

VATT-KESKUSTELUALOITTEITA
VATT-DISCUSSION PAPERS

85

VANHUSTEN-
HUOLLON
PALVELUT
- KILPAILUA
JA VALINNAN-
VAPAUTTA

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus
Government Institute for Economic Research
Helsinki 1995

ISBN 951-561-121-0

ISSN 0788-5016

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Government Institute for Economic Research

Hämeentie 3, 00530 Helsinki, Finland

J-Paino Ky

Helsinki, helmikuu 1995

VANHUSTENHUOLLON PALVELUT - KILPAILUA JA VALINNANVAPAUTTA. Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen vanhuspalvelujen työryhmän loppuraportti. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Government Institute for Economic Research, 1995. (C, ISSN 0788-5016, No 85) ISBN 951-561-121-0.

TIIVISTELMÄ: Väestön ikärakenteen muutoksista johtuen vanhustenhuollon palvelujen kysyntä tulee Suomessa kasvamaan. Samaan aikaan joudutaan karsimaan julkisia menoja. Kokemuksia markkinaperusteisista malleista, kuten palveluseteleistä ja tilaaja-tuottajamallista on vanhustenhuollossa vielä vähän, joten yleistettäviä johtopäätöksiä näiden pohjalta ei voida suorittaa. Uusista tuotantotavoista tarvitaan kokeilutoimintaa. Kokeiluista saatavien kokemusten perusteella on mahdollista arvioida uusien tuotantotapojen laajempaa käyttöönottoa. Työryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistäisi yhteistyössä kuntien ja muiden yhteistyötahojen kanssa kokeilun, jossa selvitetään palvelusetelien käyttöä vanhustenhuollon palveluissa. Kokeilun kautta saataisiin tietoa palvelusetelien erilaisista soveltamistavoista, järjestelmän eduista ja haitoista sekä kustannusvaikutuksista. Samalla ehdotetaan, että palvelusetelien käyttöönottoon liittyvät lainsäädännölliset epäselvyydet poistettaisiin.

ASIASANAT: vanhuspalvelut, palvelusetelit, tilaaja-tuottajamallit, valinnanvapaus

VANHUSTENHUOLLON PALVELUT - KILPAILUA JA VALINNANVAPAUTTA. Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen vanhuspalvelujen työryhmän loppuraportti. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Government Institute for Economic Research, 1995. (C, ISSN 0788-5016, No 85) ISBN 951-561-121-0.

ABSTRACT: Owing to changes in the age structure of the population, demand for services for the elderly in Finland is set to increase. At the same time public expenditure will have to be trimmed. So far there is little experience in geriatric care of market-based models such as vouchers or the purchaser-supplier model, hence it is not possible to draw any generalized conclusions. Experimental results first need to be gathered from these new methods. When experience has been gained it will be possible to evaluate the feasibility of introducing new methods on a wider basis. The working group proposes that the Ministry of Social Affairs and Health should initiate an experiment in conjunction with the local authorities and other bodies to investigate the feasibility of using a voucher system in geriatric services. The experiment would provide information on different ways of implementing vouchers, the benefits and drawbacks of the system and the cost effects. It is also proposed that the legal ambiguities relating to the introduction of vouchers should be removed.

KEY WORDS: geriatric services, voucher, purchaser-supplier model, freedom of choice

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	7
2. VÄESTÖN VANHENEMINEN JA PALVELUTARPEIDEN ENNAKOITU KEHITYS	9
3. VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN JULKINEN RAHOITUS JA KELAN MAKSAMAT ETUUDET	11
4. PALVELUMUOTOJEN JA NIIDEN KUSTANNUSTEN VIIMEAIKAINEN KEHITYS SEKÄ ARVIOITU KUSTANNUSKEHITYS	14
5. MARKKINAOHJAUSTA SISÄLTÄVÄT PALVELUTUOTANTOMALLIT VANHUSTENHUOLLOSSA	19
5.1. Mallit yleensä - mitä ne ovat ?	19
5.2. Mallien tämänhetkinen käyttö vanhustenhuollossa	21
5.2.1. Käytön laajuus	21
5.2.2. Markkinaohjausta sisältäviä palvelutuotantoversoellutuksia vanhustenhuollossa	23
6. MARKKINAPERUSTEISET TUOTANTOSOVELLUTUKSET ULKOMAILLA	26
7. MARKKINAOHJAUKSEN LAAJEMPI SOVELTAMINEN VANHUSPALVELUIHIN	31
7.1. Lainsäädännön esteet uusien mallien käyttöönotolle	31
7.2. Asiakkaan ja omaisten asema sekä laadun valvonta	33
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET	35
LIITTEET	
Liite 1. Arvio vanhusten hoivapalvelujen suoritteista ja kustannuksista vuonna 1992, sosiaalitoimen ostopalvelut mukaanlukien	36
Liite 2. Asiakasmaksujen, Kelan maksamien etuuksien ja verotuksen yhteisvaikutus vanhusten kannalta Kirkkonummella	37
LÄHTEET	41

1 JOHDANTO

Hyvinvointipalveluissa vanhusten sosiaali- ja terveydenhuoltoon lukeutuvien hoivapalvelujen suhteellinen merkitys korostuu entisestään lähivuosikymmenien aikana, kun vanhusten osuus koko väestössä nopeasti lisääntyy. Muiden Euroopan kehittyneiden ja harmaantuvien maiden mukaisesti kysymys vanhuspalvelujen tulevaisuuden järjestämisestä nousee siten sekä eettisesti että taloudellisesti keskeiseksi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi myös Suomessa. Väestön ikärakenteen vanhenemisen ohella myös mittava julkisen talouden kustannuskriisi pakottaa pohtimaan vanhuspalvelujen uusia tuotantotapoja.

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus asetti 14.1.1994 julkisten palvelujen tuotannon ja jakelun markkinaperusteista ohjausta koskevan tutkimus- ja kehittämishankkeen. Kehittämishankkeen määräajaksi asetettiin 31.12.1994.

Markkinaperusteisten mallien alustava kehittämis- ja arviointityö on tapahtunut hankkeelle asetetun johtoryhmän alaisuudessa projektiryhmässä ja neljässä työryhmässä: lasten päivähoitopalvelujen, vanhuspalvelujen, terveys- ja sairaanhoitopalvelujen sekä koulutuspalvelujen työryhmissä. Hankkeen yhteenvetoraportin lisäksi julkaistaan erikseen työryhmien laatimat selvitykset. Käsillä oleva vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käsittelevä selvitys on laadittu vanhuspalvelujen työryhmässä.

Vanhuspalvelujen työryhmän tehtävänä on toimeksiannon mukaisesti ollut:

- selvittää kotimaisia ja ulkomaisia kokemuksia julkisen palvelutuotannon markkinaperusteisten ohjausmallien soveltamisesta vanhuspalvelutuotannon eri aloilla,
- analysoida uusien ohjausmallien soveltamistapauksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä, sekä menestyksellisen soveltamisen edellytyksiä ja soveltamiseen liittyviä riskejä,
- kartoittaa lainsäädäntöön ja ohjausjärjestelmiin liittyviä tekijöitä, jotka estävät markkinaperusteisen ohjauksen hyväksikäyttöä ja tehdä ehdotuksia niiden korjaamiseksi, sekä
- muodostaa em. menestys- ja uhkatekijät huomioon ottaen markkinaohjauksen soveltamisen toimintamalleja.

Markkinaohjaukseen perustuvien tuotantotapojen käyttöönotto on vanhustenhuollon palveluissa vasta alussa sekä kotimaassa että ulkomailla. Tämä käy ilmi työryhmän suorittamasta selvityksestä, joka perustuu lähinnä palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallisovellutusten läpikäyntiin.

Suomessa uusien tuotantotapojen käyttöönottoa on osaltaan hidastanut lainsäädäntöön liittyvät tulkintaerimielisyydet. Tässä työryhmäraportissa ei varsinaisesti käsitellä markkinaohjauksen soveltamisen edellytyksiä ja mahdollisia riskitekijöitä, vaan niitä on erikseen käsitelty yhteenvetoraportissa.

Jotta vanhusten hoivapalvelujen tarpeen ja käytön kasvusta saataisiin jonkinasteinen arvio, työryhmän laatimassa muistiossa tarkastellaan aluksi väestön vanhenemista sekä vanhusten toimintakykytutkimusten perusteella johdettua palvelutarpeen kehitystä ja palvelujen kustannuskehitystä vuoteen 2030 asti (luvut 2 ja 4). Palvelujen määrää ja kustannuksia koskevat skenaariot perustuvat Stakesissa laadittuihin arvioihin. Luvussa 3 kuvataan vanhusten sosiaali- ja terveydenhuoltoon lukeutuvien hoivapalvelujen julkiset rahoituslähteet ja rahoituksen suuruus sekä rahoittajien että palveluja käyttävien asiakkaiden näkökulmasta.

Luvussa 5 selvitetään, missä laajuudessa markkinaohjausta sisältäviä vanhuspalvelujen toimintamalleja on otettu käyttöön kotimaassa ja ulkomailla. Muutaman esimerkkikunnan avulla pyritään havainnollistamaan uusien tuotantotapojen keskeiset ominaispiirteet. Ulkomaisia sovellutuksia käsitellään luvussa 6.

Markkinaohjauksen laajempi soveltaminen vanhustenhuoltoon lukeutuviin julkispalveluihin edellyttää kokeilujen käynnistämistä ja vallitsevan lainsäädännön mukauttamista uuteen toimintaympäristöön. Palvelujärjestelmien monipuolistaminen edellyttää lainsäädännön tarkistamista myös asiakkaan aseman ja sosiaalihuollon valvonnan osalta. Näitä ongelmia tarkastellaan lähemmin luvussa 7. Työryhmän johtopäätökset ja esitykset käyvät ilmi luvussa 8.

Vanhuspalvelutyöryhmän puheenjohtajana on toiminut erikoistutkija Jukka Palokangas valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta. Työryhmän jäseninä ovat olleet johtava asiantuntija Markku Houni Suomen Kuntaliitosta, ylitarkastaja Anne Metsola sosiaali- ja terveysministeriöstä, tutkija Lauri Narinen sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, erikoistutkija Marja Vaarama sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta ja erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes Suomen Kuntaliitosta.

2 VÄESTÖN VANHENEMINEN JA PALVELUTARPEIDEN ENNAKOITU KEHITYS

Suomen väestö on tällä hetkellä Euroopan nuorimpia, sillä vain noin 14 % on 65 vuotta täyttäneitä. Yli 75 vuotiaita on noin 6 % väestöstä. Kuntien väliset erot vanhusten määrässä ovat kuitenkin suuret (3 - 30 % kuntien asukasmäärästä).

Väestö vanhenee Suomessa tulevina vuosikymmeninä nopeasti. Vuonna 2010 jo noin joka viidennen ja vuonna 2030 joka neljännen suomalaisen arvioidaan olevan yli 65-vuotias. Samanaikaisesti kun vanhusten osuus koko väestössä lisääntyy, myös vanhusväestö ikääntyy (taulukko 1).

Taulukko 1. Vanhusväestön osuus koko väestöstä, %

	65 - 69 v.	70 - 74 v.	75 - 79 v.	80 - v.	Yhteensä
1992	4,5	3,5	2,7	3,1	13,8
1994	4,6	3,8	2,6	3,2	14,1
2000	4,3	4	3,1	3,4	14,9
2010	5,4	4,1	3,2	4,2	17
2020	6,7	6,6	4,2	4,6	22,1
2030	6,5	5,9	5,3	6,7	24,4

Lähde: Tilastokeskuksen omavaraisväestöennuste vuodelta 1993

Suomalaisten toimintakykytutkimusten mukaan vanhusten palvelutarve ei vähene tulevaisuudessa *). Palvelujen tarve saattaa väestön parantuneen terveystason myötä siirtyä alkamaan myöhemmin ikävuosina, mutta raihnaisuuden kausi voi vastaavasti kestää pidempään. Vanhusten toimintakyvyn vajausta kompensoidaan sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla, mutta tarvitaan myös ennaltaehkäisevää toimintaa, jotta väestörakenteen muutoksen mukanaan tuomiin hasteisiin voidaan vastata. Tämä korostaa koko vanhuspolitiikan suurta merkitystä kansantalouden kannalta ja nostaa uusien toimintamallien etsinnän ja palvelutuotannon tehokkuuden parantamisen keskeiseksi kehittämistehtäväksi.

Kun vanhusväestön määrä kasvaa erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä, se merkitsee myös dementoituneiden vanhusten ja siten työvoimaintensiivisen hoivatarpeen eli ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun tarpeen kasvua.

*) Tässä esitettävät vanhusten palvelutarpeita koskevat arviot perustuvat suomalaisiin tutkimuksiin (mm. Suutama ym. 1988, Sihvo 1988, Kaukonen ja Takkunen 1991, Aromaa ym. 1989, Gothoni 1990 ja Hakanen 1991)

Vanhusten toimintakykyarvioihin perustuvien tutkimustulosten mukaan noin 30 - 40 % yli 65-vuotiaista tarvitsee jotakin apua selviytymisessään. 75 vuotta täyttäneistä noin joka toinen tarvitsee ainakin joskus ulkopuolista apua, joka kolmannen avun tarve on jatkuvaa, huomattavaa ja säännöllistä ja joka kymmenennen runsasta ja päivittäistä. Avun tarve kasvaa ikääntymisen myötä niin, että yli 80 -vuotiaista jo noin joka viides tarvitsee paljon apua päivittäin. Jos oletetaan vanhusväestön suhteellinen palveluntarve tulevaisuudessakin samanlaiseksi, tulee sekä apua yleensä tarvitsevien että runsaasti apua tarvitsevien vanhusten määrä noin kaksinkertaistumaan nykyisestä vuoteen 2030 mennessä (taulukko 2).

Taulukko 2. Avuntarpeessa olevien vanhusten määrän arvioitu kehitys toimintakykytutkimusten perusteella vuosina 1992-2030

Avun tarve	1992	2000	2010	2030
Yleensä (30-40 % yli 65 v. väestöstä)	208 000-	226 000-	255 000-	343 000-
	228 000	301 000	340 000	457 000
Jatkuvasti paljon (30 % yli 75 v. väestöstä)	87 000	98 000	111 000	166 000
Päivittäin paljon (20 % yli 80 v. väestöstä)	29 000	33 000	37 000	55 000

Lähde: Vaarama M. 1995.

3 VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN JULKINEN RAHOITUS JA KELAN MAKSAMAT ETUUEDET

Vanhustenhuollon julkinen rahoittaminen tapahtuu valtion, kuntien, Kansaneläkelaitoksen ja osittain myös Raha-automaattiyhdistyksen toimesta. Vuonna 1992 kuntien tuottamista ja ostopalveluina hankkimista vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon hoivapalveluista aiheutui 10,6 miljardin markan kustannukset (pl. pääomakustannukset). Näistä kustannuksista noin neljäsosa aiheutui avohoidon palveluista ja loput laitoshoidosta. Vuoden 1993 osalta vastaavia kustannustietoja ei ole saatavissa, koska tilastoviranomaiset eivät ole poikkeuksellisesti keränneet kyseisen vuoden tietoja.

Vanhuspalvelujen muodot ovat moninaiset (taulukko 3). Kuntien itse tuottamat tai vaihtoehtoisesti ostopalveluina hankkimat laitoshoidon luettavat palvelut koskevat lähinnä vanhainkoteja sekä terveyskeskussairaaloissa ja psykiatrisissa sairaaloissa annettavaa pitkäaikaishoitoa. Vanhusten avohoitopalveluihin luetaan lähinnä kotipalvelu ja kotisairaanhoido, erilaiset tukipalvelut, omaishoidontuki, palvelu- ja päiväkeskukset, palveluasunnot, terveysneuvontapalvelut ja päiväsairaanhoido.

Taulukko 3. Vanhustenhuollon palvelujen ja tulonsiirtoina annettavien tukimuotojen kokonaiskustannukset vuonna 1993, milj. mk

(kunnallisten palvelujen osalta kustannukset ovat vuodelta 1992, koska vuoden 1993 kustannustietoja ei ole keskitetysti kerätty)

	Avohoidon kustannukset	Laitoshoidon kustannukset
<u>Kuntien palvelut (ml. ostopalvelut)</u>		
(pl. pääomakustannukset)		
Kotipalvelu	1 347	
Tukipalvelut	229	
Omaishoidontuki	175	
Palvelu- ja päiväkeskukset	188	
Palveluasunnot	150	
Vanhainkodit		3 326
Terveysneuvontapalvelut	38	
Kotisairaanhoido	579	
Päiväsairaanhoido	39	
Pitkäaikainen laitoshoido		
terveyskeskussairaaloissa:		
- yleislääkärijohtoiset		3 430
- erikoislääkärijohtoiset		668
Psykiatristen sairaaloiden		
pitkäaikaishoido		457
Yhteensä	2 745	7 881
<u>Kelan maksamat tuet</u>		
Hoitotuki	723	
Asumistuki	538	
Kansaneläkkeen lisäosa	7 244	
Lääkekorvaukset (yli 64-v. osalta)	875	
Yhteensä	9 380	
<u>Raha-automaattiyhdistyksen</u>		
<u>avustustoiminta</u>		
Palveluasunnot	225	
Palvelu- ja päiväkeskukset	26	
Kotipalvelu	12	
Yhteensä	263	

Lähteet: Vaarama M. 1995, Kela ja Raha-automaattiyhdistys.

Kelan eläkkeensaajille maksamista etuuksista eläkkeensaajien hoitotuella pyritään tukemaan sairaan ja vammaisen eläkkeensaajan kotona asumista ja siellä tapahtuvaa hoitoa sekä korvaamaan eläkkeensaajalle sairaudesta tai vammaisuudesta aiheutuvia erityiskustannuksia. Hoitotuen saaminen edellyttää, että eläkkeensaajan toimintakyky on alentunut yhdenjaksoisesti ainakin vuoden ajan. Vuonna 1993 hoitotukea maksettiin kaikkiaan 723 miljoonaa markkaa. Kelan myöntämä asumistuki, kansaneläkkeen lisäosa ja lääkekorvaukset voidaan maksaa eläkkeensaajille, joita ei hoideta pitkäaikaisessa kunnallisessa laitoshoidossa.

Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminta vanhustenhuoltoon liittyy lähinnä palveluasuntojen ja palvelukeskusten investointien tukemiseen sekä kotipalvelu- ja päiväkeskustoiminnan projektiluonteiseen tukemiseen. Vuonna 1993 avustuksia maksettiin kaikkiaan 263 miljoonaa markkaa.

Vanhusten kannalta kolmen julkisen rahoituslähteen järjestelmä merkitsee, että varsinkin avopalveluissa vanhukset voivat olla samanaikaisesti useamman tuki- ja palvelujärjestelmän piirissä. Kunnallista tai järjestöjen ylläpitämää ja Raha-automaattiyhdistyksen tukemaa kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa saavat vanhukset voivat samanaikaisesti saada Kelalta mm. hoitotukea. Hoitotukeen voivat olla oikeutettuja myös vanhukset, joita hoidetaan omaishoidontuen avulla.

Samanaikaisten palvelu- ja etuusjärjestelmien merkitystä voidaan tarkastella myös asiakkaiden eli vanhusten käytettävissä olevien tulojen näkökulmasta. Tulosidonnaisten palvelumaksujen lisäksi on otettava huomioon tulosidonnaisten tulonsiirtojen ja progressiivisen verotuksen yhteisvaikutukset.

4 PALVELUMUOTOJEN JA NIIDEN KUSTANNUSTEN VIIMEIKAINEN KEHITYS SEKÄ ARVIOITU KUSTANNUSKEHITYS *)

Muihin Euroopan maihin verrattuna korkeahko laitoshoidon, mutta myös kotipalvelun kattavuus olivat vuonna 1992 Suomen vanhuspalvelujen peruspilarit. Keskeisin muutostrendi vuodesta 1988 vuoteen 1992 on ollut kattavuuden ja suoritteiden lisääntyminen avopalveluissa ja väheneminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Terveystenhoitoon pitkäaikaishoidon määrä on vähentynyt, mutta avopalvelujen osuus säilynyt suhteellisesti ennallaan.

Sosiaalitoimessa erityisesti tukipalvelujen ja vanhusten päiväkeskustoiminnan kasvu on ollut suhteessa suurta. Kotipalvelussa on alkanut rakennemuutos, jossa kodinhoitoapu kohdennetaan entistä iäkkäimmille ja eniten tarvitseville vanhuksille ja muiden avuntarve tyydytetään tukipalveluin. Kodinhoitoapua saavien asiakkaiden määrä on pudonnut suhteessa vanhusväestön määrään yli viidenneksellä, mutta annetun avun määrä asiakasta kohti on kasvanut lähes puolella.

Vuosien 1988 - 1992 välillä tilastot osoittavat noin 6 400 paikan vähenemistä vanhusten pitkäaikaishoidosta, joista yksistään 5 000 erikoissairaanhoidossa. Samalla yleislääkärijohtoiset pitkäaikaispaikat ovat lisääntyneet runsaalla 2 000:lla. Siten osa muutoksesta selittyy erikoislääkärijohtoisten terveyskeskussairaaloiden muuttamisella yleislääkärijohtoiseksi. Todellinen nettovähennys näyttääkin tapahtuneen psykiatristen sairaaloiden pitkäaikaishoidossa, josta on vähentynyt arviolta 3 000 paikkaa. Sosiaalitoimessa vanhainkotien pitkäaikaispaikkojen määrän vähentyminen kompensoituu palveluasuntojen määrän lisääntymisenä 2 800:lla. Kehitys viittaa selkeään substituutiopoliittikkaan, missä kalliimpia ja pääomaintensiivisempiä hoivamuotoja kompensoidaan halvemmilla. Kuitenkin ajalla 1988-1992 vanhusten pitkäaikaishoidosta näyttää hävinneen runsaat 2 000 paikkaa, joita ei ole kompensoitu halvemmilla pysyväsairaanhoidon ratkaisulla. Tämä näkyy sosiaalitoimen tukipalvelujen ja päiväkeskustoiminnan kasvukäyrissä.

Kaikkiaan vanhuspolitiikan kokonaiskustannukset olivat eläkemenot ja tulonsiirrot mukaanlukien vuonna 1992 noin 55 miljardia markkaa eli noin kolmasosa sosiaalimenosta ja vajaa 12 % bruttokansantuotteesta. Arviolta noin kolmannes näistä kustannuksista oli vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia (Raassina). Vanhusten erilaisiin avo- ja laitoshoidon hoivapalveluihin käytettiin vuonna 1992 noin 10,7 miljardia markkaa (pl. pääomakustannukset) eli 16 587 mk / 65 vuotta täyttänyt.

*) Tässä luvussa esitetyt kustannuslaskelmat ja skenaariot perustuvat lähteeseen: Vaarama M. 1995.

Vanhusten hoivapalvelujen rakenne oli kustannusosuuksilla mitaten vuonna 1992 edelleen laitoshoitopainotteinen, sillä vanhusten sosiaalipalvelumenoista 61 % ja terveydenhuollon hoivapalvelujen menoista noin 87 % aiheutui pitkäaikaishoidosta (liite 1).

Vanhusten hoivapalvelujen kokonaiskustannukset ovat kasvaneet vajaat 3 miljardia markkaa vuodesta 1988 vuoteen 1992. Lisäyksestä runsaat 1,7 miljardia (57 %) on tapahtunut sosiaalitoimen menoissa. Edellä todettiin sosiaalitoimen suurimmaksi osaksi vastanneen laitoshoidon purkua kompensoivien avopalvelujen kehittämisestä. Sen sijaan ei mitään suurempaa muutosta näytä ostopalveluiden osuudella tarkastellen ainakaan sosiaalitoimessa tapahtuneen, vaikka kuntien ostopalveluina hankkimien palvelusuoritteiden osuus onkin lisääntynyt erityisesti tukipalveluissa. Ostopalvelujen suhteellinen osuus vanhusten sosiaalipalvelujen kokonaiskustannuksista oli vuonna 1992 noin 8 %, kun se vuonna 1988 oli noin 11 %.

Kokonaiskustannuskehitystä tarkasteltaessa päähavainto on, että kustannukset avopalveluissa ovat lisääntyneet, terveydenhuollon laitoshoidossa laskeneet ja vanhainkodeissa hieman nousseet. Palvelujen suhteellista kattavuutta erityisesti pitkäaikaisessa laitoshoidossa on supistettu. Kokonaissästät ovat kuitenkin jääneet vähiin yksikkökustannusten muutoksista johtuen. Yksikkökustannusten kehitys osoittaa, että ne nousivat tarkasteluajanjaksolla huomattavasti yli rahanarvon muutoksen erityisesti erikoissairaanhoidossa (taulukko 4). Myös muissa palvelumuodoissa yksikkökustannukset nousivat merkittävästi.

Taulukko 4. Vanhusten keskeisten hoivapalvelujen keskimääräiset yksikkökäyttökustannukset sekä niiden reaalin muutos vuosina 1988 ja 1992 (deflaattoreina käytetty julkisten menojen hintaindeksejä)

Palvelu	Yksikkökustannus		Muutos reaalisesti 1988 - 1992 (%)
	1988	1992	
Kodinhoitoapu mk / käynti	159	194	- 6
Tukipalvelut mk / asiakas / v.	956	1 767	+ 42
Omaishoidontuki mk / asiakas / kk	949	1 261	+ 2
Palveluasuminen mk / asumispäivä	32	49	+ 18
Vanhainkotihoito mk / hoitopäivä	241	355	+ 13
Kotisairaanhoido mk / käynti	142	219	+ 14
Terveydenhuollon pitkäaikaishoito mk / hoitopäivä:			
- yleislääkärijohtoinen terveyskeskus	498	681	+ 1
- erikoislääkärijohtoinen terveyskeskus	698	1 365	+ 45
Psykiatriset sairaalat	468	811	+ 28

Yksikkökustannusten kehitystä tarkasteltaessa on syytä todeta, että sosiaalipalvelujen kustannukset on saatu KETI-tiedostosta (sosiaali- ja terveydenhuollon kertomustietojärjestelmä) kokonaissuoritteiden ja kokonaiskustannusten välisenä suhteena. KETIn kustannuslaskentaan liittyvistä ongelmista johtuen tietojen tulkinnessa on oltava varovainen. Kuitenkin palveluasumisen ja vanhainkotihoitoon yksikkökustannusten nousu näyttäisi selittyvän hienoisesta henkilöstölisäyksestä. Tukipalvelujen huomattava kustannusten nousu ainakin osin selittyy kirjaamistavan muutoksella. Vuonna 1988 oli yleistä kirjata tukipalveluasiakkaat kotipalvelun tukipalveluihin, mutta menot tukipalveluja tuottavan vanhainkodin toimintamenoihin. Lisääntyvän kustannustietoisuuden myötä kunnissa on alettu kirjata tukipalvelumenot omalle momentilleen, mikä näkyy kustannusten nousuna tukipalveluissa.

Menojen kasvua siis selittänevät osaltaan yksikkökustannusten nousu erityisesti erikoissairaanhoidossa, mutta tärkein selittäjä lienee kiinteiden kustannusten suuri merkitys laitoshoidon kustannusrakenteessa. Erikoissairaanhoidossa myös kuormitusprosentti näyttää laskeneen samalla, kun se yleislääkärijohtoisissa terveyskeskuksissa on noussut todella korkeaksi. Vuonna 1993 on henkilöstökuluja sosiaali- ja terveydenhuollossa eri lähteiden mukaan leikattu voimakkaasti, mikä näkyy jo vuoden 1993 tilastoissa sekä kustannuskehityksen muutoksena että todellisina säästöinä. Näitä tilastoja ei kuitenkaan ole saatavilla.

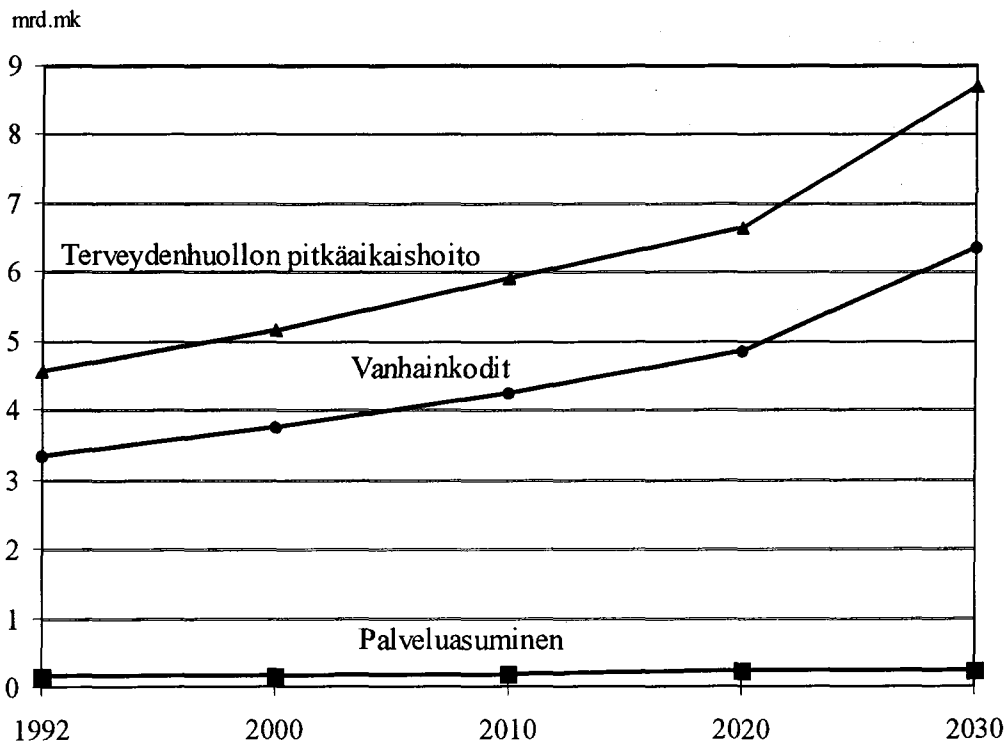
Tulevaisuudessa väestön ikärakenteen muuttuminen merkitsee vanhuspalvelujen kokonaiskustannusten nopeaa lisääntymistä. EVERGREEN-suunnitteluohjelmistolla laaditut tendenssiskenaariot osoittavat erityisesti laitoshoidon kustannusten voimakasta nousua ja sen myötä kokonaiskustannusten kaksinkertaistumista nykyrahassa vuoteen 2030 mennessä, mikäli jatketaan tilannetta tulevaisuuteen siten, että säilytetään palvelujen käyttöaste suhteessa vanhusten määrään, palvelurakenne ja yksikkökustannukset vuoden 1992 tasolla (taulukko 5 ja kuvat 1 ja 2).

Taulukko 5. Skenaario vanhusten palveluasuntojen asumispaikkojen ja laitospaikkojen määrän kehityksestä vuosina 1992 - 2030 (ml. ostopalvelut), jos palvelujen käyttöaste suhteessa vanhusten määrään, palvelurakenne ja yksikkökustannukset säilyisivät vuoden 1992 tasolla

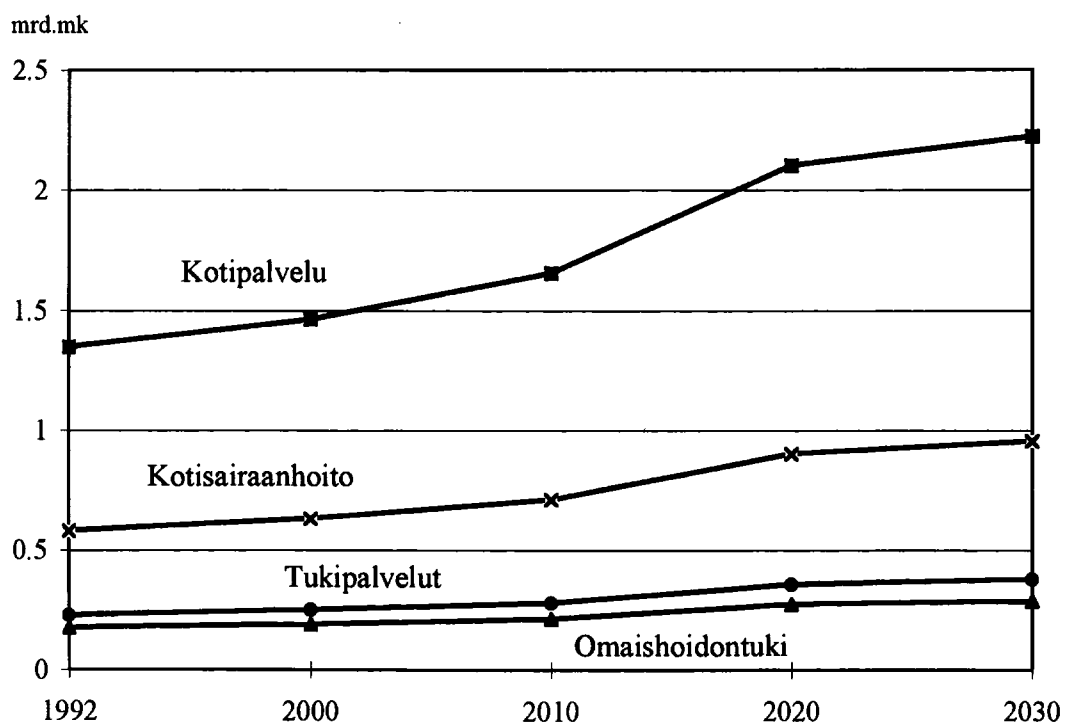
	1992	2000	2010	2020	2030
Palveluasuntojen asumispaikat	8 917	9 671	10 927	13 890	14 682
Vanhainkotipaikat	24 670	27 854	31 439	35 952	47 069
Terveydenhuollon pitkäaikaispaikat	16 990	19 182	21 652	24 760	32 416

Skenaario osoittaa, että vuoden 1992 tilanteesta johdettu trendi ei johda sinällään vielä palvelurakenteen muutokseen. Jos taas vuosien 1988-1992 kehitys on jatkunut edelleen, on vanhuspalveluissa pitkäaikaishoidon leikkaamisvara käytetty loppuun vuoden 1997 tienoilla, mutta avopalvelut eivät vielä vuosikymmenen lopussakaan ole tavoitellulla tasolla. Vanhusten sosiaali- ja terveysten palvelujen sisäistä rakennemuutosta onkin jatkettava, jos halutaan säilyttää kohtuullinen palvelutaso ja vähentää kustannuksia. Keinoja kustannusten pienentämiseen tilanteessa, jossa tarve kasvaa seuraavien 40 vuoden aikana ovat palvelujen käyttöasteen alentaminen (palvelujen supistaminen) tai yksikkökustannusten pienentäminen.

Kuvio 1. Skenaario vanhusten palveluasumisen ja laitoshoidon kokonaiskustannusten kehityksestä vuosina 1992 - 2030 (ml. ostopalvelut), jos palvelujen käyttöaste suhteessa vanhusten määrään, palvelurakenne ja yksikkökustannukset säilyisivät vuoden 1992 tasolla, miljardia markkaa (vuoden 1992 hinnoin)



Kuvio 2. Skenaario vanhusten avopalvelujen kokonaiskustannusten kehityksestä vuosina 1992 - 2030 (ml. ostopalvelut), jos palvelujen käyttöaste suhteessa vanhus-
ten määrään, palvelurakenne ja yksikkökustannukset säilyisivät vuoden 1992 tasolla, miljardia markkaa (vuoden 1992 hinnoin)



5 MARKKINAOHJAUSTA SISÄLTÄVÄT PALVELUTUOTANTOMALLIT VANHUSTENHUOLLOSSA

5.1 Mallit yleensä - mitä ne ovat ?

Julkisrahoitteisessa palvelutuotannossa voidaan ottaa käyttöön markkinaperusteisia tuotantotapoja, joilla pyritään saamaan kilpailun mukanaan tuomaa tehokkuutta ja taloudellisuutta perinteisesti julkisen sektorin lähes monopolina olleelle alueelle. Pyrkimyksenä on päästä julkisen vallan ainakin osittain kontrolloiduissa kilpailuolosuhteissa hinta-laatusuhteeltaan parhaaseen tuotokseen. Tällä tarkoitetaan palvelujen tuotanto- ja rahoitustapoja, joissa yhdistyvät markkinoiden ja julkisen rahoituksen parhaat puolet. Kyse on markkinoiden rationaalisesta hyödyntämisestä. Palvelutuotannon kustannustehokkuuden lisäksi pyrkimyksenä on lisätä palvelujen tuottajien vastuuta suoraan asiakkaille ja asiakkaiden mahdollisuutta ohjata valinnoillaan palvelutuotantoa.

Markkinaperusteisilla tuotantotavoilla ei tarkoiteta hyvinvointipalvelujen jättämistä markkinavoimien vastuulle. Palveluista huolehditaan julkisesti, koska yhteiskunnan edun mukaista on katsottu olevan palvelujen takaaminen kaikille kansalaisille. Täydellisesti kilpaillut markkinat eivät välttämättä itse tuota tällaisia palveluja - ainakaan riittävästi. Tasa-arvolähtökohdista katsotaan kaikkien kansalaisten olevan näihin palveluihin oikeutettuja huolimatta siitä, olisiko heillä siihen itse varaa. Palvelujen julkinen rahoittaminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että julkisen vallan olisi ne itse tuotettava.

Palvelujen vaihtoehtoisina tuottajatahoina voidaan nähdä kunta (myös muu kuin oma asuinkunta), kuntayhtymä, kunnallinen yhtiö, henkilöstöyrittäjä, ei-voittoa tuottava yhteisö (mm. järjestöt ja osuuskunnat), yksityinen ammatinharjoittaja, yksityinen yritys tai perhe.

Palvelujen tuotantotavat voidaan ryhmitellä sen mukaan, sisältyykö niihin kilpailua ja onko palveluntuottaja yksityinen vai julkinen taho. Tuottavalla taholla on merkitystä siinä mielessä, että erilaisilla organisaatioilla on omat olemassaolon ehdot, jotka vaikuttavat suoraan niiden toimintaan.

Myös kunnan omaa tuotantoa voidaan organisoida eri tavoin. Mikäli kunta kontrolloi tuottavan yksikkönsä budjettia tilaussopimuksen avulla tai pitää sitä itsenäisenä tulosyksikkönä, on sille myös annettava laaja toimintavapaus. Mikäli halutaan hyötyä markkinamallien tuomista eduista ja kunnan yksikkö tai sen omistama yhtiö osallistuu kilpailuun, on kunnan rooli palvelun kilpailuttajana ja tuottajana erotettava. Aito kilpailu edellyttää myös, että kunnan oma organisaatio voi sen hävitä - tällöin nousee ongelmaksi yksikön henkilökunnan uudelleenjärjestely.

Tärkeimmät markkinaperusteiset julkisten palvelujen tuotantomallit ovat **tilaaja-tuottajamalli** ja **palvelusetelimalli**. Näiden kahden mallin puhtaista versioista voidaan yhdistellä erilaisia kombinaatioita, mutta tässä rajoitutaan perusmallien esittämiseen. Malleja voidaan periaatteessa käyttää joko pelkästään kuntaorganisaation sisällä, pelkästään suunnattuna kuntaorganisaation ulkopuolelle tai kilpailuttamalla keskenään sekä kunnan omia yksiköitä että ulkopuolisia tuottajia.

Tilaaja-tuottajamalli

Tilaaja-tuottajamallissa (tilaaja-järjestäjämalli jne.) kunta hyvinvointipalvelujen järjestämistä vastaavana organisaationa nähdään puhtaasti palveluja käyttävien kuntalaisten etuja ajavana tahona, joka ei tasapainoile palvelun käyttäjien ja tuottajien välisissä kysymyksissä. Poliittinen päätöksenteko ja palvelutuotanto erotetaan toisistaan. Kunnan tasolla tämä merkitsee, että kunnanvaltuuston valtuuttaman toimielimen tehtäväksi jää palvelujen valinta sieltä, missä se eri kriteerien valossa tuotetaan kustannus- ja laatutehokkaimmin. Palvelujen tuottajista riippumaton tilaajayksikkö määrittää ensin palvelutarpeen, järjestää tämän jälkeen avoimen tarjouskilpailun ja tilaa sitten palvelut siltä palveluntuottajalta, jonka tarjous on paras. Tilauksen voi saada jokin kunnan oma yksikkö, mutta yhtä hyvin ulkopuolinen palveluntuottaja. Päätäntävalta säilyy koko prosessin ajan kunnan johdolla, joka valitsee parhaan palveluntuottajan ja tekee sen kanssa määräaikaisen sopimuksen.

Palvelusetelimalli

Palveluseteli (palveluraha, koulutusseteli, koulutusraha jne.) on julkisen vallan rahoittamaa ja käyttötarkoitukseltaan sidottua ostovoimaa, joka voidaan kohdentaa joillekin väestöryhmille tai palvelun tarvitsijoille käytettäväksi palvelujen ostamiseen.

Palvelusetelimalleja voi olla useanlaisia. Määritelmällisesti kaikille malleille on kuitenkin tyypillistä kaksi perusominaisuutta (OECD:n mukainen määritelmä):

1. tietyn suuruinen rahamääräinen korvaus osoitetaan tuensaajan käyttöön,
2. korvauksen voi käyttää vain tietyn hyödykkeen tai palvelun ostamiseen, jolloin hyöty kohdistuu ensisijassa tuensaajalle.

Palveluseteli voi olla muodoltaan ostokuponki, shekki tai suoraan palvelun tuottajalle maksettava korvaus. Jos palvelun kokonaishinta on suurempi kuin palvelusetelin arvo, erotus jää asiakkaan maksettavaksi.

Palvelusetelin perusfilosofian mukaan tuottajat vastaavat asiakkaan tarpeisiin ja niiden muutoksiin kaikkein herkimmin silloin, kun asiakas kilpailuttaa tuottajia itse, koska hänen tyytyväisyys palveluihin heijastuu valittömästi tuottajien toiminta-

edellytyksiin. Malli ei myöskään edellytä oletusta, jonka mukaan kunnallinen viranomaisena olisi täysin tietoinen asiakkaiden mieltymyksistä ja ajaisi heidän etuaan kuin omaansa. Palveluseteli on siten lähempänä aitoja markkinoita kuin tilaaja-tuottajamalli ja sen suurin ero aitojen markkinoiden normaaliin kaupankäyntiin on "rahan" julkinen alkuperä, sen henkilökohtaisuus ja kunnan palvelujen tuottajiin kohdistama valvonta. Oleellista on, että antaessaan loppukäyttäjälle lisää valtaa se myös edellyttää toimiakseen käyttäjältään kykyä tehdä rationaalisia valintoja ja hankkia tietoa vaihtoehtoisista palveluista.

Palvelusetelin kattama osuus koko palvelun kustannuksista voi vaihdella eli asiakas maksaa palvelun kokonaiskustannuksen ja palvelusetelin välisen erotuksen. Palveluseteli voi olla tasasuuri tai tulojen mukaan porrastettu, mikä heijastuu palvelunkäyttäjien maksuosuuksiin. Palvelusetelin voi siis räätälöidä seurauksiltaan hyvin erilaiseksi.

Palvelusetelien suuruutta määrättäessä on tärkeää ottaa huomioon asiakkaille koituvien palvelumaksujen lisäksi myös tulosidonnaisten tulonsiirtojen ja progressiivisen verotuksen yhteisvaikutukset. Näin siitäkin huolimatta, vaikka palvelusetelien arvon määrittelyllä ei kyetä korjaamaan progressiiviseen verotukseen liittyviä ongelmia. Liitteessä 2 havainnollistetaan esimerkkitapausten avulla Kirkkonummella asuvien ja kunnallisia hoivapalveluja käyttävien vanhusten käytettävissä olevia tuloja verotuksen, asumistuen, eläkkeensaajien hoitotuen ja asiakasmaksujen jälkeen.

5.2 Mallien tämänhetkinen käyttö vanhustenhuollossa

5.2.1 Käytön laajuus

Kuntaliitto teki keväällä 1994 kuntien virkamiesjohdolle suunnatun kyselyn, jossa tiedusteltiin kuntien uusiin toimintatapoihin ja erilaisiin kehittämishankkeisiin liittyviä asioita. Lisäksi Kuntaliitto tiedusteli kunnilta palvelusetelin käyttöä vuoden 1994 alussa palveluseteliä koskevan selvitystyönsä yhteydessä. Niinikään keväällä 1994 Stakes toteutti kuntien sosiaalitoimelle suunnatun laajan puhelinhaastattelukierroksen, jossa tiedusteltiin mm. markkinaohjaukseen perustuvista tuotantotavoista.

Kuntaliiton kysely osoitti, että kunnissa on laajasti (79 %) meneillään arvokeskustelut. Arvokeskustelujen taustalla on kuntien talouden heikko tilanne - valtion ja kuntien yhdessä rakentamaa hyvinvointia ei kyetä enää ylläpitämään entisin keinoin. Osana arvokeskustelua on ratkaistu myös, mitkä palvelut kunnan on tarkoituksenmukaisista ja taloudellista tuottaa itse ja mille palveluille on kannattanut etsiä yhteistyökumppani tai kehitellä uudenlaisia, esimerkiksi markkinaperusteisia toteuttamistapoja. Markkinaperusteisista toimintatavoista eniten on mietitty ns. tilaaja-tuottajamallin soveltamista ja palvelusetelien käyttömahdollisuuksia.

Tilaaaja-tuottajamalli

Kunnissa tilaaaja-tuottaja -ajattelulla on ymmärretty lähes pääsääntöisesti ostopalveluja, joita voidaan pitää tilaaaja-tuottaja-ajattelun yksinkertaisimpana sovellutuksena ilman kilpailua. Vanhustyön ostopalveluina kunnat mainitsivat tavallisesti palveluasumisen ja tukipalvelut sekä jonkin verran kotipalveluja. Vanhuspalvelujen kilpailuttaminen on vielä vähäistä ja liittyy esimerkiksi ateriapalveluihin ja kuljetuksiin. Harkittaessa vanhusten huollon palvelujen ostamista kunnissa on verrattu ulkopuolista tarjousta / ulkopuolisia tarjouksia kunnan oman tuotannon kustannuksiin tai arviointiin siitä, mitkä olisivat palvelun kustannukset, jos kunta tuottaisi palvelun itse.

Ostopalvelut ovat tilaaaja-tuottaja -ajattelussa yleistyneet lähinnä kunnan sisäisissä toiminnoissa. Sen sijaan kunnan ulkopuolelle suuntautuvat ostopalvelut ovat vähentyneet, ainakin toistaiseksi.

Tilaaaja-tuottajamalli puhtaimmillaan eli versiona, jossa tilaajat on erotettu tuottajista ja jossa kunnan omia yksiköitä on kilpailutettu kunnan ulkopuolisten toimijoiden kanssa, oli saatujen vastausten perusteella käytössä vain Lapinjärven kunnassa kotipalvelujen osalta.

Joissakin kunnissa tilaaaja-tuottajamallin käyttöönottoa valmistellaan. Esimerkiksi Helsingin sosiaalitoimessa selvitetään järjestäjä-tuottajamallin soveltuvuutta vanhusten laitoshoidossa.

Tilaaaja-tuottaja -malli edellyttää palvelujen tuotteistamista ja tuotteiden hinnoittelua. Lisäksi tilaajalla tulee olla riittävä tietotaito ja neuvotteluvoimaa. Kuntaliitolla on käynnissä Tuote-projekti, jossa selvitetään mm. laitoshoidon (vanhainkoti ja terveyskeskuksen sairaala) ja kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) tuotteistusta ja kustannuslaskentaa. Hankkeeseen osallistuu 27 kuntaa ja terveyskeskusta eri puolilta maata, mm. Helsinki ja Tampere.

Puhdasoppiseen tilaaaja-tuottajamalliin siirtyminen edellyttää palvelumarkkinoiden olemassaoloa. Keskeinen lähtökohta mallissa on kilpailuttaminen. Kuntaliiton kyselyyn vastanneista kunnista vain 46 % ilmoitti omaavansa mahdollisuudet joidenkin palvelujen kilpailuttamiseen. Tämä kertoo varsin selvästi puhtaan tilaaaja-tuottajamallin soveltamisen rajallisuuden käytännön kunnallishallinnossa tällä hetkellä.

Kaikesta huolimatta tilaaaja-tuottajamallilla uskotaan olevan tulevaisuutta kunnallishallinnossa. Kyselyyn vastanneista kunnista peräti 95 % uskoi mallin hyväksikäytön yleistyvän kunnallishallinnossa. Tässä asiassa positiivisesti ajattelevien mielestä malli edustaa taloudellisuutta, tehokkuutta ja joustavuutta.

Palvelusetelimalli

Oman mielenkiintoisen kokonaisuutensa markkinavetoiseen ajatteluun tuo palvelusetelin eli voucherin käyttö palvelujen tuottamisessa / järjestämisessä. Kesäkuussa 1994 palveluseteli oli kunnissa käytössä lähinnä vanhusten ja vammaisten kuljetus- ja ateriapalveluissa.

Vanhustyössä palvelusetelin soveltuvuutta kotihoitoon, tukipalveluihin ja omaishoittoon kokeillaan pienimuotoisesti Joensuussa, Ilomantsissa, Liperissä ja Pyhäselällä yhteistyössä Stakesin ja Pohjois-Karjalan lääninhallituksen kanssa. Hanke kestää vuoden 1995 loppuun saakka, joten tuloksia ei tässä vaiheessa ole käytettävissä.

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistämässä kokeilua, jossa selvitetään, miten palveluseteliä voitaisiin käyttää omaishoitajien vapaan aikana hoidettaville järjestettäviiin palveluihin. Palveluseteliä voitaisiin käyttää järjestöjen ja yksityisten palvelualan yrittäjien tuottamiin lomittaja-, virkistys-, asumis- ja laitospalveluihin.

Palvelusetelin käyttö on Kuntaliiton kyselyn mukaan lähitulevaisuutta kuntien palvelujen tuottamisessa / järjestämisessä - vastanneista kunnista 77 % uskoi palvelusetelin käytön lisääntyvän kunnallishallinnossa. Useissa vastauksissa kunnat arvioivat palvelusetelin soveltuvan myös vanhustenhuoltoon, kuten kotipalveluihin, ateria- ja muihin tukipalveluihin sekä kuljetuspalveluihin. Moni kunta oli valmistautumassa palvelusetelin käyttöön, mutta toteuttamisen esteinä pidettiin yksilöön kohdistuvia verotusongelmia ja palvelusetelin mahdollisia vaikutuksia kunnan valtionosuuksiin.

Mallien käyttöönoton hitaus

Markkinaperusteisten tuotantotapojen käsitteistö on monille kunnille vielä uutta. Kokeilutoiminta on vasta aluillaan, joten kokeilujen tuloksia ei juuri ole käytettävissä. Uusista toimintatavoista, kuten tilaaja-tuottajamallista ja palvelueteleistä ollaan kunnissa kuitenkin kiinnostuneita, vaikka käytännön esimerkkejä löytyy varsin niukasti.

5.2.2 Markkinaohjausta sisältäviä palvelutuotantosovellutuksia vanhustenhuollossa

Markkinaohjausta sisältäviä tuotantotapoja on sovellettu vanhustenhuollon palveluihin mm. Lapinjärvellä (tilaaja-tuottajamalli) ja Liperissä (palvelusetelit). Näitä tarkastellaan lähemmin seuraavassa. 1.5.1995 alkaen Kirkkonummi ottaa käyttöön palvelusetelit osana vanhusten avopalvelujen järjestämistä. Sosiaalilautakunnan päätöksen mukaisesti ensivaiheessa palvelusetelirahoitus koskisi kotipalvelua ja

kotisairaanhoidoa sekä tukipalveluista ateriapalvelua, vaatehuoltoa ja kylvetyspalvelua.

Tilaaaja-tuottajamalli vanhusten kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa Lapinjärvellä

Vuoden 1993 alkuun asti Lapinjärvellä kotisairaanhoidon palvelut oli tuottanut kuntainliiton terveyskeskus ja ne olivat kuntalaisille maksuttomia. Kotipalvelu taas oli asiakkaille maksullista kunnan toimintaa. Nämä palvelut haluttiin yhdistää ja saada aikaan kunnalle säästöjä sekä nostaa tehokkuutta lopettamalla toimintojen päällekkäisyyttä sekä toimintojen hedelmätöntä kilpailua arvostuksesta. Vuoden 1993 alussa soveliaain palvelun tuottaja päätettiin etsiä tarjouskilpailun avulla. Tarjouskilpailuun kutsuttiin kunnan oma kotipalveluyksikkö, kuntainliiton terveyskeskus, Suomen Punaisen Ristin Loviisan toimipiste, Vanhustyön Keskusliitto, yksityinen palvelufirma sekä yksityislääkäri, joka oli kiinnostunut perustamaan alan yrityksen.

Tarjouksista vain kolme oli vertailukelpoisia, eli ne sisälsivät kaikki vaaditut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toiminnot. Kaksi tarjousta oli epätäydellisiä, koska niissä tarjottiin vain joitakin palveluja, mutta ei kaikkia. Yksi kilpailuun kutsuttu ei jättänyt tarjousta ollenkaan. Kunnan yksikön tarjous oli halvin, vaikka siihen sisältyi eniten työntekijöitä. Valitessaan kunnan oman yksikön tarjouksen kunta irrotti kotisairaanhoidon terveyskeskuskuntainliitosta.

Kunnan oman ja siis voitokkaan tarjouksen loppusumma oli noin 1,4 miljoonaa markkaa ja työntekijämäärä kymmenen. Valtuustokäsittelyn aikana valtuutetut lisäsivät yksikölle vielä yhden työntekijän ja loppusummaa korotettiin vastaavasti. Valtuusto pelkäsi, että muuten palvelu huononee, mikä kuvastaa toimintakäytännön uutuutta. Säästöä aikaisempaan verrattuna syntyi noin 400 000 markkaa vuodessa. Säästö saatiin aikaan muun muassa siten, että kotisairaanhoidon poikkeuksellisen kalliista suoritekohtaisesta yksikköhinnasta päästiin eroon. Henkilökunta koulutti itseään aikaisempaa laajempiin tehtäviin. Sen vuoksi ammattikuntien väliset rajat voitiin poistaa - vanhuksen luona käy nyt yksi ihminen, joka tekee kaikki työt ja hoitotoimenpiteet samalla kertaa. Aikaisemmat päällekkäiset ja peräkkäiset käynnit ovat poistuneet, mikä säästää huomattavasti kuluja. Kun työntekijät itse suunnittelevat työnsä, toiminnan tehokkuus lisääntyy. Yksityisen palvelufirman tarjous oli noin 300 000 markkaa korkeampi ja siinä työntekijämäärä oli paljon pienempi, 4 - 6 henkilöä.

Palvelun tilaaja (kunta) ja palvelun tuottaja (kunnan kotipalveluyksikkö) neuvottelivat sopimuksen, jossa määritellään palvelun laajuus, laatu, korvaukset ym. seikat. Kotipalveluyksikön henkilöstön mahdollisuudet vaikuttaa työn sisältöön ja järjestämistapaan kasvoivat. Yksiköstä tuli hyvin autonominen - se sai esimerkiksi oikeuden sopia palkoista ja muista työeduista itsenäisen budjetin puitteissa - voidaan sanoa, että se saattoi toimia yhtiön tapaan. Sopimus tehtiin kolmivuotiseksi.

Kotipalveluyksikkö muutti halvempiin toimistotiloihin vanhusten palveluasuntojen läheisyyteen ja siten koko henkilöstö sai yhteisen tukikohdan työlleen. Tulosityksikkönä toimiminen toi lisää vastuuta, mutta myös haasteita. Laadun ja myös volyymin valvontaa varten perustettiin ryhmä, johon kuuluvat sosiaalilautakunnan puheenjohtaja, yksi lautakunnan jäsen, sosiaalisihiteeri ja yksikön johtaja (johtava kodinhoitaja). Tämä ryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa.

Palveluseteli vanhusten kotipalvelussa Pohjois-Karjalassa

Pohjois-Karjalan läänissä on neljä kuntaa aloittanut palvelusetelikokeilun vuoden 1994 alussa. Kokeiluryhmässä ovat olleet mukana Joensuu, Liperi, Pyhäselkä, Ilomantsi, Pohjois-Karjalan lääninhallitus ja STAKESin maaseutuprojekti. Taustalla ovat olleet julkisiin palveluihin kohdistuneet säästöt ja halu integroida yksityiset palvelut julkiseen palvelutuotantoon. Pohjois-Karjalassa on ollut hankkeita, joiden tavoitteena on ollut kehittää maaseudun hoivapalveluja yritystoiminnalla. Palvelusetelin ajatellaan voivan tukea tätä yrittäjyyttä.

Liperin kunta on ainoa, missä on jo käytössä palveluseteli vanhusten kotipalveluissa. Käytännön kokeilu alkoi elokuussa 1994. Palvelusetelin voi saada myös lasten perhepäivähoitoon, vanhusten tukipalveluihin ja omaishoitajan vapaapäivän järjestämiseen.

Kunta on "kolminapainen" eli palvelut on alueellistettu kolmeen keskukseseen: Ylämyllyyn, Viininjärvelle ja Liperin kirkolle. Koska kunnan kotipalvelulla on vaikeuksia hoitaa ilta- ja viikonlopputyöt erityisesti etäisellä Ylämyllyn alueella, on tämän alueen vanhuksille tarjottu mahdollisuutta valita palvelun tarjoajaksi alueella toimiva yrittäjä. Kunta antaa asiakkaalle palvelusetelin, jonka arvo on 60 mk / tunti. Asiakkaan valinnanvapaus rajoittuu yrittäjän valintaan. Liperin malli siis koettaa parantaa yhdellä kunnan alueella palvelun puutetta palvelusetelillä. Toistaiseksi vain muutama vanhus käyttää palveluseteliä.

Myös Liperin kirkon palvelualueella olisi haluttu löytää palveluseteliasiakkaita eli tarjota yksityistä palvelua joillekin vanhuksille ilta- ja viikonlopputyöhön, mutta tämä ei ole onnistunut, koska alueella ei ole aikaisemmin ollut yrittäjiä eikä ko. arvoisen palvelusetelin mahdollisuus ole ollut riittävän houkutteleva yritysten synnyttämisen kannalta.

6 MARKKINAPERUSTEISET TUOTANTOSOVELLUTUKSET ULKOMAILLA

Julkisrahoitteista markkinaohjauksen hyväksikäyttöä vanhustenhuollon palveluissa ei ole kokeiltu vielä laajasti. Ruotsissa on käytännössä avattu julkista tuotantomonopolia vaihtoehtoisille yksityisille tuottajille. Toisin kuin esimerkiksi Suomessa ja Ruotsissa läntisessä Keski-Euroopassa perheiden, kirkkojen ja sitä lähellä olevien organisaatioiden ja vapaaehtoisjärjestöjen merkitys palvelujen tuottamisessa on ollut keskeinen. Julkinen sektori on perinteisesti rahoittanut palveluja joko suoraan tuottajia tukemalla, tulonsiirtoina kuluttajille tai erilaisten vakuutusjärjestelmien avulla. Kanadassa on jo pidempään ollut käytössä julkisesti rahoitetut markkinaperusteiset tuotantotavat.

Ruotsi

Ruotsissa on 1990-luvulla avattu kilpailua ja ryhdytty käyttämään markkinamekanismeja myös sosiaalipalveluissa. Taustalla on pyrkimys pitää kurissa palvelujen tuotantokustannuksia ja lisätä asiakkaiden valinnanvapautta. Tavoitteena on rahoittaa vain tehdyistä suorituksista, tuloksista ja vaihtoehtoisten tuottajien päästäminen aikaisemmin julkisen monopolin aloille. Kilpailuneutraliteetin periaatteen mukaisesti kunnan korvaukset eivät riipu tuottavasta organisaatiosta, vaan tuotetuista palveluista pyritään maksamaan yhtäläisesti riippumatta siitä onko tuottaja kunta itse vai yksityinen taho. Kunnilla on suuri vapaus järjestää julkisesti taatut palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla, ja kuntien väliset erot ovatkin suuria.

Nackan kunnassa on otettu vanhusten kotipalvelussa käyttöön palveluseteli. Resurssit huomioivan tarveharkinnan perusteella kotipalveluun oikeutetut vanhuksat voivat valita joko kunnallisen palvelun tai palvelusetelin, jolla voidaan ostaa yksityisiltä, kunnan hyväksymiltä tuottajilta kotipalvelua. Yksityisten tuottajien hyväksyminen palvelusetelijärjestelmän piiriin edellyttää verojen, vastuuvakuutusten ym. pakollisten maksujen hoitamista sekä kunnallisten kelpoisuusehtojen ja vaitiolovelvollisuuden täyttämistä. Mikäli vanhus haluaa valita palvelusetelin, maksaa hän kunnallisen palvelumaksun kunnalle ja saa käyttöönsä tietyn määrän palveluseteleitä, joiden arvoksi on määrätty 200 kruunua / tunti. Setelin arvon määrittämisessä on käytetty kunnan omia tuotantokustannuksia, joista on vähennetty hallinnolle laskettu 10%. Setelien luovutuksen yhteydessä kunta antaa vanhukselle listan hyväksytyistä yksityisistä tuottajista. Listasta käy ilmi tuottajien hinnoittelu (hintahaitari 160-200 kruunua / tunti, eli hintakilpailua esiintyy jossain määrin) ja muuta perusinformaatiota. Mikäli vanhus haluaa palata kunnallisen palvelutuotannon piiriin, on se mahdollista kolmen kuukauden siirtymäajan jälkeen.

Nackan kunnan alustavien kokemusten mukaan palvelusetelin valitsevat pääasiassa itsenäisesti toimeentulevat vanhuksat, jotka kuntosaa huonontuessa palaavat aikanaan

kunnallisen järjestelmän piiriin. Järjestelmä näyttää siten sopivan ennen kaikkea hyväkuntoisille vanhuksille, jotka haluavat ja kykenevät itse järjestelemään asiansa. Palveluseteli on kunnallisen järjestelmän haastaja ja tarjotessaan vaihtoehdon se tuo kilpailua jossain määrin myös kunnallisen sektorin sisälle. Tässä vaiheessa se täydentää kunnallista palvelutuotantoa ja on omalla tavallaan osoitus kunnan vanhuksien itsemääräämisoikeutta kunnioittavasta politiikasta. Mm. Täbyn ja Danderydsin kunnissa on otettu käyttöön Nackan mallia muistuttava palveluseteli.

Tukholmassa ja Falkenbergin kunnassa on sovellettu tilaaja- tuottajamallia vanhusten palvelutaloihin ja avopalveluihin. Kunnan oma tuotanto tulosyksiköitettiin paikoin, minkä jälkeen tehtiin tarjouskilpailu tietystä palvelukokonaisuudesta. Molemmissa kunnissa yksityiset tuottajat ovat voittaneet tarjouskilpailuja. Palvelusopimusten laatu- ja määräkkriteereissä on sovellettu Iso-Britannian Citizen's Charter -ajattelua.

Tanska

Tanskassa on markkinamekanismien hyväksikäyttö vanhusten hoivapalveluissa vasta keskusteluasteella, poikkeuksena vakuutusyhtiöiden välinen työeläkkeisiin liittyvä kilpailu. Maassa on pyritty lisäämään vapaaehtoistyötä vanhusten palveluissa. Käytännössä kyse on ollut halusta rahoittaa tarvittavista palveluista vähemmän muuttamalla hoivatyötä vapaaehtoistyöksi

Saksa

Saksan uusi vakuutuslaki kotiin annettavista palveluista tuli voimaan 1.1.1995 ja sen toteuttaminen aloitetaan 1.4.1995. Tavoitteena on tehostaa avohuoltoa ja vähentää pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta. Lain piiriin kuuluvat pitkäaikaisesti, vähintään kuusi kuukautta, apua tarvitsevat, mutta myös terminaalihoido kuuluu tämän lain piiriin. Akuutti palvelujen tarve hoidetaan sairausvakuutusjärjestelmän avulla.

Avuntarvitsijoita on arvioitu olevan 1,5 miljoonaa Saksan 70 miljoonasta asukkaasta, ja kustannukset ovat noin 13 miljardia Saksan markkaa vuositasolla. Rahoitus perustuu vakuutusmaksuihin, joita jokainen työnantaja maksaa 1 % bruttopalkkasummasta.

Palvelun tarpeen määrittelee lääkäri. Säädösten mukaan palvelujen tarpeen tulee kohdistua sekä kotisairaanhoidon että kotipalveluun. Palvelujen tarve on määritelty kolmen tasoiseksi ja tason mukaan määräytyy myös maksu. Palvelua voivat antaa joko ammattityöntekijät, omaiset tai vapaaehtoistyöntekijät. Omaisille maksetaan korvausta palvelutarpeen mukaan lähtötasolta 750 DM / kk aina 1 500 DM / kk asti. Jos palvelut ostetaan ulkopuolelta, maksut ovat samoin porrastettu palvelun tason mukaan 1 200 DM / kk - 2 800 DM / kk. Korvaukset eivät vielä kata todellisia kustannuksia.

Palvelut, jotka kuuluvat uuden lain piiriin, ovat perinteiset koti- ja kotisairaanhoidon palvelut. Lisäksi omaishoitajan sairastuessa tai ollessa lomalla voi hoidettava saada lyhytaikaista laitoshoidoa 2 800 DM / kk kaksi kertaa vuodessa korkeintaan neljä kuukautta. Myös päivä- ja yöhoitoa voidaan järjestää (1 800 DM / kk). Lisäksi henkilölle voidaan myöntää apuvälineitä ja kuntoutusta sekä asunnon korjaukseen 5 000 DM kertasummana.

Palveluja voivat tarjota järjestöt, jotka ovat taloudellisesti riippumattomia ja joilla on sekä kotipalvelu- että kotisairaanhoidohenkilökuntaa. Liittohallitus tekee järjestöjen kanssa sopimukset palvelujen järjestämisestä eri valtioissa ja kuntien pitää toimia näiden järjestöjen kanssa palveluja järjestäessään. Kunnat eivät siis voi itsenäisesti päättää, keneltä palveluja ostetaan. Liittohallitus on tehnyt sopimuksen Saksan viiden suurimman järjestön kanssa (Caritas, Punainen Risti, Diakonia, Arbeiterwohlfart ja Jewish Organisation).

Itävalta

Vahvan korpratiivisen painotuksen omaavassa Itävallassa sosiaalipalveluja tarjoavat puolueita lähellä olevat provinssiorganisaatiot, kirkon omat elimet ja Punainen Risti. Voittoa tuottamattoman sektorin vanhainkotien on todettu olevan kalliimpia kuin julkisten, mikä johtuu osaltaan siitä, että niiden maksukykyisemmät asiakkaat ostavat korkeatasoisempia palveluita.

Heinäkuussa 1993 toteutettiin maassa laaja uudistus, jossa ohjataan rahaa hoivan tarvisijoille. Tuessa on seitsemän tasoa (1 150-8 500 mk / kk), mikä riippuu tarvearviointista. Mikäli vanhus menee sairaalaan yli neljäksi viikoksi, tuki poistuu. Jos vanhus taas asuu palvelutalossa / vanhainkodissa, jakaa hän ja laitos tuen keskenään. Uudistuksen takana on ennen kaikkea itsenäistä asumista peräänkuuluttavat hoivan tarvisijat ja provinssit, jotka halusivat leikata yhä kasvavia menojaan. Nyt valtio maksaa valtionosuuden provinssien vastatessa peruspalveluista ja mm. palvelutaloista ja vanhainkodeista. Ongelmiksi on nähty palvelutarjonnan vaihtoehtojen puute, kun vain provinssit ovat tukijärjestelmässä mukana. Oleellinen kysymys on se, sallitaanko aito valinnanvapaus ja kilpailu, koska tähän asti vapaaehtoisjärjestöt ja yksityiset yritykset on suljettu tämän tuen käytön ulkopuolelle.

Iso-Britannia

Iso-Britanniassa koko vanhushoivan kenttä on ollut muutoksessa ja uudelleenjärjestelyjen kohteena 1980 -luvulta lähtien. Epävirallisen hoivan osuus on erittäin suuri suhteessa julkisesti rahoitettuun. Omaisten hoivatyötä on pyritty tukemaan mm. omaishoidon tukea kasvattamalla ja omaisille kohdistuvia julkisia palveluja lisäämällä. Perheiden atomisoituminen ja naisten kasvava työssäkäynti on kuitenkin viemässä omaishoivalta kasvavassa määrin pohjaa. Valtio on pyrkinyt myös lisäämään

vapaaehtoisorganisaatioiden ja hoivayritysten panosta hoivan eri sektoreilla. Tämä on johtanut toisaalta järjestöjen saamaan lisärahoitukseen, toisaalta koko ideologinen vapaaehtoistyö on muuttumassa alipalkatuksi normaaliksi työksi. Vaikka vapaaehtoistyön hyvinä puolina on sen aktiivisuus, innovatiivisuus ja kantaaottavuus, eivät sen resurssit yksin riitä vastaamaan kasvavaan tarpeeseen.

Viimeisten vuosien kuluessa Iso-Britanniassa on tehty monia ratkaisuja, jotka ovat suoraan tai epäsuoraan vaikuttaneet vanhusten hoivan organisoitumiseen. Yksityisen tuotannon asemaa on vahvistettu ja julkisesti rahoitettuja palveluja allokoitaessa on otettu käyttöön sekä tarve- että maksukyvyn arviointi. Vanhusten taloudelliseen asemaan on vaikuttanut kaksi tekijää: vapaaehtoisten eläkkeiden määrä on kasvanut ja kansaneläkkeet on irrotettu indeksistä. Tilanne on johtanut siihen, että yhtäältä kasvava osa kansaneläkkeen varassa elävistä joutuu turvautumaan toimeentulotukeen, toisaalta ostovoimaisten eläkeläisten myötä kaupalliset ratkaisut ovat lisääntyneet alalla.

Iso-Britanniassa yksityisten vanhainkotien määrä kasvoi 1980-luvulla voimakkaasti, koska julkisia ei haluttu rakentaa maassa lisää, vaan niitäkin pyrittiin mieluummin muuttamaan yksityisiksi. Valtion ja kunnan välinen kustannustenjakko vaikutti tähän kysymykseen oleellisesti, sillä valtio tuli rahoittajaksi mikäli vanhusta hoidettiin yksityisessä vanhainkodissa. Kunta pystyi siis siirtämään omia kustannuksiaan valtion kannettavaksi ohjaamalla vanhuksia yksityiselle sektorille. Markkinat reagoivat tilanteeseen voimakkaasti ja itsessään kustannustehokkaiden yksityisten vanhainkotien määrä kasvoi hyvin nopeasti. Tämän hoivan järjestäminen tuli kuitenkin julkiselle sektorille kalliiksi, koska palvelurakenteesta tuli liian laitosvaltainen. Järjestelmää onkin lähdetty muuttamaan. Tapaus osoitti konkreettisesti, kuinka dynaamisia markkinavoimat ovat ja toisaalta kuinka seurauksiltaan voimakkaat julkisen rahoituksen reunaehdot ovat.

Iso-Britannian vanhushoiva poikkeaa suuresti Suomen tilanteesta, ja sen kehityksen suunta ja tuloksellisuus jäävät vielä nähtäviksi.

Kanada

Kanadassa lähimmäisten antama hoiva ja vapaaehtoistyö ovat Englannin tavoin aina olleet elimellinen osa sosiaalista todellisuutta. Julkista vanhusten hoivan tuotantoa ei esiinny vastaavassa laajuudessa kuin pohjoismaissa, vaan julkisella rahalla maksetaan yksityistä hoivaa vaihtelevissa määrin provinssista riippuen. Hoivan kustannuksista vastaavat Kanadassa provinssi, vakuutusyhtiöt ja vanhus itse.

Julkisrahoitteisia vanhushoivapalveluja tuotetaan yksityisesti ennen kaikkea Ontariossa, Albertassa ja New Brunswickistä. Myös Brittiläisessä Kolumbiassa yksityinen tuotanto on tärkeä, mitä kuvaa se, että melkein koko vanhusten kotipalvelu on

provinssissa yksityisiltä tuottajilta hankittua. Yksityisiltä ostettava palvelutarjonta vaatii luonnollisesti kehittyneitä laatu- ja kustannusvalvontaa, minkä lisäksi julkisen puolen case-management hyödyntää markkinamekanismeja kilpailuttamalla yksityisiä tuottajia keskenään.

7 MARKKINAOHJAUKSEN LAAJEMPI SOVELTAMINEN VANHUSPALVELUIHIN

Pitkällä tähtäimellä vanhusväestön ikääntyminen merkitsee pikemminkin vanhustenhuollon sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvien julkisten menojen lisääntymistä kuin vähenemistä. Koska vanhushuollossa varsinaisia ylikapasiteettiongelmia ei esiinny, julkisten menojen lisääntymisen hillitseminen edellyttää huomion kiinnittämistä eritoten palvelujen yksikkökustannuksiin ja toimivaan palvelukokonaisuuteen.

Käytäntöön sovellettavat markkinaperusteiset tuotantotavat ovat yleensä tilaaja-tuottajamallin ja palvelusetelimallin kombinaatioita. Vanhushuollossa kunnan merkitys ja vastuu palvelujärjestelmien koordinoijana on edelleen merkittävä riittävän valvonnan ja kustannuskehityksen kannalta. Tätä korostaa vanhusten palvelutarpeiden heterogeenisuus sekä palvelumuotojen moninaisuus.

Sekä tilaaja-tuottaja- että palvelusetelisovellutusten käyttöönotossa kunnan päättäjien ja palveluntuottajien kustannustietoisuus on kaiken lähtökohtana. Lapinjärven esimerkki osoittaa, että mikäli kilpailutetaan palvelukokonaisuuksia, on oltava valmius hyväksyä, että vaihtoehtoinen yksityinen tuottaja voi kertaheitolla korvata kunnallisen palveluhenkilökunnan. Palvelusetelisovellutuksissa vaihtoehtoisia tuottajia voi olla markkinoilla koko ajan, joten tuottajien mahdollinen vaihtuminen ei ole kertakaikkista.

Vanhustenhuollon kokonaiskustannusten hallinnan kannalta on tärkeää, että vanhusten palvelutarve arvioidaan ammattitaitoisesti ja palvelusetelien arvo mitoitetaan oikealle tasolle. Vanhusten ja heidän omaistensa valinnanvapaus koskeekin juuri palveluntuottajien valintaa. Esimerkiksi avopalveluihin lukeutuvat vanhukset voivat valita kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sekä tukipalvelut joko kunnallisilta tai yksityisiltä palveluntuottajalta. Koska vanhuksille tarjottavat palvelumuodot ovat kustannusrakenteeltaan erilaiset, kullekin palvelumuodolle on määriteltävä oman arvoiset palvelusetelit. Tilanteissa, joissa vanhukset tai heidän omaiset eivät kykene tai halua suorittaa valintojaan omatoimisesti, myös palvelusetelimallissa tilaajana toimimisen rooli jää kunnan viranhaltijoille. Vanhukselle parhaiten soveltuvan palvelumuodon hinta-laatusuhteen arviointi jää tällöin yksinomaan heille.

7.1 Lainsäädännön esteet uusien mallien käyttöönotolle

Markkinaohjausta sisältävien tuotantotapojen yleistyminen kunnallishallinnossa ei ole täysin ristiriidaton nykyisen lainsäädännön kanssa. Rajanveto-ongelmat koskevat lähinnä valtionosuuksien määräytymisperusteita, asiakasmaksuja, verottajan

tulkintoja sekä asiakkaiden asemaa suhteessa palvelujen tuottajiin. Näitä kysymyksiä tarkastellaan lähemmin seuraavassa.

Vanhustenhuolto on osa sosiaalihuoltoa, jonka suunnittelusta ja toteuttamisesta kuntien on pidettävä huolta (SosHL 5 §). Kunta voi järjestää vanhustenhuollon tehtävät sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain 4 §:ssä mainituilla tavoilla. Nämä tehtävät kunta voi järjestää joko

- hoitamalla toiminnan itse,
- sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa,
- olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntainliitossa tai
- hankkimalla (myös kuntayhtymät) palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta.

Hankkiessaan palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta kunnan ja kuntainliiton on varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Kunta ja kuntainliitto ovat velvollisia suorittamaan yksityiselle palveluntuottajalle korvausta vain osoittamiensa henkilöiden käyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Näin järjestettyihin palveluihin (valtiosuustehtäviin) suoritetaan valtiosuutta edellä mainitussa laissa säädetyin perustein.

Ei ole täysin selvää, voidaanko kunnan katsoa järjestäneen palvelut sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuuslaissa (STVOL 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa) tarkoitetulla tavalla, kun se palvelun asemasta luovuttaa vanhustenhuollon palvelun käyttäjälle palvelusetelin. Näin ollen on epäselvää, luetaanko näin järjestetyn toiminnan aiheuttamat kustannukset valtiosuuteen oikeuttaviksi. Laskennallisesta valtiosuusjärjestelmästä johtuen tämän ongelman mittasuhteet kasvavat vasta siinä vaiheessa, kun palvelusetelien käyttö yleistyy kunnissa.

Kun palvelu järjestetään STVOL 4 §:n 4 kohdassa mainituin tavoin, on asiakasmaksulain 12 §:n mukaan palvelun käyttäjältä perittävä samat maksut kuin vastaavasta kunnan järjestämästä palvelusta. Jos siis STVOL 4 §:n katsotaan mahdollistavan palvelusetelien käytön, ollaan joka tapauksessa sidottuja kunnan harjoittamaan maksupolitiikkaan. Vapaampi maksupolitiikka edellyttää asiakasmaksulain ja -asetuksen muutosta.

Verolainsäädännön ja oikeuskäytännön mukaan on aina tapauskohtaisesti tulkinnanvaraista, onko tehdystä työstä maksettu vastike työntekijälle suoritettua palkkaa vai itsenäiselle yrittäjälle maksettua palkkiota. Ratkaisu tehdään oikeuskäytännössä vakiintuneiden periaatteiden mukaisesti. Erityisesti yksin omissa nimissä toimivien ammatinharjoittajien kohdalla on ollut rajanveto-ongelmia. Yrittäjän aseman väärä

arviointi voi aiheuttaa kunnalle tai tietyissä tapauksissa palvelujen ostajalle ennakonpidätysten ja työnantajan sosiaaliturvamaksun maksuunpanon jälkikäteen veronlisäyksineen ja korotuksineen.

Yrittäjyyden ja työsuhteen tarkkaa rajanvetoa on tarkoitus väljentää 1.3.1995 voimaan astuvan ennakkoperintälakiuudistuksen avulla. Ennakkoperintälain mukaisen ennakonpidätyksen ja työnantajan sosiaaliturvamaksun alaisen palkan käsite supistuu nykyisestä. Palkkana pidetään korvausta, joka on saatu työ- tai virkasuhteessa - lisäksi palkkaa ovat erikseen laissa luetellut henkilökohtaisesta työsuorituksesta saadut korvaukset. Itsenäisen yrittäjän käsitteestä palkan määrittelyn yhteydessä luovutaan ja otetaan käyttöön ennakkoperintärekisteri. Ennakkopidätysvelvollisuuden määräytymisessä merkitystä ei enää ole mm. työn suorittajan yrittäjäriskillä ja toimeksiantajien lukumäärällä.

Työlainsäädännön mukaan ratkaistaan, onko kysymyksessä työnantajan ja työntekijän välinen työsuhte vai toimeksiantajan ja itsenäisen yrittäjän välinen sopimussuhde. Asia ratkaistaan oikeuskäytännössä vakiintuneiden periaatteiden mukaisesti. Huomiota on erityisesti kiinnitetty työn teettäjän työnjohto- ja valvontaoikeuteen. Yrittäjän aseman väärä arviointi aiheuttaa myöhemmin työnantajaksi todetulle kunnalle maksamattomien vuosiloma-, ylityö- ja sairauskorvausten suoritusvelvollisuuden.

7.2 Asiakkaan ja omaisten asema sekä laadun valvonta

Sosiaalihuoltolain (710 / 1982) mukaan kunnan on huolehdittava sen sisältöisinä ja siinä laajuudessa kuin kulloinkin säädetään mm. sosiaalipalvelujen järjestämisestä asukkailleen, ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäyttämisestä sekä sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä. Edellisen perusteella riittävien vanhustenhuollon palvelujen turvaaminen on eräs kunnan perustehtävistä.

Kun kunnalla ei ole itsellään palvelujen tuottamisvelvollisuutta ja kun vaihtoehtoiset palvelujen tuottamistavat lisääntyvät, on asiaa tarkasteltava myös asiakkaan aseman ja palvelujen laadun näkökulmasta.

Asiakkaan ja omaisten asema

Asiakkaiden ja omaisten valinnanmahdollisuuksien lisäämisen kautta on mahdollista kunnioittaa heidän itsemääräämisoikeutta valita itselleen tarvitsemiaan palveluja ja samalla kilpailuttaa palvelujen tuottajia. Uudenlaisia rahoitusmuotoja kehitettäessä on varmistuttava siitä, että myös yksityinen palvelutuotanto on kiinnostunut

tuottamaan monipuolisia palveluja. Tähän voidaan vaikuttaa lähinnä julkisen rahoituksen mitoituksen ja suuntaamisen avulla.

Vanhustenhuollon palvelujen käyttäjät ovat hyvin heterogeeninen joukko, josta osa kykenee käyttämään hyödykseen lisääntyvän valinnanmahdollisuuden ja palveluntuottajien kilpailuttamisen. Dementoituneille ja pitkälle fyysisen toimintakykynsä menettäneille vanhuksille palvelumarkkinoiden vertailu- ja kilpailuttamismahdollisuus jää teoreettiseksi varsinkin, jos heillä ei ole tukena omaisia. Tällaisten tilanteiden varalta kuntien viranhaltijoiden tulee edelleenkin opastaa ja tarvittaessa myös ohjata vanhukset hinta-laatusuhteeltaan oikeisiin palveluihin.

Valvonnan tarve ja laadun kontrollointi

Valvonnan tarpeeseen vaikuttavat asiakas, palvelun luonne ja palveluyksikkö. Valvonta on tarpeellista silloin, kun vanhus ei ole täysin kykenevä arvioimaan saamansa palvelun laatua. Palvelun tarpeen arviointi voi edellyttää sellaista asiantuntemusta, jota asiakkaalla ei ole ja asiakkaan asema palvelunsaajana voi olla haavoittuva asiakkaan itsemääräämisoikeuteen puuttumisen vuoksi esim. laitoshoidossa. Suuressa yksikössä on usein sisäistä valvontaa, mutta eri toimintojen yhteensovittaminen voi olla puutteellista. Pienessä yksikössä asiakas tunnetaan, mutta yhteisön sisäinen valvonta saattaa puuttua.

Valvonnalle asetettavat periaatteelliset vähimmäisvaatimukset ovat

- laadun yleismäärittely, jonka kriteereinä ovat hyvä hoito ja huolenpito, terveys ja turvallisuus,
- resursseja koskevat vaatimukset, kuten asianmukainen henkilökunta, tilat, välineet ja laitteet sekä
- sisäisen laadunvalvonnan vaatimus eli että toiminnassa noudatetaan yleisesti hyväksytyjä ammatillisia normeja.

Voimassa oleva keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on kirjoitettu nykytilanteesta poikkeavissa olosuhteissa, minkä vuoksi sen rakennetta ja sisältöä on tarpeen kehittää. Nykytilanteessa pulmalliseksi on noussut asiakkaan heikko asema suhteessa palvelujen tuottajiin. Tämä koskee sekä yksityisiä että julkisia palveluntuottajia. Ongelma voi lähivuosina muodostua mittavaksi, varsinkin jos kunnat kohdistavat säästönsä epätarkoituksenmukaisella tavalla. Tavaratuotannon ohella myös palveluissa asiakkailla tulisi olla mahdollisuus reagoida nopeastikin palvelujen tuottamisessa ilmenneisiin epäkohtiin. Asiakkaan aseman turvaaminen kuluttajansuojan ja oikeusturvan näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää toteuttaa lainsäädännön avulla.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

Väestön ikärakenteen muutoksista johtuen vanhustenhuollon palvelujen kysyntä tulee Suomessa kasvamaan. Samaan aikaan on paineita julkisen talouden supistamiseen. Vanhustenhuollon palvelujen järjestämistä vastuu on kunnilla. Palvelut rahoitetaan pääosin julkisin varoin (valtio ja kunnat) sekä osittain asiakasmaksuilla.

Jotta lisääntyviin palvelutarpeisiin voitaisiin vastata, on palvelurakenteen keventämisen ohella etsittävä uusia ratkaisuja ikäihmisten asumiseen sekä haettava kunnan oman palvelutuotannon rinnalle muita vaihtoehtoja. Nykyistä melko monopolistista tuotantotapaa on uudistettava etsimällä uudenlaisia yhteistyön muotoja kuntien, kuntayhtymien, järjestöjen ja yksityisen yrittäjätoiminnan välillä.

Kokemuksia markkinaperusteisista malleista, kuten palveluseteleistä ja tilaaja-tuottajamallista on vanhustenhuollossa varsin niukasti, joten yleistettäviä johtopäätöksiä näiden pohjalta ei voida suorittaa. Kunnille tehdyn kyselyn perusteella palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto on kuitenkin lisääntymässä.

Uusista tuotantotavoista tarvitaan kokeilutoimintaa. Vasta kokeiluista saatavien kokemusten perusteella on mahdollista arvioida uusien toimintatapojen laajempaa käyttöönnottoa. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi selvittää yhteistyössä kuntien ja muiden yhteistyötahojen kanssa palvelusetelien käyttömahdollisuudet vanhustenhuollon palveluissa mm. kokeilujen avulla. Kokeilujen kautta saataisiin tietoa palvelusetelien erilaisista soveltamistavoista, järjestelmän eduista ja haitoista sekä kustannusvaikutuksista. Kokeilujen yhteydessä tulisi selvittää myös palvelusetelien suuruuden määräytymistä sekä palvelusetelien ja muiden palvelu- ja tukimuotojen kokonaiskustannuksia ja mahdollisia yhteisvaikutuksia niin julkisen sektorin kuin asiakkaankin näkökulmasta.

Markkinaperusteisista tuotantotavoista varsinkin palvelusetelien käyttöönottoon liittyy lainsäädännöllisiä epäselvyyksiä. Nämä koskevat sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta, asiakasmaksuja, verotusta ja työsuhdetta. Palvelusetelien laajempi käyttöönotto edellyttää, että nämä kysymykset selvitetään ja että palvelusetelillä rahoitettu toiminta katsotaan valtionosuuteen oikeuttavaksi palveluksi ja että asiakasmaksuihin voidaan soveltaa nykyistä vapaampaa maksupolitiikkaa.

Sosiaalihuollon substanssilainsäädäntö on keskeisiltä osin kirjoitettu 1980-luvun alkupuolella, minkä jälkeen kuntien yleinen toimintaympäristö on monilta osin muuttunut (julkisen talouden velkakriisi, valtionosuusuudistus ja kuntien itsehallinnon lisääminen). Palvelujärjestelmän monipuolistaminen edellyttää lainsäädännön tarkistamista asiakkaan aseman ja sosiaalihuollon valvonnan osalta.

Liite 1. Arvio vanhusten hoivapalvelujen suoritteista ja kustannuksista vuonna 1992, sosiaalitoimen ostopalvelut mukaanlukien

Palvelu	Suoritteet	Yksikkö- kustannukset, mk	Kokonais- kustannukset, milj. mk	Osuus (%) koko- naiskustannuksista
Kodinhoitoapu- käynnit	6,9 milj.	194	1 347	12,7
Tukipalvelu- asiakkaat / v.	129 352	1 767/as./v.	229	2,2
Kotihoidontuki- asiakkaat	11 557	1 261/as./kk	175	1,6
Palvelu- ja päivä- keskushoitopäivät	0,6 milj.	299	188	1,8
Palveluasumispäivät	3,1 milj.	49	150	1,4
Vanhainkoti- hoitopäivät	9,4 milj.	355	3 326	31,3
Terveysneuvonta- käynnit	315 319	119	38	0,4
Valvotun kotisai- raanhoidon käynnit	2,6 milj.	219	579	5,4
Päiväsairaanhoito- päivät	132 397	293	39	0,3
Pitkäaikainen laitos- hoito terveyskeskus- sairaaloissa:				
- yleislääkäri- johtoiset	5,0 milj.	681	3 430	32,3
- erikoislääkäri- johtoiset	0,5 milj.	1 365	668	6,3
Psykiatristen sairaaloiden pitkä- aikaishoito	0,6 milj.	811	457	4,3
Sosiaali- ja terveyspalvelut yhteensä			10 626	100,0

Lähde: Vaarama M., 1995.

Liite 2. Asiakasmaksujen, Kelan maksamien etuuksien ja verotuksen yhteisvaikutus vanhusten kannalta Kirkkonummella

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevan lain ja asetuksen mukaan jatkuvana ja säännöllisenä avopalveluna annettavasta kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta voidaan periä palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän maksukyvyyn sekä perheen koon mukaan määräytyvä kohtuullinen kuukausimaksu. Asetuksessa määritellään erikseen kuukausimaksujen enimmäismäärät suhteessa perheen kokoon ja tuloihin (enimmäismaksuprosentti portaittain 11 - 35 %). Tilapäisestä kotipalvelusta voidaan periä kohtuullinen maksu. Tilapäisestä kotisairaanhoidosta voidaan periä enintään 50 markkaa lääkärin suorittamasta kotikäynnistä ja enintään 30 markkaa muun henkilön suorittamasta kotikäynnistä. Lisäksi todetaan, että vanhuksille kotona annettavasta hoidosta perittävä maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa asiakasmaksulle on asetuksessa määritelty hoitopäiväkohtainen enimmäismarkkamäärä. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilta vanhuksilta voidaan periä enintään 80 prosenttia kuukausituloista. Hoitoa saavan henkilökohtaiseen käyttöön on kuitenkin kuukausittain jätävä vähintään kansaneläkkeen pohjaosan suuruinen määrä. Sekä avo- että laitoshoidossa olevilta vanhuksilta perittävät maksut eivät myöskään saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Seuraavassa havainnollistetaan esimerkkitapausten avulla eri tuloisten vanhusten käytettävissä olevia tuloja verotuksen, asumistuen, eläkkeensaajien hoitotuen ja asiakasmaksujen jälkeen Kirkkonummella *). Esimerkkitapauksissa (kuviot 1 - 4) yksinasuvien ja avopalveluja käyttävien vanhusten kokonaiseläketulot vaihtelevat välillä 2 479 mk - 8 000 markkaa kuukaudessa. Vertailun vuoksi todettakoon, että vuonna 1993 leskeneläkettä saavien vanhusten keskimääräinen kokonaiseläke oli 4 600 markkaa kuukaudessa. Kuviossa 5 havainnollistetaan vastaavantuloisten vanhusten käytettävissä olevia tuloja laitoshoidossa.

Esimerkkitapauksessa 1 (kuvio 1) vanhuksat käyttävät kunnan kotipalvelua kaksi kertaa viikossa ja kotisairaanhoidoa kerran viikossa. Tällainen palveluntarve noudattaa laajuudeltaan likimain keskiarvoa niiden vanhusten joukossa, jotka ovat kunnan ylläpitämien avopalvelujen piirissä. Kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa asiakasmaksut riippuvat vanhusten bruttotuloista ja palveluhenkilökunnan käyntikerroista. Kelan maksama asumistuki on niinkään tulosisonnainen, mutta ei veronalainen etuus. Eläkkeensaajien hoitotuki on tasasuuruinen etuus, eikä siten vaikuta erisuuruisista eläkettä nauttivien vanhusten väliseen vertailuun. Esimerkkitapauksessa oletetaan, että vanhuksat ovat oikeutettuja saamaan alinta hoitotukea (272 mk / kk).

*) Esimerkkilaskelmat on laatinut Jukka Palokangas.

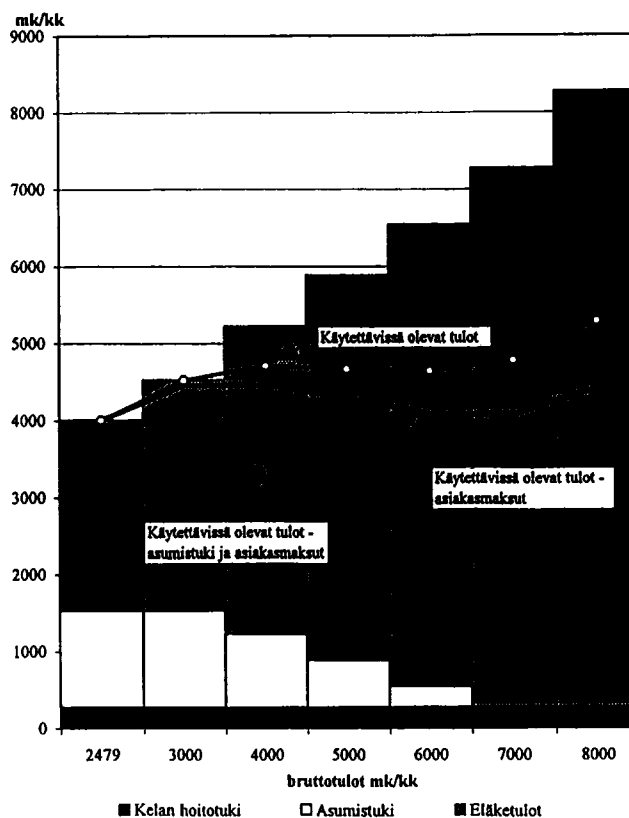
Yhteisvaikutuksen perusteella asumistuen piirissä olevien vanhusten elämiseen käytettävissä olevat tulot vähenevät bruttotulojen kasvaessa välillä 3 000 - 7 000 markkaa kuukaudessa. Jos vanhukset eivät ole oikeutettuja asumistukeen esim. omistus-asumisesta aiheutuvien vähäisten asumiskustannusten vuoksi, asiakasmaksujen jälkeiset nettotulot lisääntyvät vain loivasti bruttotulojen kasvaessa.

Muut esimerkkilaskelmat (kuviot 2 - 4) osoittavat, että tulosidonnaisten avopalvelujen käytön lisääntyessä, vanhusten käytettävissä olevat tulot alenevat sitä jyrkemmin, mitä enemmän palveluja käytetään. Esimerkiksi, kotipalvelukäytien lisääntyessä kolmeen kertaan ja kotisairaanhoidon kahteen kertaan viikossa 7 000 markan kuukausieläkettä ansaitsevan vanhuksen käytettävissä olevat tulot ovat lähes 1 000 markkaa pienemmät kuin 3 000 markkaa ansaitsevan. Avopalvelujen käytön lisääntymisellä on merkittävä vaikutus myös vanhuksiin, jotka eivät saa asumistukea. Eläketulojen kasvulla ei ole juurikaan vaikutusta nettotuloihin, koska asiakasmaksut kasvavat niin suuriksi.

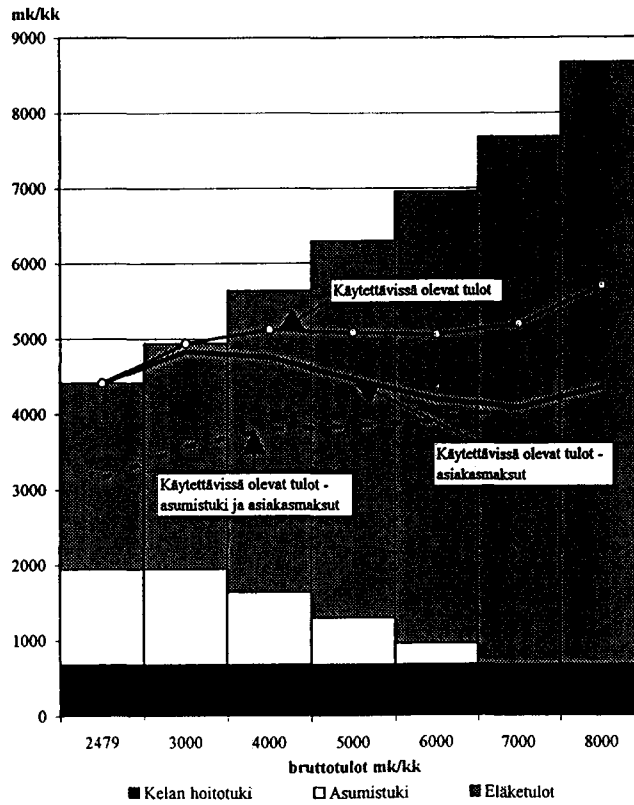
Kuvion 5 perusteella käy ilmi pitkäaikaisessa kunnallisessa laitoshoidossa olevan vanhuksen käytettävissä olevat tulot asiakasmaksujen jälkeen. Kirkkonummella asiakasmaksun suuruudeksi on määritetty 80 prosenttia hoidossa olevan kuukausituloista.

Vaikka tässä käytetyn esimerkkikunnan harjoittamaa asiakasmaksupolitiikkaa ei voi suoranaisesti yleistää koskemaan kaikkia kuntia, liitteessä esitetyt laskelmat osoittavat, että riippumatta asuinkunnasta varsinkin avopalveluja käyttävien ja asumistukea saavien vanhusten käytettävissä olevat tulot voivat pienentyä bruttotulojen kasvaessa jopa huomattavan paljon.

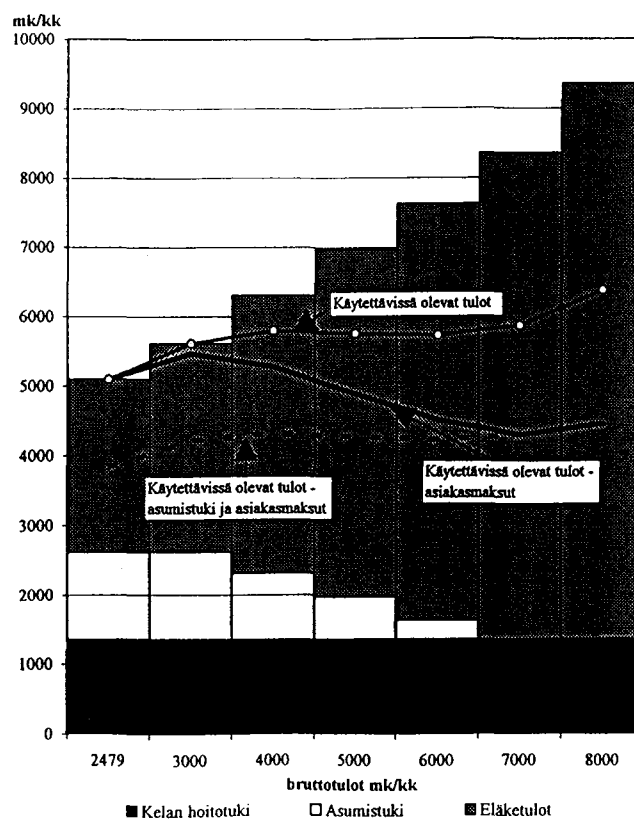
Kuvio 1. Yksinäisen eläkkeensaajan bruttotulot ja käytettävissä olevat tulot vuonna 1994 (vuokra-asunto; vuokra 1700 mk/kk, Kelan hoitotuki 272 mk/kk, Kirkkonummen kunnan kotipalvelua 2 krt/vko ja kotisairaanhoidoa 1 krt/vko)



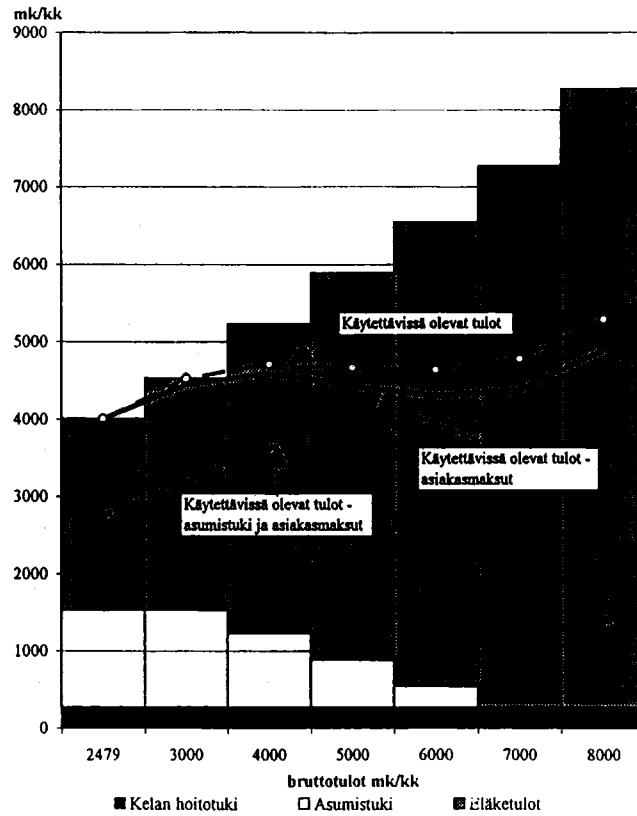
Kuvio 2. Yksinäisen eläkkeensaajan bruttotulot ja käytettävissä olevat tulot vuonna 1994 (vuokra-asunto; vuokra 1700 mk/kk, Kelan hoitotuki 678 mk/kk, Kirkkonummen kunnan kotipalvelua 3krt/vko ja kotisairaanhoidoa 2 krt/vko)



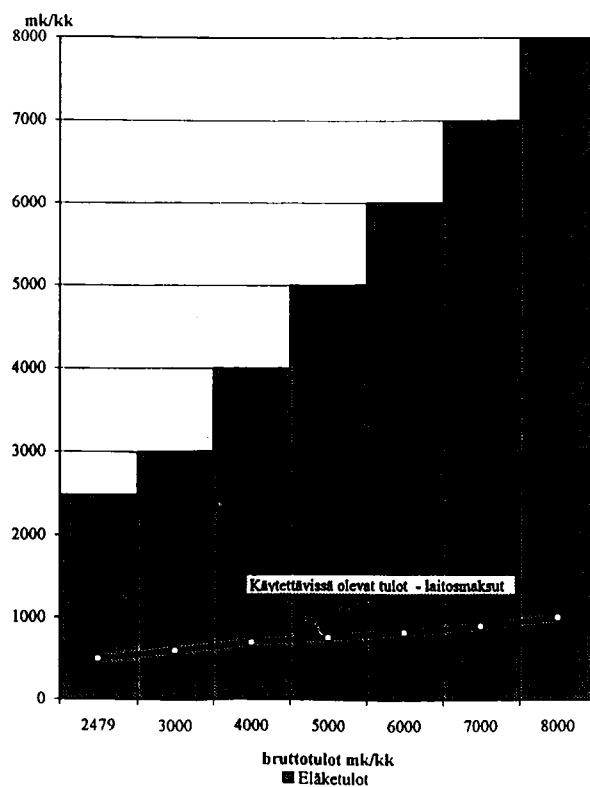
Kuvio 3. Yksinäisen eläkkeensaajan bruttotulot ja käytettävissä olevat tulot vuonna 1994 (vuokra-asunto; vuokra 1700 mk/kk, Kelan hoitotuki 1356 mk/kk, Kirkkonummen kunnan kotipalvelua 7 krt/vko ja kotisairaanhoidoa 7 krt/vko)



Kuvio 4. Yksinäisen eläkkeensaajan bruttotulot ja käytettävissä olevat tulot vuonna 1994 (vuokra-asunto; vuokra 1700 mk/kk, Kelan hoitotuki 272 mk/kk, Kirkkonummen kunnan siivouspalvelua 4 krt/kk)



Kuvio 5. Yksinäisen eläkkeensaajan bruttotulot ja käytettävissä olevat tulot vuonna 1994 (Pitkäaikainen laitoshoido Kirkkonummen kunnassa)



LÄHTEET

Asiakas- ja potilaslaskennat vanhainkodeissa ja sairaaloissa psykiatriset sairaalat mukaanlukien (STH 1991, SVT 1992, STAKES 1993, Noro ja Lounamaa 1993)

Aromaa, A. ym. (1989): Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveys tutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki ja Turku 1989.

Eurosocial Report (1991): New Welfare Mixes in Care for the Elderly. Volume 2 and 3: 40/1991. European Centre. Vienna.

Eurosocial Report (1992): Shifting Welfare Mixes and Citizenship Rights. 43/1992. European Centre. Vienna.

EVERGREEN -vanhustietokannat 1988 ja 1992 (Vaarama 1990, Vaarama 1994a).

Gothoni, R. (1990): Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1990:2. Helsinki 1990.

Hakanen, H. (1991): Ikäihmisten palveluiden vahvat ja heikot lenkit. Ikäihmisten palvelut ja auttaminen nyt ja tulevaisuudessa. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Lohjan Painotuote Oy.

Jylhä, M. & Heikkinen, E. (1993): Terveys, toimintakyky ja lääkkeiden käyttö. Teoksessa: Jylhä, M. (toim.): Vanhuusikä muutoksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1993:6. Helsinki 1993.

Kaukonen, A. & Takkunen, T. (1991): Eläkeikäisten palvelujen käyttö 1980-luvulla. Tampereen eläkeikäisten seurantatutkimuksen osaraportti. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto.

KETI 1988 - 1993 (tulostettu 6.8.1992, 30.1.1994 ja marraskuussa 1994).

Pacolet, J. and Wilderom, C. (1991): The Economics of Care of the Elderly. Avebury Academic Publishing Group. Gower House. England.

Sihvo, T. (1989): Arki ja apu. Sosiaalihuollituksen väestötiedustelun raportti I. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 14/1988. Helsinki 1989.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1992): Palvelurakennetyöryhmän muistio. Työryhmämuistio 1992:17. VAPK. Helsinki

Suomen sairaalatilastot 1988, 1992 ja 1993.

Suutama, T, ym. (1988): Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63. Helsinki 1988.

Tilastokeskus 1994: Julkisten menojen hintaindeksi. Kunnallistalous. Sosiaalitoimi. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Moniste 21.9.1994.

Vaarama, M. ja Hurskainen, R. (1993): Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuvat ja kehittämissuunnitelmat. STAKES. Raportteja 95. VAPK. Gummerus Oy. Jyväskylä.

Vaarama, M. (1994): Vanhusten hoivapalvelut - nykytila, viimeaikaiset muutokset ja tulevaisuusnäkymät. Teoksessa: Uusitalo, H. ym. (1994): Palvelukatsaus. STAKES. (julkaistaan lähiaikoina).

Yksityinen toimipaikkarekisteri 1991 (STH).