



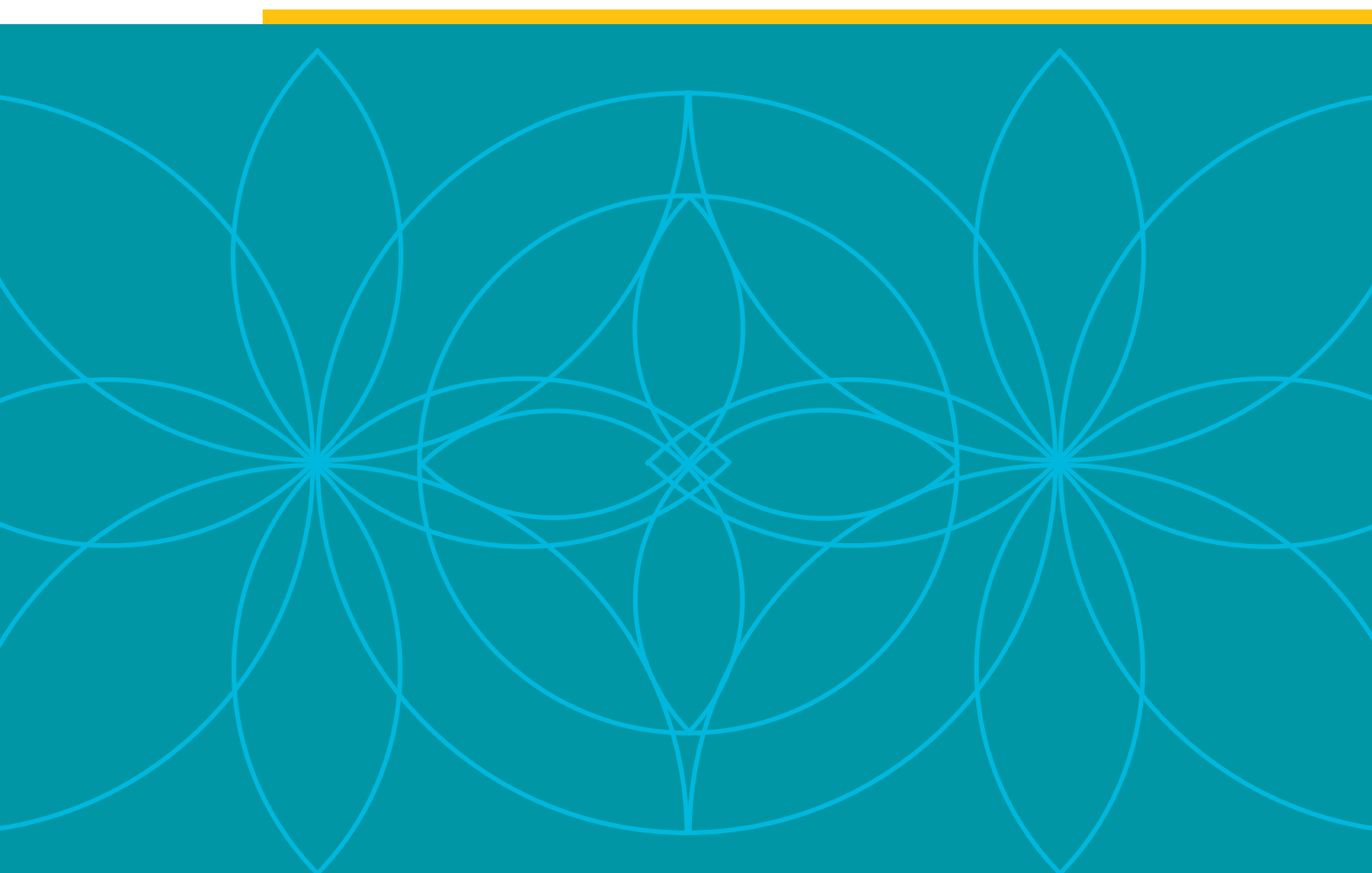
Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto

Tutkimuksia ja raportteja 7 / 2017

Palvelusetelijärjestelmä – yhdenvertaisuutta vai jakolinjoja?

PALVELUSETELITUTKIMUKSEN YHTEENVETORAPORTTI

Aino Melakari





Tekijä(t) Melakari, Aino		
Julkaisun nimi Palvelusetelijärjestelmä – yhdenvertaisuutta vai jakolinjoja?		
Julkaisija Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden virasto	Julkaisu-aika 2017	Sivumäärä, liitteet 53
Sarja Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia ja raportteja		Sarjan numero 7
ISSN-numero 2341-8109	ISBN verkkojulkaisu 978-952-331-224-1	Kieli suomi
Avainsanat palveluseteli, valinnanvapaus, sosiaali- ja terveyspalvelut, yhdenvertaisuus, eriarvoisuus, markkinoistuminen, laatuvertailu, kustannusvertailu, edullisuusvertailu		
Tiivistelmä Palvelusetelitoiminta on viime vuosien aikana vakiinnuttanut asemansa osana julkisia palveluita ja niiden järjestämistä. Se pyrkii lisäämään yksilöiden valinnanvapautta sekä parantamaan palveluiden laatua ja saatavuutta. Lisäksi palvelusetelin avulla tavoitellaan elinkeinopoliittisia hyötyjä, esimerkiksi työllisyyttä ja yrittäjyyttä. Monen muun kunnan tavoin myös Helsinki on laajentanut palvelusetelijärjestelmäänsä, ja yhä useampi kaupunkilainen hankkii tarvitsemansa palvelut setelin avulla. Palveluseteli vakinaistettiin yhdeksi sosiaali- ja terveystieteiden ostopalvelutoiminnan järjestämistavaksi vuonna 2014. Tämä yhteenvetoraportti on osa sosiaali- ja terveystieteiden palvelusetelitutkimus-hanketta, jonka tehtävänä oli tutkia palvelusetelijärjestelmän eriarvoistavia vaikutuksia. Lisäksi tutkimus kohdistui palvelusetelitoiminnan ja kaupungin oman palvelutoiminnan välisiin laatueroihin sekä setelijärjestelmän prosesseihin ja hallinnollisiin ja muihin kustannusvaikutuksiin. Hanke sai alkunsa kaupunginvaltuutettu Thomas Wallgrenin ponnesta, ja siihen sisällytettiin neljä osatutkimusta (Anttonen 2016; Borg 2016; Helme 2014; Sjöblom 2015). Tutkimuksen kohteena oli seitsemän palveluseteliä: kolonoskopia (paksusuolen tähytystutkimus), suun terveydenhuolto, iäkkäiden ympärivuorokautinen palveluasuminen, iäkkäiden päivätoiminta, vammaisten henkilökohtainen apu, lapsiperheiden tilapäinen kotipalvelu sekä varhaiskasvatuksen kerhotoiminta. Aineisto koostui sekä määrällisestä että laadullisesta tutkimusmateriaalista. Tutkimus osoittaa, että palveluseteliasiakkaiden mediaanitulot olivat korkeammat verrattuna kaupungin omassa palvelussa käyneiden asiakkaiden tuloihin. Pienituloisten edellytykset setelin valinnalle heikentyivät asiakkaan maksettavaksi jäävän omavastuuosuuden kasvaessa. Laatueroja tarkasteltiin vertailemalla kaupungin tuottamaa kolonoskopiaa ja yksityisesti tuotettua (palvelusetelillä hankittua) kolonoskopiaa. Nämä kaksi palvelutuotantoa erosivat toisistaan ainoastaan suomen-suomen kielisen kipulääkityksen osalta: kipulääkitystä annettiin useammin kaupungin sairaalassa. Muilta osin paksusuolen tähytyksissä ei havaittu laatueroja. Asiakaskyselyyn vastanneet olivat palveluseteliin tyytyväisiä. Seteleiden ”käyttömukavuutta” arvioitiin myönteisessä valossa, ja setelin vastaanottaneet ja sen avulla palveluita hankkineet asiakkaat kokivat sen tarpeelliseksi. Merkittävimmäksi setelin käyttöä selittäväksi motivaatiotekijäksi osoittautui hoitoon pääsyn nopeus. Palvelusetelien kokonaiskustannuksia mitannut tutkimus osoitti, että mukana olleista viidestä palvelusetelistä vanhusten palveluasumisen, vammaisten henkilökohtaisen avun sekä ikäihmisten päivätoiminnan kohdalla setelillä hankittu palvelutuotanto oli hallinnollisen kustannuslisan jälkeen kaupungin omaa tuotantoa edullisempaa. Näiden kyseisten palvelujen osalta voidaan palvelusetelin katsoa olleen kustannusvaikuttava ja -tehokas toimintamuoto. Kaupungin oma palvelutuotanto oli sen sijaan edullisempaa suun terveydenhuollossa sekä kolonoskopiassa. Palvelusetelijärjestelmän jatkuminen nyky muodossaan on tämän hetkisten sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen liittyvien kaavailujen perusteella epävarmaa. Palvelusetelin korvaajiksi on esitetty asiakasseteliä ja henkilökohtaista budjettia. Tässä tutkimuksessa tulevaa sote-uudistusta käsiteltiin vain lyhyesti.		

Sisällys

1. JOHDANTO	7
2. PALVELUSETELIJÄRJESTELMÄ OSANA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUITA	11
2.1 Palvelusetelitoimintaa ohjaavat periaatteet	11
2.2 Palvelusetelijärjestelmä Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa	14
2.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteet ja mekanismit	15
2.3.1 Julkiset palvelut muutoksessa	15
2.3.2 Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa	16
2.3.3 Näkökulmia valinnanvapauden oikeudenmukaisuuteen ja yhdenvertaisuuteen	17
2.3.4 Jakautuuko valinnanvapaus oikeudenmukaisesti – katsaus Ruotsin, Englannin ja Hollannin järjestelmiin	21
3. YHDENVERTAISUUDEN JA OIKEUDENMUKAISUUDEN TOTEUTUMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSTIETEIDEN TUTKIMUSKESKUKSEN PALVELUSETELIJÄRJESTELMÄSSÄ	23
3.1 Kolonoskopian palveluseteli	24
3.2 Suun terveydenhuollon palveluseteli	26
3.3 Ikääntyneiden palveluasumisen palveluseteli	27
3.4 Ikääntyneiden päivätoiminnan palveluseteli	28
3.5 Vammaisten henkilökohtaisen avun palveluseteli	29
3.6 Lapsiperheiden tilapäisen kotiavun palveluseteli	31
3.7 Varhaiskasvatuksen kerhotoiminnan palveluseteli	32
4. PALVELUSETELIJÄRJESTELMÄN KUSTANNUSVAIKUTUKSET	33
4.1 Kustannusvaikutusten mittaaminen	33
4.2 Palvelusetelien hallinnolliset prosessit ja kustannusvaikutukset sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa	34
4.2.1 Palveluseteliprosessien kuormittavuus	35
4.2.2 Palvelusetelijärjestelmän hallinnolliset kustannukset	36
4.2.3 Palvelusetelitoiminnan edullisuusvertailu	36
5. JOHTOPÄÄTÖKSET	38
5.1 Yhteenveto tutkimusten tuloksista	38
5.2 Tutkimushankkeen arviointia	42
5.3 Valinnanvapaus sote-uudistuksen jälkeen – miten käy palvelusetelin?	43
Lähteet	45
Liitteet	
Liite 1	52
Liite 2	53

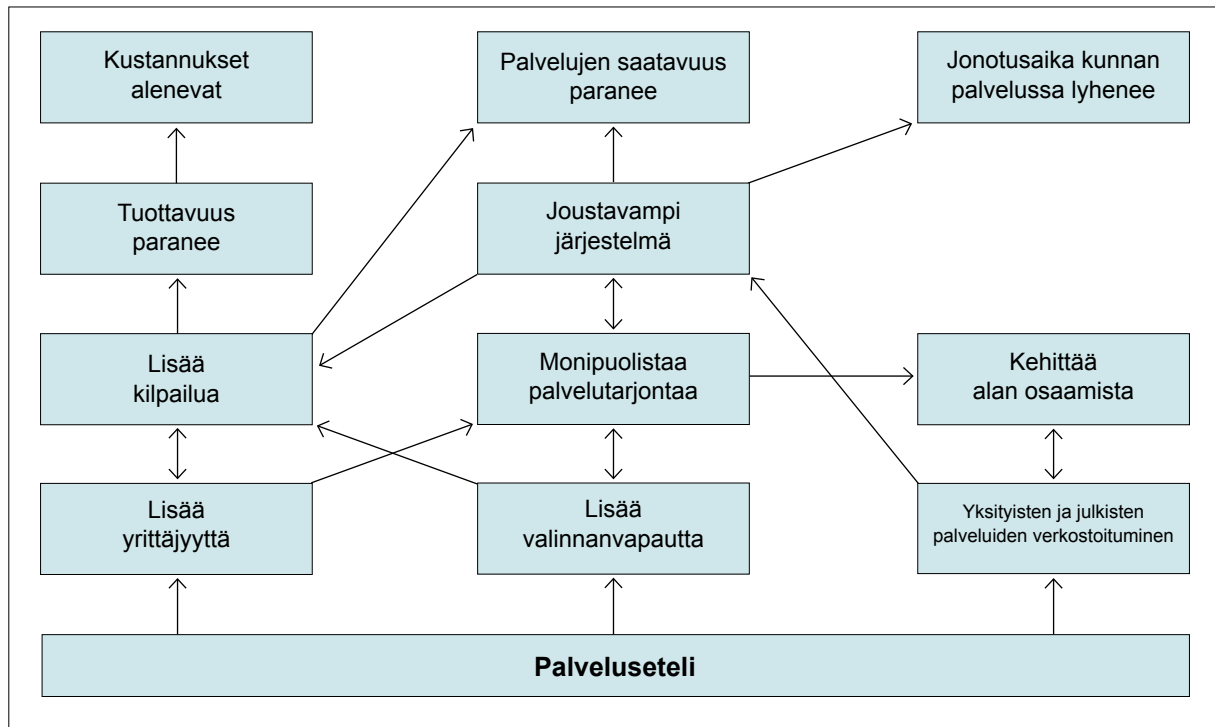
1. JOHDANTO

Palveluseteli on viime vuosien aikana vakiinnuttanut asemansa osana julkisia palveluita ja niiden järjestämistä. Setelitoiminnasta on muodostunut osa jatkumoa, joka pyrkii lisäämään yksilöiden valinnanvapautta sekä parantamaan palveluiden laatua ja saataavuutta. Monen muun kunnan tavoin myös Helsinki on laajentanut palvelusetelijärjestelmäänsä, ja yhä useampi kaupunkilainen hankkii tarvitsemansa palvelut setelin avulla.

Kaupungin strategiaohjelman (2013–2016) mukaisesti on palveluseteli vakinaistettu osaksi palvelujen järjestämismuotoja. Sen käyttöönoton yhteydessä varmistetaan tasarvoiset palvelut kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Setelitoiminnan avulla kaupungin omaa palvelutuotantoa täydennetään varsinkin niillä alueilla, joilla on palvelujen aukkoja (esimerkiksi kaksikielisten palveluissa). Myös iäkkäiden palveluketjujen sujuvuutta pyritään palvelusetelin avulla parantamaan.

Palvelusetelitoiminnalle asetetut tavoitteet liittyvät niin sosiaali-, terveys- kuin esimerkiksi työ- ja elinkeinopolitiikkaan. Setelijärjestelmän hyötyjen nähdään ulottuvan laajalaisesti yhteiskunnan mikro- ja makrotasolle. Pekka Borgin (2016) esittämä oletus setelitoiminnan vaikutuksista on kiteytetty kuvioon 1.

Kuvio 1. Oletus palvelusetelin vaikutuksista (Borgin tulkinta palvelusetelilain vaikutusoletuksista).



Lähde: Borg 2016, 27.

Setelitoiminnan laajentamisella pyritään hallitsemaan palvelutarpeen kasvua sekä vahvistamaan yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä ja kumppanuutta. Tavoitteena on taata sujuvat ja integroidut palvelut kaikille kaupunkilaisille, ja painopiste on asiakaslähtöisyydessä sekä asiakkaiden itsemääräämisoikeuden lisäämisessä.

Palvelusetelitutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävä

Tämä yhteenvedoraportti päättää vuonna 2013 käynnistetyn palvelusetelitutkimuksen, joka sai alkunsa 15.5.2013 pidetystä kaupunginvaltuuston kokouksesta ja valtuutettu Thomas Wallgrenin siellä esittämästä toivomusponnesta. Kyseinen valtuustokokous päätti vakinaistaa palvelusetelin yhdeksi sosiaali- ja terveystalouden järjestämistavaksi. Samalla se vaati, että palveluiden tasa-arvoinen saatavuus on varmistettava kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Tässä yhteydessä Wallgren esitti pontensa: ”Hyväksyessään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelin vakinaistamisen yhdeksi ostopalvelujen järjestämistavaksi 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.” (Kaupunginvaltuusto 15.5.2013, 145§.).

Ponnen mukainen tutkimus sovittiin toteutettavaksi sosiaali- ja terveystalouden sekä Helsingin kaupungin tietokeskuksen yhteistyönä. Tutkimuksessa tarkasteltiin palveluseteleitä seitsemässä palvelussa: *kolonoskopiassa, suun terveydenhuollossa, iäkkäiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa, iäkkäiden päivätoiminnassa, vammaisten henkilökohtaisessa avussa, lapsiperheiden tilapäisessä kotipalvelussa sekä varhaiskasvatuksen kerhotoiminnassa*. Osatutkimuksista on laadittu raportit, jotka ovat luettavissa sähköisessä muodossa (Anttonen 2016; Borg 2016; Helme 2014; Sjöblom 2015). Osatutkimukset sekä niitä ohjanneet tutkimuskysymykset on eritelty seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 1. Tutkimuskohteina olleiden palveluiden asiakasmäärät vuosilta 2013–2015 on kuvattu liitteessä 1.

Taulukko 1. Palvelusetelitutkimuksen kokonaisuus

Tutkimuskysymys	Tutkija	Aineisto	Julkaisu
Onko palvelusetelikäytännöllä eriarvoistavia vaikutuksia?	Pekka Borg, Helsingin kaupungin tietokeskus	rekisteriaineisto	Palveluseteli ja eriarvoisuus (2016)
Miksi asiakas käyttää/ei käytä tarjottua palveluseteliä? Millaisia asenteita asiakkailla on palvelusetelillä järjestettyä palvelua kohtaan? Millaisia ongelmia palvelusetelikäytäntöihin liittyy? Miten asiakkaiden yhdenvertaisuus toteutuu palvelusetelikäytännöissä?	Joonas Sjöblom, Helsingin kaupungin tietokeskus	asiakaskyselyt, henkilökunnan ryhmähaastattelu	Palveluseteliä vai ei? – Asiakaskyselyt ja henkilöstön ryhmähaastattelut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelien käytöstä (2015)
Millaiset ovat palvelusetelikeittäjen prosessi- ja palvelukuvaukset? Kuinka suurina ovat palvelusetelitoiminnan hallinnolliset kustannukset? Kuinka suurina ovat palvelusetelitoiminnalla hankittavien palvelujen kustannukset verrattuna kaupungin itse tuottamiin palveluihin?	Anna Helme, Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto	hallinnollisen työajan data	Palvelusetelien prosessit ja hallinnolliset kustannukset Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastossa (2014)
Esiintyykö palvelusetelillä tuotetun kolonoskopian ja kaupungin oman kolonoskopian välillä laatueroja? Mikäli laatueroja esiintyy, onko niillä eriarvoistavia vaikutuksia?	Katarina Anttonen, Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto	lääkärinlausunnot	Palvelusetelillä ja kaupungin omana toimintana tuotettujen kolonoskopioiden laatuvertailu (2016)

Sosiaali- ja terveysviraston esityksen pohjalta tietokeskuksen tehtäväksi osoitettiin palvelusetelin ja eriarvoistumisen mahdollisten yhteyksien tutkiminen. Tutkimukseen tutkija Pekka Borg (2016) vertasi asiakasrekisteritietojen avulla palvelusetelin käyttäneitä henkilöitä niihin palveluiden käyttäjiin, joille seteliä ei ollut tarjottu tai jotka eivät seteliä sen myöntämisestä huolimatta olleet käyttäneet. Lisäksi tietokeskus suoritti asiakaskyselyihin ja henkilöstön ryhmähaastatteluihin pohjautuvan tutkimuksen (Sjöblom 2015), jossa hahmoteltiin palvelusetelikäytäntöihin ja asiakkaiden yhdenvertaisuuteen mahdollisesti liittyviä ongelmia, asiakkaiden palveluseteliin kohdistuneita asenteita sekä syitä setelin käyttämiselle.

Anna Helme (2014) ja Katarina Anttonen (2016) laativat sosiaali- ja terveysviraston osatutkimukset. Helmeen tutkimus koski palvelusetelien hallinnollisten prosessien ja kustannusten selvittämistä. Anttonen puolestaan vertaili Laakson sairaalassa tehtyjen kolonoskopioiden ja palvelusetelillä tuotettujen kolonoskopioiden laatutekijöitä. Vertailu suoritettiin kansainvälisiin laatusuosituksiin perustuvien kriteereiden pohjalta.

Palvelusetelitutkimushankkeen päättää tämä koontiraportti, joka liittyy osatutkimusten tulokset yhteen ja sitoo ne kotimaiseen ja kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen. Raportissa vastataan kaupunginvaltuuston toivomusponnen mukaisesti kysymyksiin palvelusetelijärjestelmän mahdollisista eriarvoistavista mekanismeista sekä sen kustannusvaikutuksista. Painotus on tehtävänannon mukaisesti yhteiskuntatieteellinen. Palvelusetelijärjestelmää hahmotellaan sosiaalipoliittisen viitekehyksen kautta: huomio kiinnitetään erityisesti palvelusetelien (sekä teoriaosuudessa laajemmin sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauden) ja yhdenvertaisuuden välisiin yhteyksiin sekä niitä lisääviin tai heikentäviin mekanismeihin.

Palvelusetelitoimintaa ohjaava palvelusetelilaki (569/2009) tai sen taustalla olevat esityöt (esimerkiksi HE 20/2009 tai PeVL 10/2009) eivät juurikaan käsittele ihmisten väliseen tasa-arvoon ja yhdenvertaisuuteen liittyviä seikkoja. Yhdenvertaisuuden toteutuminen liitetään lähinnä valinnanvapauden laajentumiseen ja valinnanmahdollisuuksien kasvattamiseen. Toisaalta palvelusetelijärjestelmän ja eriarvoisuuden yhteydet ovat jääneet myös tutkimuksen ulkopuolelle. Painopiste palveluseteliä koskevissa tutkimuksissa on ollut pääosin setelitoiminnan vaikutuksissa suhteessa asiakkaan tai potilaan kykyyn tehdä valintoja ja suhteessa sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelukenttään: laatuun, määrään ja hintaan. Tämä osoittaa suuren aukon tutkimuskentässä, mutta samalla vahvistaa käsillä olevan palvelusetelitutkimuksen merkityksen ja tärkeyden.

Raportin rakenne

Raportin aluksi (2. luku) käydään läpi palvelusetelijärjestelmän keskeisiä periaatteita, lainsäädäntöä sekä käytännön toteutusta niin yleisellä kuin yksityiskohtaisemmin Helsingin kaupungin tasolla. Siitä edetään hahmottelemaan niitä rakenteita, joissa palvelusetelijärjestelmä toimii eli julkisesti tuotettuja sosiaali- ja terveyspalveluita ja niiden muutoksia sekä valinnanvapautta. Tarkastelun kehys muodostuu yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon elementeistä. Palvelusetelitutkimuksen keskeisimmät ja tehtävänannon kannalta olennaisimmat tulokset esitellään kolmannessa luvussa. Neljäs luku käsittelee setelijärjestelmän kustannuksia, ja sen yhteydessä tehdään myös setelipalvelun ja kaupungin oman palvelutuotannon välistä kustannusvertailua. Raportin päättää viides luku, jossa tutkimuksen tulokset vedetään yhteen ja pohditaan johtopäätöksiä.

2. PALVELUSETELIJÄRJESTELMÄ OSANA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUITA

2.1 Palvelusetelitoimintaa ohjaavat periaatteet

Palveluseteli on yksi julkisten palveluiden järjestämistavoista. Setelillä voi ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta sellaisia sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka kaupungin kuuluu järjestää asukkailleen. Palvelusetelillä ostettu palvelu on vaihtoehto kaupungin tuottamalle palvelulle. Setelin käyttö on aina asiakkaan vapaaehtoinen valinta, ja vaihtoehtona setelin käyttöönotolle on jäädä kaupungin järjestämien palvelujen piiriin. Palvelusetelissä kunta sitoutuu viranomaispäätöksen kaltaisesti korvaamaan setelin suuruisen osuuden yksityisen palvelun hinnasta. Kustannusten loppuosasta vastaa asiakas itse.

Palvelusetelitoimintaa ohjaava lainsäädäntö

Palvelusetelitoimintaa ohjaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (PSL 569/2009). Lain 1 §:ssä säädetään, että palvelusetelin tavoitteena on ”lisätä asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta ja edistää kuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä elinkeinotoimen ja yksityisten palvelun tuottajien yhteistyötä.” Laki pyrkii siis laajentamaan asiakkaan valinnanvapautta, minkä nähdään monipuolistavan palvelujen tarjontaa sekä lisäävän kilpailua. Tavoitelistan kärjessä on myös julkisen ja yksityisen sektorin verkostoituminen. Palvelusetelilain vaikutukset ulottuvat siten niin mikro- kuin makrotasolle: asiakkaiden asemaan, elinkeinoelämään (työllisyyteen ja työelämään) sekä laajemmin yhteiskunnan eri osa-alueille. (HE 20/2009, 16, 19-20.)

Palvelusetelilain muista esitöistä (PeVL 10/2009) ilmenee, että palvelusetelin käyttöönotto antaa kunnille mahdollisuuden ulottaa peruspalveluiden hankkimisen markkinamaisessa viitekehyksessä tapahtuvaksi. Siinä missä lainsäädäntö ei määrää kuntaa palvelusetelin käyttämiseen, ei se myöskään määrittele setelijärjestelmän hinnoittelumalleja. Kunnat voivat itsenäisesti asettaa setelille hinnan, ja halutessaan kunta voi myös kilpailuttaa palveluntuottajat selvittääkseen markkinoilla toimivien palveluiden hintatason. Näin ollen palvelusetelitoimintaa toteuttavan kunnan ei tarvitse noudattaa julkisista hankinnoista säädettyä lakia (348/2007).

Palvelusetelitoimintaa ohjaa myös joukko muita lakeja (ks. tarkemmin Helme 2014), joista arvonlisäverolain (1501/1993) muutos (1457/2001) oikeuttaa kunnallisen sosiaali- ja terveysviraston saamaan palveluseteliostoista laskennallisen viiden prosentin palautuksen. Edellytyksenä tälle on se, että kunnalla on voimassa oleva sopimus palveluntuottajan kanssa. Helsingissä palautuksen tekee kaupunginkanslian talous- ja suunnitteluosasto. (Helme 2014, 16; Verohallinto 2002.) Tähän arvonlisäverolain muutos-

kohtaan liittyen saattaa kaupungille olla taloudellisesti kannattavampaa järjestää osa palveluista esimerkiksi setelitoimintana, eikä pelkästään omana toimintanaan (Helme em.; Tarkiainen 2003, 38).

Asiakkaan oikeudellinen asema palvelusetelijärjestelmässä

Asiakkaan (ja laajemmin ymmärrettynä myös potilaan) asemasta palveluseteliprosessissa säädetään palveluseteliä ohjaavan lain (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009) 6 §:ssä. Uotinen (2009, 84) painottaa, että palveluseteliä käyttävän asiakkaan asemaan vaikuttavat samat säännökset ja periaatteet kuin myös muilla tavoin järjestettyjen palvelujen kohdalla. Palvelusetelillä palvelun hankkiva asiakas voi kuitenkin hyödyntää hänelle myönnettyä valinnanvapautta ja hakeutua sen turvin yksityisen palveluntuottajan piiriin. Asiakkaan oikeutena on saada kunnalta selvitys setelin arvosta, palvelun tuottajien hinnoista, omavastuuosuuden määräytymisen periaatteista sekä asemastaan seteliprosessissa. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä setelin vastaanottamisesta tai sen käytöstä. Kunta on tällöin velvollinen järjestämään palvelun omana toimintanaan.

Palvelusetelilaki määrää, että setelin arvon tulee olla asiakkaalle kohtuullinen. Oletuksena on kuitenkin, että asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus muodostuu suuremmaksi kuin kunnan oman palvelutuotannon asiakasmaksu (HE 20/2009, 19). Palvelusetelin arvoa voidaan korottaa, mikäli asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulo tai hänen elatusvelvollisuutensa muuten vaarantuvat (PSL 7, 8 §). Seteli voi olla joko tulosidonnainen tai kiinteäarvoinen. Ensiksi mainitun kohdalla setelin arvo riippuu asiakkaan tuloista, kun taas jälkimmäisen setelimuodon arvoon eivät asiakkaan tulot vaikuta. (Linnosmaa 2012, 9.)

Asiakkaan ja palveluntuottajan välinen suhde on niin sanottu sopimussuhde, jota koskevat ”sopimuksen sisällön mukaan määräytyvät kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet” (PSL 6 §). Tilanteessa, jossa näiden kahden osapuolen välillä ilmenee erimielisyyttä, saatetaan asia kuluttajariitalautakunnan käsiteltäväksi ja sovellettavana lakina käytetään lakia kuluttajariitalautakunnasta (8/2007). Palvelusetelilain lisäksi asiakkaan asemaan sovelletaan lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Palvelusetelijärjestelmän prosessit

Palveluseteli sijoittuu osaksi monituottajamalliin perustavaa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestelmää. Se on tilaaja-tuottajamallille tai ostopalvelulle rinnakkainen palvelutuotantomuoto, jonka voidaan ajatella olevan looginen jatke niin lainsäädännössä kuin laajemmin yhteiskunnallisessa keskustelussa esillä oleville aktiivista kansalaisuutta korostaville painotuksille. Palvelusetelijärjestelmän osapuolina ovat kunnat (ja kuntayhtymät), asiakkaat sekä palveluntuottajat. Kunnan asema järjestelmän pyörittämisessä on keskeinen: se määrittää setelin käyttöönoton, arvon, kohderyhmän, sillä hankittavat palvelut sekä palveluita antavat palveluntuottajat. (Linnosmaa 2012, 9-10.)

Palvelusetelillä ostettavia sosiaali- ja terveyspalveluita voivat tuottaa niin yksityiset kuin kolmannen sektorin palveluntuottajat. Setelitoiminta on mahdollista kohdistaa vain sellaisiin palveluihin, joissa ei tehdä tahdonvastaisia päätöksiä ja jotka eivät ole kiireellisiä. Palvelu voi olla niin lyhytkestoista tai kertaluonteista kuin pitkäkestoista tai jatkuvaa. Yksityisen palveluntuottajan tuottamien palveluiden tason on vastattava vähintään kunnalliselta toiminnalta edellytettävää tasoa (PSL 5 §). Terveystuon palveluseteliä käytetään pääosin työikäisten joukossa, kun taas sosiaalihuollon seteliasiakkaina on enemmän ikääntynyttä väestöä (Kuusinen-Jamesin 2012, 100).

Palvelusetelijärjestelmän ensiaskeleet

Ensimmäiset palvelusetelikokeilut tehtiin 1990-luvun puolivälissä, kun seteliä kokeiltiin lasten päivähoidon ja omaishoidon tuen maksuvälineenä (HE 74/2003). Vuodesta 2003 lähtien on palveluseteliä myönnetty esimerkiksi siivoukseen, päivätoimintaan ja ikäihmisten omaishoittoon (Hakala & Weckström 2011, 237). Palvelusetelien käyttöön-otto voimistui 2010-luvulle tultaessa, kun useat kunnat, kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit olivat joko jo ottaneet tai suunnittelivat ottavansa setelin käyttöönsä. (Lith 2013, 26-28.)

Palvelusetelilainsäädäntötyö alkoi pääministeri Matti Vanhasen ensimmäisen hallituskauden (2003-2007) aikana. Vuonna 2003 solmitussa hallitusohjelmassa kunnille annettiin mahdollisuus ottaa palvelusetelit käyttöön kotipalveluiden järjestämisessä. Kunnat myös vastuutettiin toimimaan palveluiden tilaajana ja laadunvalvojana. Samaisessa hallitusohjelmassa päätettiin lisäksi käynnistää uusia palvelusetelikokeiluja myös muissa sosiaalihuollon avopalveluissa. (Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 2003.) Vanhasen II hallitus kirjasi vuonna 2007 laadittuun hallitusohjelmaansa, että palvelusetelijärjestelmän käyttöalaa tullaan laajentamaan ”tarkoituksenmukaisella tavalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon”. Samalla seteli päätettiin ulottaa myös kotisairaanhoidon järjestämiseen. (Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007.) Vuonna 2009 eduskunnalle antamassaan esityksessään hallitus määritteli palvelusetelijärjestelmän tavoitteiksi asiakkaan valinnanvapauden lisäämisen, palveluiden saatavuuden parantamisen, palvelutuotannon monipuolistamisen ja tehostamisen, julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön edistämisen sekä yrittäjyyden ja työllisyyden lisäämisen (HE 20/2009). Myös vuonna 2015 hallituskautensa aloittaneen Sipilän hallituksen ohjelmassa on palvelusetelijärjestelmän laajentaminen nostettu yhdeksi hallituksen kärkihankkeista (Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 2015).

Yhdenvertaisuuden mekanismit palvelusetelijärjestelmässä

Yksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamista koskevan työryhmän raportin (STM 2011) tavoitelinjauksista asettaa yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohdaksi. Raportissa todetaan, että ihmisille tulee taata tasa-arvoinen asema ja kohtelu riippumatta heidän yksilöllisistä ominaisuuksistaan tai taloudellisista ja alueellisista tekijöistä. Palvelurakenteen tulee raportin mukaan pystyä tarjoamaan riittäviä ja laadukkaita sekä kohtuuhintaisia palveluja. Huomiota kiinnitetään myös heikommassa asemassa olevien oikeudenmukaiseen kohteluun. (STM 2011, 57.)

Kunnat saavat lain puitteissa vapaasti muokata palvelusetelijärjestelmänsä parhaaksi katsomallaan tavalla. Keskeisimpänä tavoitteena palvelusetelin käyttöönotolle on ihmisten valinnanvapauden edistäminen sekä toisaalta sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden parantaminen. Yksittäinen kunta voi itse vaikuttaa asiakkaan kannalta hyvin keskeisen mekanismin eli maksettavaksi jäävän omavastuuosuuden määräytymiseen. Halutessaan se voi asettaa palveluille tarkkaan rajatun maksimihinnan, jolloin hinnoittelu ei toteudu pelkästään markkinahintajärjestelmän mukaisesti. Hintakattojärjestelmää voitaneen pitää asiakkaan kannalta edullisempänä, sillä kunta pystyy siinä huolehtimaan omavastuuosuuden kohtuullisena pysymisestä. (Linnosmaa 2012, 10.)

2.2 Palvelusetelijärjestelmä Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa

Ensimmäiset palvelusetelikokeilut aloitettiin Helsingissä vuonna 2006 ja ne kohdistettiin terveyskeskuksen kotihoitoon ja säännöllisen kotipalvelun antamiseen. Myöhemmin otettiin käyttöön kotihoidon siivousseteli sekä sosiaalitoimen alaisuuteen kuulunut vanhusten palveluasumisen palveluseteli. (Sjöblom 2015, 13.) Kaupunginvaltuusto päätti 25.8.2010 pitämässään kokouksessa, että palvelusetelikokeiluja jatkettaisiin vuoteen 2012 saakka muun muassa vammaisten palveluasumisessa ja henkilökohtaisessa avussa, lapsiperheiden kotipalvelussa sekä vanhusten päivätoiminnassa.

Kaupunginvaltuuston päätöksen mukaisesti päätettiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteli vakinaistaa yhdeksi ostopalveluiden järjestämistavaksi vuoden 2014 alusta alkaen (Kaupunginvaltuuston kokouspöytäkirja 15.5.2013 § 145). Vuonna 2016 sosiaali- ja terveysviraston palvelusetelit on kohdennettu lapsiperheiden, vammaisten ja vanhusten palveluihin sekä terveyspalveluihin.

Helsingissä on aiemmin tutkittu palvelusetelijärjestelmän käyttäjäkokemuksia terveyskeskusasiakkaiden ja -henkilöstön sekä palveluntuottajien näkökulmasta. Terveyskeskuksen palvelusetelikokeilut -tutkimuksen pohjalta laadittu väliraportti (Thoden 2012) osoitti omavastuuosuuden suuruuden eli toimenpiteen hinnan olevan merkittävin peruste tutkimuspaikan valinnassa. Lisäksi hoitoon pääsyn nopeus sekä tutkimuspaikan läheisyys vaikuttivat asiakkaan päätökseen käyttää tai olla käyttämättä hänelle myönnettyä palveluseteliä. Työntekijät kokivat asiakkaiden valinnanvapauden lisääntyneen ja hoitojonojen lyhentyneen setelikokeilujen myötä, vaikka pitivät asiakkaiden eriarvoisuuden lisääntymistä, muun muassa epäselvään informointiin liittyen, mahdollisena. (Thoden 2012, 28-33.)

2.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteet ja mekanismit

Tässä alaluvussa palvelusetelijärjestelmän tarkastelu siirretään laajempaan kehykseen: niihin rakenteisiin, joiden puitteissa palveluseteli on kehitetty ja joissa se toimii. Lisäksi pohditaan julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden muutosprosesseja sekä valinnanvapautta.

2.3.1 Julkiset palvelut muutoksessa

Julkisesti tuotetut ja rahoitetut hyvinvointipalvelut ovat yksi pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeisistä kulmakivistä (Forma & Niemelä & Saarinen 2008, 9). Pohjoismaiselle hyvinvointimallille ominaisesti myös Suomen malli on muotoutunut ajatukselle universalismista, eli julkinen sektori on kantanut päävastuun palvelujen tuottamisesta ja rahoittamisesta (Anttonen ym. 2012, 22). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta on siten luotu yhteisvastuullisten periaatteiden varaan, ja vetovastuu hyvinvointipalveluiden tuottamisesta on ollut valtiolla sekä kunnilla ja niiden omilla organisaatioilla (Valkama 1995, 7; Sutela 2003, 63).

Palvelujärjestelmän rakentuminen universaalin sosiaali- ja terveyspolitiikan varaan edesauttoi tasa-arvon ja solidaarisuuden toteutumista. Väestöllä oli oikeus saada tarvitsemiaan koulutus-, terveydenhuolto- sekä pitkälti myös sosiaalipalveluja. Palvelut olivat suurimmaksi osaksi verovaroin rahoitettuja, mikä on ominaista pohjoismaiselle hyvinvointimallille ja -politiikalle. (Anttonen ym. 2012, 22.) Sosiaali- ja terveyspalvelut muodostivat kokonaisuuden, jonka yhtenä keskeisenä tehtävänä oli ehkäistä väestöryhmien välistä eriarvoisuutta.

1990-luvulle tultaessa alettiin julkiselle palvelutuotannolle asettaa muutospaineita. Kuten laajemmin länsimaissa myös Suomessa alettiin keskustella julkisen sektorin karsinnasta ja supistamisesta. Yhteiskuntapolitiikan taustalla vaikuttaneet ideat ja ideologiat alkoivat hiljalleen muuttua, ja monen muun maan tavoin myös Suomeen rantautui oppi uudesta julkisjohtamisesta (New Public Management, NPM). (Forma & Niemelä & Saarinen 2008, 9; Anttonen & Häikiö 2011, 72.) Tämä kehitys on vaikuttanut julkisen hallinnon ja julkisten palveluiden tarkasteluun: niihin liitetään yhä enenevässä määrin taloudellisuuden, tehokkuuden sekä vaikuttavuuden vaateita ja määritelmiä (Forma & Niemelä & Saarinen 2008, 10; Mänttari-Van Der Kuip 2013, 5).

Kunnalla on oikeus järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut parhaaksi katsomallaan tavalla, lukuun ottamatta tiettyjä lakisääteisiä velvoitteita tai virkamiespäätösten alaisia toimenpiteitä. Julkisen sektorin muutosten vanavedessä on kuntien toimenkuvaa alettu muuttaa muiden palvelualojen ohella myös sosiaali- ja terveyspalveluissa, ja monen kunnan organisaatorakenteet ovat alkaneet muuttua markkinamaisemmaksi. (Kuopila ym. 2007, 16, 52; Saarinen 2013, 207–216; Kuntalaki 410/2015; HE 268/2014.)

Siinä missä kunta aiemmin vastasi suurimmasta osasta palvelutuotannosta itsenäisesti, on sen rooli sittemmin muuttunut palvelujärjestelmän koordinoimisen suuntaan. Yhteistyökumppaneina voivat toimia esimerkiksi toinen kunta tai kuntayhtymä. Vastaavasti kunta voi sopimusohjausta käyttäen erottaa palvelun tilaajan ja tuottajan toisistaan,

jolloin sen tehtäväksi jää palveluiden rahoittajana ja järjestäjänä toimiminen. Ulkoistaminen voi siten ulottua kunnan ja yksityisen sektorin väliseen kumppanuuteen, eli kunta voi ostopalvelutoiminnan sekä esimerkiksi palvelusetelin muodossa hankkia palveluita myös yksityisiltä tai voittoa tavoittelemattomilta yrityksiltä. (Kuopila ym. 2007, 16, 52; Saarinen 2013, 207–216; Kuntalaki 410/2015; HE 268/2014.)

Konsumerismi

Konsumerismi, kumppanuus, aktiivinen kansalaisuus ja esimerkiksi valinnanvapaus ovat termejä, jotka ovat alkaneet vakiinnuttaa asemaansa julkisiin palvelujärjestelmiin liittyvässä sanastossa. Listaa voisi jatkaa lukuisilla asiakaskeskeisyyttä, käyttäjälähtöisyyttä sekä osallisuutta kuvaavilla sanoilla. Palveluja tarvitseva ja saava yksilö ei ole enää pelkkä asiakas tai potilas, vaan aktiivisia valintoja tekevä rationaalinen kuluttaja. Passiivinen toimijuus on siten vaihtunut voimaannuttavaan toimijuuteen, jonka toimintakenttä muodostuu hyvinvointimarkkinoista. (Palola 2011, 283-285.)

Käsitys terveystalintoja tekevistä kuluttajasta ei ole syntynyt tyhjiössä, vaan siihen on Palolan (2007; 2009) mukaan vaikuttanut esimerkiksi Euroopan komission ”Terveiden Eurooppa” -ohjelma, jossa korostuu nimenomaan terveyden yksilöllistyminen. Sen tiimoilta hyvä terveys määräytyy pitkälti yksilön omien valintojen kautta, ja yksilöllä on siten vastuu (ja hänen on otettava vastuu) omasta terveydestään. Tähän liittyen muun muassa Helén (2008, 146-154) kirjoittaa julkisen terveydenhoidon ”henkilökohtaistuneen” ja niin sanotun terveystalintoisuuden saaneen uuden muodon ”health managementista”. Potilaan rooli hajaantuu tämän myötä lähemmäksi asiakkuutta, kuluttajuutta ja potilasaktivismia (Majapuro 2013, 26).

Beresford (2009) toteaa pohdinnoissaan, että asiakkaiden ja potilaiden osallistamista vahvistetaan usein liian heppoisasti tukeutumalla pelkästään konsumeristiseen lähestymistapaan. Englannissa suoritettiin tutkimuksiinsa perustuen hän katsoo osallistamisen toteutuvan epädemokraattisesti. Osallistamisesta ja osallistumisesta muodostuu herkästi vain näennäistä, jos aidosti edustuksellista demokratiaa ylläpitävät keinot häivytetään kuluttajuuskeskustelun taustalle. (em., 250-252.) Kuusinen-James (2012) puolestaan kysyy, pystyykö henkilö, jonka kognitiiviset tai fyysiset kyvyt eivät ole riittävät järkevien kuluttajapäätösten tekemiseen, astumaan kuluttajatoimijan rooliin ja liikkumaan kuluttajakeskeisessä palvelujärjestelmässä? Tähän liittyen hän esittää aiheellisen kysymyksen siitä, että ”tuottaako palvelusetelin käyttö - - odotusten mukaisia vahvoja kuluttajakansalaisia vai synnyttääkö järjestelmä myös luovijoita ja uhreja?”. (em., 22-23.)

2.3.2 Valinnanvapaus sosiaali- ja terveystalintoissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus nytkähti eteenpäin vuonna 2011. Tuolloin voimaan astuneessa terveydenhuoltolaissa (2010/1326) säädetään, että asiakkaalla on oikeus valita haluamansa terveystalintoasema oman kunnan alueelta sekä erikoissairaanhoidon yksikkö erityisvastuualueelta. Vuodesta 2014 lähtien tämä on koskenut koko maata. Lisäksi Euroopan Unionin potilasdirektiivi mahdollistaa hoitopaikan valinnan EU-maiden alueelta. (Brommels ym. 2016, 7.)

Valinnanvapauden ja sen lisäämisen taustalla on ajatus kansalaislähtoisemmästä yhteiskunnasta (esim. Palola 2011, 286). Valinnanvapauden myötä yksilö valtuutetaan tekemään muun muassa terveystalouteen liittyviä valintoja omien tarpeidensa mukaisesti. Valinnanvapaus on myös rakenteellinen väline ja toiminto, jonka avulla pyritään madaltamaan julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintoja. Lisäksi sillä tavoitellaan sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusmallin yksinkertaistamista ja sen myötä kokonaisvoimavarojen tarkoituksenmukaisempaa kohdentamista asiakkaiden ja potilaiden tarpeisiin (Junnila ym. 2016, 22).

Valinnanvapauden nähdään myös muun muassa parantavan asiakkaan itsemääräämisoikeutta: valinnanvapauden myötä asiakas pääsee itse vaikuttamaan omaan hyvinvointiinsa liittyviin asioihin. Vapaus valita ja vapaus irrottautua toiminnan kohteena olemisesta ovat askel kohti aktiivista kansalaisuutta: ”voicesta” tulee ”choice” eli asiakkaan äänivalta laajenee oikeuteen tehdä valintoja. Useat tutkimukset osoittavat ihmisten arvostavan tätä oikeutta voida vaikuttaa esimerkiksi tarvitsemaansa hoitoon ja hoitopaikan valintaan (esim. Wimblad ym. 2012, 12; Victoor ym. 2012, 1-16). Toisaalta, muun muassa väestön mielipiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta kartoittanut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimus (Junnila ym. 2016, 5) osoitti, että valinnanvapautta ei koeta yhtä tärkeäksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteeksi kuin esimerkiksi sujuvia palveluita, peruspalveluiden vahvistamista tai palveluiden yhdenvertaista saatavuutta.

Valinnanvapauden laajentaminen on nähty keinona pohtia esimerkiksi sitä, minkä verran kasvavaan kysyntään ja lisääntyneisiin palveluntarpeisiin tulisi vastata julkisin verovaroin. Tämä painopiste nousee vahvasti esiin myös Sipilän hallituksen hallitusohjelmassa, jossa valinnanvapaus kytketään osaksi niin rakenne- kuin sosiaali- ja terveyspoliittisia ratkaisuja (Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 2015).

2.3.3 Näkökulmia valinnanvapauden oikeudenmukaisuuteen ja yhdenvertaisuuteen

Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus – ajatukset poliitikkojen takana

Sosiaali- ja terveyspolitiikan sekä laajemmin hyvinvointipolitiikan perinteinen tavoite on ollut tasa-arvoisten edellytysten, lähtökohtien ja mahdollisuuksien turvaaminen yksilön taustasta riippumatta. Resurssien jakamisen ohella on keskusteluissa alkanut korostua ajatus yksilön toimintakykyjen lisäämisestä. Esimerkiksi Senin (1999) ja Nussbaumin (2000) teoria inhimillisistä toimintamahdollisuuksista (engl. individual capabilities, human capabilities) on muovannut hyvinvointivalttioiden rakenteita, ja vaikuttaa myös Suomessa käytävään sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen (sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauteen) liittyvään keskusteluun.

Suomalaisen hyvinvointivaltion keskeisimpänä toimintaa ohjaavana periaatteena on pidetty mahdollisuuksien sekä sosiaalisen tasa-arvon luomista ja ylläpitämistä. Taustajatuksena on ollut mahdollisimman hyvien lähtökohtien takaaminen kaikille yksilöille sekä sosiaalisten riskien aiheuttamien uhkien ehkäiseminen. Viime vuosien aikana on

sosiaali- ja terveystaloudessa alettu kiinnittää enenevässä määrin huomiota myös yksilön voimavarojen vahvistamiseen. Aineellisten resurssien tukemisen ohella on ryhdytty painottamaan myös toimintakyvyn, osallisuuden ja sosiaalisten mahdollisuuksien turvaamista. Etenkin viimeksi mainittu on 2000-luvun sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa ja päätöksenteossa nostettu keskiöön. (esim. Hiilamo & Saari 2010, 26; Rouvinen-Wilenius & Leino 2010, 241.)

Inhimillisten toimintamahdollisuuksien kytkös oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden parantamiseen on ilmeinen. Senin ja Nussbaumin ohella myös Allardt (1976) on esittänyt näkemyksiä toimintavalmiuksien ja -resurssien tärkeydestä. Hän on esimerkiksi todennut yksilön vieraantuvan yhteiskunnasta ja sosiaalisista suhteista, jos mahdollisuudet vaikuttamiseen ja osallistumiseen evätään. Tällä voi olla yhteys myös terveyden tasa-arvon toteutumiseen, joka voi (Whitehead 1990, 9; ref. Windblad 2012, 79) vaarantua, jos yksilö ei pysty hyödyntämään (terveydentilaansa liittyviä) voimavarojaan.

Toisaalta valinnanvapauden oikeudenmukaisuutta määrittää myös niin sanottu riskiperusteinen valinta, kansankielellä ”kermankuorinta”. Tällä viitataan yksityisten palveluntarjoajien mahdolliseen palvelujensa kohdentamiseen, jolloin he ikään kuin luvan kanssa voivat ottaa asiakkaikseen vain helppohoitoisia ja maksukykyisiä asiakkaita. On kuitenkin hyvin mahdollista, että valinnanvapaus parantaa väestöryhmien välistä oikeudenmukaisuutta hoitojonoja lyhentämällä ja riskiperusteista valintaa vähentämällä. (Dixon & le Grand 2006, 164-165.)

Palvelun oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden toteutumista voidaan arvioida esimerkiksi sillä, miten hyvin palvelun piiriin on mahdollista päästä tai kuinka hyvin palvelu vastaa tarvetta. Toisaalta palvelu voi olla tasa-arvoisesti toteutettua tai kohdentettua, vaikka se olisi sisällöltään erilaista eri asiakkaiden/potilaiden kohdalla. Palvelun oikeudenmukaisuutta olisikin mitattava tarkastelemalla niitä rakenteita ja kehyksiä, joissa tasa- tai eriarvoisuutta tuotetaan. Oikeudenmukaisuustavoitteiden toteutuminen edellyttää, että yksilön ominaisuudet, kuten sosioekonominen asema tai ikä, eivät määritä palvelun piiriin pääsemistä.

Edellä kuvatun lisäksi myös asiakkaan maksettavaksi jäävän omavastuuosuuden suuruus on yhteydessä eri väestöryhmien väliseen yhdenvertaisuuteen. Helsingin kaupungin vanhusten palveluasumisen palveluseteliä koskevassa tutkimuksessa (Linnosmaa 2012) huomattiin, että seteliä käyttäneiden asiakkaiden omakustannusosuus¹ muodostui suurimmaksi kaikkein alimman tulokolmanneksen kohdalla. Tämän tuloluokan nettotulot olivat keskimäärin 1 087 euroa, jolloin omakustannusosuudeksi tuli noin 1 420 euroa. Korkeimmassa tuloluokassa nettotulot olivat noin 2 367 euroa ja omakustannusosuus keskimäärin 659 euroa. Pienituloisimman tuloluokan omakustannusosuus oli siten yli kaksinkertainen verrattuna suurituloisimpaan kolmannekseen, ja sille kohdentui melkein puolet kaikista palveluasumisen omakustannuksista. Linnosmaa toteaa oma-

¹ Linnosmaa viittaa omakustannusosuus-termillä erotukseen, joka saadaan vähentämällä palvelun hinnasta palvelusetelin arvo sekä asiakkaan tulot ja etuudet. Kyseistä termiä ei siten tule sekoittaa omavastuuosuus-termiin. (Linnosmaa 2012, 9.) Palvelusetelin omavastuuosuudella tarkoitetaan sitä osuutta yksityisen palveluntuottajan hinnasta, jota palvelusetelin arvo ei kata ja joka jää asiakkaan maksettavaksi (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009/596).

kustannusosuuden tuloluokittaisen kohdentumisen olevan voimakkaasti regressiivistä. Tasavertaisemman lopputuleman saavuttamiseksi olisi omakustannusosuuksien oltava Linnosmaan mukaan kaikissa tuloluokissa suhteellisesti yhtä suuri. (em., 23-25, 39.)

Yksilölliset edellytykset valinnanvapauden käytänteissä

Palvelujärjestelmässä tapahtuva valinnan tekeminen edellyttää taitoja ja kykyjä ottaa selvää eri vaihtoehdoista sekä niihin liittyvistä mekanismeista. Yksilöllä tulisi olla käytettävänä riittävästi informaatiota, jotta valintatilanteesta muotoutuisi mahdollisimman reilu. Kaikilla väestöryhmillä ei kuitenkaan ole samanlaista pääsyä kaikkeen valintaprosessissa tarvittavaan tietoon, saati kykyjä prosessoida ja käyttää sitä. Aktiivisia valintoja tekevät tutkimusten mukaan etenkin koulutetut, hyvätuloiset ja hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat, jotka osaavat tuoda tarpeensa esiin, ovat kustannustietoisia sekä kykenevät motivoitumaan valinnan ja päätöksen tekemiseen (esim. Fotaki 2008). Heillä on siten sosiaalista pääomaa, joka tutkimusten perusteella jakautuu kovin epätasaisesti eri sosioekonomisten ryhmien välillä (Stevens ym. 2011, 262-266).

Burchardt ym. (2013, 1-24) kuvaavat mallintamiensa regressioanalyysien avulla valintatilanteessa tarvittavien ”ominaisuuksien” jakautumista sosioekonomisten ryhmien välillä. Heidän tuloksissaan on nähtävissä merkkejä valintatilanteiden eriarvoisista mekanismeista. Esimerkiksi yksilöiden toiminnanohjaustaidot sekä stressinsäätelykyvyt voivat vaihdella voimakkaasti, mikä osaltaan tuottaa eriarvoisia asetelmia potilaiden tai asiakkaiden välille. (em. ; Stevens ym. 2011, 272.)

Englannin terveystalouteen (National Health Service, NHS) kohdistuviin tutkimustuloksiin viitaten voidaan todeta, että kaikki yksilöt eivät suinkaan pysty toimimaan valintatilanteissa puhtaasti rationaalisesti tai omaehtoisesti. Eri sosioekonomisten ryhmien välistä juopaa saattavat lisätä myös terveyteen ja terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät uskomukset ja asenteet. Muun muassa tiedollisissa kyvyissä (esimerkiksi tiedonkäsittelytaidoissa) on huomattu eroavaisuutta sosiaaliluokkien välillä. Kognitiivisten kykyjen ja resurssien epätasainen jakautuminen väestöryhmien kesken onkin yksi keskeisimmistä valinnanvapautta kohtaan esitetyistä kritiikeistä. (Stevens ym. 2011. 261-262.)

On oletettavaa, että yksilön lähipiirin ja lähiomaisten merkitys valintojen tekemisessä on etenkin ikääntyneiden ja erityistä tukea tarvitsevien kohdalla keskeinen. Laura Kalliomaa-Puha käyttää termiä ”omaisolettama” kuvaamaan viranomaisten olettamuksia siitä, että jokaisella asiakkaalla tai potilaalla olisi perheenjäseniä tai muita läheisiä auttamassa valintojenteossa ja niihin liittyvissä prosesseissa. (Kalliomaa-Puha 2016.)

Toisaalta on myös esitetty skenaarioita, joissa vastuunotto omasta terveydestä kohen-taa alempien sosioekonomisten ryhmien terveyteen liittyviä uskomuksia ja siten parantaa oikeudenmukaisuuden kokemusta. Jos pienituloiset alkavat aktiivisemmin käyttämään exit-oikeuttaan, muodostuu yksityisille palveluntuottajille kannusteita ottaa myös kyseisen väestöryhmän tarpeet huomioon. Exit-oikeudella tarkoitetaan tilannetta, jossa palveluun tyytymätön asiakas valitsee käyttämänsä palvelun tai palveluntuottajan tilalle toisen, itselleen paremman vaihtoehdon. Tämän myötä luottamus sosiaali- ja terveys-

palveluita (sekä laajemmin julkisen sektorin järjestelmiä) kohtaan voi parantua. (Dixon & Le Grand 2006, 162-166.)

Valinnanvapaus ei edellä kuvatun mukaisesti toteudu pelkästään määrällisiin laatu-tekijöihin keskittyen. Valinnanvapaudesta muodostuu helposti vain näennäistä, jos valintatilanteen asetelmaa tarkastellaan ainoastaan esimerkiksi määrällisistä tekijöistä käsin. Vaikka asiakkaalle tai potilaalle antaisi monisivuisen listan kaikista mahdollisista palveluntarjoajista, ei valintatilanne toteudu onnistuneesti, jos henkilö ei osaa tehdä valintoja. (Boyle 2013, 21.) Boylen (em.) mukaan valinnanteon merkityksellisyys liittyy oikean informaation ja riittävän tuen saamiseen sekä kykyyn ottaa osaa valintaan liittyvään päätöksentekotilanteeseen.

Tämän hetkiset edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauden toteutumiselle ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusten tulosten mukaan vielä heikkoja. Nykylainsäädännön mahdollistamana ulottuu valinnanvapaus pääosin pelkästään terveyspalveluihin. Sosiaalihuollossa valinnanvapaus toteutuu lähinnä vain osana palvelusetelijärjestelmää. Asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia heikentävät muun muassa alueelliset (kuntien väliset ja sisäiset) erot palvelujen saatavuudessa ja valikoimassa sekä valintaa tukevan vertailutiedon puuttuminen. Toisaalta valinnanvapaudelle asetetut tavoitteet saattavat vaikuttaa ristiriitaisilta, kun samaan aikaan pyritään sekä parantamaan palveluita ja niiden saatavuutta että saavuttamaan taloudellisia säästöjä. (Junnila ym. 2016.)

Johtaako valinnanvapaus parempaan laatuun?

Joidenkin tutkimusten mukaan terveydenhuollon valinnanvapaus ei lisää väestöryhmien välistä eriarvoisuutta, vaan sen sijaan parantaa matalampien sosioekonomisten ryhmien pääsyä palveluiden piiriin sekä palveluiden laatua. (Boyle 2013, 22). Esimerkiksi Ruotsissa on saatu tuloksia, joiden mukaan terveydenhuollon valinnanvapaus on johtanut palveluiden laadun paranemiseen. Winblad ym. (2012, 49) viittaa Paulssonin suorittamiin tutkimuksiin (2008; 2009; 2010), joiden mukaan potilaiden tyytyväisyys on valinnanvapauden myötä noussut. Muun muassa Hallandin kunnassa hoitojonot ovat lyhentyneet ja väestön elintavat muuttuneet terveellisemmiksi. Vuosien 2006–2009 välillä oli elintapojen terveellisyydessä asiakaskyselyjen mukaan nousua noin kuusi prosenttia, joskaan tätä ei voida suoraan yleistää pelkästä valinnanvapausjärjestelmän käyttöönotosta johtuvaksi. Kuitenkin muun muassa Ruotsin kilpailuvirasto (Konkurrensverket 2010) lausuu selvityksessään, ettei selkeää näyttöä hoidon laadun parantumisesta ole pystytty osoittamaan. Viraston raportissa todetaan, että huomion kiinnittäminen vain määrällisesti mitattaviin ja ”pinnallisiin” laatu-tekijöihin jättää syrjään varsinaisen lääketieteellisen laadun tarkastelun.

Englannissa on huomattu, että valinnanvapauden myötä voimistunut kilpailu eri sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluntuottajien välillä on vaikuttanut hoidon laadun kohenemiseen. Gaynor ym. (2011) mukaan palveluiden johtajat alkoivat keskittyä laadun paranemisiin tähtääviin toimintoihin, minkä johdosta esimerkiksi kuolleisuustilastoissa ja hoitajaksojen kestossa oli huomattavissa muutosta parempaan (ks. myös Cooper ym. 2011). Myös kliinisten tulosten osalta on viitteitä laadun paranemisesta (Bloom ym.

2010; Bloom ym. 2015). Vaikka valinnanvapauden ja laadun paranemisen välillä on löydettävissä yhteys, on selkeiden syy-seuraus -suhteiden osoittaminen kuitenkin hankalaa. Paljon riippuu siitä, minkälaisia indikaattoreita laadun tarkastelussa käytetään, sekä siitä, miten ja millä tavoin laatu käsitetään. (esim. Winblad ym. 2012, 65-75.)

2.3.4 Jakautuuko valinnanvapaus oikeudenmukaisesti – katsaus Ruotsin, Englannin ja Hollannin järjestelmiin

Skånen terveydenhoitoalueella tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsy tai sinne hakeutuminen ei eri sosioekonomisten ryhmien välillä ole tasaisesti jakautunut. Esimerkiksi 45–64-vuotiaiden miesten, joiden tulotaso oli mediaanin yläpuolella, terveystalveluiden käyttömäärät nousivat valinnanvapauden myötä vajaat seitsemän prosenttia enemmän kuin saman ikäisten alemman tulotason miesten. Vastaava trendi ilmeni saman ikäryhmän naisten keskuudessa. Valinnanvapaus kasvatti terveystalveluiden käyttöä myös pienituloisten kohdalla, mutta vaikutus oli hyvätuloisiin verrattuna selvästi vähäisempi. Tutkimuksen suorittaneet Beckman ja Anell (2013, 1-9) arvelevat trendin johtuvan muun muassa ”terveyden lukutaidosta” eli yksilön kognitiivisista ja kommunikointikyvyistä käsitellä terveyteen liittyvää informaatiota. Varovasti he toteavat, että matalalla tulotasolla ja heikoilla tiedonkäsittelykyvyillä on toisiinsa vaikuttava yhteys. Lisäksi on mahdollista, että yksityiset palveluntuottajat hakeutuvat alueille, joiden väestö on hyvätuloista.

Englannissa tehtyjen asiakaskyselyiden ja -tutkimusten mukaan asiakkaat ja potilaat arvostavat valinnanvapautta (esim. Dixon ym. 2010). Tietoisuus valinnanvapauteen liittyvistä oikeuksista ei tosin ole toteutunut toivotulla tavalla, sillä vain 47 prosenttia potilaista oli tietoisia mahdollisuudestaan valita hoitoa tarjoava sairaala (NHS England & Monitor 2015, 4). Vaikka sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja esimerkiksi palvelun saannin suhteen ei juuri ole tutkittu, on tutkimuksissa kuitenkin tullut ilmi, että maaseudulla asuvat, työvoiman ulkopuolella olevat sekä iäkkäämmät ovat tienneet muita ryhmiä paremmin oikeudestaan valinnanvapauteen (em.). Lisäksi on huomattu, että jonotusajat ovat lyhentyneet kaikkien sosioekonomisten ryhmien kohdalla (Cooper ym. 2009, 1-7).

Blyth & Gardner (2007, 242-243) huomasivat tutkimuksessaan, että eräässä pohjois-englantilaisissa kunnassa käytettiin henkilökohtaista budjettia runsaasti. Heidän mukaansa alueen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät olivat motivoituneita budjetista viestittämisestä ja sen tarjoamiseen. Ylipäätään Englannissa tunnutaan ajattelevan, että viranomaisten rooli onnistuneesti toteutuvassa valinnanvapaudessa on merkittävä. Myös aluepoliittisten toimijoiden, palvelu- ja hallintojohtajien sekä yksittäisten asiakkaiden välisen yhteistyön sujuminen koetaan tärkeinä tekijöinä valinnanvapauden harjoittamisessa. (Priestley ym. 2007, 1200.)

Englantilaisten tyytyväisyys henkilökohtaista budjettia kohtaan on ollut hyvää. Valinnanvapauden ansiosta ovat budjetinkäyttäjät esimerkiksi kokeneet pystyvänsä vaikuttamaan asioihinsa aiempaa paremmin. Muun muassa oppimisvaikeuksista kärsivät henkilöt ovat kertoneet hyötynensä ja arvostaneensa mahdollisuutta tehdä palveluntuottajia koskevia valintoja. Ihmiset ovat myös todenneet kyenneensä hankkimaan sellaisia

palveluita, joihin heillä ei aikaisemmin ollut mahdollisuutta tai esimerkiksi varaa. Lisäksi henkilökohtaiselle budjetille ominainen joustavuus kerännyt kiitosta. (Stevens ym. 2011, 258, 265-266.)

Stevens ym. (em., 266-271) tuovat tutkimukseensa pohjautuen esiin myös valinnanvapauteen ja henkilökohtaiseen budjettiin liittyviä mahdollisia haittavaikutuksia. Varsinkin huoli asiakkaiden ja potilaiden heikosta tietotaidosta suhteessa valintojen tekemiseen on ollut niin asiakkaiden ja potilaiden kuin viranomaisten ja palveluntarjoajien mielestä aiheellinen. Tutkimuksesta ilmenee myös, että esimerkiksi perheenjäsenten tuki ja niin sanottuna ”tulkkina” toimiminen on ollut tärkeä apu monen budjetinkäyttäjän kohdalla. Jonkinlaista hämmennystä tai ainakin kysymyksiä on puolestaan herättänyt julkisen ja yksityisen palvelujärjestelmän tavoitteiden mahdolliset eroavaisuudet ja ristiiriitaisuudet. Molempien järjestelmien palveluntuottajat pohtivat vastauksissaan etenkin eri tukitoimien ”laillisuutta” (engl. legitimacy) suhteessa yleisempiin julkisesti muotoiltuihin terveydenhuollon tavoitteenasetteluihin. Joissain tilanteissa ”ylemmän tahon” asetamat tavoitteet tai määräykset koettiin rajoittavina suhteessa asiakkaan tai potilaan tarpeeseen vastaamisessa, vaikkakin, kuten edellisessä kappaleessa tuli ilmi, oli henkilökohtaisen budjetin positiivisia ominaisuuksia nimenomaan sen joustavuus. Tähän liittyen budjettijärjestelmä koettiin myös joissain tilanteissa melko byrokraattiseksi ja valta-asettelultaan epätasa-arvoisena. Lopullinen valta budjetin suuruuden määrittämisestä sekä sen käytöstä ja kohdentamisesta on viranomaisten käsissä, eikä budjetinkäyttäjä voi välttämättä täysin vapaasti käyttää valinnanvapauttaan. (em.)

Viranomaisten valta-asema suhteessa budjetinkäyttäjiin tuli esiin esimerkiksi Leece & Leecen tutkimuksessa, jossa ilmeni mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden vähäinen edustus henkilökohtaisen budjetin käyttäjissä. He arvelevat, että tämä saattaa johtua sosiaalityöntekijöiden epäilyistä koskien kyseisen ryhmän kykyä hallinnoida budjetteja. Henkilökohtainen budjetti jätettiin huomattavan usein tarjoamatta mielen-terveysongelmista kärsiville henkilöille, eivätkä he välttämättä edes saaneet budjetin hakemiseen tai käyttämiseen liittyviä tietoja. (Leece & Leece 2006, 1382-1383.)

3. YHDENVERTAISUUDEN JA OIKEUDENMUKAISUUDEN TOTEUTUMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTON PALVELUSETELIJÄRJESTELMÄSSÄ

Tässä luvussa käydään läpi Pekka Borgin (2016), Jonas Sjöblomin (2015) sekä Katarina Anttosen (2016) tutkimusten keskeiset tulokset, jotka raportoidaan setelikohtaisesti (kolonoskopia, suun terveydenhuolto, iäkkäiden ympärivuorokautinen palveluasuminen, iäkkäiden päivätoiminta, vammaisten henkilökohtainen apu, lapsiperheiden tilapäinen kotipalvelu sekä varhaiskasvatuksen kerhotoiminta). Setelikohtaiseen raportointiin päädyttiin siksi, että tutkimuksen kohteina olleet setelit eroavat joiltakin osin toisistaan (muun muassa kohdejoukon sekä myöntämiskriteereiden osalta). Siten niiden ”yhteiskäsittely” olisi saattanut jättää jotkin seikat huomiotta. Lisäksi aineiston analysointia varten käytössä olleet asiakastietojärjestelmästä saadut rekisteritiedot vaihtelivat seteleittäin. Tästä johtuen muodostettiin Borgin tutkimuksessa kustakin palvelusta oma erillinen tietokantansa, ja myös tarkastellut muuttujat valittiin kunkin setelin kannalta saatavilla olevaan tilastotietoon perustuen. Toisaalta tulokset olisi voitu esitellä toimialoittain, mutta myös sen suhteen olisi tulosten kattavuus heikentynyt. Yksityiskohtaisemmat tulokset on luettavissa tutkijoiden laatimista tutkimusraporteista. Tulosten yhteenveto tämän raportin luvussa 6.

Sjöblomin tutkimus käsitteli seitsemää palveluseteliä ja Borgin kuutta. Anttosen tutkimus kohdistui pelkästään kolonoskopiaan eli paksusuolen täyhystytutkimukseen. Tulokset koskevat vuosien 2013 tai 2014 aikana hoitoa tai palvelua saaneita potilaita ja asiakkaita. Borgin tutkimus perustui kunnalliseen sekä Tilastokeskuksen rekisteriaineistoon², ja analyysit tehtiin logistisella ja multinomiaalisella regressioanalyysillä. Regressiomallin avulla oli mahdollista sisällyttää tarkasteluun useampia palvelusetelijärjestelmän eriarvoistavuuteen mahdollisesti vaikuttavia muuttujia. Kullekin selittävälle muuttujalle laskettiin vetosuhte (Odds ratio, $\text{Exp}(B)$), joka kuvaa suhteellisen todennäköisyyden suuruutta kuulua palvelusetelin valinneeseen ryhmään. Tutkimusmenetelmä on selitetty tarkemmin Borgin tutkimusraportissa. Sjöblomin tutkimusaineistona oli asiakaskyselyjen sekä henkilökunnan ryhmähaastattelut. Anttosen aineisto oli peräisin kunnallisten toimenpiteiden osalta Pegasos-tietojärjestelmästä ja yksityisten palveluntuottajien osalta Laakson sairaalaan arkistoiduista lääkärinlausunnoista sekä niiden PAD-liitteistä.

Palvelusetelijärjestelmän yhdenvertaisuutta ja sen mahdollisia väestöryhmien väliseen eriarvoisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä tutkitaan sosiodemografisten taustamuuttujien kautta. Tässä tutkimuksessa muuttujina käytetään kotitalouden tuloja, koulutusastetta, sukupuolta, ikää, puolison olemassaoloa sekä asuinalueita (suurpiiri- ja pienpiiri-alueet mukaisesti).

² Aineisossa olivat mukana kaikki tutkimukseen sisältyneiden palveluiden palveluseteleitä käyttäneet, joihin kaikkia kunnan samaa palveluita käyttäneitä verrattiin. Perustiedot palvelusetelin sekä kaupungin oman palvelun käytöstä saatiin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Verotietoihin perustuvat tulotiedot sekä sosioekonomiseen asemaan liittyvät tiedot saatiin Tilastokeskuksesta.

3.1 Kolonoskopian palveluseteli

Kolonoskopian eli paksusuolen tähystystutkimusta varten myönnettävä palveluseteli on vaihtoehto kaupungin poliklinikoilla suoritettaville tähystystutkimuksille. Setelin avulla pyritään nopeuttamaan hoitoon pääsyä sekä laajentamaan potilaiden valinnanvapautta. Päästäkseen kolonoskopiaan tulee potilaan olla ensin käynyt poliklinikan erikoislääkärin vastaanotolla, jonka aikana lääkäri arvioi tarpeen tähystystutkimukselle. Mikäli tutkimustarve todetaan voi lääkäri harkintansa mukaan tarjota potilaalle palveluseteliä. Edellytyksenä setelin tarjoamiselle on, että potilas on suhteellisen hyväkuntoinen ja hänellä on riittävä kielitaito. Tilanteessa, jossa paksusuolen tähystys katsotaan kiireelliseksi tai sen odotetaan muodostuvan normaali toimenpidettä isommaksi, järjestetään tähystys kaupungin sisätautien poliklinikalla.

Kolonoskopiaturkimuksia voivat tuottaa sosiaali- ja terveysviraston hyväksymät yksityiset palveluntuottajat, joita oli vuonna 2014 kolme kappaletta. Potilaan saaman palvelusetelin arvo on 390 euroa, ja maksettavaksi jäävä omavastuuosuus 115-150 euroa. Keskimääräinen jonotusaika palvelusetelillä ostettavaan tutkimukseen on 1-2 viikkoa. Kaupungin oman tähystystutkimuksen potilasmaksu on 32,70 euroa ja odotusaika on keskimäärin 5-6 kuukautta. Palvelusetelin valinnut henkilö pääsee siten tutkimukseen huomattavasti kunnallista hoitoa nopeammin, mutta joutuu maksamaan siitä 82,30-117,30 euroa enemmän.

Yhdenvertaisuus kolonoskopian palvelusetelissä

Borgin (2016) tutkimuksesta nousee esiin palvelusetelinkäyttäjien keskimääräisesti korkeampi tulotaso verrattuna kaupungin kolonoskopiassa käyneisiin. Tämä tuli ilmi, kun kolonoskopiapotilaiden kotitalouksien käytettävissä olevia tuloja verrattiin tulo-kvintiileittäin (eli tuloviidensittäin) valtakunnalliseen kotitalouksien tulonjakaumaan. 34 prosenttia palvelusetelin käyttäjistä kuului suurituloisimpaan viidennekseen. Kuitenkin myös alimmassa tuloluokassa oli palvelusetelin käyttö melko suosittua (17 prosenttia).

Tuloksista ilmenee, että kotitalouden rahatulot ovat tilastollisesti merkitsevä selittäjä todennäköisyydelle käyttää palveluseteliä. Esimerkiksi neljännessä mallissa, jossa olivat mukana kaikki muuttujat (tulot, koulutusaste, sukupuoli, ikä, puolison olemassaolo sekä asuinalue), selittivät talouskohtaiset tulot olennaisesti setelin käyttöä (vetosuhte lisääntyi 1,3 prosentilla). Myös koulutusasteen ja setelin valinnan välille muodostui tilastollisesti merkitsevä yhteys. Pelkästään perusasteen suorittaneiden henkilöiden osuus palvelusetelinkäyttäjistä oli selkeästi pienempi kuin korkea-asteen suorittaneiden. Asuinalueita vertailtaessa huomattiin, että palvelusetelin käyttö oli yleisintä koillisen ja pohjoisen suurpiireissä.

Suurituloisten vähän suurempaa osuutta kolonoskopian palvelusetelipotilaista tukee Sjöblomin (2015) asiakaskyselyistä saadut tulokset. Palveluseteliasiakkaat arvioivat kotitaloutensa taloudellisen tilanteen hieman paremmaksi kuin kunnan omassa palvelussa käyneet. Näiden tulosten perusteella voidaan kolonoskopian palvelusetelin arvioida olevan jonkin verran suosittu ja yleisempää hyvätuloisten keskuudessa, joskaan sen käyttö ei tulojen kasvaessa lisääntynyt täysin lineaarisesti.

Sjöblomin tutkimuksessa ilmeni, että 92 prosenttia kyselyyn vastanneista palvelusetelin saaneista henkilöistä oli päättänyt hankkia kolonoskopiatoimenpiteen yksityiseltä palveluntuottajalta. Heistä 87 prosenttia vastasi ottaneensa setelin vastaan ja käyttäneensä sen, koska oli halunnut päästä kunnallista palvelua nopeammin hoitoon. Vain 10 prosenttia hyödynsi setelin siksi, että oli halunnut valita itse palveluntuottajan. Tulos on yhtenäinen esimerkiksi terveyskeskuksen palvelusetelikokeilun tutkimuksen kanssa, jossa niin ikään nopea hoitoon pääsy koettiin olennaiseksi setelinkäyttöä ohjaavaksi tekijäksi (Thoden 2012, 29). Myös palveluntuottajan valinta tehtiin hoitoon pääsyn nopeuden perusteella.

Kuten teoriaosuudessa Boyleen (2013, 21) viitaten todettiin, on palveluseteliä (tai laajemmin valinnanvapautta) käyttävälle henkilölle tarjottava tarpeeksi tietoa ja informaatiota, jotta valintatilanne (esimerkiksi palveluntuottajaa valittaessa) olisi riittävän suotuista. Sjöblomin (2015, 25) mukaan jopa 75 prosenttia setelin saaneista vastaajista koki tiedonsaannin olleen riittävää voidakseen päättää palvelusetelin käytöstä. 12 prosenttia sen sijaan koki, että tietoa ei ollut ollut kattavasti saatavilla. Lisäksi suurin osa vastaajista piti palvelusetelin käyttöä helppona tai erittäin helppona, ja vain 13 prosenttia koki palvelun hinnan olleen liian kallis. (em. 25.)

Asiakaskyselyyn vastanneista jopa 85 prosenttia ilmoitti, ettei ollut lainkaan tietoinen kyseisestä palvelusetelistä. Tähän tosin vaikuttanee se, että lääkärit eivät lähtökohtaisesti ota seteliä puheeksi kuin vain tiettyjen potilaiden kanssa. Reilu kolmannes kyselyyn vastanneista totesi olleensa halukas käyttämään setelin, jos sitä olisi hänelle tarjottu. Motivaatiotekijänä mainittiin nopeampi hoitoon pääsy. (Sjöblom 2015, 25.)

Henkilöstön haastatteluissa tuotiin esiin huoli potilaiden yhdenvertaisuuden toteutumisesta. Ensinnäkin jo sen, että palveluseteliä ei lähtökohtaisesti myönnetä jokaiselle potilaalle, katsotaan kuvastavan järjestelmän ongelmallisuutta. Henkilöstö nosti esiin esimerkiksi sen, että palveluseteliasiakkaiksi valikoitui parempikuntoisia potilaita kun taas hoidollisesti raskaat potilaat jäivät kunnan oman palvelutuotannon asiakkaiksi. Myös järjestelmän ”pyörittämiseen” liittyvät seikat koettiin verrattain sekaviksi ja hankaliksi. Esimerkiksi yksityisten palveluntuottajien ja terveyskeskuksen välistä tiedonkulkua pidettiin puutteellisena ja hallinnollisia työvaiheita raskaina. (Sjöblom 2015, 23.)

Kolonoskopian palvelusetelin voidaan katsoa olleen tarpeellinen. Suurin osa sen käyttäjistä oli kokemukseensa tyytyväisiä: he olivat muun muassa päässeet tutkimukseen huomattavasti kunnallista tähestystä nopeammin. Esimerkiksi Anttosen (2016) tutkimuksen kohteena ollut Laakson sairaala on kärsinyt pitkistä jonoista eikä sen kapasiteetti ole riittänyt hoitamaan kaikkia potilaita (Ristikankare 2012). Ruuhkien koettiin helpottuvan kun osa asiakkaista voitiin ohjata yksityisen palveluntuottajan piiriin.

Kaupungin oman kolonoskopiatutkimuksen sekä palvelusetelillä ostetun yksityisen tutkimuksen välisiä mahdollisia laatueroja tutkittiin vertailemalla toimenpiteelle asetettujen kansainvälisten laatukriteerien toteutumista. Aineiston pienuuden vuoksi (yhteensä 311 potilasta, joista 146 henkilöä otti tarjotun palvelusetelin vastaan ja 116 kieltäytyi valiten kaupungin oman palvelun) tilastollisesti merkitseviä tuloksia ei juuri pystytty saamaan. Ainoastaan kipulääkkeiden antamisen osalta huomattiin eri palveluiden välillä olevan tilastollisesti merkitsevä ero. Suonensisäistä kipulääkettä annettiin kunnan puolella

herkemmin, minkä voidaan Anttosen mukaan nähdä indikoivan yhtä mahdollista potilaita eriarvoistavaa tilannetta. Anttonen pohtii, että yksi mahdollinen syy voi olla yksityisen palveluntuottajan pyrkimyksissä saada aikaan säästöjä, kun se jättää kipulääkkeen antamatta. Joka tapauksessa ero vertailuryhmien välillä on sen verran suuri, että laatueroa kipulääkityksen suhteen ei voida poissulkea.³ (Anttonen 2016, 20-21.)

Seurantasuositus annettiin 77,4 prosentille kaupungin tähystyksessä käyneistä potilaista kun palvelusetelipotilaista sen sai vain 70 prosenttia. Toisaalta, kuten Anttonen (2014, 19) toteaa, ovat nämä prosentuaaliset osuudet varsin matalia kummankin ryhmän osalta.

3.2 Suun terveydenhuollon palveluseteli

Suun terveydenhuollon palvelusetelit ovat eniten käytettyjä setelimuotoja sosiaali- ja terveystalouden piirissä (ks. liite 1). Palvelusetelin avulla potilas voi hankkia tarvitsemansa hoidon tai tutkimuksen yksityishammaslääkäriltä, jolloin hänen maksettavakseen jää palveluntuottajan taksahintojen perusteella määräytyvä omavastuu. Suun terveydenhuollon palvelusetelin käyttöalaa laajennettiin vuonna 2014 terveydenhuolto- laissa (1326/2010) säädetyn hoitotakuun myötä (em.).

Yhdenvertaisuus suun terveydenhuollon palvelusetelissä

Palvelusetelin vastaanottaneiden ja sen käyttäneiden henkilöiden mediaanitulot olivat 11 prosenttia korkeammat kuin kaupungin omassa hoidossa käyneillä, mutta myös pienituloiset käyttivät palveluseteliä innokkaasti. Borgin (2016, 47-48) mukaan työttömät (57,7 %) käyttivät palveluseteliä suhteellisesti eniten, vaikka olivat pienituloisin ryhmä. Kaupungin suun terveydenhuoltoon hakeutuneiden potilaiden tulotaso oli selvästi hyvin matala. Peräti 40 prosenttia kaupungin hammashuollossa käyneistä kuului väestön alimpaan tulonsaajaviidennekseen. (em.)

Borgin (2016) tutkimuksesta selvisi, että todennäköisyys kuulua suun terveydenhuollon palvelusetelin käyttäjiin kasvoi tulojen nousun myötä vain vähän. Koulutusasteesta muodostui sen sijaan tilastollisesti merkitsevä palvelusetelin valintaa selittävä tekijä. Sukupuoli ei puolestaan näyttänyt olevan yhteyttä palveluntarjoajan valintaan. Eläkkeellä olo pienensi setelinkäytön todennäköisyyttä. Kaakkoisessa ja koillisessa suurpiirissä asuvien suhteellinen todennäköisyys valita palveluseteli oli korkeampi kuin itäisen suurpiirin asukkaiden. (Borg 2016, 50.)

Suun terveydenhuollon palvelusetelin valintaa ohjasi toive päästä nopeasti hoitoon. Suurin osa setelinkäyttäjistä (71 prosenttia vastanneista) hakeutui yksityishammaslääkäreille saadakseen suun ja hampaiden kokonaishoitoa. Yksityinen palveluntuottaja

³ Tulosta tulkittaessa on syytä huomioida se, että tutkimukseen ei sisällytetty potilaan subjektiivista arviota kivunhoidon asianmukaisuudesta. Kivunhoidon dokumentointi voisi johtaa jatkossa tasavertaisempaan laatuun kunnan ja yksityisen toimenpiteen välillä. (Anttonen 2016, 23.)

valittiin useimmiten hinnan eli omavastuuosuuden, hoitopaikan osoitteen sekä hoitoon pääsyn nopeuden perusteella. Tyytyväisyys hammashoidon palveluseteliin oli korkeaa: esimerkiksi tiedonsaanti valinnan tekemiseen koettiin riittäväksi. (Sjöblom 2015, 18-20.) Vain hieman yli puolet (57 prosenttia) henkilöistä, jotka olivat käyttäneet kunnallista hammashoitoa (366 asiakasta), oli kuullut palvelusetelistä. Näistä reilut puolet olisi mielellään ottanut setelin vastaan nopeuttaakseen hoitoon pääsyä. (em.)

Henkilöstön näkökulmasta katsottuna yhdenvertaisuuteen liittyvät mahdolliset ongelma-kohtat nähtiin liittyvän palvelusetelijärjestelmän sisäiseen sujuvuuteen: palveluntarjoajien välisessä tiedonkulussa oli koettu hankaluuksia, käytännön asioissa oli liikaa byrokraattisia elementtejä (esimerkiksi palveluntuottajaksi hakeutumista pidettiin rasakkaana prosessina) ja ohjeiden ja sovittujen käytäntöjen noudattamisessa oli puutteita. Kunnan oman palvelun ja yksityisen palveluntuottajan toteuttaman palvelun välillä ei henkilöstön mielestä ollut laatueroa. (Sjöblom 2015, 17-18.)

3.3 Ikääntyneiden palveluasumisen palveluseteli

Vanhusten palveluasumisen palveluseteli on tarkoitettu yli 65-vuotiaiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Seteli voidaan myöntää myös alle 65-vuotiaalle henkilölle, jolla on fyysisiä toimintarajoitteita ja muistisairautta, mutta tämä ryhmä jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Palvelusetelin arvo määräytyy asiakkaan nettotulojen sekä veroista vapaiden tulojen (esimerkiksi veteraanilisän) perusteella. Kunnallisen palveluasumisen asiakasmaksu on määritelty siten, että asiakkaalle jää maksun jälkeen käyttövaraa vähintään 20 prosenttia kokonaistuloistaan. Palvelusetelillä hankittavan palveluasumisen omavastuuosuus ylittää eläketulon lähes poikkeuksetta. Näin ollen asiakkaalla tulee olla myös muita tuloja tai varallisuutta voidakseen rahoittaa asumisensa yksityisessä palvelutalossa tai -keskuksessa.

Yhdenvertaisuus ikääntyneiden palveluasumisen palvelusetelissä

Valtaosa (54 prosenttia) ikääntyneiden palveluasumisen asiakkaista sijoittui tulojensa perusteella väestön alimpaan tuloviidennekseen. Palvelukohtaisesti tarkastellen huomataan, että pienituloisimmista asiakkaista lähes 60 prosenttia ohjautui tai hakeutui kunnallisen palveluasumisen piiriin. Hakeutuminen kunnan järjestämään palveluasumiseen laskee sen mukaan, mitä ylemmältä tulokvintiilistä on kyse. Tämä ilmenee myös mediaanitulojen vertailussa, jossa palveluseteliä käyttäneiden mediaanitulot olivat 57 prosenttia kunnallisten asumispalveluasiakkaiden tuloja suuremmat. (Borg 2016, 53-54.)

Borgin tutkimuksesta ilmenee, että kotitalouden rahatuloilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys asumispalvelun valintaan. Vaikka koulutusaste ei kokonaisuudessaan ollut tilastollisesti merkitsevä muuttuja, nähdään perus- ja korkea-asteen välillä silti melko suuri ero setelinkäytön suhteelliselle todennäköisyydelle. Lisäksi naisten kohdalla suhteellinen todennäköisyys palveluseteliasiakkuudelle oli kolminkertainen miehiin verrattuna. Puolison olemassaolo näytti pienentävän palvelusetelin valinnan suhteellista todennäköisyyttä. Suurpiirien väliset erot näyttivät niin ikään muodostuvan aika isoiksi.

Esimerkiksi pohjoisen suurpiirin alueella palveluseteliä käytettiin suhteellisesti enemmän, vaikka siellä oli vähiten ikääntyneitä palveluasujia. (Borg 2016, 55.)

Vanhusten palveluasumisen setelin valintaa motivoi toive nopeammasta asumisen piiriin pääsemisestä sekä mahdollisuus vaikuttaa hoitopaikan valintaan. Tyytyväisyys palveluseteliin oli korkeaa, joskin 28 prosenttia kyselyyn vastanneista ei ollut saanut riittävästi tietoa päätöksenteon tueksi. Setelijärjestelmän heikkoudet liittyivät asiakkaiden mielestä etenkin juuri lisätietojen ja ohjeiden saamiseen sekä omavastuuosuuden suuruuteen. Suurin osa henkilöistä ilmoitti, ettei heidän eläkkeensä ja palvelusetelin arvo riittänyt kattamaan asumispalvelun kustannuksia. Ylimenevän osuuden rahoittamiseksi asiakkaat olivat esimerkiksi realisoineet omaisuuttaan, turvautuneet säästöihin tai puolison ja lasten taloudelliseen tukeen. (Sjöblom 2015, 30-31.)

Yleisesti ottaen palvelun taso ja sisältö näyttäytyivät samanveroisina kaupungin ja yksityisen palveluntuottajan järjestämien asumistoimintojen välillä. Setelin käyttöä määrittivät kuitenkin hyvin pitkälti vanhuksen kompetenssi ottaa selvää eri asumisvaihtoehdoista. Niinpä niiden asiakkaiden, joilla oli lähipiirissään aktiivisia omaisia, koettiin olleen etulyöntiasemassa verrattuna itsenäisesti palveluun hakeutuneisiin tai edunvalvojan alaisuudessa olleisiin henkilöihin. (Sjöblom 2015, 29-30.)

3.4 Ikääntyneiden päivätoiminnan palveluseteli

Ikääntyneiden päivätoiminnan kohderyhmänä ovat yli 65-vuotiaat kaupunkilaiset. Toiminnan tarkoituksena on tukea ja edistää vanhuksen toimintakykyä. Päivätoiminta on siten ennaltaehkäisevää sekä kuntouttavaa sosiaalipalvelua. Toimintaan myönnettävän palvelusetelin arvo on joko 50 euroa/päivä tai 65 euroa/päivä, riippuen kuljetustarpeesta. Yksityisen palveluntuottajan järjestämässä päivätoiminnassa asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus oli tutkimusvuosien aikana suunnilleen samansuuruinen kuin kaupungin oman päivätoiminnan asiakasmaksu.

Yhdenvertaisuus iäkkäiden päivätoiminnan palvelusetelissä

Palveluseteliasiakkaat olivat mediaanitulojen perusteella kaupungin päivätoiminnassa käyneitä varakkaampia, huolimatta asiakasmaksujen erittäin pienistä hintaeroista. Kaupungin järjestämässä toiminnassa yliedustetuin ryhmä oli alin tuloviidennes. Palvelusetelin käyttö yleistyi ylempiin tuloviidenneksiin siirryttäessä. (Borg 2016, 59.)

lääkkäiden päivätoiminnan palvelusetelistä suoritettu regressiomallinnus ei tuottanut tilastollisesti merkitseviä tuloksia. Kuten Borg (2016, 61) toteaa, ei omavastuuosuuden kohtuullinen määrä muodosta estettä yksityiseen päivätoimintaan osallistumiselle.

Asiakaskyselyn perusteella iäkkäiden päivätoiminnan palvelusetelijärjestelmä näyttää myönteisessä valossa. 90 prosenttia kyselyyn vastanneista palvelusetelinkäyttäjistä ilmoitti olleensa tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen setelin avulla hankkimaansa

yksityiseen päivätoimintaan. Kunnan omassa palvelussa käyneistä asiakkaista 60 prosenttia vastaajista ei ollut lainkaan kuullut palvelusetelistä. (Sjöblom 2015, 34-35.)

Henkilöstön vastauksissa nostettiin esiin muun muassa alueellisen yhdenvertaisuuden toteutumiseen liittyviä seikkoja. Esimerkiksi Länsi-Helsingissä ei ole kuin yksi yksityinen palvelusetelipalveluntuottaja (tilanne vuonna 2015) paikkojen painottuessa Itä-Helsinkiin. Kuitenkaan ”läntisen alueen asukkaat eivät ole kiinnostuneita lähtemään itään pitkien matkojen takia”. Ryhmähaastattelussa pohdittiin lisäksi valintatilannetta: kaupungin työntekijöiden vaikuttamista asiakkaiden päätöksiin sekä omaisten roolista. Palveluseteli koettiin hankalaksi palvelutuotteeksi yksinelävien ja muistisairaiden kohdalla. Yhdenvertaisuutta heikensi henkilöstön mukaan myös joidenkin palveluntuottajien voimakas markkinointityyli: ”osa palveluntuottajista markkinoi palvelujaan melko aggressiivisesti, ja asiakkaat saattavat sitoutua johonkin, mihin eivät sitten käytännössä pystykään esimerkiksi puuttuvan kuljetuksen takia”. (Sjöblom 2015, 32-33.)

3.5 Vammaisten henkilökohtaisen avun palveluseteli

Vammaisella henkilöllä on vammaispalvelulain (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987) säätämänä oikeus saada henkilökohtaista apua, jos hän pitkäaikaisen tai etenevän vamman tai sairauden vuoksi tarvitsee toisen henkilön apua tavanomaisista elämän toiminnoista suoriutumiseen. Apu kohdistetaan esimerkiksi päivittäistoimiin, työhön ja opiskeluun, harrastuksiin, yhteiskunnalliseen osallistumiseen sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitoon. Henkilökohtaista apua ei myönnetä, jos avun tarve on pääosin hoivaa, hoitoa tai valvontaa.

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden myöntämä henkilökohtainen apu perustuu viranomaisen kanssa laadittuun palvelusuunnitelmaan, jossa palvelun järjestämismuoto määritellään. Kaupunki tuottaa palvelua joko korvaamalla avustajan palkkaamisesta aiheutuvat kustannukset (vammainen henkilö toimii avustajansa työnantajana), ostopalvelutoimintana tai palvelusetelillä. Ostopalveluna hankittavan henkilökohtaisen avun osuutta on tosin Helsingissä alettu vähentää. Tilalle ovat tulleet palvelusetelit, joiden määrä on vuosi vuodelta kasvanut (taulukko 2). (Borg 2016, 47-48).

Taulukko 2. Vammaisten henkilökohtaisen avun saajat vuodessa järjestämistavan mukaan

	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.

Lähde: Borg 2016, 62.

Henkilökohtainen apu on asiakasmaksulain (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734) perusteella maksutonta, riippumatta palvelun järjestämismuodosta. Borg (2016, 48) huomauttaa tämän tekevän tutkimusasetelman kiinnostavaksi, sillä mikään palveluvaihtoehto ei aiheuta kustannuksia asiakkaalle eikä siten ohjaa valintaa. Kuitenkin on huomioitava, että palveluseteliä ei tarjota kaikille henkilökohtaisen avun hakijoille, vaan ensisijainen vaihtoehto on asiakkaan toimiminen työnantajana. Lisäksi Borg toteaa, että setelin käyttö edellyttää asiakkaalta kykyjä valintojen tekemiseen sekä palvelun valvomiseen. (em.)

Yhdenvertaisuus vammaisten henkilökohtaisen avun palvelusetelissä

Vammaisten henkilökohtaisen avun piirissä olevat ovat keskimäärin hyvin pienituloisia: lähes kolme viidesosaa sijoittui väestön alimpaan tulonsaajaviidennekseen. 80 prosenttia avun saajista oli eläkeläisiä. Borgin tutkimuksesta ilmenee henkilökohtaisen avustajan työnantajana toimivien ja palvelusetelillä avun hankkivien tulotasojen olevan lähellä toisiaan. Ostopalveluasiakkaiden mediaanitulot jäivät edellä mainittuja ryhmiä alhaisemmiksi. Koulutusasteella ei näyttänyt olevan yhteyttä henkilökohtaisen avun palvelumuodon valitsemiseen, joskin ostopalvelu- ja palveluseteliryhmien välillä oli setelivaihtoehto suositumpi korkeasti koulutettujen keskuudessa. (Borg 2016, 63-64; 66-70.)

Henkilökohtaisen avun palveluseteliasiakkuuden suhteellinen todennäköisyys kasvaa tulojen lisääntyessä. Parisuhde ei näyttänyt vaikuttavan ostopalvelun tai palvelusetelin valintaan, mutta työnantajana toimimiseen oli parisuhteessa elävillä korkeampi suhteellinen todennäköisyys. Työssäkäynti tai eläkeläisyys eivät nekään määritelleet palvelusetelin ja työnantajuuden välillä tapahtuvaa valinnantekoa. Sen sijaan ostopalvelua ja palveluseteliä verratessa huomattiin, että eläkeläisten suhteellinen todennäköisyys setelin käyttämiselle oli ei-eläkeläisiä korkeampi. Palvelusetelin valitsijat sijoittuvat tutkimuksen mukaan suhteellisesti todennäköisemmin muihin kuin väestön alimpaan tulo-kvintiiliin. (Borg 2016, 66-68.)

Avustajatarpeen intensiivisyys jakautui niin, että työnantajana toimivilla oli keskimäärin eniten avustajatunteja kuukaudessa. Palveluseteli- ja ostopalveluasiakkaiden avustajatuntien jäivät noin puolet pienemmiksi. Eniten tunteja kertyi henkilöillä, jotka olivat sekä työnantaja että palveluseteli- tai ostopalveluasiakkaita. (Borg 2016, 51.)

Asiakkaat valitsivat henkilökohtaisen avun palvelusetelin suurilta osin palveluntuottajan maineen perusteella tai siksi, että avustaja oli entuudestaan tuttu. Myös avunsaannin nopeus vaikutti päätökseen. Lisäksi asiakkaat olivat setelin avulla pystyneet hankkimaan työntekijän yön ajaksi tai esimerkiksi sosiaalityöntekijän suositteleman avustajan. Suurin osa asiakaskyselyyn vastanneista palvelusetelin saaneista henkilöistä (82 prosenttia) kertoi olleensa erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen palveluseteliin. Setelin käyttöönottovaiheessa ei 58 prosentin vastaajaosuuden mukaan ilmennyt puutteita. Mahdolliset hankaluudet liittyivät yksityisen palveluntuottajan löytämiseen tai lisätietojen ja ohjeiden saamiseen. Valtaosa (77 prosenttia) vastaajista oli kuitenkin kokenut setelin käytön helpoksi. (Sjöblom 2016, 38-39.)

3.6 Lapsiperheiden tilapäisen kotiavun palveluseteli

Lapsiperheiden kotipalvelulla tuetaan perheiden hyvinvointia eri elämäntilanteissa. Kotipalvelu voi olla konkreettista ja suunnitelmallista apua, ohjausta tai neuvontaa arkielämään, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä kodinhoitoon liittyvissä asioissa. Tavoitteena on tukea perheiden omatoimista selviytymistä arjen eri tilanteissa. Palvelun piiriin voi hakeutua esimerkiksi kriisi- tai sairastumistilanteissa.

Palveluseteli myönnetään ainoastaan tilapäisen kotiavun tarpeeseen (korkeintaan 30 tuntia kolmen kuukauden ajan, minkä jälkeen harkinnanvaraisena 20 tuntia kolmen kuukauden ajan). Mikäli perheen katsotaan tarvitsevan laaja-alaisempaa tukea, ohjataan se kaupungin omaan palvelutoimintaan. Perhe saa kuitenkin viime kädessä itse päättää kotipalvelun tarjoajan. Palveluseteli on tulosidonnainen. (Borg 2016, 56.)

Yhdenvertaisuus lapsiperheiden tilapäisen kotiavun palvelusetelissä

Tilapäisen kotiavun piirissä olevat lapsiperheet ovat suurelta osin pienituloisia; yli puolet heistä elää valtakunnallisen pienituloisuusrajan alittavilla tuloilla. Alimpaan tulonsaaja-viidennekseen kuului 61 prosenttia kaikista asiakasperheistä. Palvelusetelin käyttäjien ryhmä erosi kaupungin oman kotipalvelun asiakkaista iän, sukupuolen, koulutuksen ja tulojen suhteen. Palveluseteliasiakkaissa oli suhteellisesti eniten yli 30-vuotiaita, naisia sekä keski- ja korkea-asteen käyneitä. Heidän kulutusyksikköä kohti lasketut mediaanitulonsa olivat yli kaksinkertaisia verrattuna kaupungin palvelun asiakkaiden tuloihin. Seteliä käyttäneet perheet olivat lisäksi suhteellisesti useammin kahden huoltajan perheitä, kun taas yksinhuoltajat valitsivat kaupungin oman palvelun. (Borg 2016, 57-58.)

Tutkimuksesta selviää, että rahatulojen kasvu lisäsi kotiapua käyttävän perheen suhteellista todennäköisyyttä valita palveluseteli. Myös koulutusasteen nousu korreloi setelin valitsemisen kanssa. Borgin laatimien analyysien vertailut koskivat sekä vuotta 2013 että vuotta 2014. Tilapäisen kotipalvelun palvelusetelin omavastuuosuus muutettiin vuonna 2014 yhtä suureksi kaupungin oman palvelun asiakasmaksun kanssa. Siten voitiin esittää oletus, että rahatulojen merkitys setelin valinnalle ei olisi enää ollut niin määräävä tekijä. Oletus sai vahvistusta, sillä vuonna 2014 palveluseteliä käyttäneiden mediaanitulot olivat edellisvuoden tulotasoja alemmat. Vastaavasti kaupungin palvelun valinneiden tulot kasvoivat. Joka tapauksessa vaikuttaa kuitenkin siltä, että tulo- ja koulutustasolla on yhteys kotipalvelun valintaan. Näissä tulkinnoissa on, kuten Borg toteaa, syytä ottaa huomioon setelin tarjoamiseen liittyvät kriteerit. Palveluseteli tarjotaan lähtökohtaisesti vain tilapäisen kotiavun tarpeessa oleville, kun taas kokonaisvaltaisempaa (ja pitkäkestoisempaa) apua tarvitsevat perheet ohjataan kaupungin toiminnan piiriin. (Borg 2016, 58-62.)

Asiakaskyselyn vastauksista ilmenee, että palvelusetelin valintaa puolsivat muun muassa mahdollisuus palveluntuottajan valitsemisen, palveluun pääsyn nopeus, joustavammat käytännöt sekä alhaisempi hinta. Toisaalta esiin tuli myös, että seteliä oli tarjottu ainoana vaihtoehtona tilapäisen kotiavun saamiseksi.

3.7 Varhaiskasvatuksen kerhotoiminnan palveluseteli

Kaupunki tukee yksityisen palveluntuottajan järjestämään kerhotoimintaan osallistumista palvelusetelillä. Seteli myönnetään vain kotihoidossa oleville lapsille. Perhe voi halutessaan osallistua myös kunnan omaan kerhotoimintaan.

Kerhotoiminnan palvelusetelistä suoritettiin palvelusetelitutkimuksen puitteissa ainoastaan asiakaskysely sekä henkilöstön ryhmähaastattelu, ja tutkimus kohdistettiin ainoastaan Pohjoisen suuripiirin alueelle (Sjöblom 2015). Perheiden kerhovalintaa ohjasi pääosin kerhon sijainti. Myös kerhon maine sekä palveluun pääsyn nopeus mainittiin valintaa selittävinä tekijöinä. Tiedonsaanti kerhotoiminnan eri vaihtoehdoista oli riittämätöntä noin kolmanneksen kyselyyn vastanneiden mielestä. Tyytyväisyys yksityiseen kerhotoimintaan oli kuitenkin ollut korkea. Palveluseteliasiakkaat kokivat kunnan asiakkaita useammin taloudellisen tilanteensa olevan riittävällä tasolla. (em., 47-48.)

4. PALVELUSETELIJÄRJESTELMÄN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

Tässä luvussa kuvataan palvelusetelijärjestelmien hallinnollisten kustannusvaikutusten rakennetta ja muotoutumista⁴. Tarkastelu on lyhennelmä Helmeen (2014) raportista. Aikaisempi tutkimus palvelusetelin (ja laajemmin valinnanvapauden) kustannusvaikutuksista on ollut vähäistä.

4.1 Kustannusvaikutusten mittaaminen

Sosiaali- ja terveyspalveluiden hallinnolliset kustannukset muodostuvat muista kuin niin sanotuista toiminnallisista kustannuksista. Tässä yhteydessä puhutaan usein myös sisäisten prosessien kustannuksista, jolloin ne kuuluvat sisäiseen laskentatoimeen ja toimivat organisaation päätöksenteon ja johtamisen tukena. (Helme 2014, 5, 29.)

Osa palvelusetelijärjestelmän hallinnollisista kustannuksista muodostuu ulkoistamisprosessien synnyttämistä transaktiokustannuksista. Transaktiokustannukset ovat niin sanottuja lisäkustannuksia, jotka aiheutuvat muun muassa tarjouskilpailun järjestämisestä, ulkoistetun palvelun laadun valvonnasta sekä muusta hallinnoinnista. Palvelusetelijärjestelmä vaatii siten resursseja, mikä ilmenee esimerkiksi lisääntyvinä osaamis- ja organisaation muutosvaatimuksina. Lisäkustannuksia aiheutuu etenkin konsulttipalveluiden käytöstä sekä uusien hallintojärjestelmien luomisesta. (Helme 2014, 22, 42-44; Taimio 2015, 63; Maunu 2012, 53.)

Palveluseteleiden hallinnollisten toimintojen vertailuun vaikuttavat seteleiden toisistaan eroavat prosessit. Siinä missä terveydenhuollon setelit ovat enemmän kertaluonteisia, hankitaan sosiaalihuollon seteleillä pidempiaikaisempaa palvelua. Tähän liittyen tulee esimerkiksi terveydenhuollon potilastietojärjestelmien pystyä vastaamaan palvelun kertaluonteisuuden edellyttämään tiiviiseen tiedonvälitykseen kaupungin ja yksityisen palveluntuottajan välillä. Terveyspalveluiden setelijärjestelmän ylläpitäminen vaatii siten enemmän henkilöstöresursseja kuin sosiaalipalveluiden setelijärjestelmä. (Helme 2014, 26.)

⁴ Palvelusetelien kokonaiskustannukset muodostuvat kolmesta osasta: setelien arvosta, käytettyjen setelien määrästä sekä hallinnollisista kustannuksista (Helme 2014, 42-43; Maunu 2012, 53).

Palveluseteli- ja ostopalvelujärjestelmän toimintamalli (PSOP) – vaikutukset palvelusetelien kustannuksiin

Tässä tutkimuksessa ei ole huomioitu sosiaali- ja terveystieteissä keväällä 2016 käyttöön otettua valtakunnallista sähköistä palveluseteli- ja ostopalvelujärjestelmää (PSOP) ja sen todennäköisiä kustannusvaikutuksia. PSOP-järjestelmän tavoitteena on palvelusetelitoiminnan sähköistäminen, johon liittyen on kehitetty kaikkien seteliprosessin osapuolten käytössä oleva verkkosivusto. Asiakas voi kyseisen Parasta palvelua -verkkosivuston avulla hakea, vertailla ja valita sopivia palveluntuottajia sekä antaa palautetta saamastaan palvelusta.

PSOP tullee todennäköisesti pienentämään palvelusetelijärjestelmän hallinnollisia kustannusvaikutuksia, sillä osa työntekijöiden vastuulle kuuluvista manuaalisista työvaiheista siirtyy järjestelmän laajentamisen myötä asiakkaille. Seuraavissa alaluvuissa esiteltävien tutkimustulosten yhteydessä on hyvä huomioida palvelusetelijärjestelmän sähköistämiseen liittyvät muutosprosessit, joiden seurauksena seteleiden hallinnoiminen muuttunee kustannustehokkaammaksi. Tutkimusvaiheessa (2014) ei PSOP ollut Helsingissä ajankohtainen, joten tulokset eivät välttämättä kaikilta osin ole verrannollisia nykyhetkeen (syksyyn 2016).

4.2 Palvelusetelien hallinnolliset prosessit ja kustannusvaikutukset sosiaali- ja terveystieteissä

Palveluseteliprosessi sisältää useita vaiheita tietojen ylläpidosta neuvontaan ja palveluntuottajan kanssa käydystä yhteydenpidosta maksuliikenteen seuraamiseen (ks. liite 2). Palveluseteliprosessin kulut muodostuvat suurimmaksi osaksi hallinnollisista henkilöstökuluista. Seteliprosessin ydintoiminta on pääosin neuvontaa eli vaihtoehtoisten palveluiden tarjoamista sekä niistä tiedottamista. Tämän toiminnon merkitys tulee todennäköisesti etenkin vakiintuvien seteleiden kohdalla ja setelijärjestelmän tunnetavuuden lisääntymisen seurauksena pienenemään. Palvelusetelitoiminnan kokonaiskustannusten hahmottamiseksi ja edullisuusvertailun toteuttamiseksi tuotteista Helme (2014) kaupungin oman palvelutuotannon palvelut. Tuotteistaminen tehdään kuvaamalla ja määrittelemällä palvelusetelien sisältö (palvelun sisältö, mahdolliset laatuksiteerit), palveluprosessi, mittaristo (esimerkiksi suoritustiedot ja kustannukset) sekä seuranta (mittariston päivittämisen sykli). (Helme 2014, 49-50, 84-85.)

Helmeen (2014) tutkimuksen keskeiset tulokset kuvataan kolmen osion kautta: palvelusetelien kuormittavuus, palvelusetelijärjestelmän hallinnolliset kustannukset sekä palvelusetelitoiminnan edullisuusvertailu. Tämä jako noudattaa myös Helmeen tutkimuskysymysten asettelua. Kustannuslaskenta toimitettiin vuoden 2013 palvelusetelitoiminnasta. Laskelmiin sisällytetyt setelit olivat *vanhusten palveluasumisen, suun terveydenhuollon, vammaisten henkilökohtaisen avun, ikäihmisten päivätoiminnan* sekä *kolonoskopian* setelit.

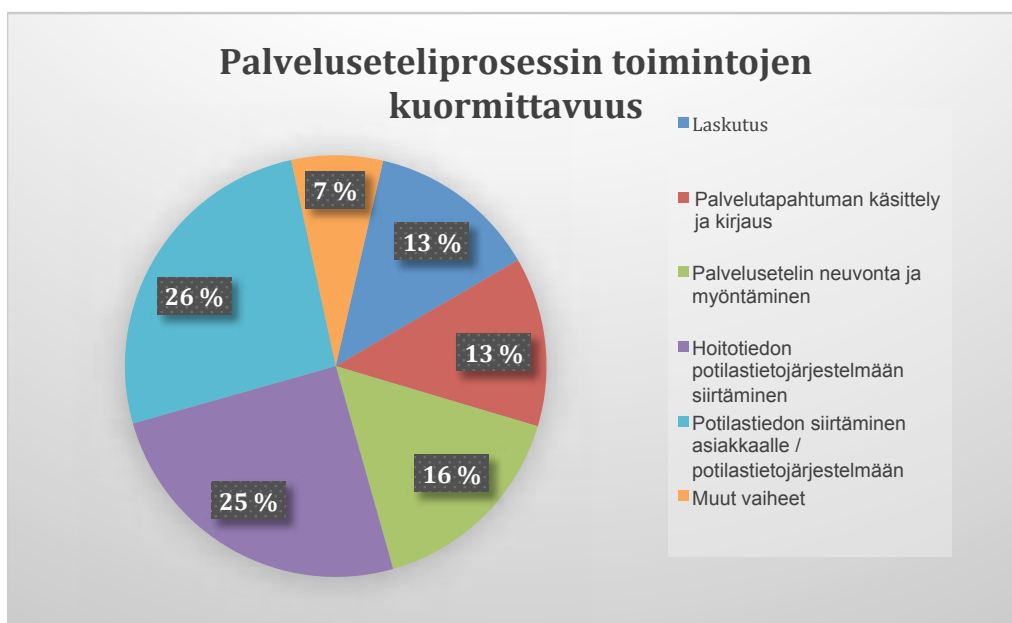
4.2.1 Palveluseteliprosessien kuormittavuus

Helmeen (2014) tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli hahmotella ja mallintaa kahden toisistaan poikkeavan palvelusetelijärjestelmän, vanhusten palveluasumisen ja suun terveydenhuollon palveluseteliprosessien kuvaukset. Tulosten mukaan hallinnolliset työvaiheet olivat työllistävämät suun terveydenhuollon setelissä. Hallinnollinen kuormittavuus pystyttiin kuitenkin molempien palvelumuotojen kohdalla todeta olevan yhteydessä kustannusnousuun.

Vanhusten palveluasumisen asiakkuus on usein varsin pysyvää, mikä vaikuttaa siihen liittyviin hallintoprosesseihin. Ne sisältävät vähemmän työvaiheita, sillä esimerkiksi potilastiedon siirtäminen ja kirjaaminen jäävät kertaluonteisiksi. Suun terveydenhuollon palvelusetelitoiminnot ovat sen sijaan monivaiheisempia ja monen eri toimijan hallinnoitavia, mistä johtuen on niiden hallinnollinen kuormittavuus vastaavasti suurempi. Lisäksi niitä myönnetään selvästi enemmän vanhusten palveluasumisen tai muihin palveluseteleihin verrattuna. (Helme 63-67; 80-82.)

Eri toimintojen kuormittavuudet on kuvattu kuviossa 2. Siitä nähdään, että työllistävimmät hallinnolliset työvaiheet olivat potilastiedon siirtäminen asiakkaalle ja palveluntuottajalle (26 prosenttia) sekä hoitotiedon siirtäminen potilastietojärjestelmiin (25 prosenttia). Palvelusetelien neuvonnan ja myöntämisen (16 prosenttia), palvelutapahtuman käsittelyn (13 prosenttia) sekä laskutuksen (13 prosenttia) kuormitukset olivat pienempiä. Vähiten työllistävät toiminnot olivat tuottajatiedon lisääminen palvelusetelituottajien listalle, palveluntuottajan tietojen valvonta, palveluntuottajaa koskevien tietojen ylläpito, palveluntuottajahakemuksen käsittely ja päätöksenteko sekä laskun hyväksyntä ja maksaminen. Niiden prosentuaaliset osuudet on kuviossa 2 laskettu yhteen (7 prosenttia).

Kuvio 2. Palveluseteliprosessin toimintojen kuormittavuus⁵



Lähde: Helme 2014, 81.

⁵ Muut vaiheet: Tuottajatiedon lisääminen palvelusetelituottajien listalle, palveluntuottajan tietojen valvonta, palveluntuottajaa koskevien tietojen ylläpito, palveluntuottajahakemuksen käsittely ja päätöksenteko, laskun hyväksyntä ja maksaminen.

4.2.2 Palvelusetelijärjestelmän hallinnolliset kustannukset

Hallinnollisten kustannusten laskenta on kaikessa laajuudessaan haastavaa. Tämän vuoksi hallinnolliset kustannukset rajattiin Helmeen tutkimuksessa koskemaan palvelusetelien työprosessien ajankäyttöä sekä palkkakuluja. Hallinnolliset työvaiheet muutettiin kustannuksiksi henkilötyövuosia käyttäen.

Palvelusetelien hallinnolliset prosessit pystyttiin aikaperusteisen toimintolaskennan avulla hinnoittelemaan. Setelikohtainen hallinnollinen prosessikustannus on lisätty kirjapidon kustannusten päälle. Viiden suurimman tutkimuksessa mukana olleen palvelusetelin hallinnolliset kustannuslisät ja prosessien kustannustehokkuus on kuvattu taulukossa 3. Hallinnolliset kustannukset kuormittivat eniten terveydenhuollon setelitoimintaa, jossa suurin hallinnollinen kustannuslisä oli suun terveydenhuollon palvelusetelissä (24 prosenttia). Pienin kustannuslisä oli sosiaalihuollon vanhusten palveluasumisen setelissä (1 prosentti). (Helme 2014, 57-58; 71; 82-83.)

Taulukko 3. Palvelusetelien hallinnolliset kustannuslisät vuodelta 2013

Palveluseteli	Kustannukset 2013 €	Lisätty hallinnollinen kustannus €	Hallinnollinen kustannus- lisäys (%)
Vanhusten palveluasuminen	5 237 888	5 290 747	1,01
Suun terveydenhuolto	3 414 676	4 243 327	24,27
Vammaisten henkilökohtainen apu	2 290 532	2 405 724	5,03
Ikäihmisten päivätoiminta	225 649	243 142	7,75
Kolonoskopia	144 103	157 262	9,13

Lähde: Helme 2014, 71; em. 2015. (muokattu Helmen tulosten pohjalta)

4.2.3 Palvelusetelitoiminnan edullisuusvertailu

Edullisuusvertailua suoritettaessa on kustannus-, käyttöaste- sekä palvelujen saata- vuusnäkökulmat otettava huomioon. Palveluseteli voi osoittautua kaupungin näkökulmasta kalliiksi, jos setelitoiminnan kokonaiskustannukset muodostuvat hallinnollisten kustannusten jälkeen oman toiminnan kustannuksia suuremmiksi. Kustannuksia syntyy myös silloin, kun setelitoiminnan käyttöaste nousee kaupungin oman toiminnan käyttöastetta merkittävästi suuremmaksi. Toisaalta setelitoiminta voi tuottaa kustannussäästöjä esimerkiksi jonojen purkamisen seurauksena. (Helme 2014, 43-44.) Tässä tutkimuksessa edullisuusvertailun yksikkönä käytettiin asiakasta kohti muodostuvaa palvelun tuottamisen kustannusta.

Palvelusetelitoiminnalla hankittavien palvelujen kustannukset olivat kaupungin itse tuottamien palveluiden kustannuksiin verrattuna pienimmät vaikeasti vammaisten henkilökohtaisessa avussa ja suurimmat suun terveydenhuollossa (taulukko 4, s. 38). Henkilökohtaisen avun palveluseteli muodostui siten 45 prosenttia kaupungin omaa palvelua edullisemmaksi. Suun terveydenhuollon seteli oli sen sijaan 38 prosenttia kalliimpi kuin kaupungin itse tuottamaa palvelu. Palvelusetelipalvelut muodostuivat kaupungin

palvelutuotantoa edullisemmiksi myös vanhusten palveluasumisessa ja ikäihmisten päivätoiminnassa. Kolonoskopian kohdalla setelitoiminta oli hieman (2 prosenttia) kaupungin omaa palvelua kalliimpi. Tulosten tulkinnassa on kuitenkin otettava huomioon, että edullisemman toiminnan tarjoaminen ei välttämättä ole ensisijaisen tärkeää (tai vertailua ei pyritäkään tekemään), vaan palvelusetelitoiminnan avulla tavoitellaan esimerkiksi hoitojonojen purkamista sekä asiakaslähtöisyyden ja valinnanvapauden lisäämistä. (Helme 2016, 83-84.)

Taulukko 4. Palvelusetelien edullisuusvertailu vuoden 2013 osalta

Palveluseteli	Tuotantomuoto	€/suorite	Edullisuusvertailu
Vanhusten palveluasuminen	oma palveluseteli + hallinnollinen kustannus	21 648 € asiakas/vuosi	17 % edullisempi
		17 874 € asiakas/vuosi	
Ikäihmisten päivätoiminta	oma palveluseteli + hallinnollinen kustannus	3 728 € asiakas/vuosi	40 % edullisempi
		2 251 € asiakas/vuosi	
Suun terveydenhuolto	oma palveluseteli + hallinnollinen kustannus	109 € asiakas/käynti	38 % kalliimpi
		150 € asiakas/käynti	
Kolonoskopia	oma (pkl.:n lisälaskenta) palveluseteli + hallinnollinen kustannus	409 € asiakas/käynti	2 % kalliimpi
		419 € asiakas/käynti	
Vammaisten henkilökohtainen apu	oma palveluseteli + hallinnollinen kustannus	16 679 € asiakas/vuosi	45 % edullisempi
		9 253 € asiakas/vuosi	

Lähde: Helme 2015.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä yhteenvetoraportti päättää vuonna 2013 käynnistetyn palvelusetelitutkimuksen, joka sai alkunsa 15.5.2013 pidetystä kaupunginvaltuuston kokouksesta ja valtuutettu Thomas Wallgrenin siellä esittämästä toivomusponnosta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus sai ponnin myötä tehtäväkseen toteuttaa palvelusetelijärjestelmän eriarvoistavia vaikutuksia sekä kustannusvaikutuksia tarkastelevan tutkimuksen. Hankkeeseen sisällytettiin neljä tutkimusta (Anttonen 2016; Borg 2016; Helme 2014; Sjöblom 2015), joiden keskeiset tulokset on esitelty luvuissa 3 ja 4.

Tämän koontiraportin teoreettinen viitekehys muodostui valinnanvapauden teoreettisesta tarkastelusta. Aluksi tehtiin katsaus valinnanvapauskeskustelun taustalla vaikuttaviin julkisen sektorin muutosprosesseihin, josta siirryttiin hahmottelemaan valinnanvapautta ja sen yhdenvertaisuuteen liittyviä mekanismeja. Tämän jälkeen palvelusetelijärjestelmää tarkasteltiin sekä yleisellä että setelikohtaisella tasolla. Nyt vuorossa ovat tulosten yhteenveto sekä johtopäätökset.

5.1 Yhteenveto tutkimusten tuloksista

Palvelusetelistä on muotoutunut olennainen osa helsinkiläistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Sen avulla pyritään nopeuttamaan hoitoon pääsyä, tehostamaan resurssien käyttöä sekä laajentamaan yksittäisen kaupunkilaisen valinnanvapautta. Palvelusetelitutkimukselle asetettu tutkimuskysymys pitää sisällään oletuksen, että palvelusetelijärjestelmä saattaisi sisältää kaupunkilaisten yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoisuutta heikentäviä tekijöitä. **Yhdenvertaisuutta on siten tarkasteltu palvelun valintaan liittyen: onko kaikilla yksilöillä taloudellisesta asemastaan riippumatta samat mahdollisuudet tehdä valintoja kunnan ja palveluseteliyhtiön (yksityisen palveluntuottajan) tarjoamien palveluiden väliltä.**

Tulosten tulkintojen yhteydessä on syytä huomioida, että eriarvoisuus ei tämän tutkimuksen kontekstissa rajoitu pelkästään taloudellisiin valinnanmahdollisuuksiin. Palvelusetelin mahdolliset eriarvoistavat vaikutukset liittyvät laajemmin sosiaali- ja terveyspalvelueroihin: ”eriarvoistavia ovat sellaiset palveluiden erot, jotka eivät ole yksilökohtaisen tarpeen ja käytettävissä olevien palveluresurssien kannalta perusteltuja ja oikeudenmukaisia” (Borg 2016, 2).

Saadut tulokset osoittavat, että palvelusetelijärjestelmän ja yhdenvertaisuuden välinen yhteys on monen tekijän summa. Yhteyden analysointi ei siten ole yksinkertaista, mikä huomioitiin jo tutkimusasetelmaa laadittaessa. Tutkimus koostui sekä määrällisistä että laadullisista osatutkimuksista. Tavoitteena oli tuottaa laajapohjainen tutkimus, joka pysyisi vastaamaan vähintään yhtä laajapohjaisesti muotoiltuihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen kohteena olleet palvelusetelimallit erosivat joiltain osin toisistaan, joten kaikkiin setelikäytäntöihin yleistettävissä olevien päätelmien teko on kuitenkin miltei mahdotonta.

***Palveluseteliasiakkaiden sosioekonominen asema
– onko palvelusetelillä kaupunkilaisia eriarvoistavia vaikutuksia?***

Palvelusetelin valintaa (sen käyttämistä tai käyttämättä jättämistä) ohjaavat useat eri tekijät – sekä niiden yhteisvaikutukset. Olisi liian yksinkertaistavaa todeta valinnan johtuvan pelkästään esimerkiksi taloudellisista syistä, minkä takia huomioon on otettava myös inhimilliset ja sosiaaliset seikat. Kuten teoriaosuudesta ilmeni, on palveluiden käyttöön liittyvä yhdenvertaisuus hyvin monitahoinen ilmiö, johon liittyy niin yksilöllisiä kuin makrotason tekijöitä. Tämän tutkimuksen puitteissa ei palvelusetelin käytön tai käyttämättä jättämisen ja sosioekonomisten ryhmien välisen tasa- tai eriarvoisuuden välisistä yhteyksistä pystytä muodostamaan tyhjentäviä johtopäätöksiä. Todennäköisimmin pelkästään yksi seikka ei yksin määritä seteliasiakkuutta, vaan se on usean eri tekijän summa. Seuraavissa kappaleissa esitetään tämän tutkimuksen keskeisimmät palvelusetelijärjestelmän yhdenvertaisuutta ja kustannusvaikutuksia koskevat tulokset.

Tulotason vaikutus:

Asiakkaiden ja potilaiden tulot osoittautuivat olevan yhteydessä palvelusetelin käyttämiseen. Rekisteritutkimuksesta ilmeni, että kaikissa tutkituissa palveluissa oli seteliasiakkaiden mediaanirahatulot suuremmat kuin kaupungin omissa palveluissa käyneiden tulot. Tulojen kasvu lisäsi palvelusetelin valinnan todennäköisyyttä etenkin iäkkäiden palveluasumisen sekä lapsiperheiden tilapäisen kotipalvelun kohdalla. Joissakin palveluissa tulojen vaikutus oli kuitenkin melko pieni, eikä tulojen kasvu lineaarisesti lisännyt todennäköisyyttä setelin valinnalle.

Omavastuusuuden vaikutus:

Palvelusetelilaki (569/2009) määrää, että palvelusetelin arvon tulee olla asiakkaan kannalta kohtuullinen. Yksityisen palveluseteliyksikön asiakasmaksun suuruus ei siten saisi muodostua esteeksi setelin vastaanottamiselle tai sen käytölle. Mikäli asiakas joutuu liian korkeiden asiakasmaksujen takia kieltäytymään setelistä tai jättämään sen käyttämättä, eivät eri väestöryhmien väliset valinnanmahdollisuudet pääse jakautumaan tasaisesti. Borgin (2016) tutkimuksen mukaan etenkin ikääntyneiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa näyttää omavastuusuuden suuruudella ja setelin valinnalla (sen käyttämisellä tai käyttämättä jättämisellä) olevan yhteys. Asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuusuus saattaa muodostua sen verran suureksi, että siitä suoriutuakseen on hänen esimerkiksi realisoitava omaisuuttaan tai turvauduttava läheistensä tukeen (vrt. Sjöblom 2015, 30-31). Mikäli asiakkaan varat eivät riitä omavastuusuuden maksamiseen, saa hän tarvitsemansa palvelun kaupungin oman ympärivuorokautisen palveluasumisen piiristä.

Toisaalta Borgin (2016) tuloksista ilmenee, että esimerkiksi työttömillä on ei-työttömiin (tähän ryhmään lukeutuvat muun muassa sairaat, eläkeläiset ja opiskelijat) nähden suhteellisesti suurempi todennäköisyys valita suun terveydenhuollon palveluseteli, vaikka he olivat selvästi tutkimuksen pienituloisin ryhmä. Suun terveydenhuollon yksityisten palveluntuottajien hinnoittelussa on vaihtelevuutta, minkä seurauksena asiakasmaksu voi jäädä jopa kaupungin hintoja matalammalle tasolle. Tällöin myös alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat voivat päästä yksityisten (ja useimmiten nopeammin saatavien) palveluiden piiriin.

Inhimillisen pääoman, tiedollisten resurssien sekä toimintamahdollisuuksien vaikutus:

Valinnan tekeminen edellyttää erilaisia resursseja: muun muassa kognitiivisia kykyjä, tiedonhakuun ja -käsittelyyn liittyviä taitoja sekä rationaalista päätöksentekoa edesauttavia ominaisuuksia. Toisaalta etenkin terveydenhuollon palveluihin liittyvät valinnat vaativat niin sanottua ”terveyden lukutaitoa”, kuten myös osaamista tehdä palveluvaihtoehtojen välisiä vertailuja.

Inhimillistä ja sosiaalista pääomaa tukevat resurssit ovat tutkimusten mukaan parhaiten korkeampien sosioekonomisten ryhmien saatavilla. Tämän tutkimuksen perusteella on koulutuksen ja setelin valitsemisen välillä nähtävissä yhteys: korkeammin koulutetut (ja siten useimmiten myös parempituloiset) valitsivat palvelusetelin suhteellisesti useammin kuin pelkän perusasteen suorittaneet. Tämä johtopäätös tukee osaltaan yksilön toimintakyvyn ja -mahdollisuuksien merkitystä valintatilanteissa (vrt. luku 2.3 tässä raportissa).

Asiakkaan ohjauksen ja neuvonnan vaikutus:

Valinnan tekeminen edellyttää yksilöllisten kykyjen ja taitojen lisäksi myös tietämystä eri vaihtoehtoista. Esimerkiksi vertailutiedon merkitys on sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaudessa olennainen: valintansa tueksi asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus tutustua palveluntuottajien laatuvertailuihin sekä tarkkoihin palvelukuvauksiin. Tämän toteuttamisessa on sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä tärkeä rooli. Heidän on kyettävä ”varustamaan” asiakas riittävällä informaatiolla, jotta nämä voisivat olla toisiinsa nähden tasavertaisessa asemassa. Kyselytutkimus (Sjöblom 2016) osoitti, että keskimäärin yli puolet vastaajista (asiakkaista) sai kaupungin työntekijöiltä riittävästi tietoa valinnantekoon liittyen.

Saavatko seteliasiakkaat parempi laatuista palveluita?

Tässä tutkimuksessa laatua tarkasteltiin kolonoskopian eli paksusuolen tähystyksen osalta (laajempi tutkimus ei tämän hankkeen puitteissa ollut mahdollinen). Kaupungin oman tähystystutkimuksen ja palvelusetelillä hankitun yksityisen tähystystutkimuksen välillä oli eroavaisuutta nähtävissä ainoastaan suonensisäisen kipulääkityksen kohdalla. Anttosen (2016) tutkimuksen mukaan kipulääkitystä annettiin useammin kaupungin sairaalassa, mikä viittaisi julkisen sektorin piirissä tehdyn kolonoskopian (ja siihen liittyvän

kivun lievennyksen) olevan yksityisen sektorin kolonoskopiaa laadukkaampaa. Tutkimusasetelman suppeudesta johtuen ei tätä tutkimustulosta koskevia yleistyksiä voida kovin laajasti tehdä. Kipulääkitystä lukuun ottamatta ei paksusuolen tähytystyksissä havaittu potilaiden yhdenvertaisuutta heikentäviä laatueroja.

Onko palvelusetelitoiminta edullisempaa kuin kaupungin oma palvelutuotanto?

Palveluseteleiden kokonaiskustannuksia mitanneessa tutkimuksessa (Helme 2014) hallinnollisen työn määrä laskettiin setelikohtaisesti, ja nämä aikaperusteiset kustannukset lisättiin setelien yksikkökustannuksiin. Tutkimus osoitti, että mukana olleista viidestä palvelusetelistä vanhusten palveluasumisessa vammaisten henkilökohtaisessa avussa sekä ikäihmisten päivätoiminnassa oli setelillä hankittu palvelutuotanto hallinnollisen kustannuslisänkin jälkeen kaupungin omaa tuotantoa edullisempaa. Näiden kyseisten palvelujen osalta voidaan palvelusetelin katsoa olleen kustannusvaikuttava ja -tehokas toimintamuoto. Kaupungin oma palvelutuotanto oli sen sijaan edullisempaa suun terveydenhuollossa sekä kolonoskopiassa.

Erilaiset tiedonsiirron tarpeet palveluntuottajan, asiakkaan sekä potilastietojärjestelmien välillä ovat resurssi- ja aikaintensiivisiä vaiheita, jotka lisäävät kustannuksia etenkin terveydenhuollon setelitoiminnassa. Palvelusetelijärjestelmän sähköistämishankkeet, kuten PSOP, vähentävät manuaalisia työvaiheita, minkä seurauksena prosessitehokkuus tulee kasvamaan ja hallinnollisten työvaiheiden kuormittavuus pienenemään.

Eri tuotantomuotojen välisten palvelukustannusten vertailussa (esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden oman toiminnan ja palvelusetelitoiminnan välillä) on tuotantomuotojen vertailtavuutta heikentävät tekijät syytä tiedostaa. Annetun hoidon yksikkökustannuksiin vaikuttavat esimerkiksi asiakas- ja potilasryhmien erilaiset palvelutarpeet. Haastavammat tai laaja-alaisia palveluita tarvitsevat asiakkaat ja potilaat jäävät usein sosiaali- ja terveystieteiden oman palvelutuotannon piiriin, mikä nostaa annetun hoidon yksikkökustannuksia. Oman toiminnan ja palvelusetelien suorittemäärien vertailtavuus heikentyy myös siksi, koska kaikki oman toiminnan suoritteet eivät vastaa palvelusetelisuoritteita. Näin on suun terveydenhuollossa, jossa on lukuisia erilaisia toimenpiteitä. Huomioon on otettava lisäksi se, että suun terveydenhuollon palveluseteliä tarjotaan ainoastaan yli 18-vuotiaille, jolloin alaikäisten suuri joukko jää kaupungin oman palvelun piiriin.

Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset ja kokemukset palvelusetelijärjestelmästä

Tyytyväisyys tutkimuksen kohteina olleisiin palvelusetelisiin oli tulosten perusteella pääosin positiivista. Seteleiden ”käyttömukavuutta” arvioitiin myönteisessä valossa, ja setelin vastaanottaneet ja sen avulla palveluita ostaneet asiakkaat kokivat sen tarpeelliseksi. Merkittävimmäksi setelin käyttöön vaikuttavaksi motivaatiotekijäksi osoittautui hoitoon pääsyn nopeus. Hoitojonot ovat muodostuneet Helsingissä melko pitkiksi ja moneen palveluun on suorastaan ruuhkaa. Lisäksi esimerkiksi terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetty hoitotakuu on etenkin suun terveydenhuollon piirissä lisännyt

paineita löytää keinoja jonojen purkamiseen. Palvelusetelijärjestelmän voidaan siten nähdä ajavan asiansa, kun se onnistuu nopeuttamaan kaupunkilaisten pääsyä tarvitsemiinsa hoitoihin ja tutkimuksiin.

Asenteet palvelusetelillä järjestettyä palvelua kohtaan olivat niin ikään myönteiset. Noin 80 prosenttia asiakaskyselyyn vastanneista ilmoitti kokeneensa setelin käytön helpoksi ja käyttäisi seteliä mieluusti uudelleen. Yksityisiä palveluntuottajia kohtaan osoitettu tyytyväisyys oli voimakasta; jopa 90 prosenttia vastaajista oli ollut tyytyväinen palvelukokemukseensa. Tutkimuksessa ei kartoitettu asiakastyytyväisyyttä suhteessa kaupungin omiin palveluihin, mutta esimerkiksi sosiaali- ja terveysviraston asiakaskyselyjen tulokset ovat olleet positiivisia (Sosiaali- ja terveysviraston toimintakertomus 2015).

Henkilökunnan haastattelujen perusteella muodostui käsitys, että palvelusetelijärjestelmän käytännöt eivät ole niin ongelmattomia tai vaivattomia kuin asiakaskyselyiden perusteella voisi olettaa. Sähköisten järjestelmien puute aiheutti työntekijöiden mielestä liikaa hidasta ja aikaa vievää manuaalista työtä, minkä takia setelitoimintojen hoitaminen koettiin kankeaksi. Lisäksi budjetin riittävyyden arviointiin, setelien laskutukseen sekä kaupungin ja yksityisten palveluntuottajien väliseen tiedonkulkuun liittyi hankaluuksia. Edellä mainitut ongelmat saattavat tosin nykyisin olla harvinaisempia, sillä palvelusetelijärjestelmä on melkein kokonaan siirretty sähköiseen muotoon.

5.2 Tutkimushankkeen arviointia

Palvelusetelitutkimus toteutettiin neljän tutkijan, kahden viraston sekä yhden ohjausryhmän voimin. Valtuustokokouksessa asetettu tehtävänanto edellytti aiheen laaja-alaista tutkimusta ja monipuolista tarkastelua. Tutkimuskysymykseen haettiin vastauksia niin määrällisestä kuin laadullisesta näkökulmasta, ja monen eri toimijan katsantokannat otettiin huomioon.

Kysymys palvelusetelin eriarvoistavista vaikutuksista on kaikessa yksinkertaisuudessaan kaikkea muuta kuin yksinkertainen: tyhjentävän vastauksen antaminen on miltei mahdotonta. Yksittäisen palvelun eriarvoistavuus voi ilmetä monin eri tavoin: saataavuuden, palvelun piiriin pääsyn, laadun tai esimerkiksi taloudellisten mahdollisuuksien (kuten asiakasmaksun sekä laajemmin maksukyvyn) suhteen. Tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä arvioitaessa on teeman monisäikeisyys ja moniulottuneisuus tarpeen ottaa huomioon.

Tutkimus olisi hyötynyt laajemmasta rekisteritietojen käytöstä. Selittävien tekijöiden määrä jäi kohtalaisen pieneksi, mikä vaikuttaa tulosten selitysvoimaan. Esimerkiksi toimintakykyyn sekä sosiaaliseen pääomaan ja verkostoon liittyvää tietoa ei ollut käytettävissä (iäkkäiden rava-indeksiä lukuun ottamatta). Palvelusetelin myöntämiseen ja asiakasohjaukseen liittyvien tekijöiden tavoittaminen ei tämän tutkimuksen puitteissa ollut juurikaan mahdollista. Tutkimuksessa jäi siten paitsioon palvelueroihin melko olennaisesti vaikuttavat ulottuvuudet. Jatkossa olisikin tarvetta tutkimukselle, joka käsittelisi esimerkiksi työntekijöiden perusteluja setelin myöntämiselle tai myöntämättä jättämiselle: perustuvatko päätökset ennalta määrättyihin kriteereihin vai vaikuttaako niihin

muut tekijät, kuten työntekijöiden tietotaito tai ymmärrys asiakkaan tarpeista. Jatko-tutkimuksen aiheena voisi olla myös setelistä kieltäytyneiden perustelut jättää heille myönnetty seteli käyttämättä. Tämän tutkimuksen tiimoilta pystyttiin seteliä vaille jää-neet henkilöt tavoittamaan, mutta setelin vapaaehtoisesti hylänneiden näkökulma jäi uupumaan.

Niin ikään laatuerojen tarkastelu jäi melko suppean otannan varaan. Tähän tosin vaikutti se, että laatu-näkökulma sisällytettiin tutkimukseen vasta myöhemmin, jonka vuoksi se jouduttiin toteuttamaan pienin resurssein. Jatkossa laatueroja voisikin olla hyvä tutkia laajemmalla otannalla ja kattavammalla tutkimusasetelmalla. Laadun yhdenvertaisuuden toteutumisen arvioimista tukisi, jos laatutekijöitä tarkasteltaisiin objektiivisten mit-tareiden ohessa myös subjektiivisilla mittareilla.

5.3 Valinnanvapaus sote-uudistuksen jälkeen – miten käy palvelusetelin?

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus⁶ on ollut poliittisen päätöksenteon kuuma aihe viime vuosina. Sen avulla pyritään kehittämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-rakennetta ja -järjestelmiä muun muassa siirtämällä palvelujen järjestämisvastuu maa-kunnille. Lisäksi uudistuksen tavoitteina on pääministeri Sipilän hallitusohjelman sekä sille 7.11.2015 ja 5.4.2016 annettujen täsmennysten mukaan hyvinvointi- ja terveys-erojen kaventaminen sekä kustannusten ja sitä kautta kestävyysvajeen pienentäminen (Hallitusohjelma 2015; Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkei-den ja reformien toimeenpanemiseksi 2015–2019 -päivitys 2016). Sote-uudistuksen keskiöön on nostettu asiakkaiden ja potilaiden valinnanvapauden laajentaminen. Ta-voitteena on luoda uusi valinnanvapauslainsäädäntö, jonka mahdollistamana palvelun-käyttäjä voisi valita tarvitsemansa palvelun joko julkisen, yksityisen tai kolmannen sek-torin palveluntuottajalta. (THL:n arviointiryhmä 2016, 14.)

Tässä palvelusetelitutkimuksen loppuraportissa sote-uudistusta ja siihen liittyvää valin-nanvapauden uudistusta käsitellään hyvin lyhyesti. Uudistusten toteutus on vielä linjaus-vaiheessa eikä yksityiskohtaisia päätöksiä ole tehty (tilanne 16.12.2016). Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Valtiovarainministeriön alaisen sote-uudistuksen projektiryhmän luonnosteleva malli (Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos 2016) hahmottelee valinnanvapauden tulevaisuutta ja sen keskeisiä piirteitä. Luonnoksessa mallinnetaan järjestelmää, jossa yksilö voisi itsenäisesti valita sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun-tuottajan.

Palveluseteli muuttuisi luonnoksen mukaan asiakasseteliksi, jonka käyttöönotto olisi oikeudellisesti maakunnan päätösvallan alainen. Asiakkaan näkökulmasta yksi kes-keinen ero nykyiseen palveluseteliin verrattuna liittyisi sopimussuhteisiin. Jatkossa maakunta tekisi asiakkaan sijasta sopimukset palveluntuottajien kanssa, ja sen pal-velulaitos toimisi niin sanottuna ”portinvartijana” seteliä myönnettäessä. Maakunnan

⁶ Jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta käytetään termiä sote-uudistus.

palvelulaitos arvioisi asiakkaan palveluntarpeen sekä tekisi siihen liittyvän hallinto- tai hoitopäätöksen. Lisäksi ehdotuksessa esitetään, että asiakas maksaisi asiakasseteliä käyttäessään ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain mukaisen asiakasmaksun. (Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos 2016, 14-15.)

Asiakassetelin ohella työryhmän malliluonnos ehdottaa myös henkilökohtaisen budjetin käyttöönottoa. Siinä missä palvelusetelin kohdalla asiakkaan valinnanvapaus rajautuu palveluntuottajan valintaan, voisi hän henkilökohtaisen budjetin avulla vaikuttaa laajemmin saamansa palvelun sisältöön. Budjetti sopisi etenkin pitkäaikaisemman palvelun tarpeessa oleville erityisryhmille, ja se muistuttaa paljolti aiemmin tässä raportissa kuvattuja Englannin ja Hollannin järjestelmiä. (Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos 2016, 15-17.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arviointiryhmä arvioi, että sote-uudistuksella on hyvät mahdollisuudet parantaa niin sosiaali- ja terveystalouden kuin alueellisten ja väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta, vaikkakin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuita ei ministeriöiden luonnoksessa kovin tarkasti eritellä. THL:n arviointiryhmä toteaa kuitenkin, että maakunnille osoitettu vaatimus tiukan talouskurin ylläpitämisestä voi synnyttää paineita esimerkiksi asiakasmaksun korottamiseen. Tällöin asiakkaiden maksettavaksi jäävä omavastuuosuus kasvaisi, mikä saattaisi johtaa palvelujen riittävyyden ja yhdenvertaisuuden heikentymiseen. (THL:n arviointiryhmä 2016, 8-10.)

Lähteet

- Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo.
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa (2011) Care "going market": Finnish elderly-care policies in transition. *NJSR – Nordic Journal of Social Research* (2011), Volume 2, Special issue. 72.
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa. & Valokivi, Heli (2012) Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: Vanhuuspolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.). *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere. 22.
- Anttonen, Katarina (2016) Palvelusetelillä tuotettujen kolonoskopioiden laatu verrattuna kaupungin omana toimintana tehtyihin kolonoskopiointeihin. Julkaistaan Helsingin sosiaalijaterveysviraston Helsingin sosiaali- ja terveysviraston Tutkimuksia ja raportteja-sarjassa.
- Arvonlisäverolaki 1501/1993 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931501> Luettu 2.12.2016.
- Beckman, Anders & Anell, Anders (2013) Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. *Health Services Research* 2013, 13:452. 1-9. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/452> Luettu 30.11.2016.
- Beresford, Peter (2009) Osallistumisen ja valinnan jännitteet terveydenhuollossa – palvelunkäyttäjän näkökulma. Teoksessa Koivusalo, M. & Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Gaudeamus, Helsinki. 250-252.
- Blomberg, Helena & Kroll, Christian (2002) Who wants to preserve the "Scandinavian service state"? Attitudes to welfare services among citizens and local government elites in Finland, 1992-6. Teoksessa Svallfors, S. & Taylor-Gooby, P. *The End of the Welfare State? : Responses to State Retrenchment*. London ; New York : Routledge 2002. 58.
- Bloom, Nicholas & Propper, Carol & Seiler, Stephan & van Reenen, John (2010) The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. Working Paper 16032. National Bureau of Economic Research. Cambridge. <http://www.nber.org/papers/w16032.pdf> Luettu 20.11.2016.
- Bloom, Nicholas & Propper, Carol & Seiler, Stephan & van Reenen John (2015) The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. *Review of Economic Studies* (2015) 82. 457-489.
- Blyth, Graig & Gardner, Ali (2007) "We're not asking for anything special": direct payments and the carers of disabled children. *Disability & Society* 22: 3, 242-243.
- Borg, Pekka (2016) Palvelusetelit ja eriarvoisuus. Tutkimus palvelusetelin käytöstä Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 2016:7. http://www.hel.fi/hel2/Tietokeskus/julkaisut/pdf/16_12_14_Tutkimuksia_7_Borg.pdf
- Boyle, David (2013) The Barriers to Choice Review. How are people using choices in public services? Cabinet Office. London. 21-22.
- Brommels, Mats & Aronkytö, 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. 7. http://stm.fi/documents/1271139/1979378/Valinnanvapaus_ja_monikanavarahoituksen_yksikertaistaminen+loppuraportti+31+5+2016+doc+nn.pdf/f1c5d123-a27e-42c1-abfc-41e6adf64d36 Luettu 9.10.2016.

Burchardt, Tania & Evans, Martin & Holder, Holly (2013) Public policy and inequalities of choice and autonomy. Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics. Case / 174. 1-24. sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/casepaper174.pdf Luettu 17.10.2016

Cooper, Zachary N., McGuire, Alistair & Jones, S., Le Grand, J. & Titmuss, Richard (2009) Equity, waiting times and NHS reforms: retrospective study. *British Medical Journal* (2009), Volume 339:b, 3264. 1-7.

Cooper, Zachary N. & Gibbons, Stephen & Jones, Simon & McGuire, Alistair (2011) Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms. *The Economic Journal* (2011), Volume 121, Issue 554. F228-F260.

Dixon, Anna & Robertson, Ruth & Appleby, John & Appleby, Burge, Peter & Devlin, Nancy & Magee, Helen 2010. Patient choice: how patients choose and how providers respond. The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Patient-choice-final-report-Kings-Fund-Anna_Dixon-Ruth-Robertson-John-Appleby-Peter-Purge-Nancy-Devlin-Helen-Magee-June-2010.pdf Luettu 17.10.2016.

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*, Volume 11, Issue 3. 162-166.

Forma & Niemelä & Saarinen (2008) Johdanto. Teoksessa Forma, P. & Niemelä, M. & Saarinen, A. (toim.) *Hyvinvointivaltion kilpailuttaminen*. Kunnallissalan kehittämissäätiö, Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 7. Vammala. 9-10.

Fotaki, Marianna (2008) What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy* (2008), Volume 13, Issue 3. 178-184.

Gaynor, Martin & Laudicella, Mauro & Propper, Carol (2011) Can Governments Do It Better? Merger Mania and Hospital Outcomes in the English NHS. NBER Working Paper No. 17608. <http://www.nber.org/papers/w17608.pdf> Luettu 18.10.2016.

van Ginneken, Ewout (toim.) 2016. Netherlands. Health system review. *Health Systems in Transition*. Volume 18, No. 2. 96-97. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf Luettu 1.12.2016.

Hakala, Timo & Weckström, Jonna (2011) Palveluseteli 2000-luvun politiikan asialistoilla. Teoksessa Niemelä, M. & Saari, J. (toim.) *Politiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos*. Kelan tutkimusosasto. Tampere. 237.

Hallintolaki 434/2003 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=hallintolaki> Luettu 14.10.2016.

HE 74/2003 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n, sosiaalihuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta <https://www.edilex.fi/he/20030074> Luettu 2.11.2016.

HE 20/2009 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 2.11.2016.

HE 268/2014 Hallituksen esitys eduskunnalle kuntalaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140268.pdf> Luettu 2.11.2016.

Helén, Ilpo (2008) Terveyskansalaisuuden kohtalot. Huomioita uudesta terveystaloudesta ja huipputeknologisesta lääketieteestä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008: 45. 146-154.

Helme, Anna (2014) Palvelusetelien prosessit ja hallinnolliset kustannukset Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastossa. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Tuotantotalous. http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/103083/Diplomityo%F6_Helme.pdf?sequence=2.

Helme, Anna (2015) Palvelusetelien prosessit ja hallinnolliset kustannukset – näkökulmia käytäntöön. Diaesitys Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmässä 10.3.2015.

Helsingin kaupungin strategiaohjelma 2013-2016 http://www.hel.fi/static/kanslia/Julkaisut/Strategiaohjelma_2013-2016_Kh_250313.pdf Luettu 28.11.2016.

Hiilamo, Heikki & Saari, Juho (2010) Sosiaalisten mahdollisuuksien politiikka. Teoksessa Hiilamo, H. & Saari, J. (toim.) *Hyvinvoinnin uusi politiikka – johdatus sosiaalisiin mahdollisuuksiin*. Diakoniamattikorkeakoulu. Helsinki. 26.

Houtepen, Rob & Ter Meulen, Ruud (2000) The Expectation(s) of Solidarity: Matters of Justice, Responsibility and Identity in the Reconstruction of the Health Care System. *Health Care Analysis*, 2000, Volume 8, Issue 4. 364.

Jonsson, Pia Maria & Nykänen, Eeva & Pohjola, Pasi & Junnila, Maijaliisa & Hietapakka, Laura & Liukko, Eeva & Parhiala, Kimmo & Nuorteva, Leena & Whellams, Anne (2016) Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa - Kuvauksia eräistä Euroopan maista. Työpaperi: 6/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki 2016. 10. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130132/TY%20C3%962016_6_Valinnanvapaus%20er%20C3%A4iss%20C3%A4%20Euroopan%20maissa_ty%20C3%B6paperi_6-2016_korjattu.pdf?sequence=3 Luettu 27.11.2016; 1.-2.12.2016.

Junnila, Maijaliisa & Sinervo, Timo & Aalto, Anna-Mari & Jonsson, Pia Maria & Hietapakka, Laura & Keskimäki, Ilmo & Pekurinen, Markku & Seppälä, Timo T. & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Whellams, Anne (2016) Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa - kriittiset askeleet toteuttamisessa. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130272/URN_ISBN_978-952-302-637-7.pdf?sequence=1 Luettu 1.12.2016.

Kallioma-Puha, Laura (2016) Sote-uudistus ja heikot asiakkaat. Seminaariesitys Oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin – sote-uudistus ja perusoikeudet 7.12.2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kapiainen Satu (2012) Palvelusetelijärjestelmän oikeudenmukaisuus kuntien käsissä <https://www.thl.fi/fi/web/maatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden- uutiskirje/2012/palvelusetelijaarjestelman-oikeudenmukaisuus-kuntien-kasissa> Luettu 17.10.2016

Kaupunginvaltuuston kokouspöytäkirja 25.8.2010 183§ <http://www.hel.fi/static/helsinki/paatosasiakirjat/Kvsto2010/Poytakirja13/Halke%202010-08-25%20Kvsto%2013%20Pk.html> Luettu 25.11.2016

Kaupunginvaltuuston kokouspöytäkirja (15.5.2013 §145) http://www.hel.fi/static/public/hela/Kaupunginvaltuusto/Suomi/Paatos/2013/Halke_2013-05-15_Kvsto_9_Pk/9AB6405F-34D3-49ED-B974-BEB09699F5DB/Palvelusetelikokeilu.pdf Luettu 3.10.2016.

Konkurrensverket (2010) Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3. Stocholm. <http://www.konkurrensverket.se/globalassets/aktuellt/nyheter/uppfoljning-av-vardval-i-primarvarden-25-november-2010-pdf-1.3-mb.pdf> Luettu 15.10.2016.

Kremer, Monique (2006) Consumers in charge of care: the Dutch personal budget and its impact on the market, professionals and the family. *European Societies*, Volume 8, Issue 3. 386-388.

Kuntalaki 410/2015 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410> Luettu 14.10.2016.

Kuopila Antti (toim.) (2007) Tilaaaja-tuottaja-toimintatapa – ideasta käytäntöön. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. 16, 52.

Kuusinen-James, Kirsi (2012) Tuoko palveluseteli vapautta? Kunnallissalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisua-sarja, julkaisu nro 68. 22-23, 100. <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2068.pdf> Luettu 11.10.2016.

Laki arvonlisäverolain muuttamisesta 1457/2001 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011457>
Luettu 2.12.2016.

Laki julkisista hankinnoista 348/2007 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070348>
Luettu 26.10.2016.

Laki kuluttajariitalautakunnasta 8/2007 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070008>
Luettu 26.10.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/1992 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
Luettu 26.10.2016.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812> Luettu 26.10.2016.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734> Luettu 5.12.2016.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569> Luettu 4.10.2016.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380> Luettu 5.12.2016.

Leece, D, Leece, J. (2006) Direct Payments: Creating a Two-Tired System in Social Care? *British Journal of Social Work* (2006) 36. 1382-1383.

Lehto, Markku (2007) Vapaus ja hyvinvointipolitiikka. Teoksessa Saari, J. & Yeung, A. B. (toim.) *Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa*. Gaudeamus: Helsinki. 147.

Linnosmaa, Ismo (toim. 2012) Palvelusetelit sosiaalipalveluissa. *THL raportti 53/2012*.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90917/URN_ISBN_978-952-245-706-6.pdf?sequence=1
Luettu 4.10.2016.

Linnosmaa, Ismo (2011) <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uitiskirje/2011/palvelusetelien-kaytto-yleisty-y-suomen-kunnissa>
Luettu 17.10.2016.

Lith, Pekka (2013) Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämisestä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 34/2013.
<https://tem.fi/documents/1410877/2872337/Yksityiset+sosiaali-+ja+terveyspalvelut+30092013.pdf>
Luettu 11.10.2016.

Majapuro, Marketta (2013) E-Scaped Medicine: Kuluttaja-potilaiden identiteettikeskusteluja osallistumisen kulttuurissa. Doctoral Dissertations. Kauppakorkeakoulu. Viestinnän laitos. Aalto University publication series 154/2013. 26. http://epub.lib.aalto.fi/pdf/diss/Aalto_DD_2013_154.pdf
Luettu 17.10.2016.

Maunu, Tallamari (2012) Palveluseteli ja muita asiakkaan valinnanvapautteen tähtääviä järjestelmiä sosiaalipalveluissa. Teoksessa Linnosmaa, I. (toim.) *Palvelusetelit sosiaalipalveluissa*. Raportti 53/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2012. 53. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90917/URN_ISBN_978-952-245-706-6.pdf?sequence=1 Luettu 24.10.2016.

Merikallio, Jussi & Piekkola, Leena & Lundström, Ilona & Kleemola, Maija & Ratasvuosi, Eila & Uotinen, Sami & Synnöve, Amberla (2007) Sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinta ostopalveluna. Ohjeita tarjouspyynnön ja hankintasopimuksen laatimiseksi. Kuntaliitto. http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-ostopalvelu/Documents/Sosiaali_ja_terveyspalveluiden_hankinta_ostopalveluna%5B1%5D.pdf Luettu 13.10.2016.

- Mikkola, Hennamari (2003) *Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa*, Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita (15), Helsinki 2003.
- Mooney, Gavin, *The health of nations: Towards a new political economy health*. 2012, New York: Zed Books. 42.
- Mänttari-van der Kuip, Maija (2013) Julkinen sosiaalityö markkinoistumisen armoilla? *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (1). 5. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/104348/manttari.pdf?sequence=2> Luettu 13.10.2016.
- NHS England & Monitor. *Outpatient Appointment Referrals (2015) Populus Research Strategy*. 4. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/monitor-nhse-outpatient-appointments-summary.pdf> Luettu 20.11.2016.
- Nussbaum, Martha (2000) *Women and Human Development. The Capability Approach*. University Press, Cambridge.
- Palola, Elina (2007) Näkökulmia eurooppalaiseen sosiaalipolitiikkaan: malli, väestö, resurssit ja kommunikaatio. *Stakes, tutkimuksia* 164. Helsinki. 19.
- Palola, Elina (2009) Tervettä elämää Euroopassa – uuden vuosituhaten terveystaloutta. Teoksessa Koivusalo, M. & Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Gaudeamus, Helsinki. 156–176.
- Palola, Elina (2011) Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa Palola, E. & Karjalainen, V. (toim.) *Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä?* Unigrafia Oy Yliopistopaino. Helsinki. 283-285.
- Patronen, Mari, Melin, Tuomo, Tuominen-Thuesen, Minna, Juntunen, Eeva, Laaksonen, Sirpa, Karikko, Wilhelmiina (2012) Henkilökohtainen budjetti. Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa. Sitra. Helsinki. 12. <http://www.sitra.fi/julkaisut/sitra298.pdf> Luettu 21.10.2016.
- Paulsson, Gert (2008) *Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2007*. Rapport, Lunds universitet, Lund.
- Paulsson, Gert (2009) *Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2008*. Rapport, Lunds universitet, Lund.
- Paulsson, Gert (2010) *Vårdval Halland 2009*. Rapport, Region Halland, Halmstad.
- PeVL 10/2009 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Documents/pevl_10+2009.pdf Luettu 2.11.2016.
- Priestley, Mark, Jolly, Debbie, Pearson, Charlotte, Ridell, Sheila, Barnes, Colin, Mercer, Geof (2007) *Direct Payments and Disabled People in the UK: Supply, Demand and Devolution*. *British Journal of Social Work* (2006), Volume 37, Issue 7. 1200.
- Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003. Valtioneuvoston kanslia. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/369117/hallitusohjelma-vanhanen.pdf/da627124-c0ee-4015-9642-197b11013c02> Luettu 2.11.2016.
- Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Valtioneuvoston kanslia. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/368562/hallitusohjelma-vanhanen-II/2a27514c-b939-4bb6-9167-ce886c358dff> Luettu 2.11.2016.
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Valtioneuvoston kanslia. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/147449/Kataisen+hallituksen+ohjelma/81f1c20f-e353-47a8-8b8f-52ead83e5f1a> Luettu 2.11.2016.

- 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 Luettu 2.11.2016.
- Ristikankare, Matti (2012) Palveluseteli kolonoskopian tuottajana – lyhenevätkö Laaksonsairaalan endoskopiajannot? Julkaisematon raportti.
- Rouvinen-Wilenius, Päivi & Leino, Satu (2010) Terveiden edistämisen ja sosiaalisten mahdollisuuksien politiikka. Teoksessa Hiilamo, H. & Saari, J. (toim.) *Hyvinvoinnin uusi politiikka – johdatus sosiaaliin mahdollisuuksiin*. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. 241.
- Saarinen, Arttu (2013) Intressit ratkaisevat. Yksityisestä terveydenhuollosta käyty keskustelu Helsingin Sanomissa vuosina 2001–2011. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2), 207-216. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110414/saarinen.pdf?sequence=1> Luettu 12.10.2016.
- Sen, Amartya (1999) *Development as freedom*. University Press. Oxford.
- Sjöblom, Joonas (2015) Palveluseteliä vai ei? Asiakaskyselyt ja henkilöstön ryhmähaastattelut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelien käytöstä. *Tutkimuskatsauksia* 2015:8, Helsingin kaupungin tietokeskus. http://www.hel.fi/hel2/Tietokeskus/julkaisut/pdf/15_10_27_Tutkimuskatsauksia_8_Sjoblom.pdf
- Sosiaali- ja terveysviraston toimintakertomus 2015 http://www.hel.fi/static/sote/virasto/Sote_Toimintakertomus2015.pdf Luettu 14.12.2016.
- Stevens, Martin & Glendinning, Caroline & Jacobs, Sally, Moran, Nicola & Challis, David & Manthorpe, Jill & Fernandez, José-Luis & Jones, Karen & Knapp, Martin & Netten, Ann & Wilberforce, Mark (2011) Assessing the Role of Increasing Choice in English Social Care Services. *Journal of Social Policy*, 40 (2). Cambridge University Press. 261-272.
- STM (2011) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita (7). 57. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112144/SOTE_loppuraportti_Final%2027-4-11.pdf?sequence=1 Luettu 25.10.2016.
- Sutela, Marja (2003) Sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot. Edita Publishing Oy. Helsinki. 63.
- Taimio, Heikki (2015) Kannattaako julkisten hyvinvointipalvelujen tuotanto ulkoistaa yksityiselle sektorille? Teoksessa Taimio, H. (toim.) *Hyvinvointivaltio 2010-luvulla: mitä kello on lyönyt?* Palkansaajien tutkimuslaitos. Helsinki.
- Tarkiainen, Tarja (2003) Arvonlisäveroitus palvelujen hankinnoissa. *Kuntatyönantaja* (1), 38. <http://www.kuntatyönantajalehti.fi/fi/arkisto/teemasivut/Documents/arvonlisäveroitus-palvelujen-hankinnoissa.pdf> Luettu 25.11.2016.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Luettu 4.10.2016.
- THL (2016) Nykyjärjestelmän ongelmat <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus/valinnanvapauden-nykytilanne-suomessa/nykyjarjestelman-ongelmat> Luettu 1.12.2016.
- THL:N arviointiryhmä (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 12/2016. 14. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130798/Rap2016_012.pdf?sequence=1 Luettu 18.10.2016.
- Thodén, Annikki & palvelusetelipilotin ohjausryhmä (2012) Terveyskeskuksen palvelusetelikokeilut, väliraportti. *Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja* 2012:9. 28-33. 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 14.10.2016.

Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi 2015–2019 Päivitys 2016. Valtioneuvoston kanslia. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/321857/Toimintasuunnitelma+strategisen+hallitusohjelman+k%C3%A4rkihankkeiden+ja+reformien+toimeenpanemiseksi+2015%E2%80%932019%2C+p%C3%A4ivitys+2016/305dcb6c-c9f8-4aca-bbbb-1018cd7a1fd8> Luettu 14.12.2016.

Tonkens, Evelien (2011) The embrace of responsibility. Citizenship and governance of social care in the Netherlands. Teoksessa Newman, J. & Tonkens, E. (toim.) *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western*. Amsterdam University Press. 46.

Uotinen, Sami (2009) Palveluseteli. Gummerrus. Helsinki. 84.

Valinnanvapausuudistuksen malliluonnos: Suomalainen valinnanvapausmalli – pääpiirteet. Sote-uudistuksen projektiryhmän muistioluonnos 10.10.2016. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3281988/Muistio+valinnanvapausuudistuksen+malliluonnos+10102016+projektiryhma.pdf/22e01007-3e8a-4488-9fc9-95c316379de2> Luettu 18.10.2016.

Valkama, Pekka (1995) Kuntien uudet palvelustrategiat. Tutkimus kuntien palvelutuotannon terveyttämisstrategisista vaihtoehtoista – erityisesti yhtiöittämisestä ja tilaaja-tuottaja -mallista. Yhteenvedo-osuus. ACTA-julkaisusarja, nro 51. Suomen Kuntaliitto r.y. Helsinki. 7.

Verohallinto (2002) Arvonlisäveron takaisinperinnästä luopuminen ja laskennallinen palautus kuntien verottomista terveyden- ja sairaanhoitoon sekä sosiaalihuoltoon liittyvistä hankinnoista. Diaarinumero: 41/40/2002. Antopäivä: 10.1.2002. Saatavissa: [https://www.vero.fi/fi-FI/Syventavat_veroohjeet/Verohallinnon_ohjeet/Arvonlisaveron_takaisinperinnasta_luopum\(10228\)](https://www.vero.fi/fi-FI/Syventavat_veroohjeet/Verohallinnon_ohjeet/Arvonlisaveron_takaisinperinnasta_luopum(10228)). Luettu 25.11.2016.

Victoor, Aafke & Delnoij, Diana MJ & Friele, Roland D. & Rademakers, Jany JDJM (2012) Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research* (2012) 12: 272. 1-16.

Whitehead, Margaret (1990) The concepts and principles of equity in health. WorldHealth Organization Regional Office for Europe, Copenhagen. 9.

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. 12, 49, 65-75, 79. Luettu 2.10.2016.

Liitteet

LIITE 1. Taulukko: Tutkimuskohteina olleiden palveluiden asiakasmäärät vuosina 2013–2015

Palvelu	2013		2014		2015	
	Kaikki asiakkaat	Palveluseteliä käyttäneet	Kaikki asiakkaat	Palveluseteliä käyttäneet	Kaikki asiakkaat	Palveluseteliä käyttäneet
Suun terveydenhoito	102 202	10 188	110 731	4 796	128 128	15 245
Kolonoskopia	3 401	458	2 664	437	2 674	400
Vanhusten palveluasuminen	2 781	296	2 953	296	2 955	366
Vammais-palvelulain henkilökohtainen apu ^{*)}	1 940	260	2 141	535	2 280	864
Lapsiperheiden kotipalvelu (kotitaloudet)	1 348	249	1 359	82	1 664	294
Vanhusten päivätoiminta	1 954	126	2 127	166	2 418	272
Varhaiskasvatuksen kerhotoiminta	1 133	13	1 225	15	1 300	11

^{*)} Päätösten lukumäärä, toteumatietoa ei saatavilla.

Lähde: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: tietohuolto- ja tilastopalvelut sekä Varhaiskasvatusvirasto

LIITE 2. Palveluseteliprosessin vaiheet ja toiminnot

1. **Palveluntuottajaksi hakeutuminen ja tuottajien hyväksyntä**

- palveluntuottajahakemuksen käsittely ja päätöksenteko
- hyväksytyin palveluntuottajan tietojen lisääminen palvelusetelituottajien listalle

2. **Palveluntuottajia koskevien tietojen ylläpitäminen**

- palveluntuottajan tietojen valvonta

3. **Palvelusetelin myöntäminen, luominen ja käyttäminen**

- palvelusetelin neuvonta ja myöntäminen
- potilastiedon siirtäminen asiakkaalle ja palveluntuottajalle
- hoitotiedon siirtäminen potilas-/asiakastietojärjestelmiin
- palvelutapahtuman käsittely ja kirjaus

4. **Maksuliikenteen hallinnointi**

- laskulla olevan palvelutapahtuman käsittely ja tarkistus
- laskun hyväksyntä ja maksaminen

Lähde: Helme 2014, 102 (muokattu).

- 1/2013 Soini Helena, Hyvärinen Susanna, Torppa Hanna, Peiponen Arja, Vaittinen Marja-Leena: Arjen luotauksesta räätälöityihin palvelupaketteihin – Kokemuksia henkilökohtaisen budjetin kokeilusta. Helsingin kaupungin vanhuspalvelujen Lauttasaaren asiakaskeinen palveluverkko-hanke 2010–2013. Loppuraportti
- 1/2016 Savuton Helsinki -ohjausryhmä, Saarinen Tarja, Kupiainen Marketta: SAVUTON HELSINKI, Tupakoinnin ehkäisy- ja vähentämishjelma Helsinkiin 2007–2015. Loppuraportti
- 2/2016 Lyly Auri: Sosiaalinen raportointi asiakastiedon tuottajana. Esimerkkinä aikuissosiaalityö ja lastensuojelu
- 3/2016 Peiponen Arja, Kristensen Maria, Arvo Tuija, Tolkki Pirjo, Pekkanen Meri, Kara Helena: Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus – projekti Etelän palvelualueella 2013–2015. Loppuraportti
- 4/2016 Laakoli Kari, Peiponen Arja: Matriisi (monimuuttujamalli) palvelualueen tuottavuuden mittaamisen työkalu. Etelän palvelualueen hankkeen loppuraportti
- 5/2016 Kristensen Maria, Peiponen Arja: VOIMA – Asiakkaiden ja asukkaiden aktiivista arkea sekä henkilökunnan hyvinvointia tukeva työvuorosunnittelu
- 6/2016 Laakoli Kari, Venetvaara-Nurmi Helena, Peiponen Arja: Tuottavuusmallista tulospalkkauksen perusta ja ydin – Etelän palvelualueen hanke