,048 | | | | | | |
| "Pienituloisuus (ref. Pienituloi- nen=1,000)" | | | | ,899 | ,483 | 1,672 | | | |
| "Tuloviidennekset (ref. V tuloviiden- nes=1,000)" | | | | | | | ,537 | | |
| I tuloviidennekset | | | | | | | ,484 | ,216 | 1,086 |
| II tuloviidennekset | | | | | | | ,589 | ,274 | 1,268 |
| III tuloviidennekset | | | | | | | ,676 | ,333 | 1,371 |
| IV tuloviidennekset | | | | | | | ,746 | ,367 | 1,515 |
| "Korkein koulutusaste (ref. korkeas- aste=1,000)" | ,607 | | | ,148 | | | ,592 | | |
| Perusaste | ,791 | ,444 | 1,407 | ,612 | ,374 | 1,001 | ,767 | ,435 | 1,354 |
| Keskiaste | 1,007 | ,561 | 1,806 | ,794 | ,470 | 1,340 | ,961 | ,539 | 1,713 |
| Rava-indeksi | ,919 | ,706 | 1,198 | 0,955 | ,736 | 1,237 | ,945 | ,729 | 1,226 |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | ,712 | ,445 | 1,138 | 0,981 | ,953 | 1,010 | ,982 | ,953 | 1,011 |
| Ikä | ,983 | ,954 | 1,013 | ,756 | ,478 | 1,195 | ,742 | ,469 | 1,174 |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | ,666 | ,398 | 1,115 | ,599 | ,371 | ,967 | ,703 | ,417 | 1,183 |
| Vakio | ,317 | | | ,723 | | | ,842 | | |
| -2LL | 757,251 | | | 781,614 | | | 778,652 | | |
| Hoshmer-Lemeshow | ,318 | | | ,723 | | | ,620 | | |
| Nagelkerke R² | ,028 | | | ,027 | | | ,032 | | |

Liitetaulukko 6. Multinomiaalinen regressiomalli palvelusetelin käytölle vammaisten henkilökohtaisessa avussa 2014 (suhteellinen riskikerroin, Relative risk ratio)

| | Sig. | Suhteellinen riskikerroin | 95 % luottamusvälin | | Keski- virhe |
|--|------|---------------------------|---------------------|---------|-----------------|
| | | | Alaraja | Yläraja | |
| TYÖNANTAJA | | | | | |
| Vakio | ,027 | | | | ,735 |
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | ,000 | ,965 | ,947 | ,983 | ,010 |
| Henkilökohtaisen avun maksimitunnit 2013 | ,000 | 1,007 | 1,005 | 1,010 | ,001 |
| Sukupuoli nainen (ref.) | | | | | |
| Sukupuoli mies | ,398 | 1,161 | ,821 | 1,640 | ,176 |
| On puoliso (ref.) | | | | | |
| Ei puolisoa | ,006 | ,443 | ,249 | ,788 | ,294 |
| Ikä 65 ja yli (ref.) | | | | | |
| Ikä 45-64 | ,001 | 2,002 | 1,338 | 2,995 | ,206 |
| Ikä 30-44 | ,077 | 1,649 | ,947 | 2,870 | ,283 |
| Ikä alle 30 | ,120 | 1,658 | ,877 | 3,137 | ,325 |
| Korkein koulutusaste korkea-aste (ref.) | | | | | |
| Keskiaste | ,840 | ,957 | ,621 | 1,473 | ,220 |
| Perusaste | ,220 | ,749 | ,473 | 1,189 | ,235 |
| Työllinen vuoden lopussa 2013 (ref.) | | | | | |
| Ei työllinen | ,182 | ,555 | ,234 | 1,317 | ,441 |
| Eläkkeellä vuoden lopussa 2013 (ref.) | | | | | |
| Ei eläkkeellä | ,212 | 1,588 | ,769 | 3,278 | ,370 |
| OSTOPALVELU | | | | | |
| Vakio | ,109 | | | | ,902 |
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | ,001 | ,964 | ,944 | ,985 | ,011 |
| Henkilökohtaisen avun maksimitunnit 2013 | ,287 | ,998 | ,995 | 1,002 | ,002 |
| Sukupuoli nainen (ref.) | | | | | |
| Sukupuoli mies | ,103 | 1,340 | ,943 | 1,903 | ,179 |
| On puoliso (ref.) | | | | | |
| Ei puolisoa | ,446 | ,785 | ,422 | 1,462 | ,317 |
| Ikä 65 ja yli (ref.) | | | | | |
| Ikä 45-64 | ,074 | 1,429 | ,966 | 2,115 | ,200 |
| Ikä 30-44 | ,297 | 1,356 | ,765 | 2,403 | ,292 |
| Ikä alle 30 | ,319 | 1,376 | ,735 | 2,576 | ,320 |
| Korkein koulutusaste korkea-aste (ref.) | | | | | |
| Keskiaste | ,310 | 1,271 | ,800 | 2,020 | ,236 |
| Perusaste | ,047 | 1,606 | 1,006 | 2,562 | ,238 |
| Työllinen vuoden lopussa 2013 (ref.) | | | | | |
| Ei työllinen | ,598 | ,712 | ,202 | 2,516 | ,644 |
| Eläkkeellä vuoden lopussa 2013 (ref.) | | | | | |
| Ei eläkkeellä | ,002 | ,212 | ,081 | ,556 | ,493 |

Liitetaulukko 7. Multinomiaalinen regressio, Malli 4 palvelusetelin käytölle vammaisten henkilökohtaisessa avussa 2013–2014, pienituloisuus ja tulokvintiilit (suhteellinen riskikerroin, Relative risk ratio)

| | 2013 | | | 2014 | | |
|---|---------------------------|---------------------|---------|---------------------------|---------------------|---------|
| | Suhteellinen riskikerroin | 95 % luottamusvälin | | Suhteellinen riskikerroin | 95 % luottamusvälin | |
| | | Alaraja | Yläraja | | Alaraja | Yläraja |
| TYÖNANTAJA | | | | | | |
| "Pienituloisuus (ref. Pienituloinen=1,000)" | | | | | | |
| Ei-pienituloinen | ,828 | ,483 | 1,420 | ,507 | ,331 | ,774 |
| "Tuloviidennekset (ref. V tuloviidennekset=1,000)" | | | | | | |
| I tuloviidennes | 1,397 | ,593 | 3,290 | 2,162 | 1,155 | 4,047 |
| II tuloviidennes | 1,239 | ,512 | 2,998 | 1,577 | ,821 | 3,028 |
| III tuloviidennes | 1,021 | ,428 | 2,436 | 1,513 | ,797 | 2,874 |
| IV tuloviidennes | ,799 | ,335 | 1,906 | 1,289 | ,675 | 2,461 |
| OSTOPALVELU | | | | | | |
| "Pienituloisuus (ref. Pienituloinen=1,000)" | | | | | | |
| Ei-pienituloinen | ,766 | ,448 | 1,310 | ,526 | ,344 | ,805 |
| "Tuloviidennekset (ref. V tuloviidennekset=1,000)" | | | | | | |
| I tuloviidennes | 2,249 | ,844 | 5,993 | 3,114 | 1,478 | 6,562 |
| II tuloviidennes | 2,027 | ,744 | 5,525 | 1,586 | ,729 | 3,452 |
| III tuloviidennes | 1,681 | ,618 | 4,569 | 1,628 | ,751 | 3,528 |
| IV tuloviidennes | 1,114 | ,393 | 3,158 | 1,732 | ,779 | 3,848 |

Liitetaulukko 8. Lapsiperheiden kotipalvelun asiakkaiden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti vuonna 2014, euroa vuodessa

| | Kunnan oma palvelu / ostopalvelu | | Palveluseteli/ kunnan oma+ palveluseteli | |
|--|----------------------------------|--------------|--|-----------|
| | Mediaani euroa/vuosi | N | Mediaani euroa/vuosi | N |
| Kaikki yhteensä | 12 201 | 1 176 | 26 327 | 94 |
| Sukupuoli | | | | |
| Mies | 12 827 | 63 | | |
| Nainen | 12 200 | 1 125 | 25 993 | 95 |
| Ikä luokiteltuna | | | | |
| alle 30 | 7 576 | 355 | 14 308 | 8 |
| 30–44 | 14 780 | 757 | 26 505 | 82 |
| 45–64 | 13 191 | 75 | 26 298 | 7 |
| Puoliso | | | | |
| Ei puolisoa | 6 389 | 512 | 12 995 | 23 |
| On puoliso | 17 685 | 676 | 27 785 | 74 |
| Kotitalouden korkein koulutusaste | | | | |
| Perusaste | 5 463 | 255 | 6 165 | 4 |
| Keskiaste | 10 375 | 396 | 15 720 | 12 |
| Korkea-aste | 20 263 | 529 | 27 600 | 81 |
| Työllinen vuoden lopussa | | | | |
| Työssä | 6 431 | 627 | 16 098 | 29 |
| Ei työssä | 19 275 | 559 | 27 803 | 68 |

Liitetaulukko 9. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle lapsiperheiden tilapäisen kotipalvelussa 2013 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Kotitalouden rahatulot | | | Pienituloisuus | | | Tuloviidennekset | | |
|---|------------------------|--------------------------|----------|----------------|--------------------------|----------|------------------|--------------------------|----------|
| | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | |
| | | Alaraja | Yläaraja | | Alaraja | Yläaraja | | Alaraja | Yläaraja |
| Kotitalouden rahatulot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,059 | 1,038 | 1,080 | | | | | | |
| "Pienituloisuus (ref. Pienitulo- nen=1,000)" | | | | 4,358 | 2,392 | 7,942 | | | |
| "Tuloviidennekset (ref. V tuloviiden- nes=1,000)" | | | | | | | p=,000 | | |
| I tuloviidennes | | | | | | | ,108 | ,054 | ,216 |
| II tuloviidennes | | | | | | | ,353 | ,192 | 0,647 |
| III tuloviidennes | | | | | | | ,483 | ,270 | ,865 |
| IV tuloviidennes | | | | | | | ,574 | ,316 | 1,044 |
| Käyntien määrä yhteensä | 0,979 | 0,968 | 0,990 | ,975 | ,964 | ,986 | ,979 | ,967 | ,990 |
| "Korkein koulutusaste (ref. korkea-aste =1,000)" | p=,000 | | | p=,000 | | | p=,000 | | |
| Perusaste | ,254 | ,087 | ,741 | ,258 | ,088 | ,757 | ,287 | ,097 | ,849 |
| Keskiaste | ,275 | ,152 | ,497 | ,252 | ,140 | ,453 | ,295 | ,162 | ,537 |
| Työllinen vuoden lopussa (=1,000) | ,686 | ,444 | 1,060 | ,653 | ,422 | 1,012 | ,714 | ,458 | 1,113 |
| Ikä | 1,053 | 1,018 | 1,089 | 1,060 | 1,025 | 1,096 | 1,053 | 1,018 | 1,090 |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | ,356 | ,216 | ,588 | ,310 | ,190 | ,506 | ,400 | ,241 | ,666 |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | ,449 | ,186 | 1,086 | ,453 | ,191 | 1,073 | ,479 | ,198 | 1,161 |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | p=,000 | | | p=,000 | | | p=,000 | | |
| Eteläinen | 2,739 | 1,329 | 5,645 | 3,378 | 1,679 | 6,794 | 2,737 | 1,331 | 5,629 |
| Läntinen | 1,202 | ,603 | 2,398 | 1,272 | ,645 | 2,508 | 1,137 | ,569 | 2,270 |
| Keskinen | 2,305 | 1,151 | 4,616 | 2,356 | 1,185 | 4,682 | 2,292 | 1,141 | 4,603 |
| Pohjoinen | 4,863 | 2,247 | 10,526 | 5,565 | 2,591 | 11,951 | 4,988 | 2,293 | 10,848 |
| Koillinen | 1,824 | 0,939 | 3,544 | 1,873 | 0,971 | 3,611 | 1,760 | 0,904 | 3,428 |
| Kaakkoinen | 1,033 | ,459 | 2,323 | 1,167 | ,527 | 2,585 | ,992 | ,441 | 2,231 |
| Vakio | ,019 | | | ,018 | | | ,192 | | |
| -2LL | 755,070 | | | 767,136 | | | 746,151 | | |
| Hoshmer-Lemeshow | ,698 | | | ,091 | | | ,894 | | |
| Nagelkerke R² | ,430 | | | ,426 | | | ,447 | | |

Liitetaulukko 10. Logistiset regressiomallit palvelusetelin käytölle lapsiperheiden tilapäisen kotipalvelussa 2014 (vetosuhteet, Odds ratios)

| | Kotitalouden rahatulot | | | Pienituloisuus | | | Tuloviidennekset | | |
|---|------------------------|--------------------------|---------|----------------|--------------------------|---------|------------------|--------------------------|---------|
| | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | | Veto- suhde | 95 % luottamus- välin | |
| | | Alaraja | Yläraja | | Alaraja | Yläraja | | Alaraja | Yläraja |
| Kotitalouden rahatu- lot kulutusyksikköä kohti (1 000 €) | 1,040 | 1,017 | 1,064 | | | | | | |
| "Pienituloisuus (ref. Pienitului- nen=1,000)" | | | | 2,115 | 1,069 | 4,183 | | | |
| "Tuloviidennekset (ref. V tuloviiden- nes=1,000)" | | | | | | | p=,023 | | |
| I tuloviidennes | | | | | | | ,328 | ,146 | ,735 |
| II tuloviidennes | | | | | | | ,557 | ,256 | 1,208 |
| III tuloviidennes | | | | | | | ,477 | ,208 | 1,098 |
| IV tuloviidennes | | | | | | | 1,062 | ,541 | 2,082 |
| Käyntien määrä yhteensä | ,988 | ,976 | 1,001 | ,986 | ,974 | ,999 | ,987 | ,974 | 1,001 |
| "Korkein koulutusaste (ref. korkea-aste =1,000)" | p=,009 | | | p=,002 | | | p=,010 | | |
| Perusaste | ,322 | ,105 | ,984 | ,307 | ,099 | ,948 | ,305 | ,098 | ,945 |
| Keskiaste | ,385 | ,192 | ,774 | ,335 | ,170 | ,663 | ,389 | ,193 | ,786 |
| Työllinen vuoden lopussa (=1,000) | 1,062 | ,621 | 1,817 | ,971 | ,570 | 1,655 | 1,080 | ,624 | 1,868 |
| Ikä | 1,055 | 1,013 | 1,100 | 1,058 | 1,015 | 1,102 | 1,057 | 1,014 | 1,101 |
| Puoliso (ref. on puoliso=1,000) | ,800 | ,436 | 1,466 | ,683 | ,381 | 1,225 | ,777 | ,423 | 1,429 |
| Sukupuoli (ref. nainen=1,000) | ,294 | ,065 | 1,329 | ,284 | ,063 | 1,271 | ,267 | ,059 | 1,216 |
| Suurpiiri (ref. itäinen=1,000) | p=,181 | | | p=,075 | | | p=,126 | | |
| Eteläinen | 2,906 | 1,107 | 7,627 | 3,638 | 1,427 | 9,273 | 3,161 | 1,220 | 8,191 |
| Läntinen | 1,357 | ,511 | 3,603 | 1,383 | ,522 | 3,663 | 1,415 | ,533 | 3,760 |
| Keskinen | 2,100 | ,793 | 5,557 | 2,146 | ,813 | 5,665 | 2,212 | ,833 | 5,871 |
| Pohjoinen | 3,066 | 1,077 | 8,727 | 3,023 | 1,068 | 8,558 | 3,309 | 1,162 | 9,427 |
| Koillinen | 2,569 | 1,055 | 6,256 | 2,655 | 1,093 | 6,449 | 2,722 | 1,116 | 6,639 |
| Kaakkoinen | 1,803 | ,594 | 5,475 | 1,924 | ,638 | 5,801 | 1,931 | ,636 | 5,859 |
| Vakio | ,005 | | | ,007 | | | ,020 | | |
| -2LL | 543,609 | | | 555,981 | | | 549,245 | | |
| Hoshmer-Lemeshow | ,603 | | | ,670 | | | ,813 | | |
| Nagelkerke R² | ,196 | | | ,183 | | | ,195 | | |

| | | |
|---|--|---------------------------|
| Tekijä(t) Borg, Pekka | | |
| Nimike Palvelusetelit ja eriarvoisuus Tutkimus palvelusetelin käytöstä Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa | | |
| Julkaisija (virasto tai laitos) Helsingin kaupungin tietokeskus | Julkaisu-aika 2016 | Sivumäärä, liitteet 98 |
| Sarjan nimike Tutkimuksia - Helsingin kaupungin tietokeskus | | Osan numero 2016:7 |
| ISSN(painettu) 1455-724X ISSN(verkossa) 1796-7228 | ISBN(painettu) 978-952-331-214-2 ISBN(verkossa) 978-952-331-215-9 | Kieli fin, swe, eng |
| Tiivistelmä <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen on murroksessa. Perinteisesti kunnat ja julkishallinto ovat olleet ensisijaisia palveluiden tuottajia, mutta markkinalähtöiset toimintatavat ovat voimistuneet. Kunnan palveluseteli on yksi tapa lisätä yritysten osallisuutta palvelutuotannossa. Palvelusetelin tarkoituksena on lisätä asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia ja parantaa palvelujen saatavuutta, mutta myös lisätä yrittäjyyttä ja työllisyyttä alueella. Palveluseteli vakainasetettiin Helsingissä yhdeksi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluiksi vuonna 2014.</p> <p>Tutkimuksen kysymyksenä oli, onko palvelusetelikäytännöllä eriarvoistavia vaikutuksia. Eriarvoistuminen on moniulotteinen kysymys, mutta tässä sitä mitattiin vertaamalla, poikkeavatko palvelusetelin käyttäjät tuloiltaan tai sosioekonomiselta asemaltaan samaa palvelua kaupungin omana toimintana saaneista asiakkaista. Yhdenvertaisuus tarkoittaa, että kaikilla on taloudellisesta asemastaan riippumatta samat mahdollisuudet valita joko kunnan tai palveluseteliyksikön palvelu.</p> <p>Aineistona olivat kaikki kuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelussa vuosina 2013–14 palveluseteliä käyttäneet ja vastaavaa kaupungin palvelua käyttäneet asiakkaat. Tilastokeskus yhdisti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietoihin tietoja asiakkaan tuloista ja sosioekonomisesta asemasta. Kiinnostavaa oli, että osassa palveluista asiakkaan omavastuu oli kunnan toiminnoissa ja palveluseteliyksikössä samansuuruisia, toisissa palvelusetelin omavastuu oli hieman suurempi ja kolmansissa huomattavasti suurempi kuin kaupungin palvelussa.</p> <p>Tulokset osoittivat, että palvelusetelin eriarvoistavat vaikutukset riippuvat asiakkaan omavastuun suuruudesta ja muista ehdoista. Palveluseteliä käyttäneillä mediaanitulot olivat suurempia kuin kaupungin palveluiden asiakkailla. Monissa palveluissa tulojen vaikutus oli vähäistä, mutta jos omavastuu oli suuri, ei pienituloisilla ollut yhdenvertaista mahdollisuutta valita palveluyksikköä. Oleellisia olivat myös henkilön muut resurssit ja toimintamahdollisuudet.</p> <p>Nyt Sote-uudistuksen valmisteluissa keskustelu on siirtynyt aivan uudelle tasolle. Suunnitellaan koko järjestelmän perustamista laajalle valinnanvapaudelle ja luopumista nykyisestä palvelusetelistä. Tilalle tulisi erilainen asiakasseteli.</p> <p>Nyt Sote-uudistuksen valmisteluissa keskustelu on siirtynyt aivan uudelle tasolle. Keskustellaan koko järjestelmän perustamisesta laajalle valinnanvapaudelle. Nykyisestä palvelusetelistä ehkä luovutaan ja tilalle suunnitellaan erilaista asiakasseteliä.</p> | | |
| Asiasanat palveluseteli, valinnanvapaus, eriarvoisuus, markkinoistuminen, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus | | |
| Hinta hinnaston mukaan | Jakelu puh. 09 310 36293 | |
| Myynti Tietokeskuksen kirjasto, Siltasaarenkatu 18–20 A, 00099 Helsingin kaupunki, puh. 09 310 36377 | | |



PALVELUSETELIT JA ERIARVOISUUS

Kuntien ja julkishallinnon itse tuottamien sosiaali- ja terveyspalveluiden rinnalle on lisääntyvästi otettu käyttöön markkinalähtöisiä toimintatapoja. Palvelusetelillä kunta voi hankkia asiakkailleen palveluita yrityksiltä niin, että asiakkaalla on oikeus valita palvelunsa joko kunnan yksiköstä tai palveluseteliyksiköstä. Onko kaikilla asiakkailta kuitenkin tasaverlaisia ja reiluja mahdollisuuksia valita palveluidensa tuottajaa?

Tutkimuksen kysymyksenä oli, onko palvelusetelikäytännöllillä eriarvoistavia vaikutuksia. Eriarvoistuminen on moniulotteinen kysymys, mutta tässä sitä mitattiin vertaamalla, poikkeavatko palvelusetelin käyttäjät tuloiltaan tai sosioekonomiselta asemaltaan samaa palvelua kaupungin omana toimintana saaneista asiakkaista. Yhdenvertaisuus tarkoittaa, että kaikilla on taloudellisesta asemastaan riippumatta samat mahdollisuudet valita joko kunnan tai palveluseteliyksikön palvelu.

Aineistona olivat kuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelussa Helsingissä vuosina 2013–14 palveluseteliä käyttäneet ja vastaavaa kaupungin palvelua käyttäneet asiakkaat. Joissakin palveluissa oli samansuuruinen omavastuu kunnan toiminnoissa ja palveluseteliyksiköissä, toisissa palvelusetelin omavastuu oli hieman suurempi ja kolmansissa huomattavasti suurempi kuin kaupungin palvelussa.

Palvelusetelin eriarvoistavat vaikutukset näyttivät riippuvan asiakkaan omavastuun suuruudesta ja muista ehdoista. Monissa palveluissa tulojen vaikutus oli vähäistä, mutta suuri omavastuu heikentää asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelunsa tuottajaa. Oleellisia olivat myös henkilön muut resurssit ja toimintamahdollisuudet.