

TEM raportteja

19/2014

Kuntoutusalan markkinat

Raportti yksityisten palveluntuottajien
kuntoutustoiminnasta tilastoaineistojen valossa

Pekka Lith

Elinkeino- ja innovaatio-osasto
10.6.2014



Sisältö

Lukijalle		3
1	Raportin laatijan alkusanat	4
2	Yksityiset kuntoutuspalvelujen tuotanto	6
2.1	Alan palveluntuottajat	6
2.1.1	Yksityisen toiminnan taustaa	6
2.1.2	Ydintoimialojen toimipaikat, henkilöstö ja liikevaihto	8
2.1.3	Sivutoimialojen kuntoutustoiminta	12
2.2	Yksityinen palveluntarjonta alueittain	13
2.3	Vaihtuvuus ja kasvuhakuisuus	15
2.3.1	Toimintansa aloittaneet ja lopettaneet yritykset	15
2.3.2	Palveluntuottajien kasvuhakuisuus	16
3	Kuntoutuspalvelujen kysyntä ja yksityinen tarjonta	18
3.1	Palvelujen tarjonta pääryhmittäin	18
3.1.1	Palvelujen luokittelua	18
3.1.2	Yksityisten palveluntuottajien palvelut	22
3.2	Palvelutarjonta ikä- ja asiakasryhmittäin	25
3.3	Itse maksavat asiakkaat ja palveluvienti	28
3.4	Ikääntyneet kuntoutujat	30
3.4.1	Vanhusväestön kehitys ja sairauspääryhmät	30
3.4.2	Yksityinen palvelutarjonta	33
3.5	Kuntoutuspalvelujen rahoittajat	35
3.5.1	Kunnallinen sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä	35
3.5.2	KELAn vastuulla olevat palvelut	35
3.5.3	Valtiokonttori ja sotaveteraanien palvelut	39
3.5.4	Vakuutusyhtiöiden ja työeläkelaitosten toiminta	41
4	Kuntoutuspalvelujen julkiset hankinnat	45
4.1	Hankintojen määrä ja arvo	45
4.2	Julkisten hankintamarkkinoiden toimivuus	47
5	Alan yritysten taloudellinen asema ja kehittäminen	51
5.1	Liikevaihdon ja työllisyyden kehitys	51
5.2	Kannattavuus ja rahoitusasema	52
5.3	Lähiajan näkymät ja toiminnan kehittäminen	55
6	Ruotsin kuntoutustakuujärjestelmä	59
Yhteenveto ja johtopäätöksiä		65
Lähteitä		69

1 Raportin laatijan alkusanat

Kuntoutus¹ voidaan luokitella yleisen perusjaon mukaan lääkinnälliseen kuntoutukseen, ammatilliseen kuntoutukseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen.² Sosiaali- ja terveysministeriö STM:n mukaan kuntoutuksella edistetään sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä.

Kuntoutuspolitiikka on jäänyt kuitenkin yhteiskunnallisen ja poliittisen päätöksenteon katveeseen, vaikka oikea-aikaisella kuntoutuksella on suuria vaikutuksia yksilöiden toimintakykyyn, terveyteen ja yleiseen elämänlaatuun, mistä myös koko yhteiskunta hyötyy pienempinä terveydenhuollon kustannuksina.

Laadukkaan kuntoutuksen avulla voidaan ylläpitää muun muassa kansalaisten työkykyä, vähentää pitkittyneitä sairauspoissaoloja, välttää työikäisen väestön ennen aikaista eläköitymistä ja pidentää työuria.

Sairauspäivärahoja maksettiin Kansaneläkelaitos KELAn mukaan noin 322 000 henkilölle yhteensä 843 miljoonaa euroa vuonna 2012. Sairauspäivärahakausista lähes 60 prosenttia kesti yli 12 päivää ja peräti kolmannes yli 30 päivää. Sairauspoissaolot maksavat yhteiskunnalle yhteensä kolme miljardia euroa ja ne aiheuttavat työnantajille vuosittain noin 5-15 työpäivän menetyksen työntekijää kohden.

Suomessa oli KELAn tilastojen mukaan lähes 160 000 työkyvyttömyyseläkkeen saajaa, joille maksettu eläkesumma oli 743 miljoonaa euroa vuonna 2012. Vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle jää 12 000-14 000 henkilöä. Myös työkyvyttömyydestä koituu kansantaloudelle miljardien eurojen menetykset, jos otetaan huomioon saamatta jääneet verotulot ja maksetut sosiaaliset tulonsiirrot.

Kuntoutuksella ja muulla terveyttä edistävillä toimilla voidaan parantaa ikääntyneiden liikkuvuutta ja ylläpitää psyykkistä terveyttä, ennaltaehkäistä vakavia sairauksia tai hidastaa niiden etenemistä. Yhteiskunnalle on paljon halvempaa panostaa ikääntyneiden varhaisen vaiheen kuntoutukseen, päivätoimintaan ja kotiin vietäviin palveluihin kuin kustantaa kallista ja raskasta lääkinnällistä laitoshoidoa.

Kuntoutuksen vaikuttavuus on sitä suurempi mitä varhaisemmassa vaiheessa henkilön kuntoutustarpeet tunnistetaan ja tarvittavat toimenpiteet aloitetaan. Varhaisen vaiheen kuntoutukseen on kiinnitetty huomiota työssäkäyvien työikäisten osalta hallitusohjelmassa, mutta samaa periaatetta tulisi noudattaa myös kaikkiin työelämän ulkopuolella olevien väestöryhmien kuntoutukseen.

Myös leikkausten ja muiden terveydenhoidollisten toimenpiteiden jälkihoitoon soveltuvalla kuntoutuksella voidaan nopeuttaa toipumista ja toimintakyvyn palautumista.

¹ Kuntoutuksen englanninkielinen ”rehabilitation” sana on johdettu latinan taitoa ja kykyä tarkoittavasta *habilitas* – sanasta. Re –etuliitteellä varustettuna termi kuvastaa muutosta tai toimintakyvyn palautumista ja palauttamista.

² Suomessa puhutaan myös esimerkiksi kasvatuksellisesta kuntoutuksesta, sotaveteraanien kuntoutuksesta, erilaisesta vammaisten kuntoutuksesta tai apuvälinepalvelusta. Kaiken kaikkiaan kuntoutusta on vaikea määritellä tyhjentävästi.

Suomessa kuntoutusjärjestelmä koostuu monista julkisista organisointi- ja rahoittajatahoista, sillä toimintaa vaatii useimmiten julkista rahoitusta. Julkisrahoitteinen kuntoutus voi olla lakisääteistä tai harkinnanvaraista. Kuntoutus on pääosin kunnallisen sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän vastuulla. Muita tärkeitä kuntoutuksen järjestäjiä ja rahoittajia ovat KELA, Valtiokonttori, tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöt, työeläkelaitokset ja työvoimaviranomaiset.

Kuntoutus toteutetaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon omissa laitoksissa tai avoimuuden toimenpiteinä tai tarvittavat palvelut hankitaan ulkoistuksina tai ostopalveluina yksityisiltä kuntoutuspalvelujen tuottajilta.

Yksityisen kuntoutusalan toimijat ovat kuitenkin arvostelleet nykyistä julkista kuntoutusjärjestelmää pirstaleiseksi ja toimimattomaksi. Yksityisten palveluntuottajien käytettävissä olevaa kuntoutuskapasiteettia ja osaamista ei osata hyödyntää tehokkaasti, vaikka kuntoutuksen avulla olisi mahdollista saada myönteisiä ratkaisuja väestön ikääntymiseen, työurien pidentämiseen ja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvuun liittyviin haasteisiin.

Kuntoutusjärjestelmän epäkohtiin on kiinnitetty huomiota myös Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksissa, mikä on jäänyt vähälle huomiolle. Esimerkiksi vuonna 2013 valmistuneessa ammatillista kuntoutusta koskevassa tarkastusviraston raportissa todetaan, että Suomen kuntoutusjärjestelmä on monimutkainen ja vastuusuhteet ovat siinä epäselviä. Lisäksi kuntoutustoimenpiteet aloitetaan monissa tapauksissa liian myöhään.

Voidaan todeta, että myös tiedot yksityisestä kuntoutuspalvelujen tarjonnasta ja palveluntuottajista ovat hajanaisia ja puutteellisia. Osasyynä on, että toimialalla toimii järjestöpohjaisia toimijoita, järjestöjen hallitsemia yksityisiä yrityksiä sekä ei-järjestösidonnaisia yrityksiä ja ammatinharjoittajia, joita on vaikea tunnistaa esimerkiksi virallista EU:n toimialaluokitusta kuvaavien tilastojen avulla.

Yksityistä kuntoutusalaa on katsottu tähän asti muutoinkin hyvin kapea-alaisesti raskaan kuntoutuksen näkökulmasta. Kuntoutuspalveluja ja etenkin avoimuuden kuntoutusta tarjotaan muillakin sosiaali- ja terveystaloudella kuin pelkästään kuntoutuslaitoksissa (ml. päihdehuoltolaitokset), sillä ydintoimintana kuntoutusta tarjoavia palveluntuottajia toimii myös fysioterapiapalvelussa, ikääntyneiden päivätoiminnassa, avoimuuden päihdehuollossa sekä vammaisten, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ja työttömien työ- ja päivätoiminnassa. Tukipalveluina kuntoutusta on tarjolla esimerkiksi yksityisissä sairaaloissa sekä palvelutaloissa.

Kuntoutuspalvelujen yksityinen tarjonta ei rajoitu myöskään vain yrityksiin, joiden päätoimialana on sosiaali- ja terveystaloudet. Julkisin varoin rahoitettuja kuntoutuspalveluja tarjotaan muillakin toimialoilla puhumattakaan itse maksavien asiakkaiden tai työnantajien kustantamasta toiminnasta, jota harjoitetaan kylpylähotelleissa, matkailukeskuksissa ja urheilu- ja liikunta-alaan luettavissa kuntokeskuksissa.

Selvityksen keskeinen sisältö

Käsillä oleva raportin tarkoituksena on tuottaa aiempaa kattavampaa tietoa erityyppistä kuntoutusta ydinpalveluna ja tukipalveluna tuottavista yksityisistä yrityksistä ja järjes-

tömuotoisista palveluntuottajista sekä niiden toiminnan laajuudesta, asiakasryhmistä, taloudellisesta menestyksestä ja kasvumahdollisuuksista.

Käytännössä yksityisten kuntoutuspalvelujen nykyistä ja tulevaisuuden kasvunäkymiä on selvitetty palvelutyypeittäin (lääkinnällinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus, yms.), ikä- ja asiakaspääryhmittäin, sairauspääryhmittäin sekä kuntoutustoiminnan järjestäjän ja rahoittajan mukaan luokiteltuna.

Ikä- ja asiakasryhmäkohtaisessa tarkastelussa on kiinnitetty huomiota etenkin ikääntyneen väestön kuntoutuksen, minkä lisäksi raportissa on kuvattu lyhyesti ulkomaiseen terveysturvaan liittyviä mahdollisuuksia.

Raportissa on selvitetty myös kuntoutuspalvelujen julkisiin hankintoihin ja kilpailuttamiseen liittyviä erityiskysymyksiä ja hankintamarkkinoiden toimivuutta yksityisten palveluntuottajien näkökulmasta katsottuna. Vertailuesimerkkinä kuvataan Ruotsin kuntoutustakuujärjestelmää (*Rehabiliteringsgaranti*). Järjestelmä on ollut käytössä vuodesta 2008 lukien ja se koskee työssäkäyviä työikäisiä.

Selvityksessä käytetyt tärkeimmät tilastolliset lähdeaineistot perustuvat Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n tilastoihin, jonka tuoreimmat tiedot ovat vuodelta 2012. Muita tilastollisia lähteitä ovat KELAn, Eläturvakeskus ETK:n sekä tapaturma- ja liikennevakuutuksen vuositilastot.

Yksityisen kuntoutusalan markkinoita koskevat tiedot on kerätty etupäässä työ- ja elinkeinoministeriö TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselytutkimuksella, johon vastasi määräaikoihin mennessä huhtikuussa 2014 vajaa 50 pääosin keski suurta tai suurta yritys- ja järjestömuotoista palveluntuottajaa. Kyselytutkimus suoritettiin uudella suomalaisella Mainio Survey -kyselytyökalulla.³

Raportin laadinnassa on käytetty hyväksi terveydenhuoltoa ja kuntoutusalaan koskevia tuoreimpia STM:n, Valtiontalouden tarkastusviraston ja Suomen Sosiaali ja Terveys ry:n tutkimuksia ja raportteja sekä eri asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita. Lisäksi on hyödynnetty Terveyspalvelualan Liitto ry:n ja Matkailu- ja Ravintolapalvelut MARA ry:n edustajien monipuolista asiantuntemusta, mistä heille suuri kiitos. Raportin laadinnasta on vastannut tutkija Pekka Lith.

³ Ks. www.mainiosurvey.com

2 Yksityiset kuntoutuspalvelujen tuotanto

Yksityisen kuntoutusalan markkinoiden arvo oli Suomessa arviolta 800-820 miljoonaa euroa vuonna 2012. Ala työllisti yhteensä noin 12 800 henkilöä. Kuntoutusalan ydintoimialojen, kuten esimerkiksi kuntoutuslaitosten, sairaas- ja toipilaskotien ja fysioterapiapalvelun yritykset ja järjestöjen muodostivat 90-95 prosenttia alan liikevaihdosta ja työllisyydestä. Sivutoimiset palveluntuottajien, kuten matkailu- ja kylpylääalan yritysten osuus oli 5-10 prosenttia.

Kuntoutusalan reaalin liikevaihto lisääntyi 16 prosenttia vuosina 2008-12. Nopeinta kasvu oli ikääntyneiden päivätoiminnassa ja erityisryhmien, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ja työttömien työ- ja päivätoiminnassa. Liikevaihdon kasvusta huolimatta alan työllisyys heikentyi kolme prosenttia. Kyselytutkimusten mukaan kuntoutusalalla on kuitenkin kasvuhakuisuutta. Tärkeimpiä kasvukeinoja ovat palveluvalikoiman laajentaminen ja uusien ja nykyisten palvelujen kehittäminen.

2.1 Alan palveluntuottajat

2.1.1 Yksityisen toiminnan taustaa

Suomessa kuntoutuslaitosten historia ulottuu 1800-luvulle saakka, jolloin maahamme perustettiin kylpylöitä yläluokan käyttöön ja ensimmäiset pysyvästi sairaiden, vammaisten ja tuberkuloosia sairastavien hoitolaitokset ja parantolat aloittivat toimintansa. Varsinaisen kasvusysäyksen kuntoutuslaitokset saivat sotainvalidien kuntoutustoiminnan käynnistymisestä 1940-luvulla. Toiminnan käynnistäjiä olivat kansalais- ja vammaisjärjestöt, Kansaneläkelaitos KELA ja sosiaali- ja terveysministeriö STM. Taustalla vaikutti myös sotilasvammalain (404/1948) voimaantulo.

Sotainvalidien kuntoutuksen rinnalla käynnistyi siviili-invalidien ja muiden erityisryhmien kuntoutustoiminta. Lääkinnällisen kuntoutukseen erikoistuneita laitoksia perustettiin 1950- ja 1960 -luvulla. Niiden toiminnan rahoittajina olivat valtio, KELA ja vakuutusyhtiöt. Sotainvalidit, rintamaveteraanit ja heidän omaisensa muodostivat tärkeän asiakaskunnan kuntoutuslaitoksille aina 1980- ja 1990-luvuille saakka. Tämä johtui heidän kuntoutusoikeuksiensa jatkuvista laajennuksista. Sotainvalidien sairaskotiverkostoa viimeisteltiin vielä 1990-luvulla.

1970- ja 1980 -luvut olivat vilkasta uusien ja vielä nykyisin toimivien kuntoutuslaitosten, kylpylöiden ja erilaisten kurssi- ja sopeutumisvalmennuskeskusten perustamisen aikaa. Palvelulaitoksia rakennettiin velkarahalla, valtion tuella KELAn, ministeriöiden ja keskusvirastojen kautta sekä kuntien avustuksilla ja takauksilla. Erityisen tärkeässä asemassa olivat Raha-automaattiyhdistys RAY:n avustukset rakennuskustannuksiin. 1980-luvun lopulla avustukset uusiin rakennusinvestointeihin pienenevät ja tukea alettiin suunnata lähinnä tarpeellisiin muutostöihin.

Osasyynä julkisen rahoituksen vähenemiseen oli pelko ylikapasiteetin syntyisestä. Sittemmin tarkasteluun tulivat mukaan avustusmuotoisen rahoituksen kilpailuneutraliteettia vääristävät vaikutukset. Kilpailulliset näkökulmat vahvistuivat sitä mukaa, kun kuntien ja kuntayhtymien sekä KELAn yksityisinä ostopalveluina hankkimien kuntoutuspalvelujen merkitys lisääntyi. Julkisen investointirahoituksen vähitellen pienentyessä

esimerkiksi kylpylöiden rakentaminen ja palvelutarjonnan kehittäminen on jatkunut yksityisellä rahoituksella kaupalliselta pohjalta.

Suomessa yksityisillä **kansanterveys- ja vammaisjärjestöillä** on ollut vahva asema kuntoutuspalveluissa, mutta niidenkin toiminnan rahoitus on perustunut pitkälti julkisiin varoihin. Järjestöt toimivat palveluntuottajina asiakaskuntansa etujärjestönä. Lisäksi monilla järjestöillä on toimialaansa liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Kuntien ja kuntayhtymien, KELAn, työvoimahallinnon ja muiden valtion laitosten ja virastojen maksamien kuntoutuspalvelujen kilpailuttaminen on tehnyt järjestöistä merkittäviä toimijoita myös kaupallisilla markkinoilla.

Osa järjestöpohjaisista palveluntuottajista on yhtiöittänyt palvelutoimintansa verotuksellisista ja kilpailulainsäädäntöön liittyvistä syistä sekä laajentanut palvelutarjontaansa itse maksavien asiakkaiden suuntaan. Samalla on hämärtynyt rajanveto perinteisen laitostuotoisen raskaan kuntoutuksen, muun kuntoutuksen tai puhtaasti vapaa-ajan virkistystoimintaan liittyvä toiminnan välillä, sillä kuntoutus- ja vapaa-ajan virkistyspalveluja tuottavat palveluntuottajat hyödyntävät käytettävissä olevia toimitilojaan ja henkilöstöään monen asiakasryhmän tarpeisiin.

Kuntoutuspalveluja markkinoilla tuottavista palveluntuottajista ja toiminnan laajuudesta ei ole olemassa kaikilta kattavia perustietoja. Asiaa vaikeuttavat julkisin varoin tuettuun kuntoutustoimintaan sekä muiden fyysistä ja psyykkistä terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviin vapaa-ajan virkistyspalveluihin liittyvät rajanveto-ongelmat. Yhtenä lähtökohta on EU:n toimialaluokitus (Nace 2008). Sen perusteella alan markkinatoimijat on mahdollista jakaa pää- ja sivutoimisiin palveluntuottajiin hyödyntäen Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n tilastoja.

Päätoimisia kuntoutuspalvelujen tuottajia ovat ne toimialaluokituksen pohjalta tunnistettavat yritykset ja järjestöt, joiden toimialana on **kuntoutuslaitos-, sairas- ja toipilaskotitoiminta** (Nace 86102), **fysioterapiapalvelu** (Nace 86901), **päihdekuntoutujien laitoshoido** (Nace 87203), **avomuotoinen päihdekuntoutus** (Nace 88993), **ikäntyneiden päivätoiminta** (Nace 88102), **vammaisten päivä- ja työtoiminta** (Nace 88103) sekä muu **päivä- ja työtoiminta** (Nace 88992), jossa tarjotaan päivä- ja työtoimintaa mielen-terveys- ja päihdekuntoutujille ja työttömille.

Päätoimiset kuntoutuspalvelujen tuottajat eroavat sivutoimisista palvelujen tuottajista siten, että niiden henkilöstöstä ja/tai liikevaihdosta yli 50 prosenttia kertyy edellä mainittujen toimialojen palvelutuotannosta. Siten näitä yrityksiä voidaan kutsua kuntoutusalan **ydintoimialojen** yrityksiksi. **Sivutoimisia** kuntoutuspalvelujen tuottajia löytyy monilta muilta sosiaali- ja terveyspalvelujen toimialoilta. Näitä ovat sairaalatoiminta, ikääntyneiden ja erityisryhmien laitoshoido sekä palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta, jossa kuntoutuspalvelut ovat osa muuta palvelutarjontaa.

Sivutoimisten palveluntuottajien tärkeän toimialaryhmän muodostavat myös matkailu- ja virkistyspalvelujen tuottajat, jotka tilastoituvat virallisen toimialaluokituksen perusteella tapauksesta riippuen **hotelli- ja muun majoitustoiminnan** toimialalle (Nace 55) tai **kylpylaitos- yms. palvelujen** toimialalle (Nace 9604). Vaikka pääosa liikevaihdosta kertyy itse maksavilta asiakkailta, yhteiskunnan varoin kustannetut kuntoutuspalvelut voivat olla matkailualan yrityksille tärkeä tulonlähde. Myös urheilu- ja liikuntayrityksissä ovat potentiaalisia kuntoutuspalvelujen tuottajia.

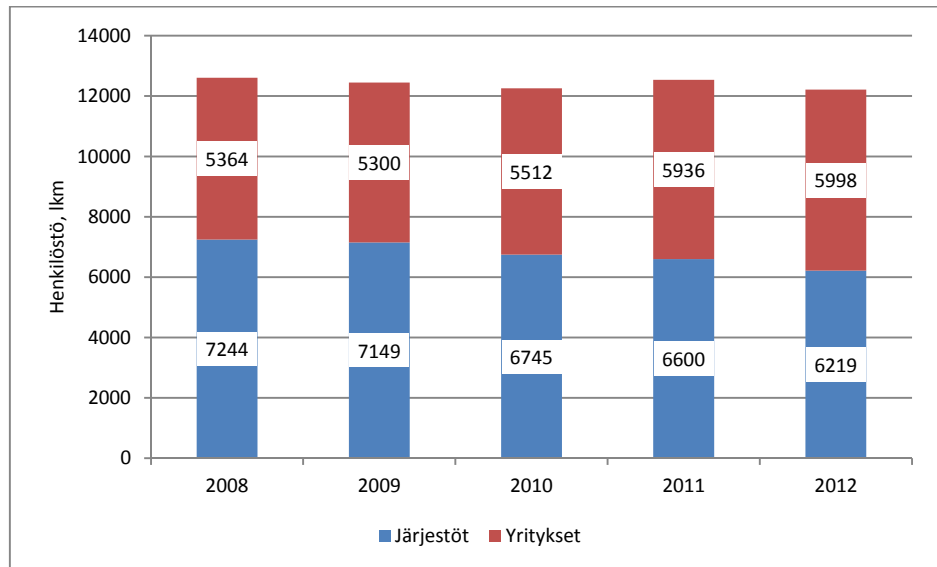
2.1.2 Ydintoimialojen toimipaikkojen, henkilöstö ja liikevaihto

Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan Suomessa oli kuntoutuksen ydintoimialoilla noin 3 210 yritysten ja järjestöjen toimipaikkaa vuonna 2012.⁴ Kokovuosityöllisyyden käsitteellä mitattu yksityinen kuntoutusala työllisti 12 200 henkilöä. Yritysten liikevaihto ja järjestöpohjaisten palveluntuottajien arvioitu (laskennallinen) liikevaihto oli runsaat 750 miljoonaa euroa.⁵ Toimipaikkojen kokonaismäärä lisääntyi vuosina 2008-11, mutta kääntyi laskuun vuonna 2012. Toimipaikkojen määrän supistuminen on koskenut eniten järjestömuotoisia palveluntuottajia.

Viime vuosikymmenen lopulta lukien toimipaikkojen määrä on pienentynyt varsinkin järjestöjen laitosmuotoisessa kuntoutuksessa mukaan lukien päihdekuntoutujien laitoshoido. Kehitys on ollut samansuuntaista avohuollon kuntoutuksessa lukuun ottamatta mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tai työttömien päivä- ja työtoimintaa. Kuntoutuslaitosten toiminnassa ja päivä- ja työtoiminnassa tapahtunut toimipaikkojen väheneminen on osin tulosta palvelutoiminnan yhtiöittämisestä, mikä on näkynyt vastaavasti yritysmuotoisten toimipaikkojen määrän kasvuna.

Yritysmuotoinen toiminta on lisääntynyt varsinkin kuntoutuslaitosten puolella. Alan henkilöstön kasvu oli yritysmuotoisessa toiminnassa lähes yhtä suurta kuin henkilöstön määrän vähennykset järjestöjen palvelutuotannossa, mikä viittaa vahvasti yhtiöittämisen myötä tapahtuneeseen yritystoiminnan tilastolliseen kasvuun. Yritystoiminnan kasvu on ollut tasaista myös fysioterapiapalveluissa. Yksityisen kuntoutusalan yhteenlaskettu työllisyys heikkeni kuitenkin kolme prosenttia vuosina 2008-2012. Kuitenkin reaalin liikevaihto lisääntyi arviolta noin 16 prosenttia.

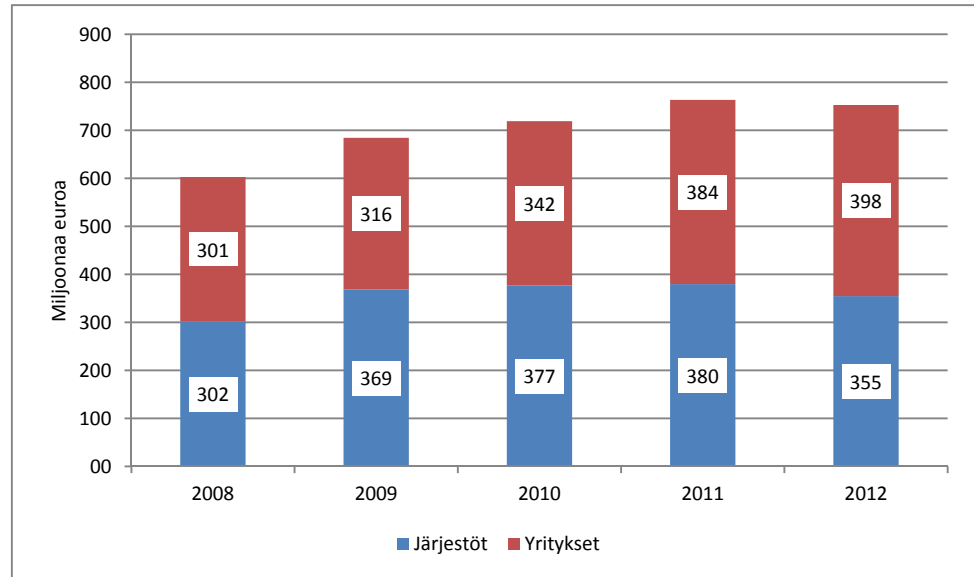
Kuvio 1 Kuntoutusalan ydintoimialojen yritys- ja järjestötoimipaikkojen työllisyyden kehitys 2008-2012, lkm (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



⁴ **Toimipaikka** on yhden yrityksen tai järjestön omistama, yhdessä paikassa sijaitseva ja pääosin yhdenlaisia hyödykkeitä tuottava yksikkö. Jokaisella yrityksellä tai järjestöllä on vähintään yksi toimipaikka, suurimmilla niitä on satoja.

⁵ Järjestömuotoisen toiminnan **laskennallinen liikevaihto** on saatu kertomalla järjestömuotoisen toiminnan henkilöstötoimialoitain vastaavan toimialan yritystoimipaikkojen liikevaihto per henkilöstösuhteella. Ajatuksena on, että samalla toimialalla toimivien ja samoja palveluja tarjoavien järjestöjen ja yritysten toimipaikoissa henkilöstön rakenteessa tai työvoima- ja muissa toimintakuluissa ei voi olla ratkaisevan suuria eroja.

Kuvio 2 Kuntoutusalan ydintoimialojen yritystoimipaikkojen liikevaihdon ja järjestöjen laskennallisen liikevaihdon kehitys 2008-12, 1000 euroa (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



Toimialakohtainen kehitys

Kuntoutuslaitokset ovat kuntoutusalan suurin työllistäjä, vaikka palvelumyynnin ripeämpi kasvu on nostanut fysioterapiapalvelut suurimmaksi toimialaksi liikevaihdolla mitattuna. Virallisen toimialaluokituksen mukaan kuntoutuslaitoksiin rinnastetaan sairas- ja toipilaskodit, lääkärijohtoiset luontaishoitolat ja kylpylälaitokset. Järjestömuotoinen kuntoutuslaitostoiminta on pienentynyt vuoden 2008 jälkeen toimintojen yhtiöittämisen ja toimintayksiköiden lopettamisten myötä, mutta myös yritysmuotoisessa toiminnassa liikevaihdon kasvu on pysähtynyt.

Kuntoutuslaitosalalla on monia suuria toimijoita, joiden päätoimialana on joku muu kuin kuntoutuslaitostoiminta. Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan vuonna 2012 henkilöstöltään yli 200 henkilöä työllistäivät yritykset ja järjestöt, joilla oli vähintään yksi tilastollisesti eriytetty kuntoutusalan toimipaikka, olivat Mehiläinen Oy, Hengitysliitto ry, Rinnekoti-Säätiö, Invalidiliitto ry, Sunborn Saga Oy, Kiipulasäätiö, Vetrea Terveys Oy, Suomen MS-Liitto ry, Orton Oy, Folkhälsan Botnia Ab, Kirkkopalvelut ry ja Oulun Diakonissalaitoksen Säätiö.

Yksityisen kuntoutusalan toimipaikoista 82 prosenttia tarjoaa **fysioterapiapalveluja** ja 18 prosenttia muita kuntoutuspalveluja. Tosin alan henkilöstöstä fysioterapiapalvelujen tuottajat muodostivat vain kolmanneksen ja liikevaihdosta 36 prosenttia vuonna 2012. Fysioterapian toimialaa ovat fysikaaliset hoitolaitokset ja itsenäiset ammatinharjoittajat. Fysioterapiassa mielenkiinnon kohteina ovat asiakkaan toimintakyky ja liikkuminen. Palveluja ovat lääkinällinen hieronta, fysikaalinen toimintaterapia, vesihoidot ja apuvälinepalvelut.⁶

⁶ Fysioterapiassa arvioidaan asiakkaan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita. Fysioterapian menelmiin kuuluvat myös terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta. Fysioterapiapalveluja tarjoavien yritysten, järjestöjen ja itsenäisten ammatinharjoittajien toimintaa valvovat aluehallintovirastot sekä sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto VALVIRA.

Fysioterapiapalvelujen tarjonta on etupäässä yritysmuotoista toimintaa. Se on myös ainoa kuntoutusala, jossa yritysmuotoinen palveluntuotanto on suurempaa kuin järjestöjen palvelutuotanto. Alan yritysten määrää lisäävät lukuisat itsenäisinä ammatinharjoittajina toimivat fysioterapeutit. **Fysioterapeutti** on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, joka on suorittanut fysioterapeutin, lääkintävoimistelijan tai erikoislääkintävoimistelijan tutkinnon. Fysioterapeutin ammattinimikettä saavat käyttää ja ammattia harjoittaa vain tutkinnon suorittaneet fysioterapeutit.

Fysioterapiapalvelun yritykset ovat keskimäärin pieniä. Tilastokeskuksen YTR:n mukaan vain viisi yritystä työllisti vähintään 20 henkilöä vuonna 2012. Nämä viisi olivat Rokuan Kuntoutus Oy, DBC Suomi Oy, Fysiosporttis Oy, Pirkanmaan Erikoiskuntoutus Oy ja Medirex Oy. Sen sijaan sivu- ja osa-aikainen yrittäjäyys on yleisistä. Vuonna 2012 Tilastokeskuksen YTR:n tilastoihin sisältyi 430 sivutoimista fysioterapian yritystä, joiden liikevaihto oli alle 10 595 euroa ja vuosityöllisyys 0,1-0,4 henkilöä. Sivutoimisia oli kaikista toimialan yrityksistä 17 prosenttia.

Kolmanneksi tärkeimmäksi toimialaksi on kasvanut **mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ja työttömien päivä- ja työtoiminta**. Palveluilla on kysyntää, sillä nuorten ja ikääntyvien työkäisten työttömyys on ollut kasvussa elinkeinorakenteen muutosten takia. Myös mielenterveysongelmat ovat yleisiä työkäisten työkyvyttömyyden ja eläköitymisen taustatekijöitä. Mielenterveyskuntoutujille ja työttömille päiväkeskukset tarjoavat säännöllistä päiväohjelmaa. Ne tukevat sosiaalista selviämistä, antavat työharjoittelupaikkoja ja mahdollistavat aktiivisen osallistumisen.

Vammaisten päivä- ja työtoiminnassa pyritään aktiiviseen osallistumiseen, minkä lisäksi toimintaan liittyy vammaisten työhön kuntoutusta ja ammatillista uudelleen koulutusta. Työllisyydellä ja liikevaihdolla mitattuna toimialan merkitys on kuitenkin pienentynyt. Sen sijaan **vanhusten päiväkeskusten toiminta** on ollut viime vuosina nopeasti kasvava kuntoutusala ja väestön ikääntymisen vuoksi palveluilla on hyvät kasvunäkymät. Päiväkeskusten tarkoituksena on vanhusten aktiivisuuden ja toimintakyvyn säilyttäminen sekä itsenäisen asumisen tukeminen.

Ikääntyneiden päivätoiminta on tavallaan välimuoto kokonaan kotiin vietävien palvelujen ja laitoshoidon välillä. Päivätoimintaan voidaan yhdistää monia sairauksia ennaltaehkäisevää liikunnallista kuntoutusta (vesijumput, yms.) ja sosiaalista virkistystoimintaa ihmisten seurassa, sillä esimerkiksi yksinäisyys vanhusväestössä on merkittävä psyykkisiä ja somaattisia oireita aiheuttava tekijä. Kunnat voisivat tukea liikunnallista päivätoimintaa tarjoavia yksityisiä palveluntuottajia tarjoamalla niille toimitiloja esimerkiksi uimahalleista ja muista liikuntakeskuksista.

Päihdekuntoutujien laitoshoidossa ja avohuollon palveluissa kehitys on ollut vaihtelevaa vuosina 2008-12 ja etenkin laitoshoidon toimipaikkojen ja työllisyyden määrä on ollut laskusuunnassa. Laitosmuotoiseen päihdehooltoon kuuluu asuminen hoitojakson aikana ympärivuorokautisessa laitoksessa, jossa ammattihenkilöt antavat asiakkaille hoitoa päihdeongelmiin. Avohuollon palveluja tarjoavat puolestaan A- ja huumeekliinikat, nuorisoasemat ja avokatkaisuyksiköt. Valtaosa yksityisistä päihdekuntoutusta antavista yksiköistä on järjestöjen ylläpitämiä.

Taulukko 1 Kuntoutusalan ydintoimialojen yritys- ja järjestötoimipaikat toimialoittain 2008-12 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Toimipaikat yhteensä 2012, lkm	Määrän kasvu 2008-12, lkm	Yritysten osuus toimipaikoista 2012, %	Järjestöjen osuus toimipaikoista 2012, %
Kuntoutuslaitokset, sairaskodit	88	8	42,7	57,3
Fysioterapia	2636	43	99,5	0,5
Ikääntyneiden päivätoiminta	17	2	47,1	52,9
Vammaisten päivä- ja työtoiminta	64	2	28,1	71,9
Muu päivä- ja työtoiminta	272	16	15,4	84,6
Päihdekuntoutujien laitoshoido	81	-9	21,0	79,0
Avomuotoinen päihdekuntoutus	49	-4	20,4	79,6
Yhteensä	3207	58	85,1	14,1

Taulukko 2 Kuntoutusalan ydintoimialojen yritys- ja järjestötoimipaikkojen henkilöstö ja liikevaihto (ml. järjestöjen laskennallinen liikevaihto) toimialoittain 2008-12 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Henkilöstö 2012, lkm	Yritysten osuus henkilöstöstä 2012, %	Järjestöjen osuus henkilöstöstä 2012, %	Liikevaihto 2012, milj. euroa
Kuntoutuslaitokset, sairaskodit	4204	39,3	60,7	267,7
Fysioterapia	3930	98,5	1,5	271,4
Ikääntyneiden päivätoiminta	82	23,2	76,8	4,7
Vammaisten päivä- ja työtoiminta	582	20,1	79,9	23,8
Muu päivä- ja työtoiminta ⁷	2036	8,5	91,5	95,3
Päihdekuntoutujien laitoshoido	883	13,5	86,5	64,0
Avomuotoinen päihdekuntoutus	500	5,6	94,4	25,8
Yhteensä	12217	49,1	50,9	752,7

Taulukko 3 Kuntoutusalan ydintoimialojen yritys- ja järjestötoimipaikkojen henkilöstön ja reaalisien liikevaihdon määrän kasvu toimialoittain 2008-12 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Henkilöstön kasvu 2008-12, lkm	Henkilöstön kasvu 2008-12, %	Liikevaihdon reaalin kasvu 2008-12, %
Kuntoutuslaitokset, sairaskodit	-26	-0,6	14,5
Fysioterapia	111	2,9	9,3
Ikääntyneiden päivätoiminta	5	6,5	115,6
Vammaisten päivä- ja työtoiminta	-215	-27,0	-38,9
Muu päivä- ja työtoiminta ⁸	-125	-5,8	95,0
Päihdekuntoutujien laitoshoido	-156	-15,0	21,1
Avomuotoinen päihdekuntoutus	15	3,1	6,5
Yhteensä	-391	-3,1	15,9

⁷ Sisältää työttömien, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien päivä- ja työtoiminnan

⁸ Sisältää työttömien, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien päivä- ja työtoiminnan

2.1.3 Sivutoimialojen kuntoutustoiminta

Tilastokeskuksen YTR:n tilastot kuntoutusalan ydintoimialojen toimipaikoista sisältävät kaikkien palveluntuottajien toimipaikat riippumatta yrityksen tai järjestön päätoimialasta. Esimerkkejä ovat Ikaalisten Kylpylä Oy, Healthlake Oy tai Sunborn Saga Oy, joiden päätoimialana on majoitustoiminta tai Kiipulasäätiö ja Hengityслиitto ry, joiden päätoimialana on koulutuskeskustoiminta mutta niillä on myös kuntoutusalan toimipaikkoja. Katveeseen jäävät kokonaan kuitenkin ne yritykset, joissa kuntoutuspalveluja ei ole eriytetty tilastollisesti erillisiin toimipaikkoihin.

Katvealueet ovat tulosta hallinnollisten tilastojen puutteista, joiden vuoksi yrityksen tai yhteisön päätoimiala tai toimipaikkojen toimialat eivät ole ajan tasalla.⁹ Tilastokeskus tutkii toimialat toiminnan alkuvaiheessa, mutta sitten säännöllisten vuositiedustelujen piirissä ovat vain monitoimipaikkaiset yritykset ja yhteisöt sekä suuret yksitoimipaikkaiset yritykset. Alle 20 henkilöä työllistävät yksitoimipaikkaiset yritykset ja yhteisöt joutuvat tiedustelujen piiriin vain silloin, jos niitä koskevien tietojen muuttumisesta on saatu viitteitä muista lähteistä.¹⁰¹¹

TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyissä paljastuikin, että kuntoutuspalveluja tuotti noin 15 sellaista yritystä ja yhteisöä, joiden päätoimialana oli jokin **muu sosiaali- ja terveyspalvelu**, vaikka niillä ei ollut Tilastokeskuksen YTR:n mukaan kuntoutusalan ydintoimialoihin kuuluvia toimipaikkoja.¹² Kuntoutusalan liikevaihto- ja henkilöstöosuus vaihteli näissä yrityksissä ja yhteisöissä viidestä sataan prosenttiin. Yhteensä kuntoutusalan liikevaihto oli näissä yrityksissä ja järjestöissä noin 15-20 miljoonaa ja työllisyys noin 250-300 henkilöä vuonna 2012.

Toisen suuren sivutoimisesti kuntoutuspalveluja tuottavan toimialaryhmän muodostavat **matkailu-, majoitus- ja kylpylälalan yritykset**. Esimerkkeinä ovat Ikaalisten Kylpylä Oy, Karjalohjan Päiväkumpu Oy, Kartanokylpylä Kaisakoti tai Kuntoranta Oy. Matkailu- ja Ravintolapalvelut MARA ry:stä saatujen tietojen ja TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kyselyjen perusteella tähän kategoriaan kuuluvia kuntoutuspalvelujen tuottajia oli Suomessa noin 25 vuonna 2014. Osassa yrityksiä kuntoutuspalvelujen osuus liiketoiminnasta nousi jopa yli 50 prosenttiin.

Osittain kyselyihin ja osittain Tilastokeskuksen YTR:n, Taloussanomien ja Kauppalehden yritysten henkilöstö- ja liikevaihtotietoihin perustuvien laskelmien mukaan matkai-

⁹ Kaikille yrityksille ja varsinaisille toimipaikoille määritellään itsenäisesti toimiala toimialaluokituksen tarkimmalla tasolla. Yritysrekisterissä yrityksen päätoimiala määräytyy yrityksen eri toimialoilla toimivissa toimipaikoissa syntyvän arvonlisäyksen perusteella. Arvonlisäys vastaa läheisesti jalostusarvoa. Yrityksen kunkin toimialan arvonlisäys saadaan kertomalla kunkin toimipaikan työllisten määrä toimipaikan toimialan keskimääräisellä arvonlisäyksellä ja suhteuttamalla saatu luku toimipaikan toiminta-aikaan tilastovuoden tilikaudella. Päätoimiala määritellään vaihteittain toimialaluokituksen kirjaintasolta tarkimmalle tasolle. Yrityksen päätoimialaksi määräytyy yleensä sen toimipaikan toimiala, jossa tilikauden arvonlisäys on suurin.

¹⁰ Toimipaikka on yhden yrityksen omistama, yhdessä paikassa sijaitseva ja yhdellä toimialalla toimiva eli pääasiassa yhdenlaisia tavaroita tai palveluja tuottava yksikkö. Varsinainen toimipaikka harjoittaa yrityksen normaalia tuotantoa. Toimipaikkoja ovat esim. tehdas, myymälä, toimisto ja versta. Liikenteessä ja rakennustoiminnassa toimipaikka on pää- tai piirikonttori, josta toimintaa johdetaan. Aputoimipaikka (pääkonttori, varasto, yms.) sijaitsee erillään varsinaisesta tuotantotoiminnasta ja se tuottaa palveluja vain yritykselle itselleen. Toimipaikan määritelmä perustuu tilastoyksikköasetukseen (ETY) 696/93 ja yritysrekisteriasetukseen (EY) 177/2008.

¹¹ Tilastokeskuksen tiedusteluihin liittyvä vastaamisvelvollisuus perustuu tilastolakiin (laki 280/04).

¹² Esimerkkeinä voidaan mainita Sopimusvuori Oy ja Tammenlehväkeskus Oy.

lu-, majoitus- ja kylpyläalan yritysten tuottamien kuntoutuspalvelujen liikevaihto oli arviolta 40-50 miljoonaa euroa ja työllisyys noin 300 henkilöä vuonna 2012. Asianomaisen yritysryhmän liikevaihdosta ja henkilöstöstä kuntoutuspalvelut olivat keskimäärin lähes 15 prosenttia. Koko matkailu-, majoitus- ja kylpylätoiminnan liikevaihdosta ja työllisyydestä osuus oli kuitenkin alle viisi prosenttia.

2.2 Yksityinen palvelutarjonta alueittain

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan kuntoutusalan ydintoimialojen yritys- ja järjestömuotoisista toimipaikoista 26 prosenttia sijaitsi **Uudellamaalla**, kymmenen prosenttia **Pirkanmaalla** ja seitsemän prosenttia **Varsinais-Suomessa**. Muiden maakuntien osuudeksi muodostui yhteensä 57 prosenttia vuonna 2012. Uudenmaan, Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen merkitystä yksityisen kuntoutusalan palvelutarjonnassa nostavat fysioterapiapalvelut. Jos fysioterapiapalveluja ei oteta lukuun, nousi muiden maakuntien osuus kuntoutuspalvelujen tarjonnasta yli 60 prosenttiin.

Kuntoutuslaitosten toimipaikkoja (ml. sairas- ja toipilaskodit sekä veljeskodit) oli eniten Etelä-Pohjanmaalla, Uudellamaalla ja Varsinais-Suomessa. Niitä on melko paljon myös harvaanasutuilla alueilla Etelä- ja Pohjois-Savossa. Yksityisiä **päihdekuntoutuksen palveluja** on eniten tarjolla Uudellamaalla, Pirkanmaalla ja Kymenlaaksossa, mutta toimipaikkoja on suhteellisen paljon myös Pohjois-Karjalassa ja Pohjois-Savossa. Päihdekuntoutujien palvelut jaetaan avohuollon palveluihin ja päihdehoitolaitoksiin, joista jälkimmäiset palvelevat usein laajoja alueita.

Ikääntyneiden **päivätoimintaa** sekä vammaisten, mielenterveyskuntoutujien, pitkäaikaistyöttömien ja muiden erityisryhmien **päivä- ja työtoiminnan** yksityisiä toimintayksiköitä oli eniten Uudellamaalla, Pohjois-Savossa ja Pirkanmaalla. Lisäksi niitä on suhteellisen paljon Keski-Suomessa, Etelä-Savossa, Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa. Fysioterapiapalveluja tuottavien toimipaikkojen osuus kaikista kuntoutusalan toimipaikoista oli suurin Ahvenanmaalla, Satakunnassa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Pienintä se oli Pohjois-Savossa, Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa.

Maakuntien asukasluukuun suhteutettuna yksityisten kuntoutusalan palvelujen tarjonta oli suurinta harvaanasutuilla alueilla Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa vuonna 2012. Näissä maakunnissa toimipaikkoja on asukasta kohden laskettuna eniten myös silloin, kun runsaslukuisia fysioterapiapalveluja tuottavia toimipaikkoja ei lasketa mukaan. Sitä vastoin esimerkiksi Uudellamaalla toimipaikkatiheys oli keskimääräistä pienempi. Kaikkein vähiten yksityisiä kuntoutusalan toimipaikkoja oli asukasluukuun suhteutettuna Pohjanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla.

Pelkkä toimipaikkojen määrään perustuva tarkastelu ei kerro luonnollisesti koko totuutta yksityisten toimintayksiköiden toiminnan laajuudesta. Se voi poiketa huomattavasti toisistaan eri kuntoutusaloilla. Esimerkiksi fysioterapiapalveluja tuottavista yritysmuotoisista toimipaikoista valtaosa on yksityisten pää- ja sivutoimisten ammatinharjoittajien omistamia ja niiden vuosiliikevaihto on melko pieni. Samanaikaisesti fysioterapiapalveluja tuotetaan myös yli kymmenen henkilön toimipaikoissa, jotka tarjoavat asiakkailleen monia muitakin palveluja

Yksityisistä kuntoutusalan ydintoimialojen toimipaikoista keskimäärin 86 prosenttia oli **yritysmuotoisia** ja 14 prosenttia **järjestömuotoisia** vuonna 2012.¹³ Alueellisesti tarkasteltuna yritysmuotoisia toimipaikkoja oli eniten Satakunnassa, Pohjois-Pohjanmaalla, Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa. Eniten järjestömuotoista palveluntarjontaa esiintyi Pohjois-Savossa, Kymenlaaksossa ja Kanta-Hämeessä. Järjestöjen asema palvelujen tuottajina nousi kuitenkin aivan toisenlaisiin mittasuhteisiin, jos niiden merkitystä mitattaisiin työllisyydellä tai palvelumyynnillä.

Taulukko 4 Yksityiset kuntoutusalan toimipaikat toimialoittain ja maakunnittain 2012 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Kuntoutuslaitokset	Fysioterapia- palvelut	Päihdekuntoutujien palvelut ¹⁴	Päivä- ja työtoiminta ¹⁵	Yhteensä
Uusimaa	11	714	33	87	845
Pirkanmaa	4	270	21	29	324
Varsinais-Suomi	10	197	9	18	234
Pohjois-Pohjanmaa	7	156	6	8	177
Keski-Suomi	5	144	4	24	177
Pohjois-Savo	6	105	9	36	156
Etelä-Pohjanmaa	14	125	3	13	155
Satakunta	3	125	2	9	139
Pohjois-Karjala	5	110	9	15	139
Lappi	2	113	2	14	131
Etelä-Savo	7	98	4	20	129
Kymenlaakso	2	91	10	19	122
Kanta-Häme	2	84	7	15	108
Päijät-Häme	1	83	8	9	101
Etelä-Karjala	2	67		21	90
Pohjanmaa	6	65	1	5	77
Kainuu	1	45		6	52
Keski-Pohjanmaa	1	32	1	5	39
Ahvenanmaa		12	1		13
Yhteensä	89	2636	130	353	3208

¹³ Järjestömuotoisen toiminnan osuutta toimipaikoista nostavat ikääntyneiden päivätoiminta ja erityisryhmien päivä- ja työtoiminta, päihdekuntoutujien palvelut.

¹⁴ Päihdekuntoutujien hoitolaitokset ja avohuollon palvelut.

¹⁵ Ikääntyneet, vammaiset, työttömät, mielenterveys- ja päihdekuntoutajat.

Taulukko 5 Yksityisen kuntoutusalan toimipaikkatiheys ja yritys- ja järjestömuotoisten toimipaikkojen osuudet maakunnittain 2012 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Asukkaat / toimipaikat, lkm	Asukkaat / toimipaikat, lkm (pl. fy- sioterapia)	Yritystoimi- paikkojen osuus, %	Järjestö- toimipaik- kojen osuus, %
Etelä-Savo	1189	4949	81,4	18,6
Pohjois-Karjala	1192	5716	87,1	12,9
Etelä-Pohjanmaa	1252	6469	84,5	15,5
Lappi	1396	10158	87,8	12,2
Etelä-Karjala	1471	5755	81,1	18,9
Kymenlaakso	1487	5852	77,0	23,0
Pirkanmaa	1533	9196	85,5	14,5
Kainuu	1552	11526	88,5	11,5
Keski-Suomi	1555	8338	84,2	15,8
Pohjois-Savo	1591	4867	70,5	29,5
Satakunta	1618	16067	96,4	3,6
Kanta-Häme	1625	7311	77,8	22,2
Keski-Pohjanmaa	1759	9801	82,1	17,9
Uusimaa	1854	11961	87,3	12,7
Varsinais-Suomi	2004	12674	90,2	9,8
Päijät-Häme	2005	11253	85,1	14,9
Ahvenanmaa	2192	28501	100,0	0,0
Pohjois-Pohjanmaa	2264	19080	93,2	6,8
Pohjanmaa	2333	14972	92,2	7,8
Yhteensä	1692	9487	85,9	14,1

2.3 Vaihtuvuus ja kasvuhakuisuus

2.3.1 Toimintansa aloittaneet ja lopettaneet yritykset

Yksityisten palveluntuottajien toiminnan aloittamista ja lopettamista voidaan tutkia kuntoutusalalla Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan ainoastaan ydintoimialoilla ja yritysmuotoisen toiminnan osalta vuosina 2005-2012. YTR:n mukaan uusia yrityksiä perustettiin kuntoutusalalla 333 tarkasteluajanjaksolla 2008-2012. Toimintansa lopettaneita oli 210, joten yritysten nettolisäys oli 123 yritystä. Tarkastelujaksoon 2005-2008 verrattuna aloittaneiden ja lopettaneiden yritysten määrä väheni hieman, mikä supisti kuntoutusalan yritysten tilastollista vaihtuvuutta.¹⁶

Pääosa toimintansa aloittaneista ja lopettaneista toimi kuitenkin fysioterapiapalveluissa. Kaikkiaan toimialan osuus kaikista aloittaneista ja lopettaneista kuntoutusalan yrityksistä oli 80-90 prosenttia. **Muilla kuntoutusalalla** uusia yrityksiä aloitti yhteensä 47 ja lopetti 25 vuosina 2008-2012. Yrityskannan nettolisäykseksi muodostui 22 kuntoutusalan yritystä. Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen tulkinnassa kannattaa ottaa kuitenkin huomioon, että osa yritysten aloitus- ja lopetustiedoista ovat **hallinnollisia** sisältäen niin sanotut **epäaidot** liiketoiminnan aloitukset ja lopetukset.

¹⁶ Vaihtuvuudella mitataan usein toiminnan dynaamisuutta, sillä tutkimusten mukaan korkea vaihtuvuus on merkki eteenpäin vievästä muutosvoimasta ja uudistumiskyvystä. Vaihtuvuus tarkoittaa sitä, että vanhat kilpailukykynsä menettäneet yritykset poistuvat markkinoilta ja antavat tilaa uusille innovatiivisille ja kasvuhakuisille yrityksille (luova tuho).

Epäaidot liiketoiminnan aloitukset ja lopetukset liittyvät kuntoutuslaitosten yms. vastaavien hoitolaitosten osalta järjestömuotoisen toiminnan yhtiöittämiseen. Lisäksi asiaan vaikuttavat yrityskaupat ja palveluntuottajien fuusiot. Pienten palveluntuottajien osalta yritysmuodon muutokset toiminimestä yrityksestä yhtiömuotoiseen toimintaan johtavat yrityksen kirjautumiseen toisaalta lopettaneeksi ja toisaalta toimintansa aloittaneeksi.¹⁷ Arvonlisäverottomia sosiaali- ja terveystalvuuja tuottavien yritysten aloittamisiin ja lopettamisiin liittyy muitakin tilastollisia katvealueita.¹⁸

Taulukko 6 Aloittaneet ja lopettaneet kuntoutusalan ydintoimialojen yritykset 1995–2012 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Aloittaneet, lkm	Lopettaneet, lkm	Nettolisäys/yrityskanta, % ¹⁹	Vaihtuvuus, %
Fysioterapia				
- 2005-08	298	200	11,9	60,3
- 2009-12	286	185	11,0	51,3
Muu kuntoutusala				
- 2005-08	47	16	50,8	103,3
- 2009-12	47	25	26,5	86,7
Yhteensä				
- 2005-08	345	216	14,5	63,2
- 2009-12	333	210	12,3	54,1

2.3.2 Palveluntuottajien kasvuhakuisuus

Yksityisen kuntoutusalan kasvuhakuisuudesta voidaan saada jonkinlainen käsitys TEM:n ja Terveystalvuualuealan Liiton vuoden 2014 kyselyjen pohjalta. Kyselyihin osallistuneet palveluntuottajat olivat melko kookkaita ja keskimäärin paljon suurempia kuin maamme yrityskehntän yritykset. Tämä johtuu kyselyihin osallistuneiden palveluntuottajien pääomavaltaisuudesta ja toimialan luonteesta, koska hoidon toteuttaminen edellyttää riittävästi käsipareja. Suurta kokoa selittää osittain sekin, että osa palveluntuottajista on kasvanut jo aiemmin.²⁰

Voimakkaasti kasvuhakuisia palveluntuottajia oli kyselyjen mukaan noin 11 prosenttia vuonna 2014. Osuus on suhteellisesti enemmän kuin kasvuhakuisia yrityksiä (noin 9 %) oli Suomen Yrittäjien, Finnveran ja TEM:n pk-yritysbarometrin mukaan keväällä 2014. Voimakkaasti kasvuhakuisilla palveluntuottajilla on usein kasvuun tähtäävä toi-

¹⁷ Tilastokeskuksen YTR:n tilastoissa yritys merkitään aloittaneeksi silloin, kun siitä tulee arvonlisäverovelvollinen tai työnantaja. Yritys voi kirjautua tilastoon aloittaneeksi myös yhtiöittämisen tai fuusion seurauksena tai toiminimimuotoisen yrityksen muuttuessa yhtiömuotoiseksi, jolloin se saa uuden yritystunnuksen. Yritys katsotaan lopettaneeksi, kun se lakkaa toimimasta sekä työnantajana että arvonlisäverovelvollisena, ja vanha yritystunnus lopetetaan. Toimintansa lopettaneeksi yritys voidaan katsoa myös silloin, kun se sulautuu toiseen yritykseen. Yli 18 kuukauden toimimattomuuden jälkeen aktivoituvaa yritys määritetään uudestaan aloittaneeksi ja edeltävä lopetustieto jää voimaan. Mikäli lopettaneeksi merkitty yritys aktivoituu ennen 18 kuukauden ajan täyttymistä, lopetustieto kumotaan ja yritys katsotaan toimivaksi koko ajanjaksolla.

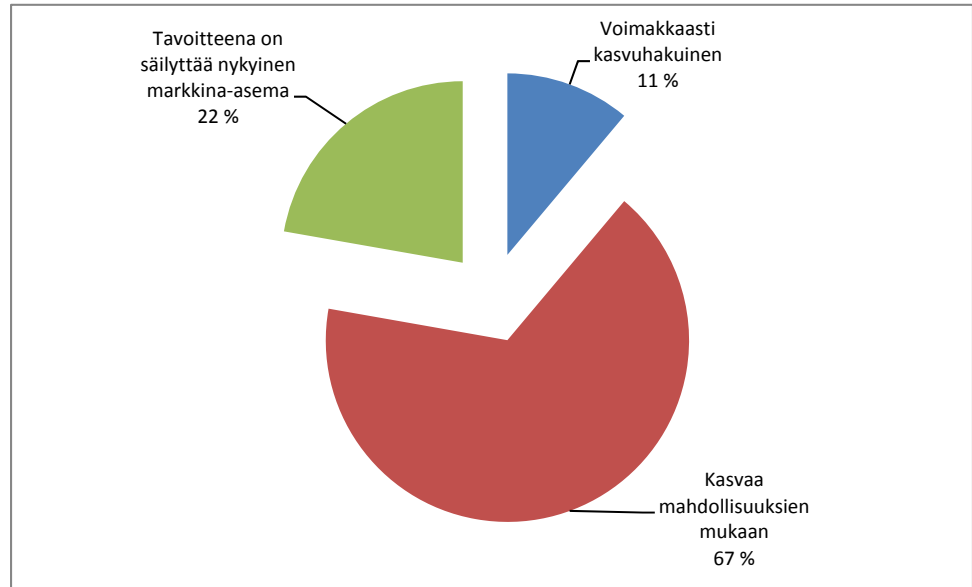
¹⁸ Arvonlisäverottomia palveluja tuottavilta yrityksiltä vaaditaan toimintansa aloittaneita ja lopettaneita yrityksiä koskevissa tilastoissa sitä, että ne toimivat työnantajina, minkä vuoksi pääosa ammatinharjoittajista on tilastojen ulkopuolelle.

¹⁹ Yritysten määrän nettolisäys on suhteutettu tarkasteluajanjakson päättymisvuoden yrityskantaan.

²⁰ Yrityskyselyihin osallistuneista alle kymmenen henkilön mikroyrityksiä oli 16 prosenttia, 10-49 henkilön pienyrityksiä 29 prosenttia, keskisuuria 50-249 henkilön yrityksiä 33 prosenttia ja suuria vähintään 250 henkilön yrityksiä 11 prosenttia. Maamme koko yrityskehntästä alle 10 henkilön mikroyrityksiä on noin 93 prosenttia, mutta vähintään 250 henkilön suuria yrityksiä vain 0,2 prosenttia.

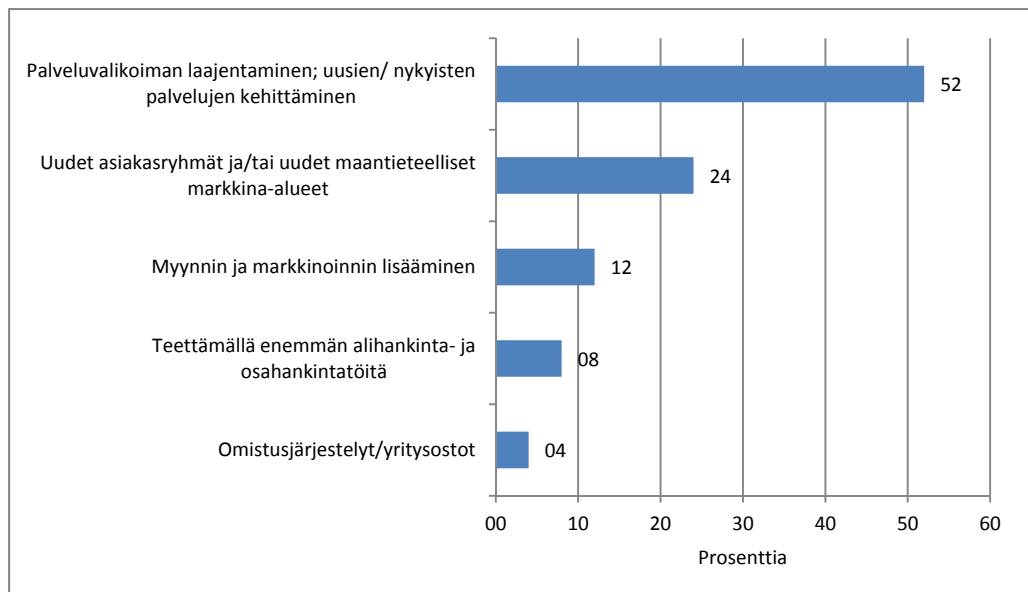
mintastrategia, mutta kyselyjen mukaan useimmat muutkin kuntoutusalan palveluntuottajat pyrkivät kasvuun mahdollisuuksien mukaan. Myös markkina-asemien säilyttäminen voi edellyttää jonkinlaista kasvua.

Kuvio 3 Kuntoutusalan palveluntuottajien kasvuhakuisuus 2014, prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Kuntoutusalan palveluntuottajat pyrkivät useimmiten kasvuun omaa toimintaa aktiivisesti kehittämällä. Tämä tarkoittaa ennen kaikkea **palveluvalikoiman laajentamista tai uusien ja nykyisten palvelutuotteiden kehittämistä**. Seuraavalla sijalla on sijoittuminen uusille maantieteellisille markkina-alueille ja palvelumyynnin laajentaminen uusiin asiakassegmentteihin. Pelkästään markkinoinnin ja myynnin lisäämiseen luottaa ainoastaan runsaat kymmenen prosenttia kyselyihin vastanneista. Myöskään yrityskaupat eivät kuuluneet keskeisiin kasvukeinoihin.

Kuvio 4 Kuntoutusalan palveluntuottajien keskeisimmät kasvukeinot, prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



3 Kuntoutuspalvelujen kysyntä ja yksityinen tarjonta

TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan yksityiset palveluntuottajat ovat kiinnostuneita laajentamaan palvelujaan sosiaaliseen kuntoutukseen, työkyvyttömyyden uhanalaisten ammatilliseen kuntoutukseen ja mielenterveyskuntoutujien kuntoutuspsykoterapiaan.

Ikääntyneiden palveluissa kiinnostusta on varsinkin ikääntyneiden henkilöiden kuntoutustarpeiden tunnistukseen, yksilöllisesti räätälöityyn kuntoutukseen, kuntoutuksen monialaisuuteen, sairaanhoidon jälkeiseen avomuotoiseen kuntoutukseen ja kotiin vietäviin kuntoutuspalveluihin.

Kuntoutusalan kyselyjen mukaan ulkomaisten kuntoutuspalveluja ostavien asiakkaiden määrä on ollut toistaiseksi erittäin vähäistä. Tosin Venäjän suunta nähdään potentiaalisena mahdollisuutena, mihin muutamat kuntoutuslaitokset ovat ilmoittaneet panostavansa pitkäjänteisesti.

3.1 Palvelujen tarjonta pääryhmittäin

3.1.1 Palveluryhmien luokittelua

Sosiaali- ja terveysministeriö STM:n mukaan kuntoutuspalveluista voidaan erottaa kymmenkunta pääryhmää, jos lähtökohtana ovat kohderyhmä, rahoittaja ja palvelumuoto. Niitä ovat lääkinällinen kuntoutus, vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus (KELA), ammatillinen kuntoutus, kuntouttava työtoiminta, kuntoutuspsykoterapia, sosiaalinen kuntoutus, työtapaturmissa ja liikenteessä vammautuneiden kuntoutus, sotilasvammalain mukainen kuntoutus, vammaispalveluihin sisältyvä kuntoutus (kunnat), harjunnanvarainen kuntoutus (KELA) ja apuvälinepalvelut.

Lääkinällisellä kuntoutuksella pyritään henkilön fyysisen toimintakyvyn palauttamisen ja ylläpitoon. Kuntoutusta järjestävät kunnalliset terveyskeskukset ja sairaalat osana muuta täydentävää sairaanhoitoa. Kuntoutukseen voi sisältyä neuvontaa ja ohjausta, kuntoutustarvetta koskevia tutkimuksia, henkilön toimintakykyä parantavia kuntoutusjaksoja ja muuta sairaanhoitoa, apuvälinepalvelua ja kuntoutujien sopeutumisvalmennusta. Lääkinällistä kuntoutusta järjestävät myös yksityiset vakuutuslaitokset, kuten tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset.

Alle 65-vuotiaiden **vaikeavammaisten lääkinällisen** kuntoutuksen järjestäminen ja rahoitus on KELAn vastuulla. Vaikeavammaiseksi katsotaan henkilö, jolla aiheutuu sairaudesta, viasta tai vammasta sellaista yleistä lääketieteellistä ja toiminnallista haittaa, jonka vuoksi tarvitaan vähintään vuoden kestävää kuntoutusta. Vaikeavammaiseksi tulkitaan myös henkilö, jonka haitta on niin suuri, että hänellä on huomattavia vaikeuksia selviytyä jokapäiväisistä toimistaan kotona, koulussa, työelämässä ja muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella.²¹

²¹ Lisäedellytyksenä KELAn rahoittamassa palvelussa on, että henkilö saa korotettua tai ylintä alle 16-vuotiaan vammaistukea, korotettua tai ylintä 16 vuotta täyttäneen vammaistukea, korotettua tai ylintä eläkettä saavan hoitotukea tai ylintä 16 vuotta täyttäneen vammaistukea työkyvyttömyyseläkkeen lepäämisajalta. Henkilöllä on oltava myös julkisessa terveydenhuollossa laadittu kuntoutussuunnitelma.

Ammatillista kuntoutusta tarjotaan työikäisille työelämässä oleville, jos sairaus heikentää oleellisesti henkilön työ- ja ansiokykyä ja aiheuttaa uhan työkyvyttömyydestä. Ammatillisella kuntoutuksella tuetaan etenkin pitkäaikaissairaana työhön pääsyä, työssä jaksamista ja työhön palaamista. Kuntoutukseen voi sisältyä muun muassa ammatinvalinnanohjausta, kuntoutustutkimusta, työ- ja koulutuskokeiluja, työhön valmennusta, ammatillista ja muuta koulutusta, työvoimaneuvontaa ja työhön sijoitusta, apuvälineitä, elinkeinotukea ja työolosuhteiden järjestelytukea.

Ammatillista kuntoutusta järjestävät Suomessa ensisijaisesti *työeläkelaitokset*. Työntekijälle voidaan korvata myös ammatillisesta kuntoutuksesta aiheutuvat välttämättömät kustannukset. *KELA* järjestää ammatillista kuntoutusta silloin, kun henkilöllä ei ole oikeutta työeläkekuntoutukseen tai tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutukseen. Myös *työvoimaviranomaiset* tarjoavat koulutusta, asiantuntijapalveluja, neuvontaa ja ohjausta, mikäli henkilön mahdollisuudet saada sopivaa työtä tai säilyttää nykyinen työ on vaarantunut vamman tai sairauden johdosta.

Työtapaturmasta, ammattitaudista tai liikenneonnettomuudesta johtuvaa kuntoutusta korvaavat etupäässä *tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöt*. Kuntoutus on osa lakisääteisiä korvauksia. Kuntoutuksen edellytyksenä on, että henkilön työ- tai toimintakyky tai ansiomahdollisuudet ovat tapaturman tai ammattitaudin johdosta heikentyneet tai on todennäköistä, että ne voisivat myöhemmin olennaisesti heikentyä. Kuntoutus sisältää työ- ja toimintakykyyn liittyvän lääkinnällisen kuntoutuksen sekä työ- ja ansiokykyyn liittyvän ammatillisen kuntoutuksen.

Kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille henkilöille työllistymismahdollisuuksien ja elämänhallinnan parantamiseksi. Kuntouttavan työtoiminnan järjestäminen perustuu lakiin.²² Laissa säädetään siitä, ketkä ovat oikeutettuja *aktivointisuunnitelmaan* ja kenelle kuntouttavaa työtoimintaa järjestetään. Kuntouttava työtoiminnan tarkoituksena on parantaa työmarkkina- tai toimeentulotukea saavan työttömän henkilön edellytyksiä työllistyä tai osallistua koulutukseen tai työ- ja elinkeinohallinnon tarjoamaan työllistymistä edistävään palveluun.

Kuntouttavaa työtoimintaa järjestää kunta. Kunta ja työ- ja elinkeinotoimisto (TE-toimisto) laativat yhteistyössä asiakkaan kanssa niin sanotun aktivointisuunnitelman. Asiakkaan yksilöllinen palveluntarve määrittelee, mitä palveluita hänelle aktivointisuunnitelmassa tarjotaan. Näistä palveluista yksi on kuntouttava työtoiminta. Työtoimintaa järjestetään yleensä kuntien toimipisteissä sekä järjestöjen avustavissa tehtävissä. Kysymyksessä ei ole työsuhde, vaan tavoitteena on totuttaa työelämän pelisääntöihin ja parantaa omaa elämänhallintaa.

Kuntoutuspsykoterapian muotoja ovat yksilö-, ryhmä-, paripsykologia, kuvataideterapia tai musiikkiterapia. Suomessa *KELAN* kustantamaa kuntoutusterapiaa tarjotaan 16-67 –vuotiaille henkilöille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveydelliset ongelmien vuoksi uhattuna tai henkilöllä on ollut psykiatrisen diagnoosiin perustuva vähintään kolme kuukautta jatkunut hoitosuhde, johon on sisältynyt lääketieteellistä, psykiatrista tai psykoterapeuttista tutkimusta ja hoitoa. Terapian tarkoituksena on tukea ja parantaa kuntoutujan työ- ja opiskelukykyä.

²² Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001).

KELA myöntää rahoitusta kuntoutuspsykoterapiaan vuodeksi kerrallaan ja sitä on mahdollista saada enintään kolme vuoden ajan.²³ Kuntoutuja voi hakea terapialle jatkoa. Siihen tarvitaan uusi lausunto hoitavalta lääkäriltä. KELA voi myöntää rahoitusta myös aivan uudelle kuntoutusjaksolle, kun edellisen kuntoutusjakson päättymisestä on kulu- nut vähintään viisi vuotta. Psykoterapiaa voi antaa sellainen Sosiaali- ja terveysalan lu- pa- ja valvontavirasto Valviran hyväksymä psykoterapeutti, jolla on koulutus siihen te- rapiamuotoon, jota kuntoutujalle annetaan.

Sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan syrjäytyneiden henkilöiden paluuta yhteiskunnal- liseen osallisuuteen vahvistamalla kuntoutettavan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaali- sen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Kuntoutuksen kohderyhmiä voivat olla alle 18 – vuotiaat nuoret, 18-25 –vuotiaat nuoret aikuiset, mielenterveyskuntoutujat, vammaiset ja kehitysvammaiset, päihdekuntoutujat ja pitkäaikaistyöttömät. Käynnissä olevan sosi- aalihoitolain uudistuksen myötä sosiaalinen kuntoutus on saamassa Suomessa ensim- mäistä kertaa lainmukaisen määritelmän.²⁴

Lainmukainen määritelmä selkeyttää sosiaalisen kuntoutuksen asemaa osana kuntoutus- kokonaisuutta. Lakiehdotuksen mukaan sosiaalista kuntoutusta järjestettäisiin ihmisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi sekä avuksi lähisuhde- ja perheväkivaltaan ja äkillisiin kriisitilanteisiin. Sosiaalisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus on kunnan sosiaalihoillon (sosiaalityön) vastuulla. Sosiaalisen kuntoutuksen toteuttaminen edellyttää yhteistyötä terveydenhuollon, työ- ja elinkeinotoimen, opetus- toimen ja muiden tahojen välillä.

Sosiaalisen kuntoutuksen toimintamuotoja ovat lakiehdotuksen mukaan yksilöllinen psykososiaalinen tuki ja lähityö (kotikäynnit, mukana kulkeminen, kasvatuksellinen tuki omien asioiden hoitamiseen), erilaiset toiminnalliset ryhmät, vertaistuki, osallistuminen vapaaehtoistoimintaan, työtoiminta sekä muut kuntoutujalle tarjottavat suunnitelman mukaiset palvelut. Kuntoutuksen päämääränä voi olla esimerkiksi arkielämän taitojen oppimista, päihteettömän arjen hallinta, koulutuksessa ja työelämässä tarvittavien asioi- den harjoittelu tai kyky toimia ryhmässä.²⁵

Suomen sodissa vuosina 1939-1945 olleilla **rintamaveteraaneilla on** oikeus saada suunnitelmallista kuntoutusta vuosittain laitospalveluksena tai päivä-, koti- ja muuna kuntoutuksena. Kuntoutukseen ovat oikeutettuja ne henkilöt, joilla on rintamasotilas- tunnus, naisille myönnetty rintamapalvelustunnus, rintamatunnus tai veteraanitunnus. Vuosittainen laitospalvelusjakso voi olla kymmenen päivää vuodessa. Avokuntoutus- käynnejä on mahdollista saada 30 kertaa vuodessa. Myös aviopuoliso voi osallistua lai- toskuntoutukseen rintamaveteraanin kanssa.^{26,27}

²³ KELAn rahoittaman psykoterapian tarve perustuu yksilölliseen terapian tarpeen arvioon ja kuntoutussuunnitelmaan tai B-lääkärintoimitukseen, johon sisältyy psykiatrian arvio diagnoosista ja kuntoutustarpeesta. Lisäksi edellytetään, että muiden hoito- ja kuntoutusmuotojen, kuten kriisiterapian tai aikarajoitteisen lyhytterapian mahdollisuudet on selvitetty ja, että hoitosuhde jatkuu psykiatrian erikoislääkärin suosituksen mukaisesti.

²⁴ Ks. Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaalihoitolain ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. Lain odotetaan tulevan voimaan vuoden 2015 aikana.

²⁵ Rajaveto sosiaalisen kuntoutuksen ja muun kuntoutuksen välillä voi olla hankala, sillä esimerkiksi kuntouttava työ- toiminta voi painottua sosiaaliseen kuntoutukseen tai työelämäosallisuuden lisäämiseen.

²⁶ Ks. Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta 1184/1988 myöhemmin tehtyine muutoksineen ja asetus rintamaveteraa- nien kuntoutuksesta 1348/1988 myöhemmin tehtyine muutoksineen.

²⁷ Veteraanikuntoutusta haetaan kunnan terveyskeskuksessa, joka voi järjestää kuntoutuksen itse tai ostaa palvelut yksi- tyiseltä palveluntuottajalta.

Sotainvalidit sekä heidän puolisonsa ja vaikeavammaisten lesket ovat voineet saada kuntoutusta sotilasvammalain nojalla Valtiokonttorin kustantamana. Vaihtoehtoina ovat laituskuntoutus ja avokuntoutus. Laituskuntoutusta annetaan sotainvalidien sairasa- ja veljeskodeissa, kuntoutussairaaloissa sekä monissa kylpylöissä. Osassa kuntoutuslaitoksia sotainvalidi voi valita päiväkuntoutuksen vaihtoehdon, jos hän yöpyy kotona. Myös kunnallinen terveyskeskus, sairaala tai sosiaalihuollon laitos voivat antaa kuntoutusta, joka on maksutonta osalle sotainvalideja.

Avokuntoutusta annetaan yksityisissä fysikaalisissa hoitolaitoksissa sekä joidenkin sairaaloiden kuntoutusosastoilla, terveyskeskuksissa ja osassa sairasa- ja veljeskoteja. Kuntoutusta haetaan etukäteen Valtiokonttorilta. Sairasa- ja veljeskodeilla on kuitenkin oikeus kutsua pitkäaikaisia asiakkaitaan ilman hakemusta kuntoutukseen. Kuntoutukseen pääsyn perusteet ja sen pituus riippuvat hakijan haitta-aste prosentista sekä kuntoutuksen tarpeesta.²⁸ Avokuntoutus voidaan toteuttaa tarvittaessa myös sotainvalidin kotona. Tähän vaaditaan Valtiokonttorin maksusitoumus.

Vammaispalveluista ja **vammaisille tarkoitetun kuntoutuksen** järjestämisestä ja rahoituksesta vastaavat pääasiassa *kunnat*. Vammaiselle laaditaan henkilökohtainen palvelusuunnitelma, jossa selvitetään hänen kuntoutustarpeensa ja muut tarvittavat tukitoimenpiteet. Niihin voi sisältyä apuvälinepalvelua, päivätoimintaa, sopeutumis- ja kuntoutusohjausta, palveluasumista, omaishoidontukea, henkilökohtaista apua, palveluasumista ja laitos- tai perhehoitoa. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaavat käytännössä terveyskeskukset ja sairaalat.

KELA järjestää myös **harkinnanvaraista kuntoutusta**,²⁹ joka täydentää *KELAn* ammatillista ja vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta. Harkinnanvaraisella kuntoutuksella tuetaan kuntoutujien työ-, opiskelu- ja toimintakykyä. Harkinnanvaraista kuntoutusta ovat kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit, kuntoutustarveselvitykset ja – tutkimukset, neuropsykologinen kuntoutus, ASLAK-kurssit ja yksilölliset kuntoutusjakso. Eduskunta päättää suunnitelman perusteella harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytettävästä rahamäärästä vuosittain.³⁰

Edellä mainituista kuntoutuspalveluista *kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit* ovat sairausryhmäkohtaisia. Osa kursseista on tarkoitettu aikuisille työelämässä oleville, sinne palaaville tai kuntoutustuella oleville. Lisäksi kursseja on suunnattu työelämän ulkopuolella oleville tai lapsille ja nuorille. Suurimmat sairausryhmät, joille kursseja järjestetään, ovat esimerkiksi aivohalvaus, hengityssairaus, kuulovamma, liikunta- ja monivammaisuus, mielenterveys, MS-tauti, näkövamma, reuma, sydäntauti, syöpä, tuki- ja liikuntaelinsairaus sekä hermoston sairaudet.

KELAn harkinnanvaraisissa *kuntoutustarveselvityksissä* lääkäri, sosiaalityöntekijä tai psykologi ja tarvittaessa muut asiantuntijat arvioivat yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutuksen tarvetta ja mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Kuntoutustarveselvitys kestää enintään kolme päivää. *Kuntoutustutkimus* on sen sijaan monipuolinen lääketieteellinen, so-

²⁸ Sotainvalidit jaetaan haitta-asteen mukaan kahteen ryhmään, jotka ovat 30-100 prosentin haitta-aste ja 10-25 prosentin haitta-aste. Myös kunnallinen terveyskeskus, sairaala tai sosiaalihuollon laitos voivat antaa sotainvalidille kuntoutusta. Kunnan järjestämä kuntoutus on vähintään 20 prosentin sotainvalidille maksutonta.

²⁹ Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

³⁰ Harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta tehdään vuosittain kolmea seuraavaa kalenterivuotta koskeva suunnitelma, jossa määritellään rahamäärän kohdentaminen ja kehittämistoiminnan painopistealueet.

siaalinen ja psykologinen tutkimus, jonka perusteella laaditaan ammatillinen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutustutkimus kestää enintään kaksitoista päivää yksilöllisen tarpeen mukaan ja se tehdään 1-3 jaksossa.

Neuropsykologista kuntoutusta myönnetään harkinnanvaraisesti 16 vuotta täyttäneille kehityksellisiin oppimisvaikeuksiin ja aivovaurioiden jälkeen mikäli henkilöllä on lukihäiriö, hahmotushäiriö, tarkkaavaisuushäiriö (ADHD), monimuotoinen kehityksellinen häiriö tai aivohalvaus, -verenvuoto, -vamma-, tulehdus tai keskushermoston sairaus. Kuntoutuksen tavoitteena on opiskelu- tai työkyvyn parantaminen ja palauttaminen ja sen seurauksena opintojen edistyminen tai loppuun saattaminen, työelämään siirtyminen, työelämässä pysyminen tai työhön paluu.

KELAn harkinnanvaraiset *ASLAK-kurssit* ovat ryhmämuotoista kuntoutusta. Ne toteutetaan laitos- tai avomuotoisena kuntoutuksena tai niiden yhdistelmänä. Kurseja järjestetään joko lyhytkestoisena (10-12 vrk) tai pitkäkestoisena (20-22 vrk) ja niihin kuuluu alkujakso, kurssijakso, yhteistyöpäivä ja loppujakso (ml. yksi mahdollinen työpaikkakäynti). Laitos- ja avomuotoisen kurssin yhdistelmän toteutustapa sovitaan yhteistyössä hakijoiden, palveluntuottajan ja KELAn kanssa. Hakijoita voivat olla työnantajat, työterveyshuolto, ammattiliitot ja yhdistykset.³¹

KELA järjestää toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi harkinnanvaraisena kuntoutuksena myös *yksilöllisiä kuntoutusjaksoja* kuntoutuslaitoksessa. Ne jakautuvat sairausryhmäkohtaisiin linjoihin, jotka ovat aistivammojen linja, neurologinen linja, tules- ja reumalinja sekä yleislinja. Yksilölliseen kuntoutusjaksoon pääsee, että kuntoutus on tarpeellista henkilön työ- tai toimintakyvyn kannalta. Jaksot ovat tehostettuja ja yksilöllisesti suunniteltuja. Yksilölliset kuntoutusjaksot kestävät enintään 18 vuorokautta. Kuntoutukseen kuuluu 4-5 vuorokauden aloitusjakso.

3.1.2 Yksityisten palveluntuottajien palvelut

Nykytilanne

TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyihin vastanneista yli 80 prosenttia tuotti *lääkinnällisiä kuntoutuspalveluja* vuonna 2014. Lääkinnällisiä kuntoutuspalveluja tuottavat yritykset ja järjestöt, joiden virallisena päätoimialana kuntoutuslaitostoiminta tai sairaus- ja toipilaskotitoiminta³². Lisäksi niitä tarjoavat monet fysioterapian yritykset, yksityiset sairaalat ja sivutoimialana eräät matkailu- ja kylpylälä alan yritykset sekä palvelutalo- ja asumispalvelutoiminnassa toimivat yksityiset palveluntuottajat.

KELAn kustantamia *vaikeavammaisten lääkinnällisiä kuntoutuspalveluja* tarjosi vajaat 60 prosenttia kyselyihin vastanneista. Palveluntuottajat ovat pääasiassa samoja kuin muunkin lääkinnällisen kuntoutuksen osalla, joskin toiminta oli hieman enemmän keskittynyt varsinaisiin kuntoutuslaitoksiin, sairaus- ja toipilaskoteihin, fysioterapian yritys- ja sairaalatoimintaa harjoittaviin palveluntuottajiin kuin muu lääkinällinen kuntoutus. *Veteraanien ja sotainvalidien kuntoutusta* tarjosi yhä melkein 70 prosenttia kyselyihin vastanneista vuonna 2014.

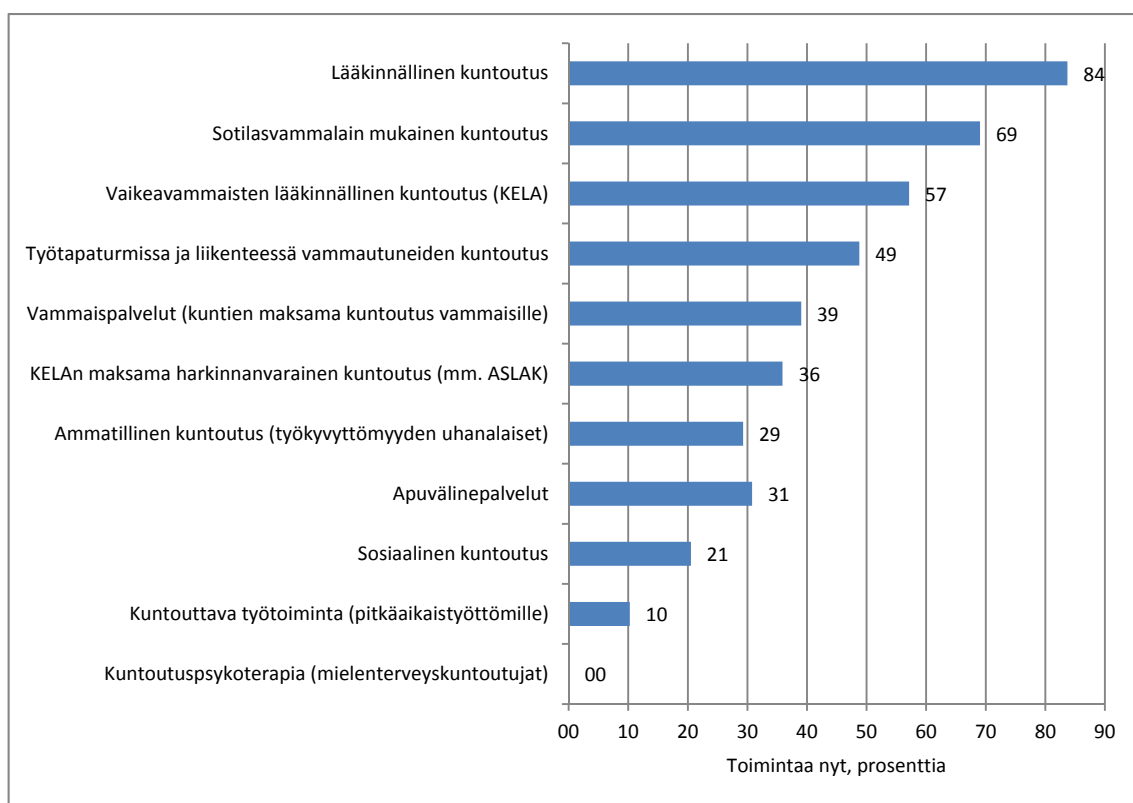
³¹ Kuntoutujat voivat olla samasta tai eri työpaikoilta. Kurssin keston, sisältöön ja jaksotukseen vaikuttavat kuntoutujan, työpaikan, ammattialan ja työterveyshuollon esille nostamat tarpeet.

³² Mukaan lukien veljeskodit.

Sairaaloja ja palveluasumista tarjoavia palveluntuottajia lukuun ottamatta veteraanikuntoutusta tarjosivat samat palveluntuottajat kuin lääkinnällistä kuntoutusta. *Työtapaturmissa ja liikenteessä vammautuneiden kuntoutus* oli neljänneksi yleisin palvelumuoto. Kuntoutusmuoto oli keskittynyt täysin kuntoutuslaitoksiin, sairaas- ja toipilaskoteihin, sairaaloihin ja fysioterapian yrityksiin. Noin 30-40 prosenttia kyselyihin vastanneista tarjosi kuntoutusta myös vammaisille sekä ammatillista kuntoutusta ja erilaisia KELAn korvaamia harkinnanvaraisia kuntoutuspalveluja.

Sosiaalista kuntoutusta ja kuntouttavaa työtoimintaa pitkäaikaistyöttömille tarjosi ainoastaan muutama kyselyihin vastannut. *Kuntoutuspsykoterapia* mielenterveyskuntoutujille ei kuulunut yhdenkään vastaavan palveluvalikoimaan. Kannattaa kuitenkin muistaa, että palveluntuottajien kyselyissä antamat tiedot tämän hetkisestä kuntoutuspalvelujen valikoimasta eivät kerro välttämättä suoraan niiden osuutta palvelumyynnistä. Esimerkiksi matkailu- ja kylpylälä alan yrityksissä merkittävä osa liikevaihdosta kertyy vapaa-ajan matkustajille tarkoitettujen palvelujen myynnistä.

Kuvio 5 Kuntoutusalan palveluntuottajien palveluvalikoima tällä hetkellä (2014), prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Palveluvalikoima laajentaminen ja uudet palvelut

Osa kuntoutusalan palveluntuottajista on voimakkaasti kasvuhakuisia tai pyrkii kasvamaan mahdollisuuksien mukaan. Myös nykyisen markkina-aseman säilyttäminen voi edellyttää kasvua. Keskeisenä kasvukeinoja palveluntuottajat pitävät palveluvalikoiman laajentamista sekä uusien ja nykyisten palvelujen kehittämistä. TEM:in ja Terveyspalvelualan Liiton kyselyihin vastanneista noin 35-40 prosenttia osoitti suurta tai kohtalais-

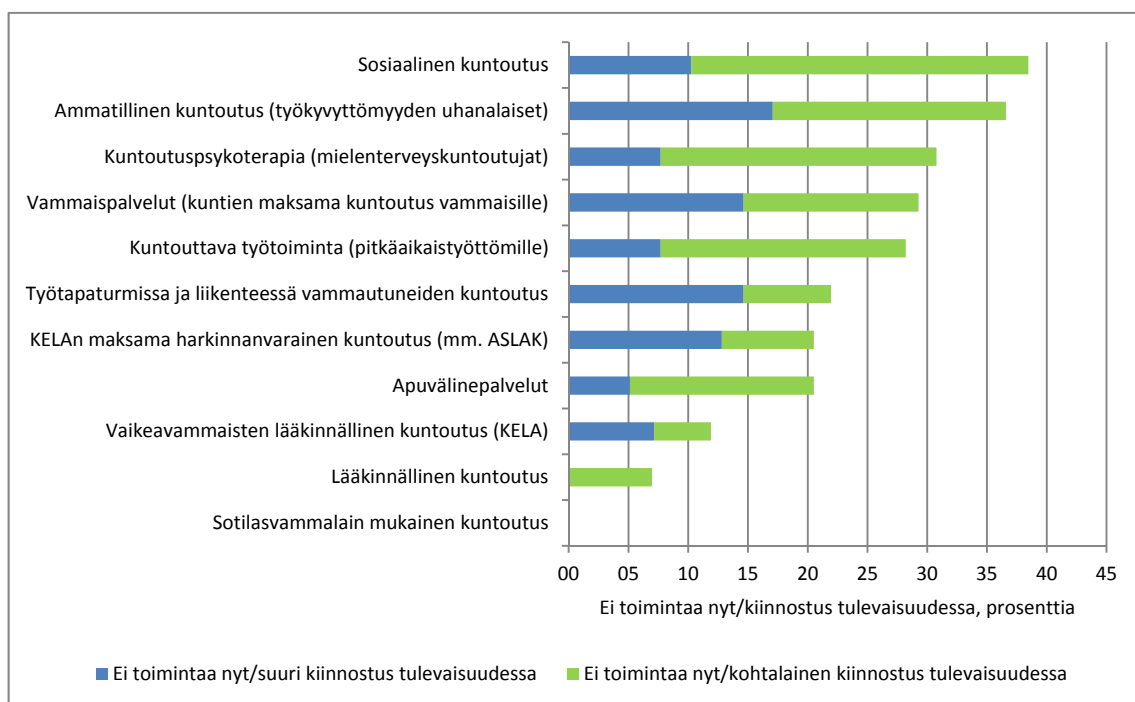
ta kiinnostusta *sosiaalisen kuntoutukseen ja ammatilliseen kuntoutukseen* (työkyvyttömyyden uhanalaiset) kohdistuviin uusiin palveluihin.

Sosiaalinen ja ammatillinen kuntoutus ovat kuntoutusaloja, joista on kysyntää tulevaisuudessa. Sosiaalisessa kuntoutuksessa korostuvat etenkin nuorten ja nuorten aikuisten kuntoutustarpeet. Ammatillisessa kuntoutuksessa tärkeää ovat työelämässä olevien toimintakykyyn liittyvät haasteet. Molemmat palvelumuodot ovat tärkeitä kestävyysvajeen hallinnan kannalta. Ammatillisesta kuntoutuksesta oltiin kiinnostuneita etenkin matkailu- ja kylpylälalalla sekä sairas- ja toipilaskotitoiminnassa. Sosiaalinen kuntoutus kiinnostaa lähes kaikkien kuntoutusalojen palveluntuottajia.

Mielenterveyskuntoutujien psykoterapiasta, vammaisten kuntoutuksesta ja pitkäaikaistyöttömien kuntouttavasta työtoiminnasta oli kiinnostunut noin 25-30 prosenttia kyselyihin vastanneista. Mielenkiintoista on melko laaja kiinnostus kuntoutuspsykoterapiaa kohtaan, sillä yksikään kyselyihin vastannut palveluntuottaja ei tarjonnut näitä palveluja tällä hetkellä. Tämä merkitsee panostuksia ammattihenkilöstön palkkaamiseen. Kuntoutuspsykoterapialla on kuitenkin kysyntää työikäisten sekä työelämässä olevien että työvoiman ulkopuolella olevien keskuudessa.

Uutta kiinnostusta lääkinnällisen kuntoutukseen (ml. vaikeavammaisten kuntoutus) ei ollut monella kyselyihin vastanneella siitä yksinkertaisesta syystä, että nämä palvelut ovat jo monen palveluntuottajan palveluvalikoimassa. Yksikään palveluntuottaja ei halua laajentaa toimintaansa enää veteraanikuntoutukseen. Asiakasryhmä on nopeasti pienemässä, sillä nuorimmatkin sotaveteraanit täyttävät 90 vuotta. Päinvastoin ne palveluntuottajat, joilla on ollut veteraanikuntoutusta, joutuvat etsimään uusia asiakasryhmiä tai panostamaan muihin palveluihin.

Kuvio 6 Kuntoutusalan palveluntuottajien kiinnostus palveluvalikoiman laajentamiseen (ei toimintaa 2014), prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



3.2 Palveluntarjonta ikä- ja asiakaspääryhmittäin

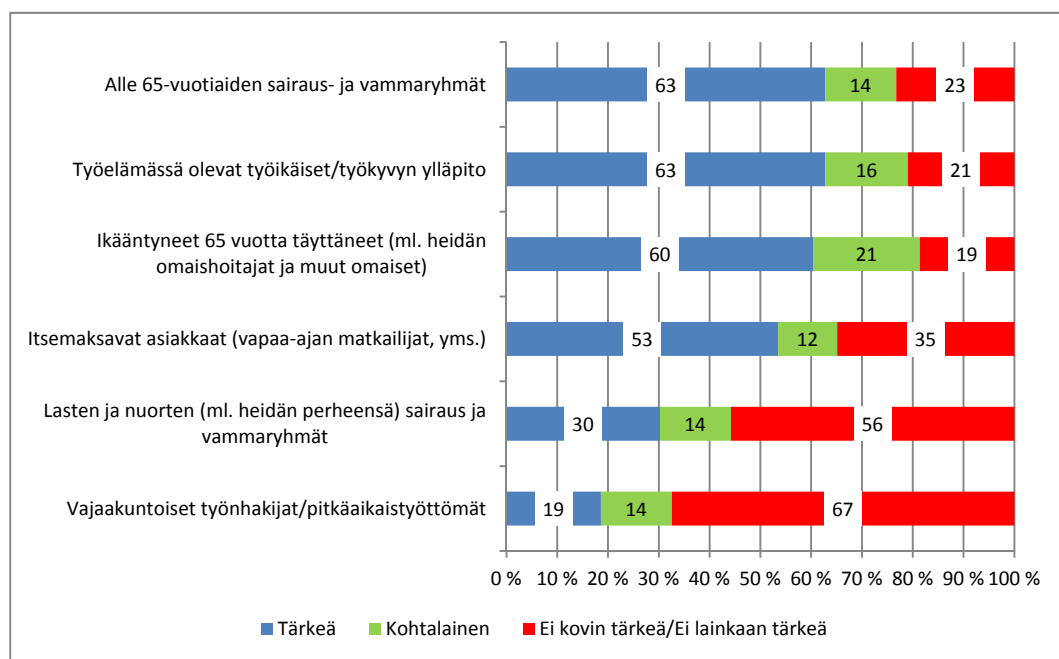
TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan tärkeimpiä asiakasryhmiä ovat tällä hetkellä työelämässä olevat työikäiset, joiden kuntoutus liittyy työkyvyn ylläpitoon sekä muut alle 65-vuotiaiden aikuisten sairaus- ja vammaryhmät. Viimeksi mainittuun asiakasryhmään kuuluvat muun muassa vammaiset ja erilaisten sairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevat henkilöt. Melkein yhtä tärkeän asiakasryhmän muodostavat ikääntyneet 65 vuotta täyttäneet mukaan lukien heidän omaishoitajansa ja muut lähiomaiset.

Lasten ja nuorten sairaudet ja vammaryhmät sekä varsinkin vajaakuntoiset työnhakijat ja pitkäaikaistyöttömät ovat vähemmän tärkeitä asiakasryhmiä. Sen sijaan itse maksavat asiakkaat ovat tärkeitä yllättävän monelle kuntoutusalan palveluntuottajalle. Tätä mieltä oli yli 50 prosenttia kyselyihin vastanneista ja erityisesti ne, jotka toimivat fysioterapiapalveluissa tai matkailu- ja kylpylätoiminnassa. Asiakasryhmän merkitys on tosin kaksijakoinen, sillä monissa kuntoutuslaitoksissa ja sairaus- ja toipilaskodeissa ei juurikaan ole itse maksavia asiakkaita.

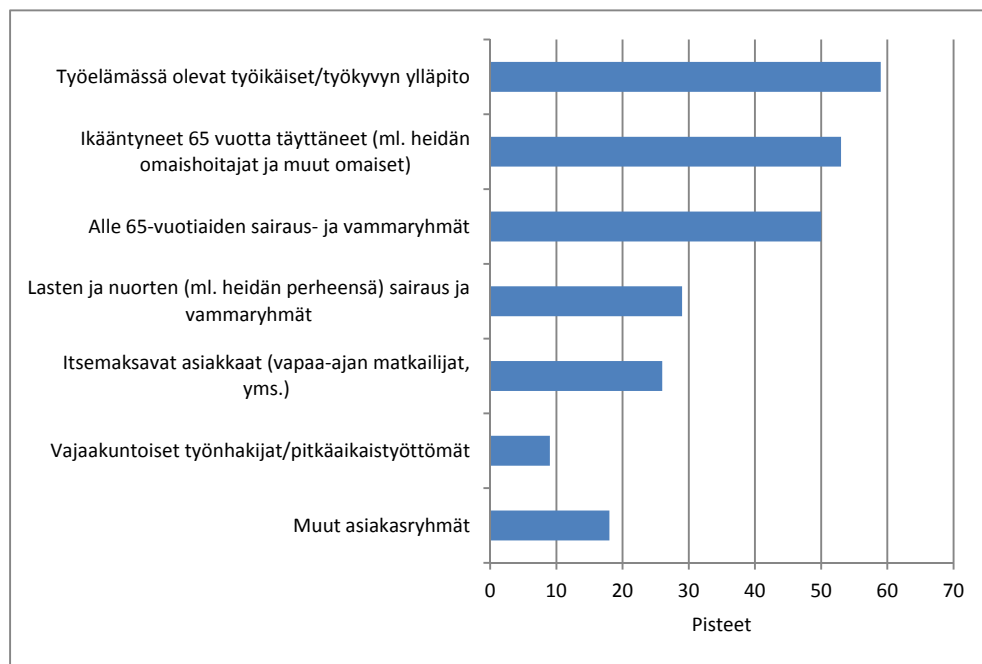
Ikä- ja asiakaspääryhmät vuonna 2020

Vuonna 2020 kuntoutusalan palveluntuottajien kolme tärkeintä ikä- ja asiakaspääryhmää ovat samoja kuin nykyään. Ykkössijalle nousi työelämässä olevien työikäisten työkyvyn ylläpito, mikä heijastelee osaltaan tulevia haasteita ja yhteiskunnan asettamia tavoitteita työikäisten työssä pysymiseen työuran eri vaiheissa ja eläkeiän nostamiseen. Toiselle sijalle nousi ikääntyneiden kuntoutus, mikä johtuu väestörakenteen vanhenevista, entistä vanhempien ikäluokkien määrällisestä kasvusta ja sairastavuuden lisääntymisestä (Kuvio 7).

Kuvio 7 Kuntoutusalan palveluntuottajien tärkeimmät ikä- ja asiakaspääryhmät tällä hetkellä (vuonna 2014), prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Kuvio 8 Kuntoutusalan palveluntuottajien tärkeimmät ikä- ja asiakaspääryhmät vuonna 2020, prosenttia kyseelyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Asiakasryhmistä **lasten ja nuorten kuntoutus** ei noussut kovin tärkeälle sijalle, vaikka palveluille olisi suurta tarvetta. Osasyynä voi olla, että kuntoutuksen mahdollisuuksia ei tunneta palvelujen järjestäjä- ja rahoittajatahoilla eli kunnissa kovin hyvin. Kuntien lasten ja nuorten palvelut hajautuvat koulutoimeen, sosiaalitoimeen ja terveydenhuoltoon ja näiden eri toimialojen (hallintokuntien) välinen tiedonkulku ei ehkä toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Lasten ja nuorten kanssa työskentelevien olisi kuitenkin tärkeää tuntea koko palvelukenttä.

Asiantuntijoiden mukaan vallalla voi olla käsitys, että nuorella on käynnissä vain yksi toimenpide kerrallaan. Kuitenkin tilanteesta riippuen nuorta voitaisiin tukea monella tavalla samanaikaisesti. Varsinkin keskiasteen opinnot päättäneet, työttömät, opintonsa keskeyttäneet, syrjäytyneet ja mahdollista mielenterveysongelmista kärsivät nuoret aikuiset tarvitsevat monialaista palvelunohjausta, jota ei välttämättä ole saatavilla kunnallisilta terveysasemilta. Myös nuorisotakuuseen voisi liittää erilaisia kuntoutuspalveluja, jotka ovat käytettävissä tilanteen mukaan.³³

Opiskelijoiden terveydenhuollossa tilanne puolestaan vaihtelee riippuen koulutusasteesta, oppilaitoksesta ja paikkakunnasta. Parhain tilanne lienee yliopisto-opiskelijoilla, jotka ovat KELAn pääosin kustantaman Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö YTHS:n palvelujen piirissä, toisin kuin ammattikorkeakouluopiskelijat. Myös ammattikouluissa esimerkiksi terveystarkastukset toteutuvat huonommin kuin lukioissa. Sama koskee ku-

³³ Erilaisilla kuntoutuspalveluilla tarkoitetaan ammatillisen kuntoutuksen, sosiaalisen kuntoutuksen, lääkinnällisen kuntoutuksen ja myös kasvatuksellisen kuntoutuksen muodostamaa keinovalikoimaa. Tärkeää on, että nuorten palveluohjaus, kuntoutuspalvelut ja muut hyvät käytännöt ovat saatavilla kaikkialla julkisessa sosiaali- ja terveystaloustaloudessa eikä vain projektimuotoisesti määrättyillä paikkakunnilla.

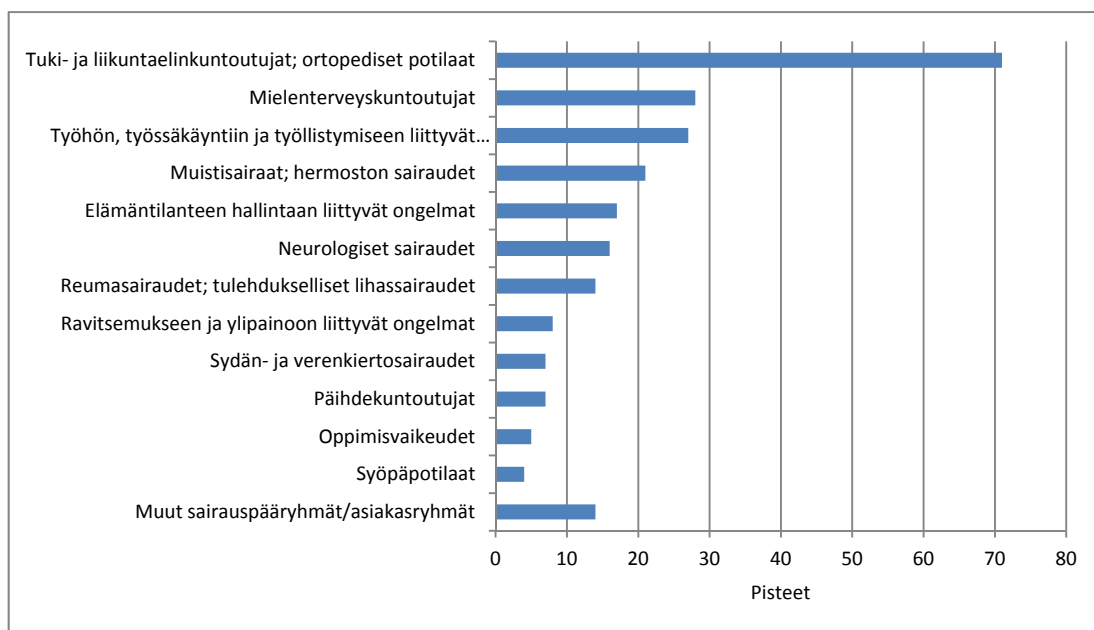
raattori- ja psykologiapalvelujen saatavuutta, joskin kehitys lienee menossa parempaan suuntaan.³⁴

Sairauspääryhmät

Jos lähtökohdaksi otetaan **sairauspääryhmät**, vuonna 2020 selvästi tärkein asiakasryhmä koostuu tuki- ja liikuntaelinkuntoutujista (ml. ortopediset potilaat). Tämä on linjassa väestörakennekehityksen kanssa. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien merkitys korostuu jo 50 vuotta täyttäneiden eläkeikää lähestyvien työikäisten keskuudessa eläkkeelle siirtyneistä ikääntyneistä puhumattakaan. Kuntoutuksella ei pystytä saavuttamaan terveen henkilön toimintakykyä, mutta sillä on mahdollista ylläpitää liikkuvuutta ja parantaa kuntoutujan yleistä elämänlaatua.

Seuraavaksi tärkeimpiä sairauspääryhmiä vuonna 2020 ovat mielenterveydelliset ongelmat, työhön, työssäkäyntiin ja työllistymiseen liittyvät ongelmat sekä muistisairaudet (ml. muut hermoston sairaudet). Näistä muistisairauksien lisääntyminen on lähes suoraan yhteydessä väestön ikääntymisen kanssa, sillä esimerkiksi keskivaikkea dementia, jonka taustalla ovat hermoston sairaudet, yleistyy nopeasti yli 70-vuotiaiden ikäryhmässä. Varhaisella liikunnallisella ja muulla kuntoutuksella voidaan ennaltaehkäistä ja hidastaa muistisairauksien etenemistä.

Kuvio 8 Kuntoutusalan palveluntuottajien tärkeimmät kohde- ja sairauspääryhmät 2020, prosenttia kyseeseen vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Mielenterveydelliset ongelmat ja niihin liittyvät sairaudet koskettavat kaikki väestöryhmiä: lapsia ja nuoria, työikäisiä sekä lisääntyvässä määrin myös ikääntyneitä. Mielenterveydellisten ongelmien hoidossa tärkeää on mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tapahtuva oireiden diagnosointi, kuntoutukseen ohjaus ja pysyvät hoitosuhteet. Tämä asettaa perusterveydenhoidon tasoisille julkisille ja yksityisille palveluille suuria haas-

³⁴ Uudessa oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (1287/2013) nostetaan kuitenkin oppilas- ja opiskelijahuolto osaksi lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaa kunnassa.

teita. Ongelmien kroonistuessa toimintakyvyn palauttaminen voi muuttua hyvin hankalaksi eikä tuloksia saavuteta vain lääkeshoidolla.

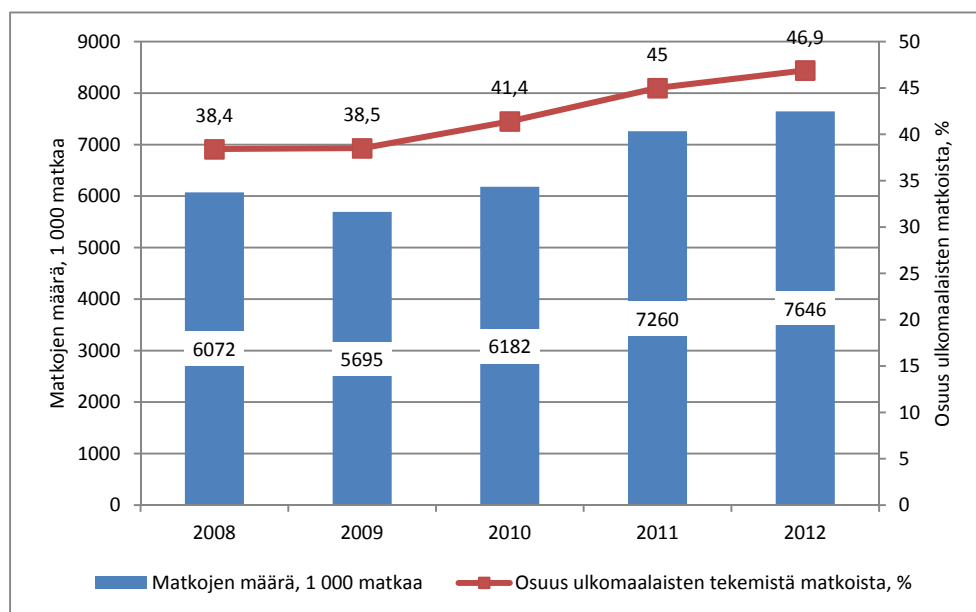
3.3 Itse maksavat asiakkaat ja palveluvienti

Itse maksavien asiakkaiden määrän odotetaan kasvavan keskimäärin vähän tai korkeintaan maltillisesti, joskin heidän merkityksensä vaihtelee paljon eri kuntoutusalojen ja palveluntuottajien välillä. Kuntoutus- ja terveystalveissa kannattaisi huomioida ulkomaisten terveystalveilijoiden, erityisesti venäläisten, asiakaspotentiaali. Suomella on venäläisten terveystalveilun osalta vanhoja perinteitä, sillä jo 1800-luvulla lopulla varakkaat venäläiset olivat Suomen terveystalveilylöiden tärkeitä asiakkaita.

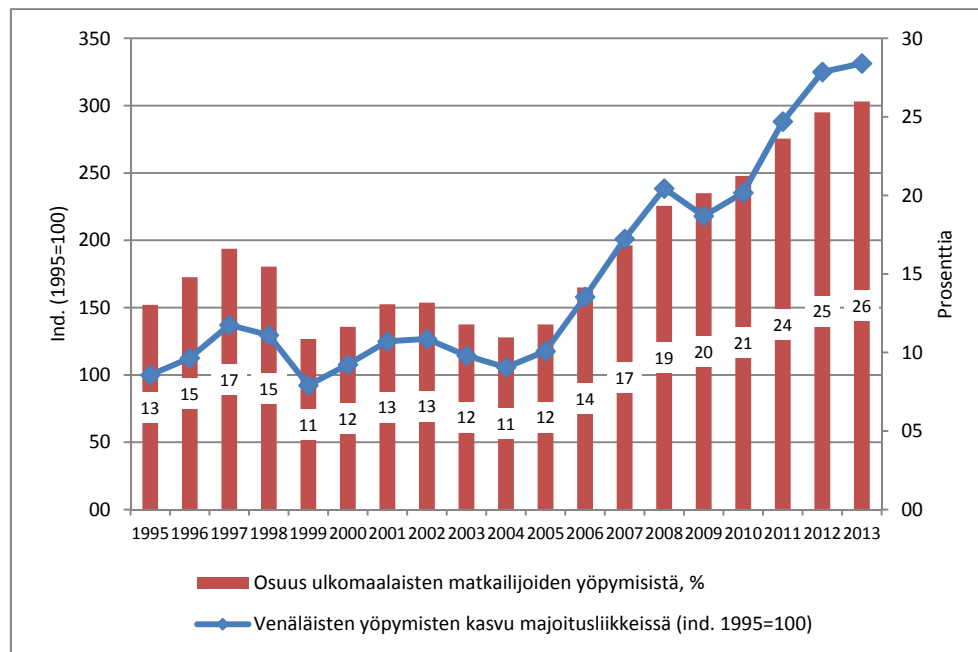
Venäläisten talveilijoiden merkitys Suomeen suuntautuvassa turismissa on ratkaisevan tärkeää. Tilastokeskuksen rajahaastattelujen mukaan venäläiset tekivät Suomeen 3,58 miljoonaa talveä vuonna 2012 eli 47 prosenttia kaikista ulkomaalaisten tekemistä talveista maahamme. Venäläisten talveat ovat valtaosaltaan vapaa-ajan talveoja. Vuosina 2008-2012 venäläisten turistitalveoien määrä lisäantyi yli 50 prosenttia. Samalla heidän tekemiensä talveoien osuus kaikista ulkomaalaisten Suomeen tekemistä talveoista lisäantyi kymmenen prosenttiyksikköä.

Venäläisten talveoista pääosa koostuu päivätalveoista. Päiväkalveilijoiden osuus venäläisistä talveilijoista oli rajahaastattelujen mukaan 70 prosenttia vuonna 2012. Tästä huolimatta venäläisten osuus ulkomaalaisten yöpymisistä majoitusliikkeissä oli Tilastokeskuksen majoitustalveoien mukaan vain runsas neljännes vuonna 2013. Venäläisten yöpymisten määrä on kuitenkin yli kolminkertaistanut 2000-luvulla. Se oli vuonna 2013 yli kolminkertainen ruotsalaisten ja saksalaisten yöpymisten määrään verrattuna, jotka muodostavat majoitusliikkeiden seuraavaksi tärkeimmät asiakasryhmät.

Kuvio 9 Venäläisten talveilijoiden Suomeen tekemien talveoien määrä 2008-12 (Lähde: Rajahaastattelututkimukset, Tilastokeskus).



Kuvio 10 Venäläisten matkailijoiden yöpymisten kehitys majoitusliikkeissä ja osuus kaikista ulkomaalaisten yöpymisistä Suomessa 1995-2013 (Lähde: Majoitustilasto, Tilastokeskus).



Venäläisten matkailijoiden kansantaloudellista merkitystä nostaa se, että heidän rahankäyttönsä päivää kohden (120 euroa vuonna 2012) on kaksinkertainen kaikkien ulkomaalaisten matkailijoiden rahankäyttöön verrattuna. Merkittävä osa rahankäytöstä suuntautuu Suomesta tehtäviin ostoksiin, mutta venäläiset ostavat myös ravitsemis- ja majoituspalveluja sekä matkailuun liittyviä virkistyspalveluja, kuten suosittuja kylpyläpalveluja. Venäläisten terveysturistien määrästä tai ostettujen palvelujen arvosta ei kuitenkaan ole olemassa luotettavia tilastotietoja.

Suomalaisten terveysturistien kansainvälistymiseen ja vientiin liittyviä kysymyksiä on käsitelty seikkaperäisesti muun muassa TEM:n vuonna 2011 ilmestyneessä selvityksessä.³⁵ Kuntoutuspalvelujen Venäjän vientiin liittyvät mahdollisuudet, edellytykset ja haasteet ovat pitkälti samoja kuin selvityksessä on todettu. Merkittävimpänä etuna Suomella on hyvät liikenneyhteydet ja rajantakaisten markkinoiden läheisyys, millä tarkoitetaan asukasluvultaan noin maamme kokoista Pietarin talousaluetta. Suomi on myös maana tuttu monille venäläisille matkailijoille.

Haasteina ovat julkisen terveydenhuollon kapasiteettipula ja voimavarojen joustamattomuus. Yksityiset palveluntuottajat puolestaan ovat pieniä ja niiden palvelutarjonta on suuntautunut kotimaahan. Vienti edellyttäisi, että kuntoutuspalveluissa olisi brändituotteita, palveluntuottajat lisäisivät näkyvyyttään medioissa sekä panostaisivat vieraskieliseen palveluun. Lupaavimman potentiaalin muodostavat lähialueella (Pietari) asuvat ja omatoimisesti Suomeen hakeutuvat asiakkaat, sillä asiakkaita voi olla hankala saada Venäjän oman terveydenhuoltojärjestelmän kautta.^{36,37}

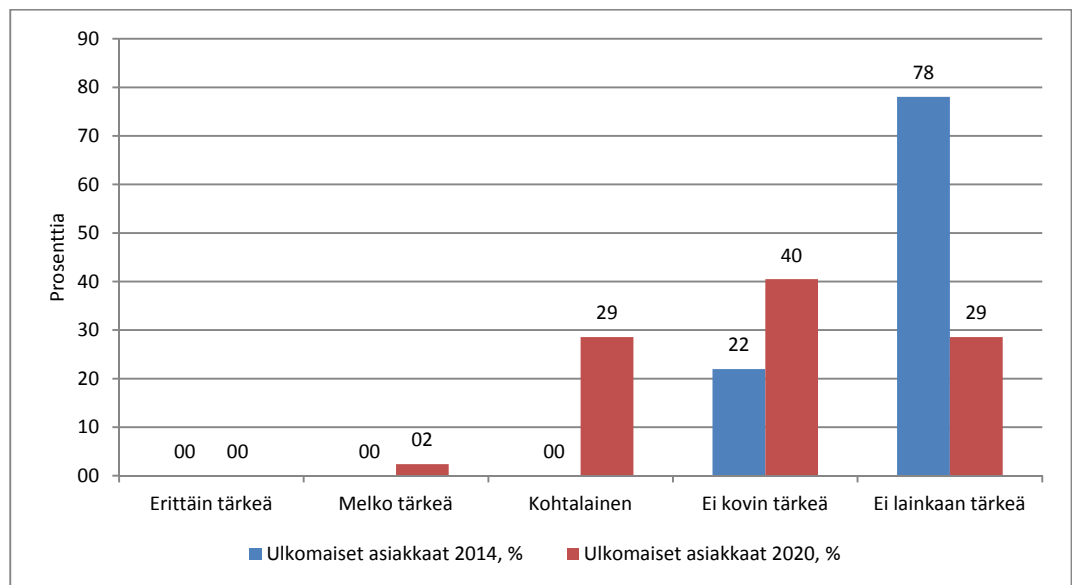
³⁵ Ks. Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti, TEM:n julkaisu 2/2011, Helsinki 2011.

³⁶ Myös vastuukysymykset ja potilastietojen saanti aiheuttavat käytännön ongelmia ulkomaisessa terveysturistilussu.

³⁷ Fysioterapia- ja muita kuntoutuspalveluja tuottaviin yrityksiin voisi rakentaa palvelulinjoja, jotka palvelevat venäläisiä päivämatkailijoita ja maassa yöpyviä terveysturisteja. Matkailu- ja kylpyläpalveluja tuottavissa yrityksissä fy-

TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan ulkomaalaisten kuntoutuspalveluja ostavien asiakkaiden määrä on tällä hetkellä hyvin vähäinen. Tämä vastaa myös alan asiantuntijoiden näkemystä asiasta. Venäjän suunta nähdään kuitenkin mahdollisuutena, johon muutamat kuntoutuslaitokset pyrkivät rakentamaan liiketoimintaa pitkäjänteisesti. Ulkomaalaisten kuntoutujien merkityksen ennakoidaankin kasvavan vuoteen 2020 mennessä. Silloin ulkomaalaisten kuntoutujien arvellaan olevan kohtalaisen tärkeä asiakasryhmä jopa 30 prosentille palveluntuottajia (Kuvio 11).

Kuvio 11 Ulkomaisten kuntoutuspalveluja ostavien asiakkaiden merkitys kuntoutusalalla tällä hetkellä (vuonna 2014) ja 2020, prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



3.4 Ikääntyneet kuntoutujat

3.4.1 Vanhusväestön kehitys ja sairauspuoryhmat

Tilastokeskuksen tilastojen mukaan väestörakenne on vanhentunut Suomessa nopeasti. Vuonna 2013 maassamme asui 1 057 000 ikääntynyttä 65 vuotta täyttänyttä henkilöä, joista 75 vuotta täyttäneitä oli 464 000 henkilöä. Koko väestöstä 65 vuotta täyttäneitä oli vajaa viidennes. Jos 55 vuotta täyttäneet lasketaan mukaan, nousee ikääntyvän väestön osuus jo kolmannekseen koko väestöstä. Alueelliset erot ovat suuria. Kaikkein vanhinta väestö on Etelä-Savossa, jossa 65 vuotta täyttäneitä oli yli neljännes väestöstä ja 55 vuotta täyttäneitä yli 40 prosenttia väestöstä.

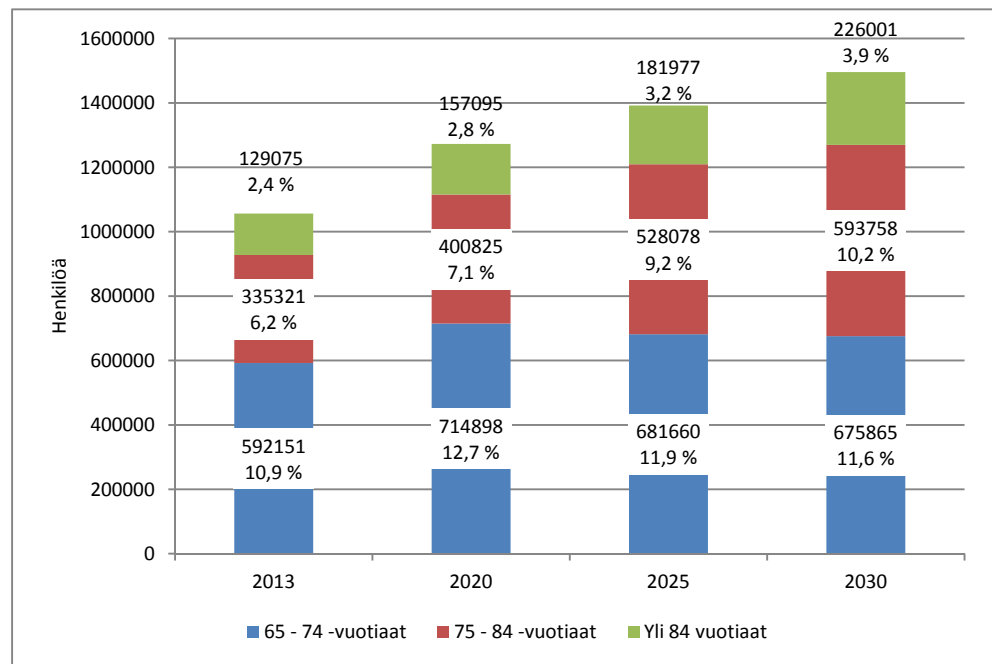
Väestöennusteiden mukaan 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa nykyisestä yli 200 000 henkilöllä vuoteen 2020 mennessä ja yli 400 000 henkilöllä vuoteen 2030 mennessä. Heidän osuutensa koko maan väestöstä on vuonna 2030 suurin piirtein sama kuin se tällä hetkellä on maamme ikääntyneimmässä Etelä-Savon maakunnassa (26 %). Nopeinta kehitys on 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. Vanhenevan väestön määrällisestä ja

sioterapia- ja kuntoutuspalvelut voisivat olla yksi osa tarjolla olevaa palveluvalikoimaa, joka koostuu liikunta- ja virkistyspalveluista. Omalla rahalla maksaville asiakkaille omakielisen palvelun saatavuus on ensiarvoisen tärkeää samoin kuin asiakkaan tarpeista lähtevä palvelumuotoilu ja tarjotun palvelun korkea laatu. Niistä syntyy luottamus hoitavaan henkilökuntaan ja sen ammattitaitoon.

suhteellisesta kasvusta johtuva sairastavuus ja palvelutarpeen lisääntyminen asettaa suuria haasteita maamme sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL:n tuoreen raportin mukaan terveysmenot kasvavat jyrkästi iän karttuessa. Saatujen tulosten mukaan 65 vuotta täyttäneet kuluttivat 46 prosenttia kaikista terveysmenoista vuonna 2011, vaikka heidän osuutensa väestöstä oli alle viidennes. Pelkästään 85 vuotta täyttäneet, jotka muodostivat runsaat pari prosenttia väestöstä, kuluttivat 14 prosenttia terveysmenoista. Väestöennusteiden valossa voidaan ennakoida, että 65 vuotta täyttäneet kuluttavat seuraavalla vuosikymmenellä 50-60 prosenttia kaikista terveysmenoista.

Kuvio 12 65 vuotta täyttäneiden ikääntyneiden määrän 2013 ennustettu kehitys ja osuus koko väestöstä vuosina 2020, 2025 ja 2030 (Lähde: Väestörakenne- ja ennustetilastot, Tilastokeskus).



Fyysisen ja myös psyykkisen toimintakyvyn luonnollinen heikentyminen rajoittavat ikääntyvän elämänpiiriä ja arjessa selviytymistä, vaikka hänellä ei olisikaan vakavia sairauksia. Täysin terveitä on esimerkiksi 75 vuotta täyttäneissä vain pieni vähemmistö. Monet kärsivät yhdestä tai useammasta sairaudesta, mikä on johtanut monien lääkkeiden samanaikaiseen käyttöön ja siitä johtuviin uusiin toimintakykyä heikentäviin ongelmiin. Varsinkin **dementia**, jonka oireita ovat muistihäiriöt ja muiden henkisten toimintojen heikentyminen, on ikääntyvien kansantauti.³⁸

Suomessa oli 2010-luvun alussa noin 130 000 henkilöä, joiden kognitiivinen toiminta oli heikentynyt. Heistä lievistä muistisairaudesta kärsi 35 000 henkilöä ja keskivaikeasta muistisairaudesta 95 000 henkilöä. Dementia yleistyy nopeasti iän mukana. Asiantuntijoiden mukaan 65 vuotta täyttäneistä vajaalla kymmenellä prosentilla on keskivaikea

³⁸ Dementia ei ole sinänsä itsenäinen sairaus vaan eräänlainen oireyhtymä, jonka taustalla on sairauksia, kuten lähinnä Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset muistisairaudet, Lewyn-kappale -sairaudet. Dementiaa aiheuttavien sairauksien riskitekijöitä ovat esimerkiksi eräiden ravintoaineiden puute ja epäterveellinen ruokavalio, ylipaino ja tupakointi sekä alkoholin, lääkkeiden tai päihteiden liikakäyttö.

dementia ja 85 vuotta täyttäneistä sitä on jo 35 prosentilla. Muistisairauksiin sairastuu 13 000-14 000 henkilöä vuosittain. Vuonna 2030 keskivaikeasta dementiasta kärsiviä on arvioiden mukaan jo 128 000 henkilöä.

Keskeistä dementian hoidossa on varhainen diagnosointi, mutta sairaus jää alkuvaiheessa valitettavan usein pimentoon. Tutkimusten mukaan varsinkin liikunnallisella kuntoutuksella, terveellisellä ravinnolla ja aivojen käyttämisellä on huomattavia myönteisiä vaikutuksia potilaiden terveydenhoitoon. Kysymys voi olla kotona tapahtuvasta, asiakkaalle räätälöidystä tai päiväkeskuksissa järjestetystä liikunnallisesta kuntoutuksesta.³⁹ Yli 50 prosenttia dementiapotilaista hoidetaan laitoksissa. Tutkimusten mukaan myös laitospotilaita kannattaa kuntouttaa.

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (nivelrikot, yms.) ovat toinen vanhenevan väestön hyvin yleinen sairauspääryhmä. Oireet ovat ilmaantuneet usein jo työssä tai ne voivat liittyä muihin sairauksiin. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet heikentävät vähitellen toimintakykyä ja lisäävät avun tarvetta. Liikkuvuutta ja yleistä elämänlaatua voidaan parantaa tekonivelleikkauksilla ja liikunnallisella kuntoutuksella. Esimerkiksi ikääntyneiden päivätoiminnalla voidaan edistää liikunnallista kuntoutusta, jolla on myönteisiä vaikutuksia myös sosiaalisen ja psyykkisen kuntoutuksen näkökulmasta.

Iän mukana lisääntyviä sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, pahanlaatuiset kasvaimet (syöpäsairaudet) ja silmänsairaudet. Esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet muodostavat yhä suuren yksittäisen kuolinsyiden ryhmän, vaikka kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin onkin pienentynyt lääkityksen, leikkausten sekä elämäntapojen ja ravintotottumusten kehittymisen myötä viime vuosikymmenten aikana. Sydän- ja verisuonisairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt, jotka voivat johtaa tajunnan heikkenemiseen ja halvausoireisiin.

Sydän- ja verisuonisairauksista kärsiville henkilöille järjestetään liikunnallista kuntoutusta ja sopeutumisvalmennuskuntoutusta, joita rahoittavat KELA, Raha-automaattiyhdistys RAY ja julkinen terveydenhuoltojärjestelmä. Kuntoutusta järjestetään avoimuuden toimenpiteinä sekä laitoksissa. Sydänliitto ry:n mukaan palveluissa on parantamisen varaa, sillä vain 5-10 prosentille sydänpotilaita on tarjolla kuntoutusta. Vastaava prosenttiosuus on Euroopan parhaissa maissa yli 50. Kuntalaisten kuntoutuspalveluista sydänpotilaiden osuus on vain pari prosenttia.

Usein vähemmälle huomiolle jää, että erilaiset **mielenterveysongelmat** ovat ikääntyneillä varsin yleisiä. Asiantuntijoiden mukaan 15-30 prosenttia yli 65 vuotiaista kärsii mielenterveysongelmista. Laitoshoidossa olevilla ongelmia on todettu esiintyvän jopa 50-80 prosentilla henkilöistä. Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistaminen voi olla vaikeaa, jos niihin sekoittuu fyysisiä sairauksia tai somaattisia ongelmia, kuten unettomuutta, hengenahdistusta, erilaisia neurooseja ja kiputiloja. Mielenterveysongelmat ovat voineet puhjeta jo työssä.

Ikääntyneiden kuntoutuksessa on paljon käytännön haasteita, joita aiheuttavat hoivan, hoidon ja kuntoutuksen samanaikaisuus tai päällekkäisyys. Tämä vaikeuttaa hoitovastuun määrittelyä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä. Ongelmia voi syntyä myös silloin, kun eläkeläiset siirtyvät yksityisen työterveyshuollon piiristä julkisen peruster-

³⁹ Vanhustyön keskusliitto ry: Tiedote 04/06/2013.

veydenhuollon asiakkaiksi. Ikääntyneet eivät myöskään ole homogeeninen ryhmä ja 65-70 -vuotiaiden kuntoutuskäytännöt voivat olla hyvin erilaisia kuin 80-85 -vuotiailla, vaikka kuntoutuksen taustalla olisi sama diagnoosi.

Lisäksi yksilölliset erot ovat ikääntyneiden kohdalla usein suurempia kuin nuoremmissa ikäluokissa. Toisaalta osa ikääntyneiden kuntoutuksesta, kuten sairauksien ja leikkauksen jälkeinen kuntoutus, on hyvin samanlaista kuin nuoremmissa ikäluokissa ja niissä toteutetaan samoja toimintamalleja. Vanhusväestön toimintakykyä heikentävät myös samankaltaiset vaivat, joita esiintyy vammaisilla tai vaikeavammaisilla nuoremmissa ikäluokissa. Heidän kuntoutustaan säädellään ja rahoitetaan kuitenkin vammaisia koskevalla erityislainsäädännöllä.

3.4.2 Yksityinen palveluntarjonta

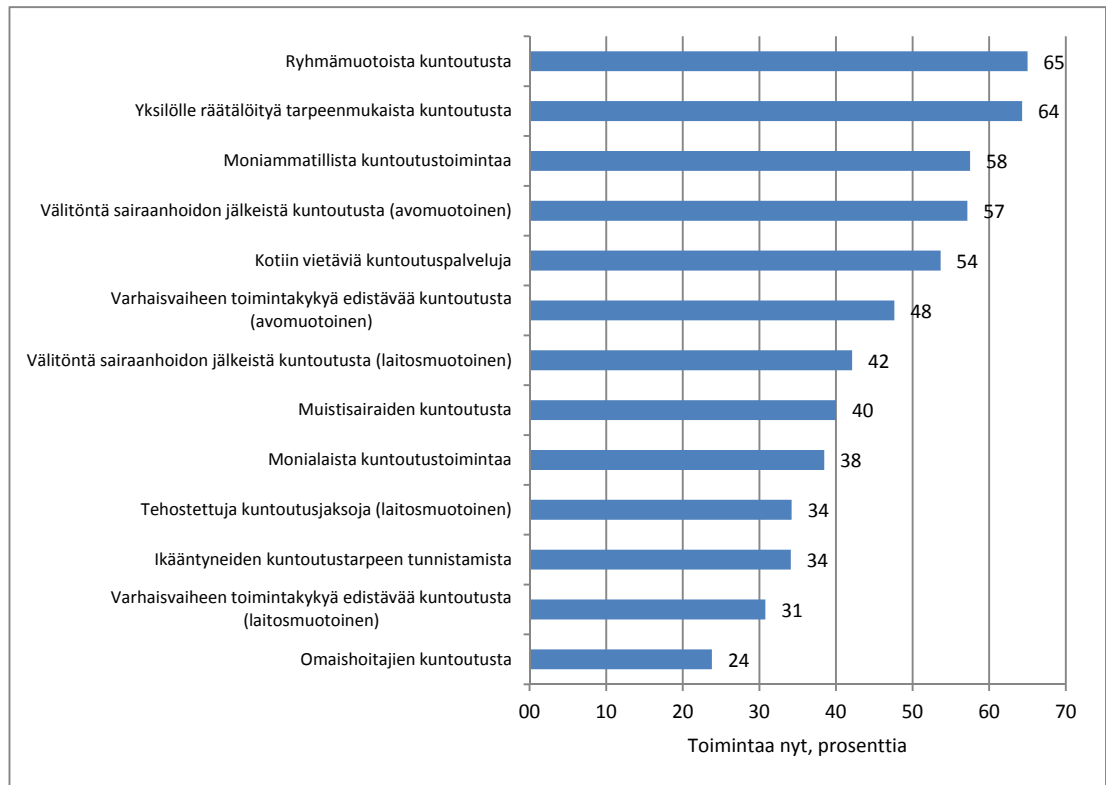
TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan useimmat palveluntuottajat tarjoavat ikääntyneille ryhmämuotoista ja asiakkaan tarpeiden mukaan räätälöityä kuntoutusta. Lähes 60 prosentilla on mahdollisuus tarjota välitöntä sairaanhoidon jälkeistä avohuollon kuntoutusta. Runsaalla 40 prosentilla on myös vastaavaa laitostuntoutusta. Palvelutarjonnan laaja-alaisuudesta kertoo se, että lähes 60 prosenttia kyselyihin vastanneista on pystynyt tarjoamaan moniammatillista kuntoutusta. Monialaista kuntoutusta on miltei 40 prosentilla.

Ikääntyneiden sairauksien hoidossa on korostettu jo 1990-luvulta lähtien avohuollon palvelujen merkitystä kalliin laitoshoidon sijasta. Gerontologisessa kuntoutuksessa tämä tarkoittaisi kotiin vietäviä kuntoutuspalveluja. Kyselyihin vastanneista yli 50 prosentilla oli tähän valmiuksia. Asiantuntijoiden mukaan kuntoutusta ei voida kuitenkaan käytännön syistä tarjota vain kotihoitona. Kysymys olisi pikemmin kotihoitona ja kuntoutuslaitoksissa annettujen palvelujen yhdistelmästä. Välimuotoa edustaa vanhusten päivätoiminta, jossa on tosin vielä vähän yksityistä toimintaa.

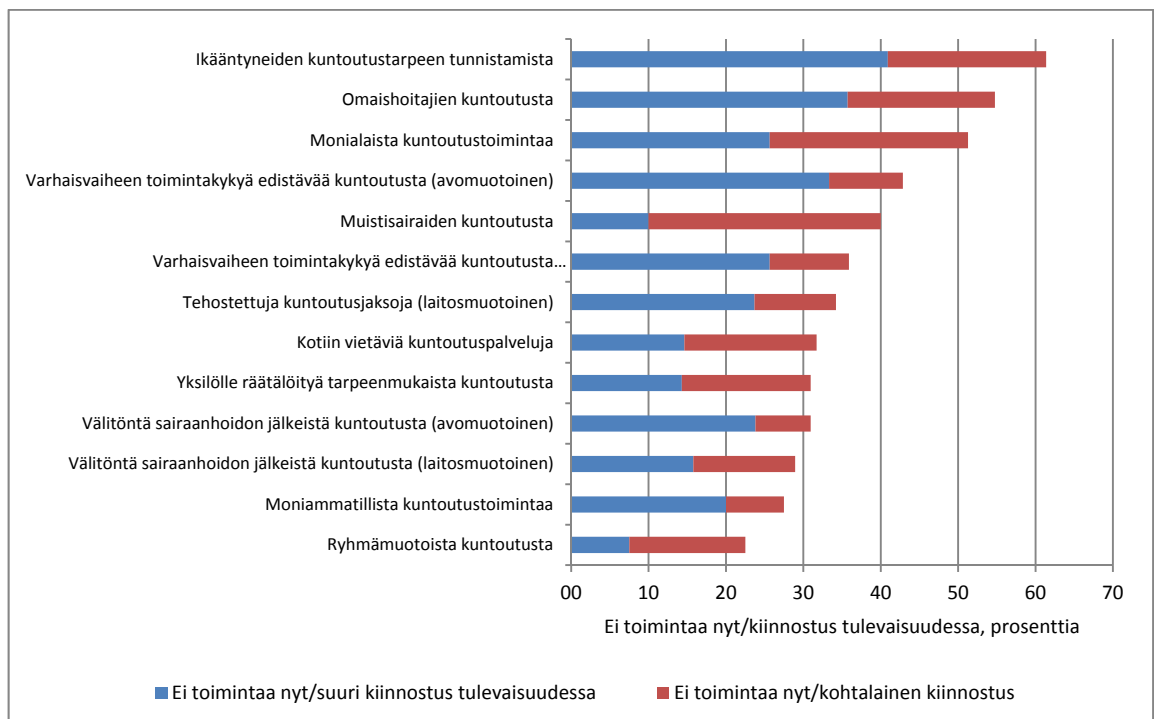
Palveluvalikoiman laajentaminen ja uudet palvelut

Yksityiset palveluntuottajat ovat halukkaita laajentamaan tarjontaansa etenkin ikääntyneiden ”katsastukseen” eli kuntoutustarpeiden tunnistamiseen. Tämä on tärkeää, jotta kuntoutusta voidaan ryhtyä räätälöimään ja aloittamaan varhaisessa vaiheessa ennen kuin ongelmat pahenevat. Noin 35-50 prosenttia on kiinnostunut seuraavasta vaiheesta eli varhaisvaiheen avohuollon ja laitostuntoutuksen kehittämisestä. Kuntoutuspalettia avohuollossa täydentävät ikääntyneiden omaishoitajien kuntoutus. Yli 40 prosenttia on kiinnostunut myös muistisairaiden kuntoutuksesta (Kuvio 13).

Kuvio 13 Kuntoutusalan palveluntuottajien tarjoamat palvelut ikääntyneille tällä hetkellä (2014), prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Kuvio 14 Kuntoutusalan palveluntuottajien kiinnostus (ei toimintaa nyt) ikääntyneille tarkoitettujen palvelujen kehittämisessä, prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



3.5 Kuntoutuspalvelujen rahoittajat

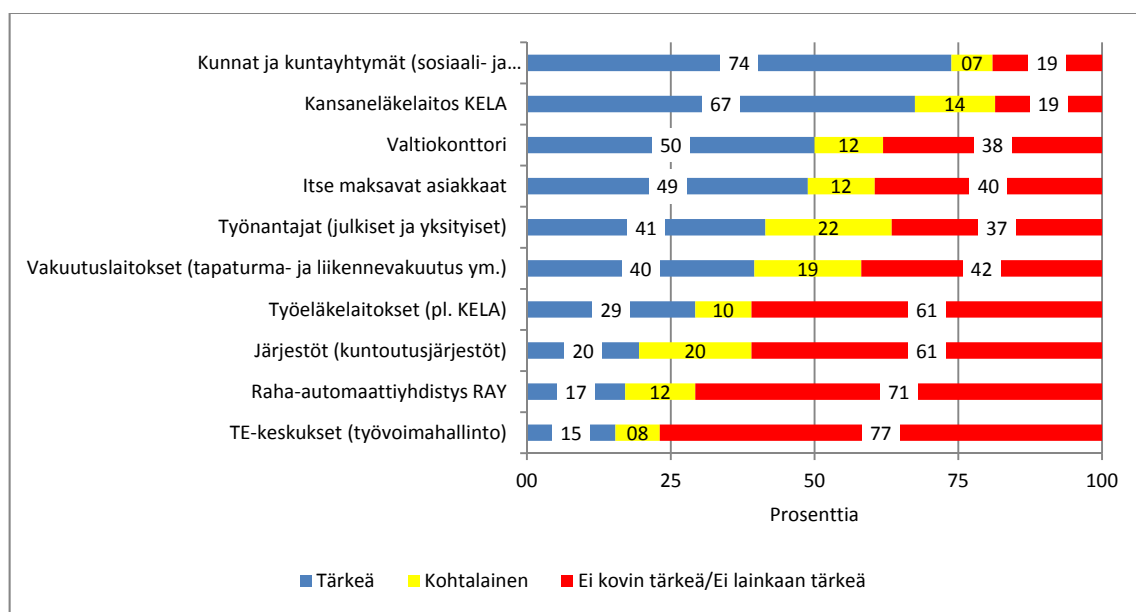
3.5.1 Kunnallinen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä

TEM:n ja Terveystalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan yksityisten kuntoutuspalvelujen tärkein rahoittaja on kunnallinen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä. Palveluntuottajien mukaan kuntien merkitys asiakkaina kasvaa ja säilyy vahvana, kun tilannetta katsotaan vuoteen 2020 saakka (Kuviot 15-16). Kunnat järjestävät ja rahoittavat **lääkinnällistä kuntoutusta**, josta on säädetty terveydenhuoltolaissa (1326/2010), kansanterveyslaissa (1062/1989) ja erikoissairaanhoidolaissa (66/1972). Kuntoutukseen on viittauksia myös vanhuspalvelulaissa (980/2012).

Kunnilla on merkittävä asema myös **sosiaalisen kuntoutuksen** järjestämisessä, sillä sosiaalihuollon tehtävänä on ohjata kuntoutusta tarvitsevat asiakkaat palvelujen piiriin silloin, kun kuntoutusta ei voida järjestää sosiaalipalveluna. Kuntoutusta tarvitsevalle sosiaalihuollon asiakkaalle on laadittava kuntoutussuunnitelma. Säännökset sisältyvät voimassa olevaan sosiaalihuoltolakiin (710/1982) ja lakiin sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista (812/2000). Sosiaalinen kuntoutus on nostettu aiempaan selvemmin esille uudessa sosiaalihuoltolaissa.⁴⁰

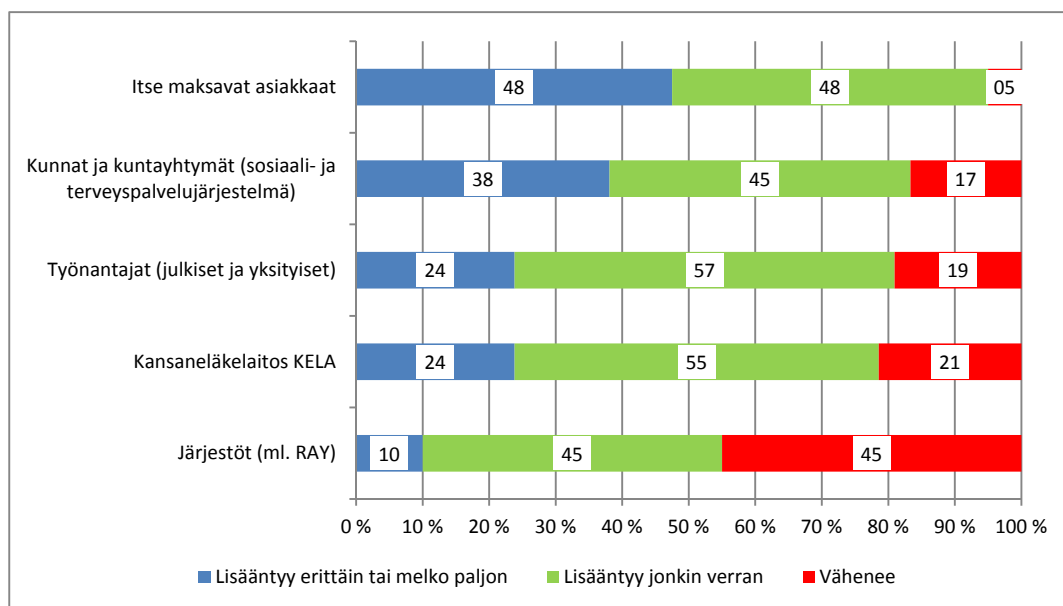
Kuntien tehtävänä on lisäksi huolehtia, että niiden alueella toimii **kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä** (laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 476/2003). Neljäksi vuodeksi kerrallaan valittavaan työryhmään kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon, opetus- ja työvoimaviranomaisen, KELAn ja muiden mahdollisten tahojen edustajia. Työryhmän tehtävänä on suunnitella, edistää ja seurata kuntoutuksen toteutumista alueellaan sekä sopia keskinäisen yhteistyön periaatteista ja menettelytavoista ja huolehtia eri organisaatioiden välisestä tiedonvaihdesta.

Kuvio 15 Yksityisten kuntoutuspalvelujen tärkeimmät rahoittajat ja ostajat tällä hetkellä (2014), prosenttia kyselyyn vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveystalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



⁴⁰ Ks. Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

Kuvio 16 Yksityisten kuntoutuspalvelujen kasvu ja tärkeimmät rahoittajat 2020 (ennuste), prosenttia kyseeseen vastanneista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Hallituksen ja opposition sopiman sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lakiuudistuksen vaikutuksia kuntoutuspalveluihin on vaikea arvioida, sillä uudistuksen yksityiskohtat ovat vielä avoimena. Asiaa koskeva laki valmistuu suunnitelmien mukaan kuluvan vuoden syksyllä ja se tulisi voimaan vuonna 2015. Varsinainen siirtyminen uuteen järjestelmään tapahtuisi vuonna 2017. Uudistuksessa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu siirtyy viidelle **erityisvastuualueelle**, joissa kunnat toiminevat palvelujen tuottajina yksin tai yhdessä alueellisesti.

Siirtyminen suurten alueiden järjestämis- ja rahoitusvastuulla olevaan palvelutuotantoon sisältää monia myönteisiä elementtejä. Kuntatalouden perusta vahvistuu ja ennakointi helpottuu, jos merkittävä osa kuntien budjetista siirtyy erityisvastuualueille. Kustannuksia säästyy, kun päällekkäiset hallinnolliset organisaatiot vähenevät ja tietojärjestelmät yhtenäistyvät. Palvelujen saatavuuteen ja laatuun liittyvät erot vähenevät ja valvonta helpottuu, jos valvoja- ja järjestäjätahoina ovat samat organisaatiot. Henkilöstön kannalta uudet työnantajat ovat aiempaa vakavaraisempia.

Myös kuntoutustoiminnan kannalta on myönteistä, että vastuunjako palvelujen järjestämisessä selkiytyy. Esimerkiksi Suomen sosiaali ja terveys ry SOSTEn vuoden 2012 sosiaalibarometrissa todettiin, että kuntoutuksen keskeisiä ongelmia ovat eri vastuutahojen epäselvyys ja kuntoutusjärjestelmän pirstaleisuus. Yksityisten palveluntuottajien näkökulmasta kuntoutuksen ongelmia voivat olla myös riittämätön ja epävarma rahoitus ja erilaiset kilpailutus käytännöt. Näihin voidaan saada parannusta keskittämällä palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu suurille alueille.

Avoimeksi jää kuitenkin monia tärkeitä yksityiskohtia. Niitä ovat, miten nykyinen julkinen valtionosuuksiin ja kuntien verotuloihin perustuva rahoitus kanavoidaan viidelle sote-alueelle. Selvittämättä on uusien sote-alueiden päätöksentekojärjestelmän rakenne ja toimintaan liittyvän kansallisen ohjauksen toteutustapa. Ratkaistaviin kysymyksiin kuuluu myös se, onko henkilöstö järjestämisvastuussa olevien sote-alueiden vai tuotta-

jaorganisaatioiden palveluksessa. Sama koskee kiinteistöjen omistusta. Myös kuntien asemaan palvelutuottajina sisältyy avoimna olevia asioita.

Yksityisten palveluostojen ja ulkoistusten asemointi ja kilpailuttamisen organisointi uudessa järjestelmässä on tässä vaiheessa auki. Kuntoutusalan toimialajärjestöjen ja palveluntuottajien keskuudessa on esiintynyt pelkoa siitä, että uudessa sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmässä kunnalliset organisaatiot alkaisivat rakentaa kuntoutuslaitoksia, vaikka samanaikaisesti yksityisellä puolella on paljon käyttämätöntä kapasiteettia.

Hajautetussa palveluntuotannossa voidaan huomioida erilaisten palvelunkäyttäjien tarpeet ja palvelunjärjestäjällä tai asiakkaalla on mahdollisuus valita palveluntuottajaksi myös yksityinen yritys tai järjestö. Yksityisen palvelutuotannon merkitys kuntien järjestämävastuulla olevista kuntoutuspalveluista ja niiden tuottamiseen tarvittavasta henkilöstöstä, toimitiloista ja muista voimavaroista onkin nykyisin jo niin laaja-alaista, että palvelujen tuotanto ilman yksityisiä palvelutuottajia on jo ajatuksena mahdoton.

Jo nykyisin kunnat voisivat panostaa enemmän ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon ja lisätä yksilöllisiä kannustimia. Palvelusetelit sopisivat mainiosti henkilön terveyden ja kunnan arviointiin. Tällaisen terveydentilan **katsastusetelin** avulla testattava henkilö voisi saada niin sanotun liikennevalopalautteen, jossa ”punainen valo” ohjaa suoraan yksilölliseen kuntoutukseen ja ”keltainen valo” kevyempään ohjaavaan tukeen. Pitkällä aikavälillä sairauksien ennaltaehkäisy on yhteiskunnalle halvempaa kuin kriisitilanteiden hoito.

Perusterveydenhuoltoon voidaan luoda uusia matalan kynnyksen palveluja, joihin asiakkaat voisivat tulla ja saada ohjausta jatkohoitoon tai kuntoutukseen. Hyvänä esimerkkinä matalan kynnyksen palveluista ovat kaupakeskusten **terveyskioskit tai –pysäkit**. Matalan kynnyksen terveystieteet voisivat palvella jatkohoitoon ohjauksessa ennen kaikkea työelämän ulkopuolella olevaa väestöä ja esimerkiksi mielenterveysongelmallista kärsiviä ennen kuin ongelmat ovat kriisiytyneet. Myös terveysasemilla tulisi panostaa palveluohjaukseen ja asiakkaiden vastaanottoon.

3.5.2 KELAn vastuulla olevat palvelut

Kyselyjen mukaan KELA on toiseksi suurin yksityisten kuntoutuspalvelujen rahoittaja ja ostaja tällä hetkellä. KELA järjestää ammatillista ja lääkinällistä kuntoutusta henkilöille, joilla on sairauden tai vamman aiheuttama työkyvyttömyyden uhka tai työkyky on oleellisesti heikentynyt.⁴¹ KELA vastaa myös vaikeavammaisten ja muun työelämän ulkopuolella olevan työkäisen väestön kuntoutuksesta ja kuntoutuspsykoterapiasta. KELA myöntää harkinnanvaraista rahoitusta lisäksi työssä olevien kuntoutustarpeisiin (mm. ASLAK-kurssit).

KELAn järjestämiä kuntoutuspalveluja sai noin 98 900 henkilöä vuonna 2013. Heidän määränsä on kasvanut 2000-luvulla 16 400 henkilöllä (20 %). Kuntoutujista vaikea-

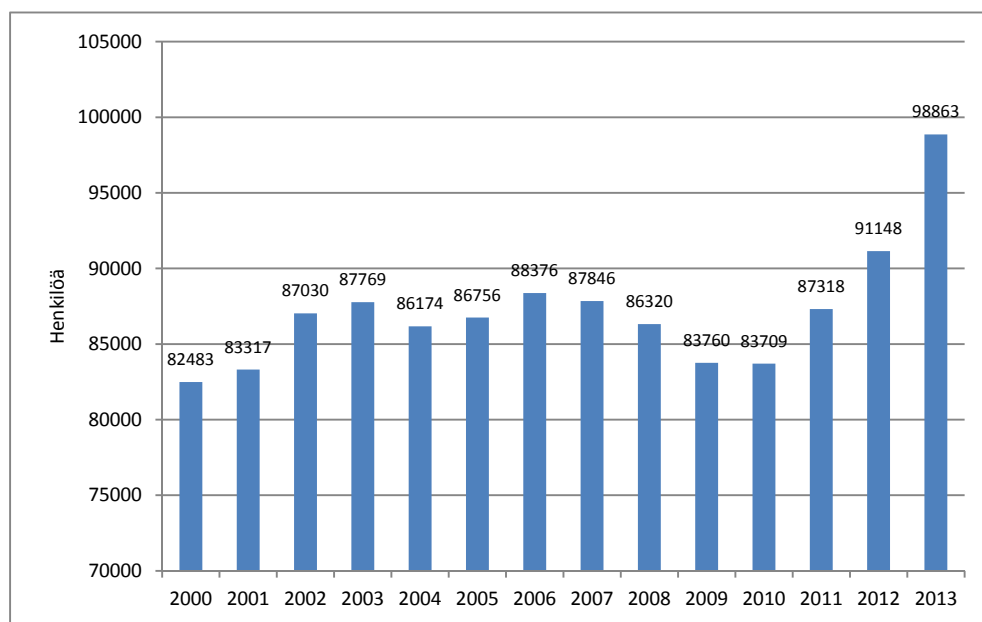
⁴¹ Ensisijaisesti työelämässä olevien ammatillisesta kuntoutuksesta vastaavat työeläkelaitokset, mutta KELA on selvitetävä tarvittaessa henkilön kuntoutustarve viimeistään silloin, kun henkilölle maksettujen sairauspäivärahojen määrä ylittää 60. Myös ennen työkyvyttömyyseläkettä koskevaa päätöstä on selvitetävä henkilön kuntoutusmahdollisuudet. KELA myöntää kuntoutujille lisäksi kuntoutusrahaa ja harkinnanvaraisia ylläpitokorvauksia järjestämävastuullaan olevan ja erityislainsäädännön (työterveyshuoltolaki, yms.) nojalla järjestetyn kuntoutuksen ajalta. Kuntoutuksen jälkeiseltä ajalta kuntoutuja voi saada harkinnanvaraista kuntoutusavustusta.

vammaisten kuntoutukseen osallistui 22 900 henkilöä, kuntoutuspsykoterapiaan 22 600 henkilöä, vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutukseen 13 400 henkilöä ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen 41 200 henkilöä. Pääosa harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta koostui kuntoutuskursseista (ASLAK, yms.). Seuraavaksi tärkeimpiä olivat yksilölliset kuntoutusjaksot ja sopeutumisvalmennuskurssit.⁴²

Sairauspääryhmittäin tarkasteltuna mielenterveyskuntoutujat muodostivat yli 40 prosenttia (41 900 henkilöä), tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutujat vajaat 30 prosenttia (27 600 henkilöä) ja hermoston sairauksista kärsivät kuntoutujat kymmenesosan (9 700 henkilöä) KELAn järjestämien kuntoutuspalvelujen saajista vuonna 2012. Verenkiertoelinten sairauksista kärsiviä kuntoutujia oli sairaustyyppin yleisyydestä huolimatta vain viisi prosenttia kuntoutujista (4 700 henkilöä). Muita sairauspääryhmiä edustavia kuntoutujia oli 15 prosenttia (15 000 henkilöä).

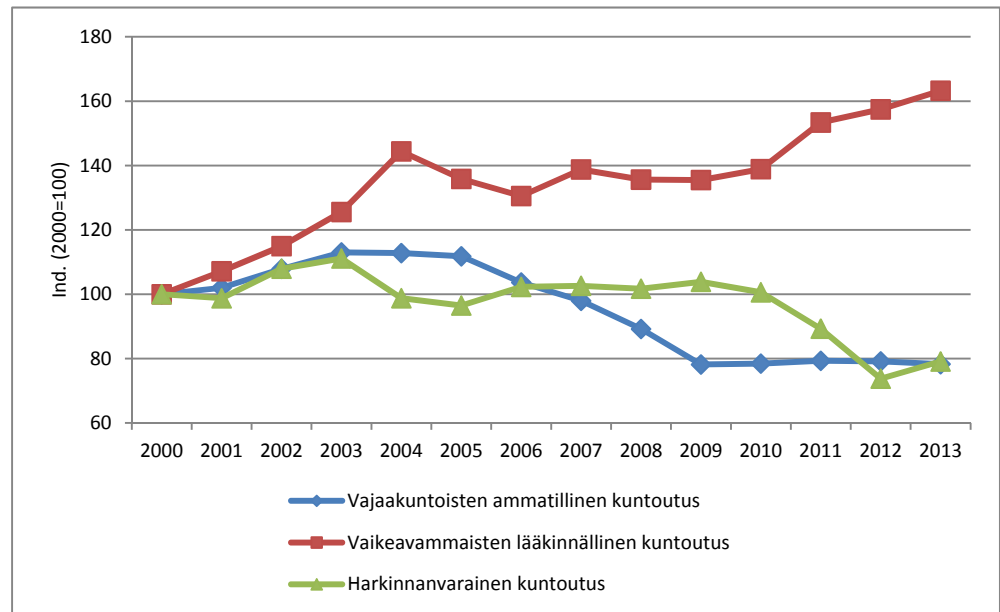
Kuntoutuspalvelujen järjestäminen maksoi 291 miljoonaa euroa vuonna 2013. Summasta vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus muodosti 148 miljoonaa, harkinnanvarainen kuntoutus 80 miljoonaa, kuntoutuspsykoterapia 35 miljoonaa ja vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus 28 miljoonaa euroa. Vaikeavammaisten kuntoutukseen suunnatut rahat ovat lisääntyneet 2000-luvulla reaalisesti 1,6 -kertaisesti. Sitä vastoin vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutukseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen suunnatut määrärahat ovat pienentyneet (Kuvio 17).

Kuvio 17 KELAn järjestämiä kuntoutuspalveluja saaneet henkilöt 2000-13, lkm (Lähde: Tilastollinen vuosikirja 2012; Kuntoutustilasto 2013, KELA).



⁴² KELAn vuoden 2013 kuntoutustilastoissa on hieman epätarkkuuksia kuntoutuksen osallistuneiden määrän osalta.

Kuvio 18 KELAn järjestämien palvelujen kustannuskehitys 2000-13, ind. (2000=100) (Lähde: Tilastollinen vuosikirja 2012; Kuntoutustilasto 2013, KELA).



KELA hankkii yksityiset kuntoutuspalvelut hankintalain mukaisilla kilpailutuksilla, jotka perustuvat usein puitesopimukseen. Yksityisten palveluntuottajien mukaan KELAn merkitys asiakkaana ja rahoittajana säilyy ennallaan tällä vuosikymmenellä. KELAn toiminta palvelujen järjestäjänä lisää silti julkisrahoitteisen kuntoutuspalvelukentän pirstaleisuutta. Yksi mahdollisuus voisi olla, että KELAn vastuulla oleva palvelutuotanto siirrettäisiin tulevaisuudessa uuden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän piiriin ja KELA keskittyisi rahallisten etuuksien maksamiseen.⁴³

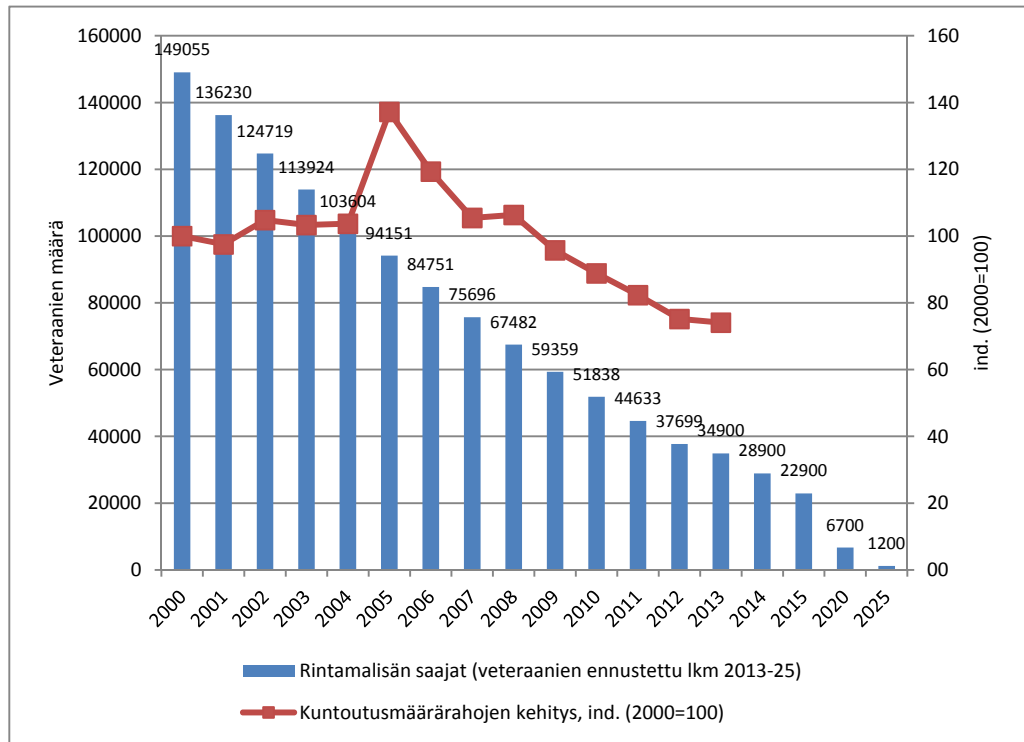
3.5.3 Valtiokonttori ja sotaveteraanien palvelut

Valtiokonttori vastaa sotainvalidien kuntoutuksesta ja hallinnoi veteraanikuntoutusta valtion talousarvioon tarkoitusta varten varatun määrärahan puitteissa. Valtiokonttori tukee myös valtion eläkelain ja tapaturmavakuutuslain mukaisin keinoin työntekijöiden tapaturmakuntoutusta, työ- ja toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää kuntoutusta sekä työeläkekuntoutusta. TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan Valtiokonttori oli tärkeä kuntoutustoiminnan rahoittaja ja asiakas 50 prosentille vastaajista vielä 2014. Tämä on yllättävän suuri osuus.

Merkittävä osa Valtiokonttorin kuntoutukseen suuntaamista määrärahoista on kohdistunut sotaveteraaneihin, mutta veteraanien määrä on pienentynyt nopeasti. Vuonna 2000 rintamalisän saajia oli KELAn tilastojen mukaan vielä 149 000 henkilöä, mutta vuonna 2012 heitä oli jäljellä enää 38 000 henkilöä. Veteraanikuntoutuksen määrärahat eivät ole vähentyneet samaa tahtia kuin veteraanien määrä. Nimellisesti määrärahat olivat vuonna 2012 vain pari miljoonaa pienemmät kuin vuonna 2000, joskin reaalisesti määrärahat olivat vähentyneet neljänneksellä (Kuvio 19).

⁴³ Kuntoutuspalvelujen järjestämisvastuun siirtäminen organisaatioille, joilla on kaikkein suurin vastuun sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä yksinkertaistaisi hoitoketjuja, vähentäisi hallinnollisia kustannuksia ja vähentäisi rajanveto-ongelmia (mm. vammaiset), yhtenäistäisi kilpailuttamismenettelyjä ja mahdollistaisi paremmin asiakkaan valintaan pohjautuvien järjestelmien käyttöönottoa.

Kuvio 19 Rintamalisän saajat (veteraanien ennustettu lkm 2013-2025) ja veteraanikuntoutuksen määrärahojen ennustettu kehitys 2000-luvulla (Lähde: KELAn vuosi-tilastot; Valtion tulo- ja menoarvioesitykset).



Kuntoutuksen piirissä olevien **sotainvalidien** määrä oli supistunut noin 2 200 henkilöön vuonna 2013. Kuntoutuspalvelujen piirissä on myös veteraanien omaisia ja leskiä, mutta kokonaisuudessaan veteraanikuntoutettavien määrä pienenee vauhdilla tällä vuosikymmenellä. Tämä tarkoittaa sitä, että muun muassa **veljes- ja sairaskotien** on etsittävä uusia asiakkaita. Veljeskoteja perustettiin valtion tuella eri puolelle Suomea etenkin 1980-luvulla ja valtion on rahoittanut niiden toimintaa siitä lähtien. Nyt Valtiokonttori on suunnittelemassa niille uutta käyttöä.

Periaatteessa runsaan 20 veljes- ja sairaskotien kapasiteetti on muodostanut lähes 30 prosenttia Suomen koko kuntoutuslaitoskapasiteetista. Kun veljes- ja sairaskotien rahavirrasta merkittävä osa on tullut tähän asti Valtiokonttorilta sotainvalidien kuntoutukseen ja kuntien kautta veteraanikuntoutukseen, asiakaskunnasta yhä suuremman osuuden olisi tultava jatkossa kunnallisesta sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmästä. Osa veljes- ja sairaskodeista toimiikin jo läheisessä yhteistyössä kuntien ja kuntayhtymien kanssa ja yhteistyön määrä kasvaa lähivuosina.

Yhteistyö kunnallisen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän kanssa on tarkoittanut muun muassa sitä, että laitoshoidon keskittynyttä toimintaa on muutettu esimerkiksi tehostettuun palveluasumiseen sopivaksi ja palveluvalikoimaan on lisätty kotiin vietäviä palveluja. Vaikka palvelujen järjestäjä- ja maksajataho on vaihtunut, muutokset eivät ole olleet kovin suuria, koska toiminta on siirtynyt paljolti samansisältöisenä muuhun ikääntyneeseen väestöön. Uudessa tilanteessa veljeskoteja on myös yhtiöitetty (vrt. Vetrea) tai niille on tehty muita omistusjärjestelyjä.

3.5.4 Vakuutusyhtiöiden ja työeläkelaitosten toiminta

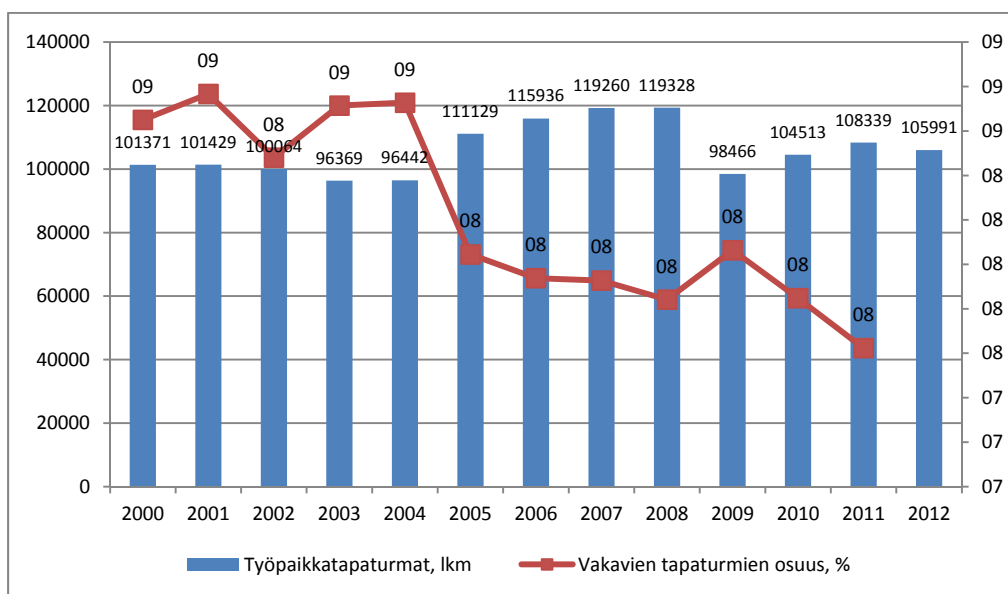
Tapaturma- ja liikennevakuutus

TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset ovat noin 40 prosentille palveluntuottajia tärkeitä yksityisten kuntoutuspalvelujen rahoittajia ja asiakkaita. Työtapaturmasta ja ammattitaudista johtuvien kuntoutuskustannusten korvaamisesta on säädetty tapaturmalaisissa (686/1948). Liikennetapaturmasta eli liikennevakuutuslaissa (279/1959) määritellyn liikennevahingon aiheuttamien kustannusten korvaamisesta on laissa liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta (626/1991).

Työtapaturmiin ja ammattitauteihin liittyvistä kuntoutusmenoista tai kuntoutettavien määrästä ei ole olemassa tarkkoja tilastotietoja. Mahdollisten kuntoutettavien määrää voidaan arvioida työtapaturmatilastojen pohjalta. Tapaturmavakuutuslaitosten liiton mukaan vuonna 2012 lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta korvattiin noin 135 000 työtapaturmaa (työpaikka- ja työmatkatapaturmaa), joista noin 128 300 sattui palkansaajille ja 6 700 yrittäjille. Työtapaturmien kokonaismäärä vaihtelee toimialoittain ja suhdannetilanteiden mukaan.

Työtapaturmien määrän vaihtelu seuraa etenkin rakentamisen, teollisuuden ja kuljetusalan työtuntimäärien kehitystä. Pitkällä aikavälillä asiaan vaikuttavat työturvallisuusolosuhteissa tapahtuvat muutokset. Viime vuosina 55-60 prosenttia työpaikkatapaturmista (pl. työmatkatapaturmat) on ollut lieviä tapaturmia, joista on seurannut alle neljän päivän sairauspoissaoloja. Vakavia, vähintään 30 päivän sairauslomia vaativia on ollut kahdeksan prosenttia kaikista työtapaturmista. Vakaviin työtapaturmiin liittyy suhteellisesti useammin kuntoutusta kuin lieviin tapaturmiin.

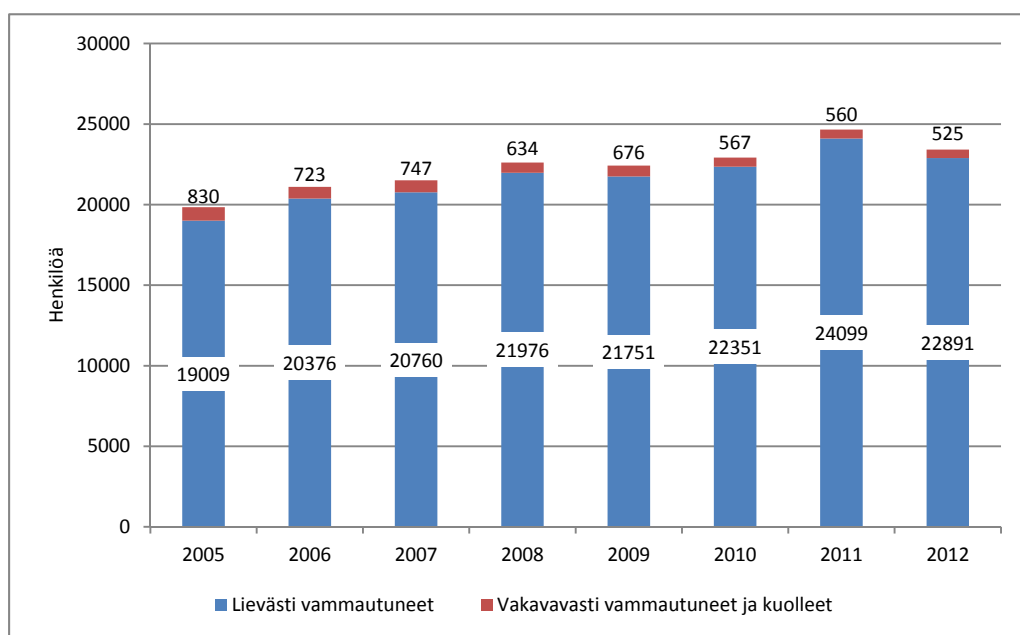
Kuvio 20 Palkansaajien työpaikkatapaturmat (pl. työmatkatapaturmat) ja vakavien työtapaturmien osuuden kehitys 2000-2012 (Lähde: Työpaikkatapaturmatilasto, Tilastokeskus).



Vakuutusyhtiöiden liikennevahinkotilastojen mukaan **liikennevakuutuksesta** korvattu- ja vahinkoja oli 106 500 vuonna 2012. Vahingoista henkilökorvauksiin johtaneita vahinkoja oli 18 500 eli 17 prosenttia. Henkilökorvauksiin johtaneita lieviä vammautumisia oli 21 890, vakavia vammautumisia 350 ja liikennekuolemia 180. Kuntoutusta liittyy enemmän vakaviin kuin lieviin vahinkoihin. Liikennevakuutuksesta korvattujen kaikkien henkilövahinkojen määrä on kasvanut vuodesta 2005, mutta vakavien vammautumisten ja kuolemien määrä on alentunut.

Henkilövahingoista alle 25-vuotiaiden osuus on suuri. Vahinkoalttiuteen vaikuttavat teiden nopeusrajoitteet eli mitä suuremmat nopeudet sitä enemmän henkilövahinkoja. Ajoneuvojen iällä, turvatekniikalla ja sääolosuhteilla on myös vaikutusta henkilövahinkojen määrään ja vakavuuteen. Henkilövahinkojen osuus kaikista vahingoista oli uudemmilla henkilöautoilla keskimäärin 20 prosenttia ja vanhemmilla autoilla 25 prosenttia. Pysäköintialueilla liikennevahingoista tapahtui runsaat 40 prosenttia. Peruuttamalla liikennevahingoista tapahtui kolmannes.

Kuvio 21 Liikennevakuutuksesta korvatut vahingot: lievästi ja vaikeasti vammautuneiden sekä kuolleiden määrä 2005-2012 (Lähde: Liikennevahinkotilasto 2012).



Ammatillinen kuntoutus

Ammatillista kuntoutusta järjestävät Suomen useat eri tahot. Työelämässä olevien ammatillisesta kuntoutuksesta vastaavat ensisijaisesti **työeläkelaitokset**, jotka toimivat yhteistyössä työnantajien ja työterveydenhuollon kanssa. KELA järjestää ammatillista koulutusta niille, joilla ei ole oikeutta työeläkekuntoutukseen.⁴⁴ Tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöt vastaavat kuntoutuksesta silloin, kun kuntoutuksen tarve johtuu työtapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta. Työvoimaviranomaiset järjestävät puolestaan kuntoutusta vajaakuntoisille työnhakijoille.

⁴⁴ TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan työeläkelaitokset ovatkin tärkeitä asiakkaita noin 30 prosentille palveluntuottajia.

Työeläkekuntoutus on työeläkevakuuttajien järjestämää ja kustantamaa ammatillista kuntoutusta, jonka tavoitteena on ehkäistä työkyvyttömyyttä ja parantaa työn tekemisen mahdollisuuksia silloin, kun henkilö ei ole terveydentilansa vuoksi kykenevä jatkamaan työssään. Kuntoutuksen tarkoitus on, että henkilö pystyisi sairaudesta, viasta tai vam-masta huolimatta jatkamaan työelämässä. Keskeisenä kriteerinä kuntoutukseen pääse-miseen on, että henkilö on työkyvytön tai hänellä on viiden vuoden kuluessa toteutuva todennäköinen työkyvyttömyyseläkkeen uhka.⁴⁵

Työeläkekuntoutuksesta on säädetty tarkemmin työeläkelaeissa.⁴⁶ Työeläkekuntoutuk-sen muotoja ovat neuvonta, työkokeilu omalla työpaikalla tai muussa työssä, työhön-valmennus, ammattitaidon täydentäminen tai ammattiin johtava koulutus sekä tuki elin-keinotoiminnan aloittamiseen tai jatkamiseen. Työeläkekuntoutus on yksilöllistä eikä sil-lä voida tukea ryhmäkuntoutusta tai työpaikkahyvinvointia.⁴⁷ Kuntoutuskustannukset koostuvat kuntoutuspalveluista ja kuntoutettavalle maksetusta kuntoutusrahasta sekä harkinnanvaraisesta kuntoutusavustuksesta ja kuntoutustuesta.

Eläketurvakeskus ETK:n tilastojen mukaan työeläkekuntoutujien määrä oli runsaat 11 100 henkilöä ja kuntoutuskustannukset 93 miljoonaa euroa vuonna 2012. Pääosa kuntoutuskustannuksista on rahallisia korvauksia. Palvelukulut muodostivat vain 13 prosenttia (12 milj. euroa) kustannuksista. Kuntoutujien määrä on lisääntynyt 2000-luvulla 2,4 –kertaiseksi. Myös kuntoutuskustannukset ovat yli kaksinkertaistuneet. Kun-toutujista joka toisella oli diagnoosina tuki- ja liikuntaelinsairaus ja joka viidennellä mielenterveydellinen ongelma.

ETK:n tilastojen mukaan kuntoutujien keski-ikä oli 46 vuotta ja 53 prosenttia kuntoutu-jista oli naisia. Kuntoutettavista kolme neljäsosaa tuli suoraan työelämästä (ml. työttö-mät) ja yksi neljäsosa oli eläketaustaisia (kuntoutustuella). Yleisin kuntoutuspalvelujen muoto oli työpaikkakuntoutus (40 % kuntoutujista) vuonna 2012. Työpaikkakuntoutus on ollut halpa ja nopea keino palauttaa sairaslomalta tuleva työntekijä entiseen tai hänen terveydentilalleen sopivaan työhön. Toiseksi yleisin kuntoutusmuoto on ollut ammatil-linen tai muu koulutus (31 % kuntoutujista)

ETK:n tilastojen mukaan työeläkekuntoutuksella on saavutettu hyviä tuloksia, sillä vuonna 2012 kuntoutuksensa päätökseen saaneista kolme neljästä tuli työelämästä ja heistä myös 70 prosenttia palasi takaisin töihin. Vastaavasti eläketaustaisista joka toinen oli palannut työelämään. Kuntoutus onnistuu, jos kuntoutuja pysyy työssä riittävän kau-an. Esimerkiksi kaikista vuonna 2008 kuntoutuksensa päättäneistä yli 60 prosenttia oli

⁴⁵ Oikeus työeläkekuntoutukseen edellyttää, että hakijan työssäolo on vakiintunutta palkansaajana tai yrittäjänä eikä yhteys työelämään ole katkennut ja työeläketurvaa on ansaittu riittävästi. Hakijalla on oltava jokin ammattipätevyys koulutuksen tai työn kautta, mutta työhistorian ei tarvitse olla aukoton eikä työssäoloajalle ole asetettu mitään minimi-vaatimuksia. Myös työttömyyseläkkeellä oleva henkilö voi saada ammatillista kuntoutusta. Hakijan oltava alle 63 –vuotias eikä hänellä ole oikeutta kuntoutukseen tapaturma- tai liikennevakuutuksen pohjalta. Hakijalta vaaditaan myös, että hänelle on kertynyt työansioita tai lääkettä määrätyn summan verran hakemusta edeltävänä viitenä vuotena (32 447 euroa vuonna 2012).

⁴⁶ Ks. mm. työntekijän eläkelaki 395/2006.

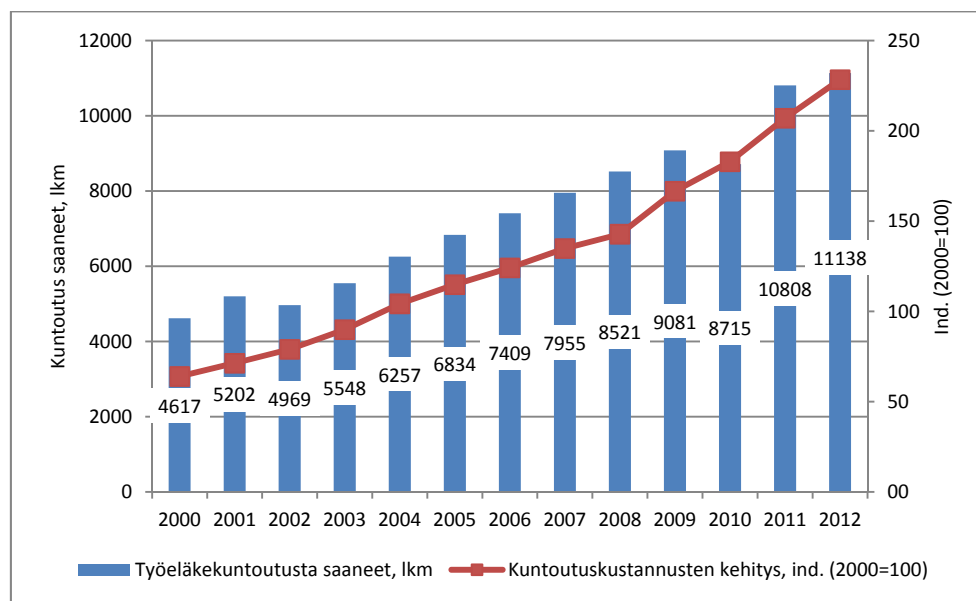
⁴⁷ Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelma perustuvat hakijan kokonaistilanteeseen, jossa otetaan huomioon hakijan ikä, koulutus, työkokemus, muu osaaminen, terveydentilanne ja terveydentilan ennuste. Kuntoutukseen liittyy olennaisesti tiivis yhteys omaan työpaikkaan. Sen mahdollisuudet työjärjestelyihin pyritään aina ensin selvittämään. Kuntoutuksen onnistumisen todennäköisyys kasvaa, jos työyhteisö on mukana kuntoutuksen toteutumisessa.

yhä työelämässä tai työssäkäyvinä eläkeläisinä kolme vuotta myöhemmin. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli vajaa viidennes.

Voidaan todeta, että työeläkekuntoutus on tukenut osaltaan työurien pidentämistä ja hillinnyt työeläkemaksujen nousupainetta. Kuntoutus on ollut myös kokonaisuutena edullisempaa kuin vastaava työkyvyttömyysmeno. ETK:n laskelmien mukaan onnistuneen kuntoutuksen keskimääräinen hinta oli noin 20 800 euroa vuonna 2012. Vastaavasti työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden keskimääräiset kustannukset olivat 12 400 euroa. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutus maksaa takaisin itsensä alle kahdessa vuodessa, ellei kuntoutuja jää eläkkeelle sinä aikana.

Saadut tulokset osoittavat, että kuntoutuksella voidaan vahvistaa kansantalouden tulo-pohjaa. Työhön palaavan kuntoutujan kannalta työtulo on parempi kuin vaihtoehtoinen työkyvyttömyyseläke. Se parantaa tulevaisuudessa myös hänen vanhuuseläkettään. Työeläkekuntoutukseen sisältyy kuitenkin pullonkauloja, joilla on yhteys kuntoutus- kentän pirstaleisuuteen. Ne voivat vaikuttaa palvelun jatkuvuuteen, sillä kuntoutustarve ei välttämättä lakkaa, kun henkilö putoaa työelämän ja lakisääteisen työterveyshuollon ulkopuolelle työttömyyden tai eläkkeelle lähdön takia.⁴⁸

Kuvio 22 Työeläkekuntoutusta saaneet ja kuntoutuksen kustannuskehitys 2000-12 (Lähde: Työeläkekuntoutus 2012, ETK).



⁴⁸ Kuntoutujan ja hänen terveydellistä tilaansa koskevien tietojen tulisi siirtyä joustavasti terveydenhuollon järjestäjältä toiselle. Ongelmia voi ilmetä myös lyhyissä ja määräaikaisissa palkkatyötyösuhteissa tai niiden yrittäjien osalta, jotka eivät ole työterveyshuollon piirissä. Työterveyshuollon järjestäminen on ollut yrittäjillä mahdollista vuodesta 2006 alkaen, mutta se on vapaaehtoista.

4 Kuntoutuspalvelujen julkiset hankinnat

Kuntoutuspalveluja koskevien julkisten hankintojen arvo oli noin 545 miljoonaa euroa vuonna 2013. Summa ei kata suorahankintoja ja alle 100 000 euron pienhankintoja, joihin ei sisälly pakollista ilmoitusvelvollisuusvelvoitetta. Hankinnoista pääosa oli kuntien ja kuntayhtymien tekemiä ja niiden merkitys kasvaa edelleen seuraavan kolmen vuoden aikana. KELA on toiseksi suurin kilpailuttaja. Valtiokonttorilla on yksittäisiä suuria kilpailutuksia, mutta niiden merkitys vähenee.

Julkisten hankintojen kilpailuttamiseen sisältyy yksityisten palveluntuottajien mielestä monia puutteita. Hankintayksiköt pyrkivät määrittelemään tiukasti halutut standardit, vaikka niillä ei aina pystytä ottamaan huomioon loppuasiakkaan todellisia tarpeita ja palveluntuottajan osaamista. Hankinnoissa kannattaisi hyödyntää tähänastista enemmän kilpailullista neuvottelumenettelyä tai siirtyä asiakkaan valintaa korostavaan järjestelmään, jolloin palveluja voidaan räätälöidä paremmin kuntoutujan tarpeita vastaaviksi.

4.1 Hankintojen määrä ja arvo

Kuntoutuspalvelujen julkisten hankintojen määrästä, rakenteesta ja arvosta ei ole olemassa hallinnollisia tilastotietoja. Ainoat käytettävissä olevat tiedot tilastotiedot perustuvat **julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMAssa** julkaistuihin hankintailmoituksiin ja jälki-ilmoituksiin tehdyistä hankintapäätöksistä. HILMAN hankintatilastot eivät sisällä pääsääntöisesti suoria hankintoja ja alle 100 000 euroa arvoisia sosiaali- ja terveyspalvelujen pienhankintoja, koska ne eivät kuulu hankintasäännösten mukaan pakollisen avoimen ilmoitusmenettelyn piiriin.

HILMAan perustuvien tilastojen mukaan vuonna 2013 julkaistiin arviolta runsaat 130 kuntoutuspalvelujen hankintailmoitusta.⁴⁹ Julkisten hankintojen toteutunut tai ennakoitu arvo oli kuntoutuspalveluissa arviolta 545 miljoonaa euroa. HILMAN hankintailmoitus-tilastoja tulkittaessa kannattaa ottaa huomioon, että hankintojen arvo ei kuvaa vuotuista rahavirtaa, vaan ne sisältävät usein monen vuoden mittaisia puitesopimuksia. Hankintailmoituksista yhden suuren Valtiokonttorin kilpailuttaman hankinnan osuus oli 200 miljoonaa euroa eli peräti 37 prosenttia.⁵⁰

Muita yli 10 miljoonan euroa arvoisia hankintoja tehtiin kuusi, ja niiden osuus hankintojen kokonaisarvosta oli 40 prosenttia.⁵¹ Alle 10 miljoonan euron suuruisten hankintojen (127 kpl) osuus oli vajaat neljännes hankintojen kokonaisarvosta. Siten hankinnat ovat keskittyneet euromääräisesti harvalukaiseen joukkoon suuria palveluostoja. Kuntien ja

⁴⁹ Vuoden 2013 hankintailmoitukset on poimittu HILMAsta hyödyntämällä julkisten hankintojen hyödykeluokitusta (CPV) sekä hankintalajiluokittelua (sosiaali- ja terveyspalvelut). Tarkastelusta on poistettu ennakoitavat ilmoitukset hankinnan keskeyttämisestä ja tuplailmoitukset, jotka koostuvat samaa hankintaa koskevasta alkuperäisestä ja korjausilmoituksesta. Myös osa EU:n kynnyksiarvot ylittävistä hankintailmoituksista on poistettu tarkastelusta kaksinkertaisen laskennan välttämiseksi, mikäli samasta hankinnasta oli julkaistu EU:n kynnyksiarvot ylittävien hankintojen jälki-ilmoitus vuonna 2013.

⁵⁰ Sotainvalidien ja veteraanien kuntoutus- ja hoitopalvelujen hankinta.

⁵¹ Muita suuria hankintoja olivat KELAn aikuisten ammatilliset kuntoutuskurssit sekä kuulo- ja näkövammaisten kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit vuosina 2014-2017, Ylä-Savon SOTE ky:n ostopalvelusopimus laitoskuntoutuksen palveluista, Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin ky:n mielenterveyskuntoutujien kuntouttavan palveluasumisen ja asumispalvelujen tuottaminen sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon ky:n asumispalvelut ja työelämänsälisyyttä tukevan toiminnan järjestäminen mielenterveys-, päihde- ja vammaispalvelujen sekä aikuisten sosiaalipalvelujen osalta.

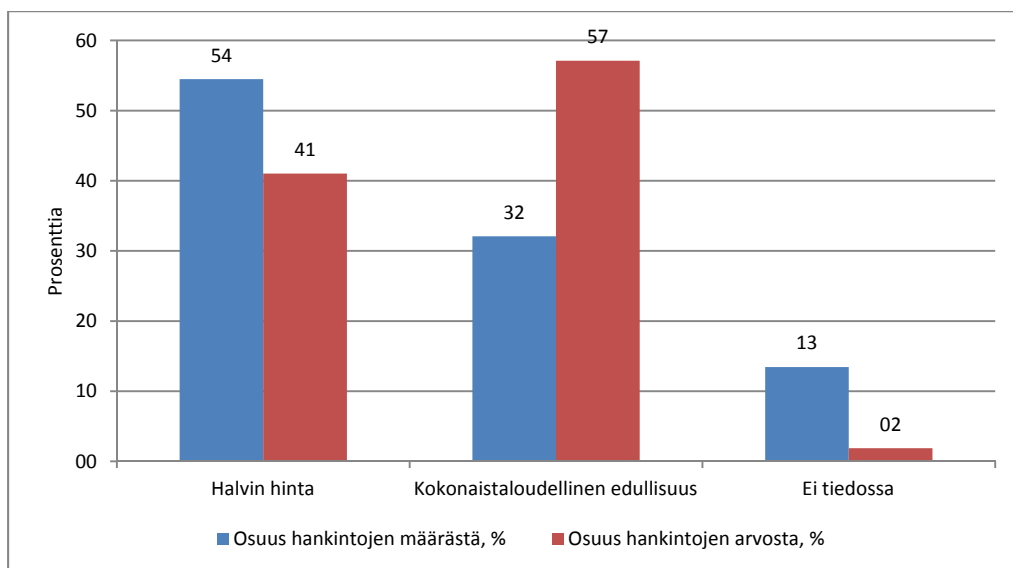
kuntayhtymien hankinnat olivat yli 60 prosenttia hankintojen kokonaismääräistä, mutta vain 35 prosenttia hankintojen arvosta vuonna 2013. Kelan osuus hankintojen määrästä oli runsas viidennes ja kokonaisarvosta neljännes.

Taulukko 7 Ilmoitusvelvollisuuden alaiset kuntoutuspalvelujen hankinnat hankintaorganisaatioiden mukaan 2013 (Lähde: HILMAN hankintatilasto 2013).

	Hankinnat, lkm	Osuus hankinnoista, %	Hankintojen arvo, milj. euroa	Osuus hankintojen arvosta, %
Kunnat ja kuntayhtymät	85	63,4	191,9	35,2
KELA	30	22,4	140,1	25,7
Kunnan liikelaitokset ja yhtiöt	7	5,2	7,7	1,4
Valtion virastot ja laitokset	5	3,7	203,6	37,4
Järjestöt	4	3,0	0,7	0,1
Muut hankintayksiköt	3	2,2	1,0	0,18
Yhteensä	134	100,0	545,6	100,0

Noin 81 prosenttia kuntoutuspalveluja sisältävien hankintojen arvosta kilpailutettiin **avoimella ilmoitusmenettelyllä**. Siinä hankintayksikkö julkaisee hankintailmoituksen, johon kaikki halukkaat toimittajat voivat tehdä tarjouksen. **Neuvottelumenettelyn** piirissä oli 17 prosenttia hankintojen kokonaisarvosta. Myös siinä hankintayksikkö julkaisee hankinnasta ilmoituksen, johon kaikki halukkaat toimittajat voivat tehdä osallistumishakemuksen. Tämän jälkeen hankintayksikkö valitsee osallistujista ne, joiden kanssa se neuvottelee hankintasopimuksen ehtoista.⁵²

Kuvio 23 Ilmoitusvelvollisuuden alaiset kuntoutuspalvelujen hankinnat toimittajan valintaperusteen mukaan 2013, prosenttia (Lähde: HILMAN hankintatilasto 2013).



Muiden hankintamenettelyjen (rajoitettu menettely, yms.) merkitys kuntoutuspalveluja koskevissa hankintakilpailuissa on vähäinen. Palveluntoimittajien tärkein valintaperuste oli halvin hinta. **Alimman hinnan** perusteella kilpailutettiin 55 prosenttia hankintojen määrästä ja 41 prosenttia niiden kokonaisarvosta. Sen sijaan **kokonaistaloudellinen**

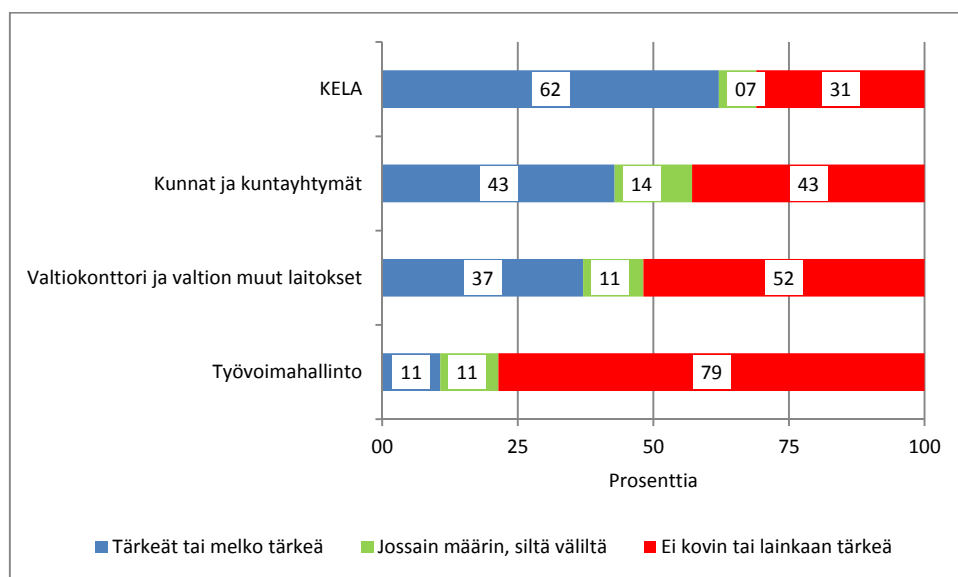
⁵² Neuvottelumenettelyn käyttö edellyttää aina hankintalaissa olevaa perustetta sen käytölle.

edullisuus oli valintaperusteena kolmasosassa hankintoja, jotka kattoivat 57 prosenttia hankintojen arvosta. Runsaalle 10 prosentille hankinnoista ei löytynyt valintaperustettu, mutta näiden hankintojen arvo jäi vähäiseksi.⁵³

4.2 Julkisten hankintamarkkinoiden toimivuus

TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kyselyjen mukaan yli 90 prosenttia vastanneista oli osallistunut KELAn, valtion virastojen ja laitosten, kuntien ja kuntayhtymien tai niiden omistamien liikelaitosten ja yhtiöiden ja muiden julkisten hankintayksiköiden kuntoutuspalveluja koskeviin tarjouskilpailuihin.⁵⁴ Varsinkin KELAn mutta myös kuntayhteisöjen kilpailuttamat palvelut ovat tärkeitä yksityisille palveluntuottajille. Hankintojen arvellaan lisääntyvät eniten kuntayhteisöissä. Sen sijaan Valtionkonttorin hankinnat vähenevät seuraavan kolmen vuoden aikana.

Kuvio 24 Kuntoutuspalveluja koskevien julkisten hankintojen merkitys yksityisille palveluntuottajille hankintayksikkötyypeittäin 2014 (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Yksityisille palveluntuottajille suunnattujen kyselyjen tulokset tukevat HILMAN hankintatilastosta tehtyjä päätelmiä siitä, että kuntoutuspalveluja koskevat kilpailutukset ovat melko suuria. Kaksi kolmasosaa vastanneista ilmoitti osallistuneensa tarjouskilpailuihin, joissa hankinnan ennakoitu arvo oli vähintään 200 000 euroa, mikä on suurin piirtein sama kuin EU:n kynnyksarvot palveluhankinnoissa. **Puitejärjestelyjen** yleisyydestä kertoo se, että kolme neljäsosaa vastanneista oli osallistunut puitejärjestelyihin perustuviin kuntoutuspalvelujen tarjouskilpailuihin.⁵⁵

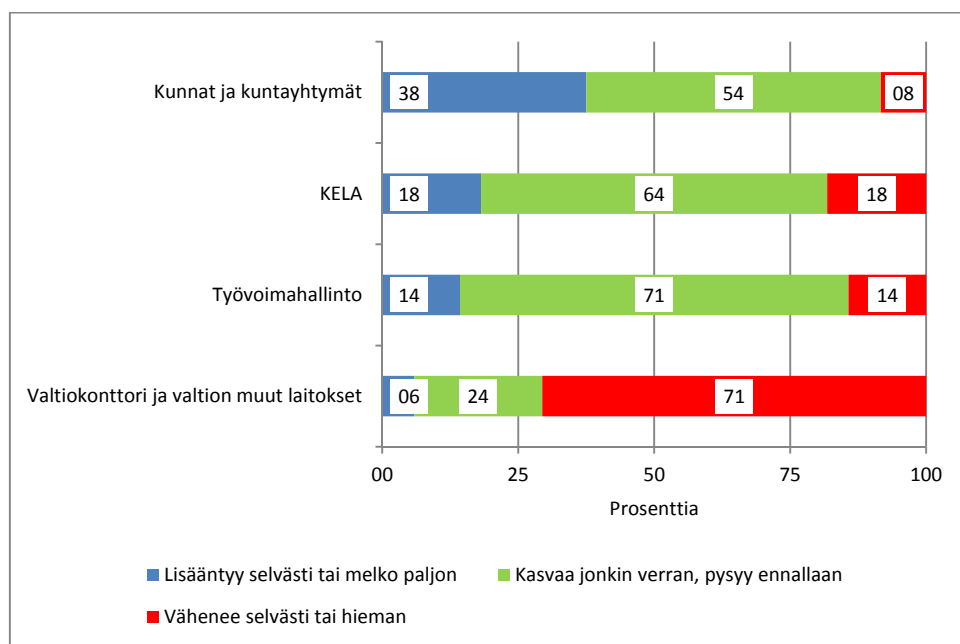
⁵³ Kokonaistaloudellisella edullisuudella kilpailutetuiksi on tulkittu HILMAN hankintatilastojen pohjalta seuraavat hankinnat: taloudellisesti edullisin tarjous, tarjouspyyntöasiakirjassa esitetyt valintaperusteet ja hankintailmoituksessa esitetyt valintaperusteet.

⁵⁴ Kyselyihin vastasi määräaikoisiin mennessä 45 yksityistä kuntoutuspalveluja tuottavaa yritystä ja järjestöä.

⁵⁵ Puitejärjestelyyn valitaan toimittajat yleensä avoimella tai rajoitetulla menettelyllä noudattaen näihin menettelyihin liittyviä määräaikoja ja ilmoittamisvelvoitteita. Puitejärjestely mahdollistaa kestoaltaan melko pitkien sopimusten käytön, joskin pääsääntöisesti puitejärjestelyt ovat voimassa enintään neljä vuotta.

Puitejärjestely on yhden tai useamman hankintayksikön ja yhden tai useamman toimittajan välinen sopimus, jonka tarkoituksena on vahvistaa tietyn ajan kuluessa tehtäviä hankintasopimuksia koskevat ehdot erityisesti hintojen ja tarvittaessa suunnitellun määrän osalta. Käyttöalana voivat olla hankinnat, joissa palvelun määrää ei ole tarkoituksenmukaista etukäteen vahvistaa. Puitejärjestely mahdollistaa varautumisen todennäköisiin tuleviin hankintoihin, jolloin voidaan välttää kiireestä johtuva suorahankinnan tai neuvottelumenettelyn kyseenalainen käyttäminen.

Kuvio 25 Kuntoutuspalveluja koskevien julkisten hankintojen kehitys kolmen seuraavan vuoden aikana (2015-17) hankintayksikötyypeittäin (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kyselyssä tiedusteltiin myös yksityisten palveluntuottajien näkemyksiä julkisten hankintamarkkinoiden toimivuudesta ja niitä pyydettiin antamaan kouluarvosanat hankintayksiköiden toiminnasta. Suurimmat epäkohdat liittyvät hinnan ja laadullisten kilpailutekijöiden väliseen suhteeseen, mikä on noussut esille myös aiemmissa sosiaali- ja terveyshankintoja koskevissa kyselyissä.⁵⁶ Varsinkin KE-LAa on moitittu kireästä hintakilpailusta. Ongelmakohtia sisältyy myös tarjouksissa vaadittaviin selvityksiin ja hankintamenettelyn valintaan.

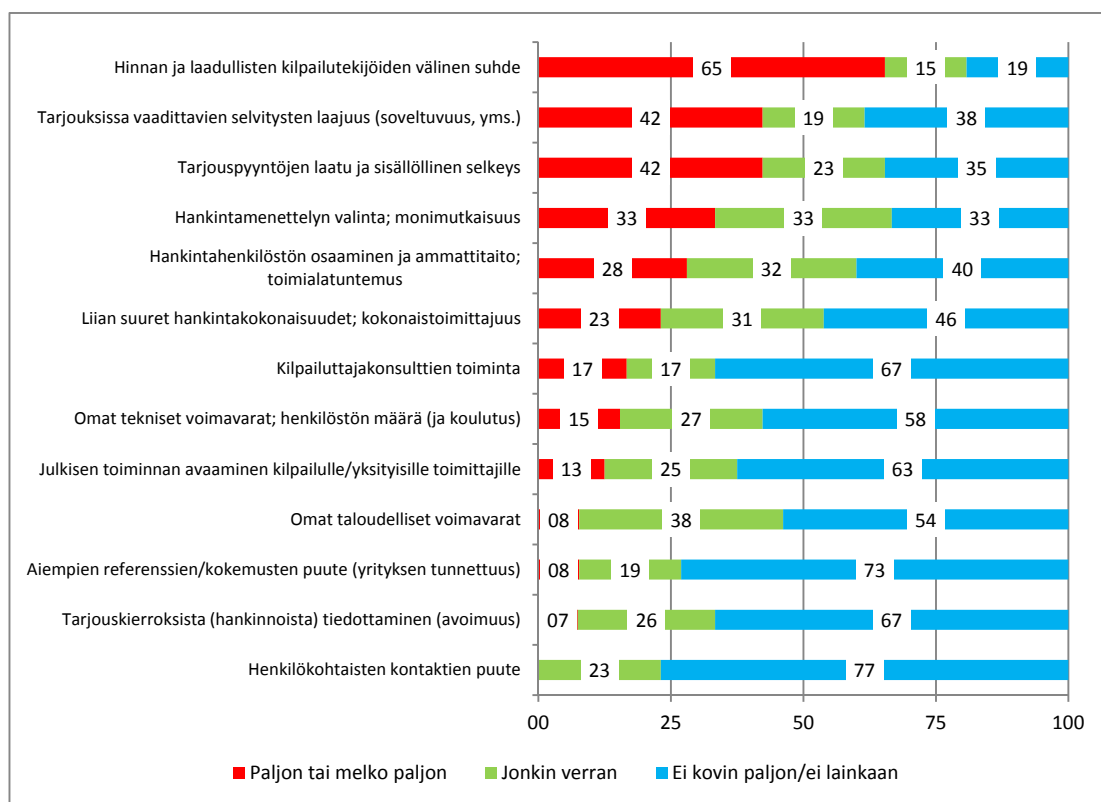
Hankintamenettelyn valinta ja avoimen hankintamenettelyn yleisyys ei välttämättä kannusta palveluntuottajia innovatiivisuuteen julkisissa hankinnoissa. 55 prosenttia kyselyihin vastanneista kuntoutuspalvelujen tuottajista totesi, että julkisten hankintojen tarjouskilpailuissa heillä ei ole ollut koskaan kokemuksia uusista teknologisista sovelluksista, toimintatavoista ja menetelmistä, joita ei ole ollut aiemmin markkinoilla tarjolla. Hankintayksiköiden toiminnasta annettiin parhaat arvosanat Valtiokonttorille yms. laitoksille. Heikoimmat arvosanat sai työvoimahallinto.

⁵⁶ Ks. Lith, Pekka: Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut, TEM:n raportteja 34/2013, Helsinki 2013.

Taulukko 8 Yksityisten palveluntuottajien antamat arvosanat julkisille hankintayksiköille kuntoutuspalvelujen kilpailuttamisesta 2014 (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).

	Kunnat ja kuntayhtymät, %	KELA, %	Työvoimahallinto, %	Valtion muut laitokset (Valtioneuvoston keskusvirasto), %
Erinomainen	-	-	-	-
Kiitettävä	17,4	4,3	-	27,3
Hyvä	17,4	21,7	25,0	36,4
Tyydyttävä	30,4	34,8	16,7	18,2
Kohtalainen	8,7	21,7	33,3	13,6
Välttävä	21,7	17,4	16,7	4,5
Hylättävä	4,3	-	8,3	-
Keskiarvo	6,87	6,74	6,33	7,68

Kuvio 26 Hankintamarkkinoiden toimivuuteen liittyvät tärkeimmät epäkohdat asiakohdittain yksityisten palveluntuottajien mukaan 2014 (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kyselyihin perustuvat tulokset julkisten hankintamarkkinoiden pullonkaloista saavat tukea Suomen sosiaali ja terveys ry SOSTEn tuoreimmasta vuoden 2013 järjestöbarometrasta. Barometrin mukaan varsinkin KELAn suorittamiin kilpailutuksiin sisältyy puutteita. KELAn standardit koetaan tiukoiksi. Ne vastaavat heikosti tarvetta ja tuottavat kaikille samaa palvelua kuntoutujan yksilöllisestä tarpeesta riippumatta. Tällöin myös palveluntuottajan omia kokemuksia ja palvelulinjoja ei voida hyödyntää tehokkaasti.

Julkisten hankintojen kilpailutukset ratkaistaan usein hinnalla, koska palveluntuottajat luonnolliset pyrkivät täyttämään kilpailuttajan määrittelemät perusvaatimukset. Ongelmia aiheuttavat myös puitesopimukset, jotka eivät takaa yhtään asiakasta, vaikka palveluntuottaja sitoutuu tarvittavan kapasiteetin ylläpitoon. Hankintamarkkinoiden toimivuutta voitaisiin kehittää hyödyntämällä aiempaa enemmän kilpailullista neuvottelumenettelyä ja siirtymällä enemmän asiakkaan valintaan, jolloin palvelua voidaan paremmin räätälöidä asiakkaan tarpeita vastaaviksi.⁵⁷

⁵⁷ Asiakkaan valintaa korostavassa toimintamallissa julkisen vallan tehtävänä olisi toimia edelleen toiminnan järjestävänä ja rahoittajana, panostaa palveluntuottajien ammatilliseen ja laadulliseen valvontaan sekä valvoa markkinoiden toimivuutta (kilpailuneutraliteettia).

5 Alan yritysten taloudellinen asema ja kehittäminen

Kuntoutusalan järjestöillä arvioitun palvelumyynnin (liikevaihdon) ja työllisyyden kehitys on ollut heikkoa vuosina 2008-2012. Tosin osa kehityksestä on johtunut toimintojen yhtiöittämisestä tai myynnistä, mikä on näkynyt puolestaan yritysten liikevaihdon ja työllisyyden kasvuna.

Kuntoutusalan yritysten kannattavuus on ollut kuitenkin heikkoa. Kaikkein heikointa se on ollut kuntoutuslaitosten ja sairausotien yms. toiminnassa. Huonoa kannattavuutta selittävät palvelumyynnin määrän ja palveluhintojen hidas kasvu verrattuna kustannuskehitykseen, joka koostuu henkilöstö- ja tilojen käyttökustannuksista.

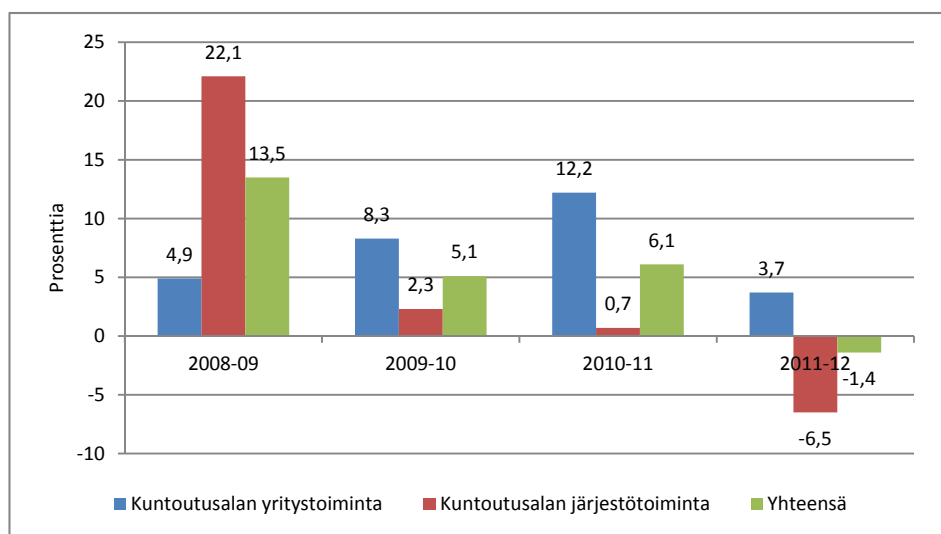
Julkisten hankintojen kilpailutusikäytäntöjä, jotka ovat johtaneet kireään hintakilpailuun ja toiminnan korkeaan laskutettavuusasteeseen, pidetään palveluntuottajien piirissä usein tärkeimpänä syynä heikkoon kannattavuuteen. Tästä huolimatta pääosa palveluntuottajista suhtautuu varsin myönteisesti tulevaisuuteen.

Alan omat kehittämistarpeet liittyvät myynnin ja markkinoinnin tehostamiseen sekä asiakkuuden ja kumppanuuden kehittämiseen. Ulkoisessa toimintaympäristössä kehittämistarpeet koskevat yksityisten palveluntuottajien vähäistä käyttöä julkisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä ja julkisten hankintojen menettelytapoja.

5.1 Liikevaihdon ja työllisyyden kehitys

Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n tilastojen mukaan **liikevaihto** on kasvanut kuntoutusalan ydintoimialojen yrityksissä 2010-luvulla paremmin kuin maamme koko yritystoiminnassa keskimäärin (Kuvio 27)⁵⁸. Sen sijaan järjestömuotoisen kuntoutustoiminnan arvioitu liikevaihto on kehittynyt paljon heikommin kuin yritysmuotoisessa toiminnassa. Sama koskee järjestöjen työllisyyden kehitystä. Järjestömuotoisen toiminnan suuri painoarvo painoi koko yksityisen kuntoutusalan liikevaihdon ja työllisyyden kasvun miinusmerkkiseksi vuonna 2012.

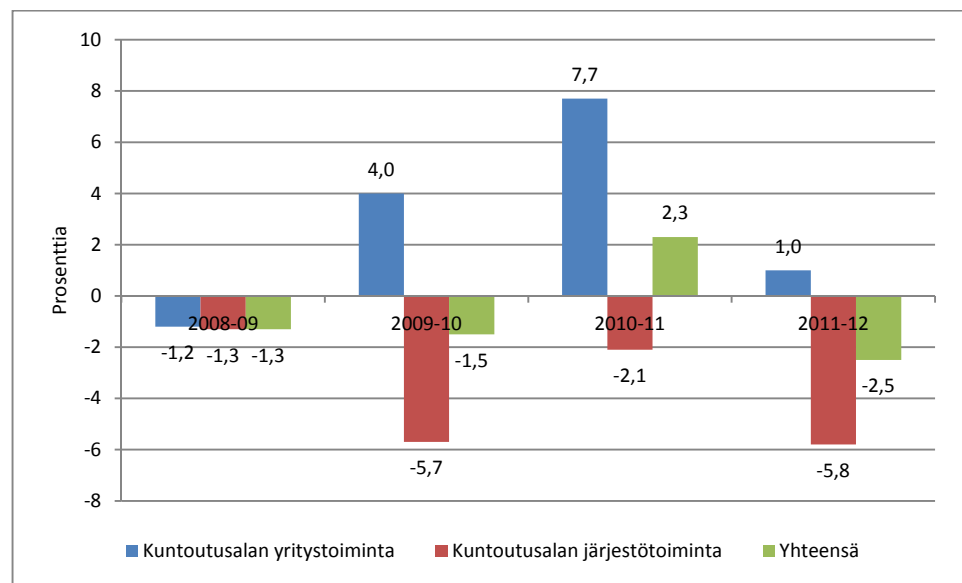
Kuvio 27 Liikevaihdon kehitys kuntoutusalan ydintoimialojen yritystoimipaikoissa ja järjestöjen toimipaikoissa (laskennallinen liikevaihto) 2008-2012, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



⁵⁸ Ydintoimialoja ovat kuntoutuslaitokset, sairaus- ja toipilaskodit (Nace 86102), fysioterapiapalvelu (Nace 86901), päihdekuntoutujien laitoshoido (Nace 87203), avomuotoinen päihdekuntoutus (Nace 88993), ikääntyneiden päivätoiminta (Nace 88102), vammaisten työ ja päivätoiminta (Nace 88103) ja muu päivä- ja työtoiminta (Nace 88992).

Avohuollon palveluissa, kuten ikääntyneiden päivätoiminnassa ja vammaisten päivätyötoiminnassa yritysmuotoisia palveluntuottajia on ollut toistaiseksi melko vähän. Tämän vuoksi järjestömuotoisen ja yritysmuotoisen toiminnan väliseen vertailuun kannattaa suhtautua varauksella. Sama koskee yksityisiä fysioterapiapalveluja, joissa päinvastoin järjestöillä on huomattavasti vähemmän palvelutoimintaa kuin yrityksillä. Liikevaihdon ja työllisyyden kehitykseen järjestömuotoisen ja yritysmuotoisen toiminnan välillä vaikuttaa myös toimintojen yhtiöittäminen.

Kuvio 28 Henkilöstön kehitys kuntoutusalan ydintoimialojen yritystoimipaikoissa ja järjestöjen toimipaikoissa toimialoittain 2008-12, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



5.2 Kannattavuus ja rahoitusasema

Järjestömuotoisten kuntoutustoiminnan taloudellisesta asemasta ei ole saatavilla tilastotietoja. Yritysmuotoisen toiminnan tiedot pohjautuvat TEM:n toimiala Online –palvelun tilastoihin kuntoutuslaitosten, fysioterapiapalvelun yritysten ja yritysmuotoisten päihdehuollon laitosten toiminnasta. Vuosia 2008-2012 koskeva tarkastelu osoittaa, että henkilöstökulujen osuus liiketoiminnan tuotoista (62 % vuonna 2012) on kasvanut erityisesti **kuntoutuslaitosten** toiminnassa. Tämä on seurausta siitä, että palvelumyynnin määrän ja hinnat ovat kehittyneet hitaammin kuin kustannukset.⁵⁹

Liiketoiminnan tuottojen hidasta kehitystä kuntoutuslaitoksissa selittävät kireä hintakilpailu ja palveluhintojen vaimea nousu. Kuntoutuslaitoksissa myös poistojen osuus on kasvanut, mikä voi johtua toiminnan laajennus- ja ylläpitoinvestoinneista⁶⁰ tai yritysjärjestelyjen tilastollisista vaikutuksista kulurakenteeseen. **Fysioterapiapalveluissa ja päihdekuntoutujien laitoshoidossa** kulurakenteessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia

⁵⁹ Liiketoiminnan tuotot saadaan kun liikevaihtoon lisätään liiketoiminnan muut tuotot, joita ovat esimerkiksi saadut avustukset tai vuokratuotot, mikäli vuokraustoiminta ei ole yrityksen päätoimialana.

⁶⁰ Asiantuntijoiden mukaan kuntoutuslaitosten investoinnit eivät tarkoita välttämättä laajennusinvestointeja, vaan toimintoja korjaavia ja muuttavia investointeja, joita kuntoutuslaitokset joutuvat tekemään jatkuvasti mittavan infran vuoksi.

vuosina 2008-2012 ja myös henkilöstökulujen osuus liiketoiminnan tuotoista (53-56 % vuonna 2012) on pysynyt näillä toimialoilla vakaana.⁶¹

Alan toimijoiden mukaan heikon kannattavuuden taustalla ovat osin palvelujen kilpailuttamisen käytännöt julkisissa hankinnoissa. Varsinkin KELAn asema on tässä keskeinen. KELAlla on tiukat yksityiskohtaiset laatuvaatimukset, jotka kaikki yksityiset palveluntuottajat pyrkivät täyttämään. Kilpailuttaminen, joka tehdään pääosin avoimella hankintamenettelyllä, ei ole mahdollistanut palveluntuottajien laadullista kilpailua niiden omilla palvelulinjoilla, kokemuksella ja innovaatioilla. Silloin ainoaksi vertailukelpoiseksi kriteeriksi on jäänyt palvelun hinta.

Puitesopimus pohjainen kilpailuttaminen ei myöskään takaa yhtään asiakasta, vaikka palveluntuottajalla on oltava kaikki laadulliset ja henkilöstömitoituksia koskevat valmiudet asiakkaiden vastaanottamiseen. Palvelujen järjestäminen kilpailutusten kautta on johtanut myös uusiin raportointi- ja seuranta vaatimuksiin, minkä seurauksena hallinnollinen työ on lisääntynyt. Asiaa voitaisiin korjata siirtymällä osittain suoraan asiakkaan valintaan, jossa julkinen raha seuraisi kuntoutujaa hänen valitsemalleen palveluntuottajalle ja julkinen valta keskittyisi toiminnan valvontaan.

Kannattavuus ja rahoitusasema

Kannattavuus on ollut kaikkein heikointa kuntoutuslaitosten toiminnassa, jos kannattavuutta mitataan suhteuttamalla **liiketulos liikevaihtoon**.⁶² Liiketulos saadaan vähentämällä käyttökatteesta suunnitelman mukaiset poistot. **Liikevoittoprosentti** kertoo yrityksen tuloksen ennen rahoituseriä. Toisin sanoen velkainen ja velaton yritys ovat samalla viivalla liikevoittoa laskettaessa, mutta liikevoiton tulee kattaa lyhyellä aikavälillä rahoituskulut, verot ja yrityksen mahdollinen osingonjako. Pitkällä aikavälillä liikevoitosta katetaan investointeja ja lainojen lyhennyksiä.

Vuosina 2011-2012 kuntoutuslaitosten liiketulos oli negatiivinen. Syynä voi olla kapasiteetin alhainen käyttöaste ja se, että toiminnan ylläpito on syönyt kannattavuutta. Myös päihdehuoltolaitosten liiketulos oli miinusmerkkinen vuonna 2012. Negatiivinen liiketulos kertoo kuntoutusalan yritysten vakavista kannattavuusongelmista. Laitoshoidon palveluissa kysymys on lisäksi melko pääomavaltaisesta toiminnasta. Siinä liiketuloksen tulisi olla suositusarvoja parempi, jotta ne kykenisivät suoriutumaan rahoituskuluistaan ja tekemään voitollaan korjaus- ja laajennusinvestointeja.

Yritysten vakavaraisuutta, oman ja vieraan pääoman suhdetta, mitataan **omavaraisuusasteella**. Omavaraisuusaste kertoo, missä määrin yrityksen omaisuus on rahoitettu omalla pääomalla. Se lasketaan suhteuttamalla yrityksen oma pääoma taseen loppusummaan, josta on vähennetty saadut ennakkomaksut. Omavaraisuudella mitattuna kuntoutuslaitosten vakavaraisuus oli tyydyttävällä tasolla vuosina 2008-2012, joskin tun-

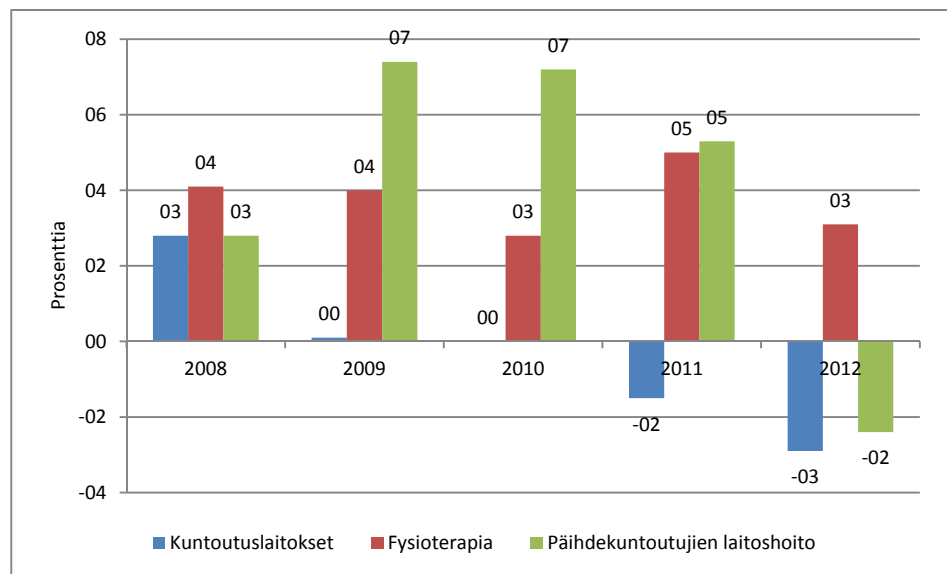
⁶¹ Fysioterapiapalveluissa, jossa on paljon ammatinharjoittajia ja henkilöyhtiöiden omistajayrittäjiä, henkilöstökulut sisältävät laskennallisen palkka- ja kassavero-osuuden. Sen avulla arvioidaan lähinnä yrittäjien yksityisottojen vaikutusta yritysten kannattavuuteen. Palkka- ja kassavero-osuus on toteutettu siten, että ensiksi on määritelty yritys- ja yksittäisen yrittäjän vuosityöpanos, jonka jälkeen on arvioitu palkattoman työpanoksen palkkasumma. Palkka- ja kassavero-osuus on tuloslaskelmassa kuitenkin pelkästään fiktiivinen kannattavuutta rasittava kuluerä, jota ei ole syntynyt todellisuudessa. Palkka- ja kassavero-osuuden lähtökohdaksi on, että yritystoiminnan on tuotettava yrittäjälle kohtuullinen vuosityöpanosta vastaava ansio.

⁶² Yritystutkimusneuvottelukunta on antanut liiketulosprosentille seuraavat ohjeet: hyvä \geq 10 %; tyydyttävä 5-10 %; heikko alle 5 %.

nusluku on heikentynyt vuoteen 2012 tultaessa. Päihdekuntoutujien laitoshoidossa vakavaraisuusaste on pudonnut heikoksi vuosina 2011-12.⁶³

Toinen vakavaraisuutta kuvaava yleinen tunnusluku on **suhteellinen velkaantuneisuus**, jossa yrityksen velat suhteutetaan liikevaihtoon. Korkea suhteellinen velkaantuneisuus edellyttää hyvää liiketulosta, jotta yritys voisi selviytyä vieraan pääoman velvoitteista. Mikroyritysvaltaisessa fysioterapiapalvelussa velkaantuminen ei ole korkealla tasolla. Sen sijaan kuntoutuslaitoksissa ja päihdekuntoutujien laitoshoidossa velkaantuminen on lisääntynyt selvästi 2010-luvulla. Kehityksen suunta on huolestuttavaa, ellei yritysten liiketoiminnan kannattavuus parane.

Kuvio 29 Liiketulosprosentin (mediaani) kehitys kuntoutuslaitostoiminnassa, fysioterapiapalvelussa ja päihdekuntoutujien laitoshoidossa, prosenttia (Nace:t 86102, 86901 ja 87203) (Lähde: TEM:in Toimiala Oneline –palvelu).



Taulukko 9 Omavaraisuusasteen ja suhteellisen velkaantumisen (keskiarvo) kehitys kuntoutuslaitostoiminnassa, fysioterapiapalvelussa ja päihdekuntoutujien laitoshoidossa (Nace:t 86102, 86901 ja 87203) 2008-12, prosenttia (Lähde: TEM:in Toimiala Oneline –palvelu).

	2008, %	2009, %	2010, %	2011, %	2012, %
<i>Kuntoutuslaitokset</i>					
- omavaraisuusaste	32,2	39,4	33,3	32,1	23,9
- suhteellinen velkaantuminen	33,9	30,6	34,2	29,4	31,3
<i>Fysioterapiapalvelut</i>					
- omavaraisuusaste	53,9	55,5	54,2	54,7	54,2
- suhteellinen velkaantuminen	19,9	19,1	19,1	15,6	18,2
<i>Päihdekuntoutujien laitohoito</i>					
- omavaraisuusaste	30,3	34,5	37,5	24,4	19,9
- suhteellinen velkaantuminen	27,7	26,9	27,4	35,0	44,1

⁶³ Yritystutkimusneuvottelukunta on antanut omavaraisuusasteelle seuraavat ohjearvot: hyvä =yli 40 %; tyydyttävä 20-40 %; heikko alle 20 %.

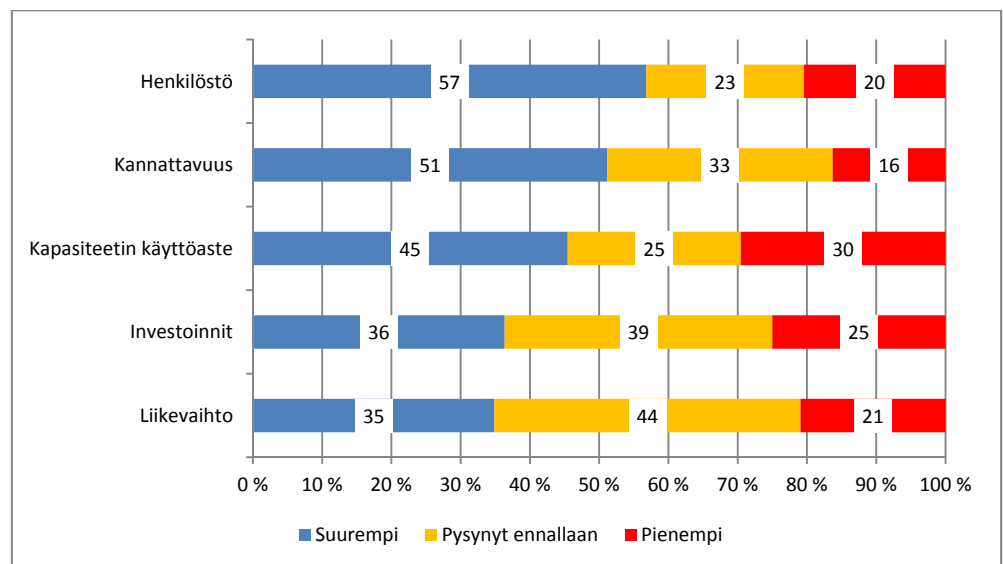
5.3 Lähiajan näkymät ja toiminnan kehittäminen

TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyihin perustuvia näkemyksiä kuntoutusalan palveluntuottajien toiminnan laajuuden ja kannattavuuden kehityksestä 2010-luvulla ei voida verrata suoraan Tilastokeskuksen YTR:n tai TEM:in Toimiala Oneline –palveluista saatuihin tilastoihin alan yritysten kehityksen suunnasta. Kyselyaineisto on ajallisesti pari vuotta tuoreempaa kuin edellä mainittujen hallinnollisten rekisterien tilastot ja kyselyihin osallistui myös järjestömuotoisia palveluntuottajia, joita ei sisälly Toimiala Oneline:n tilastoihin.

Kyselyissä 35 prosenttia kuntoutusalan palveluntuottajista kuitenkin ilmoitti, että liikevaihto oli keväällä 2014 suurempi kuin kolme vuotta aiemmin. Tämä viittaa siihen, että liikevaihto oli kehittynyt myönteisesti vuosina 2013-2014. Kyselyaineistosta ei saada luotettavaa toimialakohtaista tietoa, mikä johtuu vastanneiden yritysten ja järjestöjen pienestä määrästä. Kapasiteetin käyttöasteen osalta palveluntuottajien kenttä on kaksijakoinen. Noin 46 prosenttia totesi, että kapasiteetin käyttöaste on parantunut, mutta 30 prosenttia ilmoitti sen heikentyneen (Kuvio 30).

Henkilöstöä oli lisännyt 57 prosenttia kyselyihin vastanneista kuntoutuspalvelujen tuottajista. Vaikka henkilöstön määrä lisääntyi nopeammin kuin liikevaihto, yli 50 prosenttia vastanneista kertoi, että kannattavuus on parantunut. Tulos on ristiriidassa sen kanssa, että henkilökunnan ja työvoimakustannusten liikevaihtoa nopeamman kasvu yleensä heikentää toiminnan kannattavuutta. Ristiriitaisuuksia aiheuttaa ja kyselytulosten tulkittaa vaikeuttavat toimialakohtaiset ja erikokoisten palveluntuottajien väliset erot työllisyyden ja kannattavuuden kehityksessä.

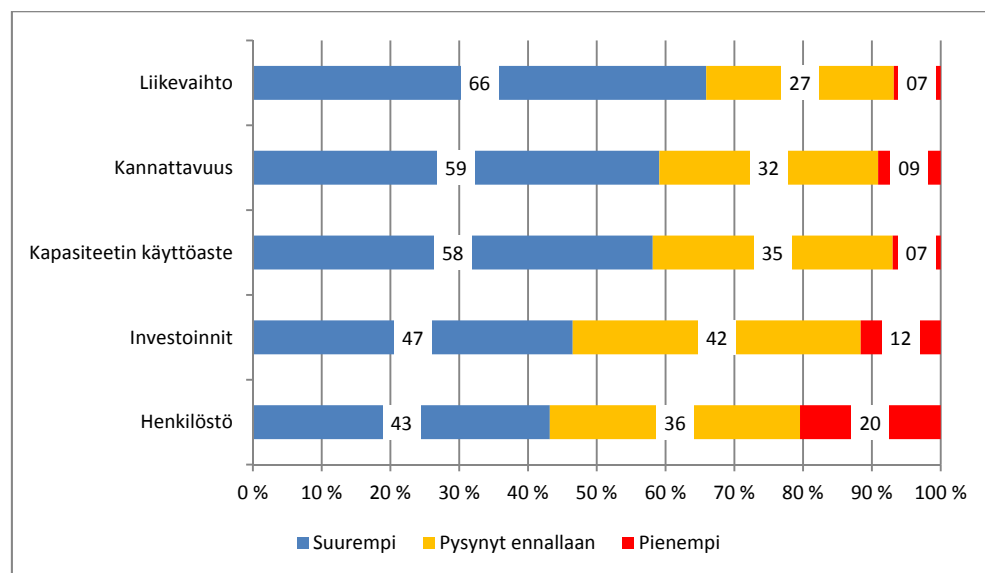
Kuvio 30 Yksityisten kuntoutusalan palveluntuottajien suhdannetilanne 2014 kolmen vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna, prosenttia palveluntuottajista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Kuntoutusalan suhdanneodotukset ovat valoisat. Miltei kaksi kolmasosaa kyselyihin vastanneista odotti keväällä 2014, että liikevaihto kasvaa seuraavan kolmen vuoden aikana. Henkilöstön määrä ei lisääntynyt yhtä monessa organisaatioissa kuin kuluneella kolmivuotiskaudella, mikä voi ennakoita tuottavuuden ja kannattavuuden kasvua. Sa-

maa osoittaa se, että kapasiteetin käyttöaste paranee entistä useamman palveluntuottajan kohdalla. Kapasiteetin käyttöasteen ja kannattavuuden parantuminen voivat kannustaa palveluntuottajia myös investointeihin (Kuvio 31).

Kuvio 31 Yksityisten kuntoutusalan palveluntuottajien suhdanneodotukset kolmen vuoden kuluttua vuoden 2014 tilanteeseen verrattuna, prosenttia palveluntuottajista (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Toiminnan kehittäminen

Alan kehittämistarpeet voidaan jakaa palveluntuottajien sisäisiin kehittämistoimiin ja ulkoisen toimintaympäristön kehittämistarpeisiin. Näistä sisäiset kehittämistarpeet koskevat asioita, joihin palveluntuottajat voivat vain itse vaikuttaa. TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kyselyjen mukaan tärkeimmät palveluntuottajien sisäiset kehittämistarpeet koskivat **myynnin ja markkinoinnin kehittämistä, asiakkuuden ja kumppanuuden kehittämistä, palvelukehitystä ja palvelujen tuotteistamista sekä henkilöstön ja koulutuksen kehittämistä.**

Henkilöstön tärkeästä asemasta huolimatta palkkausjärjestelmien kehittämistä ei pidetty palveluntoimittajien keskuudessa tärkeänä. Suhteellisen harvat palveluntuottajat näkevät myöskään palveluviennissä kehittämistarpeita, sillä ne ovat suuntautuneet toiminnassaan pääasiassa kotimaahan. Palvelukehitystä voisi suunnata tietysti enemmän itse maksavien asiakkaiden suuntaan, mikä vähentäisi riippuvuutta julkisten hankintojen kilpailuksista. Myynnin ja markkinoinnin tehostaminen voisi tarkoittaa näkyvyyden parantamista esimerkiksi sosiaalisissa medioissa.

Ulkoista toimintaympäristöä koskevat kehittämistarpeet liittyvät asioihin, joihin yksittäisten palveluntuottajien toimilla ei ole vaikutusta. Kyselyistä ilmenee, että kuntoutusalan yksityiset palveluntuottajat ovat kaikkein tyytyväisimpiä **alan koulutustarjontaan ja työelämän vastaavuuteen sekä työvoiman saatavuuteen ja laatuun.** Vähiten hyvää nähdään sen sijaan **yksityisten kuntoutuspalvelujen hyödyntämisessä julkisessa sosiaali- ja terveyspalveluissa, julkisten hankintamarkkinoiden toimivuudessa ja kilpailun tasapuolisuudessa (kilpailuneutraliteetti)** (Kuvio 33).

Julkisten hankintamarkkinoiden toimivuutta ja ongelmakohtia on käsitelty seikkaperäisesti edellisessä luvussa (ks. Luku 5). Yksityisten kuntoutuspalvelujen hyödyntäminen julkisessa sosiaali- ja terveystaloustaloudessa koskee ennen kaikkea kunnallisen palvelutuotannon järjestämistä, millä on liittymäkohta uuteen sote-järjestelmään. Alan asiantuntijoiden mielestä olisi tärkeää, että julkisilla palvelunjärjestäjillä ja rahoittajilla olisi mahdollisuus valita paras tuotantotapa periaatteella ”julkinen järjestää - paras tuottaa” eikä yhtään tuotantotapaa tulisi betonoida säädöksillä.

Uudessa sote-järjestelmässä tärkeää olisi palvelujen järjestäjän ja tuottajan selkeä erottaminen toisistaan, mikä mahdollistaisi tehokkaiden tuotantotapojen aidon vertailun. KELAn järjestämis- ja rahoitusvastuulla olevissa kuntoutuspalveluissa hyvänä puolena on melko selkeä tilaaja-tuottaja –malli, vaikkakin itse kilpailutuskäytäntöihin sisältyy yksityisten palveluntuottajien näkökulmasta katsoen paljon kehittämistarpeita. KELAn toiminta lisää myös kuntoutuskentän pirstaleisuutta, minkä vuoksi KELAn asemaa palvelunjärjestäjänä voisi pohtia uudelleen.

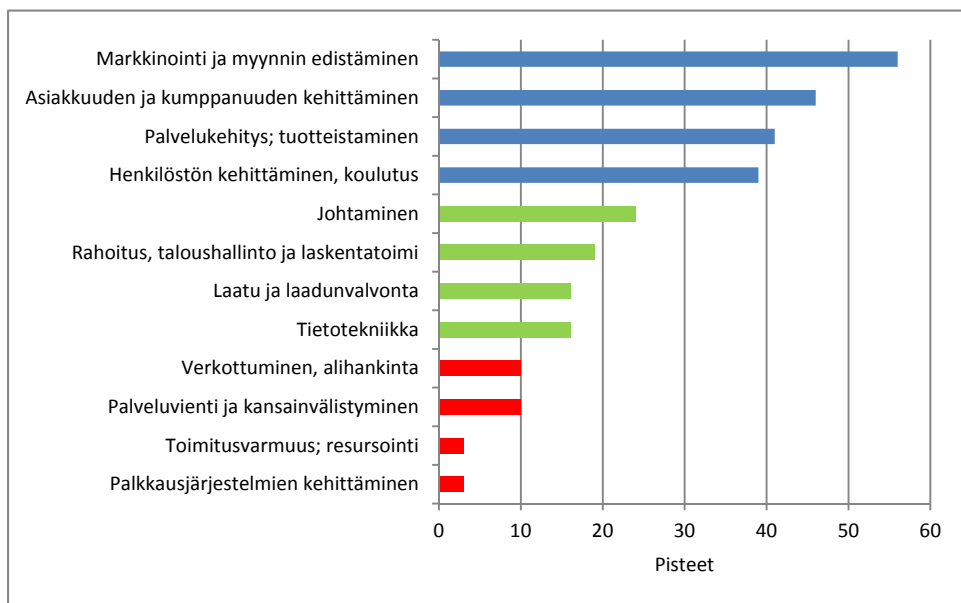
Lähtökohtana uudessa sote-järjestelmässä tulisi olla, kuinka sosiaali- ja terveydenhuoltoa tuotetaan parhaiten suomalaisille eikä se, kuka tuottaa. Etenkin perusterveydenhuollossa olisi mahdollista parantaa laatua ja hyödyntää markkinamekanismeja luomalla toimiva asiakkaan valintaan perustuva järjestelmä (raha seuraa potilasta –malli), jossa palvelujen järjestämis-, rahoitus- ja valvontavastuu säilyisi vahvasti julkisella vallalla. Mallissa asiakkaan valinta toimisi kehittämisen moottorina ja palveluntuottajat kilpailisivat asiakkaista ensisijaisesti laadulla.⁶⁴

Suomen monikanavaisen ja -rahoitteisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteenä on se, että perusterveydenhoidon tasoista palveluista yli kolmasosa tuotetaan yksityisillä lääkäriasemilla, joissa tarjotaan yleislääkäripalveluja, laboratorio- ja kuvantamispalveluja sekä erikoislääkäripalveluja. Suurissa asutuskeskuksissa yksityislääkäriasemien osuus perusterveydenhoidon tasoista palveluista voi olla jopa 50 prosenttia. Niiden asiakkaat ovat usein työterveyshuollon piirissä tai itse maksavia asiakkaita, joiden ostovoimaa tuetaan KELAn sairaanhoitokorvauksilla.

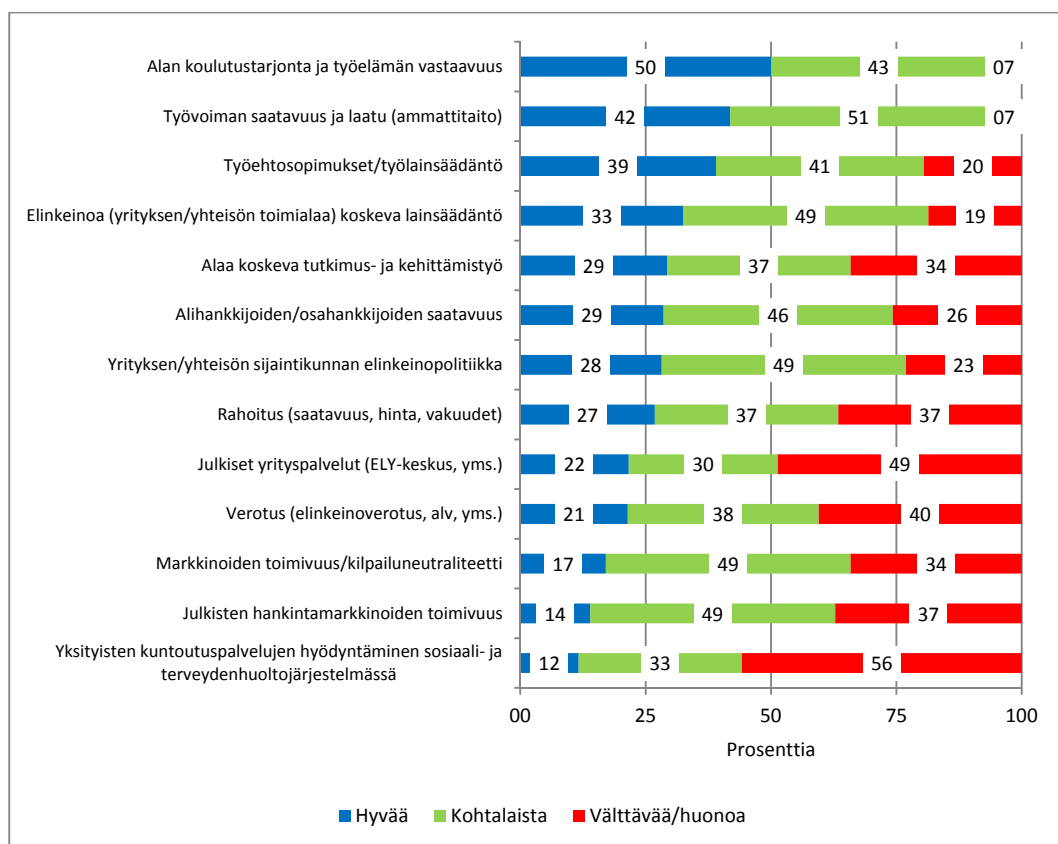
Perusterveydenhoidon kehittämisellä olisi kuitenkin eniten ennaltaehkäiseviä ja kansalaisten terveyseroja tasoittavia vaikutuksia. Nykyjärjestelmässä epätasa-arvoa synnyttää se, että valtaosa työssäkäyvistä henkilöistä on hyvin toimivan ja yhteiskunnan tukeman työnantajien työterveyshuollon piirissä. Tähän työelämän ulkopuolella olevilla, pienillä paikkakunnilla asuvilla ja pientuloisille ei ole mitään mahdollisuuksia. Yksityinen terveydenhuolto voitaisiinkin valjastaa tuottamaan julkisin varoin perusterveydenhuollon palveluja kaikille kansalaisille.

⁶⁴ Asiantuntijoiden mukaan EU:n potilasdirektiivin (2011/24/EU) tulisi ohjata selvemmin Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä. Direktiivin voimaansaattamisen yhteydessä (ks. laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta 1201/2013) ilmenneet ongelmat osoittavat kuitenkin sen, että Suomi on muuhun Eurooppaan nähden jälkijunassa valinnanvapauden kehittämisessä.

Kuvio 32 Kuntoutusalan palveluntuottajien omat kehittämistarpeet 2014 (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



Kuvio 33 Kuntoutusalan palveluntuottajien näkemykset omasta toimintaympäristöstään 2014 (Lähde: TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kysely).



6 Ruotsin kuntoutustakuujärjestelmä

Ruotsin työikäisiä koskevasta kuntoutustakuujärjestelmästä (*Rehabiliteringsgaranti*) saadut kokemukset mielenterveyspotilaista osoittavat, että hoidon vaikuttavuus on sitä parempi mitä varhaisemmassa kuntoutujan hoidon tarve tunnistetaan ja kuntoutus aloitetaan. Työkyvyn palautumisen ennuste on ollut tässä potilasryhmässä melko hyvä. Hartia-, niska- ja selkävammaista kärsivien potilaiden osalta tulokset eivät ole yhtä lupaavia, kun asiaa katsotaan puhtaasti työkyvyn palautumisen näkökulmasta. Kuntoutus on tosin parantanut potilaiden liikkuvuutta, mielialaa ja yleistä elämän laatua.

Valtion panostukset työikäisten kuntoutukseen ovat kannustaneet toimintatapojen kehittämiseen perusterveydenhuollossa, jonne valtaosa kuntoutuspotilaista ensiksi hakeutuu. Valmiudet potilaiden vastaanottoon, kuntoutustarpeiden tunnistamiseen ja varhaisen vaiheen kuntoutukseen ovat parantuneet kuntoutustakuujärjestelmän voimassaolon aikana vuosina 2008-2014. Voimavaroja on lisätty etenkin monialaisten kuntoutuspalvelujen puolella. Palvelujen lisätarve on tyydytetty pääosin yksityisellä palvelutuotannolla, joka osuus päättyneistä kuntoutusjaksoista on noussut yli 50 prosenttiin.

Ruotsissa otettiin vuonna 2008 käyttöön niin kutsuttu **kuntoutustakuujärjestelmä** (*Rehabiliteringsgaranti*). Sen keskeisenä tarkoituksena on vähentää työntekijöiden sairauspoissaoloja ennaltaehkäisevällä kuntoutuksella ja edistää työhön paluuta sairauslomanaikaisella kuntoutuksella. Kuntoutustakuu on pohjautunut valtiovallan ja Ruotsin Kuntaliiton (*Sveriges Kommuner och Landsting SKL*) vuosittain uudistamaan sopimukseen (*överenskommelse*) asiasta. Sopimusta on uudistettu seitsemän kertaa ja nyt voimassa oleva sopimus koskee vuotta 2014.⁶⁵

Kuntoutustakuulla on kaksi kohderyhmää. Ensimmäinen niistä koostuu työikäisistä (16-67 -vuotiaat) kipupotilaista, jotka kärsivät pitkäaikaisista, vähintään kolme kuukautta kestäneistä ei-spesifioiduista (*diffus*) hartia-, niska- ja selkävammaista. Toisen kohderyhmän muodostavat henkilöt, joilla on diagnoosi lievistä tai keskivaikeista ahdistusoireista, masennuksesta ja stressistä (*ångestsyndrom, depression och stress*). Nämä sairausryhmät on valittu Ruotsissa kuntoutustakuun kohteeksi siksi, että ne ovat perusteena 50-60 prosentille kaikista sairauslomista.

Kipupotilaille tarjotut palvelut ovat hyvin suunniteltua, pitkäkestoista, yhteen sovitettua monimuotoista kuntoutusta (*multimodal rehabilitering MMR*). Kuntoutuksesta vastaa tiimi, johon voi kuulua eri ammattiryhmien edustajia, kuten kuraattoreita, lääkäreitä, fysioterapeutteja, psykologeja, sairaanhoitajia tai työterapeutteja. MMR-kuntoutus kestää tavallisesti 6-8 viikkoa ja sitä tarjotaan intensiteetiltään kahdentasoisena. **MMR1-kuntoutus** on perusterveydenhoidon tasoista. Sen sijaan **MMR2-kuntoutuksen** sisältyy erikoissairaanhoitoa.

MMR-kuntoutusta järjestetään tavallisesti 2-3 kertaa viikossa ja niihin voi kuulua koti-tehtäviä tai ryhmäohjausta, jossa käsitellään työergonomiaa, stressinkäsittelyä, nukkumistapoja ja lääkkeiden vaikutuksia. Kuntoutujille voidaan opettaa myös kehontunte- muksen perustietoja ja heille tarjotaan mahdollisuus kokeilla erilaisia fyysisiä harjoitteita, joista he voivat valita itselleen sopivimmat aktiviteetit. Kysymys voi olla esimerkiksi kävelylenkeistä, kehoa vahvistavasta voimaharjoittelusta tai muista harjoituksista, joita kuntoutujat suorittavat itsenäisesti kotonaan.

⁶⁵ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting : Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2014 (www.skl.se).

Kuntoutustakuulla tarjotaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa (*kognitiv beteendeterapia KBT*) ahdistusta, masennusta ja stressiä poteville henkilöille. **KBT-terapialla** pyritään siihen, että henkilö pystyisi itse oivaltamaan ja ymmärtämään omaan kokemukseensa (ajatuksia, tunnetiloja) ja toimintaansa, mikä auttaa heitä muuttamaan käyttäytymistään. KBT-terapia voi sisältää monia terapiamuotoja, joiden painotukset ja työskentelytavat vaihtelevat toisistaan. Terapioita annetaan myös ryhmämuotoisesti ja niihin voi liittyä harjoituksia ja kotitehtäviä.

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa harvinaisempi terapiamuoto on niin sanottu ”**Interpersonell psykoterapia IPT**”. IPT-terapia on 1980-luvulla masennukseen kehitetty terapiamuoto, jossa käsitellään ihmissuhteiden vaikutuksia psyykkisiin ongelmiin ja päinvastoin. Ongelmat voivat liittyä hankaliin riitatilanteisiin ja odotuksiin (*interpersonell dispyt*), elämäntilanteessa tapahtuviin muutoksiin (*rollförändring*), masennusta aiheuttaviin menetyksiin (*komplicerad sorg*) tai vaikeuksiin ylläpitää normaaleja ja terveitä ihmissuhteita (*interpersonell känslighet*).

Kuntoutustakuun perusajatuksena on, että oikea-aikaisella ja –tyyppisellä sekä potilas-kohtaisesti räätälöidyllä somaattisella ja psyykkisellä kuntoutuksella on mahdollista palauttaa tai ylläpitää potilaan toiminta- ja työkyky. Kipupotilaat tai masennuksesta, ahdistusoireista ja stressistä kärsivät henkilöt hakeutuvat usein terveysasemille. Tämä on vaatinut monialaisen kuntoutuksen toimintatapojen kehittämistä perusterveydenhoidossa. Järjestelmän piirissä toimii myös palveluohjaajia, jotka auttavat ja ohjaavat potilaita diagnoosin saannissa ja kuntoutukseen pääsyssä.

Kuntoutustakuuseen varatut valtion määrärahat nousivat vuosina 2008-2013, mutta vuonna 2014 ne supistuivat neljänneksellä. Vähennysten taustalla ovat budjettitekniset syyt, sillä sairauspoissaoloihin liittyviä prosesseja kehitetään myös *Sjukskrivningsmiljarden –hankkeella*, johon valtio on panostanut vuosittain noin miljardi kruunua vuodesta 2006 lukien. Kuluvalla ohjelmakaudella (2014-2015) painopistettä on laitettu psyykkisistä sairauksista johtuviin poissaoloihin. Se on johtanut vastaavien määrärahojen pienentymiseen kuntoutustakuun puolella.⁶⁶

Vuonna 2014 kuntoutustakuun määräraha oli 725 miljoonaa kruunua (n. 80 milj. euroa), minkä lisäksi 25 miljoonaa euroa (n. 3 milj. euroa) osoitettiin toiminnan kehittämiseen ja tutkimukseen. Vakuutuskassa (*Försäkringskassa*) maksaa potilaskohtaisesti laskeutun korvauksen terveydenhuollon järjestämisestä vastaaville maakäräjille (*landsting*⁶⁷) kuntoutusjakson päätyttyä. Korvaukset suoritetaan neljännesvuosittain, kun maakäräjät ovat toimittaneet Vakuutuskassalle tarvittavat dokumentit kuntoutustakuun piirissä olleista henkilöistä sukupuolittain ja kuntoutusmuodoittain.⁶⁸

⁶⁶ Ks. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-15 (www.skl.se)

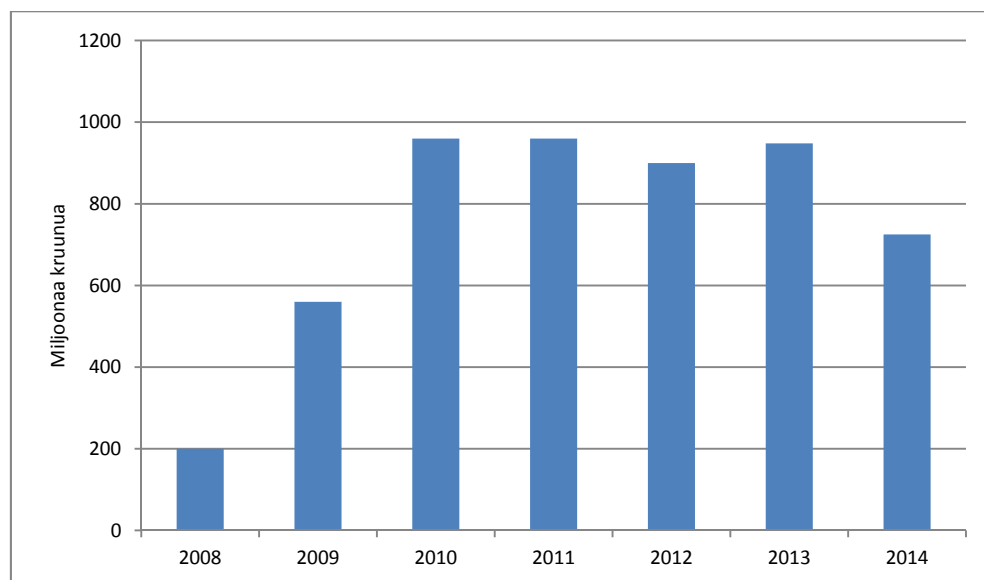
⁶⁷ Maakäräjät (*landsting*) vastaavat Ruotsissa terveydenhuollosta pois lukien yli 20 –vuotiaiden hammashoito sekä kotiin vietäviin palveluihin liittyvä kotisairaanhoido ja palveluasumiseen liittyvä terveydenhoito. Maakäräjät vastaavat julkisesta liikenteestä alueella tai yhdessä kuntien kanssa ja niillä voi olla vapaaehtoisesti järjestämisvastuulle otettuja tehtäviä esimerkiksi matkailussa ja koulutuksessa. Ruotsissa on 20 maakäräjää tai rinnastettavaa aluetta, joiden päätöksentekijät valitaan joka neljäs vuosi järjestettävillä suorilla vaaleilla samanaikaisesti kuin kuntiin ja valtiopäiville. Maakäräjät rahoittavat 70 prosenttia menoistaan maakäräjäverolla, minkä lisäksi ne saavat valtionapua ja keräävät maksutuloja. Valtio määrittelee pitkälti verotulojen käyttökohteet ja valvoo maakäräjien toimintaa. Esimerkiksi terveydenhuolto on Sosiaalihuollon (*Socialstyrelse*) valvontavastuulla.

⁶⁸ Kuntoutustakuussa valtion maksamiin korvauksiin oikeuttavat kuntoutustoimenpiteet on määritelty Valtion lääketieteellisten toimenpiteiden arviointiorganisaation (*Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU*) raporteissa ja Sosi-

Vuonna 2014 potilaskohtainen korvaus oli perusterveydenhuollon tasoisesta MMR1-kuntoutuksesta 25 000 kruunua (2 770 euroa) ja mahdollisesti erikoissairaanhoidon vaativasta MMR2-kuntoutuksesta 45 000 kruunua (4 980 euroa). KBT- tai IPT-terapiassa potilaskohtainen korvaus oli 12 000 kruunua (1 330 euroa). Edellä mainittujen rah summien päälle maakäräjät saavat 1 000 kruunun (110 euroa) suuruisen potilaskohtaisen **kannustinrahan**, jota voidaan käyttää Internet-pohjaisen KBT-terapian ja muun kuntoutustoiminnan kehittämiseen.

Maksettaville korvauksille on laskettu kuntoutustakuuseen varatusta määrärahasta (725 milj. kr. vuonna 2014) maakäräjäkohtainen kattosumma, joka vastaa maakäräjäpiirissä asuvan väestön osuutta koko maan väkiluvusta edellisen vuoden marraskuun 1. päivänä. Maakäräjäpiirit, jotka ovat saavuttaneet kattosumman, kustantavat itse loppuosa kuntoutusmenoista. Mutta jos maakäräjäpiiri ei ole saavuttanut kalenterivuodelle määriteltyä kattosummaa, jaetaan säästyneet määrärahat niiden maakäräjäpiirien kesken, joiden kohdalla kattosumma on ylittynyt.⁶⁹

Kuvio 34 Kuntoutustakuuseen varatut valtion määrärahat Ruotsissa (pl. tk-menot) 2008-14, miljoonaa kruunua (Lähde: Sveriges Kommuner och landsting).



Kuntoutustakuuta koskevia tilastoja

Vuonna 2012 kuntoutustakuuta koskevia korvauksia maksettiin Ruotsissa 743 miljoonaa kruunua, mikä oli 83 prosenttia jaossa olleesta valtion 900 miljoonan kruunun määrärahasta. Korvauskatto saavutettiin tai ylitettiin vain Gävleborgin, Kalmarin ja Skånen maakäräjäpiireissä. Kuntoutuksessa oli yhteensä 43 270 henkilöä, kun puhutaan päätyneistä hoitokasista. Heistä KBT/IPT-kuntoutukseen oli osallistunut 35 850, MMR1-kuntoutukseen 3 180 ja MMR2-kuntoutukseen 4 240. Kuntoutukseen osallistuneista naisia oli selvä enemmistö eli 72 prosenttia.

aalihallituksen (*Socialstyrelsen*) kansallisissa hoitosuosituksissa ja vakuutuslääketieteellisissä päätöksenteko-ohjeissa. Näillä on haluttu varmistaa kuntoutuksen korkea laatu ja saatavuus.

⁶⁹ Säästyneet määrärahat jaetaan asukasluvun mukaisesti suhteessa siten, että mikään maakäräjäpiiri ei voi kuitenkaan saada enemmän korvauksia kuin sen alueella on suoritettu kuntoutustoimenpiteitä.

MMR-kuntoutukseen osallistui Ruotsissa keskimäärin 1,2 henkilöä tuhatta työikäistä (16-65 –vuotiaat) kohden vuonna 2012. KBT/IPT-kuntoutukseen osallistuneita oli 5,8 tuhatta työikäistä kohden, mutta suhdeluvun väliset alueelliset erot olivat paljon suuremmat kuin MMR-kuntoutuksessa. Yhteenlaskettuna suhdeluku oli 7,0. Se oli korkein Kalmarin ja Skåne maakäräjäpiireissä ja alhaisin Örebron ja Västerbottenin alueella.

Taulukko 10 Kuntoutustakuun piirissä olleet kuntoutujat (päätyneet hoitajaksot) maakäräjäpiireittäin 2012 (Lähde: Kommuner och landsting)

Alue	KBT/IPT-kuntoutujat, lkm	MMR-kuntoutujat, lkm	Kuntoutujia yhteensä, lkm	Kuntoutujat / 1 000 työikäistä
Skåne	8 019	1 591	9610	11,9
Kalmar	1 198	297	1493	10,4
Västra Götaland	8 641	1 224	9865	9,5
Gävleborg	1 322	257	1579	9,2
Västmanland	1 346	128	1474	9,1
Sörmland	1 355	103	1458	8,5
Östergötland	1 773	342	2115	7,6
Jönköping	1 058	338	1396	6,6
Dalarna	941	151	1092	6,4
Gotland	189	40	229	6,3
Blekinge	455	91	546	5,8
Värmland	672	333	1005	5,8
Stockholm	5 700	1 198	6898	4,8
Halland	701	144	845	4,5
Jämtland	210	138	348	4,4
Kronoberg	267	184	451	3,9
Uppsala	588	278	866	3,8
Västernorrland	427	121	548	3,7
Norrbottn	359	182	541	3,5
Örebro	436	119	555	3,1
Västerbotten	195	161	356	2,2
Yhteensä	35 850	7420	43270	7,0

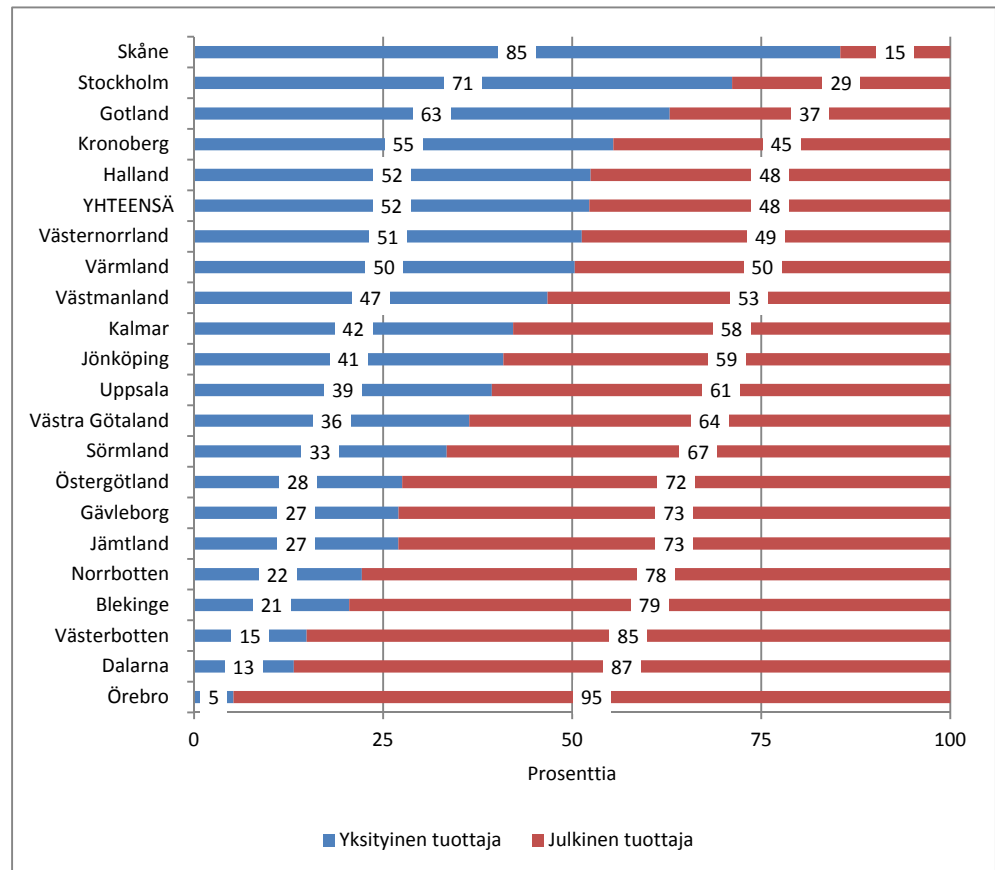
Kuntoutujien määrä on kasvanut kuntoutustakuujärjestelmän voimassaolon aikana, mutta vuosien 2009-2011 tilastot eivät täysin vertailukelpoisia vuoden 2012 tilastojen kanssa. Syynä on, että aiempina vuosina tilastot sisälsivät aloitetut ja päätyneet hoitajaksot (*påbörjade och avslutade behandlingar*), mutta vuodesta 2012 ainoastaan päätyneet kuntoutusjaksot. KBT-terapioiden tilastoitu määrä on alentunut myös sen vuoksi, että raportoinnin piirissä ovat vuodesta 2012 olleet vain potilaat, joilla on ollut vähintään 10-15 terapiatilaisuutta (*behandlingstillfällen*).

Vuoden 2013 ensimmäistä puoliskoa koskevat SKL:n tilastot osoittavat, että kuntoutuspotilaiden määrä on lisääntynyt vuosina 2012-2013. Kuntoutuksensa päättäneitä henkilöitä oli vuoden 2013 ensimmäisellä puoliskolla jo 26 410, mikä oli yli 60 prosenttia kaikista koko vuonna 2012 kuntoutuksensa päättäneistä henkilöistä. Jos kehitystä verrataan vuoden 2012 ensimmäiseen puoliskoon, kuntoutujien määrä oli lisääntynyt noin 86 prosenttia. Voimakkainta kasvu oli KBT/IPT-kuntoutuksessa, jossa kuntoutuksensa päättäneiden määrä oli lähes kaksinkertaistunut.

Asiakasmäärien kasvu johtuu siitä, että moni maakäräjäpiiri on lisännyt MMR-kuntoutuksen määrää perusterveydenhoidon puolella, mikä on nopeuttanut hoitoon pääsyä ja lyhentänyt sairauspoissaoloja. Myös KBT-kuntoutuksessa panostukset perusterveydenhuoltoon ovat tuottaneet tuloksia. Maakäräjät ovat kouluttaneet omaa henkilöstöään tai hankkineet palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta kilpailuttamalla. Asiakasvalintaa (*vårdval*), joka on perinteistä julkista hankintaa markkinalähtöisempi tapa tuottaa terveystalv palveluja, on hyödynnetty etenkin terapiapalveluissa.

Kuntoutustakuujärjestelmä alkuvaiheessa valtaosa kuntoutuksesta suoritettiin kuitenkin julkisten palveluntuottajien toimesta. Jotkut yksityiset palveluntuottajat joutuivat jopa lopettamaan toimintansa. Esimerkiksi vuonna 2009 yksityisten tuottajien markkinaosuus kuntoutustakuun piirissä olevista palveluista oli vain 20 prosenttia. Tämän jälkeen yksityisten kuntoutuspalvelujen merkitys on kasvanut voimakkaasti lyhyessä ajassa ja jo vuonna 2012 niiden osuus oli kohonnut SKL:n tilastojen mukaan keskimäärin 52 prosenttiin päätyneistä hoitajaksoista.

Kuvio 35 Kuntoutustakuun piirissä olleet kuntoutujat (päätyneet hoitajakset) maakäräjäpiireittäin ja palveluntuottajan mukaan 2012 (Lähde: Kommuner och landsting).



Yksityisten palveluntuottajien merkityksen nousu on seurannut asiakasmäärien kasvua.⁷⁰ Kysynnän kasvu on tyydytetty monissa maakäräjäpiireissä ostamalla kuntoutuspalvelut ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Näin on tapahtunut Skånessa, joka onkin yksi

⁷⁰ Ruotsin hoitotakuujärjestelmä (*vårdgaranti*) on voinut osaltaan lisätä yksityisiä kuntoutuspalveluja. Hoitotakuun perusajatuksena on, että jos maakäräjä ei pysty tarjoamaan hoitoa hoitotakuun edellyttämässä ajassa, tarvittavat palvelut on hankittava muulta palveluntuottajalta. Niitä voivat olla toinen maakäräjä tai yksityiset palveluntoimittajat.

eniten kuntoutuspalvelujen tarjontaa lisännyt alue Ruotsissa. Skånessa myös kuntoutujien määrä on suurin tuhatta työikäistä henkilöä kohden laskettuna. Pääosa maakäräjistä on tarjonnut kuitenkin julkisesti tuotettuja palveluja. Ääripäätä julkisessa palvelutuotannossa edustaa Örebron maakäräjät.

Saatujen tulosten arviointia

Kuntoutustakuujärjestelmän tuloksista ja toimivuudessa vuonna 2012 laadittu selvitys osoittaa, että järjestelmän tulokset ovat hyviä sellaisten psyykkisistä oireista (masennus, ahdistus, stressi) kärsivien kuntoutujien kohdalla, jotka eivät ole vielä sairauslomalla kuntoutuksen alkaessa.⁷¹ Samassa kohderyhmässä myös lääkkeiden käyttö oli vähentynyt jo lyhyellä aikavälillä. Liäksi terapiakäytien tarve pieneni pitkällä aikavälillä. Sen sijaan sairauslomalla olleiden kuntoutujien sairauspoissaoloihin kuntoutuksella ei ollut suurta vaikutusta, vaikka lääkkeiden tarve vähenikin.

Mielenterveydellisestä kuntoutuksesta saadut tulokset osoittavat selkeästi sen, että hoidon myönteiset vaikutukset ovat sitä suuremmat, mitä varhaisemmassa vaiheessa oireet tunnistetaan ja mitä nopeammin henkilöt saadaan asianmukaiseen, ennaltaehkäisevään hoitoon ennen oireiden kroonistumista. Kipupotilaiden (niska, hartia, selkä) osalta tulokset kuntoutuksen vaikuttavuudesta eivät olleet kovin selkeitä. MMR-kuntoutus ei ole vähentänyt kuntoutujien sairauspoissaoloja eikä kuntoutuksella ollut vaikutusta lääkkeiden käyttöön ja hoidon tarpeeseen jatkossa.

Kipupotilaiden osalta tuloksia voi heikentää toisaalta se, että kuntoutukseen ei ole päästy riittävän aikaisessa vaiheessa. Tuki- ja elinsairaudet kehittyvät useimmiten pitkän ajan kuluessa. Ne ovat saattaneet syntyä henkilön saamien vammojen seurauksena tai niiden taustalla voi olla jopa nuoruuden kasvuhäiriöitä. Monissa tapauksissa on hyväksyttävä se tosiasia, että terveen henkilön toimintakyky ei tulla saavuttamaan. Tällöin on tyydyttävä liikkuvuuden parantamiseen ja kivunpoistoon, millä parannetaan myös kuntoutujan psyykkistä elämän laatua.

Ruotsin tulokset vahvistavat näkemystä siitä, että kuntoutus on kohentanut kipupotilaiden liikkuvuutta ja yleistä mielialaa, vaikka suoritettujen hoitotoimenpiteet eivät ole sinänsä ”parantaneet” potilaita tai vähentäneet sairauslomien ja jatkohoidon tarvetta jatkossa. Kuntoutuksen tuloksellisuus riippuu paljolti näkökulmasta. Puhtaasti työnkyvyn täydellisen palauttamisen kannalta kuntoutuksella ei ole suurta vaikutusta, mutta terveydenhoidollisesta ja inhimillisestä näkökulmasta katsoen kuntoutuksella on ollut merkitystä potilaille itselleen.

Vuonna 2012 laadittu selvitys kuntoutustakuun piirissä annetun hoidon vaikuttavuudesta tehtiin Skånen alueella. Siinä tarkasteluajanjaksona olivat vuodet 2010-11. Asiasta julkistetaan kattavampi tutkimus 1. heinäkuuta 2014. Tutkimus perustuu toimeksiantoon, jonka Ruotsin hallitus on antanut Karoliiniselle instituutille (*Karolinska Institutet KI*), sosiaalivakuuttamisen tarkastuslaitokselle (*Inspektionen för socialförsäkringen ISF*) ja Työmarkkina- ja koulutuspoliittiselle arviointilaitokselle (*Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering IFAU*).

⁷¹ Mielenterveydellistä syistä kuntoutukseen hakeutuneista 70 prosenttia ei ollut sairauslomalla kuntoutusta aloitettaessa. Ks. Inspektionen för socialförsäkringen ISF: Rehabiliteringsgaranti 17/2012, Stockholm 2012 (www.isf.se).

Yhteenvedo ja johtopäätöksiä

Yksityisen toiminnan laajuus

Yksityinen kuntoutusala koostuu järjestöjen, järjestösidonnaisten yritysten ja yksityisten yritysten toiminnasta. Alan yksityisten markkinoiden arvo Suomessa oli arviolta 800–820 miljoonaa euroa vuonna 2012.⁷² Samanaikaisesti kuntoutusala työllisti 12 800 henkilöä kokovuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna.

Kuntoutusalan ydintoimialojen toimijat, kuten kuntoutuslaitosten, sairaus- ja toipilaskotien ja fysioterapian palveluntuottajat muodostivat 90–95 prosenttia alan liikevaihdosta ja työllisyydestä. Sivutoimiset palveluntuottajat, kuten matkailu- ja kylpylälalan yritysten osuus oli 5-10 prosenttia.

Yksityisen kuntoutusalan ydintoimialoilla oli Tilastokeskuksen tilastojen mukaan 3 208 toimipaikkaa vuonna 2012. Toimipaikoista 86 prosenttia oli yritysten toimipaikkoja ja 14 prosenttia järjestöjen toimipaikkoja. Alan markkinoiden arvosta järjestöjen osuus oli kuitenkin 47 prosenttia ja työllisyydestä 51 prosenttia.⁷³

Liikevaihdon ja työllisyyden kehitys

Yksityisen kuntoutusalan liikevaihto kasvoi keskimäärin 16 prosenttia tarkasteluajanjaksolla 2008–2012. Alan työllisyys heikkeni sen sijaan kolme prosenttia. Tosin myös liikevaihdon kasvu on hidastunut viime vuosina ja vuonna 2012 liikevaihto kääntyi loivaan 1-2 prosentin laskuun.

Alan kehitys on ollut paljon heikompaa järjestöjen puolella kuin yritysmuotoisessa toiminnassa. Yritysmuotoisen toiminnan kasvu on ollut parempaa kuin maamme koko yritystoiminnassa keskimäärin. Se on kuitenkin osittain tulosta järjestömuotoisen toiminnan yhtiöittämisistä.

Kannattavuus heikkoa

Yritysmuotoista toimintaa koskeva tarkastelu osoittaa, että erityisesti kuntoutuslaitosten, sairaskotien yms. kannattavuus on ollut keskimäärin varsin heikkoa vuosina 2008–2012. Heikkoa kannattavuutta selittävät palvelumyynnin määrän ja -hintojen hidas kasvu kustannuskehitykseen verrattuna.

Kannattavuutta on vaikea parantaa, elleivät kapasiteetin käyttöaste parane ja palveluhinnat nouse. Kustannuksia ei ole helppoa alentaa, sillä kuntoutuslaitoksissa on ylläpidettävä määrättyä henkilöstömitoitusta. Myös toimitilat vaativat jatkuvaa kunnossapitoa sekä ylläpito- ja korjausinvestointeja.

⁷² Yksityisen toiminnan arvo muodostuu kuntoutuksen ydintoimialoja edustavien yritystoimipaikkojen liikevaihdosta ja vastaavien järjestömuotoisten toimipaikkojen arvioidusta (laskennallisesta) liikevaihdosta, johon on lisätty eräiden sivutoimisesti alalla toimivien yritysten kuntoutuspalvelujen myynti. Sivutoimisia yrityksiä on muun muassa matkailu- ja kylpylätoiminnassa.

⁷³ Pois lukien sivutoimisesti kuntoutuspalveluja tarjoavien yritysten, kuten matkailu- ja kylpylälalan yritysten toiminta.

työelämässä olevien työikäisten työkyvyn ylläpito ja ikääntyneiden kuntoutuspalvelut nostavat merkitystään hieman enemmän.

Yksityiset palveluntuottajat ovat myös kiinnostuneita laajentamaan palvelujaan sosiaali- seen kuntoutukseen, työkyvyttömyyden uhanalaisten ammatilliseen kuntoutukseen ja mielenterveyskuntoutujien kuntoutuspsykoterapiaan. Nämä palvelut ovat niitä, joiden kysyntä todennäköisesti lisääntyy tulevaisuudessa.

Ikääntyneiden palvelutarpeet kasvussa

Sairauspääryhmittäin tarkasteluna palvelutarpeiden ennustetaan kasvavan eniten tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. Myös muistisairaudet ovat kuntoutuspalvelujen kysyntää lisääviä sairauksia, mikä on linjassa väestön vanhenemisen kanssa. Unohtaa ei pidä myöskään ikääntyneillä yleisiä mielenterveydellisiä ongelmia.

Yksityiset palveluntuottajat ovat halukkaita laajentamaan nykyistä tarjontaansa varsinkin ikääntyneiden henkilöiden kuntoutustarpeiden tunnistukseen, yksilöllisesti räätälöityyn kuntoutukseen, monialaiseen kuntoutukseen, sairaanhoidon jälkeiseen avomuotoiseen kuntoutukseen ja kotiin vietäviin kuntoutuspalveluihin.

Kuntoutustarpeiden tunnistaminen on tärkeää, jotta kuntoutus voidaan aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Monialaisuus ja kuntoutustarpeiden räätälöinti on ikääntyneiden kuntoutuksessa tärkeää, koska monet vanhukset tarvitsevat kuntoutusta samanaikaisesti fyysisiin ja psyykkisiin ongelmiinsa.

Terveysmatkailussa kasvun varaa

TEM:n ja Terveyspalvelualan Liiton kuntoutusalan kyselyjen mukaan ulkomaisten kuntoutuspalveluja ostavien asiakkaiden määrä on ollut toistaiseksi erittäin pieni. Tosin Venäjän suunta nähdään potentiaalisena mahdollisuutena, johon muutamat kuntoutuslaitokset pyrkivät panostamaan pitkäjänteisesti.

Mielenkiinto suuntautuu etenkin omatoimisesti maahan tuleviin ja kuntoutuspalvelunsa itse maksaviin asiakkaisiin. Haasteena on yksityisten palveluntuottajien pieni keskimääräinen koko, sillä palveluvienti edellyttäisi kuntoutuksen brändituotteita sekä panostuksia vieraskieliseen medianäkyvyyteen ja palveluun.

Useita kuntoutusjärjestelmiä

Kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuu voi olla tilanteesta riippuen esimerkiksi kunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollolla, KELAlla, työeläkelaitoksella, Valtiokonttorilla, työterveyshuollolla, tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöllä tai työvoimaviranomaisilla.

Asiantuntijoiden mukaan Suomessa on kuntoutuksen järjestäjä- ja rahoittajatahoja niin paljon, että on parempi puhua kuntoutusjärjestelmistä kuin yhdestä järjestelmästä. Yksityisten palveluntuottajien kannalta tärkeimpiä toiminnan rahoittajia ovat kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto, KELA ja Valtiokonttori.

Vuotta 2020 koskevien ennusteiden mukaan kunnallisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja itse maksavien asiakkaiden merkitys lisääntyy. KELAn merkitys pysyy suurin piirtein ennallaan ja Valtiokonttorin asema supistuu voimakkaasti veteraanikuntoutuksen vähitellen loppuessa.

Kuntoutuskentän pirstaleisuus aiheuttaa ongelmia erityisesti kuntoutujille, mutta myös yksityisille kuntoutuspalvelujen tuottajille. Jopa terveydenhuollossa toimivilla palveluneuvojilla voi olla asiantuntijoina vaikeuksia hahmottaa kuntoutuskentän moninaisuutta ja ohjata asiakkaita oikeanlaisen palvelun piiriin.

Kuntoutujan kannalta keskeisiä ongelmakohtia ovat kuntoutuksen jatkuvuuteen ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat, asiakaskohtaisen kokonaisvastuun puuttuminen ja kuntoutujan jokseenkin heikot mahdollisuudet vaikuttaa oman kuntoutuksensa laatuun, sisältöön ja kuntoutuspalvelun tuottajan valintaan.

Yksityisten kuntoutusalan palveluntuottajien näkökulmasta ongelmia ovat riittämätön ja epävarma rahoitus sekä erilaiset laatustandardit ja kilpailutuskäytännöt. Kuntoutustoiminnan kannalta on myönteistä, että vastuujaako selkiytyy, kun sote-palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu siirtyy suurille järjestämisalueille.⁷⁴

Toisaalta yksityisten palveluntuottajien asema ja kilpailuttamisen organisointi uudessa sote-järjestelmässä kaipaa selkiyttämistä. Myös kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksia voitaisiin lisätä siirtymällä asiakkaan valintaa korostavaan nk. raha seuraa potilasta -järjestelmään.

⁷⁴ Kuntoutusalan vastuujaako voitaisiin yksinkertaistaa edelleen siirtämällä KELAn vastuulla oleva ja kilpailuttama palvelutuotanto uuden sote-järjestelmän piiriin siten, että KELA keskittyisi vain rahallisten etuuksien jakamiseen.

Lähteet

Eläketurvakeskus ETK: Työeläkekuntoutus vuonna 2012, ETK:n tilastoraportteja 3/2013, Helsinki 2013. (www.etk.fi)

Järvikoski, Aila: Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet, STM:n raportteja ja muistioita 43/2013, Helsinki 2013. (www.stm.fi)

Kansaneläkelaitos Kela: Tilastollinen vuosikirja 2012, sosiaaliturva 2013, Helsinki 2013. (www.kela.fi)

Kansaneläkelaitos Kela: Kuntoutustilasto 2012, sosiaaliturva 2013, Helsinki 2013.

Kuntoutuksen toimialayhdistys ry: Tiedotteita vuosilta 2013-14. (www.ktay.fi)

Liikennevakuutuskeskus: Vakuutusyhtiöiden liikennevahinkotilasto 2012. (www.lvk.fi)

Lith, Pekka: Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet, Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämisestä sosiaali- ja terveystalvetuissa, työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 34/2013, Helsinki 2013.

Pekkala, Elise: Hankintojen kilpailuttaminen, Jyväskylä 2007.

Regeringskansliet: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2014, socialdepartement, Dnr 13/7327. (www.skl.se)

Sosiaali- ja terveystministeriö STM: Kuntoutuslaitosselvitys 2009, Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi, STM:n selvityksiä 61/2009, Helsinki 2009. (www.stm.fi)

Suomen sosiaali ja terveys ry: Järjestöbarometri 2013, Helsinki 2013. (www.soste.fi)

Suomen sosiaali ja terveys ry: Sosiaalibarometri 2014, Helsinki 2014.

Sveriges Kommuner och Landsting: Rehabiliteringsgaranti 2012, erfarenheter och resultat, Stockholm 2012. (www.skl.se)

Sveriges Kommuner och Landsting: Rehabiliteringsgaranti 2013, erfarenheter och resultat, Stockholm 2013.

Tilastokeskus: Kansantalouden tilinpidon tilastoja 1990-2013. (www.tilastokeskus.fi)

Tilastokeskus: Työpaikkatapaturmatilastot 2005-12.

Tilastokeskus: Rajahaastattelututkimus 2012.

Tilastokeskus: Toimialaluokitus TOL 2008, TK:n käsikirjoja 4, Helsinki 2008.

Tilastokeskus: Väestörakenne- ja ennustetilastot 2013-2030.

Tilastokeskus: Yritys- ja toimipaikkarekisterin tilastoja 2007-12.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL: Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa, THL:n raportti 21/2012, Helsinki 2012. (www.thl.fi)

Työ- ja elinkeinoministeriö: Toimiala Oneline:n yritystilastot. (www.tem.fi)

Työ- ja elinkeinoministeriö: Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti, mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi, TEM:n julkaisuja 2/2011, Helsinki 2011.

Työ- ja elinkeinoministeriö: Vajaakuntoinen TE-toimiston asiakkaana, TEM:n julkaisuja 31/2011, Helsinki 2011.

Työtapaturmavakuutus: Työtapaturmat 2013 –vuosijulkaisu. (www.tvl.fi)

Vakuutuskuntoutus VKK ry: Vuosikertomus 2013. (www.vkk.fi)

Valtiokonttori: Tilinpäätös 2012. (www.valtiokonttori.fi)

Valtioneuvoston kanslia: Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 17/06/2011. (www.vnk.fi)

Valtiontalouden tarkastusvirasto: Tuloksellisuustarkastuskertomus, Kuntoutus työurien pidentäjänä, Tarkastuskertomukset 2/2013, Helsinki 2013. (www.vtv.fi)

Vanhustyön keskusliitto ry: Muistisairaiden kuntoutus hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä, tiedote 04/06/2013. (www.vtkl.fi)