



VANTAA



Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen vanhus- ja vammaispalveluissa

10.6.2014
Sosiaali- ja terveyslautakunta



Sisällys

1 LÄHTÖKOHDAT.....	2
2 VALINNANVAPAUDEN NORMI- JA POLITIIKKAPERUSTA	3
2.1 Lainsäädäntö	3
2.2 Strateginen perusta	4
3 MITÄ VALINNANVAPAUS TARKOITTAA?	6
4 MIKSI VALINNANVAPAUTTA KANNATTAA LISÄTÄ?.....	7
5 VALINNANVAPAUDEN NYKYTILA VANHUS- JA VAMMAISPALVELUISSA.....	10
5.1 Vanhusten avopalvelut.....	11
5.2 Sairaalapalvelut.....	11
5.3 Hoiva-asumisen palvelut	11
5.4 Vammaispalvelut	12
6 KOKEMUKSET RUOTSISSA JA.....	13
ISO-BRITANNIASSA	13
6.1 Ruotsi.....	13
6.2 Iso-Britannia	16
7 TAVOITETILA	17
7.1 Valinnanvapausmalli hoiva-asumisen palveluissa	17
7.1.1 Valinnanvapausmallin käyttöönoton periaatteet	17
7.1.2 Valinnanvapausmallin asiakasryhmät	18
7.1.3 Palvelun järjestämisen prosessit.....	19
7.1.4 Asiakasmaksujen rakenne ja perusteet	22
7.1.5 Edellytysten luominen valinnanvapausmallille	22
7.2 Palveluseteli kotihoidossa	24
7.2.1 Palvelusetelin käyttöönoton periaatteet.....	24
7.2.2 Palvelusetelimallin asiakasryhmät.....	25
7.2.3 Palvelusetelin arvon määräytyminen ja asiakkaan omavastuu	26
7.2.4 Palvelun järjestämisen prosessit.....	27
7.2.5 Edellytysten luominen palvelusetelimallille.....	29
7.3 Henkilökohtainen budjetointi vammaispalveluissa	30
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET	31
9 LÄHTEET	33
LIITTEET.....	35



1 LÄHTÖKOHDAT

Kaupunginvaltuusto on linjannut talouden tasapainottamis- ja velkaohjelmassa (Vantaan kaupunki 2012, 5–6), että palvelurakenteita uudistetaan ja palveluja kehitetään. Lisäksi on linjattu, että selvitetään ulkoistamisen, palvelujen ostamisen ja kumppanuuksien käytön laajentamisen mahdollisuudet. Samoin selvitetään palvelusetelien käytön laajentaminen. Kokoavana periaatteena on linjaus, jossa kaupunki kehittää palveluhankintojen osaamistaan sekä monituottajamallia. (Vantaan kaupunki 2013a, 22.)

Vanhus- ja vammaispalvelujen tulosalueella palvelut järjestetään jo nyt ns. monituottajamallia noudattaen. Tällä hetkellä sairaalatoiminta, kotihoidon peruspalvelut sekä vanhainkotien ja palvelutalojen toiminta, vanhus- ja vammaispalvelujen sosiaalityö sekä päivätoiminta toteutetaan pääosin omana toimintana. Kotihoidon tukipalveluissa, vanhusten ja vammaisten asumispalveluissa ja osin laitoshoidossa korostuu ostopalvelujen käyttö. Tavoitteena asumispalveluissa on, että kunta sitoutuu tiloihin, vaikka palveluntuottaja kilpailutetaan. Kehitysvammaisten asumispalveluissa lisätään oman toiminnan osuutta.

Vanhus- ja vammaispalvelujen vuoden 2013 tuloskortilla tavoitteena oli kuvata valinnanvapauden mahdollistava toimintamalli sekä arvioida sen soveltuvuus tulosalueen eri toiminnoissa. Elokuussa 2013 aloitti työskentelynsä työryhmä, jonka tehtävänä oli tuottaa nykytilan kuvaus asiakkaan valinnanvapaudesta vanhus- ja vammaispalveluissa.

Työryhmän kokoonpano:

- vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen, työryhmän puheenjohtaja
- työ- ja päivätoiminnan päällikkö Minna Eronen, vammaispalvelut
- kotihoidon esimies Mia Kundt, vanhusten avopalvelut (10/2013 asti)
- kotihoidon esimies Soile Laakkonen, vanhusten avopalvelut (10/2013 alkaen)
- erityisasiantuntija Kristiina Matikainen, hoiva-asumisen palvelut
- laatukoordinaattori Hannele Nyfors, hoiva-asumisen palvelut
- sairaanhoitaja Marjut Tuomela, sairaalapalvelut
- osastonhoitaja Minna Valtiala (12/2013 alkaen)
- osastonhoitaja Pia Volmanen, sairaalapalvelut (11/2013 asti)
- erityisasiantuntija Marja Uusitalo, johdon tuki, työryhmän sihteeri
- lisäksi työskentelyyn on osallistunut ja raporttia on kirjoittanut konsultti Kim Sandlund

Aluksi raportissa kuvataan asiakkaan valinnanvapauden lisäämisen lainsäädännöllinen ja strateginen perusta sekä se, mitä valinnanvapaus tarkoittaa ja miksi sitä kannattaa lisätä. Raportissa kuvataan asiakkaan valinnanvapauden nykytilanne vanhus- ja vammaispalveluissa sekä kuvataan, minkälaisia kokemuksia asiasta on Ruotsissa ja Iso-Britanniassa. Raportissa on kuvattu tavoitella, miten asiakkaan valinnanvapautta on mahdollista lisätä hoiva-asumisessa, kotihoidossa sekä vammaispalveluissa. Raportissa kuvataan valinnanvapausmallin käyttöönoton periaatteet, asiakasryhmät, palvelujen järjestämisen prosessit, asiakasmaksujen rakenne ja perusteet sekä edellytykset valinnanvapauden lisäämiselle. Raportin lopuksi esitetään toimenpideehdotukset, miten asiakkaan valinnanvapautta on mahdollista lisätä vanhus- ja vammaispalveluissa sekä mitkä asiat on ratkaistava ennen tätä.



2 VALINNANVAPAUDEN NORMI- JA POLI-TIIKKAPERUSTA

2.1 Lainsäädäntö

Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Sairaanhoidopiirit järjestävät erikoissairaanhoidon. Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidoista keskitetään valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Kuntien järjestämisvastuusta säädetään sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa laeissa sekä laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992). Tämän mukaisesti kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät eri tavoin:

- hoitamalla toiminnan itse
- sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa
- olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä
- hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta
- antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti

Terveydenhuoltolain (1326/2010) myötä kansalaisten valinnanvapaus on lisääntynyt niin hoitopaikan kuin hoitohenkilöstönkin suhteen. Kiireettömän hoidon hoitopaikan osalta asiakas/potilas voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman lain 2 ja 3 luvussa tarkoitettujen palvelujen saamiseksi. Valinnasta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä hoitovastuussa olevan kunnan että valitun kunnan terveyskeskukselle. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle/terveyskeskukseen viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveysasemaan/keskukseen ja valinnan voi tehdä uudestaan aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Valinta ei koske kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa, pitkäaikaista laitoshoidoa eikä kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää kotisairaanhoitoa oman alueensa ulkopuolelle. Asiakkaalla/potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. (Laki 1326/2010.)

Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että asiakas/potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, asiakas/potilas voi valita hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. (Laki 1326/2010.)

Jos asiakas/potilas asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta. Tällöin asiakkaan/potilaan on tehtävä ilmoitus valinnastaan siten kuin laissa säädetään. (Laki 1326/2010.)

Sosiaalihuoltolakiin (710/1982) lisättiin vuonna 2003 pykälät, jotka mahdollistavat palvelusetelin käytön. Lain (710/1982) 29 §:n mukaan kunta päättää niistä sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksista, joiden järjestämisessä käytetään palveluseteliä lain 733/1992 mukaisesti. Asiakkaan mielipide tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan



huomioon silloin, kun kunnassa käytetään palveluseteliä asiakkaan tarvitseman palvelun järjestämiseen. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä. Tällöin kunnan tulee ohjata hänet kunnan muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin. (Laki 569/2009.) Hankittaessa palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta, kunnan tai kuntayhtymän on varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta (Laki 733/1992).

Sosiaalihuoltolakia ollaan uudistamassa. Uuden lain on tarkoitus tulla voimaan vaiheittain vuonna 2015.

Hallituspuolueet sopivat 23.3.2014 yhdessä oppositiopuolueiden kanssa sosiaali- ja terveystalokujen uudistuksesta. Tarkoitus on järjestää kaikki sote-palvelut viiden vahvan alueellisen järjestäjän toimesta. Kuntien rooli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjänä tulee merkittävästi muuttumaan/poistumaan. Tämän tulevan muutoksen vaikutuksia ei ole huomioitu tämän raportin laadinnassa.

2.2 Strateginen perusta

Vantaan kaupungin strategia on laadittu valtuustokaudeksi 2013–2016.

Strategiset painopistealueet ja niiden päämäärät

ARVOT Innovatiivisuus | Kestävä kehitys | Yhteisöllisyys

Läpinäkyvyys toiminnassa

Kaupungin elinvoima vahvistuu

- Elinkeino- ja työllisyyspolitiikka uudistuvat
- Vetovoimaisuus kasvaa
- Asukkaiden turvallisuus vahvistuu
- Tulevaisuutta rakennetaan yhteistyössä
- Asukkaiden koulutustaso nousee
- Metropolialueen ratkaisut tukevat kaupungin kilpailukykyä

Kaupunkirakenne eheytyy

- Tiivis kaupunkirakenne ja kehittyvä joukkoliikenne
- Turvalliset ja kehittyvät keskukset
- Investointiohjelma toteutetaan suunnitelmallisesti
- Laadukas ja kohtuuhintainen asuntorakentaminen

Kaupungin talous tasapainossa

- TVO:n toteuttaminen
- Velkaantumiskehitys hallintaan
- Tulopohjan vahvistaminen
- Kumppanuuksien hyödyntäminen

Visio 2025

Vakavarainen Vantaa on kansainvälinen kestävä kasvun keskus, jossa kaupunkia ja palvelujen laatua kehitetään yhdessä asukkaiden kanssa. Vantaa on asukkaille turvallinen kotikaupunki, yrityksille Suomen paras kumppani ja työntekijöille maan parhaiten johdettu kaupunki.

Palvelut uudistuvat

- Ennalta ehkäisy ja oman elämän hallinta
- Kuntalaisten osallistuminen palvelujen kehittämiseen
- Laadukkaat ja kustannustehokkaat palvelut
- Monituottajamallin käyttöönotto
- Sähköisten palvelujen lisääminen

Muutosta toteutetaan johtamisen kautta

- Tuloksellinen johtaminen ja esimiestyö
- Henkilöstön sitoutuminen ja osaavan työvoiman varmistaminen

KUVA 1. Strategiset painopistealueet ja niiden päämäärät (Vantaan kaupunki 2013b, 4)

Vantaan strategian 2013–2016 mukaisesti "Vantaa paneutuu erilaisiin palvelujen järjestämistapoihin, monituottajamalliin sekä palveluntuottajien kanssa tehtävään yhteistyöhön. Monituottajamallilla tarkoitetaan palvelujen tuotantomallia, jossa kaupungin omaa palvelutuotantoa täydennetään yritysten, kolmannen sektorin ja yhteiskunnallisten yritysten palvelutuotannolla. Valtuuston asettaman sitovan tavoitteen mukaisesti vuonna 2013 valmistellaan kaupunkitasoinen palvelustrategia. Monituottajuutta laajennettaessa on pohdittava, miten järjestämistapoja tulee hioa, jotta ne parhaiten palvelevat vantaalaisia, Vantaata ja alueen elinkei-

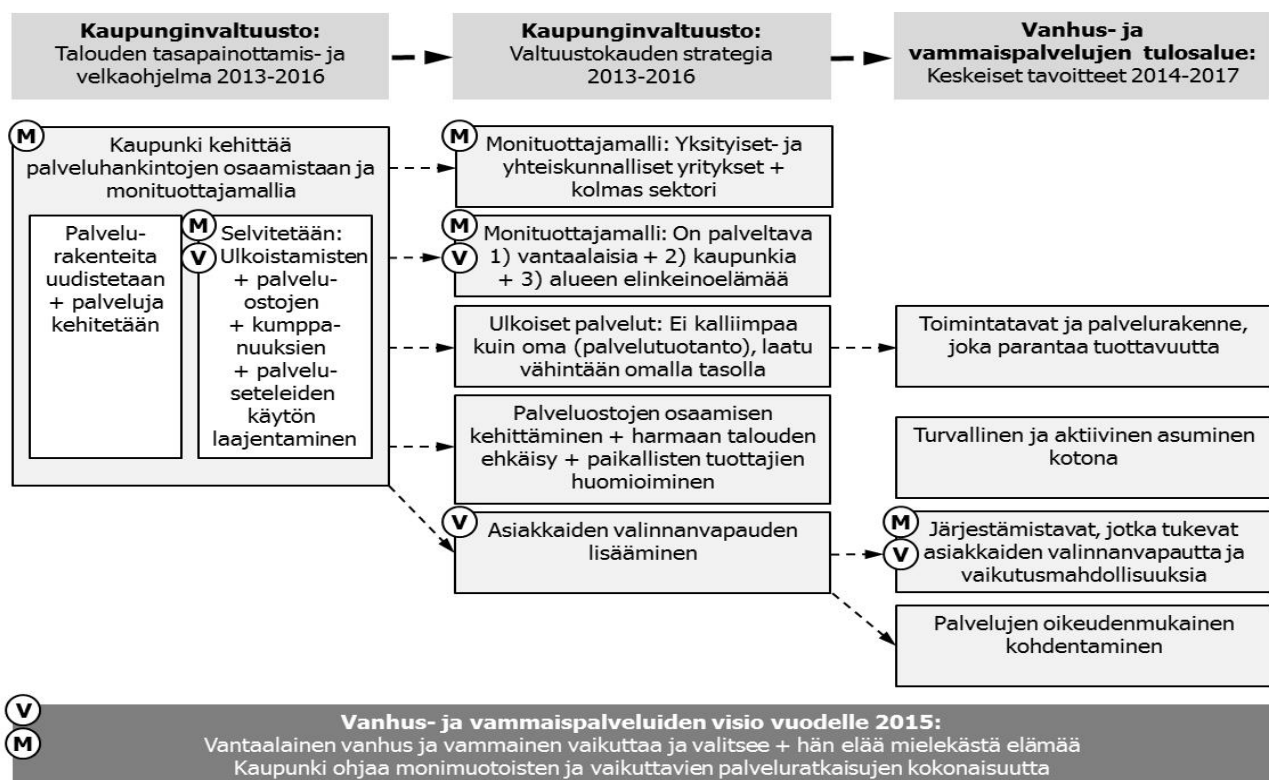


noelämää. Lisäksi palvelujen ei tule olla kalliimpia kuin kaupungin itse tuottamien palvelujen ja laadun tulee olla vähintään samalla tasolla; ulkoistaminen arvioidaan tapauskohtaisesti. Vantaan kaupungin hankintaprosessien kehittämisen yhteydessä huomioidaan palvelujen ostamisen osaamisen kehittäminen ja harmaan talouden ehkäisy. Paikalliset toimijat otetaan huomioon hankintalainsäädännön ja Vantaan kaupungin hankintaohjeiden puitteissa.” (Vantaan kaupunki 2013b, 10.)

Vantaan strategian 2013–2016 mukaisesti kaupungin keskeinen strateginen linjaus on asiakkaiden omien valinnanmahdollisuuksien lisääminen. Lisäämällä asiakkaiden valinnanvapautta, on mahdollista saada palvelut vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita. Lainsäädännössä tapahtuneet uudistukset ovat jo lisänneet kuntalaisten oikeutta palvelujensa valinnassa. Palveluseteli on yksi keino lisätä asiakkaiden valinnanvapautta. Se on myös keino uudistaa palvelurakennetta ja palvelujen saatavuutta, monipuolistaa palvelutuotantoa ja hankintatapoja sekä edistää kunnan, elinkeinotoimen ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. (Vantaan kaupunki 2013b, 10.)

Vanhus- ja vammaispalvelujen visio vuoteen 2015 on:

- Vantaalainen vanhus ja vammainen vaikuttaa ja valitsee. Hän elää mielekästä elämää.
- Ohjaamme monimuotoisten ja vaikuttavien palveluratkaisujen kokonaisuutta.



KUVA 2. Valinnanvapaus (V) ja kilpailu monituottajamallin muodossa (M) Vantaan kaupungin linjaamissa toimintaperiaatteissa



3 MITÄ VALINNANVAPAAUS TARKOITTAÄ?

Asiakkaan valinta tai asiakkaan valinnanvapaus tarkoittaa julkisten palvelujen yhteydessä asiakkaan tai potilaan mahdollisuutta tehdä valintoja koskien sitä julkista palvelua, jota hän on oikeutettu saamaan. Tässä raportissa käytetään edellä mainittujen tilanteiden yhteyksissä käsitteitä valinta ja valinnanvapaus rinnakkain. Myös nimikkeitä asiakas, palvelunkäyttäjä ja potilas käytetään raportissa rinnakkain.

Valinnanvapaus on käsitteenä moniulotteinen, sillä se voi julkisissa palveluissa olla kytköksissä ainakin seuraaviin ulottuvuuksiin; palvelun tuottaja, henkilö, sisältö, kanava ja ajankohta. *Palvelun tuottaja* tarkoittaa asiakkaan valintaa siitä, missä palveluyksikössä julkisesti rahoitettu palvelu tuotetaan ja minkä tuottajan toimesta. Tähän liittyy esim. sairaalan, terveysaseman tai muun hyvinvointipalveluyksikön valinta. Toimipiste voi olla joko julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan ylläpitämä ja omistama. Tähän yhdistyy myös *henkilö*, eli julkista palvelua tuottavan ammattilaisen valinta asiakkaan toimesta (yleislääkärin tai perhelääkärin valinta, jatkohoitoa tarjoavan erikoislääkärin valinta, omahoitajan, kodinhoitajan tai kuntoutusterapeutin valinta). *Sisältö* tarkoittaa asiakkaan tekemää valintaa eri julkisten palveluvaihtoehtojen välillä, kuten hoitomenetelmän tai palvelukategorian valintaa. *Kanava* taas tarkoittaa asiakkaan valitsemaa toimitus- tai viestintäkanavaa julkiselle palvelulle. Lähtökohta on yleensä tapaaminen tuottajan toimipisteessä tai muussa paikassa, mutta yhä suosittumia vaihtoehtoja ovat mm. puhelinkonsultaatiot, reaaliaikaiset verkkokeskustelut tai sähköpostiviestit. *Ajankohta* viittaa asiakkaan valitsemaan hetkeen, jolloin hänelle tarjotaan palvelua (lääkäri- tai hoitaja-ajan valinta, leikkauspäivämäärän valinta tai ajankohdan valinta palvelutaloon muuttamiselle). (Le Grand 2007, 39–40.)



KUVA 3. Asiakkaan valinnanvapauden ulottuvuuksia julkisissa palveluissa

Keskeinen asia valinnanvapaudessa on myös se, *kuka* kyseessä olevan valinnan tekee. Valinnan tekijä voi olla palvelunkäyttäjä itse, palvelunkäyttäjän omainen tai sukulainen, palvelun käyttäjälle nimetty henkilökohdainen edustaja tai jokin julkisen sektorin edustaja. Asiakkaiden valinnanvapauten julkisissa palveluissa keskeinen keskustelu ja kehittämistyö liittyvät kuitenkin pääosin tuottajan valintaan ja joko asiakkaan itsensä ja/tai hänen perheensä tekemään valintaan. (Le Grand 2007, 40–41.) Tässä raportissa keskitytään näihin valinnanvapauden ulottuvuuksiin.

Asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia voidaan lisätä palvelusetelin avulla. Palvelusetelillä tarkoitetaan "järjestämisvastuussa olevan kunnan sosiaali- ja terveyspalvelun saajalle myöntämää sitoumusta korvata palvelujen tuottajan antaman palvelun kustannukset kunnan ennalta määräämään arvoon asti" (Laki 569/2009). Kunta/kuntayhtymä voi käyttää järjestämisään sosiaali- ja terveyspalveluissa palveluseteliä. Tällöin määriteltyjen palveluiden tuottamisesta vastaavat kunnan hyväksymät yksityiset palvelun tuottajat. Palvelusetelijärjestelmässä kunta arvioi asiakkaan palvelutarpeen. Kunta myöntää palvelusetelin sekä sitoutuu maksamaan asiakkaan hankkimat palvelut palvelusetelin arvoon asti. (Sitra 2011, 8.) Kunta päättää minkä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä se käyttää palveluseteliä. Kunta myös hyväksyy ne yksityiset



palvelujen tuottajat, joiden antamien palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää kunnan myöntämää palveluseteliä. Kunta pitää luetteloja hyväksymistään palvelujen tuottajista. (Laki 569/2009.) Maksuvälineenä palveluseteli ei tarkoita pelkästään painettua palveluseteliä, vaan palvelusetelinä voi toimia myös esimerkiksi sähköinen kortti tai viranomaispaatos. (Sitra 2011, 8.)

Asiakkaan valinnanvapautta voidaan lisätä myös henkilökohtaisen budjetoinnin avulla. Henkilökohtainen budjetti (personal budget, individual budget) on määritelmän mukaan määräraha, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelu- tai hoitosuunnitelman toteuttamiseen ja sen suuruus on aina asiakaskohtainen. Asiakas voi tehdä suunnitelmansa itse tai ulkopuolisten tahojen avustamana. (Paasovaara ym. 2012, 23.) Henkilökohtaista budjetointia on tutkittu budjetin käyttäjien, työntekijöiden ja palvelumarkkinoiden näkökulmista. Keskeiseksi myönteiseksi vaikutukseksi on noussut budjetin käyttäjien tyytyväisyyden lisääntyminen. Näyttää siltä, että yksilölliset tarpeet ja toiveet täyttyvät paremmin henkilökohtaisessa budjetoinnissa kuin perinteisellä tavalla järjestettynä. (Hatton & Waters 2011, 20–23). Joidenkin tutkimusten mukaan henkilökohtainen budjetointi voi säästää 10–40 % perinteiseen järjestämistapaan verrattuna palvelusta riippuen. Esimerkiksi pitkäaikaiset hoivapalvelut henkilöiden itse ostamana tulevat huomattavasti edullisemmiksi kuin kunnan tuottamana palveluna. (Alakeson 2010, 4).

4 MIKSI VALINNANVAPAUTTA KANNATTAA LISÄTÄ?

Le Grandin mukaan julkisten palvelujärjestelmien, kuten terveydenhuoltojärjestelmien, ohjaus voidaan ryhmitellä neljän eri mallin mukaisesti. Perinteisiä ja viime aikoihin asti eniten käytettyjä ovat ns. luottamusmalli (Trust Model), ns. määrää ja valvo -malli (Command and Control Model) sekä ns. äänimalli (Voice Model). Luottamusmallissa terveydenhuollon ammattilaisten ja johtajien uskotaan tietävän parhaiten mitä potilaat ja asiakkaat tarvitsevat, ja myös tarjoavan näille korkealaatuisia palveluja ilman julkisten toimijoiden tai muiden osapuolten väliintuloa. Määrää ja valvo -mallissa ylempi hallinto asettaa tavoitteet tuottajille ja palkitsee näitä tavoitteiden saavuttamisesta ja asettaa sanktioita muutoin. Äänimallissa palvelunkäyttäjät voivat esittää tyytymättömyytensä tai tyytyväisyytensä suoraan palvelujen tuottajille tai järjestäjille joko itse, edustajien tai muiden välineiden kautta. Myös demokraattiseen päätöksentekoon vaikuttaminen äänestämällä kuuluu tähän malliin. Kussakin edellä kuvatussa kolmessa mallissa on tiettyjä etuja, mutta niissä kaikissa on todettu merkittäviä käytännön ongelmia. Mallien etuja ja haittoja on koottu kuvaan 4. (Le Grand 2009, 479–481.) Perinteinen julkisten palvelujen järjestäminen Suomessa sisältää usein kaikkia yllä olevia elementtejä.

Valinta ja kilpailu -malli on Le Grandin määrittelemä neljäs ohjausmalli julkiselle palvelujärjestelmälle. Mallin nimessä oleva valinta -sana viittaa asiakkaiden valintoihin esim. julkisissa terveyspalveluissa, tarkemmin ottaen asiakkaiden itsensä tekemiin tuottajavalintoihin. Kilpailu -sana taas viittaa julkisia palveluja tarjoavien (ml. yksityisten) tuottajien väliseen kilpailuun asiakkaista, jotka ovat valinnanvapauden piirissä. Kilpailutilanteen syntyminen ja ylläpitäminen edellyttää vähintään kahta vaihtoehtoista tuottajaa, ja tuottajalukumäärän kasvaminen lisää samalla niiden välistä kilpailua. Tuottajia voivat olla niin yksityiset yritykset, henkilöyhtiöt, osuuskunnat, yhteiskunnalliset yritykset, yleishyödylliset tai voittoa tavoittelemattomat yhteisöt tai julkisen sektorin eri tuottajayhteisöt. Olennaisinta ei ole mitä tuottajatyyppejä kussakin tilanteessa on edustettuna, vaan se, että tuottajat aidosti kilpailevat keskenään valinnanvapauden piirissä olevista asiakkaista. Valinta ja kilpailu -mallin kolmas lähtökohta ja samalla edellytys on se, että palvelujärjestelmään sovelletaan ns. näennäismarkkinoita. Tässä yhteydessä näennäismarkkinat tarkoittavat sitä, että palvelut ovat julkisesti rahoitettuja, mutta rahat seuraavat yksittäisiä asiakkaita ja näiden tekemiä tuottajavalintoja. Asiakkaat eivät siis itse maksa palveluistaan (lukuun ottamatta normaaleja asiakasmaksuja), mikä erottaa näennäismarkkinat nor-



maalista markkinatilanteesta. Keskeistä näennäismarkkinamallissa on asiakkaiden välinen taloudellinen tasa-arvo, siis se että asiakkaan tekemät valinnat eivät ole sidoksissa hänen henkilökohtaiseen tulotasoon eikä varallisuuteen. (Le Grand 2007, 39–42.)

Valinta ja kilpailu -mallia puoltaa Le Grandin mukaan neljä seikkaa; asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja asiakastarpeiden parempi huomioiminen, tuottajien kannustaminen tarjoamaan parempaa laatua, tuottajien kannustaminen toimimaan tehokkaammin sekä suurempi asiakkaiden välinen oikeudenmukaisuus verrattuna muihin malleihin. On myös tilanteita, joissa mallin käyttö voi olla ongelmallista. Esimerkiksi tietyissä terveyspalveluissa, kuten äkillisessä hoidossa tai vakavasti sairastuneiden hoidossa, ensisijaista ei ole potilaiden valinnanvapaus, vaan hoitoon pääsy. Valinnanvapaus saattaa soveltua huonosti myös sellaisille asiakas- tai potilasryhmille, jotka ovat vaikeasti määriteltävissä olevia, joille ei löydy palvelumarkkinoita, tai joille valintojen tekeminen ei ole mahdollista edes omaisten turvin. (Le Grand 2007, 42, 98–99.)

<p>Luottamusmalli:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Ei vaadi paljoa valvontaa eikä sääntelyä. + Alan ammattilaiset suosivat tätä mallia: Nostaa työmoraalia (ja tuottavuuttakin?). - Oletus: Tuottajat/ammattilaiset ovat täysin asiakas-/potilaskeskeisiä ja epäitsekkeitä toimijoita, jotka eivät lainkaan tavoittele omia etuja. 	<p>Määrää ja valvo -malli:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Saattaa toimia lyhyellä aikavälillä. + Asetetut tavoitteet saavutetaan usein, ja myös tavoitellussa ajassa. - Aiheuttaa usein ongelmia pidemmällä aikavälillä. - Heikentää ammattilaisten itsenäisyyttä, ja siten myös ammattiyhdytystä ja työmoraalia. - Saattaa vääristää tuottajien/ammattilaisten prioriteetteja ja lisätä opportunismia näiden keskuudessa.
<p>Äänimalli:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Huomioi suoraan asiakkaiden/potilaiden ilmaisemia tarpeita ja toivomuksia. + Palaute on usein arvokasta tietoa joka auttaa toiminnan kehittämisessä. - Asiakkaiden/potilaiden kielteinen palaute tai valitukset eivät välttämättä auta, jos muita vaihtoehtoja (valinnanvapautta) ei tarjota, tai ei riittävässä määrin. - Asiakkaiden/potilaiden kielteinen palaute tai valitukset saatetaan jättää tahallaan huomioimatta. - Epätasa-arvo: Hyväosaiset asiakkaat/potilaat ovat paremmassa asemassa kuin huono-osaiset. 	<p>Valinta ja kilpailu -malli:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Asiakkaiden/potilaiden itsemääräämisoikeus toteutuu ja asiakastarpeita huomioidaan paremmin. + Tuottajien kannustaminen tarjoamaan parempaa laatua. + Tuottajien kannustaminen toimimaan tehokkaammin. + Suurempi asiakkaiden/potilaiden välinen tasa-arvo verrattuna muihin malleihin. - Asiakkaiden/potilaiden valinnanvapaus ei sovellu kaikkiin (terveys)palveluihin. - Asiakkaiden/potilaiden valinnanvapaus ei sovellu kaikille asiakas-/potilasryhmille.

KUVA 4. Julkisten palvelujärjestelmien luokittelu neljään eri malliin (Le Grand 2009, 479–483)

Asiakkaiden mahdollisuus ilmaista omia mielipiteitään ja toivomuksiaan tarkoittaa heidän kannalta myös tiettyä itsemääräämisoikeutta. Mahdollisuus valita itselleen sopivin tai mieluisin tuottaja on osa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta julkisissa palveluissa. Näiden vastakohtia ovat esim. tilanteet, joissa asiakkaat ovat tyytymättömiä palveluntuottajiinsa tai heitä palveleviin tai hoitaviin ammattilaisiin, mutta heillä ei ole mahdollisuuksia vaihtaa toiseen. Valinta ja kilpailu -malliin kuuluva valinnanvapaus mahdollistaa näin ollen asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisen ja asiakastarpeiden paremman huomioimisen. (Le Grand 2007, 42–43.)

Asiakkaiden tekemien valintojen yhdistäminen tuottajien väliseen kilpailuun luo keskinäistä lisäarvoa, joka jakautuu molemmille osapuolille. Valinta ja kilpailu -mallissa asiakkaiden tuottajavalinnat kannustavat tuottajia tarjoamaan parempaa laatua – tehokkaasti ja asiakkaita huomioivilla tavoilla. Tyytymättömät asiakkaat vaihtavat toisiin tuottajiin, ja tuottajat pyrkivät luonnollisesti välttämään tällaisten tilanteiden syntymistä. Parhaimmat tuottajat sen sijaan hyötyvät, kun heidän asiakasmääränsä ja siten liikevaihtonsa ja tuloksensa kasvavat. Samoin hyötyvät parempiin tuottajiin vaihtavat asiakkaat, jotka saavat aiempaa laadukkaampia ja



omiin tarpeisiinsa sopivampia palveluja. Tarjottujen palvelujen laadukkuus ja toimintojen tehokkuus hyödyttävät siis sekä asiakkaita että tuottajia. Heikoimpien tuottajien on kuitenkin pakko parantaa laatuaan ja tehostaa toimintatapojaan, muutoin niiden on luovuttava toiminnoistaan. Kilpailutilanne kannustaa kaikkia tuottajia parantamaan suorituksiaan, mikä koituu koko palvelujärjestelmän hyödyksi. (Le Grand 2007, 43–44.)

Jos valintamahdollisuuksia ei ole, julkisessa palvelujärjestelmässä toimivat tuottajat ja ammattilaiset ovat monopoliasemassa suhteessa asiakkaisiinsa. Näissä tilanteissa asiakkaat eivät pysty vaihtamaan tuottajaa tai ammattilaista. He voivat vain käyttää omaa ääntään, eli ilmaista tyytymättömyyttään tai valittaa joko palvelun tuottajalle tai sen järjestäjälle. Tämä suosii hyväosaisia asiakkaita, jotka ovat tottuneita vaatimaan hyvää palvelua ja laatua, sekä valittamaan ongelmatilanteissa. Huono-osaiset asiakkaat taas tyytyvät yleensä tilanteeseensa. Tämä asetelma luo epätasa-arvoa heidän ja hyväosaisten asiakkaiden välille. Lisäksi, asiakkaiden valintamahdollisuuksien puuttuminen tarjoaa tuottajille vain vähän kannusteita toimintojen parantamiseksi (ellei palvelujärjestelmässä ole riittäviä määriä ja valvo -mallin mekanismeja). Asiakkaiden tekemien tuottajavalintojen (valinnanvapauden) ja tuottajamäärien lisäämisen (kilpailun) yhdistäminen palvelujärjestelmää ohjaavaan malliin vahvistaa asiakkaiden äänen asemaa. Tällöin tuottajat kuuntelevat asiakkaitaan ja heidän tarpeitaan aiempaa herkemmin, minkä seurauksena asiakkaiden asema korostuu ja asiakaslähtöisyys kasvaa. Ja tässä valinta ja kilpailu -mallissa asiakkaiden ei enää tarvitse ilmaista tyytymättömyyttään tai tehdä valituksia, käyttää ääntään, vaan he voivat suoraan vaihtaa vaihtoehtoiksi tullessiin uusiin tuottajiin. Tämä pätee yhtä lailla hyvä- ja huono-osaisiin asiakkaisiin, eli tasa-arvo asiakkaiden välillä toteutuu tältä osin. (Le Grand 2007, s. 43–44.)

Toimiakseen toivotulla tavalla, valinta ja kilpailu -malli vaatii muutamien ehtojen täyttymistä. Ensiksi siinä pitää toteutua sekä asiakkaiden valinnat että tuottajien välinen kilpailu. Ilman kilpailua tuottajilla ei ole kannusteita parantaa laatua ja ilman valintoja ei synny riittävästi kilpailua tuottajien kesken. Tämän lisäksi malli vaatii riittävän paljon kilpailua tuottajien välillä, riittävän paljon ja oikeanlaista tietoa asiakkaille heidän valintojensa tueksi ja ns. valikoinnin välttämistä tuottajien keskuudessa. (Le Grand 2007, 44–45, 105.)



KUVA 5. Valinta- ja kilpailu -mallin pääkohdat ja edellytykset (Le Grand 2009, 479–488)

"Riittävän paljon kilpailua" tarkoittaa valinta ja kilpailu -mallissa riittävää lukumäärää tuottajia – joko olemassa olevia tai potentiaalisia tuottajia – muuten asiakkaiden valinnanvapaus ei voi toteutua. Myös markkinoille tuleminen kynnyksen on oltava riittävän alhainen, jotta uusia tuottajia saadaan mukaan ja kilpailuasetelma pääsee muodostumaan. Tärkeää on myös se, että heikosti menestyvät tuottajat pystyvät poistumaan markkinoilta. Lisäksi mallissa on oltava mekanismeja, jotka estävät olemassa olevia tuottajia ryhtymästä kilpailua rajoittaviin toimiin – kuten muodostamasta asiakkaiden etujen vastaisia yhteenliittymiä hintojensa nostami-



seksi, jakamasta markkinoita keskenään tai luomasta paikallisia tai kansallisia tuottajamonopoleja. Tuottajia ja kilpailuasioita valvovan tahon tulisi olla riippumaton julkinen toimija, jonka toiminta määritellään selkeillä säännöillä pikemmin kuin poliittisella ohjauksella. Tiivistetysti sanottuna, valinta ja kilpailu -mallissa kilpailun on oltava aitoa. (Le Grand 2009, 485–486.)

Jotta valinnanvapaus voisi toteutua tavoitellulla tavalla, valinta ja kilpailu -mallin pitää pohjautua asiakkaiden käsityksiin tuottajien laadusta ja siitä, miten tuottajat huomioivat asiakkaiden palvelutarpeita. Vastaavasti tuottajilla pitää olla oikeanlaiset käsitykset asiakkaista ja näiden tarpeista. Riittävä ja oikeanlainen tieto asiakkailla ja asiakkaista on tässä avainasemassa. Samalla se on haaste, koska terveydenhuollossa tieto on usein teknistä, moniselitteistä ja hankalasti ymmärrettävää, ei pelkästään asiakkaille vaan jopa alan ammattilaisille. Ja palveluissa taas tietoa on yleensä vaikeaa määrittellä, mitata ja ilmaista luotettavalla tavalla. On kuitenkin tutkimustuloksia, joiden mukaan tuottajat käyttävät terveydenhuoltojärjestelmän julkistamia palvelu- ja asiakastutkimuksia parantaakseen toimintojaan (etenkin tutkittuja toimintoja). Riittävän ja oikeanlaisen tiedon kulkua asiakkaille päin voi edistää eri keinoin, esimerkiksi tarjoamalla heille hoito- tai palveluneuvojen palveluja. (Le Grand 2009, 486–487.)

Tuottajien mahdollisesti harjoittama ns. valikointi on uhka valinta ja kilpailu -mallin toiminnalle. Näissä tapauksissa valinnat kääntyvät pääläelleen, kun tuottajat pääsevät valitsemaan asiakkaitaan eikä toisinpäin. Silloin tuottajat pyrkivät valitsemaan joko maksukykyisimpiä asiakkaita tai alhaisimpien riski-/kustannusprofiilien asiakkaita. Yksi keino valikoinnin estämiseksi, on ottaa käyttöön korvausmekanismeja, jotka korvaavat tuottajille ulkopuolisten tekijöiden aiheuttamista lisäkustannuksista. Toinen keino on pakottaa tuottajia hyväksymään kaikki heille osoitetut ja/tai heistä kiinnostuneet asiakkaat. Kolmas keino estää valikointia on soveltaa riskipainotettuja korvaustasoja, kun tuottajille maksetaan määrätynlaisista mutta toisistaan eroavista suorituksista. Tätä ”maksu tuloksista” käytetäänkin eri yhteyksissä, mutta riskien arviointi ja hinnoittelu on käytännössä vaikeaa ja malleihin jää aina jonkin verran epäkohtia. (Le Grand 2009, 487.)

5 VALINNANVAPAUDEN NYKYTILA VANHUS- JA VAMMAISPALVELUISSA

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukainen vapaus valita, miltä kuntansa terveysasemalta kiireettömät terveydenhuollon palvelut asiakas saa, on ollut mahdollista 1.5.2011 alkaen. Kiireettömän hoitopaikan valinnanvapaus on laajentunut 1.1.2014 alkaen siten, että henkilö voi valita terveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveysaseman yli kuntarajojen. Valinnanvapaus koskee myös kunnallista erikoissairaanhoidon yksikköä.

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on määrätty valinta-oikeuden vähimmäistaso ja kunta voi halutessaan antaa laajemman vapauden valita palvelujen välillä. Valinta koskee kaikkia terveysasemalla annettavia palveluja. Valitsemalla terveysaseman muusta kuin kotikunnastaan, valinta kattaa myös suun terveydenhuollon ja neuvolapalvelut sekä lyhytaikaisen perustason sairaalahoidon. Valinnanvapaus ei koske työterveyshuoltoa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa, kotisairaanhoidoa eikä pitkäaikaista laitoshoidoa. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukainen valinnanvapaus ei koske myöskään sosiaalihuollon palveluita.

Asiakkaan valinnanvapaus toteutuu huonosti vanhus- ja vammaispalveluissa. Asiakkaan oman toiveiden kartoittaminen on viime vuosina lisääntynyt, mutta erilaiset palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen liittyvät seikat rajoittavat valinnanmahdollisuuksia. Varsinaisten valinnanvapauden mahdollistavien menetelmien, kuten palveluseteli, käyttö on vähäistä.



5.1 Vanhusten avopalvelut

Vanhusten avopalvelujen toiminta jakaantuu kolmeen kokonaisuuteen; ennaltaehkäisevät palvelut, kotihoito ja palvelutalot. Kotihoito tuotetaan pääosin omana toimintana, ostopalvelujen täydentäessä omaa tuotantoa. Palvelutaloja Vantaalla on seitsemän kunnallista ja kolme tuettua senioritaloa. Kaupungin omia päivätoimintakeskuksia on neljä. Lisäksi avointa päivätoimintaa ostetaan Vanhusten kotiapusäätiöltä.

Kotihoidon peruspalveluissa on asiakkuuskriteerit, jonka perusteella asiakkuus alkaa. Palvelu järjestetään omana tai ostopalveluna. Asiakkaalla ei juuri ole valinnanmahdollisuuksia. Asiakkaan osoite ohjaa mihin kotihoitoon yksikköön asiakas kuuluu.

Kotihoidon tukipalvelut ovat kotona asumisen tueksi tarkoitettuja palveluja. Palvelun myöntäminen perustuu aina yksilölliseen asiakkaan toimintakykyyn ja kokonaistilanteen arviointiin. Tiettyjen tukipalvelujen myöntämisessä sovelletaan varallisuusharkintaa. Palvelut tuotetaan joko kaupungin omana toimintana tai ostopalveluna. Vantaalla kotihoidon tukipalveluna annetaan ateriapalvelu, kylvetyspalvelu, vaatehuoltopalvelu omana toimintana. Ostopalveluna tuotetaan kuljetuspalvelu, turvapalvelu, siivouspalvelu, kauppapalvelu ja asunnon korjauspalvelu. Asiakkaalla ei ole valinnanmahdollisuuksia, koska ostopalvelusopimukset määrittelevät ensisijaisen palveluntuottajan.

Kunnalliset palvelutalot (sekä päivä- että ympärivuorokautiset) ja senioritalot ovat ARA-rahoitettuja, joihin on asiakkuuskriteerit ja varallisuusrajat. Päiväpalvelutalojen osalta asiakkaan toive voidaan kirjata palvelutalohakemukseen. Mikäli asukas haluaa vaihtaa taloa, on sitä haettava uudestaan. Myöskään ympärivuorokautisessa palvelutalotasumisessa asiakkaan valinnanvapaus ei toteudu tarjonnan puutteessa. Asiakkaan toive voidaan kirjata palvelutalohakemukseen. Asiakkaan toive pyritään huomioimaan.

Vanhusten kuntouttavaan päivätoimintaan tullaan läheteellä. Asiakas ohjautuu pääsääntöisesti lähimpään keskukseseen. Asiakkaan on mahdollista valita toinen kaupungin kuntouttavan päivätoiminnan yksikkö, jos hän pystyy järjestämään kuljetuksen valitsemaansa keskukseseen. Asiakas voi vaikuttaa kuntouttavan päivätoimintatapaikan aloitusajankohtaan sekä päivätoimintajakson sisältöön yksilöllisten tavoitteidensa mukaisesti.

Vanhusten sosiaalityössä sosiaalityöntekijät on jaettu alueittain postinumeroiden perusteella. Asiakkaan osoite ohjaa, mille sosiaalityöntekijälle asiakas ohjautuu. Asiakkaalla ei juuri ole valinnanmahdollisuutta.

5.2 Sairaalapalvelut

Sairaalapalvelut vastaa Vantaan perusterveydenhuollon sairaalatoiminnasta. Yksikköön kuuluu seitsemän vuodeosastoa, kaksi akuuttigeriatriasta arviointiosastoa, päiväsairaala ja geriatrinen vastaanotto. Ostopalveluina hankitaan lisäksi lyhytaikaista sairaalahoitoa Kaunialan sairaalasta sekä saattohoitoa Terhokodista.

Vuodeosastohoidon osalta potilas ohjataan läheteellä profiloituneelle osastolle. Sairaalapalveluiden sisäiset siirrot ovat mahdollisia tarvittaessa potilaan tai omaisten toiveesta. Päiväsairaalan hoitajaksoille tullaan läheteellä. Päiväsairaalahoidossa ei potilaalla ole valinnanmahdollisuuksia, koska vastaavaa palvelua ei ole muualla saatavissa. Myös geriatriselle vastaanotolle potilas ohjataan läheteellä.

5.3 Hoiva-asumisen palvelut

Hoiva-asumisen tulosityksikkö järjestää ympärivuorokautista sekä pitkä- että lyhytaikaista aktiivista hoiva-asumista tehostetun asumispalvelun hoiva- ja pienryhmäkodeissa sekä laitoshoidossa. Pitkäaikaista sairaala-



tasoista laitoshoidon ostetaan Kaunialan sairaalasta. Palveluista noin 28 % järjestetään omana toimintana ja 72 % ostopalveluina. Hoiva-asumisen palveluissa laitoshoidon on 26 % ja tehostettua asumispalvelua 74 %.

Lyhytaikaishoitoa järjestetään omissa yksiköissä, kahdella lyhytaikaishoidon osastolla. Omissa yksiköissä asiakkaan on mahdollista valita palvelun tuottava yksikkö itä-länsi -sektorilla, myös ajankohtaan voi vaikuttaa. Omaishoidontuen vapaapäivät voi omaisen pitää kuukausittain tai kerätä päivät pidemmäksi jaksoksi. Lyhytaikaishoitoon on tarjolla myös palveluseteli, jolloin asiakas voi itse valita paikan palveluntuottajista, tosin tarjonta on tällä hetkellä vähäistä. Vaihtoehtona on myös sijaishoitaja kotiin toimeksiantosopimuksella.

Pitkäaikaishoidossa kaikki asiakkaat voivat esittää toiveen hoitopaikan suhteen. Myös paikkasiirtotoiveet huomioidaan. Palvelupäätöksen mukana omaiselle/asukkaalle lähetetään infopaketti, jossa esitellään pitkäaikaisasumisen järjestämisen tavat ja vaihtoehdot. Kirjeessä omaista/asukasta ohjataan käymään tutustumassa palveluntuottajien yksiköihin jo jonossa olon aikana. Asukas voi esittää toiveen palveluntuottajasta, sijaintikunnasta ja asumisyksiköstä. Vantaalla sijaitsevien yksikköjen kapasiteetti on kuitenkin 100 %:ssa käytössä, joten asiakkaan valinnanvapauden toteutuminen on käytännössä epävarmaa. Pitkäaikaishoitoon on tarjolla myös palveluseteli, jolla asiakas voi itse valita paikan tarjolla olevien palvelusetelituottajien keskuudesta. Näitä palveluseteliasiakkaita on noin 25, eli noin kaksi prosenttia toiminnan koko volyymistä. Sen käyttö ei siis ole kovin suosittua. Osasyynä tähän on ollut se, että palvelusetelin käyttö tulee asiakkaalle kalliimmaksi kuin perinteinen palvelu ja vaatii asioiden hoitajalta merkittävää panostusta asioiden hoitamisessa ja paikan hankkimisessa.

Asiakkaan valinnanvapauden toteutumiseksi asiakkaalla pitää olla riittävästi tietoa eri vaihtoehtoista. Tietoa tarvitaan ainakin hoitoyksiköiden sijainnista, paikkatilanteesta ja hoidon laadusta. Tällä hetkellä tietoa on erittäin hankalasti saatavilla tai vertailtavissa eri tuottajien laaduista ja muista vastaavista seikoista.

5.4 Vammaispalvelut

Vammaispalveluissa järjestetään vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaiset palvelut ja taloudelliset tukitoimet. Vammaispalvelujen tulosyksikkö koostuu kolmesta kokonaisuudesta; asumispalveluista, avopalveluista sekä työ- ja päivätoiminnasta.

Vammaispalvelulain mukaisia palveluja ovat kuljetuspalvelu, palveluasuminen, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt ja päivätoiminta. Nämä ovat myös kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvia palveluja, eli ns. subjektiivisia oikeuksia. Lisäksi vammaispalvelulain perusteella järjestetään harkinnanvaraisia palveluja, kuten sopeutumisvalmennusta. Vammaispalveluissa järjestetään myös asiakkaiden toimeentulotuki, sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu, työllistämistä edistävä toiminta sekä sovitun työnjaon mukaan asumispalvelu alle 65-vuotiaille vammaisille kuntalaisille.

Vaikeavammaisten palveluasumisessa asiakkaan vaihtoehtoja ovat oma koti, johon järjestetään tarvittava tuki ja palvelut, kaupungin oma yksikkö tai palveluntuottajan yksikkö. Asiakkaan mielipidettä kysytään, mutta usein määrittävänä tekijänä on asumistarpeen kiireellisyys, ja vähäinen tarjonta heikentää valinnan mahdollisuuksia. Kilpailutuksen myötä on määritetty ostojärjestys, joka määrittää asumispaikan.

Kehitysvammaisten asumispalveluissa asiakkaan vaihtoehtoja ovat oma koti, johon tuotetaan tarvittavat palvelut, kaupungin omat asumisyksiköt tai palveluntuottajan asumisyksiköt. Asiakkaan valinnanmahdollisuudet ovat olleet rajallisia, mutta vaihtoehtoja on tullut lisää oman toiminnan vahvistuttua. Samalla on saatu uudenlaista joustavuutta palveluun, kun asiakkaille on räätälöity palvelut yksilöllisten tukisuunnitelmien perusteella. Palveluohjaus ja yksilölliset suunnitelmat mahdollistavat asukkaan äänen kuulemisen.



Työ- ja päivätoimintaa järjestetään sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuolosta annetun lain perusteella. Palvelut tuotetaan sekä omana toimintana että hankitaan ostopalveluna. Ensimmäisessä asiakkaille tarjotaan omaa toimintaa, mutta mahdollisuutena on myös valita palveluntuottaja. Jos oma toiminta tai ostopalvelu ei kohtaa asiakkaan toiveita ja tarpeita, on henkilökohtainen budjetti (HB) ollut kokeiluluonteisesti vaihtoehtona asiakkaalle. Erityishuoltolain mukaisessa työ- ja päivätoiminnassa käytetään ostopalvelua vain erityistilanteissa. Omassa toiminnassa asiakas saa valita yksikön ja toivoa tiettyä toimintaa ja ryhmää. Joustavuus ja yksilölliset räätälöidyt ratkaisut ovat mahdollisia ja lisääntyneet viime aikoina. Palveluohjauksella ja yksilöllisillä suunnitelmillä on mahdollista lisätä asiakkaan valinnanvapautta.

Vammaisten sosiaalityö järjestetään aluejaon mukaisesti ja kehitysvammaisten palveluohjaus alue- ja ikäjaon perusteella. Työntekijän vaihto on mahdollista perustellusti.

6 KOKEMUKSET RUOTSISSA JA ISO-BRITANNIASSA

Useissa Euroopan maissa on meneillään tai on jo tehty muutoksia ja uudistuksia terveydenhuoltojärjestelmiin. Asiakkaiden valinnanvapauden lisäämisestä on kokemuksia mm. Ruotsissa ja Iso-Britanniassa.

6.1 Ruotsi

Ruotsin kaikki 20 maakäräjäaluetta (landsting) ja yksi kunta vastaavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä omien alueidensa asukkaille. Ruotsin kaikki 290 kuntaa, yhtä lukuun ottamatta, taas vastaavat asukkaidensa sosiaalipalveluista, kuten lasten-, perhe-, vanhus- ja vammaispalveluista. Vaikka kunnat vastaavat mm. vanhuspalveluista ja palveluasumisesta, näiden lääkäripalveluista vastaavat maakäräjäalueet, ellei toisin sovita. (Erhola ym. 2013, 23–26.)

Ruotsissa asiakkaiden ja potilaan valinnanvapautta on lisätty 1990-luvulta lähtien ottamalla käyttöön ns. vårdval-järjestelmä kunnissa ja maakäräjäalueilla. Tavoitteena niissä on ollut paitsi omien asukkaiden valinnanvapauden lisääminen, myös vallan siirtäminen palvelujen tilaajilta palvelujen käyttäjille, palvelujen monipuolistamisen ja palvelutuotannon tehostaminen. (Paasovaara ym. 2012, 9.)

Vuoden 2009 alussa Ruotsissa astui voimaan ns. laki valinnanvapausjärjestelmästä (Lagen om valfrihetssystem, LOV), joka mahdollisti valinnanvapauden terveydenhuollon lisäksi myös eräissä sosiaalipalveluissa, lähinnä koti-, hoiva- ja vammaispalveluissa. Valinnanvapauslailla pyritään edellä mainittujen tavoitteiden lisäksi myös parantamaan palvelujen saatavuutta ja niiden laatua, vahvistamaan asiakkaiden ja tuottajien välisiä suhteita sekä lisäämään tuottajalukumääriä. Kunnat pystyvät täysin itsenäisesti päättämään lain käyttöön otosta ja sen soveltamisalueista palvelukohtaisesti. Lasten ja nuorten ja sosiaalipalvelut on kuitenkin rajattu valinnanvapauslain ja -järjestelmien ulkopuolelle. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012, 8.)

Vuoden 2010 alussa valinnanvapaus perusterveydenhuollossa muuttui maakäräjäalueilla vapaaehtoisesta pakolliseksi (Vårdval i primärvården). Eri maakäräjien välillä on tiettyjä eroja siinä, mitä perusterveydenhuollon hoitoja ne ovat siirtäneet valinnanvapauden piiriin. Erikoissairaanhoidossa valinnanvapauden käyttöönotto on edelleen vapaaehtoista, ja myös sen piiriin tulevat hoidot ovat maakäräjien itsensä päätettävissä. (Erhola ym. 2013, 28.) Valinnanvapausjärjestelmässä sekä julkisia että yksityisiä palveluntuottajia kohdellaan yhdenvertaisesti. Potilas/asiakas tekee valinnan eri palveluntuottajien välillä. Maakäräjät hyväksyy palveluntuotta-



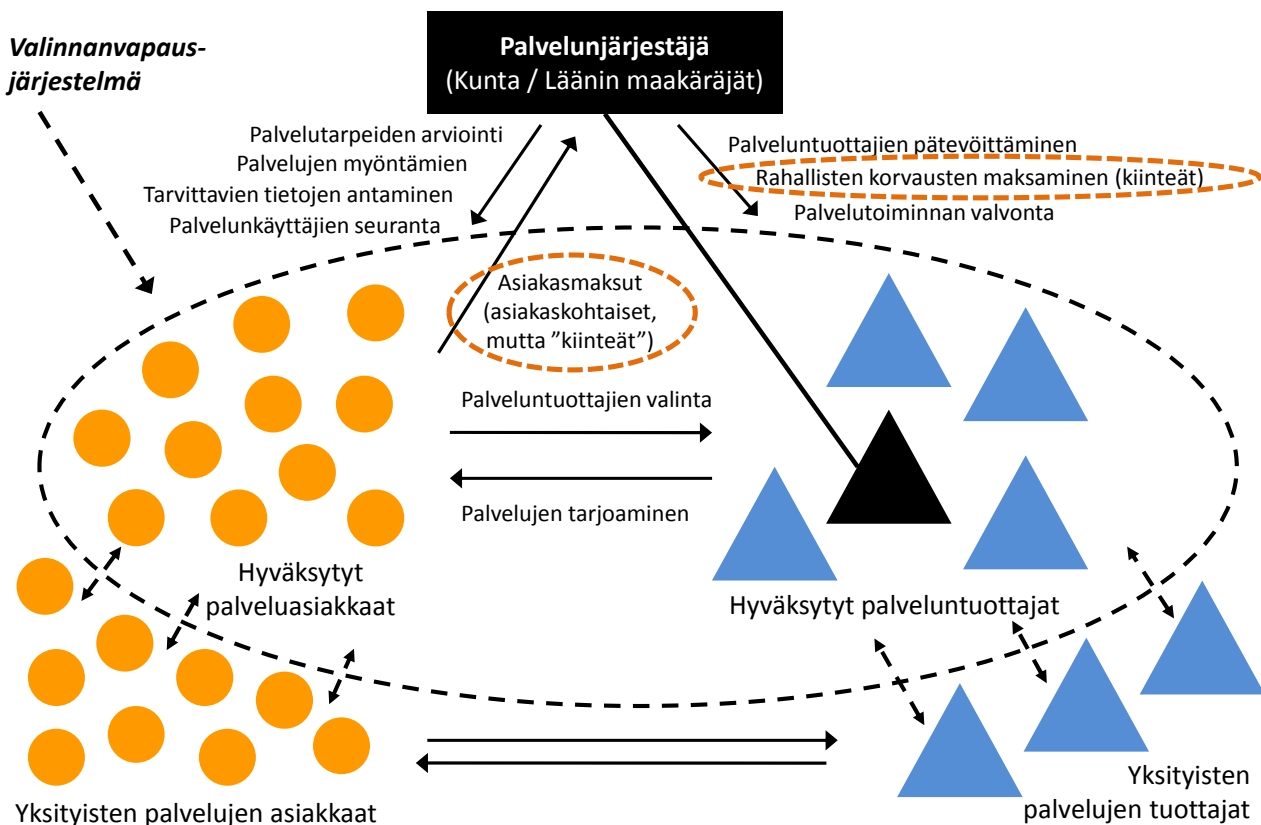
jiksi yksityiset toimijat, jotka täyttävät laatu- ja muut asetetut kriteerit. Maakäräjät myös seuraa palveluiden laatua ja lainmukaisuutta. (Aronkylä 2010, 8.)

Valinnanvapauslaki ja siihen perustuvat palvelujärjestelmät ovat ns. avoimia (kilpailutuksiin perustuvat perinteiset palvelujärjestelmät ovat ns. suljettuja). Toisin sanoen kunnat ja maakäräjäalueet sitoutuvat hyväksymään palvelujärjestelmiin pyrkivät tuottajat neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jossa tuottajia kohdellaan yhdenvertaisesti. Asiakkaat ja potilaat valitsevat itselleen sopivimmat tuottajat hyväksytyjen joukosta. Keskeistä on se, että rahat seuraavat asiakkaita ja potilaita heidän valitsemilleen tuottajille, ja se, että korvaustasot kohteina olevista palveluista ovat samat kaikille tuottajille. (Erhola ym. 2013, 28.) Koska tuottajille maksetut korvaukset ovat kaikille samat, joutuvat ne kilpailemaan keskenään pelkästään palvelujensa laadulla. Tuottajien ja niiden tarjoamien palvelujen laadusta pyritään siten tekemään tärkein tekijä, joka ohjaa asiakkaiden ja potilaiden tekemiä valintoja. Palvelujen järjestäjä tai rahoittaja ei itse ohjaa asiakasvirtoja, vaan yksittäisten tuottajien asiakasmäärät määräytyvät täysin asiakkaiden ja potilaiden tekemien valintojen mukaan. Asiaksmaksut ovat yleensä asiakaskohtaisia, esim. tulosidonnaisia, mutta samat riippumatta siitä, mikä tai mitkä palveluntuottajat valitaan. Kaikki valittavissa olevat palveluntuottajat ovat yksittäiselle asiakkaalle samanhintaisia. Asiakkaat maksavat asiakasmaksunsa kuitenkin kaupungille, eivätkä suoraan palveluntuottajilleen. Valinnanvapausjärjestelmien tuottajat voivat halutessaan tarjota asiakkailleen ja potilailleen järjestelmän tai yksilöllisten palvelupäätösten ulkopuolisia lisäpalveluja. Päätökset näiden hankinnasta ja näiden kustantaminen ovat kokonaan asiakkaiden ja potilaiden vastuulla ja hankintojen on oltava vapaaehtoisia. Hankkimistaan lisäpalveluista asiakkaat maksavat suoraan palveluntuottajille, sillä ne ovat yksityisiä palveluja. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012, 12.)

Maakäräjäalueet ja kunnat päättävät valinnanvapauden piiriin siirrettävien palvelujen lisäksi sen, mitkä ovat palvelujärjestelmien hyväksymiskriteerit tuottajille, ja mitkä ovat korvausmekanismit ja -tasot tuottajille näiden tuottamista palveluista. Terveyspalveluissa väestöpohjaan perustuvat kapitaatiokorvaukset muodostavat yleensä merkittävän osan tuottajien kokonaiskorvauksista. Sosiaalipalveluissa sen sijaan suoritekorvausten osuus on selvästi suurin. (Erhola ym. 2013, 37.) Maakäräjäalueiden ja kuntien valinnanvapauteen liittyvät tarjouspyynnöt ilmoitetaan ja kootaan kansalliseen verkkorekisteriin (www.valfrihetswebben.se), jossa ne ovat esillä kunkin valinnanvapausjärjestelmän koko voimassaolon ajan. Verkkorekisteri toimii samalla portaalina, josta tuottajat voivat etsiä itselleen sopivia palveluja ja -järjestelmiä eri puolilla Ruotsia. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012, 13.)

Valinnanvapausjärjestelmässä kilpailu siirtyy siis palveluhinnoista palvelulaatuun. Toisin kuin ostopalveluissa yleensä, valinnanvapausjärjestelmä ei kuitenkaan takaa yksittäisille tuottajille mitään asiakasmääriä. Ruotsin lainsäädäntö kuitenkin estää julkisia tuottajia tarjoamasta asiakkailleen sellaisia palvelupäätösten ulkopuolisia lisäpalveluja, jotka kilpailisivat suoraan yksityisten palveluntuottajien kanssa. Tämä luo tiettyjä kilpailuetuja valinnanvapausjärjestelmän yksityisille tuottajille, koska ne voivat tarjota asiakkaalle lisäpalveluja asiakkaan kustannuksella. Palvelunjärjestäjän ei tarvitse määritellä sopimuspituuksia valinnanvapausjärjestelmälleen, vaan nämä voivat olla toistaiseksi voimassa olevia. Palvelunjärjestäjät eivät toisaalta pysty rajoittamaan valinnanvapausjärjestelmään hakeutuvien tuottajien lukumäärää. Palvelunjärjestäjien on tarjottava jokin ennalta määrätty tuottajavaihtoehto niille asiakkaille, jotka eivät halua tai pysty valitsemaan itselleen tuottajaa. Palvelunjärjestäjät ovat sitoutuneita antamaan asiakkaille tietoa valinnanvapausjärjestelmän tuottajista ja tiedon on oltava puolueetonta, asianmukaista, vertailtavaa, ymmärrettävää ja helposti saatavissa. (Meagher & Szebehely 2013, 31–32.)

Valinnanvapausjärjestelmässä toimivat tuottajat ovat sitoutuneet toimittamaan niiden toimintaa ja palveluja koskevia tietoja järjestelmien ylläpitäjien toimiville maakäräjäalueille tai kunnille. Nämä tuovat keräämiään tietoja julki joko sellaisenaan tai muokattuna asiakkaiden ja potilaiden valintapäätösten tueksi. Tiedonkeruulla maakäräjäalueet ja kunnat pyrkivät samalla valvomaan sitä, että tuottajien palvelut, toiminta ja näiden laatu täyttävät vapaavalintajärjestelmän asettamia vaatimuksia. (Erhola ym. 2013, 37.)



KUVA 6. Yleiskuvaus Ruotsin valinnanvapausjärjestelmästä (Sandlund 2012)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua seurataan Ruotsissa eri keinoin ja usean tahon toimesta. Käytettävissä on mm. avointa vertailutietoa maakäräjäalueiden terveydenhuollosta ja kuntien sosiaalipalveluista ja alueiden keskinäisistä eroista. Näitä tietoja keräävät ja julkaisevat Sosiaalivaltio yhdessä Ruotsin kunta- ja maakäräjäliiton (Sveriges kommuner och landsting) kanssa. Myös hyvinvointialojen yksityisten palveluntuottajien keskusjärjestö (Vårdföretagarna) kerää ja julkaisee vertailutietoa. Lisääntyneen valinnanvapauden seurauksena Ruotsin valtio perusti vuonna 2011 uuden tutkimuslaitoksen (Vårdanalys), jonka tarkoituksena on tarjota sosiaali- ja terveyspalveluja koskevaa tietoa etenkin niitä käyttäville asiakkaille ja potilaille sekä veronmaksajille. Tällä tavoin pyritään luomaan asiakkaille ja potilaille entistä parempia edellytyksiä tehdä hyviä valintoja, ja sitä kautta edesauttamaan palvelunkäyttäjien ja verorahojen ohjautumista korkealaatuisiin palveluihin. Päätöksen taustalla ovat myös tapauksia, joissa asiakkailta on ollut rajallista tietoa palveluista ja -laadusta, jolloin heidän edellytyksensä tehdä hyviä valintoja ovat heikentyneet. (Erhola ym. 2013, 29–30, 38.)

Kilpailuviraston (Konkurrensverket) vuonna 2012 julkaiseman selvityksen mukaan terveyskeskusten lukumäärä oli valinnanvapausuudistuksen myötä kasvanut 19 %. Tarkastelujakson aikana 267 uutta terveyskeskusta oli aloittanut toimintansa ja 77 olemassa olevaa oli lakkautettu. Vuoden 2012 alussa Ruotsissa perusterveydenhuollon tuottajien lukumäärä oli kasvanut 247:ään, josta 22 oli julkisia toimijoita. Karolinska Institutetin tutkimusten mukaan Tukholman alueen perusterveydenhuollon kustannukset nousivat hieman vuosina 2006–2010, mutta kasvaneeseen väkilukuun suhteutettuna ne laskivat. Tällä ajanjaksolla perusterveydenhuollon käyntimäärät kasvoivat selvästi ja sen tuottavuus parani. Terveyspalvelutuotantoa oli tietyssä määrin siirtynyt Tukholman ylempien tuloluokkien alueille eli lähemmäs keskikaupunkia, mutta samalla palvelujen käyttö oli kuitenkin kasvanut alempien tuloluokkien alueilla. (Erhola ym. 2013, 37–38.)



Lokakuussa 2013 Ruotsin kaikista 290 kunnasta 144 (edustaa 66 % maan väestöstä) oli ottanut käyttöön yhden tai useamman valinnanvapausjärjestelmän ja 37 muuta kuntaa (edustaa 6 % maan väestöstä) oli päättänyt ottaa valinnanvapausjärjestelmän käyttöön. Valinnanvapausjärjestelmän maantieteelliset painopisteet ovat kaupungeissa ja keskimääräistä tiheämmin asutuilla alueilla. Suosituimpia valinnanvapausjärjestelmiä lokakuussa 2013 olivat mm. kotipalvelut (119–127 kuntaa), kotisairaanhoidon (53 kuntaa), henkilökohtainen avustaminen (19 kuntaa) ja omaishoidon tukipalvelut (17 kuntaa). Valinnanvapausjärjestelmiä oli käytössä myös vammaisten päivätoiminnassa (23 kuntaa) ja vanhusten palveluasumisessa (9 kuntaa). (Sveriges kommuner och landsting 2013,1–4.)

6.2 Iso-Britannia

Iso-Britanniassa on pyritty lisäämään sosiaalipalveluiden ja -avun ns. henkilökohtaistamista jo 1990-luvun loppupuolelta lähtien, jolloin otettiin käyttöön suora rahoitusmalli (direct payment) vammaisten henkilöiden tarpeisiin. Siinä vammaisille annettiin palveluseleitä, joiden avulla heidän mahdollisuutensa vaikuttaa omiin palveluihinsa ja -tuottajiinsa kasvoivat selvästi. Vuodesta 2003 lähtien kunnat ovat olleet velvollisia tarjoamaan vammaiselle henkilölle ja mielenterveysongelmista kärsivälle henkilölle suoraa rahoitusmallia heidän palvelujensa toteuttamiseksi. (Koskiahon 2008, 101–103.)

Iso-Britanniassa on 2000-luvulla kehitetty sosiaalipalveluissa henkilökohtaisia palvelujärjestelmiä, asiakaskoh- taisia budjetteja ja näille tarkoitettuja maksujärjestelmiä. Samalla sosiaalipalveluissa on siirrytty asiakaskoh- taisempaan lähestymistapaan ja palvelujen räätälöintiin, ja sitä kautta pyritty mahdollistamaan asiakkaiden itsenäinen asuminen kotona. Henkilökohtaiset palvelujärjestelmät ja budjetit ovat kuitenkin olleet asiakkaille vapaaehtoisia vaihtoehtoja perinteisten julkisten järjestelmien rinnalla. Henkilökohtaisessa palvelujärjestel- mässä on korostettu muun muassa (Paasovaara ym. 2012, 22):

- asiakkaiden valinnanvapauden lisäämistä ja kannustamista omiin palveluvalintoihin
- henkilökohtaisen budjetin myöntämistä asiakkaille
- tiedon tarjoamista asiakkaille palveluvalintoja varten
- asiakkaiden osallistumista prosesseihin
- asiakkaiden itsenäisyyden lisäämistä
- sosiaalista tasa-arvoa asiakkaiden välillä
- kustannushyötyjen saavuttamista
- yhteistyötä eri toimijoiden välillä

Henkilökohtainen budjetti (personal budget) on määritelmän mukaan määräraha, joka on tarkoitettu asiak- kaan hoitosuunnitelman toteuttamiseen, ja sen suuruus on aina asiakaskohtainen. Asiakas voi tehdä hoito- suunnitelmansa itse tai ulkopuolisten tahojen avustamana. Henkilökohtainen budjetti on suuruudeltaan sama kuin kunnan tarjoamien palveluiden yhteenlaskettu kustannus. Henkilökohtainen budjetti soveltuu aikuisten sosiaalipalveluihin ja lasten palveluihin. Asiakkaille on tarjolla myös ns. yksilöllinen budjetti (individual bud- get) eri palvelujen muodostamasta kokonaisuudesta. Siinä asiakas voi valita, ottaako hän palvelukustannus- ten yhteenlasketun summan rahana, palveluina tai näiden yhdistelmänä. (Paasovaara ym. 2012, 23.)

Henkilökohtaista budjettia voi Iso-Britanniassa hallinnoida kolmella tavalla. Sitä voi hallita asiakas itse, jolloin se maksetaan hänelle suoraan (direct payment). Tämä on selvästi suosituin vaihtoehto. Asiakas voi myös va- lita itselleen edustajan, kuten omaisen tai sukulaisen, joka vastaa budjetin hallinnasta (indirect payment). Lisäksi asiakas voi valita tähän tehtävään ulkopuolisen organisaation, kuten palveluntuottajan, kunnan työn- tekijän tai yksityisen palveluvälittäjän. (Patronen ym. 2012, 22.)

Iso-Britannian Kentin kreivikunnassa henkilökohtaista budjettia on hyvien kokemusten johdosta laajennettu sosiaalipalveluista myös terveystieteiden palveluihin. Asiakkaiden budjetti maksetaan hänelle suoraan sähköisen mak-



sujärjestelmän kautta, johon on liitetty oma erityinen "Kent Card" -korttisovellus yhteistyössä yksityisen pankkikonsernin kanssa. Kent Card -maksukortille ladataan ennalta määrätty summa asiakkaan sosiaali- ja terveyspalveluita varten ja kortin käyttöä on rajoitettu hyväksytyjen palveluntuottajien palvelujen maksamiseen. Järjestelmä varmistaa asiakkaan oikeudet hankittavien palvelujen käyttöön. Palveluntuottajat tilittävät asiakkaiden maksuja pankille muiden korttitapahtumien mukana. Kunta taas valvoo tukien käyttöä ajantasaisesti. Kortin saaminen edellyttää sen, että asiakas tai hänen läheisensä pystyy huolehtimaan henkilökohtaisesta budjetista. (Patronen ym. 2012, 23–24.)

Iso-Britanniassa henkilökohtaiset budjetit rahoitetaan samalla tavalla kuin kuntien muutkin sosiaalipalvelut. Niiden rahoitus tulee 90 %:sti kunnilta. Eräs brittiläinen tutkimus vuodelta 2008 osoitti sen, että henkilökohtainen budjetointi säästi kustannuksia noin 10 % verrattuna perinteisesti järjestettyihin palveluihin. Itse hankittujen pitkäaikaisten hoivapalvelujen kohdalla kustannussäästöt olivat jopa 20–40 % verrattuna vastaavaan kunnalliseen palvelutuotantoon. (Patronen ym. 2012, 24.)

7 TAVOITETILA

Tässä luvussa esitetään toimenpiteet, joiden avulla vanhus- ja vammaispalveluissa on mahdollista lisätä asiakkaan valinnanvapautta. Ensiksi kuvataan valinnanvapausmalli ja mahdollisuudet sen käyttöönotolle hoiva-asumisessa. Sen jälkeen esitetään, miten palveluseteli otetaan käyttöön kotihoidossa. Lopuksi kuvataan suunnitelmia henkilökohtaisen budjetin käytön jatkamisesta vammaispalveluissa.

7.1 Valinnanvapausmalli hoiva-asumisen palveluissa

Hoiva-asumisen palveluissa asiakkailta on tällä hetkellä rajoitetusti valintamahdollisuuksia. Pitkäaikaishoidossa asiakkaat voivat esittää toivomuksia palveluntuottajistaan ja hoivastaan, mutta tarjolla olevien asumispaikkojen korkea käyttöaste (100 %) sekä vallitsevat jonot vapautuviin paikkoihin vähentävät merkittävästi valinnanvapauden toteutumista. Seuraavassa on kuvattu periaatteet, joilla hoiva-asumisen pitkäaikaisessa tehostetussa asumispalvelussa voidaan siirtyä valinnanvapausmalliin.

7.1.1 Valinnanvapausmallin käyttöönoton periaatteet

Tavoitteena on luoda hoiva-asumisen pitkäaikaiseen tehostettuun asumispalveluun malli, jossa aiemmin kuvattun valinta ja kilpailu -mallin periaatteet toteutuvat mahdollisimman hyvin. Keskeistä on se, että rahat seuraavat asiakkaita ja potilaita heidän valitsemilleen tuottajille, ja se, että korvaustasot kohteina olevista palveluista ovat samat kaikille tuottajille, jolloin ne joutuvat kilpailemaan keskenään pelkästään palvelujensa laadulla.

Nykyisin palvelusetelin (valinnanvapauden) valitsevat asiakkaat joutuvat maksamaan palvelusta enemmän. Tavoitteena on, että asiakasmaksut määräytyvät myös valinnanvapausmallissa asiakasmaksuasetuksen mukaisesti, jolloin valinnanvapausmalli voisi olla ensisijainen palvelun järjestämistapa, eikä ainoastaan nykyistä toimintamallia täydentävä. Asiakasmaksut ovat jatkossa tulossidonnaisia, kuten nykyisinkin, mutta samat riippumatta siitä, miten palvelu järjestetään. Kaikki valittavissa olevat palveluntuottajat ovat yksittäiselle asiakkaalle samanhintaisia.



Vastuu palvelutarpeiden selvittämisestä säilyy edelleen kunnalla ja palvelutarpeen arviointi on jatkuvaa. Hoiva-asumisen tarve arvioidaan sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnan hyväksymien asiakkuuskriteerien perusteella. Palveluntuottajan valinta riippuu asiakkaan, ei viranomaisen ratkaisusta.

Valinnanvapausmallin käyttöönotto voi käynnistyä perustuen ns. käänteisen kilpailutuksen periaatteeseen. Sen mukaan Vantaan kaupunki asettaa hoiva-asumiselle hinnan ja minimilaatutasot ennalta. Myös muiden yleisten palvelutuotannon edellytysten täytyy toteutua. Tämän jälkeen kunta valitsee kilpailutuksessa yhteistyökumppaneiksi ne yksiköt, jotka sitoutuvat annettuun hintaan ja laatutasoon. Juridisesti valinnanvapausmalli pohjautuu Vantaan kaupungin ja palveluntuottajien välisiin puitesopimuksiin.

Myöhemmin on myös mahdollista, että kaikki minimiehdot ja vaatimukset täyttävät palveluntuottajat, jotka tarjoavat palvelun sovitulla hinnalla, voivat tulla palveluntuottajaksi niin halutessaan (avoin malli). Kaupunki tulee ylläpitämään rekisteriä ja muita ennalta määriteltyjä tietoja kaikista hyväksytyistä palveluntuottajista, sekä toimittamaan näitä tietoja uusille ja olemassa oleville hoiva-asumisen asiakkaille. Jatkossa tavoitteena on saada käyttöön uusi internet-pohjainen palveluportaali, joka kokoaisi yhteen ja esittäisi ajantasaisesti kaikki valinnanvapausmallia koskevat keskeiset tiedot mm. palveluista, palveluntuottajista, asiakkuuksista, tilauksista ja jonotilanteesta. Palveluportaali ei siis rajoitu pelkästään tiedon jakamiseen, vaan sen käyttöalueet ovat selvästi laajemmat ja sen käyttäjäkunta kattaisi niin asiakkaat, palveluntuottajat kuin kaupunginkin. Palveluportaali on edellytys uuden toimintamallin käyttöönotolle.

Valinnanvapausmallissa on tarkoitus käyttää vain yhtä korvaustasoa, jolla palveluntuottajille maksetaan asiakkaille tuotetusta hoivasta. Tätä korvaustasoa sovelletaan kaikkiin asiakasryhmiin, joille mallia tarjotaan. Yhden korvaustason toimivuutta parantaa se, että vuokran osuus tulee asiakkaan maksettavaksi (asiakasmaksua tarkastetaan vastaavasti) ja korvaus kattaa ateriat ja palvelun.

Valinnanvapausmalli vaatii myös asiakkaiden, palveluntuottajien ja kaupungin välisen laskutuksen ja maksuliikenteen järjestämisen, ml. tietoteknisten ratkaisujen käyttöönoton. Oletus on tällä hetkellä se, että kaupunki hankkii tähän tarkoitukseen palveluseteleiden tai muiden maksuvälineiden käyttöönottoon ja hallintaan erikoistuneen ulkopuolisen kumppanin. Tätä toimintaa ja osapuolten välistä työnjakoa on kuvattu enemmän kappaleessa 7.1.4.

Hoiva-asumisen nykyiset ostopalvelusopimukset ovat voimassa vuoden 2015 loppuun, joten valinnanvapausmallin käyttöönotto voi käynnistyä aikaisintaan vuonna 2016.

7.1.2 Valinnanvapausmallin asiakasryhmät

Esitetty malli koskee pääsääntöisesti sosiaalihuoltolain mukaisen iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen tehostetun asumispalvelun piirissä olevia asiakkaita. Valinnanvapausmallin tavoitteena on se, että mahdollisimman monet asiakkaat ja asiakasryhmät ovat sen piirissä, ja että se on kyseisten palvelujen ensisijainen järjestämistapa. Vantaan kaupungin hoiva-asumisessa on muutamia erityisryhmiä, joiden soveltuvuutta valinnanvapausmalliin tulee harkita. Tällaisia erityisryhmiä ovat mm. sairaalainfektiobakteereja kantavat ja eräät psykiatriset asukkaat. Myös laitoshoidon piirissä olevat on syytä rajata uuden toimintamallin ulkopuolelle. Syytä näissä kaikissa ryhmissä on se, että ne ovat erityisryhmiä ja hoitoyksiköiden määrä on pieni, joten valinnanvaraa ei ole.



7.1.3 Palvelun järjestämisen prosessit

Nykytilanne

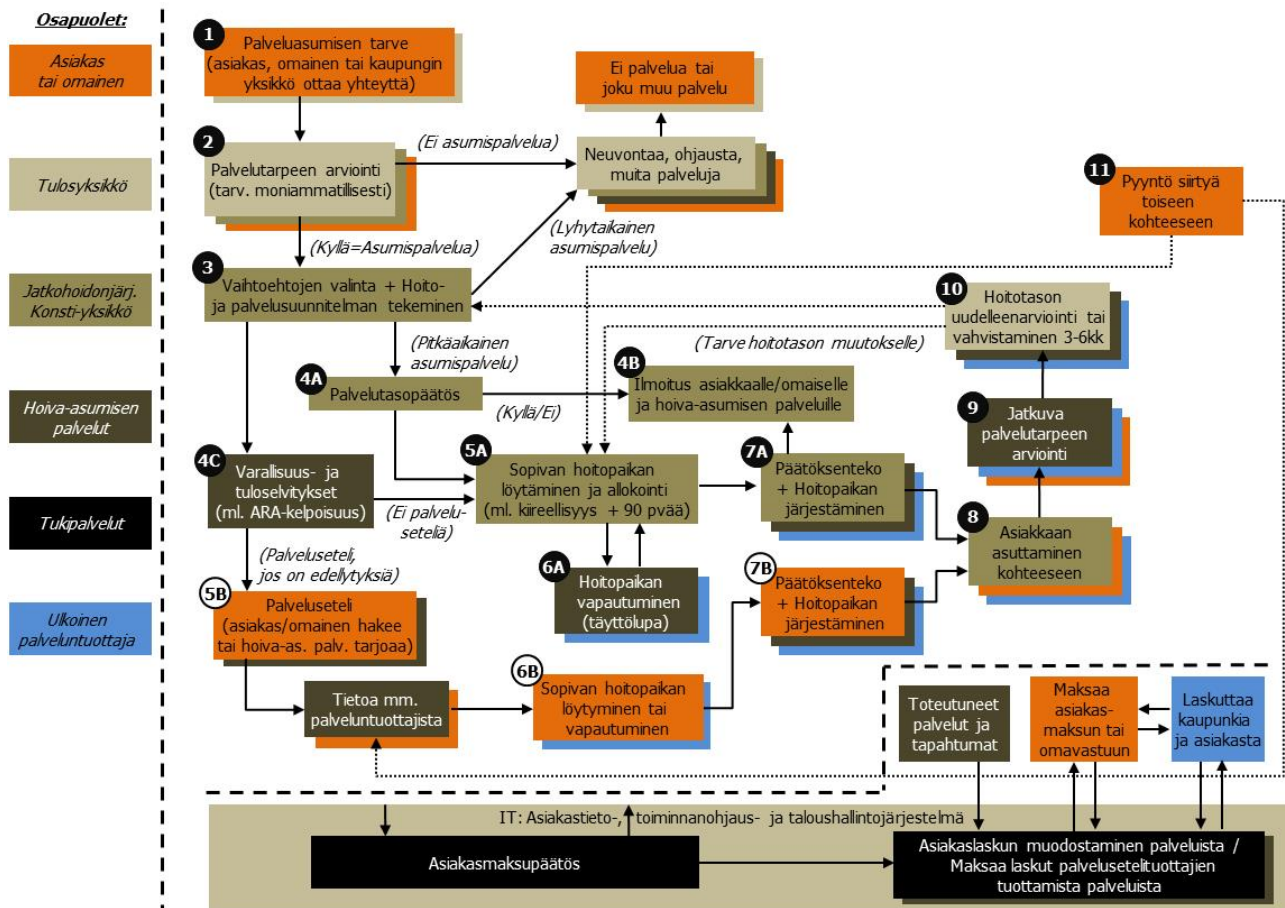
Hoiva-asumisen järjestäminen asiakkaalle on tällä hetkellä monivaiheinen prosessi, johon osallistuu asiakkaan ja/tai tämän omaisen sekä lähettävän tahon lisäksi Vantaan kaupungin jatkohoidonjärjestelyn Konsti-yksikkö, hoiva-asumisen yksiköt, asiakasmaksutiimi sekä ulkopuoliset palveluntuottajat.

Nykyprosessi on kuvattu kuvassa 7. Prosessi alkaa (vaihe 1) palveluasumisen tarpeen tunnistamisella. Aktiivinen osapuoli voi olla asiakas itse, tämän omainen tai kaupungin kuten kotihoidon, kuntoutustoiminnan tai sairaalapalvelujen työntekijä. Asiakas tai omainen ottaa yhteyttä palvelutarpeen arviointi-yksikköön. Palvelujen piirissä olevan henkilön palvelutarpeen arviointi suoritetaan hoitavassa yksikössä (vaihe 2).

Palvelutarpeen selvittelyyn osallistuu moniammatillinen työryhmä tai kuntoutuskokous ja asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma (vaihe 3). Jos asiakas selviytyy ilman asumispalvelua muiden palvelujen tai ratkaisujen turvin, hänelle tarjotaan ohjausta, neuvontaa ja tukitoimia kaupungin eri yksiköiden toimesta. Muihin palveluihin kuuluvat lähinnä kotihoito, kotihoidon tukipalvelut ja palvelutalot. Asiakkaalla, jolla todetaan pitkäaikaisen asumispalvelun tai laitoshoidon tarve, tehdään konsultaatiotiimissä (Konsti) palvelutasopäätös (vaihe 4A). Palvelutasopäätöksestä ilmoitetaan sekä asiakkaalle että hoiva-asumisen palveluille (vaihe 4B). Hoiva-asumisen palvelut tekee tarvittavia varallisuus- ja tulosestymisiä asiakkaasta (vaihe 4C).

Nykyprosessin mukaan näiden asiakkaiden tiedot siirtyvät Konstin asiakastietojärjestelmään (vaihe 5A), jossa asiakkaiden palvelutarpeen kiireellisyys määritellään sekä osoitetaan tarpeenmukainen asumispaikka. Lain mukaan palvelu pitää järjestää 90 päivän kuluessa. Konstille ilmoitetaan vapautuvasta hoivapaikasta (vaihe 6A). Vapautuvat hoivapaikat ovat joko kaupungin omia tai ulkopuolisten palveluntuottajien tarjoamia, ja Konsti vastaa asiakkaiden osoittamisesta niihin. Konsti valmistelee päätöksen hoitopaikan saavalle asiakkaalle, ilmoittaa palvelun aloittamisesta palveluntuottajalle, asiakkaalle tai omaiselle ja hoitovastuussa olevalle taholle (vaiheet 7A, 8). Palveluntuottajat arvioivat asumisyksikössä olevan asiakkaan palvelu- ja hoitotason uudelleen säännönmukaisesti 3–6 kuukauden kuluttua sijoittamisesta ja vuosittain (vaihe 9, 10). Jos tässä tai edellisessä prosessivaiheessa ilmenee tarvetta muuttaa asiakkaan palvelu- tai hoitotasoa, silloin asiakkaan tiedot siirtyvät Konsti-yksikön asiakastietoihin (vaihe 5A) odottamaan siirtoa toiseen asumisyksikköön. Tarvittaessa asiakkaalle tehdään kokonaan uusi hoito- ja palvelusuunnitelma tai arvio (vaihe 3 tai 2), jolloin prosessi kyseisen asiakkaan kohdalla käynnistyy pitkälti uudestaan. Asiakas tai tämän omainen voi halutessaan pyytää siirtoa toiseen asumisyksikköön. Siinä tapauksessa hän esittää siirtopyyntönsä hoiva-asumisen palveluille asian käsittelyä varten (vaihe 11). Nykyisen palvelusetelin hallinnointijärjestelmä poikkeaa prosessin loppuosan osalta edellä kuvatusta (kuva 7, kohdat 5B–7B).

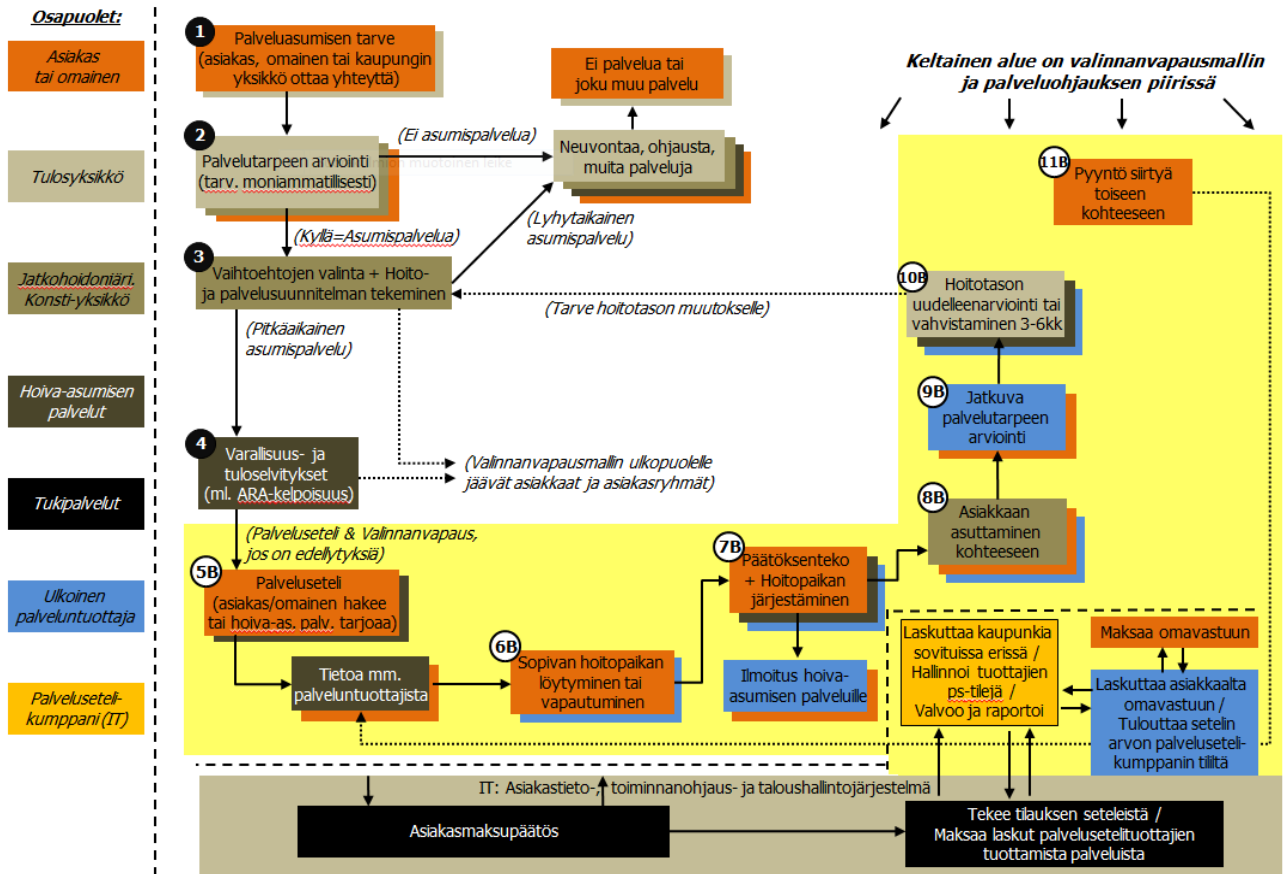
Hoiva-asumisen taloushallintoprosessit toteutuvat rinnakkain palvelun järjestämisen prosessin kanssa. Kun asiakas tulee palvelujen piiriin ja hänelle tehdään palvelutasopäätös, asiakasmaksutiimi laatii hänelle asiakasmaksupäätöksen ja ilmoittaa hänelle tästä. Hoiva-asumisen palvelut kirjaa ja hyväksyy sekä kaupungin oman että ulkopuolisten palveluntuottajien palvelusuoritteet ja vie nämä tiedot asiakastietojärjestelmään ja eteenpäin taloushallintojärjestelmään. Taloushallintojärjestelmä muodostaa asiakaslaskut, ja ulkoinen kumppani (Itella) vastaa laskujen tulostamisesta ja lähettämisestä asiakkaille, jotka maksavat laskunsa kaupungille. Myös ulkopuoliset palveluntuottajat laskuttavat kaupunkia tuottamistaan palveluista. Palvelusetelitoiminnassa laskutusprosessi on hieman toisenlainen. Siinä palvelusetelituottaja laskuttaa kaupunkia palvelusetelin arvoon asti, jonka lisäksi se veloittaa tai laskuttaa asiakkaalta jäljelle jäävän omavastuusuuden aina hoiva-asumisen palveluhintaan asti.



KUVA 7. Prosessikaavio hoiva-asumisen palvelujen järjestämisestä asiakkaille tällä hetkellä (B-prosessi 5–7B kuvaa palveluseteliprosessia)

Valinnanvapausmalli

Hoiva-asumisen järjestäminen asiakkaalle valinnanvapausmallin mukaisesti eroaa nykyisestä (Kuva 8). Valinnanvapausasiakkaiden prosessi eriytyy samassa kohdassa kuin palveluseteliasiakkailta (vaiheessa 5B). Tämän jälkeiset prosessivaiheet ovat varsin lähellä palveluseteliasiakkaiden vastaavia. Palveluntuottajan, asiakkaan ja omaisten vastuita prosessista pyritään kuitenkin lisäämään. Hoiva-asumisen palvelujen ja muiden yksiköiden tehtävät vähenevät ja muuttuvat enemmän ohjaavaksi. Valinnanvapausasiakkaille tarjotaan riittävää palveluohjausta, joka kattaa kaikki prosessivaiheet alusta loppuun (vaiheet 5B–11B). Myös palveluohjauksen sisäinen koordinointi ja tukijärjestelmien toimivuus ovat prosessin sujuvuuden kannalta tärkeitä.



KUVA 8. Prosessikaavio hoiva-asumisen palvelujen järjestämisestä asiakkaille valinnanvapausmallin mukaisesti

Valinnanvapausmallin taloushallintoprosessi eroaa nykyisestä käytännöstä. Siihen tarvitaan todennäköisesti ulkopuolinen kumppani, joka hallinnoi laskutusta, maksuliikennettä ja valinnanvapausmallissa mahdollisesti käytettäviä maksuvälineitä kuten sähköisiä palveluseteleitä. Tarve uudelle toimintamallille kasvaa, koska valinnanvapausasiakkaiden ja palvelusuoritteiden lukumäärät nousevat suuriksi. Samalla syntyy tarve käyttää sähköistä maksuvälinettä, esimerkiksi sähköistä palveluseteliä, johon Vantaan kaupungilla itsellä ei tällä hetkellä ole tarjota omia ratkaisuja.

Valinnanvapausmallin taloushallintoprosessissa hoiva-asumisen palveluntuottaja vastaanottaa asiakkaalta palvelusetelin tai muun maksuvälineen ja veloittaa tältä mahdollisen omavastuuosuuden. Palveluntuottaja tulouttaa palvelusetelin tai maksuvälineen arvon niitä hallinnoivan kumppanin tililtä. Maksuvälinekumppani tuottaa palveluseteleitä tai vastaavia, luo ja hallinnoi palvelusetelilejää palveluntuottajille ja asiakkaille, tulouttaa käytettyjen palvelusetelien arvon palveluntuottajille ja laskuttaa kaupunkia säännöllisesti kaikista palveluseteleillä tuotetuista palveluista. Lisäksi se valvoo laskutukseen ja maksuliikenteeseen liittyvää toimintaa ja raportoi tästä säännöllisesti kaupungille ja palveluntuottajille. Ero nykykäytäntöön on siis se, että asiakkaat maksavat omavastuuosuutensa käyttämistään palveluistaan jatkossa suoraan omille palveluntuottajilleen, eivätkä kaupungille. Vastaavasti palveluntuottajat suuntaavat laskutuksensa jatkossa kaupungin sijasta palvelusetelikumppanille, joka kokoaa näitä erillisiä laskuja yhteen kaupungille (säännöllisesti) toimitettavaksi yhteislaskuksi.



7.1.4 Asiakasmaksujen rakenne ja perusteet

Nykytilanne

Pitkäaikaisessa asumispalvelussa ja laitoshoidossa asiakasmaksut ovat tulosidonnaisia ja näin ollen asiakas-kohtaisia. Asiakasmaksut määräytyvät maksukyvyyn mukaan siten, että ne voivat nousta enimmillään 85 %:iin kunkin asiakkaan nettokuukausituloista. Mikäli asiakas on elänyt yhteistaloudessa, avioliitossa tai vastaavissa olosuhteissa ja hänen kuukausitulonsa ovat suuremmat kuin puolison kuukausitulot, silloin asiakasmaksu määräytyy puolisojen yhteenlaskettujen nettotulojen perusteella, nousten kuitenkin enimmillään 42,5 %:iin näistä. Pitkäaikaisessa asumispalvelussa asiakasmaksujen enimmäistasoja rajoittaa myös se, että kunkin asiakkaan henkilökohtaiseen käyttöön on jätävä vähintään 244,93 euron kuukausittainen käyttövara (vastaa toimeentulotuen perusosaa ruokaosuudella vähennettynä). Tällä käyttövaralla asiakkaan on tarkoitus hoitaa kaikki henkilökohtaiset menonsa mukaan lukien lääkekulut ja muut terveydenhuoltokulut, joita asiakasmaksu ei siis kata. Pitkäaikaisessa asumispalvelussa asiakasmaksu kattaa asumisen, ateriat, arjen suorittamisen ja asiakkaan toimintakyvyn kannalta tarpeellisen hoidon ja palvelut sekä hoitotarvikkeet.

Pitkäaikaisessa asumispalvelussa on tällä hetkellä käytössä myös palveluseteli, jota tarjotaan niille asiakkaille jotka täyttävät tehostettuun asumispalveluun pääsyn kriteerit. Palvelusetelin arvo on asiakas-kohtainen ja se vastaa sitä yksityisen hoivakodin antamien palvelujen kustannusten enimmäismäärää, jota Vantaan kaupunki sitoutuu maksamaan. Se osuu asiakkaan asumispalvelujen kokonaiskustannuksista, joka ylittää hänen palvelusetelinsä arvon, jää hänen omavastuuosuudeksi eli itsensä maksettavaksi. Pitkäaikaisen asumispalvelun palveluseteli on tulosidonnainen ja se sen arvo perustuu asiakkaan nettotuloihin. Asiakkaan nettotulojen kasvaessa palvelusetelin arvo laskee ja asiakasmaksu nousee ja toisin päin. Palvelusetelin arvo on suurimmillaan 2500 euroa kuukaudessa (asiakkaan nettotulot alle enintään 800 euroa kuukaudessa) ja pienimmillään 100 euroa (asiakkaan nettotulot vähintään 3500 euroa kuukaudessa).

Valinnanvapausmalli

Tavoitteena on, että valinnanvapausmallissa asiakkaan maksama osuus ja asiakkaalle jäävä käyttövara ei muutu nykyjärjestelmään verrattuna. Asiakasmaksujen osalta keskeinen muutos nykytilanteeseen on se, että valinnanvapausmallissa asumiseen liittyvät kustannukset – vuokra-, sähkö-, lämpö- ja vesimaksut – eriytetään hoitoon ja palveluihin liittyvistä kustannuksista ja asiakas maksaa nämä maksut suoraan palveluntuottajalle/kiinteistön omistajalle. Näiden kustannusten vaikutus asiakasmaksuihin tulee huomioida. Hoiva-asumisen palveluntuottajien pyytämälle vuokralle, joko kokonaisvuokralle tai neliökohtaiselle vuokralle, tulee asettaa enimmäistaso.

Valinnanvapausmallissa varsinainen hoiva, kuten asiakkaan toimintakyvyn kannalta tarpeellinen hoito, palvelut, ateriat ja hoitotarvikkeet, muodostaa oman kustannusryhmänsä. Hoiva-asumisen kustannukset jakaantuvat Vantaan kaupungin ja asiakkaiden kesken.

Maksuliikenteen hallinnointi valinnanvapausmallissa edellyttää tarkempaa selvitystä, jossa asiaa arvioidaan kunnan, asiakkaan ja palveluntuottajan näkökulmasta.

7.1.5 Edellytysten luominen valinnanvapausmallille

Riittävän paljon kilpailua

Palveluntuottajien välisen kilpailutilanteen edellytys on hoiva-asumispaikkojen tarjonnan lisääminen. Vapaita paikkoja on tällä hetkellä liian vähän kysyntään nähden, mikä asiakkaiden keskuudessa heikentää kilpailua. Se myös vahvistaa palveluntuottajien asemaa suhteessa toisiinsa, Vantaan kaupunkiin ja asiakkaisiin. Lisäämällä hoiva-asumispaikkojen lukumäärää, tai jopa luomalla lievää ylitarjontaa, kasvaa myös palveluntuottaji-



en keskinäinen kilpailu asiakkaiden houkuttelemiseksi. Palveluntuottajien välinen kilpailu myös lisää niiden halukkuutta panostaa palvelujensa ja toimintojensa laatuun.

Myös hoivapalvelujen ja -kiinteistöjen hallinnan eriyttäminen on keino, jolla hoiva-asumispaikkojen tarjontaa voi kasvattaa. Näissä ratkaisuissa joko Vantaan kaupungin omistus- tai vaikutuspiiriin kuuluva yhteisö tai jokin ulkopuolinen toimija sitoutuu hoivakiinteistöjen rakennuttamiseen ja niihin sijoittamiseen. Palveluntuottajana toimii rakennuttamisesta riippumaton taho. Potentiaalisten palveluntuottajien lukumäärä kasvaa merkittävästi, sillä pääomavaltaisia hoiva-asumisen palveluja tarjoavia tuottajia on Suomessa rajallinen määrä, kun taas henkilöstövaltaisia hoivapalveluja tarjoavia toimijoita on paljon. Lisäksi Suomessa toimii kasvava määrä hoivakiinteistöihin erikoistuneita kiinteistösijoittajia.

Riittävän paljon tietoa

Hoiva-asumisen asiakkaille on tarjottava riittävästi tietoa tarjolla olevista palveluntuottajista heidän päätöksentekonsa tueksi. Tarvittavia tietolähteitä ovat ainakin Vantaan kaupungin internet-sivuilla oleva palveluntuottajiin liittyvä tieto- tai palveluportaali, painetut esitteet, palveluntuottajien omat internet-sivut ja mahdollisesti myös näiden omat markkinointimateriaalit. Riittävän tiedon lisäksi tärkeää on se, että tieto on asiakkaiden kannalta oikeanlaista ja vertailukelpoista. Myös asiakasnäkökulman, kuten asiakaskyselyjen tai tutkimusten julkaisu tarjoaa hyödyllistä tietoa hoiva-asumisen uusille ja olemassa oleville asiakkaille. Pakollisten tietojen ja laatumittareiden lisäksi palveluntuottajille voi tarjota mahdollisuuksia tuoda esille joitain täydentäviä tietoja itsestään ja palveluistaan. Tällä tavoin palveluntuottajien on mahdollista viestiä asiakkaille niiden omista erityisosaamisalueistaan ja siitä, millä tavoin niiden laatuaso ylittää palvelujärjestelmän pakolliset vaatimukset. Yhtä lailla on huolehdittava tiedonkulusta palveluntuottajiin päin, ja tässäkin asiassa kaupungin rooli on keskeinen. Palveluntuottajat pystyvät paremmin kehittämään omia toimintojaan, jos ne saavat käyttönsä riittävästi tietoa asiakaskunnan kokemuksista ja toivomuksista.

Palveluntuottajia kuvaavan tiedon kohdalla prosessinohjaus säilyy koko ajan kaupungilla. Valveutuneet asiakkaat tai omaiset kykenevät hyvin löytämään ja hyödyntämään tarjolla olevaa tietoa omin päin, ja heille kaupungin kannattaa suoda suurempi vastuu prosessista. Vähemmän valveutuneille asiakkaille tai omaisille taas on hyvä varmistaa riittävä tiedonsaanti ja pääsy palveluohjaukseen. Palveluohjauksen asemaa on mahdollista vahvistaa, mikä voisi parantaa asiakkaiden mahdollisuuksia löytää itselleen sopivia hoiva-asumispaikkoja.

Valvontavelvollisuus

Kaupungilla on lainsäädäntöön perustuva velvollisuus (Laki 922/2011) valvoa yksityisten hoiva-asumisen palveluntuottajien toimintaa (laki yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta). Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) valvontavastuu on määritelty kunnan toimielimelle tai sen määräämälle viranhaltijalle (1 luku 3§). Vantaalla sosiaali- ja terveyslautakunta on päätöksellä 21.12.2009 § 10: 58 § delegoinut valvonta vastuun hoiva-asumisen palvelupäällikölle. Käytännössä laadunvalvontaa toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä.

Kunnan tehtävänä on valvoa, että asiakas saa hoito- ja palvelusuunnitelman ja tehtyjen palvelupäätösten mukaiset palvelut. Kunnalla on ensisijainen vastuu toiminnan lainmukaisuuden ja asianmukaisuuden seurannasta ja valvonnasta. Mahdollisiin epäkohtiin on puututtava viiveettä. Valvontavastuu koskee kaikkea kunnan järjestämistä vastuulla olevaa toimintaa.

Uudessa toimintamallissa valvontavastuut säilyvät ennallaan, mutta oletuksena on, että valvonnan tarve vähenee, koska palveluntuottajalla on aiempaa suurempi kannuste tuottaa sellaista palvelua, jota asiakas haluaa ja kokee laadukkaaksi. Tätä tukee asiakkaan mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa ja myös palveluntuottajan toiminnasta ja laadusta käytettävissä oleva informaatio.



Valikoinnin välttäminen

Yleinen keino vähentää palveluntuottajien mahdollisuuksia keskittyä niiden kannalta parhaisiin asiakkaisiin on velvoittaa palveluntuottajia hyväksymään asiakkaikseen kaikki kyseiseen palveluun oikeutetut henkilöt. Tämä sopii hyvin myös hoiva-asumiseen siten, että hyväksytyt palveluntuottajat ei voi kieltäytyä ottamasta asiakkaikseen henkilöä, joka on toivonut tai valinnut itselleen kyseisen palveluntuottajan joko itse, omaisen tai kaupungin palveluohjaajan avustuksella.

Hoiva-asumisen asiakkaiden toimintakyky ja terveydentila muuttuvat yleensä palveluntuottajien näkökulmasta haastavampaan suuntaan, kun hoidon määrä ja vaatavuustaso kasvavat ja usein korvaustasoja nopeammin. Tätä ongelmaa voi vähentää velvoittamalla palveluntuottajia hoitamaan asiakkaitaan elämän loppuun asti, eli poistamalla palveluntuottajilta oikeuden päättää asiakassuhteita syistä, jotka liittyvät muutoksiin asiakkaiden toimintakyvyssä tai terveydentilassa.

7.2 Palveluseteli kotihoidossa

Kotihoidon ja kotihoidon tukipalvelujen asiakkaiden valinnanvapaus on tällä hetkellä vähäistä, sillä palvelut tuotetaan pääosin kaupungin toimesta ja pienessä määrin ostopalvelujen kautta. Kaupunki on selvittänyt keinoja, joilla kotihoidon asiakkaiden valinnanvapautta voidaan lisätä ja tuottajakenttää monipuolistaa. Palveluseteli ja sen käyttöönotto on selvitystyössä noussut varteenotettavimmaksi vaihtoehdoksi, jolla asetettuja tavoitteita on mahdollista saavuttaa.

7.2.1 Palvelusetelin käyttöönoton periaatteet

Palvelusetelin käyttöönottoa kotihoidossa puoltaa se, että sen avulla voi lisätä asiakkaiden valinnanvapautta. Käyttöönoton houkuttelevuus kasvaa entisestään, jos se samalla mahdollistaa kustannussäästöjen saavuttamisen. Kotihoidon palvelusetelin olisi kaikissa tapauksissa oltava taloudellisesti varteenotettava vaihtoehto niin asiakkaille kuin Vantaan kaupungillekin, muuten kokonaisuhyödyt sen käyttöönotosta jäävät kyseenalaisiksi. Jotta palvelusetelivaihtoehto olisi houkutteleva, tulee asiakasmaksun on saman suuruinen kuin kotihoidon perinteisesti käytettävässä. Myös palvelusetelin käyttöönoton ja ylläpidon on oltava riittävän helppoa ja niihin liittyvien kustannusten on oltava riittävän alhaiset.

Kotihoidon palvelusetelin mahdollisessa käyttöönotossa kannattaa hyödyntää muualla Suomessa toimiviksi osoittautuneita toimintamalleja tai periaatteita, kuten Jyväskylän kaupungin palvelusetelimalleja. Palvelusetelimalleihin vaikuttaa myös paikallinen toimintaympäristö, mikä on hyvä tiedostaa, kun arvioi eri mallien soveltuvuuksia Vantaan alueelle. Palvelusetelin käyttöönotto esitetään aloitettavaksi määräaikaisella pilottihankkeella, jota laajennetaan myöhemmin, jos kokeilusta saadut tulokset ovat myönteiset.

Palvelusetelituottajat voivat tulla mukaan palvelusetelitoimintaan eri tavoin. Kaupunki voi kilpailutusprosessin kautta saada hintatason palvelulle ja joko samalla tai tämän jälkeen kutsua palvelusetelitoimintaan mukaan niitä palveluntuottajia, jotka hyväksyvät kyseisen hintatason. Toisen vaihtoehdon mukaan kaupunki määrittelee palvelusetelitoiminnan palvelulle tavoitehinnan, jonka hyväksyvät palveluntuottajat voivat ilmoittautua palvelusetelipalveluntuottajiksi. Tavoitehinta perustuu tällöin kustannussäästötavoitteeseen, palvelun markkinahintaan yksityisillä markkinoilla tai molempiin. Tavoitehinnan asettaminen voi perustua myös palveluntuottajille suunnatun kyselyn tuloksiin tai niiden kanssa käytyyn neuvotteluprosessiin. Palveluntuottajilta voi samalla selvittää muitakin asioita, esim. kuinka suuri niiden kiinnostus eri palveluita tai asiakasryhmiä kohtaan on.

Seuraavassa on arvioitu eri kotihoidon palveluiden soveltuvuutta palvelusetelitoimintaan.



Tilapäinen kotihoito on Vantaalla yleensä lyhytaikaista kotihoitoa, jossa yhteenlasketut käynti- ja tuntimäärät jäävät vähäisiksi. Se on selkeä ja helposti rajattava kokonaisuus ja on siksi potentiaalinen kohde palvelusetelitoiminnaksi. Toisaalta, tilapäinen kotihoito muodostaa vain noin 5 %:ia kaikista Vantaalla annetuista kotihoitotunneista, joten palvelusetelitoiminnasta mahdollisesti koituvat hyödyt jäävät varsin maltillisiksi niin asiakkaille kuin kaupungillekin. Lisäksi on todennäköistä, että tilapäinen kotihoito ei itsessään riitä houkuttelemaan mukaan kovinkaan montaa palvelusetelituottajaa, erityisesti jos käyntimäärät ovat alhaisia.

Jatkuva kotihoito voi sopia paremmin osaksi palvelusetelitoimintaa. Jatkuvan kotihoidon volyymi on suuri. Kotihoidon käynneistä 80 % kohdistuu jatkuvaan kotihoitoon. Palveluseteli sopii erityisesti niihin tilanteisiin, joissa palvelukokonaisuus ei koostu monista eri palveluista ja palveluntarpeessa ei ole odotettavissa suuria muutoksia. Lisäksi asiakkaalla tai hänen omaisellaan tulee olla kyky hankkia palvelut palvelusetelillä ja kyky vastata palvelun toteutumisesta.

Kotihoidon tukipalvelut, esimerkiksi turvapalvelut, kauppapalvelu ja siivous, on mahdollista järjestää palvelusetelin avulla. Toisaalta tukipalvelut ovat volyymiltaan ja kustannuksiltaan niin pieniä, että palveluseteli ei ole tarkoituksenmukainen. Lisäksi hallinnointikustannukset voivat nousta liian korkeiksi. Kotitalousvähennys mahdollistaa kotihoidon tukipalvelujen edullisemmän hankkimisen asiakkaalle.

Edellä kuvattujen palveluvaihtoehtojen siirtämistä palvelusetelitoimintaan tulee arvioida yksittäisiä palveluja laajempina kokonaisuutena. Mitä kaikkia palveluja siirretään? Otetaanko palvelusetelijärjestelmään useita erillisiä palveluja vai paketoitaneeko niitä yhteen yhteiseen kotihoidon palvelusetelijärjestelmään. Palvelujen paketointi tarjoaa kaupungille keinon koota palveluntuottajille riittävän suuria palveluvolyymeja ja lisäksi se mahdollistaa vähemmän houkuttelevien palvelujen yhdistämisen houkuttelevampiin palveluihin. Palvelujen paketointi vähentää myös palvelusetelijärjestelmien vaatimaa hallintotyötä, mutta se saattaa samalla suosia suurempia palveluntuottajia ja vähentää tuottajalukumääriä. Useissa muissa kunnissa kotihoidon palveluseteli kattaa sekä tilapäisen että jatkuvan kotihoidon ja joissain kunnissa siihen on yhdistetty myös omaishoidon tuen vapaiden järjestelyt kotihoitona.

Lähtökohtaisesti palveluseteliasiakkaiden tulee olla sekä määriteltävissä olevia että tarpeiltaan ja ominaisuuksiltaan tarpeeksi yhtenäisiä. Muutoin palvelusetelitoiminnan järjestäminen voi osoittautua hankalaksi niin kaupungille kuin asiakkaillekin. Epäselvyydet voivat lisätä varovaisuutta palvelusetelitoimintaa kohtaan myös potentiaalisten palveluntuottajien keskuudessa.

7.2.2 Palvelusetelimallin asiakasryhmät

Palvelusetelin käyttöä kotihoidossa Vantaalla esitetään käyttöönotettavaksi seuraavissa asiakasryhmissä.

Yksityisissä palvelu- ja senioritaloissa asuvat henkilöt

Yksityisissä palvelu- ja senioritaloissa on noin 50 jatkuvan kotihoidon ja noin 20 tilapäisen kotihoidon piirissä olevaa asiakasta yhdeksässä eri palvelutalossa (tilanne 2/2014). Tämä asiakasryhmä vastaa nyt noin 2–3 %:ia jatkuvan kotihoidon asiakasmäärästä Vantaalla, mutta se kasvaa tasaisesti sitä mukaan kun palvelutalojen asukkaiden palvelutarpeet kasvavat. Kyseessä olevat palvelutalot tarjoavat kyllä yksityistä kotihoitoa, mutta se on asukkaille usein liian kallista. Nämä asukkaat ovat toimintakyvyiltään rajoittuneita ja he tarvitsevat palveluja päivittäin tai viikoittain. Kotihoidon palveluseteli on keino, jolla kaupunki voi vastata paremmin heidän palvelutarpeisiinsa. Jotta tämän asiakasryhmän omalle palvelusetelille on toiminnallisia edellytyksiä, siihen tulee ensisijaisesti liittää sellaisia palvelutaloja joissa kotihoidon yhteenlaskettu palvelutarve (esim. tuntimäärä/kuukausi) kaikille asiakkaina oleville asukkaille on tarpeeksi suuri. Alustavan määrittelyn mukaan vähimmäistaso kullekin palvelutalolle on 80 tuntia/kuukausi, mikä vastaa yhden hoitohenkilön tekemää puolipäivätyötä. Asiakkaille palveluseteli tarkoittaa sekä kotihoidon parempaa saatavuutta että valinnanvapautta.



Vammaiset henkilöt

Vammaiset henkilöt on mahdollinen asiakasryhmä kotihoidon palvelusetelille, koska heidän palvelutarpeensa on yleensä ajallisesti vakaa. Monet heistä tarvitsevat samoja palveluja toistuvasti pitkiä aikoja. Heillä on fyysistä toimintakyvyn rajoitteita ja heidän palvelutarpeensa painottuvat kotipalveluun, tukipalveluihin ja henkilökohtaiseen apuun. Nämä henkilöt vastaavat valinnanvapauden edellytyksiä siten, että he pystyvät tai jopa haluavat vaikuttaa siihen, kuka tai mikä tuottaja heitä palvelee. Palveluseteli voi sopia niille vaikeavammaisille henkilöille, joille tarjotaan palveluasumista kotihoitona omaan kotiin, mutta tällöin palvelusetelin arvon tulee vastata palvelun kokonaishintaa. Vaikka heidän palvelutarpeensa on suuri, he muodostavat silti varsin yhtenäisen ja selkeän asiakasryhmän. Palveluseteli voi mahdollisesti myös sopia tietyille lievästi tai keskivaikeasti vammautuneille henkilöille, joiden palveluvalikoimaan kotihoito sopii yhdistettäväksi.

Kotihoidon yleinen palveluseteli

Lisäksi on perusteltua ottaa kotihoitoon käyttöön vaihtoehtoisena palvelumuotona palveluseteli, jonka asiakkaat voivat niin halutessaan valita. Tämä voi sopia asiakkaille, joiden palvelutarve on vakaa ja jotka pystyvät itse hallinnoimaan palvelusetelillä hankittavaa palvelua. Lisäksi palveluseteli voi tulla kyseeseen, jos palveluntuottajalta edellytetään erityisosaamista, esimerkiksi maahanmuuttajille, joille on tärkeää omalla äidinkielellä saatu palvelu. Kaupungin omalla kotihoidolla ei aina ole riittäviä valmiuksia tarjota keskeisiä palveluja näille ryhmille omalla äidinkielellä.

7.2.3 Palvelusetelin arvon määräytyminen ja asiakkaan omavastuu

Nykytilanne

Kotihoidon asiakasmaksut määräytyvät eri tavoin jatkuvassa ja tilapäisessä kotihoidossa. Jatkuvassa kotihoidossa asiakasmaksujen suuruus riippuu asiakkaan saamasta palvelumäärästä (tuntia/kuukausi), bruttotuloista ja perheen henkilömäärästä. Tilapäisessä kotipalvelussa asiakasmaksu on kiinteä ja määräytyy asiakaskäynnin pituuden perusteella. Myös tilapäisessä kotisairaanhoidossa asiakasmaksu on kiinteä ja määräytyy hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen nimikkeen mukaan (hoitajakäynti tai lääkärikäynti).

Palvelusetelimalli

Palveluseteli myönnetään kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaalle hänen kanssaan yhdessä laadittavan palvelusuunnitelman perusteella. Palvelun määrä ja sisältö kirjataan asiakkaan palvelusuunnitelmaan. Jotta palveluseteli -vaihtoehto on asiakkaalle houkutteleva vaihtoehto, tulee palvelusetelitoiminnan asiakasmaksun olla sama kuin kaupungin omassa kotihoidossa.

Jatkuvan kotihoidon palvelusetelin arvo on säädetty sosiaalihuoltolain (710/1982) 29 §:ssä. Kunta voi määrittellä tilapäisen kotihoidon palvelusetelin arvon.

Tilapäisessä kotihoidossa/-palvelussa sekä palvelusetelin arvo että asiakasmaksut olisivat lähtökohtaisesti kiinteät. Palvelusetelin arvo määräytyy kiinteän tavoitehinnan ja asetuksen mukaisen asiakasmaksun erotuksena.

Jatkuvan kotihoidon asiakasmaksu määräytyy palvelusuunnitelmaan sovitun palvelumäärän (h/kk), asiakkaan tulojen ja perheen henkilömäärän perusteella. Palvelusetelin arvo määritellään niin, että tavoitehinnasta vähennetään asetuksen mukainen asiakasmaksu. Esimerkiksi Jyväskylässä jatkuvan kotihoidon palvelusetelin arvo on 30,65 €/h.

Palveluasuminen kotona -asiakkaille palvelusetelin arvo määritellään erikseen.

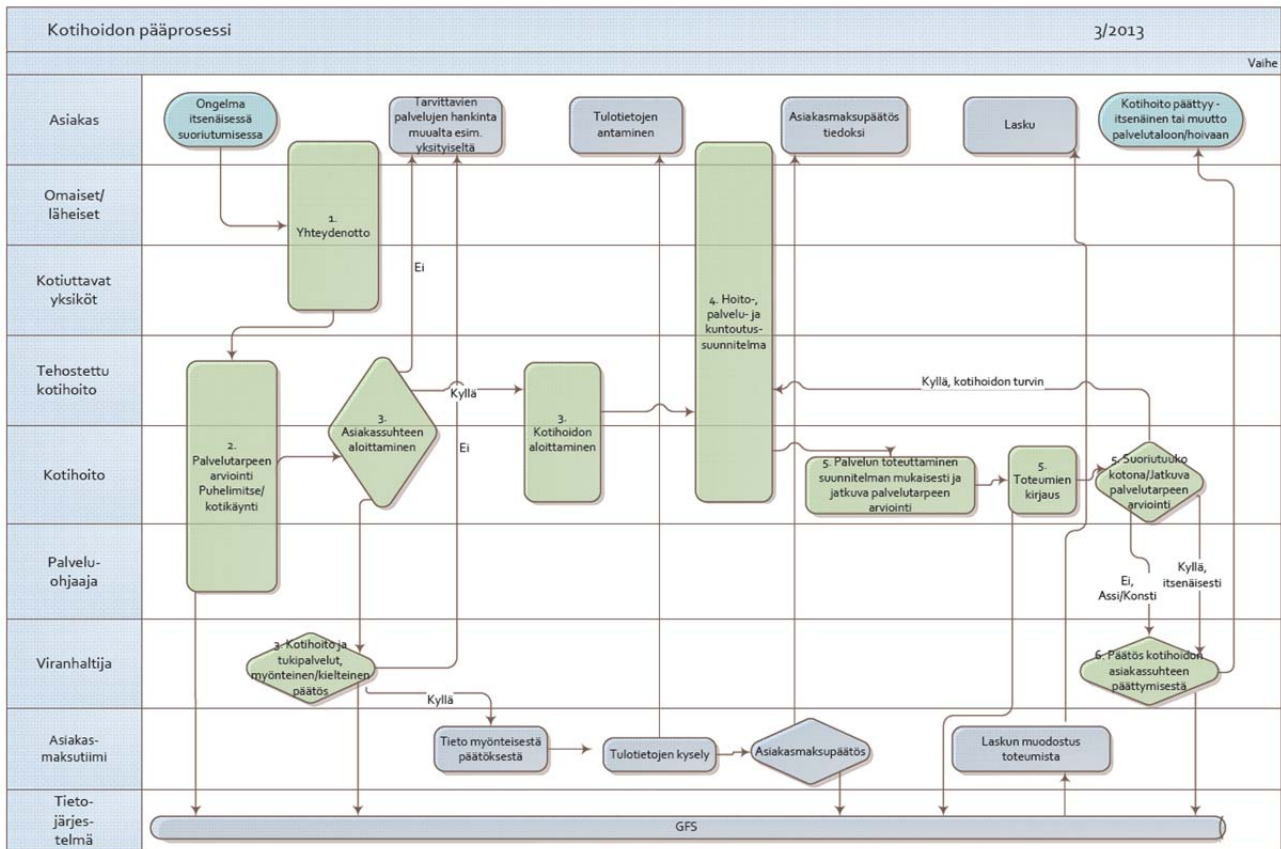


7.2.4 Palvelun järjestämisen prosessit

Nykytilanne

Prosessi (Kuva 8) alkaa tunnistamalla tarpeen ulkopuoliselle avulle tai palvelulle silloin, kun asiakkaan itsenäisen suoriutumisen kotona on vaikeutunut. Palvelutarpeen tunnistaja on asiakas itse, omainen/läheinen tai sosiaali- ja terveystoimen työntekijä. Tämä (vaihe 1) ottaa yhteyttä palvelutarpeen arviointitiimiin tai oman alueen kotihoidon tiimiin. Asiakkaan tilanne ja palvelutarve kartoitetaan ensiksi puhelimitse (vaihe 2), jolloin käydään läpi palvelujen kriteerien täyttyminen, palveluohjaus muihin palveluihin ja tarvittaessa sovitetaan ensikäynnistä asiakkaan kotiin. Seuraavaksi ja erillisellä kerralla asiakkaalle tehdään yksilöllisen toimintakyvyn ja hoidon tarpeen laajempi arviointi. Samalla arvioidaan palvelujen saamisen kriteerien täyttyminen. Asiakasta ohjataan tarvittavien muiden palvelujen piiriin (yksityiset palvelut, kunnalliset palvelut mm. päivätoiminta, tukipalvelut, kuljetuspalvelu ja apuvälinetarpeen arviointi). Asiakkaan tiedot viedään asiakastietojärjestelmään, johon tehdään kirjaukset miltei jokaisen seuraavan prosessivaiheen yhteydessä. Tämän prosessivaiheen toteuttamiseen osallistuvat kotihoidon yksiköt ja tarvittaessa muut asiakkaan hoitoon osallistuvat työntekijät. Tämän jälkeen tehdään päätöksiä palvelujen myöntämisestä asiakkaalle ja asiakassuhteen aloittamisesta, jotka ovat joko myönteisiä tai kielteisiä (vaihe 3). Kielteisiä päätöksiä saaneet asiakkaat ohjataan muihin palveluihin tai yksityisiin palveluihin. Muiden asiakkaiden kohdalla todetaan palvelujen saamisen kriteerit täyttyneiksi ja sovitetaan kotihoidon aloittamispäivämäärä ja ajankohta ensimmäiselle käynnille. Mahdollisesta yhteistyötahojen (esim. lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti) kotikäynnistä sovitetaan tarvittaessa myös. Kotihoidon kuukausimaksun määrittämistä varten selvitetään asiakkaan tulotiedot. Seuraavassa prosessivaiheessa asiakkaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma sekä tarvittaessa kuntoutussuunnitelma (vaihe 4). Asiakkaalle nimetään vastuuhoitaja, joka tekee suunnitelman yhdessä asiakkaan ja/tai omaisen sekä tarvittaessa muiden yhteistyötahojen kanssa. Kun palvelujen tarve on selvitetty ja sen pohjalta on laadittu palvelusuunnitelma, kotihoidon esimies tekee asiakkaalle palvelupäätökset. Asiakkaalle lähetetään tiedoksi tukipalvelupäätökset ja turvapalvelupäätös sekä jatkuvan kotihoidon palvelupäätös. Kotihoidon maksutiimin työntekijä tekee palvelusuunnitelman ja asiakkaan tulotietojen pohjalta kotihoidon kuukausimaksupäätöksen, joka lähetetään tiedoksi asiakkaalle. Tämän jälkeen alkaa varsinainen palveluprosessi, eli kotihoito- ja palvelujen tarjoaminen asiakkaalle tehdyn suunnitelman mukaisesti (vaihe 5). Asiakkaalle tarjotut palvelut kirjataan kotihoidon asiakastietojärjestelmään ja samalla taloushallintojärjestelmään, joka mm. muodostaa ja toimittaa asiakkaalle kuuluvat laskut.

Palveluprosessiin kuuluu myös asiakkaan palvelutarpeen jatkuva arviointi. Ensimmäinen arviointi tehdään kolmen kuukauden kuluttua prosessin alkamisesta ja arviointeja toistetaan aina kuuden kuukauden välein tai useammin. Vastuuhoitaja kirjaa mahdolliset muutostarpeet ja sovitut asiat tehtyyn suunnitelmaan asiakastietojärjestelmään. Tiedot asiakkaista, jotka palvelutarpeen muutosten vuoksi eivät enää selviydy kotona, ohjataan Assi-työryhmälle ja Konsti-yksikölle jatkokäsittelyä varten. Asiakkaan vastuuhoitaja ja kotihoidon esimies tekevät mahdollisen päätöksen kotihoidon asiakassuhteen päättämisestä (vaihe 6). Tähän prosessivaiheeseen kuuluu kotihoidon loppuarviointi, hoitajan lähete jos asiakas siirtyy muualle hoitoon, kirjaus palvelusuunnitelman päättymisestä ja ilmoitus asiakasmaksutiimille ja esimiehelle palvelujen päättymisestä.



KUVA 8. Prosessikaavio kotihoidosta tällä hetkellä

Palvelusetelimalli

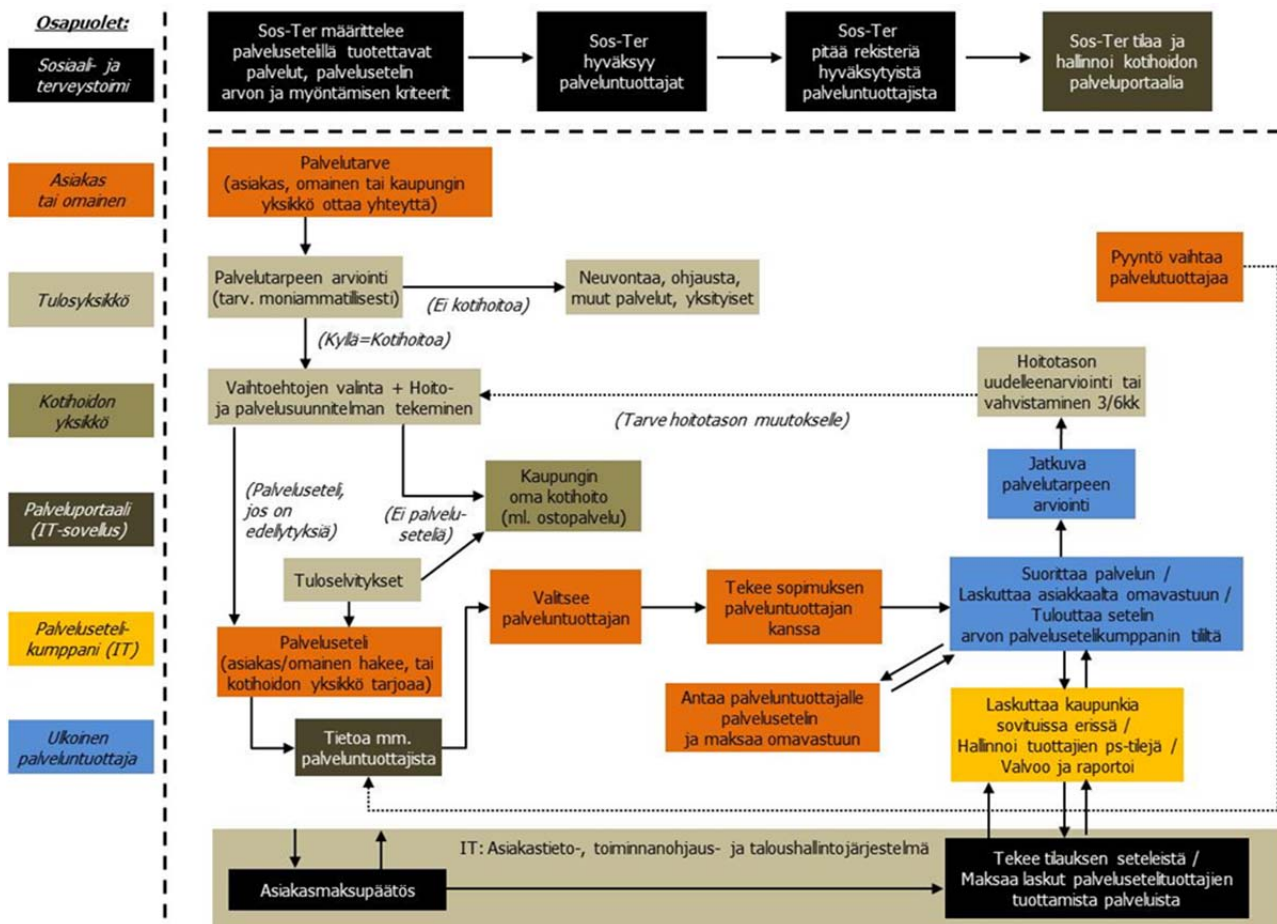
Kotihoidon palvelusetelin käyttöönotto tulee integroida kotihoidon nykyiseen prosessiin. Prosessi koostuu kahdesta eri vaiheesta, kotihoidon palvelusetelin käyttöönotosta ja kotihoidon järjestämisestä palvelusetelillä.

Kotihoidon palvelusetelin käyttöönoton prosessi on kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toteuttama. Ensin kaupunki määrittelee kotihoidon palvelusetelillä tuotettavat palvelut, setelin arvon, setelin myöntämisen kriteerit ja hyväksymiskriteerit palvelusetelituottajille. Tämän jälkeen kaupunki hyväksyy palvelusetelituottajat ja pitää niistä rekisteriä. Lisäksi kaupunki joko tilaa tai kehittää oman palveluportaalin kotihoidolle. Kaupunki joko valvoo tai hallinnoi palveluportaalin toimintaa riippuen siitä, kenen omistuksessa ja vastuulla palveluportaali on. Myös palveluportaalin mahdolliset käyttöalueet, suppea tietoportaa vai laaja ja integroitu palveluportaali, tulevat vaikuttamaan kotihoidon prosesseihin.

Kotihoidon ja sen järjestämisen prosessi on ensimmäisissä prosessivaiheissa pitkälti sama kuin tälläkin hetkellä. Myönteisen palvelupäätöksen ja hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen jälkeen prosessi muuttuu niiden asiakkaiden kohdalla, jotka hakevat tai joille tarjotaan palveluseteliä. Palvelusetelin lisäksi heille tarjotaan ohjeistusta sen käytöstä, yleistietoja palveluntuottajista ja palveluportaalista, josta löytyy kattavampaa tietoa palveluista ja niiden tuottajista. Asiakas perehtyy palveluportaalin avulla tietoihin ja mahdollisesti muihinkin tietolähteisiin kuten palvelusetelituottajien kotisivuihin. Tämän jälkeen asiakas valitsee itselleen sopivimman palvelusetelituottajan ja tekee tämän kanssa sopimuksen asiakas- ja palvelusuhteen aloittamisesta. Palvelusetelituottaja aloittaa palvelujen tarjoamisen asiakkaalle, vastaanottaa palvelusetelin asiakkaalta ja veloittaa tältä mahdollisen omavastuusuuden, sekä tulouttaa palvelusetelin arvon palvelusetelitä hallinnoi-



van kumppanin tiiltä. Palvelusetelikumppani taas hallinnoi palvelusetelituottajien tilejä ja laskuttaa säännöllisesti kaupunkia palvelusetelillä tuotetuista palveluista seteleiden yhteenlasketuilla arvoilla. Lisäksi se valvoo palvelusetelien käyttöön liittyvää toimintaa ja raportoi tästä säännöllisesti kaupungille ja palvelusetelituottajille. Se myös maksaa palvelusetelikumppanille säännöllisesti kaikista palvelusetelillä tuotetuista kotihoitopalveluista. Palvelusetelillä kotihoitopalveluja saavan asiakkaan jatkuva ja säännönmukainen palvelutarpeen arviointi toteutuu pitkälti kuten tälläkin hetkellä. Palvelusetelimallissa kotihoidon ja sen järjestämisen prosessiin tulevat vaikuttamaan myös tietoteknisiin järjestelmiin, kuten asiakastieto- ja toiminnanohjaus- ja taloushallintojärjestelmiin tehtävät ratkaisut ja integroinnit.



KUVA 9. Prosessikaavio kotihoidosta palvelusetelimallin mukaisesti

7.2.5 Edellytysten luominen palvelusetelimallille

Riittävän paljon kilpailua

Yksityisen kotihoitomarkkinoiden tilanne on sikäli hyvä, että alalla löytyy suuri määrä toimijoita, jotka tarjoavat eri kotona asumista tukevia palveluja. Pääkaupunkiseudulla tarjontaa on paljon ja kilpailutilanne on suotuisa. Olennaista on kuitenkin kilpailutilanteen luominen Vantaan kotihoidon palvelusetelijärjestelmän sisälle eli käytännössä riittävän suuren palveluntuottajamäärän saaminen mukaan.



Palveluntuottajien kiinnostusta lisäävät riittävän korkeat palvelusetelihinnat, riittävät palveluvolyymit, yhteinäiset asiakasryhmät, lyhyet kuljetusmatkat ja kohtuullisina pysyvät hallinnolliset työt. Kumppanuuksien salliminen palvelusetelituottajien kesken, esim. eri palveluissa tai palvelualueilla, alentaa palvelusetelijärjestelmään liittymisen kynnystä, mutta se voi samalla vaikuttaa kielteisesti asiakkaiden hoito- ja palveluketjuihin. Markkinointi- ja viestintäkampanjat pääkaupunkiseudulla toimiville yksityisille kotihoidon palveluntuottajille on myös keino, jolla on mahdollista myötävaikuttaa palvelusetelijärjestelmän sisäiseen kilpailuun.

Riittävän paljon tietoa

Kuten hoiva-asumisessa, myös kotihoidossa asiakkaille on tarjottava riittävästi tietoa tarjolla olevista palveluntuottajista heidän päätöksentekonsa tueksi. Hoiva-asumisen valinnanvapausmallin kohdalla (kappale 7.1.5) kuvatut asiat tarvittavista tiedoista ja käytettävistä keinoista, soveltuvat yhtä lailla kotihoidon palvelusetelimalliin.

Valikoinnin välttäminen

Myös kotihoidon palvelusetelimallassa palveluntuottajia voi velvoittaa hyväksymään asiakkaisiin kaikki kyseiseen palveluseteliin oikeutetut henkilöt. Tälle on parhaimmat edellytykset silloin, kun palveluseteliasiakkaat ovat ominaisuuksiltaan tarpeeksi yhtenäisiä. Riittävä palvelutarjonta eli kilpailu vähentää myös asiakkaiden valikoimista. Palveluntuottajien mahdollisuuksia harjoittaa valikointia, voi vähentää myös siten, että niille kootut ns. palvelupaketit kattavat sekä enemmän että vähemmän houkuttelevia osioita. Esimerkiksi paketoimalla yhteen palvelualueita (jos asukastiheydessä on alueellisia eroja) tai palveluaikoja (jos tarjolla on päivä-, ilta-, yö- ja viikonloppuvuoroja). Vaihtoehto paketoinnille on hinnoitella esim. eri palvelualueita tai palveluaikoja valikointia vähentävällä tavalla.

7.3 Henkilökohtainen budjetointi vammaispalveluissa

Vammaispalveluissa on pilotoitu henkilökohtaista budjetointia ensimmäisten toimijoiden joukossa Suomessa. Kyseessä oli Kehitysvammaliiton ja Kehitysvammaisten Palvelusäätiön ”Tiedän mitä tahdon!” -hanke, joka käynnistyi Vantaan lisäksi EKSOTE:ssa (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus) syksyllä 2011. Hanke päättyi joulukuussa 2013.

Hanke oli Vantaalla kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa hanke kohdennettiin vantaalaisille työ- ja päivätoimintapalvelujen käyttäjille. Mukaan valittiin haastattelujen perusteella seitsemän kehitysvammaista osallistujaa ja heidän läheisiään. Toisessa vaiheessa rajausta tiettyihin palveluihin ei enää tehty, vaan hanke laajennettiin koskemaan muitakin vammaispalveluja. Mukaan toiseen vaiheeseen valittiin 12 vammaista henkilöä.

Henkilökohtainen budjetti on tähän mennessä myönnetty Vantaalla viidelle henkilölle. Määrä on vähäinen, koska ensisijaisesti asiakkaiden toiveet on toteutettu ja tarpeet täytetty omaa palvelutuotantoa muokkaamalla ja yksilöllisiä, joustavia ratkaisuja tekemällä. Henkilökohtaisen budjetoinnin perustana vammaispalveluissa on yksilökeskeinen suunnittelu, jonka avulla henkilön oma määrittelyvalta esimerkiksi palvelusuunnitelman laadinnassa vahvistuu. Yksilökeskeisyydellä tarkoitetaan huomion kohdentamista palvelun käyttäjien toiveisiin, tarpeisiin ja voimavaroihin - ei puutteisiin tai vajavuuksiin. Mikäli henkilön toiveena on tavallisella työpaikalla työskentely tai itsenäisempi asuminen, kartoitetaan niitä keinoja ja tukitoimia, joiden avulla haaveet voidaan toteuttaa sen sijaan, että todettaisiin henkilön puutteellisten valmiuksien estävän näiden haaveiden toteutumisen. Yksilökeskeisestä työotteesta onkin hankkeen myötä tullut perusta kaikkeen omaan palvelutuotantoon ja palvelujen suunnitteluun.



Asiakkaat ovat käyttäneet budjettinsa esimerkiksi avustavan henkilön hankintaan, opiskelumaksuihin tai auton apuvälineisiin. Käytännössä asiakas on vaihtanut jonkin hänelle myönnetyn palvelun toiseen, esimerkiksi työ- ja päivätoimintapäivän hinnalla asiakas on palkannut itselleen avustavan henkilön, jonka avulla on voinut toteuttaa itselleen tärkeitä ja mielekkäitä asioita, esimerkiksi maatalan töitä tai tavallisella työpaikalla työskentelyä. Päivätoimintapäivän hinnalla asiakas voi saada kahdesta kuuteen tuntia avustavan henkilön tukea haluamaansa toimintaan. Hankkeen aikana henkilökohtaista budjetointia sovellettiin työ- ja päivätoimintaan, tilapäishoitoon sekä kuljetuspalveluun.

Henkilökohtainen budjetointi on Vantaalla kustannusneutraali palvelujen järjestämistapa, eli budjetin määrä on joko samalla tai alhaisemmalla tasolla kuin henkilölle aiemmin myönnetyn palvelun kustannukset. Esimerkiksi asiakkaan valitsema maksullinen opiskelu tuli kunnalle edullisemmaksi kuin perinteisellä tavalla järjestetty toiminta. Samalla asiakas pystyi toteuttamaan haaveensa opiskelusta ja parantamaan mahdollisuuksiinsa työllistyä. Laadullisena tuloksena onkin ollut asiakkaiden valinnanvapauden ja itsemääräämisen kasvun lisäksi asiakkaiden uudenlainen, itsenäisempi toiminta ja lisääntynyt osallisuus.

Vanhus- ja vammaispalvelujen tulosalueella asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen on keskeinen strateginen tavoite. Yksilökeskeisen työotteen avulla pystytään useimmiten räätälöimään asiakkaille sopivat palvelut, mutta aina oikeaa palveluratkaisua ei onnistuta löytämään perinteisin tavoin järjestettynä. Henkilökohtaisen budjetoinnin avulla voidaan myöntää asiakkaalle sellainen palvelu, joka ei kuulu nykyiseen palveluvalikoimaan, mutta joka soveltuu asiakkaalle paremmin ja jolla voidaan korvata muu perinteinen palvelu kustannusneutraalisti. Kunta hallinnoi palveluvalikkoa eikä rahaa myönnetä asiakkaalle suoraan. (Liite 1.)

Vammaispalveluissa on halukkuutta jatkaa henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilua palvelujen järjestämisessä vuosina 2014–2015. Tällöin vammaispalveluja käyttävillä kuntalaisilla on vapaus valita perinteisellä tavalla järjestetty palvelu tai itselle paremmin sopivampi vaihtoehto. Samalla vammaispalveluissa saadaan lisää kokemuksia henkilökohtaisen budjetoinnin soveltuvuudesta palvelujen järjestämiseen. Tähän mennessä saatujen kokemusten perusteella henkilökohtainen budjetointi on kustannustehokas, toimiva ja asiakaslähtöinen palvelujen järjestämistapa silloin, kun henkilölle ei perinteisestä palveluvalikosta löydy oikeanlaisia palveluja.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET

Asiakkaan valinnanvapauden ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollossa sisältyy sekä valtakunnallisiin että Vantaan kaupungin strategioihin. Tässä raportissa asiakkaan valinnanvapaudella on ymmärretty lähinnä asiakkaan ratkaisuvalltaa sitä, kuka asiakkaan palvelut tuottaa. Raportissa esitetyssä teoreettisessa mallissa asiakkaan valinnanvapaus on liitetty palvelutuottajien väliseen kilpailuun asiakkaista. Malli edellyttää näennäismarkkinoiden luomista, jolloin raha seuraa asiakasta.

Raportissa on ensin tarkasteltu asiakkaan valinnanvapauden nykytilaa vanhus- ja vammaispalveluissa. Asiakkaan näkemystä palvelun sisällöstä ja tuottajasta saatetaan tiedustella, mutta sillä on tällä hetkellä vähäinen merkitys, koska julkinen palvelutuotanto ja kilpailutettujen palvelujen osto-ohjeet ohjaavat vahvasti palvelujen tuottajan valintaa. Myös palvelukapasiteetin (myös yksityinen) korkea käyttöaste rajaa valinnanmahdollisuuksia hoiva-asumisen palveluissa. Vanhuspalveluissa käytössä oleva palveluseteli ei ole ollut kovin suosittu joko huonon markkinoinnin tai asiakkaalle koituvan normaalia palvelutuotantoa korkeamman maksuosuuden takia.

Esimerkit ulkomailta osoittavat, että asiakkaan valinnanvapauden lisäämisellä voi olla myönteisiä seurauksia palvelun laatuun, palvelun oikeudenmukaiseen kohdentumiseen sekä kustannuskehitykseen.



Tässä raportissa esille tuotujen tietojen ja arvioiden mukaisesti työryhmä ehdottaa asiakkaiden valinnanvapauden lisäämiseksi vanhus- ja vammaispalveluissa seuraavaa:

- asiakkaiden valinnanvapautta lisäävä raportissa kuvattu toimintamalli hoiva-asumisen palveluissa otetaan käyttöön ensisijaisena palvelujen tuotantomallina vuoden 2016 alusta alkaen
- palveluseteli otetaan esitetyissä toiminnoissa käyttöön kotihoidossa normaalituotantoa täydentävänä palveluna vuoden 2015 alusta alkaen ja tämä huomioidaan kotihoidon kilpailutuksessa
- henkilökohtaisen budjetin pilotointia jatketaan vammaispalveluissa

Ennen kuin edellä esitetyt muutokset toteutetaan, seuraavat asiat tulee ratkaista:

- sähköinen ostopalvelu- ja palveluseteliportaali hankittava
- valinnanvapaus- ja palvelusetelimallia tukeva laskutusjärjestelmä
- luotava valinnanvapaus-/palvelusetelimallia tukeva palveluohjauksen toimintamalli
- ratkaistava kaupungin omien yksiköiden (sisältäen Kaunialan) asema valinnanvapausmallissa
- asiakkaan maksaman vuokran huomioiminen hoiva-asumisen asiakasmaksuperusteissa

Yllä esitetyt toimenpide-esitykset ovat alustavia, linjaavia ja kunkin toimintamallin tarkemmat periaatteet ja säännöt tuodaan sosiaali- ja terveyslautakuntaan erikseen hyväksyttäväksi.



9 LÄHTEET

Alakeson, V. 2010. International Developments in Self-Directed Care. The Commonwealth Fund 78 (1370), 1–12. Luettavissa:

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Feb/1370_Alakeson_intl_devel_selfdirected_care_ib_v2.pdf

Aronkylä, T. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskusten kehityssuunnat Euroopassa - Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia. Sitran selvityksiä 16. Helsinki: Sitra. Luettavissa:

<http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2016.pdf>

Erhola, M., Jonsson, P. M., Pekurinen, M. & Teperi, J. 2013. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Luonnos 3.10.2013. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

Luettavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/344caaad-2793-4b73-a350-2fa3a00f192d>

Hatton, C. & Waters, J. 2011. The National Personal Budget Survey. June 2011. In Control, Lancaster University. Luettavissa:

<http://www.in-control.org.uk/media/92851/national%20personal%20budget%20survey%20report.pdf>

Koskiahho, B. 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009).

Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992).

Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011).

Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110922>

Le Grand, J. 2007. The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition. Princeton University Press.

Le Grand, J. 2009. Choice and competition in publicly funded health care. Health Economics, Policy and Law, nro. 4, s. 479–488. Cambridge University Press.

Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). 2013. Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm University: Department of Social Work. Luettavissa:

<http://www.normacare.net/wp-content/uploads/2013/09/Marketisation-in-nordic-eldercare-webbversion-med-omslag1.pdf>

Paasoara, K., Melin, T., Tuominen-Thuesen, M. & Juntunen, E. 2012. Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa. Kokemuksia Ruotsin ja Suomen käytännöistä. Sitran julkaisuja. Helsinki: KL-Kustannus Oy.

Luettavissa: <http://www.sitra.fi/julkaisu/2012/valinnanvapaus-perusterveydenhuollossa>

Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen vanhus- ja vammaispalveluissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus
10.6.2014



Patronen, M., Melin, T., Tuominen-Thuesen, M., Juntunen, E., Laaksonen, S. & Karikko, W. 2012. Henkilökohtainen budjetti. Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa. Sitran julkaisu. Helsinki: KL-Kustannus Oy. Luettavissa: <http://www.sitra.fi/julkaisut/sitra298.pdf>

Sandlund, K. 2012. Palvelusetelijärjestelmä & Vapaavalintajärjestelmä. Kahden asiakasvalintaan perustuvan palvelujärjestelmän vertailu ja arviointi. Esitys 2012.

Sandlund, K. 2012. Private Home Care in Municipal Service Systems – A Case Study among Finnish and Swedish Municipalities. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto.

Sitra. 2011. Palvelusetelin käyttöönoton käsikirja. Sitran palvelusetelihanke 8.2.2011. Sitran selvityksiä 49. Helsinki: Sitra.

Luettavissa: <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2049.pdf>

Sosiaalihuoltolaki (710/1982). Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Sveriges kommuner och landsting, SKL. 2013. Kommuner och valfrihetssystem – oktober 2013. Luettavissa: http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=d3a2ac2d-dba7-464a-8fb5-58aca7fff69e&FileName=Kommuner+och+valfrihetssystem+okt+2013%2c+kartor+liggande+vit%2c+ver+2.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010). Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2012. Hoivayrittäjyys Ruotsissa – mahdollisuus suomalaisille yrityksille. HYVÄ-ohjelma. Luettavissa:

http://www.tem.fi/files/32395/3.TEM_ESITE_Hoivayrittajyys_Ruotsissa_SU.2012.pdf

Vantaan kaupunki. 2012. Talouden tasapainottamis- ja velkaohjelma 10.5.2012. Luettavissa:

http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/78175_Talouden_tasapainottamis- ja_velkaohjelma_10.5.2012.pdf

Vantaan kaupunki. 2013a. Talousarvio 2013, taloussuunnitelma 2014–2017. Luettavissa:

http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/84144_strategiaosa.pdf

Vantaan kaupunki. 2013b. Valtuustokauden strategia 2013–2016. KV 17.6.2013. Luettavissa:

http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/90249_Valtuustokauden_strategia_2013-2016_17.6.2013.pdf



LIITTEET

Liite 1: Toimintaohje henkilökohtaiseen budjetointiin vammaispalvelujen tulosyksikössä



Vantaa

Vantaan kaupunki
Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala
Peltolantie 2 D, 00130 Vantaa
