

Kansainvälisiä palvelusetelin käyttökokemuksia
STM:n tilaama kartoitus 31.10.2008

Marjo Hannu-Jama, Nopus
&
Sirpa Andersson, Stakes

Tiivistelmä

Tähän katsaukseen on tiivistetty viimeaikaista tietoa palvelusetelin käytöstä Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa sekä henkilökohtaisen budjetin käytöstä eräissä Euroopan maissa.

Yleisimmin palveluseteli oli käytössä ikääntyneiden kotiin annettavissa palveluissa ja asumispalveluissa. Myös vammaispalveluissa palveluseteliä käytetään. Tanskassa, josta saatiin eniten ja yksityiskohtaisinta tietoa, palveluseteliä sovelletaan myös terveyspalveluissa, lasten päivähoidossa ja peruskoulun valinnassa. Muun kuin oman kunnan terveyskeskuksen lääkäripalvelun valinta oli terveyspalveluista yleisemmin käytetty valinta. Lasten päivähoidon palveluseteli Tanskassa muistuttaa Suomen yksityisen hoidon tukea. Käytännöllinen kotiapu on suosituin ikääntyneiden palvelusetelillä hankkimista kotihoidon palveluista. Myös Ruotsissa kotipalvelut ja asumispalvelut ovat tärkeimmät palvelusetelipalvelut.

Palveluseteli voi olla olemukseltaan monenlainen. Pääasia on, että se antaa asiakkaalle valinnan vapautta ja ohjausvaltaa. Kundval-systeemi Ruotsissa ja Fritvalg- Tanskassa sekä osassa EU-maita käytössä oleva henkilökohtainen budjetti ovat käsitteinä laajempia kuin palveluseteli, mutta toimivat saman palvelun käyttäjän asemaa korostavan logiikan kehityksessä. Näissä näkyy samansuuntainen kehitystyö kohti asiakkaiden valinnan oikeuksien ja demokraattisen päätöksenteon lisäämistä aikaisemman asiantuntijoiden ratkaisujen sijaan.

Eri maissa sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaympäristöt vaihtelevat. Ruotsissa ja Tanskassa on Suomen tapaan laaja kunnallinen palvelujen tuotanto ja kuntien palvelulinjaukset ohjaavat myös yksityisten palveluntuottajien tarjontaa. Laatuksiteerit halutaan pitää yhtenäisinä.

Niissä maissa, joissa kunnan rooli palvelujen tuottajana on vähäinen, palveluseteli voi selkeämmin merkitä muutosta rahoitusjärjestelmässä. Kun aikaisemmin yhteiskunnan tuki on mennyt suoraan esimerkiksi vapaaehtoisjärjestöille, se nyt menee asiakkaiden valintojen mukaan ja saattaa näin kohdentua eri tavalla ja muuttaa järjestöjen toimintaa.

Kun pohjoismaiseen palvelujen järjestämismalliin halutaan tuoda lisää asiakkaan valinnan mahdollisuuksia, on tärkeää, että asiakas saa tietoa vapaasta valinnasta. Tämä tiedottamisvastuu on Ruotsissa ja Tanskassa viranomaisten tehtävä. Valintojen perusteella olevan tiedon tulee olla kattavaa, asiallista, helposti saatavilla olevaa ja vertailukelpoista. Tarvitaan myös kansallisen tason informaatiota palvelujen ja hoidon laadun ja hintojen vertailutiedoista.

Kaikkien tuottajien seuranta ja kontrolloiminen on keskeistä. Laadun valvonta kuuluu viranomaisille. Suomessa on tärkeää kerätä tietoa kuntien palvelusetelikäytännöistä. Tietojen perusteella tulee seurata, tutkia ja arvioida järjestelmän toimivuutta sekä edistää palvelusetelin ja asiakkaan valinnanmahdollisuuksien hyviä käytäntöjä.

Ruotsi

Ruotsissa nykyinen keskustelu palveluseteleistä kietoutuu nk. Kundval-järjestelmän yhteyteen (Edebalck & Svensson 2005). Kundval-järjestelmän katsotaan Ruotsissa olevan jatkoa terveydenhuollossa käytössä oleville hoitotakuujärjestelmille. Kundval merkitsee, että kansalaisille annetaan valtaa ohjata eri palveluntuottajien palvelutarjontaa omilla palvelujen ja huolenpidon "ostoillaan". Ruotsissa korostetaan, ettei kyse ole vain palvelusetelistä vaan asiakkaan oman valinnan mahdollistavasta periaatteesta. Kundval-järjestelmä soveltuu hyvin niiden palvelujen yhteyteen, missä tarve ja tarvitsijoiden ryhmä pystytään määrittelemään etukäteen ja missä toimenpiteen ovat ainakin jossain määrin tuotteistettavissa (standardisoitavissa).

Kunnan järjestämisvastuu:

Ikääntyneiden ja vammaisten palveluiden kundval- eli asiakkaan valintaan perustuva järjestelmä voi toimia kahdella tavalla: joko kunta kilpailuttaa palveluntuottajat ja asiakas tekee valinnan näiden kilpailun kautta valittujen palveluntuottajien joukosta tai kunta hyväksyy valintalistalle kaikki vaaditut (laatu)kriteerit täyttävät palveluntuottajat ja asiakas tekee valinnan tältä listalta.

Noin 90 prosenttia ikääntyneiden hoidosta ja hoivasta annetaan kunnallisena palveluna. Vuoden 2006 lopussa oli 27 kuntaa ottanut käyttöön kundval-systeemin ja yhtä moni suunnitteli sen käyttöönottoa.

Kunta arvio asiakkaan palveluntarpeen ja määrittelee hänen tarvitsemansa palvelun määrän. Asiakas voi valita tämän jälkeen mieleisensä palveluntuottajan; joko kunnan oman palveluorganisaation tai yksityisen palveluyrityksen. Asiakas saa sitoumuksen, (voucher, "check" tai "peng"), joka ei ole välttämättä mikään lipuke tai sähköinen korttikaan vaan oikeus valita.

Asiakas valitsee palveluntuottajan, mutta rahaliikenne tapahtuu aina kunnan ja palveluntarjoajan välillä. Kunnallisesta ja yksityisestä palvelusta peritään asiakkaalta samat maksut. Korvaus, jonka palveluntuottaja saa kundval-systeeminä on sama kaikille yrityksille. Koska hinta on määrätty, tuottajien välillä ei ole hintakilpailua, vaan ne kilpailevat sen sijaan laadulla. Kundval edellyttää, että kunnassa on useampia palveluntuottajia, joista valita. Sosiaalihuollon selvitys osoittaa, että järjestelmä toimii ja vaihtoehtoja on löytynyt, vaikkakin rajoitetummin, myös pienissä kunnissa.

Kundval-järjestelmä ikääntyneiden ja vammaisten palveluissa on otettu käyttöön erityisesti Tukholmassa ja Etelä- ja Keski-Ruotsin kunnissa. Joissakin kunnissa Ruotsissa kundval-järjestelmä on käytössä myös erityisasumisessa. Valtio on varannut yhteensä 300 miljoonaa kruunua kunnille uuteen järjestelmään siirtymiseksi. Maksimiavustus kuntaa kohden on 2 miljoonaa kruunua.

Kymmenisen suurta palveluntuottajaa toimii koko maassa ja hallitsee yksityisiä palvelumarkkinoita erityisasumisen ja kotipalvelujen tarjoajina. Kun kundval-systeemi on yleistynyt, on se mahdollistanut myös pienempien toimijoiden pärjäämisen markkinoilla. Palvelujen valintamahdollisuuden tarjoavissa kunnissa yli puolessa oli vain yksi muu palveluntuottaja kunnan lisäksi. Vain suurimmissa kunnissa oli yli viisi tuottajaa.

Kundval-järjestelmä on käytössä joissakin kunnissa myös lasten päivähoidossa, esikoulutoiminnassa ja koululaisten iltapäivähoidossa. Setelin arvo määräytyy hoitoajan ja lapsen iän perusteella.

Kunta maksaa setelin mukaisen maksun palveluntuottajalle ja asiakas maksaa omavastuuosuuden, joka suuruuteen vaikuttavat sisaralennukset ja vanhempien tulot kunnalle.

Valtakunnallinen järjestämisvastuu:

Vastuu terveydenhuollon ja sairaanhoidon palveluista jakautuu Ruotsissa valtion, maakunnan ja kunnan kesken. Tukholman mallissa asiakkaat saavat vapaasti valita omalääkärin, terveydenhoitajan ja terveysaseman tai sairaalan. Valinta edellyttää, että maakäräjät on tehnyt sopimuksen asianomaisen palveluntuottajan kanssa. Valinta voi kohdistua myös toisen maakäräjäkunnan palveluun. Tukholmassa hankinnat pyritään tekemään kilpailuttamalla.

Hammashoidossa on käytössä tasasuuruinen palveluraha. Julkisen sektorin hammashoitolan on aina hyväksyttävä potilas ja potilaasta saatava kiinteä korvaus. Yksityisellä palveluntuottajalla ei ole samanlaista velvollisuutta antaa hoitoa tähän hintaa. (Ero Suomeen: Suomessa julkinen sektori ei voi valtionosuuslainsäädännön vuoksi olla yhtenä palvelusetelillä palvelua tarjoavana tahona.)

Kundval-järjestelmä onnistuu vain jos kunnissa on yksityisiä palveluntarjoajia. Kunnan tulee edistää palvelumarkkinoiden syntyä. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä yksityisiin palveluihin. Järjestelmä edellyttää, että asiakkaalla on kyky vertailla palveluja ja tehdä valintoja eri palveluntuottajien välillä. Asia ei aina ole näin. Asiakkaille on järjestettävä tukea ja lain mukaan sosiaalipalvelujen on oltava hyvälaatuisia. Laki edellyttää, että toimintaa arvioidaan ja kehitetään riippumatta siitä, kuka palvelun tuottaa.

Tiedottaminen ja tuottajan valinta

Kundval-systeemissä käyttäjien informointi palvelujen vapaasta valinnasta on viranomaisen vastuulla. Valintojen perustana olevan tiedon täytyy olla kaikki tuottajat kattavaa, asiallista, selkeää, helposti saatavilla olevaa ja vertailukelpoista suhteessa tuottajiin. Kirjallisen tiedon on oltava sekä paperiversiona että kunnan tai maakunnan kotisivuilla.

Kansallisella tasolla Socialstyrelsen on hallituksen toimesta kehittänyt sivustot missä käyttäjät voivat vertailla laatua ja hoitoa valtakunnallisesti eri vanhustencodeissa ja lyhytaikaisissa hoitopalveluissa. Laatua voidaan verrata kuntien välillä ja kolmen suurimman kaupungin kaupunginosien välillä. Tieto päivitetään vuosittain kokoamalla sen kyselytutkimuksella kunnista ja Ruotsissa on tällä hetkellä käytössä järjestelmän toinen versio. Laatukriteereinä on palvelun saatavuus, osallisuus, henkilökuntamäärä, osaaminen, jatkuvuus, itsenäisyys, ravitsemus, tuki omaisille, lääkärin osallistuminen palveluun, johtaminen, seuranta ja tiedottaminen.

Sivustot www.aldreguide/socialstyrelsen.se

Asiakas tai palvelun käyttäjä voi myös kieltäytyä käyttämästä valinnan vapautta, jolloin asiakas ohjataan ei-valintaa -vaihtoehtomenettelyyn, jonka tuottajaan sovelletaan yhtäläiset laatuvaatimukset kuin muillekin tuottajille. Tuottajan vaihtaminen on osa valinnanvapauden käytäntöä.

Kaikkien tuottajien seuranta ja kontrolloiminen on keskeinen tekijä palvelujen valintakäytännössä. Viranomaiset vastaavat laatuvaatimusten valvonnasta koko sopimuskauden ajan ja heidät on veloitettu ryhtymään sopimuksen irtisanomis- yms. toimenpiteisiin tarvittaessa.

Kundval-järjestelmään on tekeillä ehdotus kansallisista vaatimuksista ja laatukriteereistä, joilla tuottaja hyväksytään palveluntuottajaksi. Laatuvaatimukset määritellään kansallisella tasolla, mutta

kunta voi niiden lisäksi vielä asettaa omia laatuvaatimuksia. Edellytyksenä on, että vaatimukset koskevat kaikkia tuottajia ja ovat suhteessa kansallisiin laatukriteereihin.

Tanska

Kansalaisten oikeus valita palveluntuottaja (Fritvalg-system)

Fritvalg-reformin tausta

Tanska on vuosituhannen vaihteesta lähtien uudistanut hyvinvointipalveluja kansalaislähtöiseen suuntaan kehittämällä palvelujen valinnanvapautta. Tanskassa käynnistettiin 2002 julkisen sektorin uudistusohjelma Velfærd og Valgfrihed (Regeringen, 2002), jonka tavoitteena oli vahvistaa kansalaisten valinnan vapautta monipuolistamalla palvelurakennetta ja palvelujen sisältöä yksityisen palvelutuotannon tarjoamilla mahdollisuuksilla. Oikeus yksilöllisiin ratkaisuihin ja valintoihin sekä asiakkaan oikeusturvan vahvistaminen olivat valinnanvapauden ideologisina perusteluina. Palvelujen laadun parantaminen ja johtaminen nostettiin tämän uudistusohjelman keskeisiksi kehittämisalueiksi. Ohjelmassa painotettiin erityisesti lasten, vanhusten, toimintarajoitteisten ja syrjäytymisriskissä olevien henkilöiden palvelujen parantamista. (Socialministeriet 2003 ja Kvalitet i den offentlige sektor, 2006).

Kehittämistyön tuloksena Tanska otti ensimmäisenä Pohjoismaana käyttöön lainsäädäntöön perustuvan kansallisesti ohjatun asiakkaan valintoikeuteen perustuvan järjestelmän (Fritvalg-system) vuoden 2003 alussa. Käytännössä kunnat on velvoitettu tekemään yhteistyötä yksityisen sektorin kanssa, jotta valinnan mahdollisuus on kuntalaiselle todellinen. Asiakkaalle on turvattava yhtäläinen mahdollisuus valita kunnallisen palvelun ja yksityisen palveluntuottajan välillä. Valintajärjestelmään siirryttäessä kunnilta edellytettiin viranomaistoiminnan ja oman tuottamistoiminnan eriyttämistä.

Valinnan vapauden laajuus ja implementointi vaihtelee kunnissa ja eri hyvinvointipalvelujen alueilla. Yleisimmin valinnanvapaus koskee päivähoitoa, kouluja, sairaaloita ja kotipalvelua. Lisäksi toimintarajoitteisille henkilöille sekä päihteidenkäyttäjille tarjotaan mahdollisuus valita palveluntuottajat koti- ja asumispalvelujen suhteen. Kunnissa käytäntö on kuitenkin laajimmin ja tehokkaimmin otettu käyttöön vanhusten kotipalveluissa.

Hyvinvointipalvelujen valintamahdollisuus Tanskassa

Yleisesti kuntalaiset ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja pitävät valinta- ja palveluntuottajan vaihtamismahdollisuutta lähtökohtaisesti tärkeänä. Koulu- ja päiväkotipalvelujen saajista suurin osa koki v. 2005 palvelujen vapaan valinnan tärkeäksi tai melko tärkeäksi. Vanhusten kotipalvelussa samana ajankohtana huomattavasti harvempi koki valintamahdollisuuden tärkeäksi (Regeringen, 2005)

Valinnanvapauden tärkeys suhteessa palveluntuottajaan

	Tärkeä	Erittäin tärkeä
Koulut	41,2 pct.	44,6 pct.
Päiväkodit	30,9 pct.	64,8 pct.
Kotipalvelu	18,9 pct.	11,9 pct.

Kilde: Kommunernes Landsforenings og Finansministeriets brugertilfredshedsundersøgelse, 2005.

Seuraavasta yhteenvedosta ilmenee mitä valintamahdollisuus kullakin hyvinvointialalla tarkoittaa ja milloin käytäntöä on alettu soveltamaan kyseisessä palvelussa.

Terveysthuolto Valintamahdollisuus koskee ensisijaisesti yleistä ei-akuuttia sairaanhoitoa - julkiset sairaalat (v.1993) - laajennettu, sairaalaa koskeva valinta tietyn odotusajan täytyttyä (v.2002) - hoitavan lääkärin valinta (2003) - lasten hammashoidon tuottaja ja hammaslääkärin valinta (2004)	Vanhuspalvelut Valintamahdollisuus koskee kotipalvelua ja asumisen järjestämistä - Kotipalvelun tuottajan vapaa valinta (2003) - Vanhuksen tai vammaisen henkilön asumispalvelujen valinta (2002) kunnan sisällä tai kuntarajat ylittäen, avio- ja avopuolisille mahdollisuus asua yhdessä vaikka toinen pelkästään palvelun saaja
Peruskoulu Valinta kunnallisen tai yksityisen välillä: - Kolme neljästä kunnasta tarjoaa mahdollisuuden valita koulu - Kööpenhaminassa joka neljäs on yksityisessä koulussa vrt. Billund 2 % - 1995–2005; 75 uutta yksityistä koulua, 33 uutta kunnallista koulua	Päivähoito Valinta kunnallisen tai yksityisen palveluntuottajan välillä: - Päivähoito yli kuntarajojen (1/2004) - Oikeus yksityiseen päivähoitoon ja minimiraja siihen myönnettävään taloudelliseen tukeen (8/2003) - Yksityisten päivähoitopalvelujen tuottajat hyväksytään laatukriteerien pohjalta ja minimirajat korvausten maksamiselle (10/2005) - Kunnallinen tuki lapsen kotihoidosta (2002)

Vuosien 1997–2003 aikana muun kuin oman kunnan terveyskeskuksen lääkäripalvelun valitsi kaikkiaan 11 % kansalaista. Laajennettu oikeus valita hoitava sairaala on sidottu odotusaikaan; jos asiakas on joutunut odottamaan hoitoon pääsyä yli kuukauden, hän voi hakea palvelun miltä tahansa

Terveystieteiden tutkimuskeskus (STUK) on panostettu perusteelliseen tiedottamiseen vapaasta valinnasta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja hallituksen ylläpitämiltä verkkosivuilta kansalaiset saavat tietoa odotusajoista, hoitotoimenpiteistä, palvelujentuottajista ja laatuvaatimuksista. Saatavilla on ajankohtaista tilastotietoa, erilaisia selvityksiä, avainlukuja potilasturvallisuudesta ja hygieniasta liittyen sairaalan toimintaan tai hoitotoimenpiteeseen. Tiedot saatavilla, www.sundhed.dk, www.sygehusvalg.dk ja www.sundhedskvalitet.dk.

Valintamahdollisuus vanhustenhuollossa kotipalvelujen osalta

Kotipalvelua annetaan kotona asuville vanhuksille, mutta myös vanhus- ja hoiva-asunnoissa asuville, jolloin ne kuuluvat myös asiakkaan valintasysteemin piiriin. Kunnissa onkin usein yhteinen organisaatio kotipalvelulle ja kotisairaanhoidolle. Vanhuuseläkkeellä olevista noin 9 % asui vuonna 2005 erityisasunnoissa. Pääasiallisesti valinnan mahdollisuus koskee henkilökohtaiseen hoivaan ja hoitoon sekä käytännön apuun liittyviä palveluja että ruokapalveluja. Joustava kotipalvelukäytäntö otettiin käyttöön 2003 Frit valg -lainsäädännön myötä, jolla varmistetaan vanhukselle enemmän määräysvaltaa suhteessa kotipalvelun sisältöön.

7

Toisessa vaihtoehdossa eli julkisia hankintoja koskevalla kilpailuttamismenettelyllä kunta voi allekirjoittaa sopimuksen kutakin palvelumuotoa koskien vähintään kahden tai korkeintaan viiden tuottajan kanssa. Mikäli kunta ei voi allekirjoittaa sopimusta vähintään kahden tuottajan kanssa, sovelletaan tilanteessa laillistamismenettelyä. Ruokapalveluiden osalta tuottajien enimmäismäärää ei rajata. Palveluja käyttävä kuntalainen voi vapaasti valita kunnassa toimivista luvanvaraisista tuottajista haluamansa. Erona laillistamiskäytäntöön kilpailuttamismenettelyssä on tuottajien määrän rajoittaminen ja edellytys hintakilpailusta. Uusista suurkunnista mikään ei käytä kilpailuttamismenettelyä henkilökohtaisen hoidon ja tai käytännön avun palvelujen järjestämisessä

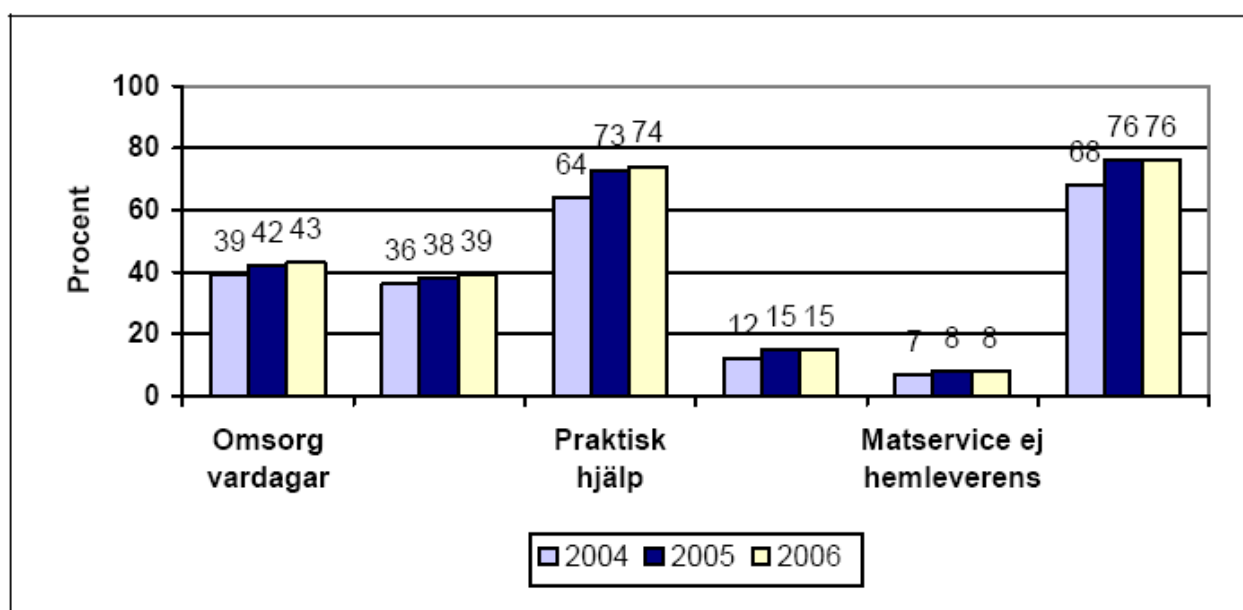
Molempien mallien yhdistämiskäytännössä kunta luovuttaa kilpailuttamismenettelyn jälkeen kotipalvelujen tuottamisen ulkoiselle toimijalle määrättyä sopimuskautena. Erona laillistamismenettelyyn on se, että sopimusta koskevissa palveluissa ei sopimusaikana ole lainkaan kunnallista palvelujen tuottajaa. Malli edellyttää riittävää hintakilpailua. Vuoteen 2007 saakka sopimuskauti oli 2 vuotta, mutta nykyisin kunnat voivat itse päättää sopimuskauden pituuden.

Kunta päättää tuottajille maksettavasta korvauksesta, mutta periaatteessa sen tulee vastata kunnan kotipalvelujen tuottamisesta aiheutuvien menojen omakustannusosuutta; laki korostaa korvausten vastaavuutta todellisiin tuotantokustannuksiin. Lisäksi korvauksia voidaan eriyttää palvelutyypin mukaan myös kunnan omien mahdollisuuksien mukaan.

Valintajärjestelmän kattavuus kunnissa

Ankestyrelsen'in (2007a) tekemän raportin mukaan tutkimukseen osallistuneista 237 kunnasta 76 % oli käytössä vapaavalinta eli näiden kuntien vanhuksilla oli mahdollisuus valita vähintään kahdesta palveluntuottajasta suhteessa yhteen tai kahteen kotipalvelumuotoon. Vaikka valintamahdollisuus kattaa koko kotipalvelun, oli vuoden 2006 lopussa koko kotipalvelun kattava valintamahdollisuus eli minimissään kaksi tuottajavaihtoehtoa henkilökohtaisen hoivan, käytännön tuen ja ruokapalvelujen osalta vain neljällä prosentilla kunnista. Valintajärjestelmän yleiskattavuudessa ei ole eroa vuosien 2005–2006 välillä (Edebalk & Svensson 2007).

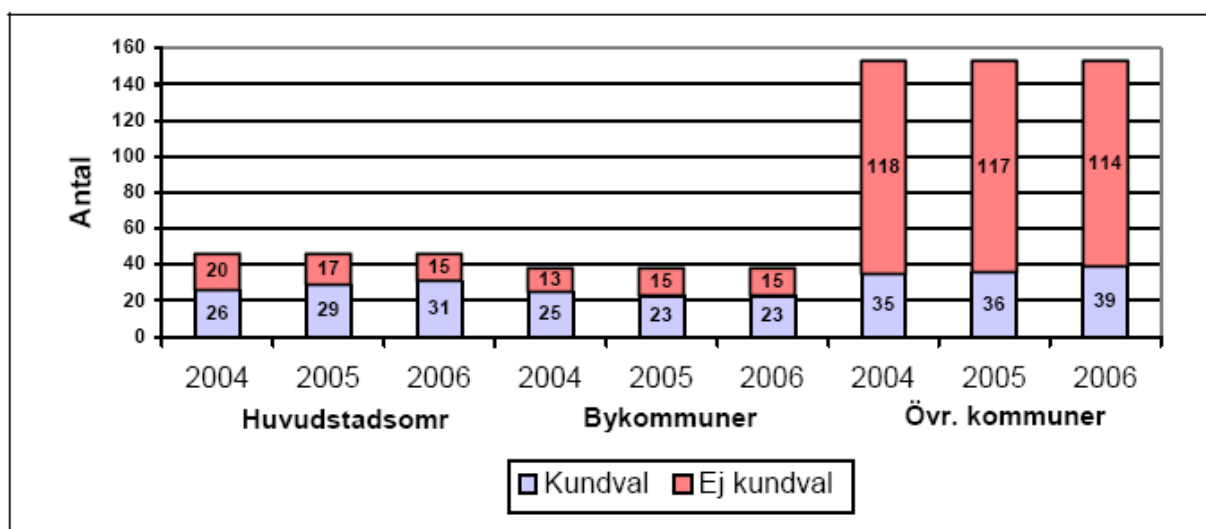
Figur 3.1 Andel kommuner med kundval för olika tjänster olika år.



Källa: Ankestyrelsen, 2007a

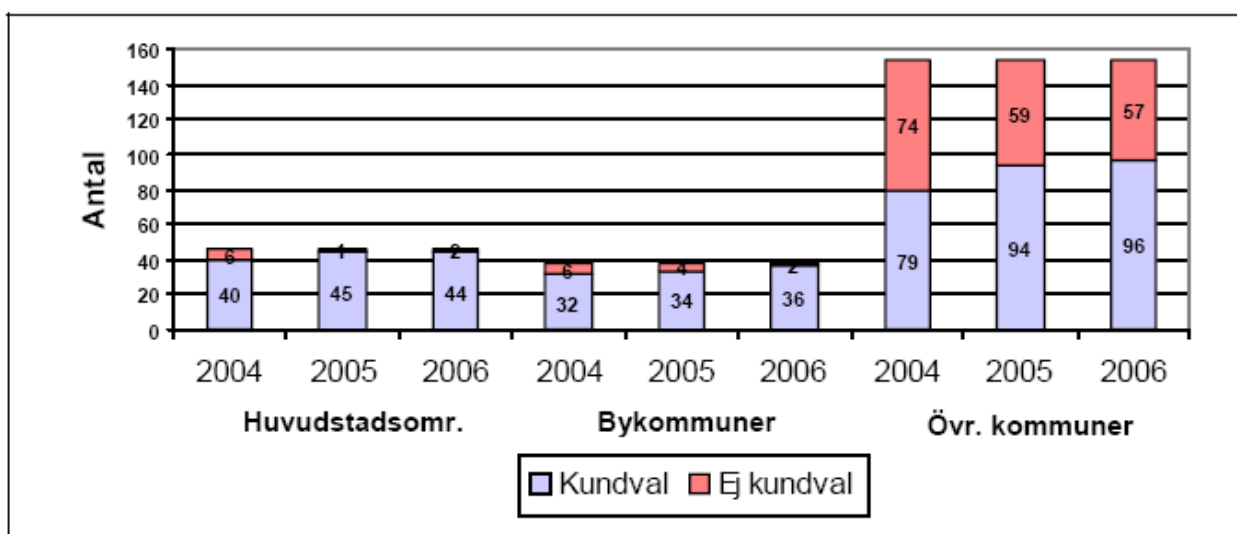
Valintasysteemi oli kattavin (74 %) käytännön avun osalta ja vähäisin (15 %) ruokapalveluissa. 70 % pääkaupunkialueen kunnista ja 63 % keskikokoisista kunnista tarjosi valintamahdollisuuden henkilökohtaisen hoidon osalta, kun vastaava luku pienissä kunnissa oli 29 %. Uudet palvelunkäyttäjät valitsevat useammin yksityisen palvelunkäyttäjän kuin ennen uudistusta kotipalvelujen piiriin tulleet asiakkaat.

Figur 3.2 Antal kommuner med kundval respektive inte har kundval för personlig omsorg (dag/kväll/natt/helg) och för praktisk hjälp fördelat på olika kommuntyper, år 2006



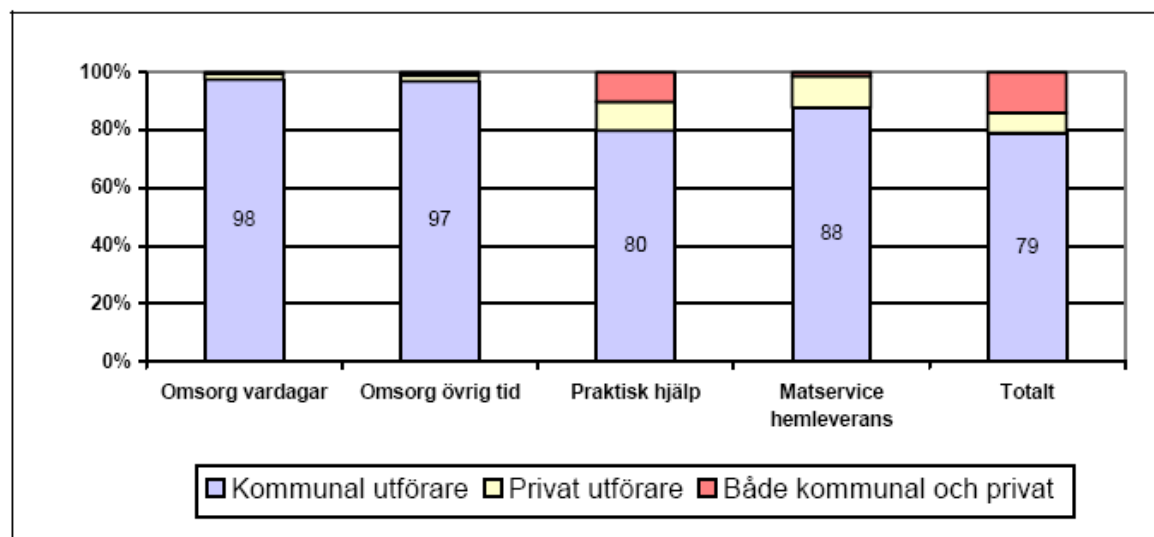
Källa: Ankestyrelsen, 2007a

Figur 3.3 Antal kommuner med kundval respektive inte har kundval för praktisk hjälp fördelat på olika kommuntyper, år 2006



Källa: Ankestyrelsen, 2007a

Figur 3.4 Andel brukare som har hjälp av kommunal utförare, privat utförare eller både kommunal och privat utförare fördelat på olika hemtjänstinsatser



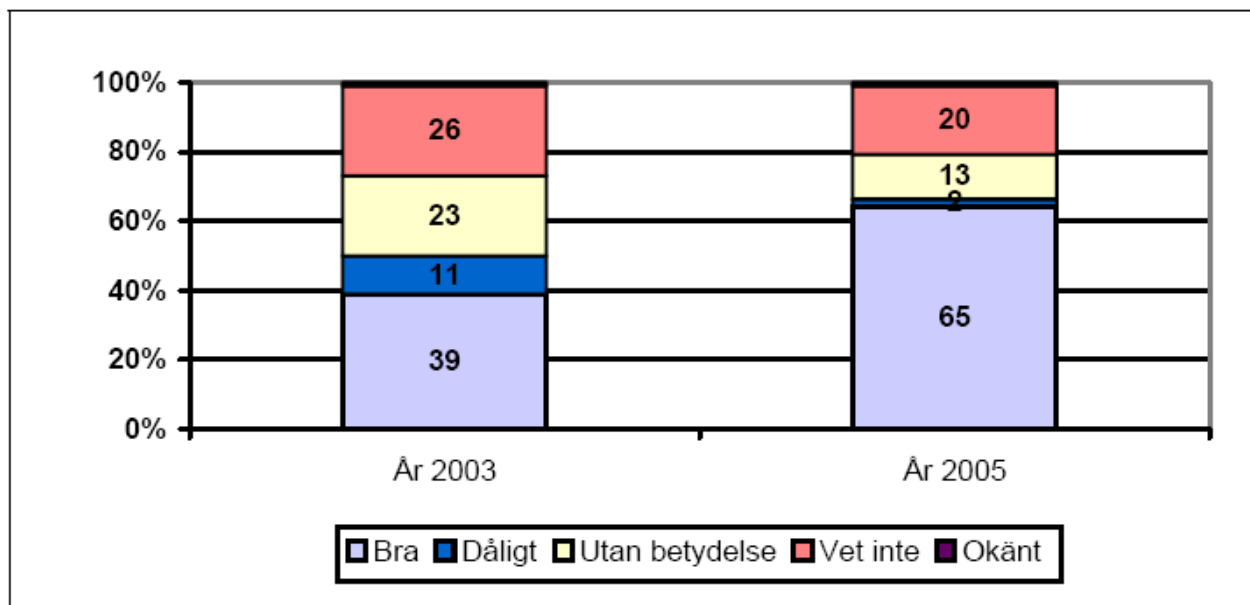
Källa: Ankestyrelsen, 2005a

Vuonna 2003 kotipalvelua saajista seitsemän prosenttia sai osan kotihoidosta muualta kuin kunnalliselta toimijalta. Vuonna 2005 osuus oli kohonnut 21 %. (Konkurrensverket 2007:3). Kaikkiaan Tanskan uusien kuntien (98) 345 kotihoidontuottajasta 245 on yksityistä. Kuntien väliset erot ovat kuitenkin suuria. (Ero Suomeen: säännöllinen kotipalvelu on Tanskassa maksutonta, tilapäinen maksullista)

Asiakkaiden kokemukset

Kunta tekee palvelujen tarvekartoituksen (visitation) ja päätöksen palveluista, mutta heillä on myös tiedottamisen velvollisuus ja he voivat tarvittaessa myös valottaa vanhuksen tarpeiden kannalta sopivia palveluntuottajia. Kuten alla olevasta taulukosta selviää, käyttäjien suhtautuminen valinnanvapauteen on muuttunut positiivisemmaksi vuosien myötä; 2003 vain 39 % koki valintamahdollisuuden positiivisena, v. 2005 jo 65 % asiakkaista oli sitä mitä, että he saivat valinnan myötä vaikuttaa enemmän hoitoon ja mahdollisuus valita palveluntuottaja lisäsi turvallisuuden tunnetta.

Figur 4.1 Brukares uppfattning om kundval i hemtjänst år 2003 och 2005



Källa: Ankestyrelsen, 2005a

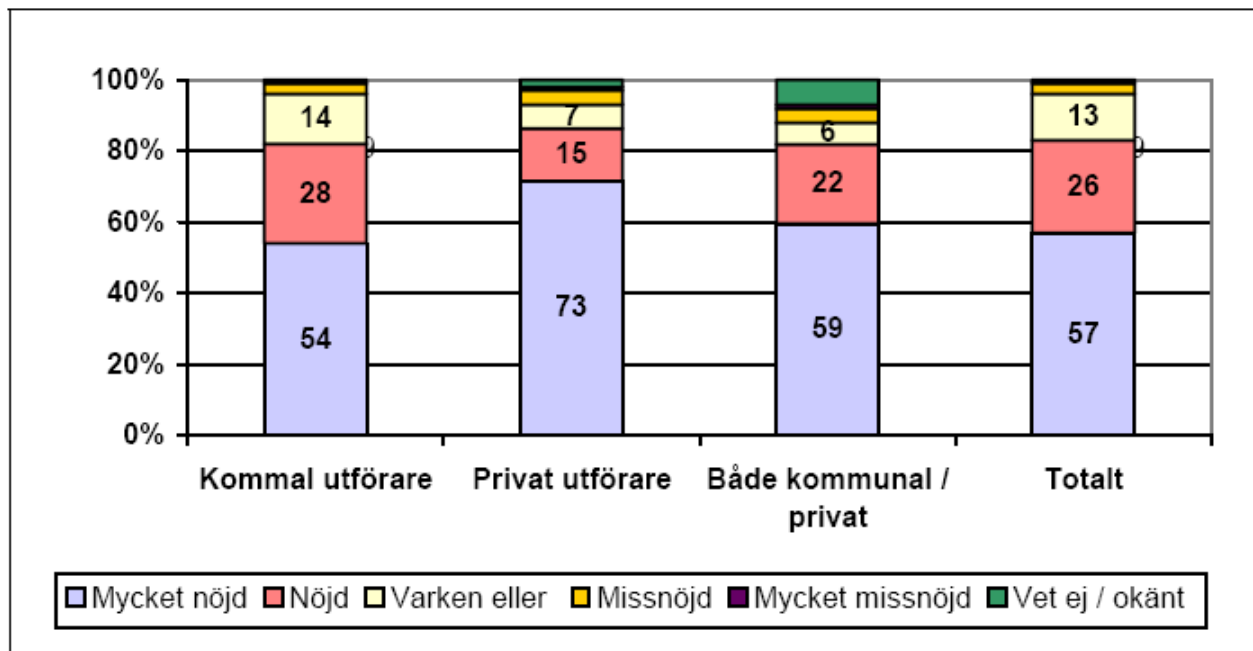
Melkein puolet käyttäjistä (46 %) sai tiedon valintamahdollisuudesta kirjeitse tai kunnan informaatiomateriaalista, joka kolmas mediasta ja 13 % kunnalliselta viranomaiselta palvelukartoituksen yhteydessä. Palvelukartoituksen tekevien viranomaisten mukaan vanhuksat odottavat usein, että he tekisivät päätöksen sopivasta palveluntarjoajasta. Samaisessa tutkimuksessa viranomaiset mainitsevat, että palveluntarjoajan valintaan vaikuttaa myös houkutteleva esite. Yksityiset palveluntuottajat luottavat kunnan viranomaisen tiedotukseen ja kokevat heidät neutraaleiksi itse valintatilanteessa (Ankestyrelsen, 2007).

Tiedottamisen tarve on kuitenkin edelleen suuri vaikka kuntalaisille on avattu Sosiaaliministeriön ylläpitämä kotipalvelujen valintamahdollisuutta koskeva kansallinen sivusto nk. Fritvalgsdatabasen, josta on saatavilla kuntakohtaisesti tietoa laatukriteereistä, tuottajista eri kotipalveluissa eriteltynä yksityisiin ja kunnallisiin tuottajiin, hinnoista eri kategorioissa, mitä mallia kunta käyttää hyväksyessään tuottajat. Tiedot voi hakea myös kaikkien kuntien osalta ja tehdä palvelujen hinnoittelusta ja sisällöistä eri kunnissa. Kunnilla on velvollisuus *rapportoida tietokantaan* laatukriteerit, tuottajat ja hinnat. Hyvin toimiva valinnanvapaus edellyttää, että käyttäjillä, tuottajilla ja päättäjillä on ajan-kohtainen ja relevantti tieto saatavilla.

Kööpenhaminan kaupungissa selvitettiin vuonna 2005 vanhusten tyytyväisyyttä kotipalveluun ja kotisairaanhoidon. Yli 80-vuotiaista vanhuksista 53,2 % sai kotipalvelua ja 65–79-vuotiaista 13,2 %. Hoidosta 93 % tuli kaupungin kautta ja seitsemän prosenttia sai palvelunsa pelkästään yksityisen palveluntuottajan kautta. 66 % kodinhoitopalveluja saavista vanhuksista oli erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä palveluun, kun taas erittäin tyytymättömiä oli 10 % vanhuksista. Kotisairaanhoidon oltiin tyytyväisempiä kuin kodinhoitoon; 80 % vanhuksista oli erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä sairaanhoidon, erittäin tyytymättömien määrän jäädessä neljään prosenttiin (Köpenhamns kommun, 2005).

Vuonna 2005 toteutettu puhelinhaastattelu 2600 kotipalvelun asiakkaalle osoittaa asiakkaiden olevan yleisesti tyytyväisiä tai hyvin tyytyväisiä palveluihin. Kuten taulukosta 5.1 selviää, 80 % asiakkaista on tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä palveluun sekä yksityisten että kunnallisten palveluntuottajien antamana. Hoitotarpeella ei ollut vaikutusta kokemukseen annetusta hoidosta.

Figur 5.1 Brukarens helhetsomdöme med hjälpen



Källa: Ankestyrelsen, 2005

Tutkimuksesta selvisi myös, että hyvin harvat halusivat vaihtaa palveluntuottajaa. Vain yhdeksän prosenttia halusi vaihtaa tuottajan, kun taas 80 % ilmoitti haluttomuutensa vaihtaa palveluntuottajaa. Asiakkaat voivat vaihtaa palveluntuottajaa periaatteessa rajoituksetta. Joissakin kunnissa asiakkaat ovat kokeneet kahden peräkkäisen palveluntuottajan vaihtamisen johtaneen kunnan puolelta tarveharkinnan uudelleen arvioimiseen (Äldre sagen, 2008)

Tanskassa ei ole toistaiseksi toteutettu tutkimuksia, jotka mahdollistaisivat asiakkaiden kokemusten vertailun ennen ja jälkeen valintavapaus-käytäntöä (Edebalk, Svensson, 2007). Kuntien on kuitenkin sosiaalipalvelulain mukaan päätettävä ja julkistettava hoitoa koskevat laatuvaatimukset tuottajille. Näin luodaan edellytyksiä vanhuspalvelujen avoimille priorisoinneille ja läpinäkyvyyttä palveluihin. Lisäksi kuntalaiset ja palvelujen käyttäjät tietävät mitä he voivat palvelulta odottaa.

Laadun varmistukseen liittyen kunta voi vaatia tuottajaa ottamaan vastaan ja hoitamaan kaikki ne asiakkaat, jotka palveluntuottajan ovat valinneet. Edelleen kunnalla on oikeus vaatia tuottajaa dokumentoimaan miten palvelut suoritetaan ja että niistä raportoidaan sovittuna aikana. Laatukriteerit on eritelty palvelutyypin mukaan ja ne on muotoiltu siten, että ne eivät poissulje pienempiä yksityisiä tuottajia.

Kööpenhaminan tuottajavaatimuksista ilmenee, että tuottajien on tehtävä läpinäkyväksi henkilöstöpolitiikkansa ja kunta vaatii mm. että henkilöstön on osattava puhua, kirjoittaa ja lukea tanskaa, henkilökunnalla on oltava näkyvillä yrityksen kuvallinen henkilökortti. Lisäksi edellytetään tuotta-

jan panostavan siihen, että asiakkaan varsinainen ja sijaistava hoitohenkilökunta pysyy samana (Ankestyrelsen, 2007)

Tuottajalle maksettavat korvaukset

Kunta päättää etukäteen korvauksesta laillistetulle palveluntuottajalle ja julkistaa tiedot korvauksista koskien henkilökohtaista hoitoa, käytännön apua ja ruokapalvelua. (Socialministeriet, 2006). Korvauksen lähtökohtana on kunnan palvelun tuottamisen omakustannusosuus ja se vastaa keskimääräistä toimintakustannusta/suoritettu työtunti. Tuntikorvaus koskee kaikkia tuottajia, ja se tarkistetaan vuosittain, elleivät todelliset kustannukset edellytä aikaisempaa tarkistusta.

Korvaus voidaan palvelulain mukaisesti eritellä palvelutyypin ja palveluntuottamisen ajankohdan mukaan. Korvaustasoista vähintään viisi on julkistettava eli korvaus/tuntisuorite käytännön avussa, korvaus/henkilökohtainen hoito arkipäivisin sekä hoito ilta-, pyhä- ja yöaikaan, korvaus/kotiin tuotava ateria ja korvaus/ateriapalvelu ilman kotiinkuljetusta. Lisäerittelyn edellytyksenä on kuitenkin kilpailuehtojen varmistettavuus (Edebalk, Svensson 2007)

Korvaus perustuu suoriin toimintakustannuksiin eli hoitohenkilökunnan ja sijaisten palkkakustannuksiin (sis. työajat, sotumaksut, vakuutukset) sekä epäsuoriin kustannuksiin (hallinnosta aiheutuvat palkkakustannukset, vuokra, muut toimintakustannukset tiloista ja varusteista esim. ATK-laitteet, autot ja muut kuljetuskustannukset). Lähtökohtana on, että kaikki hoidon tuottamiseen liittyvät kustannukset on oltava korvauslaskennan perustana (Socialministeriet & KL, 2007). Kunta ei julkaise pelkästään korvaustasoja vaan myös laskennan perusteet kilpailuttamisneutraliteetin varmistamiseksi.

Kunnat raportoivat korvaustasonsa Styrelsen för Specialrådgivning og Social Servicelle, joka puolestaan ylläpitää tietokantaa www.fritvalgsdatabasen.dk-sivustoilla. Tietokannan mukaan korvaustasot vaihtelevat suuresti kuntien välillä esim. vuonna 2007 toukokuussa kuntien viiden korkeimman ja viiden alhaisimman henkilökohtaista hoitoa ja käytännön apua koskevien korvausten keskimääräinen ero oli yli 100 kruunua per tunti. Ero tulee vielä suuremmaksi, mikäli yö-, pyhä- ja iltatyö olisi eritelty tietokannan kustannustiedoissa. Kustannusten vaihtelu selittyy suurelta osin kunkin kunnan vanhusväestön määrällä ja heidän hoitotarpeilla. Konkurrenstryrelsen valvoo hinnoittelua ja se on antanutkin muutamille kunnille palautetta liian alhaisesta, kilpailuttamislain kanssa ristiriitaisesta korvaustasosta (Edebalk, Svensson, 2007)

Tabell 7.1 Ersättning till utförare år 2007, beräknat för kommuner med högsta respektive lägsta ersättning.

	Genomsnitt beräknat på de fem kommuner som redovisar den <i>lägsta</i> ersättningen	Genomsnitt beräknat på de fem kommuner som redovisar den <i>högsta</i> ersättningen	<i>Skillnad</i> mellan högsta och lägsta ersättningen
Personlig omsorg vardagar (dagtid)	255 Dkr / timme	366 Dkr / timme	111 Dkr /timme
Personlig omsorg kväll/helg/natt	321 Dkr / timme	456 Dkr / timme	135 Dkr / timme
Praktisk hjälp	231 Dkr / timme	339 Dkr / timme	108 Dkr / timme
Matservice (med/utan distrib.)	45 Dkr / måltid	85 kr / måltid	40 Dkr / måltid

Källa: Fritvalgsdatabasen.dk 2007-05-15

Tanskasta puuttuvat tutkimukset siitä, miten tuntihinnat ja sen myötä kotipalvelun kustannukset ovat kehittyneet valinnanvapaus-käytännön käyttöönoton jälkeen. Edebalkin (2007) mukaan yksittäinen tutkimus (Eskelinen 2004) muutama vuosi uudistuksen jälkeen tehtynä osoittaa, että valinnanvapaus ei ole vaikuttanut hintoja laskevasti tai korottavasti. Raportin mukaan kustannusten ko-hoamisriski kasvaa kunnissa, joissa kaikki henkilökohtaisen hoidon tuottajat ovat y-öaikavalmiudessa. Tämä voi johtaa kalliiseen ylikapasiteettiin.

Tanskassa kehitetään uusia palveluvaihtoehtoja vanhusten kotipalveluun

Hollannin malli on inspiroinut Tanskaa kokeilemaan vanhusten kotipalvelutoiminnassa henkilökohtaisen budjetin-mallia. Asiakas saa tietyn summan rahaa käyttöönsä, jolla voi suhteellisen vapaasti ostaa tarveharkintapäätöksen mukaisesti tarvitsemaansa hoitoa ja palvelua. Kokeiluun on osallistunut kuusi kuntaa.

Budjetin käyttöä on kokeiltu melko vähän, vuonna 2006 kaikkiaan 58 palvelunkäyttäjää. Enemmistö kokeiluun osallistuneista sai vähemmän kuin kahdeksan tuntia apua viikossa ja melkein kaksi kolmasosaa sai apu yksityishenkilöltä, useimmiten perheenjäseneltä. Käytäntö nähdään valinnanvapautta täydentävänä palveluna.

Korvausperusteena, jolla määräytyy käyttäjän henkilökohtaisen budjetin summa, käytetään kunnan tuntihintalaskentaa. Palvelujentuottajalla ei ole velvollisuutta

raportoida kunnalle palvelusta, ei laatu- tai koulutuskriteerejä, jolloin tuntihinta jää alhaisemmaksi tehden käytännön edulliseksi kunnalle. Päätöstä henkilökohtaisen budjetin käyttöönottamisesta laajemmin, ei ole toistaiseksi tehty. Vålfärdsministeriet, 2008)

Hallitus haluaa kehittää ja laajentaa asiakkaan valintamahdollisuuksia ottaen 2008 käyttöön uutena toimenpiteenä ”Servicebevis”-käytännön, jossa palveluun oikeutettu vanhus voi valintansa mukaan palkata yksityisen henkilön antamaan tarvitsemaansa kunnan toimesta oikeutettua kotipalvelua. Roskilden kunnassa vuodesta 2006 lähtien omaishoitaja on voinut, täyttäessään kunnan asettamat ehdot, tulla hyväksytyksi palveluntuottajaksi.

Tanska, joka on valinnanvapauskäytännöissä Pohjoismaista pisimmällä, on myös jo arviointitietoa käytettävissä. Kööpenhaminan kaupungin analyysissä on selvitetty valinnanvapauden saavutuksia ja toisaalta sitä, millä hinnalla muutos uuteen käytäntöön on tapahtunut. Saavutusten osalta mainitaan yhtäläinen palvelutaso, asiakkaan vahvemmat oikeudet, viranomaistehtävän ammatillistuminen (tarvearviointi, tilaajaosaaminen), osaamisen vahvistuminen liittyen annettuihin palveluihin, taloudellisten katsausten saatavuuden helpottuminen ja parempi kontrolli. Se on kuitenkin vaatinut ristiriitaisella tavalla hoiva käsitteen standardisoimista, johon liittyy joustamattomuuden riski suhteessa kansalaisen hoidon tarpeeseen. Kontrolli ja yhtenäinen palvelutason rakentuminen saattavat olla ristiriidassa ammatillisen osaamisen ja arvioinnin kanssa. On syntynyt uusia eettisiä ongelmia kun sääntöihin perustuva toimintamalli on lisääntynyt. Kunnallisessa hoidossa on voitu havaita ammatillisuuden vähenemisestä. (Bolding, Nordic Day 2008)

Ratkaisuja tilanteeseen haetaan mallien byrokratian vähentämisellä. Yhteistyön kehittäminen uusien mallien avulla ylittäen tilaajan ja tuottajan perinteiset rajat, on noussut keskeiseksi kehittämisen haasteeksi. Tanskassa pyritäänkin, erityisesti haastavilla palvelualueilla kehittämään tilaaja-tuottajamallia dialogisen kumppanuuden ja yhteistoiminnan suuntaan (Sibani 2007)

Norja

Hyvinvointipalvelujen laajempi valinnanvapaus on Norjassa käytössä vasta muutamissa kunnissa. Monissa kunnissa keskustellaan kuitenkin vapaammista valintamahdollisuuksista hyvinvointipalveluissa, mutta puoluepoliittisesti vallitsee suuri erimielisyys siitä, mitä valintamahdollisuus pitää sisällään ja miten se vaikuttaa hyvinvointipalveluihin, niiden organisointiin, käyttäjiin ja kunnan omaan palveluntuotantoon.

Vuonna 2006 kotipalveluissa vapaampaa valintamahdollisuutta käytti yhdeksän kuntaa maan 431 kunnasta eli noin 2,1 % kunnista. Laitospainotteisten hoitopalvelujen osalta valinnanvapaus oli käytössä 13 kunnassa. Kotipalvelun ohella vapaampi valintamahdollisuus koskee Norjassa myös koulujen ja sairaanhoidon valinnanvapautta.

Oslo on valinnanvapauskäytännön osalta edelläkävijä tarjoten kuntalaisille mahdollisuuden valintaan kotipalveluissa ja -sairaanhoidossa ja sairaskodeissa. Käyttäjät valitsevat palveluntuottajan, joka yksityisen tai kunnallisen, joista he saavat kunnan kautta tietoa.

Hyvinvointipalvelujen valinnanvapaudesta käydään poliittista keskustelua eikä maassa tällä hetkellä ole käynnissä tai suunnitteilla Tanskan tai Ruotsin kaltaista uudistusprosessia. Valinnanvapauden puolesta esitetyt argumentit nousevat seuraavista lähtökohdista:

- o palvelunkäyttäjien mahdollisuus valita ja vaikuttaa
- o käyttäjälle suurempi vastuu omasta tilanteesta
- o käyttäjälle mahdollisuus vaikuttaa vastaanotetun palvelun sisältöön
- o palvelujen laatu paranee käyttäjien valitessa palveluntuottaja

Valinnanvapauden vastustus lähtee myös käyttäjien näkökulmasta liittyen erilaisiin ongelmiin ja valintatilanteisiin:

- Monien käyttäjien kohdalla sairauden tai avun tarpeen aste niin suuri, että asiakas eivät kykene hyödyntämään omia intressejään valintamahdollisuuksissa
- monet käyttäjät ottavat vastaan kunnalta erilaisia palveluja, joiden pirstaloituminen aiheuttaa asiakkaalle hämmennystä ja vähentää palvelujen kokonaisvaltaisuutta (vrt. Kööpenhaminassa palvelut on eriytetty asiakkaiden tarpeiden mukaan yksittäisiksi palveluiksi tai ”palvelupakeiksi”)
- käyttäjän valinnanvapaus lisää hallintokustannuksia

Lisäksi Norjassa keskustellaan valinnanvapauteen liittyen erityisesti pienten kuntien tilanteesta, jossa käytäntö ei ole ajankohtainen yksityisten palveluntuottajien puuttuessa. Uhkana nähdään myös se, että kunta voi valinnanvapauskäytännössä menettää kontrollin palveluntuottamiseen ja sen myötä myös osaamiseen ja palvelujen laatuun.

Keskeiseksi huolenaiheeksi on noussut joillakin palvelualoilla valinnanvapaudesta aiheutuneet ongelmat, jotka johtavat eroihin palveluntarjonnassa. Tässä tilanteessa palvelut saattavat jakautua ”A ja B-palveluntarjontaan”, jossa hyvät resurssit omaavat käyttäjät valitsevat ja pääsevät ”parhaisiin” palveluihin. Koulusektorilla tämä on aiheuttanut voimakasta julkista keskustelua viime vuosina Oslissa, koska käytäntö on johtanut segregoituneisiin kouluihin maahanmuuttajaväestön ja kanta- väestön kuten myös koulumenestyksen ja -tulosten osalta.

Valinnanvapaus voi johtaa siihen, että asiakas-palveluntuottaja suhteen siirtyminen yksityiselle toimijalle, vaikuttaa myös kuntalainen- kunta-suhteeseen vähentäen kuntalaisten osallisuutta paikalliseen yhteisöllisyyteen. Valinnanvapaudessa nähdään myös riski siihen, että palvelut standarisoidaan niin pitkälle, että ne eivät joustu suhteessa asiakkaan vaihteleviin tarpeisiin.

Henkilökohtainen budjetti eräissä EU-maissa

”Henkilökohtainen budjetti” tarkoittaa, että (useimmiten vammainen) henkilö saa tietyn rahasumman, jonka hän voi käyttää henkilökohtaisen avustajan tai palvelujen ostoon, joka auttaa heitä päivittäisissä toimissa selviytymisessä. Keskeinen henkilökohtaisen budjetin idea on, että asettaa palvelun tai avun saaja keskeiseen asemaan palvelun järjestämisprosessissa ja antaa hänen päättää oman tukemisensa ja apunsa luonteesta.

Itävallassa, Ranskassa, Hollannissa ja Britanniassa on käytössä henkilökohtainen budjetti vammaisille henkilöille ja mielenterveyspalvelujen käyttäjille.

	tuen saaja	tuen saamisen ehdot
Itävalta	vammaiset, kehitysvammaiset	Avun tarpeen pisteytys – hoivavakuutuslääkärin lääketieteellinen arvio (7 kategoriaa)
Ranska	vammaiset, mielenterveyspalvelujen käyttäjät	Toimintakyvyn vajeen arviointi (toimintakyky max 80 %; ikä min. 20 v.)
Hollanti	vammaiset, kroonisesti sairaat, ikään liittyvät sairaudet	Tarpeen arviointi (koko maassa yhteiset kriteerit)
Britannia	vammaiset	Paikallisen viranomaisen tekemä tarpeenarviointi

Hollanti

Hollannin poliittinen järjestelmä on hajautetumpi kuin useimmissa muissa EU:n maissa. Siksi vammaisten palveluja koskeva laki on eräänlainen kummajainen Hollannissa. Vammaisten henkilöiden on ilmoitauduttava kansalliseen järjestelmään.

Lain toimeenpano hajautettiin kuntiin heti alkuvaiheessa (1996) ja saavutettiin kustannusten säästöä ja asiakkaiden tyytyväisyys kasvoi. Samalla kehitettiin Direct Payment-systeemi. Erilliset vammaisjärjestöt perustivat yhteisen järjestön, joka oli vahva toimija systeemin hyväksymisessä. Vammaisen henkilö kääntyy paikallisen Arviointilautakunnan puoleen tukea tarvitessaan. Kaikki palvelut tuotetaan vapaaehtoisjärjestöjen voittoa tavoittelemattomana toimintana.

Direct Payment ei ole tarkalleen sama asia kuin henkilökohtainen budjetti (Personal Budget PB), joka on nykyisin käytössä oleva käsite. Personal Budget on laajempi käsite ja korostaa asiakkaan valinnan vapautta ja päätösvaltaa sekä myös asiakkaan päätösten ohjausvaikutusta enemmän.

Vuonna 2006 Hollannissa oli 95 000 henkilöllä PB (vammaisista ja kehitysvammaisista tai heidän omaisista). Esimerkiksi henkilökohtaisia avustajia palkataan tällä tavalla. PB on ollut käytössä myös erityistä tukea tarvitsevien pienten lasten koulutuksessa. Vammaisten lasten vanhemmilla on oikeus valita tavallisen ja erityiskoulun välillä. Lapsi saa henkilökohtaisen budjetin, jonka hänen vanhempansa voivat käyttää lapsen tukeen (esimerkiksi kouluavustajat) joko tavallisessa tai erityiskoulussa.

Hollannissa on halukkuutta laajentaa PB-järjestelmää koko sosiaalipalvelusektoria koskevaksi.

Henkilökohtainen budjetti (PB) perustuu tarpeen arviointiin: mitä suurempi on palvelutarve, sitä suurempi budjetti. Palvelun käyttäjän rooli muuttuu, hän voimaantuu entiseen tilanteeseen verrattuna ja saa vahvemman roolin. Palvelunsaaja haluaa varmistaa, että hänen toiveitaan ja vaatimuksiaan kunnioitetaan. Mitkä toiveet täytetään ja mitä ei, perustuu dialogiin, ei siihen, mitä palveluntuottaja on ennakkoon päättänyt.

Englanti

Henkilökohtainen budjetti (PB) on Englannissa käytössä vammaisilla henkilöillä. Kokeiluna sitä sovelletaan kotiin annettaviin sosiaalipalveluihin. PB nähdään Englannissa erityisesti rahoitusjärjestelmän muutoksena. Nyt noin 80 000 henkilöä voi ostaa itse preferoimiaan palveluita.

Esimerkki englantilaisen kokeilun netti-informaatiosta asiakkaille

http://www.northamptonshire.gov.uk/adults/personal_budgets/What_is_a_PB.htm

What is a Personal Budget?

A Personal Budget is money from Northamptonshire County Council that you spend on support and services. This is instead of a traditional adult social care package. Personal Budgets give you control and choice of what support is best for you.

The process of Personal Budgets aims to be transparent, showing you exactly how much money you have to spend on support packages.

After a self assessment, you work with your circle of support to decide what you want to do with your money and write a support plan. When this has been agreed, you will have help and support to put your plan into action.

You are in control of how your money is spent and can be as creative with it as you like; and they allow you to get help and support from whoever you choose – family, friends, a social worker or an independent broker.

With a Personal Budget, your money can be spent more creatively if it meets your support plan outcomes, allowing you live your life to full.

Who is eligible?

Personal Budgets could be available for anyone over the age of 18 who is assessed as being eligible.

Our customers include

- People with a learning disability
- People with physical impairment
- People with mental health problems
- Older people
- Carers

This includes customers who already receive support from Northamptonshire County Council.

How much do you get?

The amount you receive will depend on the results of your Self-Assessment Questionnaire.

How is it paid?

You have a choice of how you would like to receive your Personal Budget. Some people look after it on their own, but other people need someone else to look after it. The choices include;

- The money goes straight to your bank account, building society, Post Office or National Savings account in the form of a direct payment
- the money goes to your Agent, someone who agrees to act on your behalf
- A Trust group is set up to act for you
- You pay an independent broker to control the money for you
- You have an independent service fund. A Service Provider will manage your money for you.

What can you use a Personal Budget for?

You can use your Personal Budget on anything which helps you accomplish your goals as stated in your support plan as long as it is;

- Safe
- Legal
- Healthy

Further information

For further information about Personal Budgets please contact the Adult Care Team using the contact details or the complete the online form on the right hand side.

Lähteet:

Angestyrrelsens undersøgelse: Frit valg i ældreplejen - det frie leverandørvalg til personlig pleje. 2007.

Bolding J. Contracting Authority, Provider, Recipient-model in Health and Care Administration Copenhagen. Luento Nordic Day Pariisissa 2008.

Brugerundersøgelse om hjemmehjælp til beboere i eget hjem og i plejebolig/plejehjem. Rapport Capacent, Velfærdsministeriet og Kommunernes Landsforening. 2008.

Edebalk P & Svensson M. Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet. TemaNord. 2005:507.

Edebalk P & Svensson M. Kundval i dansk äldreomsorg. I boken Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg, Konkurrensverkets rapport 2007:3

Eskelinen L, Hansen EB & Frederiksen, M. Frit valg – erfaringer med flere leverandører af personlig og praktisk hjælp. AKF Forlaget. 2004.

Final Results of the MHE Survey on Personal Budget. Mental Health Europe. 2007.

Frihet til å velge – brukervalg I kommunal tjenesteyting. Kommunal- og regionaldepartementet. 2004.

Kvalitet i den offentlige sektor. Fakta på fritvalgsområdet, Sekretariat för ministerutvalget. 2006. mera värde för pengar. SOU 2001:31.

LOU – lag om offentlig upphandling SOU 2007:1091

LOV – Lov att välja – Lag om Valfrihetssystem SOU 2008:15

Regeringen 2002, Tid till status- erfaringer med frit valg, Regeringen, Finansministeriet.

Regeringen 2002, Velfærd og Valgfrihed - Regeringens Modernisering Program

Regeringen 2003, Vækst, velfærd – fornyelse II- supplerende regeringsgrundlag

Regeringen 2003, Lov om frit valg

Sibani K. BUM-modeller I Danmark. Luento Hyvinvointimarkkinat seminaarissa Helsingissä 2007.

Socialministeriets strukturanalys, 2003 J.nr.:601-11.

Status for valgfrihet i omsorgssektoren I Skandinavien. Raport 2007. Servicebedriftenes Landsforening.

Tilläggs direktiv Fritt val inom äldre- och handikappomsorgen. Kommitedirektiv 2007:180.

Äldrepolitik för framtiden. SOU 2003:91.

Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg, Konkurrensverkets rapport 2007:3

www.socialstyrelsen.se/Aktuellt

www.fritvalgsdatabas.dk

www.social.dk