



KUNTOUTUKSEN TOIMIALA- JA TULEVAISUUSSELVITYS

LOPPURAPORTTI – MÄÄRÄLLINEN OSIO

28.3.2019

Sisällys

1. Johdanto	3
2. Selvityksen tavoitteet, aineisto ja menetelmät	6
2.1 Tutkimuksen tavoitteet.....	6
2.2 Selvityksessä hyödynnetty aineisto, keskeiset menetelmät ja selvityksen toteuttaminen	7
2.4 Keskeiset käytetyt termit ja niiden selitykset	8
3. Suomen kuntoutuspalvelumarkkinan koko, jakautuminen ja kasvu	10
3.1 Selvityksen kohteena olleen kuntoutuspalvelumarkkinan määrittäminen	10
3.2 Kuntoutuspalveluiden kehittyminen.....	11
4. Julkisen ja yksityisen sektorin työnjako kuntoutuksessa ja julkisen syyt käyttää ostopalveluita	13
4.1 Kuvaus yksityisen sektorin tuottamista kuntoutuspalveluista.....	13
4.2 Miten ja miksi kunnat ja kuntayhtymät hyödyntävät osto-palveluita?	14
4.3 Julkisen sektorin tavat hyödyntää kuntoutusta ostopalveluna	16
5. Kelan järjestämä kuntoutus	19
6. Johtopäätökset.....	27
7. Lähteet.....	29
8. Liite kuntoutuspalvelukokonaisuuksien sisällöstä	30

TEKIJÄT

Pekka Kallionpää, Nordic Healthcare Group
 Antti Kähkönen, Nordic Healthcare Group
 Riikka-Leena Leskelä, Nordic Healthcare Group

1. Johdanto

Suomalainen kuntoutusjärjestelmä joutuu tällä hetkellä vastaamaan useaan haasteeseen. Yhtäältä erityisesti ikääntyminen lisää kuntoutustarvetta ja asettaa haastetta palveluiden kehittämiselle ja rajapintojen yhdistämiselle, toisaalta kustannusten kasvu ja tarve uudistaa sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä edellyttävät kuntoutuksen roolin tarkastelua.

Kuntoutus on toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää asiakkaan työ- tai toimintakykyä erilaisten palveluiden avulla. Niin kuntoutujien joukko kuin kuntoutuspalveluiden järjestäjä- ja tuottajakenttä on moninainen eikä yhtä yhtenäistä kuntoutuspalvelujärjestelmää ole Suomessa muotoutunut. Tämän Kuntoutuksen toimiala- ja tulevaisuusselvityksen tarkoituksena on ollut muodostaa ylätasoin kuva kuntoutuspalveluiden järjestämisestä ja tuotannosta kokonaisuutena sekä luoda katsaus tulevaisuuteen. Selvityksen toteuttivat Nordic Healthcare Group ja Kuntoutussäätiö. Selvityksen ohjausryhmä on koostunut selvityksen rahoittajista: Hyvinvointiala HALI ry, Kuntoutussäätiö, Kuntoutuksen toimialayhdistys ry, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvvelujen kuntayhtymä (Essote), Mikkelin kaupunki, Suomen Kuntoutusyrittäjät ry sekä Hoito- ja kuntoutuslaitosten liitto ry. Lisäksi Kela on selvitystyön loppuvaiheessa rahoittanut maakunnallisten erojen tutkimista.

Hankkeen taustalla oli tarve päivittää niin kuntoutuksen järjestäjien, rahoittajien kuin tuottajien yhteisessä intressissä oleva ymmärrys alan nykytilasta, tulevaisuuden skenaarioista ja kehitysmahdollisuuksista. Edellinen kokonaisvaltainen selvitys kuntoutustoimialan kehityksestä on tehty tutkija Pekka Lithin toimesta vuonna 2014¹, joka pohjautui vuoden 2012 ja sitä edeltävän ajan tietoihin. Kyseisen selvityksen jälkeen kuntoutustoimiala on kuitenkin jonkin verran konsolidoitunut etenkin suurten terveystalvvelu- ja hoivapalveluyritysten vahvistumisen myötä. Nämä tuottavat myös paljon kuntoutuspalveluita, jotka eivät ole aiemmin olleet yhtä kiinteä osa yritysten sosiaali- ja terveystalvveluiden valikoimaa. Kuntoutuksen järjestämisen ja rahoittamisen näkökulmasta olennaista on se, millaisena kuntoutus nähdään osana sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää.

Tämä NHG:n toteuttama osa-alue Kuntoutuksen toimiala- ja tulevaisuusselvityksestä valottaa kuntoutusalan nykytilaa ja mahdollisuuksia erityisesti tilastoaineistojen tehtyjen analyysien avulla, joiden tulkintaa on syvennetty kohdennetuilla haastatteluilla. Tilastojen perusteella piir-

¹ Lith, Pekka: Kuntoutusalan markkinat. Raportti yksityisten palveluntuottajien kuntoutustoinnista tilastoaineistojen valossa. Työ- ja elinkeinoministeriön elinkeino- ja innovaatio-osaston. TEM raportteja 19/2014

tyy kuva kuntoutuksen lukuisista eri palveluista, tuottajista, järjestäjistä ja rahoittajista muodostuvasta kuntoutuskokonaisuudesta. Maan seuraava hallitus saa käsiinsä tärkeän tehtävän sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sekä niiden osana myös kuntoutuksen uudistamisesta.

Loppuraportin kirjoittamisen hetkellä tätäkin selvitystä kehystänyt pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelman keskeinen lainsäädäntöhanke eli sosiaali- ja terveysuudistus ja maakuntauudistus raukesi. Uudistusten arvioitiin toteutuessaan tuovan merkittäviä muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluiden ja muiden julkisten palveluiden näkökulmasta, joiden järjestämisestä kunnat ovat tällä hetkellä vastuussa. Uudistuksessa järjestämisvastuu olisi siirtynyt 18 perustettavalle maakunnalle, jotka pääosin vastaisivat sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksesta. Kuntoutus ei ole tästä kehyksestä irrallinen kokonaisuus. Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistukseen olisi sisältynyt myös rahoitusuudistus. Kuntoutuksen näkökulmasta keskeistä on kysymys valitsevan monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamisesta ja osana sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistusta suunnitellusta valinnanvapaudesta. Suunnitellun järjestelmään nojautuen sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakas olisi tietyin edellytyksin voinut valita yksityisen ja julkisen palveluntuottajan välillä niin, että maksajana olisi maakunta.

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmästä ja sen uudistamisesta käytävässä keskustelussa huomio kiinnittyy usein erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin, kustannuksiin ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon saatavuuteen, kuten siihen, missä ajassa potilas pääsee vastaanotolle tai leikkaukseen. Julkiseen keskusteluun nousee tästä näkökulmasta myös eri alueilla asuvien, eri ikäisten ja eri työmarkkina-asemassa olevien kansalaisten yhdenvertaisuus eli tosiasialliset mahdollisuudet säilyttää ja ylläpitää hyvää terveyttä ja toimintakykyä. Kuntoutuspalveluiden pitäisi olla keskeisessä roolissa eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rajapinnat yhdistävänä tekijänä. Osana kokonaishoito- ja palveluketjuja kuntoutuksella on mahdollisuus vähentää kokonaispalvelukäyttöä, hillitä kustannuksia ja vaikuttaa kuntoutujien elämänlaatuun.

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä ja kuntoutusjärjestelmä sen osana eivät kuitenkaan toimi täydellisesti. Tieto ei välttämättä kulje erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä saati sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä. Kunnat ja sairaanhoitopiirit eivät aina toimi tiiviissä yhteistyössä keskenään tai muiden julkisten ja yksityisten palveluiden kanssa eikä hoito- ja kuntoutuspolkua kyetä koordinoimaan. Kuntoutuksen rahoittaja- ja tuottajakenttä on moninainen ja koostuu lukuisista julkisista ja yksityisistä toimijoista. Kuntoutusjärjestelmän muutostarve on todettu useassa raportissa, kuten kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksissa.² Tämä selvi-

² Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Saata-

tys pyrkii osaltaan tarkastelemaan kuntoutusalaa ja sen kehittämismahdollisuuksia tarjoamalla tilastotietoa päätöksenteon tueksi.

Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksesta riippumattomia, kuntoutuspalveluihin vaikuttavia tekijöitä ovat lisäksi erityisesti ikääntyminen sekä digitalisaation ja kehittyvän teknologian mahdollistamat uudenlaiset palvelumuodot. Tärkeä kuntoutusalasta kansallisesti käytävää keskustelua kehystävä seikka on myös kuntoutuksen uudistamiskomitean julkaisemien ehdotusten toteuttaminen.³ Voidaan siis todeta, että kuntoutusala on suurten muutosten keskellä ja edessä riippumatta siitä missä muodossa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisuudistus tulevaisuudessa toteutuu. Selvitys on laadittu, jotta kuntoutuksen merkitsevyys voitaisiin julkisessa keskustelussa ymmärtää nykyistä paremmin ja kuntoutuksesta voidaan keskustella tarkimman ja tuoreimman käytettävissä olevan tiedon valossa parhaalla mahdollisella tavalla vaikuttaen kuntoutuksen positiiviseen kehittymiseen maassamme.

Koko kuntoutuskentän yhteisenä tavoitteena pitää olla kuntoutujalähtöiset yhtenäiset palveluketjut: järjestäjä-rahoittaja-tuottajasektoreiden ylittävää laaja-alaista kertynyttä ja kehitettyä osaamista on hyödynnettävä kustannusvaikuttavuuden ja tuloksellisuuden saavuttamiseksi.

vissa verkosta osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160273>. Vierailtu 7.3.2019

³ Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2017. Saatavissa sähköisessä muodossa osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf. Vierailtu 6.3.2019.

2. Selvityksen tavoitteet, aineisto ja menetelmät

2.1 Tutkimuksen tavoitteet

Kuntoutuksen toimiala- ja tulevaisuusselvityksen tavoitteiksi muotoutui tarjouspyynnön ja ohjausryhmän työskentelyn perusteella kartoittaa sekä määrällisestä että laadullisesti kuntoutustoimialan nykytila, että luoda katsaus siihen, miten toimialan voidaan arvioida tulevaisuudessa kehittyvän. Määrällisen osion toteutuksesta vastasi NHG ja laadullisen osion toteutuksesta Kuntoutussäätiö. Päättävöitteista johdettuja tavoitteita NHG:n osuuteen olivat seuraavat:

1. Tarkennetaan kuvaa kuntoutusalan markkinasta, sen kehitymisestä sekä ja julkisen ja yksityisen sektorin työnjaosta
2. Kartoitetaan kuntoutustoimialan yksityisen palvelutuotannon nykytila: toiminnanharjoittajien toimipaikkojen, henkilöstömäärän, palveluntuottajien lukumäärän ja liikevaihdon sekä näiden kehityksen. Tilastokeskuksen toimialoittain kerätty tieto osoittautui epäluotettavaksi.
3. Selvitetään Kelan rahoittaman kuntoutuksen painopisteitä, asiakas- ja rahamääriä sekä niiden kehitystä. Lisäksi tarkoitus oli vertailla maakuntia Kelan kuntoutuksen osalta ja kartoitettava, kuntoutustoiminnan nykytilanne.
4. Kartoitetaan julkisen sektorin ostopalveluita kuntoutuksessa. Tässä tarkoituksessa analysoitiin Essoten kuntoutuksen painopisteitä sekä ostojen ja oman tuotannon suhdetta kustannusten perusteella. Määrällisen analyysin lisäksi kartoitettiin kansallisesti kuntien ja sairaanhoitopiirien ostokäytäntöjä kohdennettujen asiantuntijahaastatteluiden avulla.
5. Lopuksi tavoitteena oli esittää johtopäätöksiä siitä, miten kuntoutusalan voidaan arvioida tulevaisuudessa kehittyvän muun muassa vireillä ollut pääministeri Juha Sipilän hallituksen kaavailema sosiaali- ja terveystalvaelu-uudistus huomioon ottaen, millaiset haasteet alaa kohtaavat, millaisia mahdollisuuksia kuntoutusala tarjoaa ynnä mihin toimenpiteisiin olisi suotavaa ryhtyä, jotta ala voisi kehittyä myönteisesti

2.2 Selvityksessä hyödynnetty aineisto, keskeiset menetelmät ja selvityksen toteuttaminen

Aineistona määrällisessä osiossa hyödynnettiin ensisijaisesti tietokantapoimintoja ja tilastojulkaisuja, aiempia tutkimuksia ja selvityksiä – lisäksi kerättyä tietoa ja havaintoja syvennettiin kohdennettujen asiantuntijahaastatteluiden avulla.

Toimialan ja järjestäjien nykytila kartoitettiin kuvailevalla tietokanta- ja rekisterianalyysillä, jossa yhdisteltiin tietoja eri tietokannoista ja rekistereistä ja luotiin synteesi näistä datapisteistä kvantitatiivisen data-analyysin menetelmin. Lisäksi toteutettiin kohdennettuja asiantuntijahaastatteluja. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina puhelimitse: haastateltavat olivat kuntoutuksesta vastaavia lääkäreitä eri tehtävissä suurista kaupungeista, sairaanhoitopiireistä ja maakuntavalmistelusta. Tausta-aineistona hyödynnettiin mm. vuoden 2014 toimialaselvitystä (TEM 19/2014) ja sen datalähteitä. Selvityksen analyysijä päivitettiin vuoden 2012 jälkeen kertyneillä tiedoilla olemassa olevilla aineistoilla (mm. Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri, Kansaneläkelaitoksen sekä Eläketurvakeskuksen vuositilastot). Ymmärrys julkisesti rahoitetusta tuotannosta muodostettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Kelan julkaisemien tilastojen avulla sekä Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän toimittamien tietojen avulla.

Selvityksessä mukana olleelta Essotelta saatujen kustannus- ja palvelutietojen perusteella voitiin arvioida, miten case-alueella julkisesti rahoitettu kuntoutus organisoituu, mitkä sen volyymit ovat, mihin kuntoutuksen lajeihin se kohdistuu, paljonko tuotetaan julkisesti ja paljonko ostetaan yksityisiltä tuottajilta. Tuloksia peilattiin ohjausryhmän valitseman viiteen maakuntaan (joissa myös Kelan tilastojen perusteella kuntoutuksen järjestämistapa näyttäytyi eroavan) kohdistettujen asiantuntijahaastatteluiden avulla. Markkinakatsauksessa esitetyt luvut ovat vuodelta 2016, joka on selvityksen aloitushetkellä ollut saatavilla oleva viimeisin vuosi, jolta on kaikkien markkinamäärityksen palveluiden osalta yhtenäisesti saatavissa luotettavaa dataa.

Alan tulevaisuuden näkymien, haasteiden ja mahdollisuuksien sekä toimenpidesuosituksen osalta apuna toimivat aikasarjojen, asiantuntijahaastatteluiden ja toimialakatsausten perusteella kokonaisuutena muodostettu näkemys. Näiden lähteiden pohjalta muodostettiin myös markkinan kehitystä selittävät taustamuuttujat. Kuntoutuksen moninaisuuden vuoksi kokonaiskuvan muodostamiseksi oli yhdistettävä useista eri lähteistä kerättyjä tietoja, mikä on syytä huomioida tuloksia tulkittaessa.

Laadullisen analyysin avulla arvioitiin markkinaa vaikuttavien taustamuuttujien vaikutusta historialliseen kehitykseen. Arviossa hyödynnettiin asiantuntijahaastatteluiden lisäksi muun muassa palvelujen kysyntään vaikuttavia aineistoja kuten Tilastokeskuksen väestöennusteita. Lisäksi arvioitiin toimintaympäristön muutoksen vaikutukset markkinaa kuten sote-uudistuksen ja valinnanvapauden myötä avautuvaksi arveltu markkinapotentiaali (esim. vaikutus palveluiden kysyntään, yksityisen markkinan osuus). Tilastoanalyysin tulkinnoissa hyödynnettiin myös Kuntoutussäätiön toteuttaman osaselvityksen tuloksia. Lopputuloksena syntyi kokonaiskuva kuntoutuspalveluista, niiden kehityksestä ja vaikuttavista ajureista, palvelujärjestelmän alueellisista eroista ja näkemys toimialan tulevaisuuden kehityksestä.

2.4 Keskeiset käytetyt termit ja niiden selitykset

Kuntoutus

Kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa.⁴ Selvityshankkeessa kuntoutuspalvelut on jäsennetty neljään osaan Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportin ehdotusten mukaan: 1) Toimintakyvyn edistäminen; 2) Sosiaalinen osallisuus; 3) Työkyvyn edistäminen ja 4) Muu kuntoutus. Alla on lyhyesti kuvattu selvityksessä valittujen osa-alueiden palvelusisältö. Kuvattujen määritelmien lisäksi liitteessä raportin lopussa on täsmennetty sitä, mitä kuntoutuspalveluita kuhunkin kokonaisuuteen kuuluu.

1. Toimintakyvyn edistäminen

- Tavoitteena tukea kuntoutujan toimintakykyä, osallisuutta, elämänhallintaa ja edellytyksiä suoriutua itsenäisesti päivittäisistä askareista. Tavoitteena on myös ehkäistä syrjäytymistä
- Keskeiset palvelukokonaisuudet Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutus; muu julkisesti rahoitettu fysioterapia kuin Kelan KL 1 ja KL 2 työterveyshuollon fysioterapia

⁴ Kuntoutuksen uudistamiskomitea, STM 2017, jossa ”Lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetun asetuksen (1015/1991) ja sittemmin kumotun asetuksen mukaan lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään ”parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa”. Määritelmä on varsin laaja ja sopisi myös kuntoutuksen yleiseksi määritelmäksi”.

- Palvelut ovat kuntien (ml. sairaanhoitopiirien) ja Kelan järjestämää ja rahoittamaa terveydenhuoltolain sekä Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain nojalla
- Asiakaskunta moninainen

2. Sosiaalista osallisuutta edistävä kuntoutus

- Tavoitteena tukea kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä ja osallisuutta sekä torjua syrjäytymistä
- Keskeiset palvelukokonaisuudet päihde- ja mielenterveysasiakkaiden tuettu asuminen, perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyshoito, vammaisten henkilöiden päivä- ja työtoiminta sekä mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelut.
- Kuntien sosiaalihuolto- ja terveydenhuoltolakien nojalla järjestämää
- Suurimmat asiakasryhmät mielenterveys- ja päihdekuntoutujat sekä vammaiset henkilöt

3. Työkykyä edistävä kuntoutus

- Tavoitteena tukea kuntoutujan työkykyä eli edellytyksiä saada hänelle sopiva työ tai välttää kyvyttömyys suoriutua siitä
- Keskeiset palvelukokonaisuudet työeläkekuntoutus, työterveyshuollon fysioterapia, Kelan ammatillinen kuntoutus, Kelan harkinnanvarainen kuntoutus sekä Kelan kuntoutuspsykoterapia
- Työeläkevakuutusyhtiöiden työeläkelakien ja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain, sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolainsäädännön nojalla järjestämää
- Asiakkaina erityisesti työelämässä tai opiskelemassa olevia ja työikäisiä

4. Muu kuntoutus

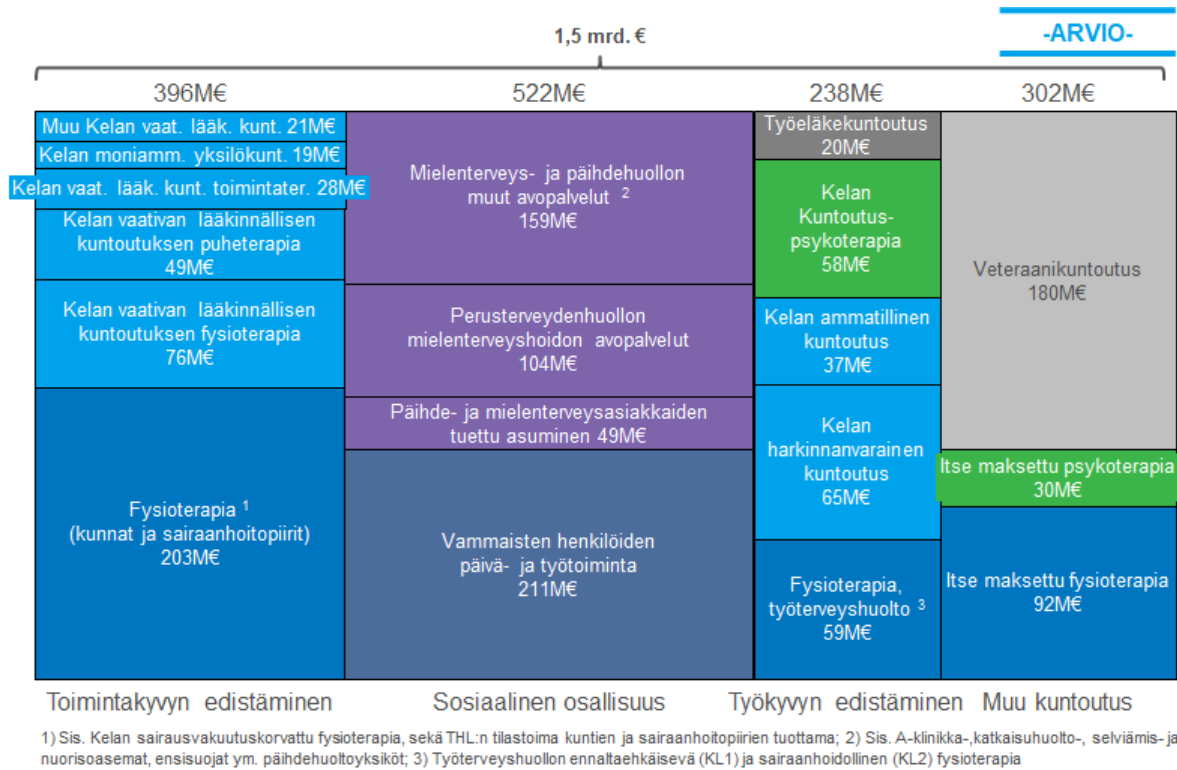
- Muu kuntoutus kattaa palvelut, jotka eivät luonteensa vuoksi sovi selvästi muihin kuntoutuksen alakategorioihin tai ovat itse maksettuja
- Suurimpana palvelukokonaisuutena (valtion maksama) sotainvalidien ja veteraanien, heidän puolisoitensa ja leskiensä kuntoutus laitos-, avo- ja päivä kuntoutus. Lisäksi muu kuntoutus sisältää itse maksetut fysioterapia- ja psykoterapiapalvelut
- Valtiokonttori sotilasvammalain nojalla järjestämää. Itse maksettuihin palveluihin haudutaan omaehtoisesti.

3. Suomen kuntoutuspalvelumarkkinan koko, jakautuminen ja kasvu

3.1 Selvityksen kohteena olleen kuntoutuspalvelumarkkinan määrittäminen

Kuntoutuspalvelumarkkinan määrittämisessä on käytetty edellä esitettyä jaottelua: 1) Toimintakyvyn edistäminen; 2) Sosiaalinen osallisuus; 3) Työkyvyn edistäminen ja 4) Muu kuntoutus. Kuntoutusmarkkina palveluineen on esitetty Kuvassa 1. Kuntoutusmarkkina muodostuu noin puolentoista miljardin euron kokoiseksi. Psykiatria (n. 740 miljoonaa euroa) ei sen hoitomaisuuden vuoksi ole luettu kuntoutusmarkkinaan kuuluvaksi. Suurimmat kaksi palvelusegmenttiä eli toimintakyvyn edistäminen (396 M€) ja sosiaalinen osallisuus (522 M€) muodostavat yhteensä n. 63 % markkinasta. Lisäksi työkyvyn edistämiseen käytetään vuodessa 238 M€ ja muihin kuntoutuspalveluihin 302 M€. Suurimmat yksittäiset palvelut ovat eri kokonaisuuksiin jakautunut fysioterapia (430M€) sekä sosiaaliseen osallisuuteen kuuluvat päihde- ja mielenterveyskuntoutujien palvelut (311 M€) ja vammaisten päivä- ja työtoiminta (211 M€). Toisen palvelukategoriat ylittävä kokonaisuus on psykoterapia (94 M€). Veteraanikuntoukseen käytetään noin 180 M€⁵. Pekka Rissanen arvioi kuntoutusmenojen suuruudeksi vuonna 2013 vajaat kaksi miljardia euroa. Luku sisältää tulonsiirtoja, kuten työttömyysturva- yms. Sosiaalimaksuja, joita ei tämän selvityksen markkinaan ole sisällytetty. Toisaalta sosiaalisen osallisuuden palvelukokonaisuuteen on tavanomaista kuntoutusmääritelmää laajemmin sisällytetty myös päihde- ja mielenterveyskuntoutujien avopalvelut, kotiin vietävät palvelut ja tuettu asuminen.

⁵ Sisältää kuntoutuspalveluiden lisäksi myös muita etuja ja laitoshoidon kustannuksia.



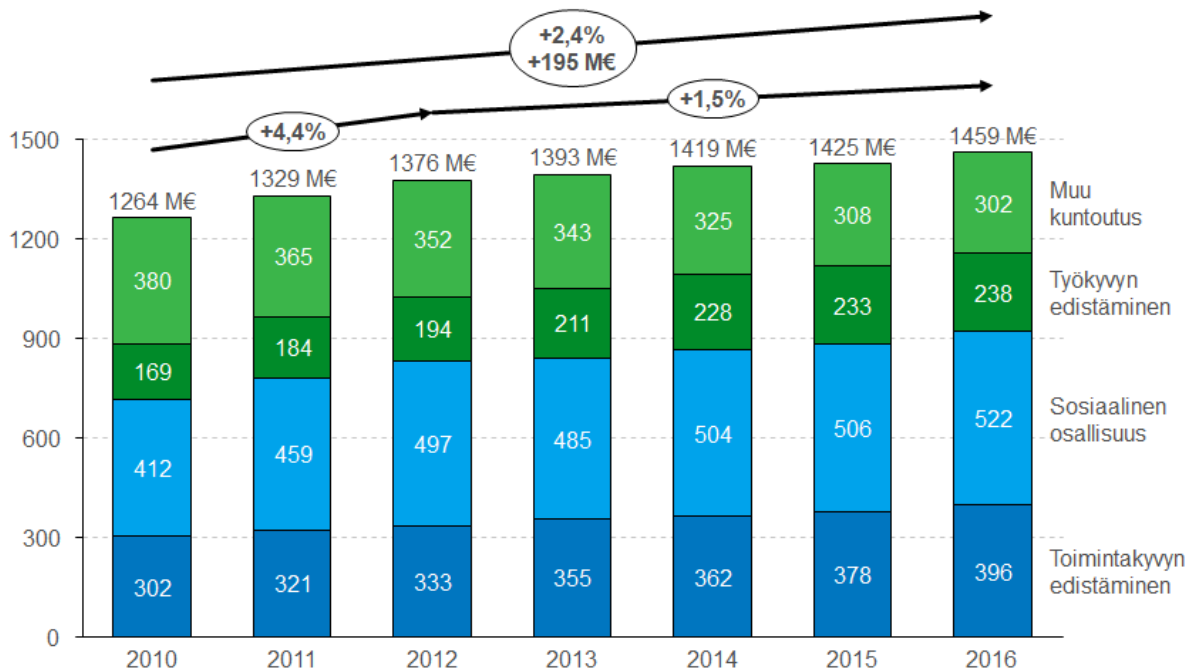
Kuva 1: Kuntoutuspalvelut Suomessa 2016, M€.

Lähteet: Valtion tilinpäätösaineisto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kuusikko-kunnat, KELA, Sotkanet, Eläketurvakeskus, NHG analyysi

3.2 Kuntoutuspalveluiden kehittyminen

Edellä olevan jaottelun mukaisesti tarkasteltuna kuntoutusmarkkina on kokonaisuudessa kasvanut keskimäärin 2,4 %:n vuosivauhtia 2010-2016 vuoden 2010 noin 1,3 miljardista vuoden 2016 yhteensä 1,5 miljardiin euroon (Kuva 2). Viime vuosina kasvu on hieman hidastunut. Kaikissa kolmessa pääsegmentissä (toimintakyvyn edistäminen, sosiaalinen osallisuus, työkyvyn edistäminen) kasvu on ollut voimakasta; vain muun kuntoutuksen menot ovat vähentyneet. 2010-2016 keskimäärin 4,6 % vuosittainen kasvun taustalla on sosiaalisen osallisuuden keskimäärin 4,0 %:n kasvu (+110 miljoonaa), toimintakyvyn edistämisen keskimäärin 4,6 %:n kasvu (+94 miljoonaa) ja työkyvyn edistämisen keskimäärin 5,9 %:n kasvu (+69 miljoonaa).

Muu kuntoutus -segmentin osalta lasku vuodesta 2010 on ollut vauhdikasta (keskimäärin -3,8 % vuodessa, yhteensä 78 M€) ja selittyy veteraanikuntoutuksen asiakkaiden vähenemisellä. Itse maksettu fysioterapia ja psykoterapia sen sijaan ovat 2010-2016 kasvaneet yhteensä 274 M€ noin 0,9 miljardista noin 1,2 miljardiin.



Kuva 2: Kuntoutusmenojen kehitys 2010-2016, M€

Lähteet: Valtion tilinpäätösaineisto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kuusikko-kunnat, KELA, Sotkanet, Eläketurvakeskus, NHG analyysi

Kuntoutusmenojen kasvua selittää niin asiakasmäärän lisääntyminen kuin palveluiden hinnannousu. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluiden yksityiset ja julkiset paikkamäärät ovat kasvaneet keskimäärin 9,4 % vuodessa 2010-2016 (Sotkanet; Valvira).

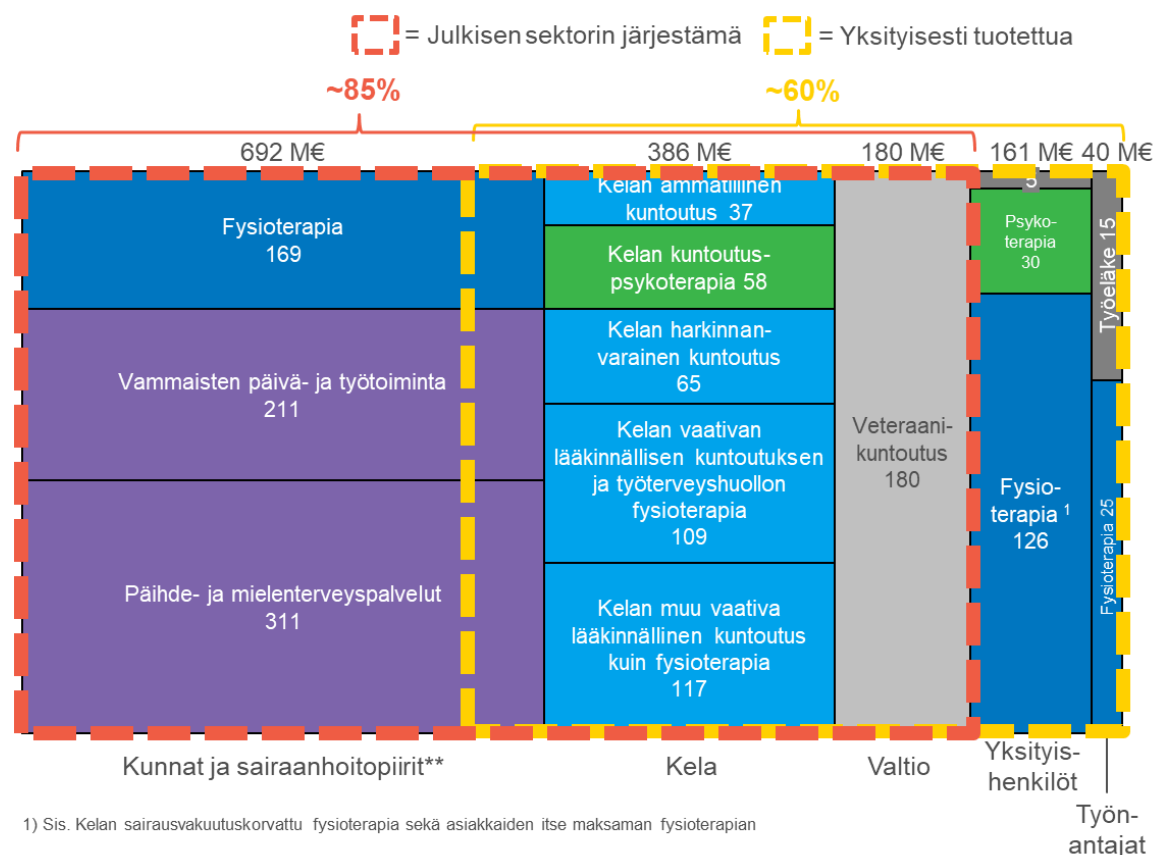
Yksityisten kuntoutusalan yritysten⁶ liikevaihto on Tilastokeskuksen toimialatilatojen perusteella kasvanut keskimäärin n. 4% eli hieman nopeammin verrattuna kuntoutuspalveluiden 3% kokonaiskasvuun. Yksityisen sektorin liikevaihtoa on ajanut fysioterapian kasvu 2010-2016 suurella n. 90% osuudellaan kuntoutustoimialojen yritysten liikevaihdosta (+69 M€; keskimääräinen vuotuinen kasvu +3,8%). On huomioitava, että eri tilastoista yhdistetty kuntoutusmenojen kehitys antaa kokonaisvaltaisemman kuvan toimialan palveluiden kehityksestä verrattuna Tilastokeskuksen toimialajaotteluun perustuvaan tarkasteluun (yritysten määrän, liikevaihdon, toimipaikkojen ja työntekijämäärän kehitys).

⁶ Käsittää seuraavat Tilastokeskuksen toimialat: päihdeongelmaisten laitokset (87203), ikääntyneiden päivätoiminta (88102), vammaisten päivä- ja työtoiminta (88103), päivä- ja työtoiminta muille kuin ikääntyneille ja vammaisille (88992) sekä avomuotoinen kuntoutus (88993); Toimiala 86901 Fysioterapia. Toimialaa 86102. Kuntoutuslaitosten ja sairaskotien kasvu on arvioitu olevan pääasiassa ikäihmisten tehostettua palveluasumista eikä sitä toiminnan luonteen vuoksi ole sisällytetty tarkasteluun.

4. Julkisen ja yksityisen sektorin työnjako kuntoutuksessa ja julkisen syyt käyttää ostopalveluita

4.1 Kuvaus yksityisen sektorin tuottamista kuntoutuspalveluista

Kuntoutus on Suomessa pääosin (noin 85 %) julkisesti järjestettyä mutta yksityisesti (noin 60 %) tuotettua, kuten voidaan havaita kuvasta 3. Yksityishenkilöiden ja työnantajien itse järjestämä ja maksama kuntoutus muodostaa noin 200 M€ eli 23 % yksityisesti tuotetusta kuntoutuksesta. Tämä koostuu ennen kaikkea yksityishenkilöiden suoraan tai palkan sivukulujen muodossa maksamasta fysioterapiasta (noin 126 M€), psykoterapiasta (noin 30 M€) ja työeläkekuntoutuksesta (noin 5 M€) sekä työnantajien työnantajamaksujen muodossa kustantamasta työeläkekuntoutuksesta ja työfysioterapiasta. Valtaosa yksityisestä tuotannosta onkin julkisesti rahoitettua.



Kuva 3: Kuntoutuspalveluiden järjestäjittäin 2016, M€

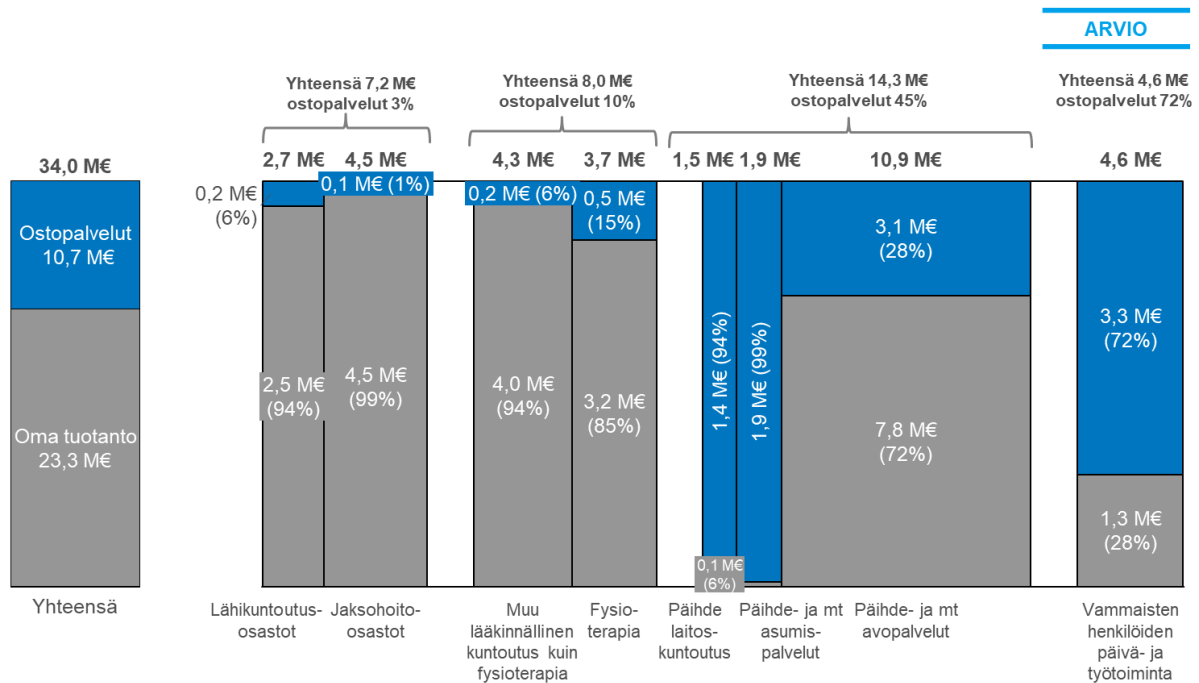
Lähteet: Valtion tilinpäätösaineisto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kuusikko-kunnat, KELA, Sotkanet, Eläketurvakeskus, NHG analyysi

Kelan kuntoutuksen (386 M€ vuonna 2016) ja veteraanikuntoutuksen (180 M€ vuonna 2017) ohella julkisesti maksettua yksityistä tuotantoa on merkittävästi sosiaalisen osallisuuden palveluihin lukeutuissa päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Tämä yhteensä vajaa 100 miljoonan

kokonaisuus jakautuu mielenterveys- ja päihdehuollon avopalveluihin, joista 55 miljoonaa eli noin kolmannes tuotetaan yksityisesti sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaiden tuettuun asumiseen, josta noin 40 miljoonaa eli yli 80 % tuotetaan yksityisesti. Kuntien ja sairaanhoitopiirien lukuihin liittyy merkittäviä epävarmuuksia näiden toisistaan poikkeavien raportointikäytäntöjen vuoksi. Tässä selvityksessä kuntien ja sairaanhoitopiirien tuottama kuntoutuspalvelu on yhteensä n. 0,7 miljardia euroa. Kuntien ja sairaanhoitopiirien itse tuottaman kuntoutuksen kokonaismäärä on kuitenkin mahdollisesti jopa 0,3-0,5 miljardia suurempi. Tämä johtuu siitä, että kuntien ja sairaanhoitopiirien luvuista raportoimista ei voida erotella esimerkiksi vuodeosastokuntoutusta, puheterapiaa tai toimintaterapiaa, vaan nämä raportoidaan osana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suurempia kokonaisuuksia eikä luotettavaa kansallista yhtenäistä tilastoa ole saatavilla. Lisäksi osaa palveluista, kuten fysioterapiaa, ei kirjauskäytännöistä johtuen raportoida erillisenä palveluna ja täten myöskään kansallista tilastoa kokonaispalvelutuotannosta ei ole saatavilla.

4.2 Miten ja miksi kunnat ja kuntayhtymät hyödyntävät ostopalveluita?

Jos Kelan kuntoutus ja veteraanikuntoutus jätetään huomioimatta, on yksityisen sektorin hyödyntäminen suurinta sosiaalisen osallisuuden palveluissa. Selvityksessä oli käytettävissä Essoten sote-kuntayhtymän kuntoutuksesta kustannuspaikkakohtaista tietoa, jonka perusteella ostopalveluiden hyödyntäminen keskittyy sosiaalisen osallisuuden palveluihin, joissa ostopalveluiden osuus on 50% (kuva 4). Toimintakyvyn edistämisen osalta ostopalveluiden osuus oli keskimäärin n. 10%.



Kuva 4: Kuntotuspalvelut Essotessa 2017 – oma tuotanto ja ostopalvelut, M€. Lähteet: Essote, NHG analyysi

Ostopalveluiden hyödyntäminen kuntoutuksessa vaihtelee kuitenkin paljon kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin, joten aineiston yleistettävyyden arvioimiseksi ja kokonaiskuvan saamiseksi toteutettiin myös kuntien ja sairaanhoitopiirien kuntoutuksesta vastaavien asiantuntijoiden haastatteluja. Suoritettujen asiantuntijahaastattelujen perusteella kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on tahtotila siirtyä suurempien palvelukokonaisuuksien ja hoitoketjujen hankintaan, mutta tämä vaatii uusien toimintamallien luomista. Selvityksessä voitiin hahmottaa neljä erilaista ostotapaa:

- 1) Yksittäiset palvelut ja terapiajaksot (esim. yksittäiset palvelutuotantoa täydentävät terapiat)
- 2) Palvelukokonaisuudet (esim. ympärivuorokautinen kuntoutusjakso sisältäen tukipalvelut)
- 3) Kokonaisten yksittäisten hoitoketjujen hallinta (esim. aivoverenkiertohäiriön kuntoutus)
- 4) Palvelut tietyille asiakasryhmälle (esim. mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tuettu asuminen tai ikäihmisten kotiin vietävät kuntoutuspalvelut)

Yksittäisillä palveluilla ja terapiajaksoilla tarkoitetaan kuntoutujilla hankittua yksittäistä terapiaa ja omaa tuotantoa täydentäviä terapiapalveluita. Palvelukokonaisuuksilla tarkoitetaan esimerkiksi laituskuntoutusta, johon voi sisältyä monenlaista palvelua. Hoitoketjulla tarkoitetaan asiakkaalle tarjottavaa kuntoutuskokonaisuutta, joka voi esimerkiksi sisältää laituskuntoutusta, joka jatkuu avomuotoisena kotiutumisen jälkeen. Asiakasryhmille tarkoitetuista palveluista esimerkkejä ovat mm. mielenterveys- ja päihdeasuminen tai ikäihmisten kotiin vietävät fysioterapiapalvelut.

4.3 Julkisen sektorin tavat hyödyntää kuntoutusta ostopalveluna

Suoritettujen asiantuntijahaastatteluiden perusteella Julkinen sektori ostaa kuntoutuspalveluita ennen kaikkea fysio- ja toiminta- ja puheterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta ja päihde- ja mielenterveyspotilaiden tuettua asumista. Kuntoutuspalveluiden ostamista voidaan asiantuntijahaastatteluista luodun synteessin perusteella hahmotella ostojen suunnitelmallisuuden asteen mukaan ja lisäksi tunnistaa ilmiöitä, jotka joko kiihdyttävät tai hillitsevät ostoja. Suunnitelmallista ostamista leimaa se, että se perustuu lähtökohtaisesti kunnan tai sairaanhoitopiirin strategiaan ja pyrkii huomioimaan potilaan edun. Usein kunnat ja sairaanhoitopiirit kuitenkin haluavat tuottaa kuntoutuspalvelut itse ja hyödyntävät ostopalveluita vain, kun oma infrastruktuuri tai henkilöstöresurssit eivät enää riitä. Tällöin ostoja tehdään kuntoutujan näkökulmasta epätarkoituksenmukaisesti, eikä tilaajan kannalta aina taloudellisesti kannattavasti, jolloin pakottavassa tilanteessa tehty hankinta ei välttämättä ole sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kannalta järkevä. Haastatteluiden perusteella tulevaisuuden merkittävin muutos palveluiden ostamisessa on, että palveluntuottajien ja kuntoutumisen edistymisen arviointi tiukkenee ja tiivistyy. Asiakaslähtöisyys ja sujuvat palvelukokonaisuudet edellyttävät palveluiden ostamisen ja oman toiminnan hallitsemista kokonaisuutena. Asiakkaan näkökulmasta on tärkeää, että hän voisi saada kaikki keskeiset tarvitsemansa palvelut samalta toimijalta.

Ostopalveluiden hyödyntämiseen vaikuttavat ensisijaisesti kunnan tai sairaanhoitopiirin omat resurssit. Keskeisiä tekijöitä ostopalvelupäätöksistä järjestäjän näkökulmasta ovat onko palveluiden tuottamiseksi itse olemassa olevaa infrastruktuuria ja on sitä kannattavaa ylläpitää sekä kyky ja mahdollisuus arvioida ostettavan terapian tarvetta ja vaikuttavuutta.

Palveluostojen suunnitelmallisuus

Haastatteluiden perusteella suunnitelmallisten kuntoutuspalvelujen ostoja kiihdyttäviä tekijöitä kunnissa ja sairaanhoitopiireissä ovat:

- Strateginen valinta keskittyä ydintoimintaan ja ydinosamiseen
- Pitkien sopimussuhteiden kautta syntynyt luottamus ja ymmärrys ostopalveluntuottajien laadusta ja vaikuttavuudesta
- Tilanne, jossa alueella on toimiva markkina kuntoutuspalveluiden hankkimiseksi. Näissä tapauksissa julkinen toimija usein kehittää itsekkin markkinaa aktiivisesti. Toimivaa kuntoutuspalveluiden markkinaa kuvaa sen erityispiirteinä muun muassa se, että tuottajia

on paljon, palveluiden saatavuus & joustavuus on suurta ja hinnat ovat niin järjestäjän kuin palveluntuottajien näkökulmasta kilpailukykyisiä

- Budjetti ei rajoita ostoja ja palvelutuotantoa johtavalla henkilöllä on vapautta budjetin allokointipäätöksissä
- Asiakasvolyymien vaihtelu, joka on rakenteellista
- Oman infrastruktuurin ylläpitäminen ei kannattavaa pienelle volyymille

Esimerkkejä suunnitelmallisista ostopalveluista: selkäydinvammapotilaiden kuntoutuminen, ratsastus- ja allasterapia

Haastatteluiden perusteella seuraavat tekijät kiihdyttävät suunnittelemattomasti tehtyjä ostoja:

- Henkilöstön vaihtuvuus ja pula tiettyjen osa-alueiden erityisosaaajista
- Ostoilla haetaan kustannussäästöjä ilman, että katsotaan kokonaisuutta. Usein jonkin osaston tai palvelun ulkoistaminen voi tuoda kustannussäästöjä, mutta jos kuntoutuksen tai sote-palveluiden kokonaisuutta ei huomioida, voivat kustannukset lisääntyä muualla palvelujärjestelmässä
- Havahdutaan siihen, että oma infrastruktuuri ja osaaminen eivät vastaa palvelutarvetta. Usein tilanteeseen voitaisiin varautua huolellisella skenaariotyöllä ja aloittamalla investoinnin osaamiseen ja infraan riittävän ajoissa
- Ostajan näkökulmasta suotuisa markkinatilanne, minkä ansiosta voidaan tavoitella kustannussäästöjä lyhyellä aikavälillä. Tuottajia paljon, hyvä saatavuus, kilpailukykyinen hinta ja palvelun joustavuus
- Budjetti mahdollistaa ostot, muttei henkilöstömäärän lisäystä
- Yllättävät kysyntäpiikit ylittävät omat resurssit tai kysyntä ylittää jatkuvasti omat resurssit

Esimerkkejä suunnittelemattomista ostopalveluista: yksittäiset terapiat potilaskohtaisesti

Palveluostoja hillitsevät tekijät

Kun palveluostoja tehdään suunnitelmallisesti, haastatteluiden perusteella ostoja hillitseviä tekijöitä ovat:

- Jos toiminta lukeutuu ydintoimintaan tai siitä on vahva oma osaaminen, ei ole syytä rikkoa toimivia kokonaisuuksia

- Laadunhallinta koetaan helpommaksi, kun toiminta omissa käsissä. Tällöin valta päättää toiminnasta ja sen organisoinnista sekä vastuu toiminnasta yhdistyy yhdessä organisatiossa. Tiedon johtaminen ja tiedolla johtaminen ovat jouhevammin toteutettavissa, jolloin toiminnasta on helpompi saavuttaa kokonaiskuva ja toimintaa voidaan sen perusteella koordinoida ketterämmin koordinointi. Jos tuotetun kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioida säännöllisesti ja yhteismitallisesti, voi siitä vallita epätietoisuus
- Moniammatillisuus ja erikoisalojen yhteistyö on helpompaa toteuttaa, jos kaikki toiminta on saman johdon alaisena
- Mikäli ostopalvelutuottajia ei ole alueella tarpeeksi tai ne eivät ole kyllin laadukkaita. Jos tuottajia vähän tai ei lainkaan, alhainen saatavuus / korkea hinta
- Onnistunut rekrytointi ja henkilöstön hallinta & kehittäminen
- Konsernin toimintojen synergiat, jos kriittinen massa toimenpiteitä saavutetaan
- Mitään sellaista ei ulkoisteta, mikä vaarantaisi osaamisen ja osaajien säilymisen paikkakunnalla

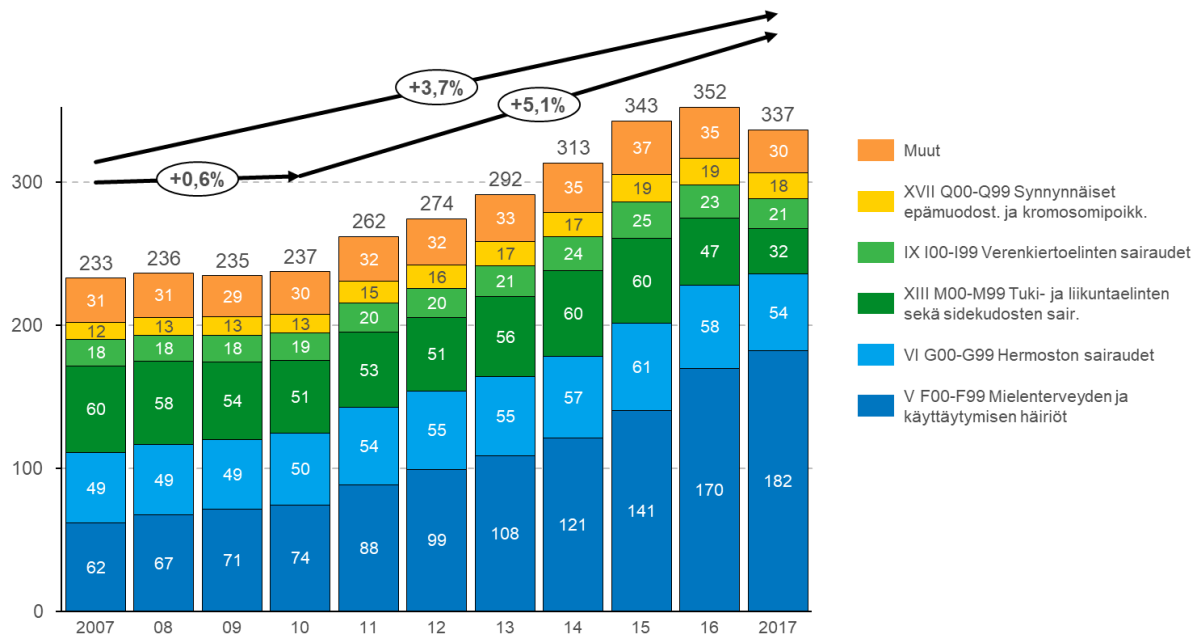
Jos ostopalveluiden hyödyntämiseksi ei ole selkeää strategiaa, haastatteluiden perusteella niitä kuitenkin hillitsee:

- Ostopalveluiden potentiaalia ei haluta analysoida tai ei tunnisteta. Tämän taustalla on usein se, että omaakaan toimintaa ei johdeta kokonaisuutena, saati analysoida jatkuvasti ja verrata relevantteihin kuntiin
- Budjettivarojen niukkuus
- Resurssien riittävyys ja asiakasvolyymien tasaisuus
- Arvio hoitotarpeesta vastaa toteumaa
- Asiakasvolyymien tasaisuus
- Ammattimaista henkilökuntaa on saatavilla, mutta ei arvioida sitä, kannattaako kyseisen erikoisalan tai palvelun henkilöstöä pitää omana tuotantona ylipäänsä
- (Laadukkaita) ostopalvelutuottajia ei alueella tarpeeksi
- Oman henkilöstön työsuhteet halutaan turvata
- Pyrkimys säilyttää olemassa oleva toiminta ja toimintatavat muuttumattomina
- Pelko siitä, että ostopalvelutuotanto olisi ohjauksen ulottumattomissa
- Osto-osaamisen ja kokemuksen puute

Johtopäätöksenä kuntien ja sairaanhoitopiirien kuntoutuspalvelujen ostokäyttäytymisestä voidaan todeta edelläkävijöiden asettavan kuntoutuksen vaikuttavuuden ja tuottajien arvioinnin etusijalle. Ostopalveluja hyödynnetään harvoin optimaalisesti asiakkaan kuntoutus- ja sote-palvelujen kannalta, etenkin jos ostaminen on suunnittelematonta ja perustuu esimerkiksi yllättävään lisäresurssin tarpeeseen.

5. Kelan järjestämä kuntoutus

Kelan järjestämän kuntoutuksen kokonaiskustannukset (ml. Asiakasmaksut) vuositasolla ovat noin 337 M€ (2017) ja kohdistuvat ennen kaikkea (54%) mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kärsiville potilaille, kuten ilmenee kuvasta 5. Vuosittaiset menot jakautuvat vaativaan lääkinälliseen kustannukseen (192 M€, 57 %), kuntoutuspsykoterapiaan (67 M€, 20 %), harjannanvaraiseen kuntoutukseen (45 M€, 13 %) ja ammatilliseen kuntoutukseen (32 M€, 9 %).



Kuva 5: Kelan kuntoutuksen kustannusten kehitys sairauspääryhmittäin 2007-2017, M€. Lähteet: Kelasto

Suurimmat sairauspääryhmät, jonka perusteella kuntoutusta tarvitaan ovat:

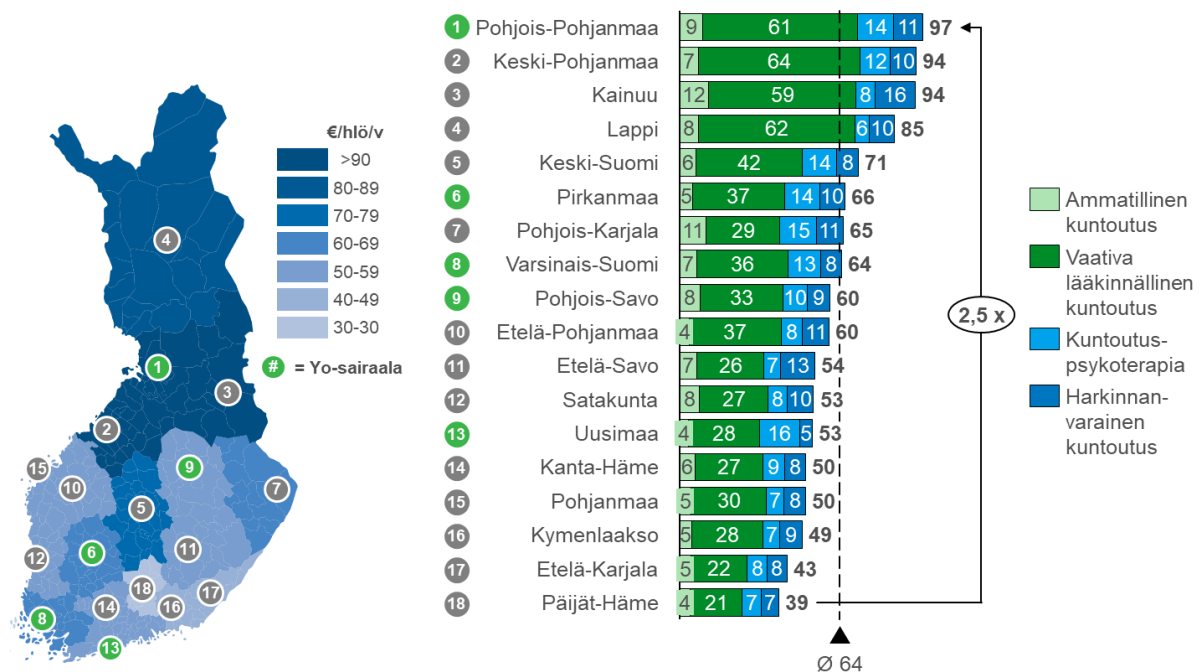
- mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Sairauspääryhmä muodostaa 54% eli 182 miljoonaa Kelan kuntoutuksen menoista ja se on kasvanut 2010-17 keskimäärin 12,8 % vuodessa)
- hermoston sairaudet. Sairauspääryhmä muodostaa 16% eli 54 miljoonaa Kelan kuntoutuksen menoista ja se on vähentynyt 2010-17 keskimäärin 0,2 % vuodessa. Hermoston sairauksista kärsii vain 9 % Kelan kuntoutuksen saajista, mutta sairauspääryhmä aiheuttaa 16 % kustannuksista
- tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Sairauspääryhmä muodostaa 10 % eli 32 miljoonaa Kelan kuntoutuksen menoista ja se on vähentynyt 2010-17 keskimäärin 8,1 % vuodessa. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kustannukset ovat puolittuneet 2015-2017

Kustannusten ja palvelutarpeen kasvua on ajanut erityisesti mielenterveyspotilaiden määrän voimakas keskimääräinen 13,6 %:n vuosittainen kasvu 2010-2017. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujat ovat myös vahvimmin edustettuina kaikkien lakiperusteiden mukaan tuotetuissa

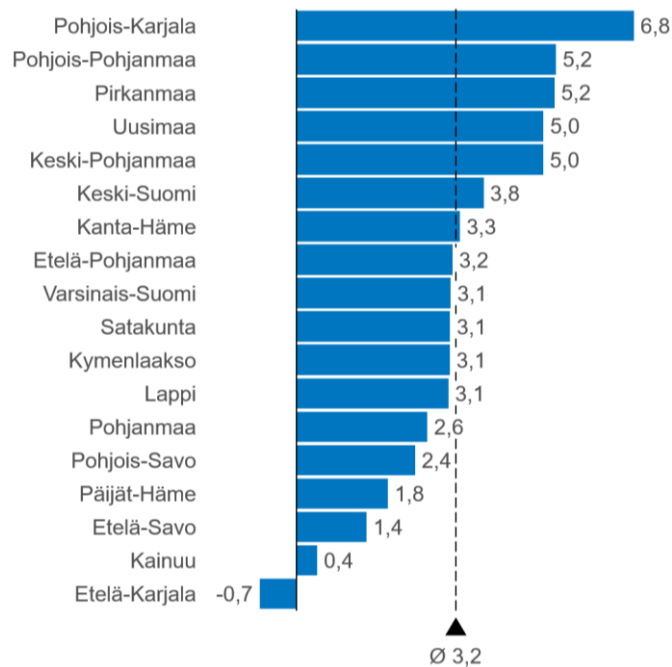
kuntoutuspalveluissa (osuus kuntoutujiista ammatillisessa 53 %, vaativassa lääkinnällisessä 50 %, kuntoutuspsykoterapiassa 99 % ja harkinnanvaraisessa 17 %).

Kelan Kuntoutuspalvelut maakunnittain

Maantieteellisesti Kelan kuntoutuksen hyödyntäminen ja kustannukset jakautuvat hyvin epäta-
saisesti; korkeimmat ne ovat Pohjois-Pohjanmaalla (97 €/asukas vuodessa ja kasvua keskimää-
rin 5,2 % vuodessa 2011-2017) ja matalimmat Päijät-Hämeessä (39 €/asukas vuodessa ja kas-
vua keskimäärin 1,8 % vuodessa 2011-2017), kuten ilmenee kuvasta 6. Yleisesti ottaen Kelan
kuntoutuksen menot asukasta kohti ovat Pohjois-Suomessa suuremmat kuin Etelä-Suomessa.
Nopeimmin menot ovat kasvaneet (kuva 7) Pohjois-Karjalassa (keskimäärin 6,8 % vuodessa
2011-2017). Etelä-Karjala on ainoa maakunta, jossa menot ovat pienentyneet (keskimäärin -0,7
% vuodessa 2011-2017). Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Päijät-Hämeen ja Etelä-Savon alueella
kuntoutusmenot asukasta kohden ovat kasvaneet vain maltillisesti, keskimäärin noin 1,4-2,6 %
vuodessa 2011-2017. Kasvun taustalla on paitsi kuntoutujien määrän kasvu, myös se, että kus-
tannukset per potilas ovat nousseet. Potilaskohtaisiin kustannuksiin vaikuttavat hoitojakson
pituus, hoitokertojen määrä hoitojaksolla ja yhden hoitokerran hinta.

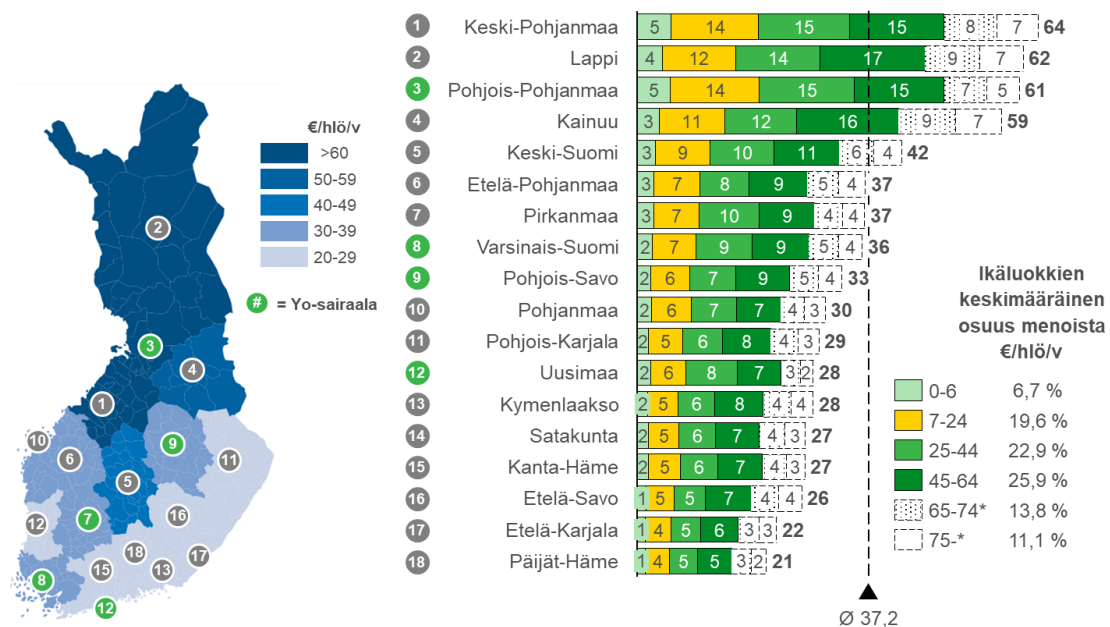


Kuva 6: Kelan kuntoutusmenot henkeä kohden 2017, euroa. Lähteet: Kelasto, Tilastokeskus, NHG analyysi



Kuva 7: Kelan kuntoutuksen kustannusten vuosittainen muutos (%) maakunnittain henkeä kohden.

Lähteet: Kelasto, Tilastokeskus, NHG analyysi



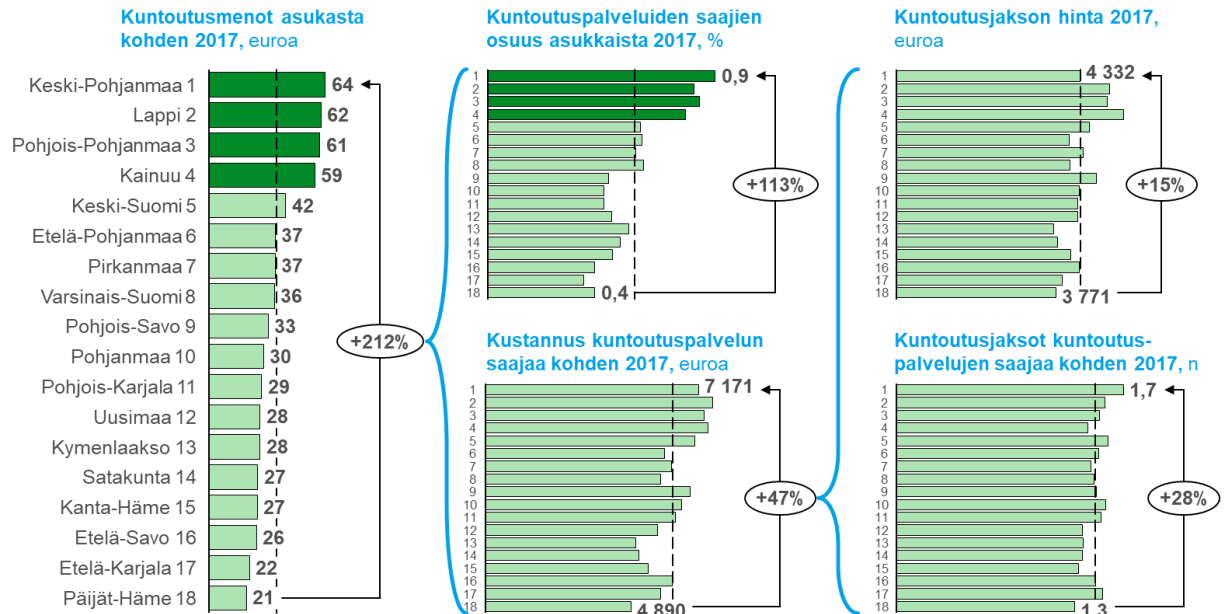
*Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus kohdistuu lainsäädännön perusteella 0-64 -vuotiaisiin, mutta Kelastossa vaativaa lääkinällistä kuntoutusta on tilastoitu myös yli 65-vuotiaille.

Kuva 8: Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kustannukset henkeä kohden vuonna 2017, euroa.

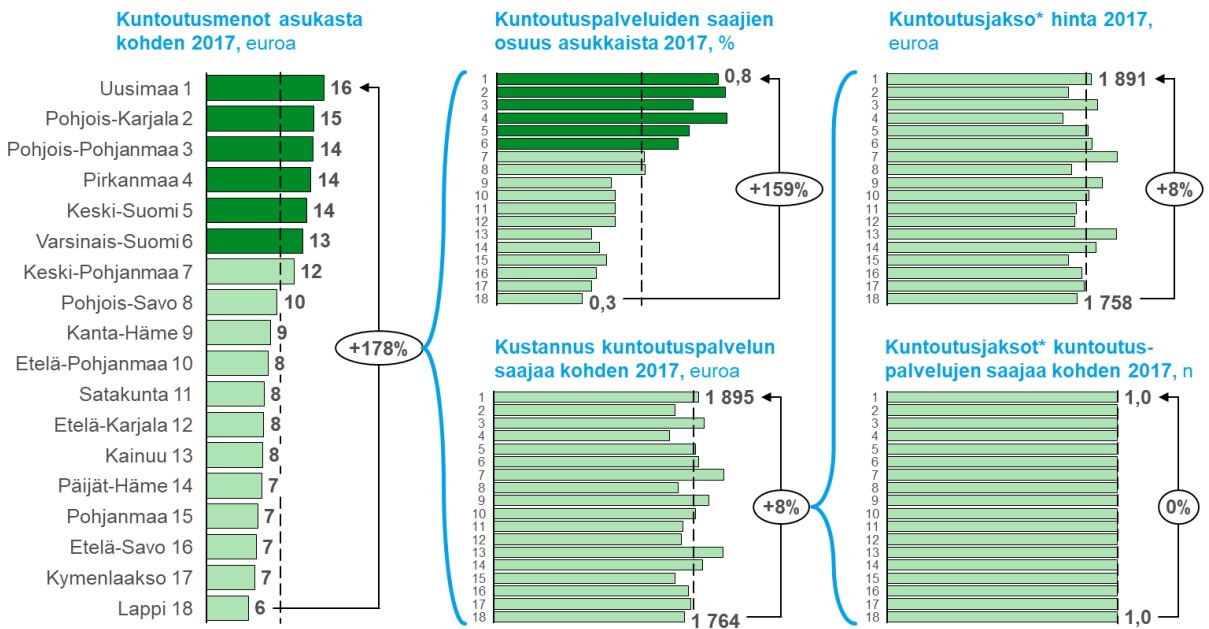
Lähteet: Kelasto, Tilastokeskus, NHG analyysi

Maakuntien välisiä eroja Kelan kuntoutuksen kustannuksissa per asukas selittävät yhtäältä väestön palvelutarve ja toisaalta erot sote- ja kuntoutuspalveluiden järjestämisessä. Kuvan 8 perusteella on havaittavissa, että Kelan järjestämien kuntoutuspalveluiden hyödyntämisessä on systemaattista eroa maakunnittain ikäryhmästä riippumatta, joten demografiset erot ei ole keskeinen maakuntien palvelukäytön eroja selittävä tekijä. Toisin sanoen ikäryhmien tuottamien kustannusosien erojen ollessa suhteellisesti suunnilleen yhtä suuria, niin maakuntien erot eivät selity sillä, että joissain maakunnassa tietty suhteellisesti ylliedustettu ikäryhmä aiheuttaisi enemmän kustannuksia muihin maakuntiin verrattuna. On kuitenkin hyvä huomata, että Kelan eri lakiperusteiden mukaiset kuntoutuspalvelut kohdistuvat lainsäädännön perusteella vain osalle ikäryhmistä: vaativa lääkinnällinen kuntoutus 0-64 vuotiaisiin ja ammatillinen kuntoutus sekä kuntoutuspsykoterapia työikäisiin. Harkinnanvaraista kuntoutusta voidaan myöntää kaiken ikäisille. Kohde-ikäryhmillä on merkitystä kuntoutuksen tulevaisuuden suunnittelun näkökulmasta.

Kelan kuntoutuksen asukaskohtaisten kustannusten maakunnallisten erojen taustojen selvittäminen aloitettiin analysoimalla menojen jakautumista Kelan lakiperusteiden mukaan Kelan ja Tilastokeskuksen tilastoaineistojen avulla. Analyysin perusteella maakunnittaisilla eroille löydettiin tilastojen avulla kolme poikkeavaa havaintoa. Ensinnäkin vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa Oulun ERVA-alueella on selvästi enemmän kuntoutuspalveluiden saajia kuin maassa keskimäärin (kuva 9). Toiseksi psykoterapiaa hyödynnetään eniten suurissa keskuskunnissa (Helsinki, Tampere, Turku, Oulu, Jyväskylä, Lappeenranta) (kuva 10). Kolmanneksi ammatillisessa ja harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa Kainuun kuntoutuskohtainen kustannus näyttäytyy poikkeuksellisen suurena (kuvat 11 ja 12).

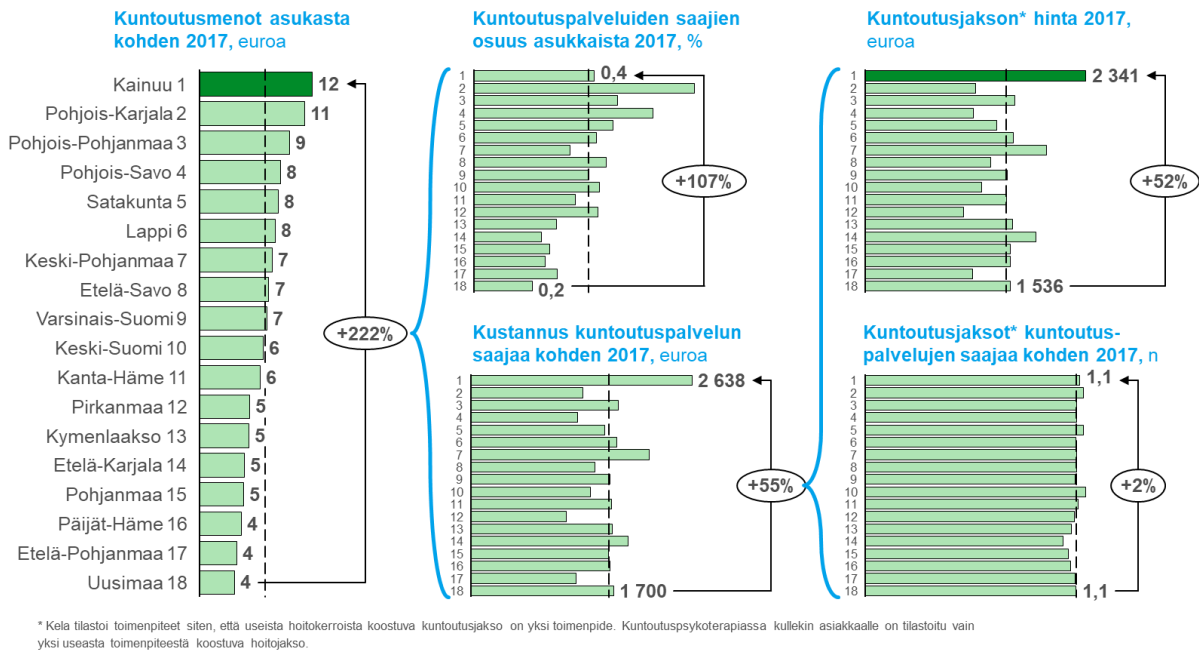


Kuva 9: Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen menot. Lähteet: Kelasto, Tilastokeskus, NHG analyysi

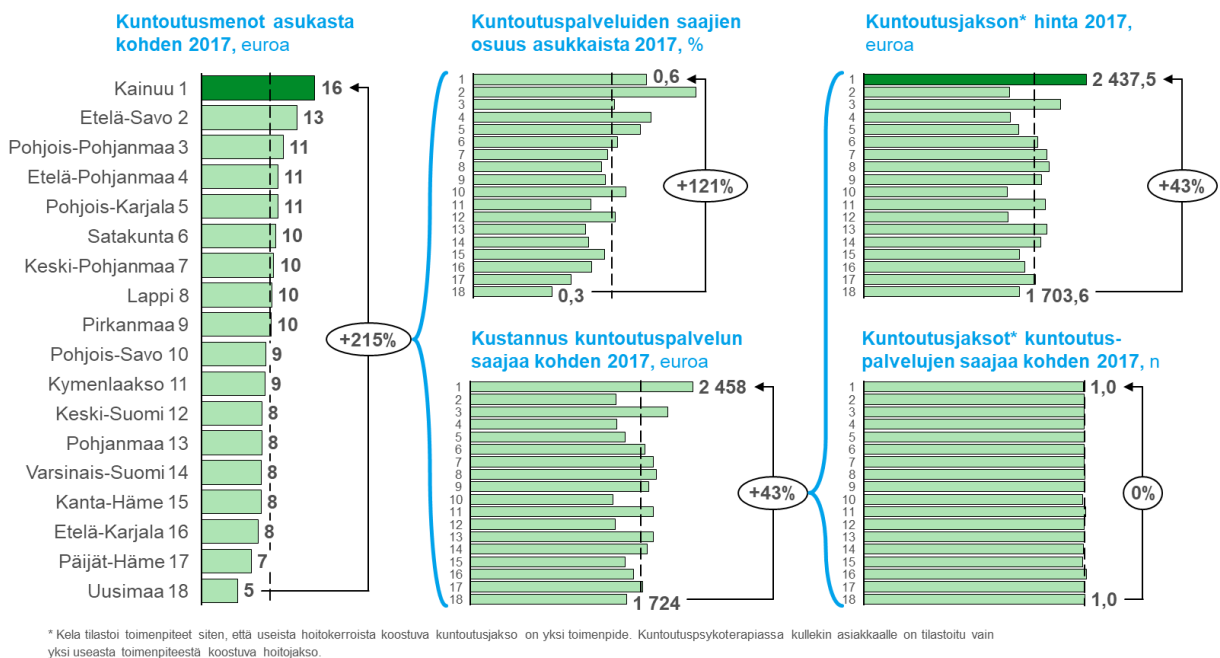


* Kela tilastoi toimenpiteet siten, että useista hoitokerroista koostuva kuntoutusjakso on yksi toimenpide. Kuntoutuspsykoterapiassa kullekin asiakkaalle on tilastoitu vain yksi useasta toimenpiteestä koostuva hoitojakso.

Kuva 10: Kelan kuntoutuspsykoterapian menot henkeä kohti 2017. Lähteet: Kelasto, Tilastokeskus, NHG analyysi



Kuva 11: Kelan ammatillisen kuntoutuksen menot henkeä kohti 2017. Lähteet: Kelasto, Tilastokeskus, NHG analyysi



Kuva 12: Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen menot henkeä kohti 2017. Lähteet: Kelasto, Tilastokeskus, NHG analyysi

Kuntoutuspalvelujen saajien osuuden vaihtelua väestössä selittää osittain väestön sairastavuus. Myös työvoiman toimialajakaumalla ja työmarkkinoiden rakennemuutoksella voi olla vaikutusta kuntoutuspalveluiden tarpeeseen – erityisesti Kelan ammatillisen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen osalta. Pohjois-Suomessa on THL:n sairastavuusindeksin perusteella suurempi erilaisten Kelan kuntoutuksen kannalta olennaisten sairauspääryhmien esiintyvyys kuin muualla maassa. Sitä vastoin, kuten kuvasta 8 voitiin havaita, alueellisia eroja ei selitä ikäjakaumien merkittävätkin erot maan eri osien välillä.

Sairastavuuden ohella eroja on myös kuntoutuksen järjestämisessä ja palvelutuotannossa. Järjestäminen ja palvelutuotannon eroja maakuntien välillä tutkittiin asiantuntijahaastatteluiden avulla: Haastateltavat olivat kuntoutuksesta vastaavia lääkäreitä eri tehtävissä suurista kaupungeista, sairaanhoitopiireistä ja maakuntavalmistelusta. Lisäksi haastateltiin Kelan asiantuntijoita. Kuntoutuksen saatavuus ja myöntämisen kriteerit erikoissairaanhoidossa sekä alueellinen suhtautuminen kuntoutukseen ja valveutuneisuus kuntoutuksen merkityksestä osana hoitoketjua vaikuttavat osaltaan myös Kelan kuntoutuksen hyödyntämiseen ja kustannuksiin. Taustalla on se, että merkittävä osa potilaista ohjautuu kuntoutukseen erikoissairaanhoidon kautta. Alueellinen vaihtelu kuntoutuksen saatavuudessa ja kriteereissä voi johtaa siihen, että kaikki potilaat eivät pääse siihen kuntoutukseen, joka olisi heille tarkoituksenmukaisin. Joissain tapauksissa myös varhaisen vaiheen palveluiden liian vähäinen tarjonta lisää raskaiden palveluiden tarvetta. Esimerkiksi koulun, neuvolan ja sosiaalipalveluiden yhteistyö ja hyvät toimintamallit nopeuttavat hoitoon pääsyä ja voivat hidastaa tai jopa estää myöhemmän kuntoutustarpeen syntymisen etenkin mielenterveysongelmissa.

Kelan kuntoutuspalveluiden käyttöä selittää osin se, onko alueella totuttu hyödyntämään yksityisiä palveluntuottajia kuntoutuksessa. Kelan kuntoutuksen saajien määrän alueellisia eroja voivat myös selittää kuntoutuspalveluiden asema sosiaali- ja terveydenhuollon paikallisorganisaatiossa ja paikallinen kulttuuri yleisesti ostopalveluiden käyttöön. Alueen ostopalveluiden määrä ja tapa hyödyntää yksityisiä toimijoita vaikuttaa myös hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuteen. Esimerkiksi Pohjois-Suomessa ja pienemmissä maakunnissa ostopalveluihin panostetaan enemmän kuin Uudellamaalla. Markkinoiden suhde omaan osaamiseen ja saatavilla oleviin resursseihin kuten se, onko tarjontaa ja tekijöitä, vaikuttaa myös siihen, miten alueella osataan hyödyntää Kelan kuntoutusta.

Myös se, halutaanko koko hoitoketju tuottaa omissa käsissä, vaikuttaa Kelan kuntoutuksen piiriin ohjattavien potilaiden määrään. Tämä näkyy esimerkiksi harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa. Kuntoutuspsykoterapian osalta Kelan terapian tunnettuus työterveyshuollossa ja mielenterveysongelmien saama huomio ja diagnosointiherkkyys vaikuttavat kuntoutuspalvelujen saajien määrään. Myös avohoidon rooli ja psykoterapeuttien saatavuus alueella vaikuttavat kokonaisuuteen.

Kuntoutusjakson keskimääräinen kustannus puolestaan on osin hinnoittelusta, osin kuntoutuksen kestosta tai terapia-/hoitokertojen määrästä riippuvaista. Kuntoutusjakson hintaan vaikuttavat mm. markkinoiden toimivuus eli esimerkiksi tuottajien määrä ja ketjuuntuminen sekä

yrittäjien toimintaedellytykset alueella, hankintayksikön osaaminen (muussa kuin Kelan järjestämässä kuntoutuksessa; paikallinen osto-osaaminen kansalliseen yhtenäiseen järjestelmään verrattuna) yksityisten palveluiden hyödyntämisessä sekä kilpailutuksen kriteerit eli se, onko kyse hinta- vai laatukilpailutuksesta.

Kuntoutuspalveluiden määrään kuntoutujaa kohti vaikuttaa potilaiden hoitoisuus eli kuinka monta tai kuinka usein hän tarvitsee kuntoutusta osana kuntoutumisprosessiaan. Tämä seikka on pitkälti järjestäjän ulottumattomissa eikä siitä ole saatavissa luotettavia tilastoja. Sen sijaan kuntoutusjaksojen määrään potilasta kohti vaikuttaa myös palveluntuottajien valvonnan järjestäminen ja laadunvalvonta, maksajatahon toteuttaman potilaan kuntoutumisen edistymisen seurannan mahdollistaminen ja osaamisen kehittäminen. Myös potilaiden tietoisuus oikeuksistaan vaikuttaa Kelan järjestämän palvelun hyödyntämiseen.

6. Johtopäätökset

Vuonna 2016 kuntoutukseen käytettiin kansallisesti yhteensä 1,5 miljardia euroa tässä selvityksessä tarkasteltujen palveluiden osalta. Kuntoutuksen tarve kiistatta kasvaa tulevaisuudessa jo pelkästään väestön ikääntyessä ja onkin oletettavaa, että kuntoutusmenot jatkavat kasvuaan vähintäänkin historiallista 4 % vuosittaista kasvuvauhtia.

Toimintaympäristön muutos ja kasvava palvelutarve mahdollistavat kuntoutuspalveluiden aktiivisen kehittämisen niin kokonaisuutena kuin yksittäisinä palveluinakin. Kuntoutuksen toimialan ja palveluiden keskeisiä muutosvoimia ja kehittymisen ajureita ovat:

- Kuntoutuspalveluiden kysynnän kasvu: demografinen kehitys – ikäihmisten kuntoutuksen kasvava palvelutarve
- Julkisten sektorin osto- ja hankintaosaamisen kehittyminen
- Hoitoketjujen hallinnointi, ja toisaalta palveluiden suurkuluttajien case-managerointi
- Teknologisen kehittymisen ja digitalisaation luomat uudet kuntoutuspalvelumahdollisuudet (esim. etäkuntoutus)
- Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen tulevaisuudessa odotettavissa oleva rakennemuutos – erityisesti uudet mahdolliset palvelukanavat

Edellä mainittujen muutosvoimien lisäksi kuntoutuksesta kansallisesti käytävää keskustelua voimakkaasti kehystävä seikka sote-uudistuksen kariutumisesta huolimatta on myös kuntoutuksen uudistamiskomitean julkaisemien ehdotusten toteuttaminen.⁷ Mikäli sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta ryhdytään kokoamaan järjestämistä nykyistä suurempiin kokonaisuuksiin, korostuvat hoito- ja kuntoutusketjun omistajuus, Kelan palvelukokonaisuus ja rahoituksen riittävyys.

Kaikilla näillä kuntoutukseen liittyvillä muutoksilla on vaikutusta kuntoutusalalla toimiville yrityksille ja kolmannen sektorin toimijoille. Toimintaympäristön muutos on kuitenkin samalla mahdollisuus. Kuntoutuksen toimialalla toimivilla yrityksillä ja kolmannen sektorin toimijoilla onkin erinomainen tilaisuus omilla aktiivisilla toimillaan vaikuttaa tulevaisuuden palveluihin ja

⁷ Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2017. Saatavissa sähköisessä muodossa osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf. Vierailtu 6.3.2019.

ostotapoihin. Kuntoutuspalvelualan uudet mahdollisuudet liittyvät esimerkiksi palveluiden tuotteistamiseen ja uusiin palvelumalleihin, palvelumuotoiluun, teknologian hyödyntämiseen ja kuntoutujien osallistamiseen sekä vaikuttavuusperusteisen kuntoutuksen kehittämiseen.

Selvityksen perusteella alueelliset erot kuntoutuksessa ovat suuret. Eri puolella Suomea suh-
taudutaan kuntoutukseen eri tavalla ja sen järjestämistavat eroavat. Selkeimmin erot näkyvät
Kelan palveluiden käytön maakuntien välisissä eroissa, joita eivät selitä yksinomaan erot palve-
lutarpeessa (kuten sairastavuudessa tai demografisissa tekijöissä). Palveluiden ostamisen mo-
tiivien ääripäätä ovat suunnitelmallinen, strategiaan perustuva hankinta, ja reaktiivinen, resurs-
sipulan paikkaamiseksi tehty hankinta. Haastatteluiden perusteella tulevaisuudessa järjestäjällä
on halu paremmin arvioida kuntoutuksen vaikuttavuutta sekä hallita koko palveluketjua. Mikäli
kuntoutuspalveluyritykset eivät pysty vastaamaan tähän tarpeeseen, on riskinä, että jatkossa
kunnat ja kuntayhtymät pyrkivät tuottamaan entistä enemmän itse. Lisäksi mikäli viimeaikai-
nen maakunnallinen yhdentyminen palveluiden tuotannossa jatkuu, julkiset tuottajat ovat entis-
tä isompia ja heillä on paremmat edellytykset tuottaa palveluita itse. Valinnanvapauden toteu-
tumisesta ja sen mahdollisesta muodosta ei raportin kirjoittamisen hetkellä ole tietoa, mutta
valinnan mahdollisuuksien lisääntyminen tavalla tai toisella on sosiaali- ja terveystalouden järjes-
telmän uudistamista suurempi megatrendi. Kuntoutusalan toimijoiden kannattaa siten varautua
valinnan lisääntymiseen myös kuntoutuspalveluissa.

Selvityksen perusteella keskeiset kehitysaskeleet ja toimenpiteet kuntoutuksen kuntoutusalan
toimijoille ovat

1. Uusien palvelutuotantokokonaisuuksien ja hinnoittelumallien kehittäminen, varautumi-
nen tuottamaan suurempia kokonaisuuksia ja ottamaan kokonaisvastuuta
2. Uudenlaisiin hankintamalleihin (esim. vaikuttavuusperustaiset hankinnat, kumppa-
nuusmallit) varautuminen
3. Uusien teknologioiden käyttöönotto
4. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamisen kehittäminen ja vaikutusten näkyväksi te-
keminen
5. Tietoisuuden lisääminen sote-ammattilaisten sekä kuntoutujien keskuudessa kuntou-
tusmahdollisuuksista (esim. Kelan kuntoutuspalvelut)
6. Tunnistaa tapoja integroida kuntoutuspalveluita paremmin kuntoutujien muihin palve-
luihin, jotta kuntoutus (järjestäjästä riippumatta) ei jäisi irralliseksi kokonaisuudeksi,
vaan tukisi muita palveluita. Hyvä esimerkki hallinnollisesta rakenteesta, joka tavoitte-

lee kuntoutuksen ja muiden palveluiden parempaa integroitumista on nuorille tarkoitettu Ohjaamo-toiminta.

7. Lähteet

Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Saatavissa verkosta osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160273>. Vierailtu 7.3.2019

Lith, Pekka: Kuntoutusalan markkinat. Raportti yksityisten palveluntuottajien kuntoutustoiminnasta tilastoaineistojen valossa. Työ- ja elinkeinoministeriön elinkeino- ja innovaatio-osaston. TEM raportteja 19/2014

Malmström ym. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena. Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2018.

Kelan tilastotietokanta Kelasto

Tilastokeskuksen StatFin-tilastotietokanta

Valtion tilinpäätösaineisto

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos – Sotkanet -tietokanta

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos – terveydenhuollon sosiaalimenot ja -rahoitus -julkaisut 2010-2016

Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän keräämä kustannus- ja käyntitietoineisto

Eläketurvakeskuksen tilastot

Sosiaali- ja terveysalan lupavirasta (Valvira) – sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajarekisteri

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Työntekijän eläkelaki (395/2006)

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005)

Sairausvakuutuslaki (1224/2004)

Sotilasvammalaki (404/1948)

8. Liite kuntoutuspalvelukokonaisuuksien sisällöstä

1) TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN

Kelan vaativan lääkinnälliseen kuntoutuksen kokonaisuus, johon luetaan seuraavat palvelut:

- Moniammatillinen yksilökuntoutus
 - Lasten ja nuorten reuma ja tule-sairaudet
 - Muut moniammatillisen kuntoutusjakson linjat
- Sairausryhmäkohtaiset kurssit
 - Kuntoutuskurssit
 - Sopeutumisvalmennuskurssit
- Neuropsykologinen kuntoutus
- Muu Kelan psykoterapia kuin kuntoutuspsykoterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Musiikkiterapia
- Fysioterapia
- Monimuotoryhmäterapia
- Päiväkuntoutus

Fysioterapia: Muu julkisesti maksettu/järjestetty fysioterapia kuin Kelan työterveys-huollon sekä Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapia

- Vakuutusyhtiöiden korvaama fysioterapia
- Lähetteen saaneiden potilaiden fysioterapia julkisessa terveydenhuollossa ml. kuntien ja tuottama perusterveydenhuollon fysioterapia ja sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidossa tuottama fysioterapia

2) SOSIAALINEN OSALLISUUS

Kuntoutuspalvelut ja niiden alakategoriat:

- Vammaisten henkilöiden päivä- ja työtoiminta
- Mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelut

- Kyse onkuntien järjestämien päihdehuollon erityispalveluihin kuuluvista ensi-suojista, A-klinikka-, nuoriso-, selviämis- ja katkaisuhuoltoasemista ynnä muista päihdehuoltoyksiköistä sekä huumeiden käyttäjien terveysneuvonnasta
- Perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyshoito
- Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden tuettu asuminen

3) TYÖKYVYN EDISTÄMINEN

Työeläkekuntoutus

- Kuntoutusselvitykset
- Työpaikkakuntoutus
- Koulutus
- Muu työkykyä tukeva kuntoutus

Työterveyshuollon fysioterapia

- Työterveyshuollon Kelan korvausluokan 1 ennaltaehkäisevä työfysioterapia
- Työterveyshuollon Kelan korvausluokan 2 sairaanhoidollinen fysioterapia

Kelan ammatilliseen kuntoutukseen luetaan seuraavat kuntoutusmuodot:

- Pohjakoulutus
- Ammattikoulutus
- Korkeakouluopiskelu
- Apuvälineet
- Tyk-kuntoutus
- KIILA-kuntoutus
- Elinkeinotuki
- Ammatilliset kuntoutuskurssit
- Ammatillinen kuntoutusselvitys (kuntoutustarveselvitys)
- Työ- ja koulutuskokeilu
- Koulutuskokeilu
- Työkokeilu (ent.)
- Työhönvalmennus (ent.)
- Työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus
 - Työkokeilu
 - Työhönvalmennus

- Työkokeilu ja työhönvalmennus
- Tutkimuslausunto

Kelan kuntoutuspsykoterapia koostuu kahdesta terapiakategoriasta:

- Aikuisten psykoterapia
- Nuorten psykoterapia

Kelan harkinnanvarainen kuntoutus rakentuu seuraavista osatekijöistä:

- Ammatillinen kuntoutusselvitys (kuntoutustarveselvitys)
- Moniammatillinen yksilökuntoutus
 - Lasten ja nuorten reuma ja tule-sairaudet
 - Muut moniammatillisen kuntoutusjakson linjat
- Kuntoutuskurssit
 - ASLAK-kurssit
 - Tules-kurssit
 - Typo-kurssit
 - Mielenterveyskuntoutuskurssit
 - Muut kuntoutuskurssit
- Sopeutumisvalmennuskurssit
 - Muut sopeutumisvalmennuskurssit
- Tyk-kuntoutus