

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Naprapatian koulutusohjelma

Mikko Heikkilä

NAPRAPAATTI SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄSSÄ

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Naprapatian koulutusohjelma

HEIKKILÄ, MIKKO	Naprapaatti Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä
Opinnäytetyö	104 sivua
Työn ohjaaja	Juha Hiltunen, fysioterapeutti OMT Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, yliopettaja
Toimeksiantaja	KymiCare
Toukokuu 2014	
Avainsanat	naprapaatti, naprapatia, toimintaympäristö, terveydenhuoltoalan yrittäjyys

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan ulkoista toimintaympäristöä ja tuottaa siihen liittyvää informaatiota sekä naprapaattien että naprapaateiksi aikovien tarpeisiin. Opinnäytetyössä kartoitettiin naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan kannalta olennainen ulkoinen toimintaympäristö. Ulkoisen toimintaympäristön tutkimisen tavoitteena oli selvittää ulkoisten markkinavoimien naprapaatin harjoittamalle elinkeinotoiminnalle tuottamia ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia.

Ulkoista toimintaympäristöä tutkittiin soveltamalla kuvailevaa narratiiviista yleiskatsausta sekä sisällönanalyysiä. Toimintaympäristöä kartoitettiin opinnäytetyön yhteydessä määritetyssä SPLEST-viitekehityksessä. Ulkoiseksi toimintaympäristöksi määriteltiin terveyspalvelut-toimiala (TOL 86). Toimintaympäristöä tarkasteltiin taloustieteen menetelmin sekä mikro- että makrotasolla.

Lainsäädännöllinen toimintaympäristö osoittautui naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan kannalta merkittäväksi negatiiviseksi markkinavoimaksi. Erityisesti työterveyshuoltolaki ja sairausvakuutuslaki sekä sairausvakuutuslakia valvovan Kansaneläkelaitoksen tulkinnat sairausvakuutuslaista osoittautuivat voimakkaasti naprapaatin toimintamahdollisuuksia rajaaviksi. Työntekijänä julkisella tai yksityisellä sektorilla toimivan naprapaatin toiminta ei ole niin voimakkaasti lakisääteisten tekijöiden rajaamaa kuin ammatinharjoittajan. Liikkeenharjoittajana toimiva naprapaatti pystyy sisäistä toimintaympäristöä mukauttamalla luomaan lakien vaatimat olosuhteet kannattavien suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään kuuluvien palveluiden tuottamiseksi. Terveyspalvelut-toimiala elää voimakkaiden muutosten aikaa. Tulevien muutosten vaikutukset eivät ole täysin selvillä, mutta on oletettavaa, että ne luovat mahdollisuuksia terveyspalvelut toimialalla toimiville yksityisen sektorin toimijoille. Naprapaatin työllistyminen työntekijänä julkiselle sekä yksityiselle sektorille voi olla vaikeaa, johtuen naprapatian heikosta tunnettavuudesta sekä epäselvyyksistä terveyspalvelut toimialaa säätelevien lakien tulkinnassa. Työntekijän työllistymismahdollisuuksia heikentävät myös terveyspalvelut-toimialan ammatinharjoittajavaltainen toimintatapa. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti on kaikkein epäedullisimmassa asemassa työllistymisen sekä liiketoiminnan mahdollisuuksien suhteen. Liikkeenharjoittajana toimiva naprapaatti pystyy omalla toiminnallaan kääntämään poliittiset markkinavoimat elinkeinotoiminnan mahdollisuuksiksi.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Naprapathy

HEIKKILÄ, MIKKO

Naprapath in Finnish Health Care System

Bachelor's Thesis

104 pages

Supervisor

Juha Hiltunen, physiotherapist OMT

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer

Commissioned by

KymiCare

May 2014

Keywords

naprapath, naprapathy, business environment,
entrepreneurship in the health care sector

The aim was to study and to understand the external environment of naprapaths and to produce information for naprapaths and those willing to be one. The study surveyed the relevant external environment of naprapaths. This was done in order to understand external market factors leading to business opportunities and threats.

External business environment was examined and reported by using an applied narrative literature review and content analysis. External business environment of the naprapaths was studied using SPLEST-framework, which was defined during the thesis. External environment was defined to be the Finnish health care system and health care industry (TOL 86). The business environment was studied using methods recognized by economists at both macro and micro levels.

Legal business environment was found to be a significant negative market factor for naprapaths. The Finnish Health Insurance Act and Occupational Health Care Act and especially the way the former is interpreted was discovered to reduce the business opportunities of the naprapaths. A naprapath as an employee of the public or the private health care sector is less affected by legal factors than an individual professional practitioner. Naprapath providing authorized health care services can create conditions required by the laws using suitable resources or partners and is less affected by negative market forces caused by the legal market environment. The Finnish health care industry is undergoing significant political changes. The effects of the future changes are not completely understood yet, but it is likely that the changes will create possibilities for both the naprapaths working as employees and entrepreneurs practicing authorized health care services. It might be difficult for a naprapath to be employed by the public or the private health care sector, due to the low level of recognition of this profession and the trend of the Finnish health care industry to use outsourced individual professionals. An individual professional practicing naprapathy seems to be in the most vulnerable position in terms of business opportunities. Authorized entrepreneurs providing health care services are able to adapt the internal environment to meet the requirements of the external environment and to turn the political factors reducing possibilities of individual professionals into business opportunities.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	TYÖN TAUSTAT, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	7
	2.1 Työn tavoitteet ja tutkimusongelma	8
	2.2 Tutkimussuunnitelma	9
	2.3 Tutkimuskenttä	9
	2.4 Tutkimusongelmien tarkentaminen	10
	2.5 Koehaut tietokantoihin	11
3	TUTKIMUSMENETELMÄT	13
	3.1 Kirjallisuuskatsausmenetelmän valinta	15
	3.2 Kuvaileva narratiivinen yleiskatsaus kirjallisuuskatsausmenetelmänä	16
	3.3 Tutkimusprosessi	18
4	TOIMINTAYMPÄRISTÖN MÄÄRITTELY	23
	4.1 Makrotason toimintaympäristön määrittely	27
	4.2 Mikrotason toimintaympäristön määrittely	30
	4.3 Opinnäytetyössä sovellettu toimintaympäristö	32
5	NAPRAPATIA	38
	5.1 Naprapatian koulutus	39
	5.2 Naprapatia elinkeinonharjoittamisen muotona	40
	5.3 Naprapatia Suomessa	40
6	NAPRAPAATIN ULKOINEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ	42
	6.1 Naprapaatin poliittinen toimintaympäristö	42
	6.2 Naprapaatin lainsäädännöllinen toimintaympäristö	50
	6.3 Naprapaatin taloudellinen toimintaympäristö	61
	6.4 Naprapaatin sosiaalinen toimintaympäristö	71
	6.5 Naprapaatin teknologinen toimintaympäristö	72
	6.6 Naprapaatin sidosryhmien muodostama toimintaympäristö	74

7 JOHTOPÄÄTÖKSET	76
7.1 Poliittiset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat	77
7.2 Lainsäädännölliset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat	79
7.3 Taloudelliset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat	82
7.4 Sosiaaliset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat	84
7.5 Tekniset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat	84
7.6 Sidosryhmien tuottamat markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat	86
8 POHDINTAA	87
8.1 Naprapaatin harjoittama elinkeinotoiminta	88
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja toistettavuus	90
8.3 Jatkotutkimusehdotukset	93
8.4 Kehitysehdotuksia	94
LÄHTEET	96

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihevalinta perustuu tekijän omiin kiinnostuksen kohteisiin. Opinnäytetyön tekijä on toiminut yrittäjänä vuodesta 2010 ja harkinnassa on vuoden 2014 aikana laajentaa yritystoimintaa terveysalalle. Opinnäytetyön tekeminen aiheesta mahdollisti naprapatiaan liittyvän liiketoiminnan tarkastelun hyvin laajasti. Naprapaattien harjoittamaa elinkeinotoimintaa tai yrittäjyyttä ei ole Suomessa tutkittu lainkaan.

Naprapaattien koulutus alkoi Suomessa Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa vasta vuonna 2001 (KyAMK 2011). Opinnäytetyön aihe on tärkeä siksi, ettei naprapaatin harjoittamasta elinkeinotoiminnasta tai naprapatiayrittäjyydestä ole toistaiseksi tehty yhtään opinnäytetyötä. Esimerkiksi fysioterapia-, sairaanhoitaja- tai toimintaterapeuttiyrittäjyydestä on tehty useita opinnäytetöitä. On jokaisen naprapaatin sekä naprapaattiksi aikovan etu tunnistaa ulkoisen toimintaympäristön tuomia liiketoimintamahdollisuuksia sekä ymmärtää ja varautua ennalta toimintaympäristön muodostamiin negatiivisiin markkinavoimiin suunnitella sitten naprapaattiksi opiskelemista, naprapatiaan liittyvän liiketoiminnan aloittamista tai työllistymistä Suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä Suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään, naprapaatin harjoittaman elinkeinotoimintaan, elinkeinotoiminnan oleelliseen toimintaympäristöön sekä toimintaympäristön elinkeinotoiminnalle muodostamiin markkinavoimiin. Tarkastelun kohteena oli Suomessa vuonna 2014 vallitseva terveyspalvelu-toimialan (TOL 86) muodostama toimintaympäristö. Analysoitava toimintaympäristö rajattiin ulkoiseen toimintaympäristöön. Ulkoisen toimintaympäristön tarkastelun tavoitteena oli määrittää naprapaattien harjoittamaan elinkeinotoimintaan kohdistuvat ulkoiset markkinavoimat ja edelleen näiden markkinavoimien tuottamat oleelliset ulkoiset mahdollisuudet sekä uhat. Naprapaattien harjoittaman elinkeinotoiminnan toimintaympäristöä on lähestytty sekä terveydenhuoltoalan että terveys- ja hyvinvointialan lähteiden kautta. Työssä on käytetty myös runsaasti internetlähteitä. Lähdemateriaalin valinta johtuu pääasiassa internetmateriaalin ajankohtaisuudesta. Ulkoisen toimintaympäristön tarkastelun lisäksi opinnäytetyössä on selvitetty naprapaattien mahdollisuuksia harjoittaa ammattiaan terveyspalvelu-toimialan (TOL 86) eri alatoimialoilla.

Naprapaatti on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, josta säädetään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Naprapaatit toimivat osana Suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää joko yksityisellä, julkisella tai kolmannella sektorilla (KyAMK 2014). Naprapaatti voi tuottaa terveyspalveluita joko yrittäjänä tai työsuhteessa. Ulkoisen toimintaympäristön muodostamia naprapaatin harjoittamaan elinkeinotoimintaan vaikuttavia mahdollisuuksia ja uhkia on tarkasteltu niin työntekijän kuin ammatin- ja liikkeenharjoittajankin kannalta. Opinnäytetyön painotus on kuitenkin ollut vahvasti terveydenhuoltoalan yrittäjyydessä sekä naprapaatin harjoittaman yritystoiminnan oleellisessa ulkoisessa poliittisessa sekä lainsäädännöllisessä toimintaympäristössä.

Terveydenhuoltoalan yrittäjyydellä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuottamia yksityisiä terveyspalveluita, joista on säädetty mm. laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990). Hoiva-alan yrittäjyys tarkoittaa sosiaali- ja terveysalalla tapahtuvaa liiketoimintaa. Yksityisesti tuotettuja sosiaali- ja terveyspalveluita on tutkittu Suomessa hyvin vähän. Rissanen ja Sinkkonen (2004, 6–7) spekuloiivat aihetta kirjassaan *Hoivayrittäjyys* ja esittävät vähäisen tutkimuksen johtuvan alan vasta viimevuosikymmeninä tapahtuneen laajentumisen vuoksi. (Rissanen & Sinkkonen 2004, 6–7.)

2 TYÖN TAUSTAT, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Naprapaatit ovat hyvin pieni ammattiryhmä suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Terveydenhuollon keskusrekisteriin oli alkuvuodesta 2014 merkitty 126 naprapaattia (Sallinen). Suomen Naprapaattiyhdistyksellä oli vuonna 2014 alle sata jäsentä. Pienelle ammattiryhmälle on tyypillistä vähäiset rahalliset resurssit. Vähäiset rahalliset resurssit taas vaikuttavat henkilöresurssien määrään ja sitä kautta heikentävät yhdistystoiminnan mahdollisuuksia tuottaa informaatiota jäsentensä tarpeisiin.

Naprapaattien ja varsinkin naprapaatiksi opiskelevien keskuudessa esiintyy opinnäytetyön tekijän omiin kokemuksiin perustuen runsaasti hämmennystä siitä; mikä on naprapaatin rooli suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Naprapaateille koostettua informaatiota em. aihealueesta ei ole käytännössä lainkaan saatavilla.

Suomen fysioterapeutit ovat koostaneet kattavasti fysioterapeuteille suunnattua yrittämiseen ja työelämään sijoittumiseen liittyvää informaatiota. Materiaali on saatavilla

Suomen fysioterapeuttien internetsivustolla (vaatii kirjautumisen). Informaatio on tarkoitettu ainoastaan Suomen fysioterapeuttiyhdistykseen kuuluville (vaatii käyttäjätunnuksen ja salasanan). Naprapaattien yhdistystoiminta sekä naprapaattien koulutus (KyAMK) on toistaiseksi tuottanut vain hyvin vähän sellaista materiaalia, jonka avulla naprapaattit, naprapaattiksi opiskelevat tai naprapatian koulutusohjelmaan pyrkivät voisivat ymmärtää paremmin naprapaattien mahdollisuuksia työllistyä suomalaiseseen terveydenhuoltojärjestelmääj. Naprapaateille tarkoitettun informaation tuottaminen olikin yksi työn tärkeimmistä tavoitteista.

2.1 Työn tavoitteet ja tutkimusongelma

Opinnäytetyön ensisijaisena tavoitteena oli tutkia naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan ulkoista toimintaympäristöä. Toisena tavoitteena oli tutkia ulkoisen toimintaympäristön tuottamia ulkoisia markkinavoimia sekä niiden vaikutuksia naprapaatin harjoittamaan elinkeinotoimintaan. Ulkoiset markkinavoimat vaikuttavat oleellisesti mahdollisuuksiin harjoittaa liiketoimintaa, sillä mitä enemmän negatiivisia voimia markkinoilla esiintyy, sitä vaikeampaa ko. markkinoilla on tehdä kannattavaa liiketoimintaa (Strategic Management Insight). Työn tärkeimpänä tavoitteena oli kuitenkin tuottaa materiaalia, jonka avulla naprapaattit ja tulevat naprapaattit voisivat lisätä ymmärrystään opinnäytetyön aihealueesta. Edellä mainituista tavoitteista on johdettu opinnäytetyön tutkimusongelma:

1. Minkälaiset **mahdollisuudet naprapaattilla** on toimia **Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä?**

Edellä esitetty tutkimusongelma on hyvin laajasti määritelty. Jotta tutkimusongelmaan voitiin vastata, rajattiin tutkimusongelmaa edelleen asettamalla useita alatutkimusongelmia. Alatutkimusongelmia kutsutaan tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksiksi. Tutkimuskysymyksillä tarkennettiin tutkitun kokonaisuuden eri osa-alueita.

Tutkimusongelman tarkemmassa tarkastelussa havaittiin että, jotta tutkimusongelmaan voitaisiin vastata, tulisi ensin ymmärtää **suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän** rakenne sekä terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät **ulkoiset** vaikutustekijät. Jotta oli mahdollista ymmärtää **naprapaatin mahdollisuuksia** suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, oli myös välttämätöntä määritellä käsitteet *naprapatia* sekä *naprapaatti terveydenhuollon ammattihenkilönä*.

2.2 Tutkimussuunnitelma

Tutkimussuunnitelman ensimmäisessä vaiheessa etsittiin tietoa **suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä**. Suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään tutustussa havaittiin että terveydenhuoltojärjestelmää säätelee runsaslukuinen **lainsäädäntö**. Lainsäädännöstä päättää Suomessa eduskunta, joka koostuu puolueista ja puolueita edustavista kansanedustajista ts. poliitikoista. Poliitikot tekevät **poliittisia** päätöksiä.

Tutkimussuunnitelman toisessa vaiheessa etsittiin viitekehystä tai menetelmää, jonka avulla voitaisiin systemaattisesti löytää ja analysoida terveystalaa säätelevää lainsäädäntöä sekä politiikkaa ja ”poliittista ilmapiiriä”. Viitekehystä etsittiin lukemalla taloustieteen kirjallisuutta sekä käyttämällä Google-hakukonetta internetissä. Mahdollista työssä sovellettavaa viitekehystä etsittäessä havaittiin, että poliittisia ja lainsäädännöllisiä tekijöitä kutsutaan ns. **ulkoisiksi markkinavoimiksi**. Seuraavaksi tutkittiinkin näitä ulkoisia markkinavoimia ja havaittiin, että ulkoisten markkinavoimien lisäksi liiketoimintaan vaikuttavat myös niin sanotut sisäiset markkinavoimat. Havaittiin, että ulkoisia markkinavoimia oli mahdollista tutkia sekä makro- että mikrotasolla ja että sisäiset markkinavoimat ovat mikrotasolla vaikuttavia markkinavoimia.

Kolmannessa vaiheessa tutkittiin makro- ja mikrotason rajapintoja sekä tasoille kuuluvia markkinavoimia. Havaittiin että makrotasolle kuuluvat niin sanotut ulkoiset ei kontrolloitavat markkinavoimat, niin sanotut kokonaistaloudelliset mekanismit sekä vaikutustekijät (Pohjola 2008, 9). Ehkä yleisin ulkoisen makrotason toimintaympäristön analysointiin ja seurantaan käytetty viitekehys on ns. *PEST*. *PEST-viitekehyksessä* paino on poliittisten (P), taloudellisten (E), sosiaalisten (S) ja teknisten (T) markkinavoimien vaikutusten kartoittamisessa ja seurannassa (Strategic Management Insight 2013).

2.3 Tutkimuskenttä

Yritysten sekä kuluttajien taloustutkimusta kutsutaan mikrotaloustieteeksi (Pohjola 2008, 9). Pohjola (2008, 9) toteaa kirjassaan taloustieteen oppikirja kansantalouden perustuvan yksittäisten kotitalouksien sekä yritysten päätöksiin ja toimintaan markkinoilla. Mikrotaloustiede tutkii yksittäisten ihmisten sekä yritysten toimintaa taloustieteen menetelmin (Pohjola 2008, 9). Tarkemmin määriteltynä mikrotaloustieteen tutkimuksella tarkoitetaan kuluttajiin, tuotteisiin sekä yksittäisiin yrityksiin ja niiden vä-

liseen kilpailuun sekä sidosryhmiin kohdistuvaa tutkimusta. Mikroympäristön seurannan kannalta mikrotoimintaympäristöön kuuluu seurattavan liiketoiminnan välitön ulkoinen toimintaympäristö (operationaalinen toimintaympäristö) sekä yrityksen tai muun tutkittavan toimijan sisäinen toimintaympäristö. (Lehtinen 2013, 6–7.)

Termillä **toimintaympäristö** viitataan usein ulkoiseen makrotason ympäristöön (*macro environment level*). Toimintaympäristön ajatellaan tuottavan liiketoimintaan kohdistuva ulkoisia **markkinavoimia**, jotka voivat olla analysoitavan toimijan toiminnan kannalta katsottuna joko positiivisia, negatiivisia tai neutraaleja. Nämä markkinavoimat voivat olla, joko **mahdollisuuksia**, **uhkia** tai täysin **merkityksettömiä** analysoitavan toiminnan kannalta. (Strategic Management Insight 2013.)

2.4 Tutkimusongelmien tarkentaminen

Opinnäytetyön rakenne sekä työn rajaus alkoi hahmottua makro- ja mikrotoimintaympäristön rajapintojen hahmottumisen myötä. Opinnäytetyö rajattiin ulkoiseen toimintaympäristöön, sillä ulkoista toimintaympäristöä oli mahdollista tutkia olemassa olevan kirjallisuuden, tutkimusten ja raporttien avulla. Sisäisen toimintaympäristön seuranta ja analysointi on yrityksen sisällä tapahtuvaa toimintaa. Sisäisen toimintaympäristön seurannan ja analysoinnin ottaminen mukaan opinnäytetyön rajaukseen olisi käytännössä vaatinut kysely- tai haastattelututkimuksen, jonka avulla olisi voitu selvittää naprapaattien yritystoiminnan sisäisen toimintaympäristön seurannan laajuutta sekä sitä, miten naprapaattit mukauttavat toimintaansa ulkoisen toimintaympäristön muuttuviin vaatimuksiin. Naprapaattien harjoittaman elinkeinotoiminnan sisäisen toimintaympäristön tarkastelu on rajattu ulos opinnäytetyöstä.

Ulkoiseen toimintaympäristön tutkimiseksi asetettiin seuraavat varsinaiseen tutkimusongelmaan liittyvät alaongelmat (tutkimuskysymykset):

- 1.1. Minkälainen on naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan poliittinen toimintaympäristö?
- 1.2. Minkälainen on naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan lainsäädännöllinen toimintaympäristö?

- 1.3. Minkälainen on naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan taloudellinen toimintaympäristö?
- 1.4. Minkälainen on naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan sosiaalinen toimintaympäristö?
- 1.5. Minkälainen on naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan tekninen toimintaympäristö?
- 1.6. Minkälainen on naprapaattien oleellisten sidosryhmien muodostama toimintaympäristö?

Terveyspalvelut–**toimiala** jakautuu useisiin alatoimialoihin, joita säätelee monimuotoinen lainsäädäntö. **Lainsäädäntö** asettaa erilaisia vaatimuksia, velvoitteita sekä rajoitteita sekä eri alatoimialoilla työskenteleville terveydenhuollon ammattihenkilöille että eri alatoimialoilla harjoitettavalle liiketoiminnalle. Rajoitteet, velvoitteet sekä vaatimukset voivat olla erilaisia esimerkiksi ammatinharjoittajalle, liikkeenharjoittajalle ja työntekijälle. Naprapaattien eri terveystalvet (TOL 86) alatoimialoille työllistymisen tutkimiseksi ei asetettu erillisiä tutkimusongelmia, vaan niitä päätettiin selvittää edellä esitettyjen tutkimusongelmien ratkaisemiseksi kerätyn aineiston perusteella varsinaisen tutkimuksen ohessa.

2.5 Koehaut tietokantoihin

Koehakuja suorittaessa ei tutkimuksen tutkimusmenetelmä ollut vielä tiedossa. Koska tietyt tutkimusmenetelmät asettavat kriittisiä vaatimuksia tutkimuksen lähdeaineistolle oli välttämätöntä tutkia, minkälaista lähdemateriaalia tutkimuksen aihealueelta olisi saatavilla. Tieteellistä aineistoa etsittiin ensin *Melinda-tietokannasta*, joka on suomalaisten kirjastojen yhteistietokanta. *Melinda-tietokannan* internetsivustolla sanotaan tietokannan kattavuudesta seuraavaa:

”Se sisältää Suomen kansallisbibliografian sekä viitetiedot yliopistokirjastojen, yhteiskirjastojen, Eduskunnan kirjaston, Varastokirjaston ja Tilastokirjaston tietokantoihin sisältyvistä aineistoista. Ammattikorkeakoulujen kirjastoista ovat mukana Hämeen ammattikorkeakoulun kirjasto, Centria-ammattikorkeakoulun kirjasto ja Haaga-Helian kirjasto. Vuosina 2013-2014 mukaan tulevat kaikki amk-kirjastot”

Ensimmäiset koehaut suoritettiin 8.9.2013 käyttämällä *Melinda-tietokantaa*. Tietokannassa käytettiin seuraavia hakusanoja: *yrittäjyys* (6161 hakutulosta), *sosiaali- ja terveysala* (2441 hakutulosta), *yksityinen terveydenhuolto* (127 hakutulosta), *yrittäjyyskatsaus* (15 hakutulosta), *naprapatia* (3 hakutulosta), *terveyspalvelut* (4167 hakutulosta), *yksityiset terveyspalvelut* (187 hakutulosta), *palveluyritys* (33 hakutulosta), *yritystoiminta terveysala* (100 hakutulosta), *toimintaympäristö* (1792 hakutulosta). Melinda-tietokannan kautta löytyi opinnäytetyössä käytetty tutkimuskenttään liittyvä kirjallisuus, joka saatiin tutkijan käyttöön paikallisten kirjastojen kautta (Kotkan kaupungin kirjasto sekä KyAMK jylpyn toimipisteen kirjasto).

Koehakuja tehtiin Melinda-tietokannan lisäksi myös *Arto-* sekä *Medic-*tietokantoihin, käyttäen hakusanayhdistelmää: *sosiaali- ja terveys** AND *toimintaympäristö*. *Arto-tietokannasta* em. hakutermillä löytyi 124 viitettä. *Medic-tietokannasta* löytyi samalla hakutermillä 4 hakutulosta. Suurin osa kaikista kolmesta em. tietokannasta löydetystä materiaalista hylättiin heti otsikon perusteella.

Tutkimusongelmaan oleellisesti liittyvää lähdeaineistoa löytyi siis tietokannoista hyvin vähän. Tietokannoista löydetty lähdeaineisto oli pääasiassa kirjoja, pl. Sieväsen (2010) Pro gradu tutkielma: *Palveluseteli hoivayrittäjän näkökulmasta*. *Medic-tietokannasta* löytyi Metsämuurosen (2000) kirja *Maaailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala?* *Arto-tietokannasta* löytyi useita yrityksen toimintaympäristön analysointiin liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita, mutta ei ainoatakaan sosiaali- ja terveysalan yritystoiminnan toimintaympäristöön liittyvää tutkimusta. *Theseus-arkistosta*, johon on koottu ammattikorkeakouluista valmistuneiden opiskelijoiden opinnäytetöitä, löytyi muutamia aihealueeseen sopivia opinnäytetöitä. Ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt eivät kuitenkaan kelpaa toisen ammattikorkeakouluopinnäytetyön lähdemateriaaliksi.

Koehakujen jälkeen havaittiin, että opinnäytetyön aihealueesta ei ollut riittävästi tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttävää lähdemateriaalia saatavilla, jotta aiheesta olisi voinut toteuttaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tai meta-analyysin. Terveysalaa on tutkittu Suomessa mm. *Itä-Suomen yliopistossa* (Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto), *Turun yliopistossa* (Kulttuurin ja terveyden tutkimusyksikkö), *Jyväskylän yliopistossa* (Terveyden edistämisen tutkimuskeskus), *Tampereen yliopistossa* (Terveyden tutkimus) sekä *Aalto-yliopistossa* (Terveydenhuollon tutkimus). Kuten on jo

aiemmin todettu opinnäytetyön aihe-alueelta (terveydenhuoltoalan yrittäjyys sekä yksityiset terveyspalvelut) toteutettua tieteellistä tutkimusta oli kuitenkin saatavilla erittäin niukasti. Yksityisten terveyspalveluiden sekä naprapatian (elinkeinomuotona) tieteellisen tutkimuksen puutteen vuoksi, tehtiin päätös toteuttaa opinnäytetyö perinteisenä kirjallisuuskatsauksena. Perinteisessä kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen tekijällä on vapaus valita tutkimuksessa sovellettava lähdemateriaali, myös työn raportointi on vapaampaa kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Varsinaisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessi on kuvattu opinnäytetyön kappaleessa kolme (Tutkimusmenetelmät).

3 TUTKIMUSMENETELMÄT

Ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista opinnäytetyön tekijä perehtyi (tutkimussuunnitelmavaihe) laajasti Suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään, terveyspalvelut toimialaan (TOL 86), terveysalaa säätelevään lainsäädäntöön sekä tieteellisen tutkimuksen metodikirjallisuuteen. Näin voitiin muodostaa kokonaiskuva tutkittavasta aihealueesta sekä siitä; miten tutkittavaa aihealuetta voitaisiin tieteellisesti tutkia.

Varsinaisessa tutkimuksessa sovellettiin yritystoiminnan toimintaympäristön seurantaan sekä analysointiin yleisesti käytettyä *PEST-viitekehystä*. *PEST-viitekehys* on tarkistuslistana toimiva viitekehys, joka helpottaa tunnistamaan yritystoiminnan kannalta oleellisia ulkoisia markkinavoimia. *PEST* ei kuitenkaan opinnäytetyön menetelmäohjaajan kanssa käytyjen keskusteluiden perusteella sovellu tieteellisen tutkimuksen menetelmäksi. Edellä mainitusta syystä opinnäytetyössä on *PEST-viitekehysten* lisäksi kuvattu jälkikäteen sisällönanalyysimenetelmä sekä kuvaileva narratiivinen yleiskatsaus kirjallisuuskatsausmenetelmänä.

Kuvaileva narratiivinen yleiskatsaus on etenkin hoitotieteissä yleisesti sovellettu kirjallisuuskatsausmenetelmä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38; Salminen 2011, 7). Kuvailevan narratiivisen yleiskatsauksen lisäksi työssä on sovellettu sisällön analyysiä. Sisällön analyysi on erityisesti laadullisissa tutkimuksissa käytettävä perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää joko yksittäisenä metodina tai erilaisiin muihin analyysikokonaisuuksiin liitettävänä väljänä teoreettisena viitekehystenä. Sisällön analyysi perustuu aineiston teemoittamiseen, kuten *PEST-viitekehyskin*. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.)

*PEST-viitekehys*ssä aineisto teemoitetaan poliittisiin ja lainsäädännöllisiin, taloudellisiin, sosiaalisiin sekä teknisiin ulkoisiin markkinavoimiin, jotka tuottavat tutkittavalle toimijalle joko positiivisia, negatiivisia tai neutraaleja markkinavoimia. Käytännössä kyseessä on siis sisällönanalyysin sovellus. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida informaatiota systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Tuomi ja Sarajärvi viittaavatkin sisällönanalyysiin kirjassaan: *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (2002, 93). Tuomi ja Sarajärvi (2002, 93) sanovat sisällönanalyysistä mm. seuraavaa:

”Voidaan myös sanoa, että useimmat eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, jos sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysiä väljänä teoreettisena kehyksenä.”

Metsämuuronen (2001, 44) viittaa *PESTE-menetelmään* kirjassaan *Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä*. Metsämuuronen (2001, 44) kuvaa *PESTE-analyysiin* olevan alun perin liiketoimintaympäristön kartoittamiseen kehitetty menetelmä. Metsämuuronen kertoo kirjassaan (2011, 44) *PESTE-termin* olevan Tarja Meristön vuonna 1991 lanseeraama. Toisaalta Lehtinen (2013, 7) sanoo *PESTEL-viitekehysten* olevan ennemminkin tarkistuslista kuin toimintaympäristön seurannan ja analysoinnin menetelmä.

Metsämuuronen on vuonna 1998 esitellyt *APESTE-analyysin*, jossa siirrytään osittain pois makrotasolta, tuomalla analyysiin mukaan ns. asiakaskomponentti (A), joka kuuluu taloustieteen määritelmissä osaksi mikrotasoa. Tämä rikkoo käsitystä, jonka mukaan *PEST-sovellutukset* olisi tarkoitettu nimenomaan makrotoimintaympäristössä vaikuttavien markkinavoimien seurantaan ja analysointiin. Metsämuuronen (2001, 162–163) viittaa *PESTE-analyysiin* asioiden sisällysluettelona, joita pidetään mielessä kun kartoitetaan tulevaisuuden kannalta oleellisia toimintaympäristössä vaikuttavia tekijöitä. Tämä puoltaa erityisesti tutkijan näkemystä *PEST-sovellutusten* rinnastamisesta sisällönanalyysiin.

Metsämuuronen on erikoistunut erityisesti sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden tutkimiseen (Metsämuuronen 2001, 3). Hän ei kuitenkaan pidä *PESTE-analyysiä* varsinaisena tulevaisuuden tutkimusmenetelmänä, ainakaan samassa mittakaavassa kuin esimerkiksi *Conjoint-analyysi* tai *Delfi-teknikka* (Metsämuuronen 2001, 44). Tule-

vaisuudentutkiminen onkin ihan oma tutkimuskenttänsä, johon liittyy monimuotoisia ilmiöitä. Näitä on käsitelty laajemmin työn pohdinta–osiossa.

3.1 Kirjallisuuskatsausmenetelmän valinta

Kirjallisuuskatsauksen määritelmä on hyvin laaja. Menetelmää voidaan soveltaa minkä tahansa tutkimusilmion tutkimuksessa. Tutkimusta voidaan kutsua kirjallisuuskatsaukseksi, mikäli tutkimus perustuu vähintään kahteen alkuperäistutkimukseen. (Kääriäinen & Lahtinen, 38; Johansson 2007, 3.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittelystä, tutkimusten hakuprosessista ja laadun arvioinnista sekä tulosten analysoinnista on osoitettu olevan erittäin luotettava menetelmä koota aikaisemmin tutkittua aineistoa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus soveltuu menetelmänä erittäin hyvin näyttöön perustuvan tiedon tai toiminnan tutkimiseen, sillä näyttöön perustuvassa tutkimuksessa on olennaista aikaisemman tiedon systemaattinen ja kriittinen arviointi. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voikin olla jopa edellytys tietyn tyyppisten tutkimusten käynnistämiseksi. Edellä mainitun kaltaisia vaatimuksia saattavat esittää esimerkiksi tutkimuksen rahoittajat. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38–44.)

Vaikka systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään erityisen luotettavana tutkimusmenetelmänä, liittyy myös systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, kuten muihinkin tutkimusmenetelmiin omat heikkoutensa. Systemaattista kirjallisuuskatsausta on kritisoitu työlääksi menetelmäksi, jonka toteuttaminen vaatii runsaita ajallisia resursseja. Systemaattista kirjallisuuskatsausta on vaikea toteuttaa, mikäli työn resurssit rajoittuvat vain yhteen henkilöön, sillä esimerkiksi alkuperäistutkimusten valinta tulisi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa perustua vähintään kahden toisistaan riippumattoman henkilön arvioon tutkimusten sisäänottokriteerien toteutumisesta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38–44.)

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, kuten muihinkin tutkimusmenetelmiin liittyy laatua heikentäviä tekijöitä kuten; alkuperäistutkimusten menetelmä, luotettavuus sekä systemaattisten ja satunnaisvirheiden mahdollisuus (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38–44). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ehkä suurin heikkous, mutta samalla toisesta aspektista tarkasteltuna vahvuus liittyy tutkimusaineiston rajaukseen. Johansson

(2007, 3) toteaa kirjassa *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen* lähdeaineistosta seuraavaa:

”On kuitenkin huomioitava, että kirjallisuuskatsauksen tarkoitus vaikuttaa olennaisesti siihen sisällytettävään tutkimusaineistoon.”

Meta-analyysi on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tuloksia on arvioitu tilastollisin menetelmin. Tosin sanoen meta-analyysissä käytetään määrällisiä l. kvantitatiivisia menetelmiä tulosten arvioinnissa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38.)

Valittu opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä naprapaattien asemaa tai mahdollisuuksia ja uhkia suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ei ole aikaisemmin Suomessa tutkittu. Kuten on jo aiemmin mainittu, edes aihealuetta terveydenhuolto, yrittäjyys ja toimintaympäristö, ei ole juurikaan tutkittu aikaisemmin Suomessa. Myös aihealueen ”läheisyydessä” toteutettua tutkimusta on heikosti saatavilla. Aiheen ajankohtaisuuden sekä aikaisemman tutkimuksen puutteen vuoksi oli luonnollista lähestyä tutkittavaa aihetta soveltaen kuvailevaa narratiivista yleiskatsausta, joka on tavantomainen erityisesti hoitotieteissä sovellettu tutkimusmenetelmä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38).

Kuvaileva narratiivinen yleiskatsaus mahdollisti laajat lähdeaineistot ja sen avulla voitiin tuottaa laaja kuva käsiteltävästä aihealueesta. Tarkempia sääntöjä vaativat menetelmät, kuten edellä mainitut systemaattinen kirjallisuuskatsaus tai meta-analyysi olisi rajannut lähdeaineistoa huomattavasti (Salminen 2011, 6–15). Tämä ei olisi ollut tarkoituksenmukaista opinnäytetyön tavoitteiden kannalta, eikä lähdemateriaalin puutteen vuoksi todennäköisesti edes mahdollista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi asettavat tarkat kriteerit lähdeaineistolle, eivätkä siten sovellu ennestään tutkimattomien tai erittäin vähän tutkittujen aihealueiden tutkimiseen (Salminen 2011, 9–15; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39; Johansson 2007, 4–5).

3.2 Kuvaileva narratiivinen yleiskatsaus kirjallisuuskatsausmenetelmänä

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on yleisesti käytetty kirjallisuuskatsauksen perusmenetelmä (Salminen 2011, 7). Tarkemmin määriteltynä opinnäytetyössä sovellettu kirjallisuuskatsausmenetelmä oli *kuvaileva narratiivinen yleiskatsaus*. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tarkoittaa kuvailevaa tiivistelmää tutki-

muksen aihealueesta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38). Kuvailevaan narratiiviseen yleiskatsaukseen päädyttiin, koska se on menetelmänä hyvin vapaamuotoinen, eikä rajoja käytettyä lähdeaineistoa tarpeettomasti. Menetelmään ei liity yhtä tarkkoja sääntöjä kuin systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tai meta-analyysiin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi ovat kirjallisuuskatsausmenetelmiä, jotka ovat huomattavasti perinteistä kirjallisuuskatsausmenetelmää luotettavampia sekä helpommin toisen tutkijan toistettavissa olevia kirjallisuuskatsauksen sovellutuksia kuvailevaan narratiiviseen yleiskatsaukseen verrattaessa. (Salminen 2011, 6–15; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38–44; Johansson 2007, 4–5.)

Vaikka kuvailevan narratiivisen yleiskatsauksen luotettavuus sekä toistettavuus ovatkin huonompia kuin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tai meta-analyysin oli menetelmän käyttö perusteltavissa mm. seuraavista syistä: tutkittavasta aihe-alueesta ei ollut aikaisempaa tutkimustietoa saatavilla. Aikaisemman tutkimustiedon puute pakotti opinnäytetyön tekijän soveltamaan terveysalaan, yrittäjyyteen sekä lainsäädäntöön liittyvää lähdemateriaalia naprapaattien harjoittamaan elinkeinotoimintaan, jotta tutkimusta oli edes toteutettavissa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus olisi ollut toteutettavissa, mikäli aihealuetta olisi tutkittu laajasti ennestään. Kun aihealuetta on tutkittu paljon, on mahdollista käyttää muutamaa tutkimustietokantaa ja valita niistä löytyvää lähdemateriaalia tarkkojen poissulkukriteerien avulla. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tai meta-analyysi edellyttää myös tutkittavan ilmiön tarkkaa rajaamista, sillä muuten tutkimus on vaikea ja erittäin työläs toteuttaa. (Johansson 2007, 4–5.)

Tässä opinnäytetyössä haluttiin tutkia laajasti naprapaattien mahdollisuuksia suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Opinnäytetyön tekijä halusi tuottaa naprapaattiksi opiskeleville, naprapaatin opintoja suunnitteleville sekä jo työelämässä oleville naprapaateille; kattavan informaatiopakettin, jossa kuvataan riittävällä tarkkuudella naprapaattien mahdollisuuksia työllistyä suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään sekä naprapaatin harjoittamaan elinkeinotoimintaan liittyvistä ulkoisista uhista ja mahdollisuuksista.

Kuvaileva narratiivinen yleiskatsaus sopi erinomaisesti opinnäytetyön tekijän tarkoituksiin, sillä menetelmän tarkoituksena on tiivistää aikaisemmin tutkittua tietoa helpopolukuisemmaksi. (Salminen 2011, 7; Johansson 4.) Salminen (2011, 7) viittaa kuvailevan narratiivisen yleiskatsauksen lähdemateriaaliin seuraavasti:

”Lähtökohtaisesti narratiivisen kirjallisuuskatsauksen kautta hankittu tutkimusaineisto ei ole käynyt läpi erityisen systemaattista seula.”

Narratiivisen kuvailevan yleiskatsauksen avulla on mahdollista saavuttaa, kirjallisuuskatsaukselle ominaisia tuloksia, jotka täyttävät tieteellisen tutkimuksen kriteerit. Narratiivinen katsaus soveltuukin käytettäväksi tutkimusmenetelmäksi kun tarkoituksena on ajantasaistaa olemassa olevaa tutkimustietoa. Yleiskatsauksen tulosten analytyisyys ei kuitenkaan narratiivisen lähestymistavan takia ole paras mahdollinen. Narratiivinen yleiskatsaus onkin esimerkiksi opetusmateriaalin tuottamiseen hyvin soveltuva menetelmä. (Salminen 2011, 7; Johansson 4.) Erityisesti edellä viimeisimpänä mainittu palveli erinomaisesti opinnäytetyön tavoitteita. Salminen (2011, 7) toteaa narratiivisen yleiskatsauksen soveltamisesta opetusmateriaalin tuottamiseen seuraavaa:

”Sen avulla on mahdollista tuottaa opiskelijoille ajankohtaista tietoa, johon ei aina muun tieteellisen kirjallisuuden avulla pystytä.”

Narratiivisen yleiskatsauksen avulla tuotettuun tutkimustietoon tulee kuitenkin suhtautua kriittisesti (Salminen 2011, 7). Salminen (2011, 7) toteaa narratiivisen yleiskatsauksen tuottaman lopputuloksen olevan mahdollisesti puolueellista sekä johdattelevaa. Narratiivisen tutkimusmenetelmän avulla tuotetun informaation hyödyntäminen osana poliittista päätöksentekoa onkin Salmisen (2011, 7) mukaan rajallista. Ongelmina korostuvat lopputuloksen mahdollinen tieteellinen epätasällisyys, subjektiivisuus sekä tutkimuksen kriittinen arviointi (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38).

3.3 Tutkimusprosessi

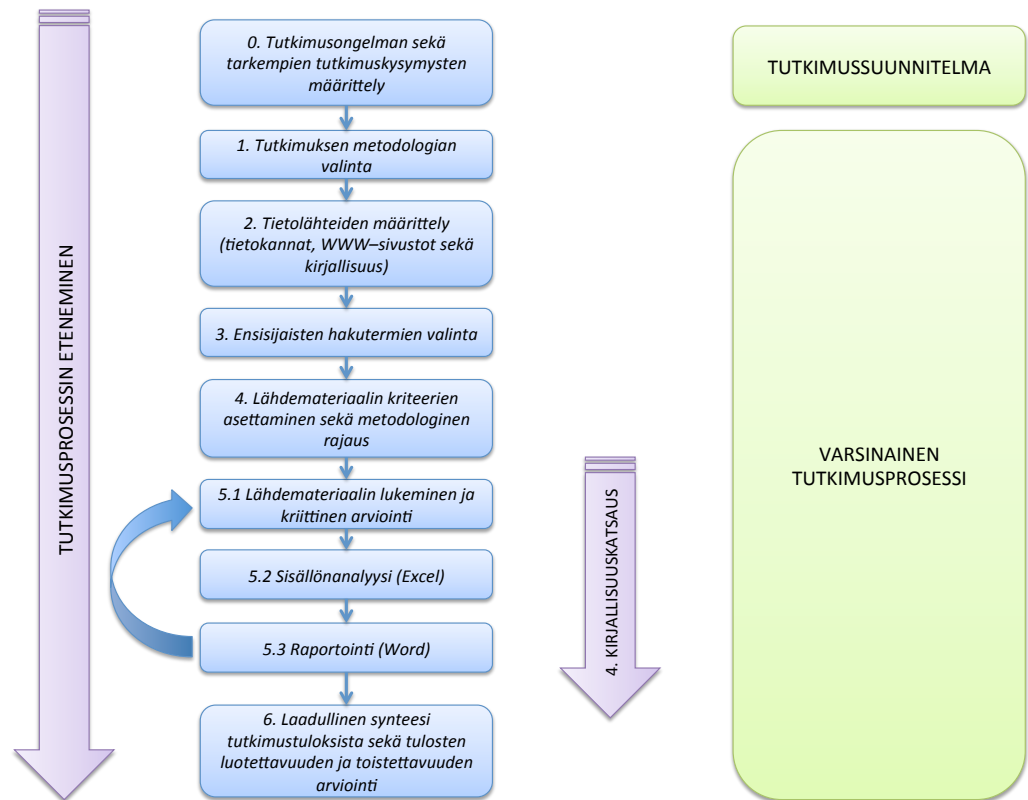
Tutkimusprosessin tutkimussuunnitelmavaiheessa määriteltiin ensin tutkimusongelmat, joita tarkennettiin tutkimuskysymyksillä (alatutkimusongelmat). Tutkimussuunnitelma vaihe on tavallaan osa tutkimusprosessia, mutta tässä työssä päädyttiin pitämään tutkimussuunnitelma ja varsinainen tutkimusprosessi erillään toisistaan. Tutkimussuunnitelmavaiheessa tarkasteltiin aihealuetta laajemmin ilman tutkimusmenetelmän valinnan tuomia rajoitteita.

Varsinaisessa tutkimusprosessissa määriteltiin ensimmäisenä tutkimuksessa sovellettava metodologia. Toisessa vaiheessa määriteltiin tietolähteet, joista tutkimukseen liitettävää lähdemateriaalia etsittiin. Varsinaisen tutkimusprosessin kolmannessa vaiheessa

määriteltiin ensisijaiset hakusanat, joita käytettiin toisessa vaiheessa valituissa tietolähteissä. Tutkimusprosessin neljännessä vaiheessa rajattiin tutkimuksessa hyödynnettävä tutkimusmateriaali sekä tutkimusmateriaalin ns. metodologinen rajaus.

Tutkimusmateriaalin rajauksen yhteydessä sovellettiin PEST-viitekehystä, josta muodostettiin sisällönanalyysin menetelmiä soveltaen opinnäytetyön tarkempi rajaus. Tarkemmassa rajauksessa päätettiin, mitkä sisällönanalyysissä esiintyneet teemat otettiin mukaan tutkimukseen. Tarkempi rajaus oli tarpeen erityisesti aikataulullisista syistä, sillä PEST-sovellutusten esittämät rajaukset ovat hyvin väljiä ja subjektiivisesti tulkittavia.

Tutkimusprosessin viidennessä vaiheessa toteutettiin kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisvaiheessa käytiin läpi valittu lähdemateriaali (tutkimusaineisto) soveltaen sisällönanalyysiä ja kirjoitettiin kirjallisuuskatsausta. Viimeisessä vaiheessa (vaihe 6) kirjattiin johtopäätökset kirjallisuuskatsauksen aineistosta sekä pohdittiin johtopäätösten luotettavuutta. Kuvassa 1 on havainnollistettu opinnäytetyössä sovellettua tutkimusprosessia, joka on sovellettu Salmisen (2011, 11) Vaasan yliopistolle tuottamasta julkaisusta. Tämän jälkeen käydään läpi koko tutkimusprosessi vaihe vaiheelta.



Kuva 1. Opinnäytetyössä sovellettu tutkimusprosessi (mukaillen Salminen 2011, 11)

Tutkimussuunnitelma vaiheessa asetettiin tutkimusongelma ja tutkimusongelmaa tarkentavat alatutkimusongelmat, joita on tässä opinnäytetyössä kutsuttu tutkimuskysymyksiksi. Tutkimusongelmien sekä tutkimuskysymysten määrittely sekä taustat on avattu kappaleessa kaksi: Työn taustat, tavoitteet ja tutkimusongelmat. Tutkimusmenetelmän taustoista ja tutkimusmenetelmän valinnasta on kerrottu laajasti aiemmin työn kappaleessa kaksi (Tutkimusmenetelmät).

Tietolähteiden valinnassa käytettiin apuna Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta sekä tutkimusta varten räätälöityä *PEST-sovellutusta*. Opinnäytetyön tekijä oli jo ennen varsinaista tutkimusprosessia (tutkimussuunnitelmavaihe) tutustunut terveyspalvelut-toimialan toimialaraporttiin (Hartman 2011), joka toimi itse asiassa yhtenä innostajana opinnäytetyön aiheelle. Toimialaraportti toimikin alussa hyvänä pohjana Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskuvan hahmottamisessa. Toimialaraportin (Hartman 2011, 52) lähdeluettelo antoi opinnäytetyön tekijälle myös hyviä vinkkejä siitä, minkälaista lähdemateriaalia toimialaraportin kaltaisessa yhteenvedossa yleisesti käytetään. Toimialaraportin (Hartman 2011, 52) lähdeluettelo tar-

kastelemalla havaittiin, ettei raportissa ole käytetty lainkaan varsinaista tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttävää lähdeaineistoa. Tämä vahvisti opinnäytetyön tekijän käsitystä saatavilla olevasta lähdemateriaalista (ks. 2.5 – Koehaut tietokantoihin).

PEST-sovellutusten mukaisesti ulkoisen makrotoimintaympäristön seurannassa sekä analysoinnissa keskitytään tarkastelemaan poliittisia, lainsäädännöllisiä, taloudellisia, sosiaalisia sekä teknisiä analysoitavaan toimijaan vaikuttavia markkinavoimia. Näiden lisäksi haluttiin mukaan ottaa myös naprapaattien kannalta oleelliset sidosryhmät, jotka kuuluvat kylläkin ulkoiseen mikrotoimintaympäristöön. Makro- ja mikrotason rajoja on rikottu aiemminkin. Metsämuuronen (2001) on antanut esimerkin makro- ja mikrotason yhdistämisestä ja keksinyt näin taas yhden nimen lisää ulkoisen toimintaympäristön seurantaan. Metsämuuronen (2001, 163) on ottanut makrotason *PESTE-analyysiin* mukaan asiakaskunnan (mikrotaso) muutokset ja nimennyt analyysin *APESTE-analyysiksi*. Tätä kaavaa noudattamalla otettiin tutkimuksen rajaukseen mukaan poliittisten lainsäädännöllisten, taloudellisten, sosiaalisten ja teknisten markkinavoimien lisäksi naprapaattien oleelliset sidosryhmät (stakeholders). Kutsuttakoon tätä analyysiä, tarkistuslistaa tai sisällönanalyysin sovellusta vaikka *SPEST-analyysiksi*. Ensisijaisiksi tietolähteiksi valittiin edellä mainituin perusteluin seuraavat:

- Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut (poliittiset, lainsäädännölliset sekä taloudelliset markkinavoimat sekä Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenne)
- Kansaneläkelaitoksen (Kela) internetsivut (poliittiset sekä lainsäädännölliset markkinavoimat, sairausvakuutusjärjestelmä sekä työterveyshuolto)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) internetsivut (kansanterveys sekä terveyspalveluiden rahoitus)
- Työterveyslaitos (työterveyspalvelut sekä kansanterveyteen liittyvät kysymykset)
- Valviran sekä Aluehallintoviraston verkkosivut (lainsäädännölliset markkinavoimat, terveyspalveluiden valvontaan liittyvät kysymykset ja terveyspalveluiden luvanvaraisuus)
- Tilastokeskus (Terveyspalveluiden alatoimialat sekä väestöön liittyvät tilastotiedot)
- Työ- ja elinkeinoministeriön verkkosivut, raportit ja julkaisut (Terveyspalvelut toimialaan liittyvät asiat, kuten asiakaskunta, kannattavuus, markkinat ja sääntely)
- Suomen yrittäjien verkkosivut, sekä raportit ja julkaisut (yrittäjyyteen liittyvät asiat, kuten rahoitus, yritystoiminnan aloittaminen ja lupa-asiat)
- Melinda-tietokanta (terveys- sekä hyvinvointialan yrittäjyyteen, rahoitukseen sekä julkisen sektorin ulkoistamiin palveluihin liittyvä kirjallisuus)
- ebrary (toimintaympäristön teoriaan sekä toimintaympäristön seurantaan ja analysointiin liittyvä kirjallisuus)

- Google (toimintaympäristön seurantaan ja analysointiin liittyvät menetelmäohjeet sekä palvelusetelijärjestelmään liittyvät pro gradu tutkielmat)
- Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sekä Kotkan kaupungin kirjasto (menetelmäkirjallisuus sekä taloustieteen menetelmiin liittyvä kirjallisuus).

Hakusanoja etsittiin käymällä läpi vuonna 2011 julkaistua terveystalouden toimiala-raporttia (Hartman 2011) sekä joitakin raportin lähdemateriaalista. Seuraavat asiasanat toistuivat mm. työ- ja elinkeinoministeriön julkaisemissa raporteissa:

Hyvinvointipalvelut, yksityiset terveystaloudet, terveystaloudet, terveydenhuolto, yritys-sektorin tuottamat terveystaloudet, sosiaali- ja terveysala, sosiaali- ja terveydenhuolto, terveydenhuollon laitospalvelut, markkinatilanne, yrityksen toimintaympäristö, osaava työvoima, kuluttajan asema, palveluseteli, yrittäjyys, yhteiskunnallinen yritys, järjestäminen ja rahoitus, monikanavarahoitus, lääkäri- ja hammaslääkäripalvelut, muut terveydenhuoltopalvelut.

Käytännössä olemassa olevista raporteista, jotka olivat opinnäytetyön tekijän saatavilla, etsittiin opinnäytetyön aihealueeseen liittyvät ja tutkimusongelmien kannalta oleelliset teemat (sisällönanalyysi), joiden avulla päätettiin myös käytettävät hakusanat. Hakusanat valittiin joko suoraan edellä mainituista hakusanoista tai muodostettiin edellä mainittuja hakusanoja yhdistelemällä tai katkaisemalla. Seuraavat hakusanat valittiin käyttöön:

Yksityiset terveystaloudet, terveystaloudet, terveydenhuolto, yritys-sektorin tuottamat terveystaloudet, sosiaali- ja terveysala, sosiaali- ja terveydenhuolto, markkinatilanne, yrityksen toimintaympäristö, osaava työvoima, palveluseteli, yrittäjyys, järjestäminen ja rahoitus, monikanavarahoitus, muut terveydenhuoltopalvelut

Myös muita kuin edellä mainittuja hakusanoja käytettiin, erityisesti kun haluttiin löytää jokin tietty artikkeli, jossa oletettiin olevan syventävää tietoa aihealueesta. **Lähdemateriaalin rajaukselle** ei perinteisessä kirjallisuuskatsauksessa tarvitse asettaa kriittisiä **sisäänottokriteereitä**. Kaikki sellainen materiaali, josta löytyi oleellista tietoa opinnäytetyön aihealueelta, hyväksyttiin käyttöön, mikäli materiaali oli tutkijan subjektiivisen arvion perusteella relevanttia ja riittävän luotettavasta tietolähteestä. Vaikka tarkkoja kriteereitä ei lähdemateriaalin valinnalle asetettukaan, se ei tarkoita, ettei lähdemateriaalia olisi kriittisesti arvioitu. Perinteisissä kirjallisuuskatsauksissa tutkimuksen tekijällä on lupa valita lähdemateriaalia, perustelematta jokaista valittua kirjaa, artikkelia, tutkimusta tai raporttia yksityiskohtaisesti (Johansson 2007, 4).

Varsinainen kirjallisuuskatsaus toteutettiin sisällönanalyysiä soveltamalla. Tutkija teemoitti tutkittavan toimintaympäristön suhteuttamalla teemat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin sekä *SPLEST-viitekehukseen*. Sisällönanalyysiin valittiin seuraavat teemat:

- Poliittinen toimintaympäristö (poliittiset kehitysohjelmat ja järjestelmät)
- Lainsäädännöllinen toimintaympäristö (naprapaattien toimintaa säätelevä lainsäädäntö)
- Taloudellinen toimintaympäristö (rahoitus, kannattavuus, tukijärjestelmät)
- Sosiaalinen toimintaympäristö (väestöön liittyvät tekijät, kuten ikääntyminen, kulutuskäyttäytyminen, taloudelliset resurssit)
- Tekninen toimintaympäristö (terveysalaan liittyvä teknologia sekä teknologian mahdollisuudet syrjäyttää ihminen hoitotyössä)
- Sidosryhmien muodostama toimintaympäristö (naprapaattien asiakaskunta ja kilpailijat).

Edellä mainitut teemat taulukoitiin *Microsoft Excel -työkirjaan*. Varsinaisessa kirjallisuuskatsausprosessissa oli kolme-vaihetta. Lähdemateriaalista etsittiin sisällönanalyysiin valittuja teemoja, jotka kirjattiin *Excel-työkirjaan*. Samalla muodostettiin opinnäytetyön rakenne, joka toteutettiin *Excel-työkirjaan* valituista teemoista ja teemoihin kertyneestä sisällöstä. Prosessi oli iteratiivinen eli jatkuva, kuten prosesseille on usein tyypillistä. Tämä tarkoittaa sitä, että kirjallisuuskatsausta kirjoitettiin samalla kun analysoitiin tutkimuksia ja toteutettiin sisällönanalyysiä.

Prosessin viimeisessä vaiheessa tehtiin johtopäätökset kirjallisuuskatsaukseen nostetusta asiasisällöstä. Lisäksi varmistettiin, että sisällönanalyysi sekä kirjallisuuskatsauksen sisältö vastaavat toisiaan. Lopuksi analysoitiin opinnäytetyön luotettavuutta sekä toistettavuutta, jossa käytettiin apuna kirjallisuuskatsauksiin liittyvää metodologista kirjallisuutta.

4 TOIMINTAYMPÄRISTÖN MÄÄRITTELY

Pohjolan (2008, 9) mukaan taloustiedettä, joka koostuu taloustieteen yleisesti hyväksytyjen määritelmien mukaisesti mikro- ja makrotaloustieteistä voidaan soveltaa hyvin erilaisten ilmiöiden tutkimukseen. Tutkittavan ilmiön mukaisesti taloustiede voidaan jakaa hyvin moneen tutkittavaan osa-alueeseen. Tällaisia osa-alueita ovat mm. julkistaloustiede, joka tutkii poliittisen päätöksenteon vaikutuksia talouteen. Toimialalle sovellettava taloustiede ns. toimialan taloustiede tutkii sitä, miten erilaiset tavat organisoida tuotantoa vaikuttavat talouteen ja sen toimintaan. Työn taloustiede taas

tutkii työmarkkinoita ja niiden vaikutuksia talouteen. Ympäristötaloustiede suhteuttaa taloutta sekä ympäristöä ja tutkii näiden tekijöiden välisiä vaikutussuhteita talouden kannalta. Pohjola (2008, 9) toteaa kirjassaan *Taloustieteen oppikirja* kansantalouden perustuvan pohjimmiltaan yksittäisten kotitalouksien sekä yritysten päätöksiin ja toimintaan markkinoilla.

Tieteen tehtävänä on auttaa ymmärtämään olosuhteita, joissa elämme, sekä tuottaa havaintoja, jotka auttavat ymmärtämään maailmaa. Koska todellisuus on monimutkainen kokonaisuus erilaisia tekijöitä sekä näiden tekijöiden välisiä riippuvuussuhteita, on sitä mahdotonta ymmärtää tarkasti ja yksiselitteisesti. Taloustieteen teorioiden perusteena toimivatkin erilaiset mallit, jotka ovat yksinkertaistettuja kuvauksia todellisudesta ja joiden tarkoitus on helpottaa monimutkaisten asioiden sekä syy-seuraussuhteiden käsittelyä. Mallien kannalta on oleellista pitää ne mahdollisimman pelkistettyinä, kuitenkin niin että olennaiset tekijät pysyvät mukana. Taloustiede yksinkertaistetaan usein puhumalla ainoastaan kansantaloustieteestä. Yritykset, kuluttajat, muut yhteisöt, toimialat sekä niin sanotut globaalit eli maailmanlaajuiset tekijät ovat kuitenkin tärkeä osa taloutta, vaikka eivät olekaan osa kansantaloustiedettä. (Pohjola 2008, 9–11.)

Liiketoiminnan toimintaympäristöllä (*business environment*) tarkoitetaan vaikuttavia tekijöitä. Kansantaloustieteen periaatteiden mukaan toimintaympäristö jakautuu mikro- ja makroympäristöön. Toimintaympäristön seurannan kannalta kansantaloustieteen mukainen malli on kuitenkin usein käytännössä liian pelkistetty, ja toimintaympäristön osiin jakamisesta esiintyykin lähteissä useita erilaisia variaatioita. Karkeasti toimintaympäristö voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin (sisäinen ja ulkoinen toimintaympäristö). Ulkoinen toimintaympäristö voidaan jakaa vielä ns. makro- ja mikrotason toimintaympäristöön. (Lehtinen 2013, 6–7.)

Toimintaympäristön seurannassa toimintaympäristöllisiä markkinavoimia tarkastellaan aina yrityksen näkökulmasta (Lehtinen 2013, 7). Ulkoisen makrotoimintaympäristön tuottamat markkinavoimat ovat usein organisaation hallinnan ulottumattomissa. Ulkoisia markkinavoimia voidaan kutsua myös, ei kontrolloitavissa oleviksi voimiksi (*uncontrollable factors*) (Cherunilam 2009, 1–2). Makrotason toimintaympäristöä voidaan kutsua myös yleiseksi toimintaympäristöksi tai kontekstuaaliseksi toimintaympäristöksi (Lehtinen 2013, 7). Kansantaloustieteessä makrotaloustietiede tutkii

mm. taloudellista kasvua, työttömyyttä, inflaatiota sekä suhdannevaihteluita (Lehtinen 2013, 7).

Tietyillä ulkoisen toimintaympäristön muodostamilla ”markkinavoimilla” on suora, välitön vaikutus yrityksen liiketoimintaan. Näiden tekijöiden muodostamaa toimintaympäristön osa-aluetta kutsutaan myös nimellä mikroympäristö tai mikrotason toimintaympäristö. (Lehtinen 2013, 7.) Lehtinen toteaa pro gradu -tutkielmassaan (2013, 7) mikroympäristön seurannasta seuraavaa:

”Toimintaympäristön seurannassa mikrotoimintaympäristöllä tarkoitetaan yrityksen sisäistä ja välitöntä ulkoista toimintaympäristöä.”

Lehtinen (2013, 7) määrittelee yrityksen tuotteiden, palveluiden, tuotannon, hinnoittelun, henkilöstön ja myynnin seurannan olevan keskeisiä seurattavia sisäisen toimintaympäristön osa-alueita. Sisäisen toimintaympäristön muodostamia vaikutuksia kutsutaan ns. kontrolloitaviksi tekijöiksi (*controllable factors*), sillä niihin organisaation on mahdollista vaikuttaa (Cherunilam 2009, 1–2). Välitöntä yrityksen ulkoista toimintaympäristöä kutsutaan myös operationaaliseksi toimintaympäristöksi, ja se on Lehtisen (2013, 7) mukaan osa mikrotoimintaympäristöä. Yritykseen välillisesti tai välittömästi vaikuttavat poliittiset, taloudelliset, sosiaaliset, teknologiset, lainsäädännölliset ja luonnon ympäristöön liittyvät tekijät kuuluvat osaksi makrotason toimintaympäristöä (Lehtinen 2013, 7).

Lehtinen (2013, 8) on jakanut mikrotason toimintaympäristön edelleen kolmeen osaan siten, että lähellä makrotasoa vaikuttavaa yrityksen toimialakohtaista toimintaympäristöä kutsutaan toimialaympäristöksi. Toimialaympäristöön on otettu mukaan sisäisen toimintaympäristön kanssa läheisesti tekemisissä olevat tekijät, kuten kilpailija, asiakas ja tuoteseuranta. Sisäistä toimintaympäristöä on käsitelty Lehtisen pro gradu -tutkielmassa (2013, 8) osana mikrotason toimintaympäristöä. Jako ulkoisen ja sisäisen toimintaympäristön välillä on kuitenkin usein häilyvä, sillä joskus on tilanteita, joissa sisäisiin tekijöihin ei pystytä vaikuttamaan organisaation sisältä. Toisaalta ulkoisiin markkinavoimiin saatetaan pystyä jonkin verran vaikuttamaan tietyissä tilanteissa. (Cherunilam 2009, 1–2.)

Toimintaympäristö koostuu erilaisista vaikuttimista ts. markkinavoimista, joilla on erilaisia ja erisuuruisia vaikutuksia seurattavaan ja analysoitavaan toimintaan. Osa vai-

kuttavista tekijöistä vaikuttaa positiivisesti (positive), osa negatiivisesti (negative) ja toiset eivät vaikuta lainkaan (neutral). Nämä vaikutukset eli markkinavoimat vaikuttavat eritavalla erityyppisiin toimintoihin. Sama tietyn markkinavoiman tuottama vaikutus voi siis olla positiivinen tietyn tyyppiselle toiminnalle ja negatiivinen toisen tyyppiselle. Yrityksen ulkoisessa toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset aiheuttavat paineita muuttaa yrityksen sisäistä toimintaympäristöä. Sisäisen toimintaympäristön muutosten tarkoituksena onkin usein sopeuttaa yrityksen toimintaa vastaamaan vallitsevaa ulkoista toimintaympäristöä. (Strang 2000, 62.)

Tässä opinnäytetyössä toimintaympäristö on jaettu ulkoiseen ja sisäiseen toimintaympäristöön. Ulkoinen toimintaympäristö on jaettu edelleen makro- ja mikrotoimintaympäristöön. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän sekä terveystalot toimialan (TOL 86) muodostamaa toimintaympäristöä kutsutaan opinnäytetyössä makrotason toimintaympäristöksi. Opinnäytetyössä on kartoitettu toimialakohtaiset lainsäädännölliset, poliittiset, tekniset sekä taloudelliset tekijät. Väestöön liittyviä tekijöitä on tarkasteltu myös toimialan ulkopuolelta. Mikrotason toimintaympäristöön on määritelty kuuluvaksi naprapaattien oleelliset sidosryhmät. Sisäinen toimintaympäristö on esitelty vain teoriatasolla.

Ulkoiden toimintaympäristön analysoimiseksi on *PEST-viitekehysten* pohjalta kehitetty useita erilaisia sovellutuksia. Näitä sovellutuksia ovat mm. *PESTLE-*, *PESTELI-*, *LONGPEST-*, *SLEPT-*, *PESTLED-*, *PESTLIED-* (*STEEPLED-*), *STEPE-* sekä *STEEPLE-*viitekehukset. Kaikkia em. viitekehysjä yhdistää se, että analyysin nimi on johdettu analysoitavien osa-alueiden (markkinavoimien) englanninkielisen sanan ensimmäisestä kirjaimesta. Esimerkiksi *PESTLIED-viitekehys*, joka on laajin ja toisaalta useimpaan osaan pilkottu menetelmä edellä mainituista, on kehitetty seuraavien toimintaympäristön alueiden analysoimiseksi: Poliittinen (political), taloudellinen (economic), sosiaalinen (social), tekninen (technical), lainsäädännöllinen (legal), kansainvälinen (international), luonnonympäristöllinen (environmental) sekä väestöllinen (demographic) toimintaympäristö. (Strategic Management Insight 2013.) Kaikkien em. *PEST-sovellutusten* tarkoituksena on toimia ikään kuin tarkistuslistana ja auttaa ymmärtämään makrotason toimintaympäristön seurannan laajuutta. Lehtinen toteaa pro gradu -tutkielmassaan (Lehtinen 2013, 7) *PESTLE-viitekehuksesta* seuraavaa:

”Makrotoimintaympäristön seurannan tarkistuslistana käytettävä PESTLE- jaottelu auttaa ymmärtämään makrotoimintaympäristön seurannan laajuutta ja kompleksisuutta

ta. Käytän nimeä tarkistuslista, sillä PESTLE ei ole varsinainen toimintaympäristön seurannan menetelmä vaan viitekehys, joka muistuttaa erilaisten makrotalouden kokonaisuuksien ja vaikutussuhteiden olemassaolosta.”

PEST- ja STEEP-sovellutukset eivät siis ole varsinaisia toimintaympäristön seuranta-menetelmiä vaan ennemminkin viitekehyksiä, jotka muistuttavat liiketoiminnan makrotason toimintaympäristön ulottuvuuksista sekä vaikutussuhteista liiketoimintaan.

Perinteisessä *PESTEL*-viitekehyksessä lainsäädännölliset tekijät (L) on erotettu omaksi kokonaisuudekseen. *PEST*-viitekehyksessä lainsäädännölliset tekijät (L) on otettu huomioon osana poliittisia (P) vaikutteita. (Strategic Management Insight 2013.) Käytetyllä menetelmällä ei ole merkitystä eikä viitekehyyksen nimessä olevien kirjaimien lukumäärä kerro välttämättä siitä, miten laajasti toimintaympäristön makrotason analyysi on toteutettu. Viitekehyksessä esiintyvien kirjainten lukumäärä kertoo lähinnä siitä miten moneen osa-alueeseen makrotason seurantaan ja analysointiin kuuluvat tekijät on jaettu. Menetelmiä käytäntöön sovellettaessa onkin usein vaikea päättää, minkä osa-alueen alle mikäkin ”markkinavoima” kuuluu. Tämän on havainnut myös Metsämuuronen (2001, 163), joka toteaa markkinavoimien ryhmittelyn olevan toissijaista. Esimerkkinä mainittakoon terveysalan tukitoimiin kuuluva palvelusetelijärjestelmä. Palvelusetelijärjestelmästä säädetään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009). Palveluseteli on toisaalta poliittinen (P, political) valtion yksityisiä terveyspalveluita tukeva järjestelmä, josta säädetään laissa (L, legal). Toisaalta kyse on rahoitukseen liittyvästä (taloudellinen) tekijästä (E, economical). Sillä missä ryhmässä asiaa käsitellään, ei ole lopputuloksen kannalta merkitystä. Tämän on todennut myös Metsämuuronen (2001, 163). Voidaankin ajatella että pirstaloituneempi analyysi (enemmän kirjaimia) auttaa toisaalta tunnistamaan ulkoisia markkinavoimia, mutta monimutkaistaa itse analyysiä.

4.1 Makrotason toimintaympäristön määrittely

Yritys, yhteisö tai mikä tahansa muu toimija joutuu sopeuttamaan toimintaansa elinkaarensa aikana. Sopeuttaminen on usein välttämätöntä toimijan puolustaessa olemassaolonsa jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä. (Strang 2000, 50.) Toimintaympäristön seurannan tarkoituksena on tiedostaa markkinavoimat joiden kanssa organisaatio on tekemisissä, löytää uusia mahdollisuuksia ympäristöstä, varautua ympäristön tuottamiin uhkiin sekä ”**ennustaa tulevaisuuden kehittymistä**”. Kaikki toimin-

taympäristöön kuuluvat tekijät eivät kuitenkaan muodosta uhkia tai tuota mahdollisuuksia organisaatiolle. Toimintaympäristöstä tehtävässä analyysissä onkin tärkeää tunnistaa oleelliset markkinavoimat, jotka vaikuttavat analysoitavaan toimijaan joko positiivisesti tai negatiivisesti ja keskittyä sitten tarkastelemaan näitä markkinavoimia. Sellaiset tekijät, joiden ei katsota muodostavan uhkia tai mahdollisuuksia organisaatiolle tulee pois sulkea analyysistä. Näin voidaan keskittää organisaation resurssit tehokkaasti. (Strategic Management Insight 2013.)

Lehtinen toteaa pro gradu -tutkielmassaan (2013, 7) aiheesta seuraavaa:

”Yrityksestä ja sen toimialasta riippuu, kuinka intensiivisesti kutakin makrotoimintaympäristön aluetta tulee seurata.”

Opinnäytetyön kappaleessa kuusi (Naprapaatin ulkoinen toimintaympäristö) kappaleissa on käsitelty naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan kannalta oleellisia makrotasolle kuuluvia markkinavoimia. Markkinavoimat on suhteutettu terveyspalvelut toimialaan. Toimialaan suhteuttamisella on pyritty kohdistamaan opinnäytetyön tekijän ajalliset resurssit oikeisiin asioihin sekä rajaamaan työn jo ennestään laajaa teoreettista viitekehystä.

4.1.1 Poliittinen toimintaympäristö

Kainlauri (2007, 47) toteaa kirjassaan ideasta hyvinvointialan yrittäjäksi yritystoimintaan kohdistuvan yleisen asenteen ja ilmapiirin ilmenevän poliittisina päätöksinä. Poliittinen toimintaympäristö muodostuukin hallituksen linjauksista sekä poliittisista päätöksistä. Poliittiset päätökset ovat tai saattavat olla merkittäviä tekijöitä tarkasteltavan liiketoiminnan kannalta. (Kainlauri 2007, 47; EDU.)

Poliittisen toimintaympäristön tarkastelu on opinnäytetyössä rajattu poliittisiin terveydenhuoltojärjestelmään liittyviin toimenpiteisiin, kuten erilaisiin kehittämisohjelmiin sekä järjestelmiin (mm. sairausvakuutusjärjestelmä sekä palvelusetelijärjestelmä). Lainsäädännöllistä toimintaympäristöä tarkastellaan *PEST*-viitekehyksessä yhdessä poliittisen toimintaympäristön kanssa (Strategic Management Insight 2013).

4.1.2 Taloudellinen toimintaympäristö

Kainlauri (2007, 49) esittää vallitsevan taloustilanteen vaikuttavan mm. palveluiden kysyntään ja sitä kautta myös palveluiden hintaan. Opinnäytetyössä on taloudellisen toimintaympäristön kannalta käsitelty lähinnä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän monikanavaista rahoitusta (mm. tukijärjestelmät) sekä yksityisten terveystalveluiden rahoitusvaihtoehtoja. Valtion taloudellista tilannetta, korkotasoa, rahapolitiikkaa, valuutan inflaatiota, lainankorkoja tai verotusta (EDU) ei ole otettu mukaan taloudellisen toimintaympäristön analyysiin.

4.1.3 Sosiaalinen toimintaympäristö

Sosiaalisella toimintaympäristöllä tarkoitetaan väestöön liittyviä tekijöitä, kuten ikärakennetta, koulutustasoa, elintapoja, tuloja sekä asenteita työhön ja vapaa-aikaan (EDU). Väestöön liittyvät kysymykset ovat naprapatian toimintaympäristön kannalta tärkeitä, koska ne vaikuttavat siihen, miten potentiaalinen asiakaskunta suhtautuu naprapaateihin terveydenhuollon ammattihenkilöinä ja yleisemmin naprapatiaan hoitomuotona. Kuluttajien maksukyky, kulutustottumukset sekä luottamus omaan talouteen ovat sosiaaliseen toimintaympäristöön kuuluvia markkinavoimia. Kuluttajien luottamusta omaan talouteen ei ole tarkasteltu osana opinnäytetyötä.

Sosiaalinen toimintaympäristö on osittain päällekkäinen osa-alue ulkoisen mikrotason toimintaympäristöön kuuluvan asiakaskunnan tarkastelun kanssa. Asiakaskuntaa on tässä opinnäytetyössä tarkasteltu makrotasolla laajemmin ns. isosta perspektiivistä. Mikrotasolla asiakaskuntaa on tarkasteltu hieman tarkemmin, jakamalla asiakaskuntaa pienempiin ryhmiin, kuten: yritysasiakkaat, kuluttaja-asiakkaat, jne.

4.1.4 Teknologinen toimintaympäristö

Teknologisella toimintaympäristöllä tarkoitetaan teknologiaan ja teknologian kehitykseen sekä kehittämiseen liittyviä tekijöitä kuten hallituksen panostusta tutkimukseen, uusia toimialaan liittyviä innovatiivisia keksintöjä, energian kulutusta sekä hintaa, muutoksia informaatioteknologiassa sekä internetissä ja mobileilla alustoilla (EDU). Teknologian kehitys saattaa aiheuttaa isoja muutoksia, joilla saattaa olla merkittävä vaikutus koko tarkasteltavaan toimialaan. Teknolaiset muutokset ovatkin mahdollisia isoja muutoksia yrityksen sisäisessä toimintaympäristössä aiheuttavia tekijöitä.

Teknologialla tarkoitetaan tässä yhteydessä erityisesti sosiaali- ja terveysteknologiaa, joka on joko hoitotoimenpiteeseen, hoidon organisointiin tai järjestämiseen, toimintakyvyn ylläpitämiseen, parantamiseen tai kompensointiin sekä kuntoutukseen liittyvää. Teknologiaa voidaan soveltaa terveydenhuoltoalalla laajasti. Esimerkkejä terveydenhuoltoalan teknologiasta ovat erilaiset apuvälineet, potilastietojärjestelmät, valvonta ja mittaus sovellutukset, jne. Teknologiaa voidaan soveltaa sekä tutkimisessa ja hoidossa että ennaltaehkäisevässä toiminnassa. Teknologian merkitys korostuu tänäpäivänä erityisesti tiedon välityksessä asiakkaan ja hoitavan tahon välillä. Teknologisia sovellutuksia voidaan käyttää niin laitoksissa kuin potilaan kotona ja sekä itsenäisesti että avustettuna. (ETENE 2010, 3.) Teknologian mahdollisia tulevaisuusvaikutuksia sosiaali- ja terveystalalla on tutkinut mm. Metsämuuronen (2001).

4.1.5 Luonnonympäristöllinen ja eettinen toimintaympäristö

Perinteisen *PESTEL*-viitekehyksen toiseksi viimeisenä osa-alueena on luonnonympäristöön kuuluvat tekijät. Ympäristöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä toimialueeseen liittyviä luonnonvaroja sekä niiden hyödynnettävyyttä ja suojelemisesta. Myös ilmastolämpenemiseen liittyvät kysymykset, hiilijalanjälki sekä uusiutuvat luonnonvarat kuuluvat tähän. Luonnonympäristölliset tekijät on rajattu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. (Strategic Management Insight 2013.)

Eettiset näkökohdat ovat osa ns. *PESTLIED*-viitekehystä, joka on yksi edellä mainituista *PEST*-sovellutuksista. Eettinen toimintaympäristö voidaan nähdä naprapaatin harjoittaman yritystoiminnan kannalta merkittävänä markkinavoimana. Eettinen toimintaympäristö käsittää eettisiä periaatteita, kuten markkinoinnin ja mainonnan eettisyys, patentti ja IPR-asioiden kunnioitus sekä eettinen työvoiman hankinta ja työntekijöiden kohtelu. Eettinen toimintaympäristö on rajattu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. (Strategic Management Insight 2013.)

4.2 Mikrotason toimintaympäristön määrittely

Lehtinen (2013, 7) kuvaa mikrotasoon kuuluvan tarkasteltavan toimijan asiakkaat, hankkijat, kilpailijat, tuotteet ja palvelut sekä muut toimialalla olennaisesti vaikuttavat tekijät. Naprapaattien sidosryhmien oletetaan koostuvan terveystalalla toimivista muista terveystalavaroista tarjoavista ammatin- sekä liikkeenharjoittajista. Terveystalavarojen toimiala jakautuu useisiin alatoimialoihin, joita on tarkasteltu tar-

kemmin jäljempänä opinnäytetyön kappaleessa: 4.3.3 (Terveyspalvelut-toimialan ala-toimialat). Strang (2000, 51) on tutkinut keskisuuria Suomalaisia kriisiyrityksiä 1990-luvulla vallinneen laman runtelemassa ulkoisessa toimintaympäristössä, ja jakanut mikrotason ympäristössä tapahtuneet muutokset tuotteiden kysynnässä, tuotteiden hinnoissa, teknologiassa, jakeluteissa tai säännöstelyssä tapahtuviksi muutoksiksi.

Säännöstelyssä tapahtuneet muutokset johtuvat usein valtion tai muun vastaavan ison ulkoisen toimijan tarpeesta suojata tai tarjota etuja jollekin ryhmälle. Säännöstelylle on ominaista vapaan kilpailun rajoittaminen. Säännöstelyssä tapahtuvien muutosten ennakointi on usein vaikeaa ja säännöstelystä yritystoiminnalle koituvat vaikutukset suuria. (Strang 2000, 60.) Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisussa: *HYVÄ 2009–2011 Toiminta- ja tulokset – Sosiaali- ja terveystalouden markkinat* (2013, 27) puhutaan sosiaali- ja terveysalan yrittäjäksi ryhtyvän tarpeesta ymmärtää säännöstelyn merkitykset sosiaali- ja terveystalouden markkinoilla. Säännöstelyä on tässä opinnäytetyössä tutkittu osana poliittista sekä lainsäädännöllistä toimintaympäristöä.

4.2.1 Sisäinen toimintaympäristö

Yrityksen sisäinen toimintaympäristö on hyvin yritys- ja toimialaspesifistä (Lehtinen 2013, 8). Näin voidaan olettaa olevan myös naprapaattien harjoittamassa elinkeinotoiminnassa. Sisäinen toimintaympäristö ja sen seuranta tarkastelee mm. henkilöstöön liittyviä tekijöitä, myyntiä ja markkinointia sekä kulujen seuranta (Lehtinen 2013, 8). Myös tuotevalikoiman uudistaminen, yrityksen kustannusrakenteet, henkilöstön osaaminen, yrityksen rakenteet, tuotevalikoima sekä tuotevalikoiman muutokset ovat yrityksen sisäisiä muuttujia (Strang 2000, 62). Yrityksen sisäinen toimintaympäristö eroaa ulkoisesta toimintaympäristöstä oleellisesti siten, että sisäiseen toimintaympäristöön on mahdollista vaikuttaa. Yrityksen ulkoisessa toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset aiheuttavatkin paineita muuttamaan yrityksen sisäistä toimintaympäristöä. Sisäisen toimintaympäristön muutosten tarkoituksena on usein sopeuttaa yrityksen toimintaa vastaamaan vallitsevaa ulkoista toimintaympäristöä. (Strang 2000, 62.)

Yrityksen perustajien sekä ylimmän johdon arvoilla on merkittävä vaikutus harjoitettavan liiketoiminnan tavoitteisiin sekä tapaan toimia ja harjoittaa liiketoimintaa. Heidän tekemistään ohjaavat arvot vaikuttavat myös siihen miten harjoitettava liiketoiminta menestyy. Yrityksen valitsema liiketoimintafilosofia, elinkeinopolitiikka ja kehityssuunta taas liittyvät läheisesti organisaation valitsemiin tavoitteisiin (objectives)

sekä missioon (mission), joista on vastuussa organisaation ylin johto. Ylimpään johon voidaan katsoa kuuluvan myös yrityksen omistajat sekä mahdolliset osaomistajat. Ylin johto määrittää yrityksen organisaation rakenteen ja on siksi isossa roolissa päätöksentekoprosessia. (Cherunilam 2009, 3–4.)

Strangin (2000, 50) mukaan yritysten toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset ovat viimeisten vuosikymmenien aikana olleet huomattavan rajuja ja haasteellisia erityisesti yrityksen johdon kannalta. Ylin johto onkin hyvin tärkeä tekijä yritystoiminnan kehittymisen ja menestymisen kannalta. Myös se, miten yrityksen omistus on jakautunut on, oleellinen tekijä tärkeiden päätösten kannalta. Valtasuhteet sekä alemman johdon ja työntekijöiden tuki on myös vaikuttava tekijä organisaation päätöksentekoa tarkasteltaessa. Resurssien ominaisuudet kuten moraali, taito, osaaminen, sitoutuminen ja asenne taas vaikuttavat siihen, miten joustavasti organisaatio pystyy esimerkiksi muuttamaan suuntaa, kun se on yrityksen ylimmän johdon näkemyksen mukaan toimialalla menestymisen kannalta tarpeellista tai jopa välttämätöntä. (Cherunilam 2009, 3–4.). Sisäinen toimintaympäristö on rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle.

4.3 Opinnäytetyössä sovellettu toimintaympäristö

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu kunnalliseen terveydenhuoltoon, joka on valtion tukemaa. Järjestelmän tavoitteena on mm. väestön terveyden, hyvinvoinnin sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveystalouden lainsäädännön valmistelusta sekä sosiaali- ja terveyspolitiikasta ja ohjaa niiden toteutumista. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee karkeat suuntaviivat sosiaali- ja terveyspolitiikalle ts. valmistelee järjestelmään liittyvät uudistukset ja on vastuussa yhteyksistä poliittiseen päätöksentekoon. Sosiaali- ja terveysministeriön virasto- ja laitostahoja ovat terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea), säteilyturvakeskus (STUK) sekä työterveyslaitos (TTL). Edellä mainitut virastot ja laitokset ovat vastuussa sosiaali- ja terveystalouden hallinnon tutkimus- ja kehitystehtävistä. (STM 2014c.) Aluehallintovirasto (AVI) on alueellinen terveydenhuollon ja terveyspalveluiden lupaja valvontaviranomainen, jonka tavoitteena on terveyspalveluiden laadun turvaaminen (Aluehallintovirasto 2013b). Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto

(Valvira) on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan keskusvirasto, joka valvoo mm. terveydenhuollon toiminnan asianmukaisuutta (Valvira 2014c).

Terveydenhuollon rahoitus ja järjestämisvastuu on kunnilla. Rahoitus- sekä järjestämisvastuun lisäksi kunnat ovat vastuussa erilaisista terveystalouden viranomais- ja valvontatehtävistä. Terveystalouden tuottamisvastuu on rajattu erilleen rahoitus-, valvonta- sekä järjestämisvastuusta. (Hartman 2011, 45; STM 2014c.)

4.3.1 Terveydenhuoltojärjestelmä

Terveystaloudet on Suomessa jaettu perusterveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidon. Ensimmäisellä tarkoitetaan kunnan järjestämiä terveystalouksia. (STM 2014c.) Perusterveydenhuolto järjestetään pääasiassa terveyskeskusten kautta (STM 2013b). Erikoissairaanhoidon on järjestetty sairaanhoitopiirien toimesta (sairaalat ja yliopistolliset keskussairaalat). Erikoissairanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen erikoisaloittain tapahtuvaa tutkimusta ja hoitoa. (STM 2014c.) Perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoidon kuuluvat osaksi julkisia terveystalouksia.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on vuonna 2014 erittäin voimakkaassa murroksessa, erityisesti järjestämisvastuun ja rahoituksen osalta. Hallitus- ja oppositioapuolueet sopivat 23.3.2014 sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta, jonka myötä järjestämisvastuu siirtyy kunnilta viiden alueellisen toimijan vastuulle. Uudistuksen myötä tullaan mm. purkamaan terveydenhuoltojärjestelmän hallintoa ja päällekkäisiä toimintoja. (STM 2014b.)

Käytännössä Suomen terveydenhuoltojärjestelmän uudistus koskee erityisesti terveystalouden hallintoa sekä rahoitusjärjestelmää. Nykyinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon yhdistetään uudistuksessa siten, että jatkossa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairanhoidon järjestämisvastuu siirtyy viiden ns. sote-alueen vastuulle. Kunnat toimivat jatkossakin terveystalouden tuottajina. Kuntien lisäksi myös yksityiset palveluntarjoajat voivat edelleen tuottaa terveystalouksia. (STM 2014b.)

4.3.2 Terveyspalveluiden sektorit ja terveyspalvelut

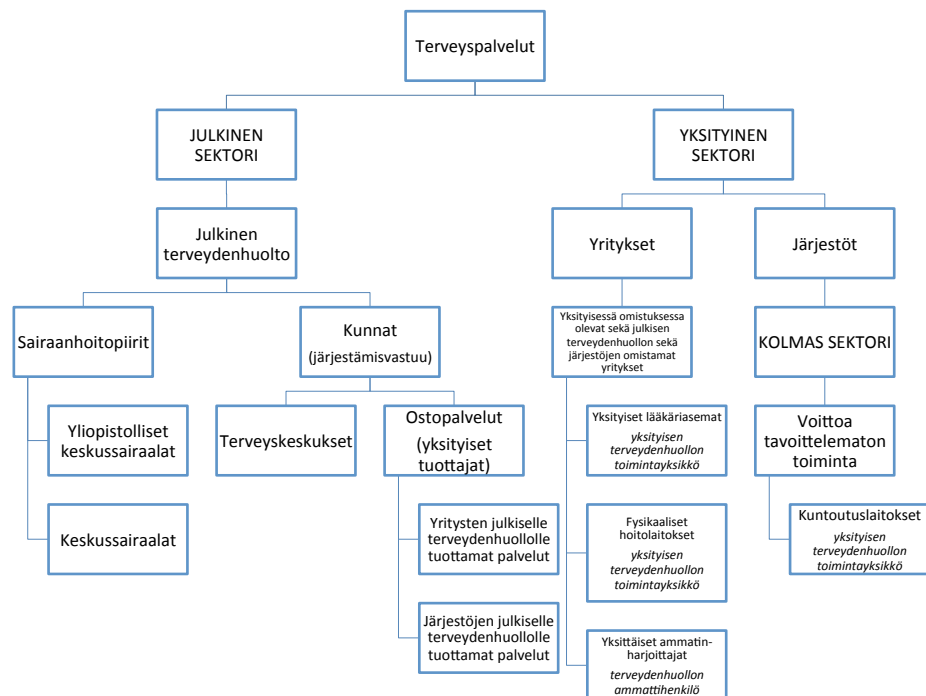
Suomessa terveydenhuollon palveluita tuottavat tahot on jaettu kolmeen sektoriin. Näitä ovat julkinen, yksityinen ja ns. kolmas sektori. Kolmas sektori voidaan mieltää myös osaksi yksityisiä terveyspalveluita. Yksityisten terveyspalveluiden tarkoituksena on täydentää kunnallisia, julkisen sektorin järjestämiä terveyspalveluja (STM 2014c). Terveysalan toimialaraportin (Hartman 2011, 28) mukaan yksityisen- ja kolmannen sektorin tuottamista palveluista ei tänäpäivänä voida kuitenkaan puhua ainoastaan kuntien tuotantoa täydentävänä toimintana, sillä mm. hammashuollossa järjestöjen sekä yksityisten tuottajien osuus palveluntuotannosta ylittää jo julkisen sektorin tuottamien palvelujen osuuden. Työssä käyvien ihmisten terveyspalveluista huolehtivat pääosin työnantajat, jotka ovat velvollisia järjestämään työntekijöilleen työterveys- huollon palvelut (STM 2013c).

Terveyspalveluilla tarkoitetaan sairauden hoitoon sekä terveyden edistämiseen keskityneitä palveluita. Hyvinvointialan määritelmä sisältää terveyspalveluiden lisäksi myös muita ihmisen hyvinvointiin erikoistuneita palvelun tuottajia (mm. kampaamo, kosmetologi, yms. palveluita). Tässä opinnäytetyössä käsitellään *TOL 2008* -toimialaluokituksen mukaisia terveyspalveluita (TOL 86), joita tuottavat nimikesuojatut, luvansaaneet tai laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. *TOL 2008* -toimialaluokituksen alaisten terveyspalveluiden tilaa ja kehitysnäkymiä tarkasteleva terveysalan toimialaraportti (2011) jakaa terveydenhuollon palvelut em. kolmeen ryhmään. Julkisesta terveydenhuollosta käytetään tässä opinnäytetyössä nimitystä julkinen sektori. Julkisen sektorin alle kuuluvat perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palvelut, jotka kuuluvat julkisen järjestämisvastuun piiriin. Yrityksistä käytetään tässä opinnäytetyössä nimitystä *yksityinen sektori*. Yksityiseen sektoriin kuuluvat myös julkisen sektorin sekä järjestöjen omistamat yritykset. Järjestöt kuuluvat yksityiseen sektoriin, ja niistä käytetään tässä opinnäytetyössä asiayhteydestä riippuen joko nimitystä *yksityinen sektori* tai *kolmas sektori*.

Terveydentilan tai sairauden toteamiseksi tai määritettäväksi tehtävät toimenpiteet ja tutkimukset ovat terveyspalveluita. Esimerkkejä terveydenhuollon palveluista ovat mm. fysioterapeuttinen toiminta sekä muut suorituskykyä parantavat ja ylläpitävät toimenpiteet ja terapiat, työterveyshuolto- sekä lääkäripalvelut, hieronta ja sairaanhoi-

to (152/1990). Myös lääkinnällinen kuntoutus on osa terveyspalveluita (Lukkarinen 2007, 56).

Julkinen sektori koostuu kuntien ja kuntayhtymien tuottamista terveyspalveluista sekä sairaanhoitopiirien järjestämästä erikoissairaanhoidosta. Kunnat voivat järjestää perusterveydenhuollon palvelut yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa (kuntayhtymä). Kunta voi halutessaan myös ostaa terveyspalveluita, jolloin palveluiden myyjänä (tuottajana) voi toimia toinen kunta tai yksityinen palveluntuottaja. Yksityisiä palveluntuottajia edustavat järjestöt ja yritykset. (STM 2013d.) Kuntien itse tuottamat terveydenhuollonpalvelut järjestetään pääasiassa terveyskeskuksissa. Terveyskeskuksista asiakas voidaan tarvittaessa lähettää edelleen sairaanhoitopiirien vastuulla oleviin yksiköihin, joita edustavat sairaalat. (STM 2013b.) Kuntien ostopalvelut voidaan järjestää esimerkiksi yksityisellä sektorilla toimivien lääkäriasemien, fysioterapialaitosten tai yksittäisten ammatinharjoittajien tuottamina. Kolmas sektori koostuu voittoa tavoittelemattomista organisaatioista, joita edustavat erilaiset yhdistykset, säätiöt ja järjestöt sekä muut ns. yleishyödylliset palveluntuottajat (Hartman 2011, 9). Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta on havainnollistettu kuvassa 2.



Kuva 2. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä (mukaillen Hartman 2011, 9)

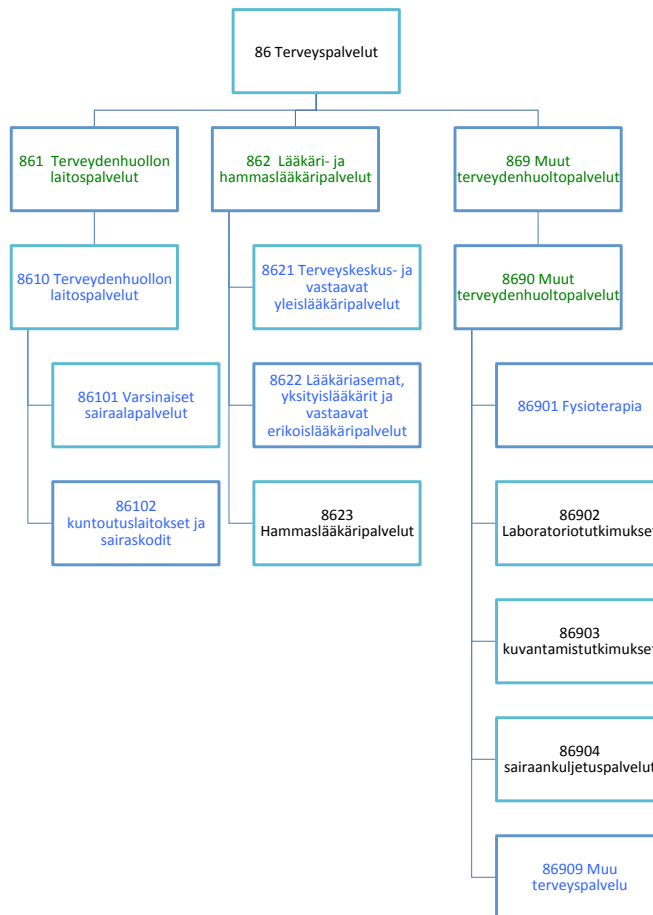
Tässä opinnäytetyössä mikroympäristön tarkastelu on rajattu sisäisen- ja ulkoisen makrotason toimintaympäristön väliin asettuviin markkinavoimiin. Mikroympäristön tarkastelussa on otettu huomioon naprapaattien asiakaskunnan sekä kilpailijoiden rakenne sekä merkitys naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan kannalta. Naprapaattien asiakaskunnan sekä kilpailijoiden (sidosryhmät) oletetaan koostuvan kuvassa 2 esitetyistä toimijoista.

4.3.3 Terveyspalvelut-toimialan alatoimialat

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin tarkastelemaan naprapaattien mahdollisuuksia harjoittaa ammittaan terveyspalvelut toimialalla toimivissa terveydenhuollon toimipisteissä. Terveyspalvelut *TOL 86* -toimialaan kuuluvien alatoimialojen esittely on siksi tarpeen. Alatoimialojen osalta on keskitytty tarkastelemaan toimialoja, joiden alaisuudessa naprapaatin olisi osaamisen ja koulutuksensa puolesta mahdollista työskennellä.

Terveyspalvelut *TOL 86* -toimialalle kuuluvat yleis- ja erikoislääketieteen alojen vastaanottotoiminnan lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuottamat terveyspalvelut (Tilastokeskus-2). Myös lyhyt- ja pitkäaikaishoitoa antavat yleis- ja erikoissairaalat sekä sairaskodit kuuluvat *TOL 86* -toimialalle. Terveyskeskus- (*TOL 8621*) ja lääkäriasemapaalveluissa (*TOL 8622*) yksityinen terveyspalvelutuotanto kattaa jo yli 30 prosenttia terveyspalvelut toimialan *TOL 86* -alatoimialojen kokonaistuotannosta (Hartman 2011, 28). Yksityiset liikkeen- ja ammatinharjoittajat tuottavat jopa 80 prosenttia *TOL 86901* eli fysioterapiapaalveluista (Hartman 2011, 34).

Terveyspalvelut *TOL 86* -toimiala jakaantuu ensin kuvassa 3 esitettyihin kolmeen osaluueeseen. *TOL 8610* -alatoimialaan kuuluvat sairaaloiden sekä muiden vastaavien hoitolaitosten vuodeosastoilla sekä poliklinikoilla tapahtuva toiminta. Alatoimialalle (*TOL 8610*) ei kuitenkaan kuulu terveyskeskusten tuottamat poliklinikka ja vuodeosasto palvelut. Varsinaiset sairaalapalvelut *TOL 86101* -alatoimialalla tuotetaan alue-sairaaloiden, keskussairaaloiden, yliopistollisten sairaaloiden, erikoissairaaloiden, yms. lääkärinvastaanotto sekä muut tutkimus- ja hoitopalvelut. Kuntoutuslaitokset ja sairaskodit *TOL 86102* -alatoimialalle kuuluvat lääkärin määräämät toimenpiteet, joita tuotetaan sairaanhoitosijoja sisältävissä hoitolaitoksissa. (Tilastokeskus-2.)



Kuva 3. TOL 2008 -toimialaluokituksen mukaiset terveysthuolluspalvelut (mukaan Tilastokeskus-2)

Lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden TOL 862 -alatoimialaan kuuluvat lääkäriasemilla, terveysthuolluksissa, yritysten omilla klinikoilla, yksityisillä vastaanotoilla sekä potilaan kotona tuotetut yleis-, erikois- ja hammaslääkärien tuottamat terveysthuolluspalvelut. Alatoimiala TOL 86210 pitää sisällään kuntien ja kuntayhtymien tuottamat terveysthuolluskeskuspalvelut, pois lukien terveysthuolluskusten tuottamat yleis- ja erikoislääkäripalvelut, vuodeosasto- ja poliklinikka palvelut, hammashuolto-, äitiys- ja neuvolapalvelut. TOL 86220 -alatoimiala pitää sisällään yksityiset lääkäriasemat, lääkärikeskukset, yksityislääkärien pitämät vastaanotot sekä lääkärin työterveyspalveluita tuottavat

työterveyspalvelut, pois lukien erikoislääkäreiden sekä kirurgien vastaanotto toiminta. (Tilastokeskus-2.)

Muut terveydenhuoltopalvelut *TOL 869* -alatoimiala laajenee ensin muihin terveydenhuoltopalveluihin (*TOL 8690*), joka jakautuu viiteen eri osa-alueeseen. Osa-alueet ovat: fysioterapia (*TOL 86901*), laboratoriotutkimukset (*TOL 86902*), kuvantamistutkimukset (*TOL 86903*), sairaankuljetuspalvelut (*TOL 86904*) sekä muu terveyspalvelu (*TOL 86909*). Ryhmässä muu terveyspalvelu (*TOL 86909*) toimivat ammatin- tai liikkeenharjoittajat ovat sekamuotoinen ryhmä: muualle luokittelemattomia sekä nimikesuojattuja että laillistettuja, pääasiassa ammatinharjoittajina toimivia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. (Tilastokeskus-2.)

Fysioterapia (*TOL 86901*) alatoimialalle kuuluvat fysikaaliset hoitolaitokset sekä itsenäisinä ammatinharjoittajina toimivat fysioterapeutit. *TOL 86909* -alatoimialalle kuuluvat terveydenhuollon ammattihenkilöiden, joita ei ole luokiteltu toimialaluokkiin *TOL 86101–86904* tuottamat palvelut, mutta myös muualle luokittelemattomat terveyspalveluiden tuottajat. Tilastokeskuksen verkkosivuilla (Tilastokeskus-1) on *TOL 86909* -alatoimialalle listattu pitkä lista lain yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) mukaisia nimikesuojattuja, mutta myös laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. *TOL 86909* -alatoimialalle on määritetty mm. psykologit (laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä) sekä naprapaatit, psykoterapeutit, osteopaatit ja kiropraktikot, jotka ovat nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä (Valvira 2014b).

5 NAPRAPATIA

Naprapatia on Suomen naprapaattiyhdistyksen internetsivujen mukaan fysiatriinen, tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä tuki- ja liikuntaelimestön toimintahäiriöiden tutkimiseen, hoitoon sekä ennaltaehkäisyyn erikoistunut hoitomuoto. Naprapatia perustuu ns. länsimaiseen lääketieteeseen eli lääketieteelliseen terveys- ja sairauskäsitykseen sekä diagnostiikkaan ja tautiluokitukseen. Naprapaatti harjoittaa ns. manuaalista lääketiedettä ja toimii osana joko yksityistä tai julkista terveydenhuoltoa, tehden yhteistyötä muiden lääketieteen erikoisalojen sekä kuntoutuksen ammattilaisten kanssa. Manuaalisessa lääketieteessä korostuu etenkin taito tutkia ja hoitaa erilaisia tuki- ja liikuntaelinperäisiä mekaanisia ja toiminnallisia häiriöitä. Naprapaatti käyttää työssään pääasiallisesti tutkittuun, tieteelliseen näyttöön perustuvia tutkimus- sekä hoitomuotoja. Yhdis-

tyksen internetsivujen mukaan naprapatian ammatillinen osaaminen vaatii jatkuvaa tieteelliseen tutkimukseen perehtymistä sekä kansainvälisiin koulutuksiin osallistumista. (Suomen naprapaattiyhdistys-2; KyAMK 2014.)

Naprapaatti on tuki- ja liikuntaelinperäisten vaivojen hoitoon sekä ennaltaehkäisyyn erikoistunut terveydenhuollon nimikesuojattu ammattihenkilö (Suomen naprapaattiyhdistys-2; KyAMK 2014). Naprapaatti käyttää sekä kansallisiin että kansainvälisiin hoitosuosituksiin pohjautuvia passiivisia ja aktiivisia hoitomenetelmiä. Esimerkkeinä naprapaatin käyttämistä passiivisista hoitomenetelmistä ovat erilaiset pehmytkudoskäsitteilyt (mm. hieronta), mobilisaatio- manipulaatio- ja lihasvenytystekniikat. Aktiivisilla hoitomenetelmillä pyritään aktivoimaan potilasta fyysisiin harjoitteisiin (urheilu ja liikunta), jotka kuormittavat kehoa kokonaisvaltaisesti. Aktiiviset hoitomenetelmät ovat siis tuki- ja liikuntaelinten lisäksi sydän- ja verenkiertoelimistöä kuormittavia harjoitteita. Aktiiviterapiasta esimerkkinä on lääkinnällistä harjoitusterapia (LHT), toiselta nimeltään fysioterapeuttinen harjoittelu. (Suomen naprapaattiyhdistys-1.)

5.1 Naprapatian koulutus

Naprapaatteja on koulutettu Suomessa vuodesta 2001 alkaen (KyAMK 2011). Koulutusta järjestetään Suomessa Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa (KyAMK) Kotkassa, sosiaali- ja terveystieteiden toimipisteessä. Suomessa naprapaatin tutkintoon johtava koulutuskokonaisuus on 240 opintopistettä, josta käytännön harjoittelun osuus on 75 opintopistettä. Suomessa on toistaiseksi ainoastaan yksi naprapatian koulutusohjelma. (KyAMK 2014.)

Ensimmäiset Suomesta valmistuneet naprapaatit valmistuivat KyAMK:sta vuonna 2005. Ennen vuotta 2005 valmistuneet naprapaatit ovatkin valmistuneet, joko Ruotsista tai Yhdysvalloista. Ruotsissa naprapaatteja koulutetaan Tukholmassa sijaitsevassa Naprapath högskolanissa, joka on yksityinen korkeakoulu (Naprapathögskolan 2013). Yhdysvalloissa naprapaatteja koulutetaan Chicagossa (National College of Naprapathic Medicine 2014) sekä New Mexicossa (Southwest University of Naprapathic Medicine and Health Sciences 2014).

5.2 Naprapatia elinkeinonharjoittamisen muotona

Naprapaatti voi työllistyä yksityiselle tai julkiselle sektorille tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä urheiluvammojen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn liittyviin työtehtäviin. Yksityisellä sektorilla naprapaatti voi työskennellä lääkäriasemalla tai esimerkiksi fysikaalisessa hoitolaitoksessa. Julkisella sektorilla naprapaatti voi työllistyä sairaaloihin sekä terveyskeskuksiin. (KyAMK 2014.)

Naprapaattien tuottamat terveyspalvelut vastaavat pitkälti TULE–vaiivoihin erikoistuneen fysioterapeutin (esimerkiksi OMT - fysioterapeutti) tarjoamia palveluita (Suomen naprapaattiyhdistys-2; SOMTY). Myös kiropraktikot, osteopaatit sekä koulutetut hierojat tuottavat ainakin osittain naprapaattien kanssa samankaltaisia tai samoja palveluita (Martio 2007; Pajulahti 2013; Suomen kiropraktikkoliitto; Osteopatia). Naprapaatit haluavat erottua muista manuaalisen lääketieteen toimijoista tieteelliseen näyttöön sekä länsimaiseen lääketieteeseen perustuvana hoitomuotona. Markkinavaltina toimivat erityisesti toiminnan eettisyys, asiakaslähtöisyys ja erikoistuminen kapealle tuki- ja liikuntaelin sektorille sekä tieteelliseen näyttöön perustuva toiminta. (Suomen naprapaattiyhdistys-2; Martio 2007.) Vaihtoehtohoidot verkkosivustolla aiheen manipulaatiohoidot alla (Vaihtoehtohoidot) on lueteltu selkeiden vaihtoehtolääkinnän palveluiden kuten kalevalaisen jäsenkorjauksen, refleksologian ja vyöhyketerapian lisäksi myös osteopatia ja kiropraktiikka. Naprapatiasta ei ole mainintoja vaihtoehtohoidot verkkosivustolla. (Vaihtoehtohoidot.)

5.3 Naprapatia Suomessa

Muualta kuin Suomesta valmistuneita naprapaatteja oli Wikipedian mukaan Suomessa vuonna 2005 noin 100 kpl. Lähde on hyvin epäluotettava. (ks. Wikipedia 2014.) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin oli 31.12.2013 merkitty 126 elossa olevaa, työikäistä (alle 65-vuotiasta) naprapaattia (Sallinen 2014). Luvut eivät välttämättä anna todellista kuvaa Suomessa toimivien naprapaattien lukumäärästä, sillä terveydenhuollon ammattihenkilöillä voi olla useita terveydenhuollon ammattihenkilön nimikkeitä. Kun terveydenhuollon ammattihenkilöllä on useita nimikesuojattuja tai laillistettuja nimikkeitä, ei tällainen henkilö välttämättä ole ilmoittanut kaikki nimikkeitään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä saattaa lisäksi esiintyä ammattiaan harjoittavia yli 65-vuotiaita naprapaatteja.

Ennen vuotta 1994 naprapatia luokiteltiin Suomessa ns. vaihtoehtolääkintää harjoittavaksi hoitomuodoksi. Vuonna 1994 voimaan astunut asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) muutti naprapaatit terveydenhuollon nimikesuojatuiksi ammattihenkilöiksi (koulutettu naprapaatti). Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että ainoastaan asetuksen (564/1994) mukaisen koulutuksen hyväksytysti suorittanut naprapaatti sai vuoden 1994 jälkeen käyttää nimikettä ”koulutettu naprapaatti”. Tammikuun ensimmäisenä päivänä vuonna 2008 suojattiin nimike naprapaatti ts. koulutettu–etuliite poistettiin (1338/2007). Vuonna 2010 voimaan astuneen asetusmuutoksen (1120/2010) jälkeen ainoastaan sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston hyväksymän vähintään neljävuotisen yhtenäisen koulutuksen hyväksytysti suorittanut naprapaatti on saanut käyttää nimikettä naprapaatti. (Ilmarinen, Myllykangas, Tuomainen, Vertio & Vuorenkoski 2013.)

Lääkäriliitto teetti vuosina 1988, 1995 sekä 2012 selvityksen, jossa tarkasteltiin lääkäreiden suhtautumista vaihtoehtohoitoihin. Naprapatia oli luokiteltu ko. tutkimuksessa edelleen vaihtoehtoiseksi hoitomuodoksi siitä huolimatta, että naprapaatit on tunnustettu nimikesuojattuina terveydenhuollon ammattihenkilöinä jo vuodesta 1994 lähtien (kaksivuosisikymmentä vuotta sitten). Tätä valintaa perusteltiin tutkimuksessa tulosten vertailukelpoisuudella, suhteessa aiemmin toteutettuihin tutkimuksiin. (Ilmarinen ym. 2013.)

”Kaikista tutkittavista hoitomuodoista käytettiin termiä vaihtoehto-hoidot samoin kuin vuosien 1995 ja 1988 tutkimuksissa. Näin haluttiin varmistaa tulosten mahdollisimman hyvä vertailtavuus.”

Edellä mainitun selvityksen tuloksista käy ilmi, että lääkärit suhtautuivat vuonna 2012 myönteisimmin akupunktioon, naprapatiaan, lymfahierontaan sekä kiropraktiikkaan. Vuonna 2012 kyselyyn vastanneesta 280 lääkäristä 9 prosenttia ei osannut ottaa kantaa siihen pitäisikö naprapaatteja (naprapatiaa) hyödyntää laajemmin osana lääkärin työtä. 26 prosenttia voisi harkita naprapatian laajempaa käyttöä osana lääkärin työtä. 60 prosenttia jättäisi valinnan asiakkaalle todeten ihmisten voivan käyttää naprapaatin palveluja, mikäli he kokevat siitä hyötyvänsä. Viisi prosenttia kyselyyn vastanneista lääkäreistä oli edelleen vuonna 2012 sitä mieltä, että naprapatia on petosta ja pitäisi kieltää. (Ilmarinen, ym. 2013.)

Edellä mainituissa tutkimuksissa havaittiin lääkäreiden iän sekä vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin suhtautumisen välinen yhteys. Jostain syystä vuonna 1995 vanhemmat lääkärit suhtautuivat vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin nuoria lääkäreitä kriittisemmin. Vuonna 2012 toteutetussa tutkimuksessa 26–45-vuotiaat lääkärit suhtautuivat tutkimuksessa käsiteltyihin hoitomuotoihin kriittisemmin kuin vanhemmat kollegansa. (Ilmarinen, ym. 2013.)

”Tän yhteys asenteisiin näkyi selvimmin suhtautumisessa naprapatiaan. Sen käytön laajentamista lääkärin työssä voisi harkita 33 % yli 45-vuotiaista, mutta vain 16 % sitä nuoremmista.”

6 NAPRAPAATIN ULKOINEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tässä kappaleessa on etsitty vastausta tutkimusongelmaan sekä tutkimusongelmasta johdettuihin tarkempiin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykset on käsitelty samassa järjestyksessä, kuin ne on esitetty opinnäytetyön kappaleessa 2.4 (Tutkimusongelmien tarkentaminen).

6.1 Naprapaatin poliittinen toimintaympäristö

Kuntien sekä kuntayhtymien tekemien päätösten suuri merkitys korostuu terveysalan yritystoiminnassa tulevaisuudessa (Hartman 2011, 44). Vuonna 2011 kunnat tuottivat itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa jopa 75 prosenttia terveyspalveluista. Kunnilla onkin toistaiseksi itsehallinto päättää siitä, miten julkiset terveyspalvelut kunnan alueella tuotetaan (Hartman 2011, 9). Terveyspalvelut toimialan toimialaraportissa (Hartman 2011, 44) korostetaan myös yhteiskunnallisten päätösten merkitystä terveyspalvelumarkkinoiden tulevaisuuden kehityksen kannalta. Tästä on hyvänä esimerkkinä sote-uudistus, joka tulee lähitulevaisuudessa muokkaamaan suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää erityisesti järjestelmän rahoituksen sekä terveyspalveluiden järjestämisvastuun suhteen (STM 2014a). Julkisen järjestämisvastuun rahoitukseen liittyvät päätökset, kuntien hankintatoimen kehittyminen, palveluiden kilpailutusta koskevien EU-direktiivien sekä kansallisen lainsäädännön muutokset tulevat lähitulevaisuudessa olemaan merkittävässä roolissa yksityisen terveydenhuollon kannalta. (Hartman 2011, 44.)

Terveyspalvelut-toimiala on erittäin työvoimavaltainen toimiala (Hartman 2011, 32, 36, 38, 45). Lisäksi työvoiman poistuvuus on ko. toimialalla erittäin suurta. Vuoteen 2015 mennessä, jopa 23 prosenttia vuonna 2006 töissä olleesta työvoimasta tulee poistumaan työmarkkinoilta vuoteen 2015 mennessä (Hartman 2011, 17). Työvoimavaltaisuus tulee olemaan terveyspalvelutoimialalla keskeinen piirre myös tulevaisuudessa, sillä terveyspalvelut ovat pitkälti palveluelinkeinoja, joissa henkilökunnan panokset ovat ratkaisevassa roolissa (Hartman 2011, 32). Vuonna 2011 julkaistu toimialaraportti ennustaakin osaavan työvoiman saannin olevan toimialan keskeinen ongelma 2020-luvulla (Hartman 2011, 45). Työvoimapula on omiaan lisäämään myös työvoiman kustannuksia toimialalla (Hartman 2011, 48). Rekrytointi- sekä koulutus- ja hakuprosessit tuovat kustannuksia työnantajalle. Lisäksi työvoimapula aiheuttaa korotuspaineita henkilöstön palkkoihin (Hartman 2011, 48). Edellä mainituista tekijöistä johtuen voidaan tulevien työvoimapoliittisten ratkaisujen olettaa olevan erittäin tärkeitä terveyspalvelut -toimialan kannalta.

Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuus ts. yhteistyömalli (JYY-malli) on malli, jossa julkisen terveydenhuollon vastuulla oleva palvelu tai hanke järjestetään yksityisen- ja julkisen sektorin yhteistyönä (Tenhunen 2004, 48). Julkisen sektorin tehtävänä on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä, sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveyseroja (STM 2014c), ei esimerkiksi terveydenhuollon käyttämien toimitilojen rakentaminen tai kone- ja laitekannan huolto- ja ylläpito (Tenhunen 2004, 48). Yksityinen sektori taas tarjoaa kattavasti erilaisia julkisen sektorin tarvitsemia palveluita yli toimialarajojen. JYY-mallin avulla mahdollistetaan julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä ja voidaan esimerkiksi nopeuttaa tärkeiden hankkeiden toteuttamista. Käytännössä tämä tapahtuu kanavoimalla julkisen sektorin hankkeisiin yksityistä rahoitusta. JYY-malli soveltuu Tenhusen (2004, 49) mukaan pitkäkestoisiin hankkeisiin. (Tenhunen 2004, 48–49.)

Hartmanin (2011, 45) mukaan julkisen- ja yksityisen sektorin yhteistyön hidasta lisääntymistä selittää osaksi se; että julkisen sektorin tuotannosta vastaavat henkilöt kokevat yksityisen sektorin palvelut uhkana omalle työlleen. Edellä mainitun oletetaan olevan yksi keskeinen tekijä julkisen- ja yksityisen sektorin välisen yhteistyön vähäisyydelle (Hartman 2011, 45). Kuntien hankintaosaaminen korostuu terveyspalveluiden julkisen ja yksityisen sektorin välisessä yhteistyössä. Hartman (2011, 44) toteaa kuntien hankintaosaamisen olevan keskeinen tekijä terveyspalvelumarkkinoiden kehittä-

tymiselle (Hartman 2011, 44). Toimialaraportissa (Hartman 2011, 44) todetaan kuntien julkisista hankinnoista seuraavaa:

”Hankintoja ohjaa enemmän hankintalain määrämuotojen täyttäminen ja palvelujen hankinta edullisimpaan mahdolliseen hankintahintaan. Hankintalain mahdollistamia innovatiivisia, palvelujen laadun ja tuloksellisuuden kehittämiseen tähtäviä hankintoja tehdään vähän.”

6.1.1 Poliittiset kehittämisohjelmat

Erilaiset valtion tai kunnan kehittämis- ja tukiohjelmat ovat ulkoisia markkinavoimia, joilla voi olla hyvinkin merkittäviä vaikutuksia yksityiselle terveysalan palveluntarjoajalle. **Hyvä-ohjelma** on ministeriöiden, yrittäjäjärjestöjen, kuntasektorin, toimialajärjestöjen sekä elinkeinojen kehittämisorganisaatioiden yhteistyöhanke, jonka tavoitteena on hoito- ja hoivapalveluiden työ- ja elinkeinopoliittinen kehittäminen. Erityisesti tavoitteena on hoito- ja hoivapalveluiden tuottamisen edellytysten vahvistaminen ja toimialan kasvun sekä kansainvälistymisen edistäminen. Strateginen Hyvä-ohjelma on käynnistetty vuonna 2009 ja sen on määrä jatkua vuoteen 2015 asti. Hyvä-ohjelman tavoitteiden määrittelyn yhteydessä on vahvistettu myös toteutettavat toimenpiteet, tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhtenä mainittuna toteutettavana toimenpiteenä on mm. yritystoiminnan edellytysten parantaminen. Muita ohjelmassa vahvistettuja toimenpiteitä ovat palvelumarkkinoiden kehitys, osaavan työvoiman saannin turvaaminen sekä tarjottavien palveluiden asiakaslähtöisyyden kehittäminen. (Hyvä 2013, 2–5; Hartman 2011, 11.)

Hyvä-ohjelmassa vuosina 2011–2012 toteutettuja yrittäjyyden ja yritysten toimintaedellytysten parantamiseen tähtäviä toimenpiteitä ovat olleet mm. uusyrityskeskuk-sissa työskentelevien yrittäjäneuvojien sosiaali- ja terveysalan täydennyskoulutukset. Lisäksi hyvä -ohjelmassa on toteutettu opas julkisista yrityspalveluista. Opas on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan yrittäjille sekä yrityksen perustamista harkitseville. Muut toteutetut toimenpiteet ovat olleet erilaisia kehittäjäverkostoja (*valtakunnallinen sosiaali- ja terveysterveystoiminnan kehittäjäverkosto*), kampanjoita (*Hyvää yrittäjyydestä -kampanja*) ja ohjelmia (*Finland Care-ohjelma*). (Hyvä 2013, 6.)

Vuosina 2013–2015 Hyvä-ohjelman toimenpiteinä tulevat olemaan palvelumarkkinoiden osalta asiakasohjautuvuuden sekä palvelumarkkinoiden toimivuuden paranta-

minen. Lisäksi tavoitteena on kilpailusteiden poistaminen sekä julkisen markkinan avautuminen erilaisille palvelutuotantovaihtoehdoille. Olennaisena toimenpiteenä tulee olemaan kuntalain kokonaisuudistus, hankintalainsäädännön uudistaminen sekä EU:n potilasdirektiivin toimeenpano. (Hyvä 2013, 12.) Hyvä-ohjelman toimintakerptomuksessa (2013, 12) sanotaan tulevista toimenpiteistä mm. seuraavaa:

”Yhteistyössä STM:n ja Valviran kanssa toimitaan siten, että kaikki palveluntuottajat, niin yksityiset kuin julkisetkin ovat keskenään tasavertaisessa asemassa alaa koskevan sääntelyn ja valvonnan suhteen.”

”Yhteistyössä valtakunnallisen kehittäjäverkoston kanssa edistetään alueellista elinkeinopoliittista työtä kuntien palvelu- ja hankintastrategioiden kehittämiseksi sekä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön vahvistamiseksi.”

Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön suomalaisen sosiaali- ja terveystoiminnan johtamisen ja uudistamisen pääohjelma. Ohjelma on aloitettu vuonna 2008 ja sen on määrä jatkaa vuoteen 2015. Ohjelman tavoitteena on terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden asiakaslähtöinen uudistaminen. Ohjelma koostuu kuudesta toisiaan täydentävästä osa-ohjelmasta. Ohjelmien avulla terveydenhuollon toimintaa on tarkoitus uudistaa kohti fyysisen, henkisen sekä sosiaalisen hyvinvoinnin aktiivista edistämistä sekä koko väestön ongelmien ehkäisemistä. Ehkäisevää toimintaa tullaan ohjelmassa painottamaan nykyisen ongelmien hoitoon painottuvan linjauksen sijasta. Myös Kaste-ohjelmassa, kuten Hyvä-ohjelmassakin on yhtenä kehitettävänä osa-alueena palvelurakenteen ja peruspalveluiden uudistaminen. Lisäksi Kaste -ohjelmassa keskitytään tietojärjestelmiin, tiedon jakamiseen sekä johtamisen kehittämiseen. (STM 2014d.)

Sote-uudistusta sivuttiin jo Suomen terveydenhuoltojärjestelmän yhteydessä. Uudistus on voimakkaasti nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän järjestämisvastuuta sekä rahoitusta muokkaava ohjelma, jonka täytäntöönpanosta on jo sovittu eduskunnassa. Sote-uudistuksen tavoitteet ovat kovat. Uudistuksessa tavoitellaan mm. asuinkunnasta riippumatonta yhdenvertaisten palveluiden takaamista kansalaisille. Uudistus purkaa nykyistä terveydenhuollon pirstaloitunutta hallintoa, lisää hallinnon kansallista ohjausta sekä keskittää kuntakohtaista hallintoa kuntayhtymätasolle. Tulevat sote-alueet ovat Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio ja Oulu. Kaikki kunnat tulevat lakisääteisin velvoittein kuulumaan uudistuksen myötä johonkin edellä mainituista sote-alueista. Terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä viiden sote-

alueen vastuulle. Uudistus pyrkii vähentämään palveluiden tehottomuutta sekä päällekkäisiä toimintoja. Kunnat rahoittavat uutta järjestelmää ns. kapitaatio -periaatteen mukaisesti, ts. maksavat osuuden sille sote-alueelle, johon kunta on veloitettu kuulumaan. Kunnan kapitaatio-osuus määräytyy kunnan väestömäärän mukaan. Lisäksi kunnan väestömäärän mukaista osuutta painotetaan kunnassa esiintyvän ikärakenteen sekä sairastavuuden mukaan. (STM 2014b.)

Terveys 2015 –kansanterveysohjelma on pitkän tähtäimen terveystoimintapolitiittinen ohjelma, joka tavoittelee mm. väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista sekä väestön toimintakyvyn parantamista. Ohjelma sisältää tavoitteita nuorten tupakoinnin vähentämisestä ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymisen ehkäisemiseen. Myös Terveys 2015 –kansanterveysohjelma sisältää tavoitteita suomalaisten terveyspalveluiden saatavuuden sekä toimivuuden paranemiseksi sekä kansalaisten yhdenvertaisuuteen terveyspalveluiden saatavuudessa, eri väestöryhmien välillä. (STM 2013a.)

6.1.2 Palvelusetelijärjestelmä

Palvelusetelijärjestelmä on vuonna 2009 voimaan astunut poliittinen toimenpide. Palvelusetelijärjestelmä mahdollistaa kunnan rahallisen tuen niille kuntalaisille, jotka hakeutuvat kunnan tuottamien terveyspalveluiden sijasta yksityisen sektorin tuottamien palveluiden asiakkaaksi. (Hartman 2011, 26.) Suomen sosiaaliturvajärjestelmään kuuluva voi käyttää palveluseteliä sellaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden hankkimiseen, jotka ovat julkisen sektorin järjestämisvastuulla (STM 2012). Julkisen sektorin järjestämisvastuulla olevista terveydenhuollon palveluista säädetään terveydenhuolto-laissa (1326/2010). Palveluseteli on Hyvä–ohjelmassakin mainittu tapa lisätä asiakkaan mahdollisuuksia valita itse hoito- tai hoivapalvelunsa tuottajan. Palvelusetelijärjestelmä voidaan nähdä myös tapana tuottaa julkisia palveluita. Palvelusetelijärjestelmä on toimintamalli, jonka alkuperäinen tarkoitus on kohdistunut sosiaalipalveluihin. (Sievänen 2010, 9; Tenhunen 2004, 45.)

Palvelusetelitoimintamalli on otettu Suomessa käyttöön jo 1990-luvun lopulla ja sen käyttö on lisääntynyt erityisesti 2000-luvulla (Sievänen 2010, 9). Vuonna 1998 palvelusetelitä käytti 39 kuntaa, kun vuonna 2001 palveluseteli oli käytössä jo 116 kunnassa (Tenhunen 2004, 46). *Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä* (569/2009) astui voimaan vuonna 2009, ja se koskee tänä päivänä sekä sosiaali- että

terveyspalveluita (569/2009). Tietyiltä osin palvelusetelistä on säädetty Suomen lainsäädännössä jo vuonna 2004 (Sievänen 2010, 9).

Palvelusetelitoimintamallissa julkinen taho (esimerkiksi kunta, sote-uudistuksen myötä sote-alue) ostaa palveluja, jollekin tietylle asiakasryhmälle (Sievänen 2010, 9). Palveluseteli on henkilökohtainen (Tenhunen 2004, 44) maksuväline (Sievänen 2010, 7), jonka avulla julkinen taho korvaa palvelun tuottajalle palvelusetelin oikeuttaman rahallisen korvauksen. Palvelusetelin arvo määrittää sen, kuinka suuri rahallinen korvaus hoidosta asiakkaalle maksetaan. (Sievänen 2010, 9) Asiakkaan maksettavaksi jää yksityisen sektorin tuottaman palvelun arvon ja palvelusetelin arvon välinen erotus. Julkinen taho sitoutuu maksamaan tuotetun palvelun asetettuun setelin arvoon asti (Tenhunen 2004, 45).

Palveluseteliin liittyy aina palvelupäätös, joka asettaa tietyt raamit palvelusetelin käytölle. Palveluseteli onkin tarkoitettu vain palvelupäätöksessä määriteltyjen tiettyjen palveluiden tai tavaroiden hankkimiseksi (Tenhunen 2004, 44). Palvelupäätöksen saanut kuluttaja voi käyttää setelin joko julkisella tai yksityisellä sektorilla (Sievänen 2010, 9). Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009 - 1 §) on lain tarkoituksesta säädetty seuraavaa:

”Tämän lain tarkoituksena on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelin avulla lisätä asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta ja edistää kuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä elinkeinotoimen ja yksityisten palvelujen tuottajien yhteistyötä.”

Palvelusetelijärjestelmän alkuperäinen tarkoitus on ollut edistää vanhuksille suunnattujen hoitopalveluiden tarjontaa. Toisaalta pyrkimyksenä on ollut myös työllisyyden lisääminen yksityisellä sektorilla sekä julkisen palvelun tehostaminen. Tänä päivänä kunnat voivat tietyin reunaehdoin hyödyntää palveluseteliä kaikissa sosiaali- ja terveysalan palveluissa. (Sievänen 2010, 9.)

Palvelusetelijärjestelmä on myös julkisen- ja yksityisen sektorin yhteistyötä lisäävä toiminto. Yksityisen sektorin palveluntuottajan tulee olla terveyspalveluita kilpailuttavan julkisen tahon hyväksymä toimija, jotta yritys voi hyödyntää palveluseteliä toiminnassaan. (Tenhunen 2004, 45.) Yksityisen sektorin tuottamiin kunnan järjestämisvastuulla oleviin palveluihin liittyvät myös vastuukysymykset. Palveluseteliä käyt-

tettäessä yksityisellä sektorilla toimiva palvelun tarjoaja toimii kunnallisen sektorin valvonnan alaisuudessa. (Sievänen 2010, 11)

Sieväsen pro gradu -tutkielmassa (2010, 11) tutkittiin palvelusetelijärjestelmää hoiva-alan yrittäjän näkökulmasta. Tutkimuksessa havaittiin yrittäjien suhtautuvan myönteisesti palvelusetelijärjestelmään. Palveluseteli vahvisti hoivapalveluita järjestettäessä yksityisen sektorin palveluntuottajien roolia kuntien apuna, sekä lisäsi kunnan ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä. Palvelusetelijärjestelmä osoittautui tutkimuksessa erityisesti pienten hoiva-alan yritysten kannalta mielenkiintoiseksi tavaksi osallistua kuntien järjestämistä vastuulla olevien palveluiden tuotantoon. Palvelusetelijärjestelmää aiheuttaa yksityisen sektorin palveluntuottajille myös lisäkustannuksia mm. lisääntyneen hallinnollisen työn kautta. Lisäksi palvelusetelijärjestelmään osallistuminen lisää yksityisen palvelun tuottajan riippuvuutta yksittäisestä ”asiakkaasta” (*julkinen tah*). Keskeistä yksityisen sektorin toimijan kannalta oli em. tutkimuksen mukaan palvelusetelijärjestelmän tuomat uudet asiakkaat. (Sievänen 2010, 75–76.)

Palvelusetelijärjestelmä vahvistaa asiakkaan asemaa markkinoilla (Tenhunen 2004, 45). Palvelusetelien käyttö sosiaali- ja terveystaloudissa on kuitenkin edelleen vähäistä (Tenhunen 2004, 46; Hartman 2011, 26). Palvelusetelitoimintamalli voidaan Tenhunen (2004, 46) mukaan nähdä keinona lisätä sekä palveluntuottajien määrää että tuottajien välistä kilpailua. Palveluntuottajien määrällinen lisääntyminen lisää palvelujen saatavuutta ja palveluntuottajien välisen kilpailun odotetaan lisäävän tuotettujen palveluiden laatua sekä kustannustehokkuutta. Kun asiakkaat voivat itse valita palvelun tuottavan tahon, oletetaan valinnan mahdollisuuden lisäävän myös asiakastytyväisyyttä. (Tenhunen 2004, 46.)

Sutela kirjoittaa palvelusetelijärjestelmästä kirjassaan *Sosiaali- ja terveystaloudien ulkoistaminen* (2003, 68–70). Sutelan mukaan palvelusetelijärjestelmän tarkoituksena on julkisen hallinnon tehostaminen. Tehostaminen tapahtuu lisäämällä asiakkaan valinnan vapautta. Palvelusetelijärjestelmässä julkiset palvelun tuottajat ovat tasa-arvoisessa asemassa yksityisten tuottajien kanssa. Tasa-arvoisen aseman tarkoituksena on parantaa sekä yksityisten että julkisten tuottajien tehokkuutta ja palveluiden laatua. Lisäksi järjestelmän tarkoituksena on vähentää julkisen terveystaloudien järjestäjän terveystaloudien tuottamiseen liittyvää rahoitustarvetta. (Sutela 2003, 68.)

Taulukko 1. Palvelusetelijärjestelmän mahdollisuuksia eri toimijoiden kannalta (mukaillen Tenhunen 2004, 46)

Julkinen tah	Kuluttaja	Yksityinen sektori
Mahdollinen parantunut kustannustehokkuus sekä kustannusvaikuttavuus	Vapaus valita hintalaatusuhteeltaan sopivin palvelutyyppi	Useammilla palveluntuottajilla mahdollisuus osallistua kunnan järjestämisvastuulla olevien palveluiden tuottamiseen
Lisääntynyt palveluiden tarjonta	Vapaus valita hintalaatusuhteeltaan sopivin palveluntuottaja	
Mahdollinen kustannusten ennakoitavuus sekä läpinäkyvyys	Vapaus valita sopivin palveluajankohta	
Mahdolliset pienentyneet kustannukset	Vapaus valita sopivin palvelun määrä	
Mahdollinen lisääntynyt työllisyys	Oikeudet paranevat	
	Mahdollinen palveluiden laadun, valikoiman ja saatavuuden parantuminen	

Tenhunen (2004, 46) on määritellyt palvelusetelijärjestelmän mukanaan tuomia mahdollisuuksia kirjassaan *Yrittäminen sosiaali- ja terveystalalla*. Mahdollisuuksia on määritelty eri toimijoiden näkökulmasta taulukossa 1.

6.1.3 Sairausvakuutusjärjestelmä

Sairausvakuutus järjestelmän tavoitteena on eri väestöryhmien yhdenvertaisuus (Kela 2014e). Sairausvakuutuksen sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesta toimeenpanosta, valvonnasta ja seurannasta vastaa *Kansaneläkelaitos* (1224/2004). Sairausvakuutusmaksusta säädetään sairausvakuutuslaissa (1224/2004). Sairausvakuutuslaissa (1224/2004) säädetään myös vakuutetun sekä työnantajan sairausvakuutusmaksuista.

Vakuutetun sairausvakuutusmaksu koostuu sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksusta sekä sairausvakuutuksen päivärahamaksusta (1224/2004 - Luku 18 § 4). Sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksu määräytyy vakuutetun kunnallisverotuksessa verotettavaan tuloon perustuen (1224/2004 - Luku 18 § 14). Yrittäjän sairausvakuutusmaksun määrä määräytyy vuosittain vahvistetun työtulon (YEL maksun peruste) mukaisesti (1224/2004 - Luku 8 § 13). Sairausvakuutuksen päivärahamaksun suuruus riippuu va-

kuutetun veronalaisesta palkka- sekä työtulosta (1224/2004 - Luku 18 § 15). Yrittäjän osalta sairausvakuutuksen päivärahamaksu määräytyy yrittäjän eläkelain (1272/2006) mukaisesti, vuosittaiseen vahvistettuun työtuloon perustuen (1224/2004 - Luku 18 § 15). Työnantajan velvollisuudesta maksaa sairausvakuutusmaksua säädetään erikseen laissa työnantajan sosiaaliturvamaksuista (366/1963).

Sairausvakuutusmaksua peritään sekä työnantajilta että työntekijöiltä. Työntekijän sairausvakuutusmaksu on palkan maksun yhteydessä Kansaneläkelaitokselle tilitettävä maksu. Työnantaja vähentää työntekijältä perittävän sairausvakuutusmaksuosuuden työntekijän palkasta ja suorittaa maksun Kansaneläkelaitokselle. Sairausvakuutusmaksuilla rahoitetaan sairausvakuutusjärjestelmää, josta maksetaan erilaisia sairausvakuutus korvauksia Suomen sairausvakuutusjärjestelmään kuuluville henkilöille sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti.

Sairausvakuutuksesta maksettavat korvaukset ovat Suomen sosiaaliturvajärjestelmään kuuluvalle myönnettyjä rahallisia etuja, jotka voivat liittyä apuvälineisiin, tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin, lääkkeisiin, yms. Tässä opinnäytetyössä käsitellään korvausten osalta ainoastaan ns. sairaanhoitokorvauksia, jotka ovat asiakkaalle maksettavia rahallisia korvauksia lääkärin määräämästä tutkimuksesta, hoidosta tai muusta sairauteen liittyvästä kustannuksesta, kuten matkoista, lääkityksestä, yms. Sairausvakuutus korvaa osan yksityisistä terveysterveyspalveluista asiakkaalle aiheutuvista kustannuksista. Sairausvakuutuksesta maksettavat sairaanhoitokorvaukset onkin tarkoitettu nimenomaan yksityisistä terveysterveyspalveluista asiakkaalle aiheutuvien kustannusten kohtuullistamiseksi, eikä niitä makseta julkisen tahon järjestämisvastuulla olevista terveysterveyspalveluista aiheutuvista kustannuksista. (Kela - Fysioterapia - Korvaaminen sairausvakuutuksesta 2014, 2-3.)

6.2 Naprapaatin lainsäädännöllinen toimintaympäristö

Yleisiä lähes kaikkeen elinkeinotoimintaan vaikuttavia lainsäädännöllisiä tekijöitä ovat mm. työsopimuslaki (55/2001), kuluttajansuojalaki (38/1978) ja tekijänoikeuslaki (404/1961). Terveysterveysalan sekä naprapaattien harjoittaman elinkeinotoiminnan kannalta tärkeitä lakeja ovat edellä mainittujen lisäksi mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) sekä laki yksityisistä terveydenhuollosta (152/1990).

Julkinen valta, jolla tarkoitetaan valtion ja kuntien viranomaisia on perustuslain (731/1999) mukaisesti vastuussa suomalaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamisesta. Terveyspalvelut ovat yhdessä sosiaali- ja koulutuspalveluiden kanssa niin sanottuja yhteiskunnan peruspalveluita. Peruspalveluiden toteutumista pidetään ihmisoi- keuksien sekä perusoikeuksien toteutumisen edellytyksenä yhteiskunnassa. (Lukkarinen 2007, 3).

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki (773/1992) säättää osaltaan terveyspalveluiden järjestämisestä ja suunnittelusta Suomessa. Edellä mainittu laki säättää sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta, jonka tehtävänä on valmistella kansallinen kehittämisohjelma ja edistää sekä seurata ko. ohjelman toteutumista. Neuvottelukunta tekee kehittämisohjelman perusteella suosituksia sosiaali- ja terveysministeriölle. Suositusten tarkoituksena on tukea kehittämisohjelman tavoitteiden toteutumista, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämis- toimintaan ohjautuvia rahamääriä. (Lukkarinen 2007, 5; Laki sosiaali- ja terveyden- huollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 773/1992.)

Terveyspalveluiden järjestämisvastuu on Suomessa kunnilla (Lukkarinen 2007, 33). Kunnilla on myös päätösvalta siitä miten terveyspalvelut kunnan alueella tuotetaan ja vastuu terveyspalveluiden saatavuudesta sekä laadusta (Lukkarinen 2007, 33). **Ter- veydenhuoltolaki** (1326/2010) ja **kansanterveyslaki** (66/1972) säättävät julkisen ter- veydenhuollon järjestämisestä Suomessa. Terveysdenhuoltolaki (1326/2010) määrittää terveydenhuollon palveluvalikoimasta seuraavaa:

”Terveysdenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketie- teellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutki- mukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.”

Palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimen- pide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vä- häinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Julkisen sektorin terveyspalveluiden ulkoistamisella tarkoitetaan julkisen yhteisön (kunta tai valtio) aiemmin itse tuottamien terveyspalveluiden siirtämistä yksityisen sektorin (myös kolmas sektori) tuottamiksi palveluiksi. Ulkoistamisesta voidaan pu-

hua myös alihankintana. Alihankintana hankituista palveluista sovitaan aina sopimuksin. Alihankinnalla tarkoitetaan päähankkijan (esimerkiksi kunta) kolmannelta osapuolelta ostamia tuotteita ja palveluita. Ulkoistamisesta puhutaan myös palveluiden yksityistämisenä. Julkisen sektorin ulkoistamien palveluiden yhteydessä tulee terveyspalveluista säätävään lainsäädäntöön mukaan myös kilpailuoikeuteen kuuluvia lakeja, joiden tarkoituksena on turvata toimiva kilpailu markkinoilla. Julkinen taho voi hankkia kolmannen tarjoamia tuotteita ja palveluita ostopalvelusopimuksin tai palvelusetelijärjestelmän avulla. (Lukkarinen 2007, 13–15,64.)

Tilaaaja–tuottajamalli on toimintatapa, jossa vastuu terveyspalveluiden järjestämisestä on viranomaisilla. Terveyspalvelut hankitaan tilaaaja–tuottajamallin mukaisessa toimintatavassa joko julkisen sektorin organisaatioilta tai yksityiseltä sektorilta. Malli jakautuu käytännössä kahteen. Sisäisellä tilaaaja–tuottajamallilla tarkoitetaan kunnan tai kuntayhtymän sisällä tapahtuvaa tilaamista ja tuottamista. Malli siis kilpailuttaa julkisen sektorin sisäisiä toimintoja. Sisäinen tilaaaja–tuottajamalli pyrkii julkisen sektorin tuottajien kustannusvaikuttavuuden sekä hintatietoisuuden parantamiseen. Kilpailun sallivassa tilaaaja–tuottajamallissa kunta joutuu kilpailuttamaan kaikki hankintansa. Tässä mallissa toteutuu aito kilpailu julkisen sekä yksityisten tuottajien välillä. **Laki julkisista hankinnoista** (1505/1992) säätelee kilpailun sallivan tilaaaja–tuottajamallin mukaista toimintaa. (Lukkarinen 2007, 66.)

Terveyspalveluita tarjoavalla yksityisellä toimijalla on oltava lakien edellyttämät lääninhallituksen myöntämät luvat toiminnan harjoittamiseen. Yksityisellä terveyspalveluiden tuottajalla tulee olla **lain potilaan asemasta ja oikeuksista** (785/1992) mukainen nimetty potilasasiamies sekä vastaava johtaja. Lisäksi palvelun tarjoajalla on oltava asianmukaiset vakuutukset lakisääteisen vastuun varalle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.)

Yksityisiä terveyspalveluiden tuottajia valvoo pääasiassa **Aluehallintovirasto** (AVI) (AVI 2013c). Myös **Valviralla** on valvontaan liittyviä tehtäviä. Lupa yksityisten terveydenhuollonpalveluiden tuottamiseksi haetaan Valviralta, mikäli palveluita tuotetaan kahden tai useamman aluehallintoviraston alueella. Lupa pääasiassa yhden aluehallintoviraston alueella tapahtuvaan yksityisen terveydenhuollon toimintaan haetaan aluehallintovirastosta (Aluehallintovirasto 2013a, 1.) Terveyspalveluilla tarkoitetaan laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) yleisesti hyväksytyyn, kokemuspe-

räiseen lääketieteelliseen tietoon perustuvia, koululääketieteen piiriin kuuluvia palveluita, joiden asiakkaina on ”väestö”.

6.2.1 Laki yksityisestä terveydenhuollosta ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Yksityisten terveystalveluiden tuottajalla tarkoitetaan yksityisen- tai kolmannen sektorin toimijaa, joka voi olla yksityinen henkilö, osuuskunta, yhdistys, yhtiö, yhteisö tai säätiö, joka on vastuussa terveystalveluja tuottavasta toiminnasta. **Laki yksityisestä terveydenhuollosta** (152/1990) koskee sekä liikkeen- että ammatinharjoittajina terveystalveluita tuottavia toimijoita. Itsenäinen ammatinharjoittaja, joka toimii terveydenhuollon palveluiden tuottajana, ei tarvitse erillistä lupaa toiminnalleen, vaan on ilmoitusvelvollinen toiminnastaan. Vaihtoehtolääkinnän palveluita tuottavat toimijat, joilla ei ole mahdollisen muun koulutuksen kautta saatua nimikesuojattua tai laillistettua ammattinimikettä (tai luvansaanutta) eivät ole yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain (152/1990) mukaisia terveydenhuollon palveluita tuottavia toimijoita. Tällainen henkilö ei myöskään kuulu Valviran ylläpitämään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. (Valvira 2014, 2; Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.)

Ammatinharjoittajan on ennen yksityisten terveystalveluiden tarjoamisen aloittamista tehtävä kirjallinen ilmoitus toiminnastaan. Ilmoitus osoitetaan aluehallintovirastolle ja siinä on henkilö- ja yhteystietojen lisäksi oltava selvitys tarjottavista terveystalveluista, paikasta, jossa palveluita tarjotaan sekä mm. potilasasiakirjojen säilytyksestä. Liikkeenharjoittajan on saatava lupaviranomaisen myöntämä lupa terveystalveluiden tuottamiseksi. (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.) Luvan myöntämisen edellytykset on määritelty yksityisestä terveydenhuollosta säädetyn laissa (152/1990), jossa säädetään seuraavaa:

”Terveydenhuollon palveluja annettaessa on oltava asianmukaiset tilat ja laitteet.”

”Lisäksi palvelujen tuottajalla tulee olla toiminnan edellyttämä, asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta.”

”Toiminnan on oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus.”

Edellä mainittujen lisäksi laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) säädetään mm. seuraavaa: Terveyspalvelujen tuottajalla tulee olla terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja, joka täyttää vastaavalle johtajalle **asetuksessa yksityisestä terveydenhuollosta** (744/1990) säädetyt vaatimukset. Terveyspalveluista vastaavan johtajan on oltava lupaviranomaisen hyväksymä henkilö. Palvelujen tuottajan on mahdollistettava terveydenhuollon palveluiden tarjoamiseen käytettävät laitteet ja tilat terveyslautakunnan tarkastettaviksi ennen palveluiden tuottamisen aloittamista (tilojen ja laitteiden käyttöönottoa). Lisäksi terveyspalveluiden tuottajan sekä itsenäisenä ammatinharjoittajana terveyspalveluita tarjoavan henkilön on annettava toimintakertomus lupaviranomaiselle. Toimintakertomus tulee toimittaa vuosittain. Toimintakertomuksessa on ilmoitettava terveyspalveluja koskevat toimintatiedot, henkilökunnan, toimitilojen tai toimintaan liittyvät muutokset. Lisäksi kaikkien terveyspalveluita tuottavan yksikön henkilökunnasta on oltava vaitiolovelvollisia asiakkaidensa terveydentilasta sekä muista vastaavista asioista. (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöt jaetaan **laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä** (559/1994) laillistettuihin, luvansaaneisiin sekä nimikesuojattuihin ammattihenkilöihin. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) toteaa seuraavaa:

”Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Tämä ei kuitenkaan estä, jollei laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa toisin säädetä, laillistettuja, luvan saaneita tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimimasta toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta.”

Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat siis toimia toistensa tehtävissä, koulutuksen, kokemuksen sekä ammattitaidon tämän mahdollistaessa ja silloin, kun se on työjärjestelyjen sekä terveyspalvelujen tuottamisen kannalta perusteltua.

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammatillisen toiminnan päämääränä tulee lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) mukaan olla terveyden edistäminen ja ylläpito, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Ammattihenkilön tulee lain (559/1994) mukaan soveltaa yleisesti hyväk-

syttyjä, perusteltuja kokemuseräisiä menettelytapoja, jotka vastaavat ammattihenkilön saamaa koulutusta. Terveystenhoollon ammattihenkilön on myös pyrittävä jatkuvasti edistämään osaamistaan ja täydentämään koulutustaan (559/1994). Oleellista on myös riskihyötysuhteen analysointi omassa toiminnassaan (559/1994).

Terveystenhoollon ammattihenkilö on velvoitettu antamaan apua, sitä kiireellisesti tarvitsevalle ja ottamaan huomioon potilaan oikeudet, joista säädetään **laissa potilaan asemasta ja oikeuksista** (785/1992). Laki terveystenhoollon ammattihenkilöistä (559/1994) säättää myös ammattihenkilön velvollisuudesta laatia ja säilyttää potilasasiakirjoja sekä velvollisuudesta salassapitioon potilaan asioista. Terveystenhoollon ammattihenkilöllä on velvollisuus hankkia potilasvakuutus, josta säädetään tarkemmin potilasvahinkolaissa (879/1998). Edellä mainittujen lisäksi laki terveystenhoollon ammattihenkilöistä (559/1994) säättää mm. seuraavaa:

”Terveystenhoollon ammattihenkilöiden yleinen ohjaus kuuluu sosiaali- ja terveystministeriölle.”

”Sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa ja valvoo valtakunnallisesti terveystenhoollon ammattihenkilöitä. Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo terveystenhoollon ammattihenkilöiden toimintaa toimialueellaan. Sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa sosiaali- ja terveystministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi terveystenhoollon ammattihenkilöiden ohjauksessa ja valvonnassa.”

Sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ylläpitää rekisteriä lain sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirastosta (669/2008) määrittelemien valvontaan liittyvien tehtävien suorittamiseksi. Valvira voi langettaa seuraamuksia terveystenhoollon ammattihenkilön virheellisestä toiminnasta. Virheellistä toimintaa voi olla esimerkiksi potilasasiakirjoista säädettyjen lainkohtien laiminlyönti, toiminta, johon ei ole koulutuksellista tai ammatillista pätevyyttä, tai muutoin moitittava käytös. Myös kykenemättömyys harjoittaa ammattia sairaudesta, alkoholin väärinkäytöstä tai muusta toimintakykyä alentavasta tekijästä johtuen saattaa johtaa seuraamuksiin, kuten ammatinharjoittamisoikeuden pidättämiseen joko määräaikaaisesti tai pysyvästi. (Laki terveystenhoollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Aluehallintoviraston (AVI) internetsivuilla todetaan fysioterapiapalveluiden, työterveyshuollon sekä lääkärin- ja hammaslääkärin vastaanotto toiminnan olevan yleisimpiä yksityisiä terveyspalveluita. Samassa yhteydessä todetaan terveydenhuollon palveluiden yksityisen sektorin toiminnan olevan luvanvaraista, silloin kun ei ole kyse ammatinharjoittajana toimivasta yksityisestä henkilöstä. (Aluehallintovirasto 2013c.) Luvanvaraisen toiminnan aloittaminen (yksityisen terveydenhuollon tuottaminen liikkeenharjoittajana) edellyttää käytännössä terveydenhuollon palveluista vastaavaa johtajaa, josta asetus yksityisestä terveydenhuollosta (744/1990) säättää seuraavasti:

”Terveydenhuollon palveluista vastaavan johtajan tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/94) 2 §:ssä tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla, ottaen huomioon toiminnan laajuus ja siinä tarjottavat palvelut, on tehtävän menestykselliseen hoitamiseen soveltuva koulutus ja riittävä käytännön kokemus.”

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädettyssä laissa (559/94) todetaan seuraavaa:

Tässä laissa tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä:

- 1) henkilöä, joka tämän lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö); sekä*
- 2) henkilöä, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö)*

Yrityssuomi verkkosivulla todetaan yksityisten terveyspalveluiden vastaavalta johtajalta edellytettävän vähintään osa-aikaista palvelu- tai sopimussuhdetta palveluiden tuottajaan, palvelun tuottajan tarjoamia palveluita vastaavaa koulutusta sekä lisäksi vähintään kahden vuoden työkokemusta **laillistuksen** jälkeen terveydenhuollon ammattihenkilönä tuotettavalla palvelualalla. Myös Suomenfysioterapeutitverkkosivustolla on otettu vastaavanlainen kanta asiaan. Fysioterapeutti yrittäjänä -osion usein kysytyissä kysymyksissä on kerrottu Suomen Fysioterapeuttien suosittelman vastavalmistuneen fysioterapeutin hankkivan kokemusta toisen palveluksessa ennen oman vastaanoton perustamista. Ja että fysioterapiapalveluita tuottavan laitoksen johtajalta vaaditaan käytännössä noin kahden vuoden työkokemusta. (Yritys-Suomi 2013; Suomen Fysioterapeutit-2.)

6.2.2 Työterveyshuolto ja työterveyshuoltolaki

Työterveyshuolto tavoittelee yhdessä työnantajan sekä työntekijöiden kanssa työntekijöiden terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn edistämistä, työperäisten sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisyä sekä yleistä työympäristön terveellisyyteen ja turvallisuuteen tähtäävää toimintaa (STM 2013c; TTHL 2004, 3; Työterveyshuoltolaki 1383/2001). Ehkäisevän työterveyshuollon järjestäminen työntekijöille on ollut työnantajille pakollista vuodesta 1979 alkaen (STM 2004, 10). Ehkäisevän työterveyshuollon palvelut muodostavat ns. korvausluokkaan I (myös ns. Kela-I -korvausluokka). Ehkäisevien työterveyspalveluiden lisäksi työnantaja voi halutessaan järjestää työntekijöilleen yleislääkäritasoisista sairaanhoitoa, joka kuuluu korvausluokkaan II (myös ns. Kela-II - korvausluokka). Korvausluokkaan II kuuluvat yleislääkäritasoisien sairaanhoidon lisäksi ns. muut terveydenhuollon korvaukset. (Kela 2013e; Kela 2013g.)

Työterveyspalveluista säädetään työterveyshuoltolaissa (1383/2001). Laissa (1383/2001) säädetään erikseen työterveyshuollon palveluiden tuottajista sekä työterveyshuollon ammattihenkilöistä sekä -asiantuntijoista. **Työterveyshuoltolaki** (1383/2001 - 3 §) määrittää työterveyshuollon ammattihenkilöistä ja asiantuntijoista seuraavaa:

”Tässä laissa tarkoitetaan: työterveyshuollon ammattihenkilöllä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettua terveydenhuollon ammattihenkilöä, jolla on työterveyshuollon erikoislääkärin pätevyys tai muun laillistetun lääkärin taikka terveydenhoitajan pätevyys ja työterveyshuollon toteuttamiseen tarvittava koulutus”

*”Tässä laissa tarkoitetaan: työterveyshuollon asiantuntijalla henkilöitä, joilla on **fyysioterapeutin** tai **psykologin** pätevyys ja riittävät tiedot työterveyshuollosta **taikka** työhygienian, **ergonomian**, teknisen tai muun vastaavan alan koulutus **ja** riittävät tiedot työterveyshuollosta tai joilla on **muun kuin** työterveyshuollon erikoislääkärin pätevyys;”*

Työterveyshuoltolakia on tulkittu sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa: *Työterveyshuoltolaki - Opas terveyshuoltolain soveltajille* (STM - Työterveyshuoltolaki - Opas työterveyshuoltolain soveltajille 2004). Oppaassa tulkitaan työterveyshuoltolain (1383/2001) momenttia kolme (3 §) ja työterveyshuollon asiantuntijana toimivaa muun vastaavan alan toimijaa seuraavasti:

”Muun vastaavan alan koulutuksen asiantuntijoita ovat maatalouden asiantuntijat, optikot, ravitsemusterapeutit, puheterapeutit sekä liikunnan asiantuntijat.”

Naprapaatti luokitellaan KyAMK:n opetussuunnitelma -sivustoilla sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan tutkinnoksi (KyAMK.). Toisaalta KyAMK:n virallisilla internetsivuilla koulutusohjelman esittelyssä viitataan ainoastaan sosiaali- ja terveysalaan (KyAMK 2014). On siis epäselvää voidaanko *naprapaatti (AMK)* – tutkinto määrittää liikunta-alan tutkinnoksi, ja naprapaatti **liikunnan asiantuntijaksi**. *Työterveyshuoltolaki - Opas terveyshuoltolain soveltajille* ei määritä tarkasti sitä, minkä tutkinnon suorittanutta henkilöä voidaan pitää **liikunnan asiantuntijana** (STM - Työterveyshuoltolaki - Opas työterveyshuoltolain soveltajille 2004).

Edellytykset naprapaatin toimimiselle työterveyshuollossa naprapaatin koulutusta vastaavissa tehtävissä eivät ole työterveyshuoltolain (1383/2001) ja ko. lain tulkinnan mukaan kovinkaan hyvät (STM 2004, 22–23). Naprapaatti voisi mahdollisesti toimia työterveyshuollossa liikunnan tai ergonomian asiantuntijana. Ainoastaan asiantuntijatehtäviin työllistyminen (kokopäiväisenä työntekijänä) voi kuitenkin olla käytännössä hankalaa.

6.2.3 Sairausvakuutuslaki

Sairaanhoitokorvaus on asiakkaalle myönnetty rahallinen korvaus annetusta tutkimuksesta tai hoidosta. Sairaanhoitokorvaus ja sen hyödyntäminen on tiettyjen edellytysten sekä rajoitusten säätelemä. Rajoitukset koskevat lähinnä tutkimus- tai hoitotoimenpiteen antajaa, tutkimus- tai hoitotoimenpidettä tai sairausvakuutuskorvauksen mahdollista saajaa. Tässä opinnäytetyössä sairausvakuutusjärjestelmää tarkastellaan tutkimus- tai hoitotoimenpiteen antajan näkökulmasta. Tavoitteena on ymmärtää naprapaatin mahdollisuudet tuottaa sairausvakuutuslain mukaisesti korvattavia yksityisiä terveyspalveluita sekä palveluiden mahdolliseen korvattavuuteen liittyviä rajoituksia.

Yksityisten terveyspalveluiden tuottajat voivat sopia Kansaneläkelaitoksen kanssa ns. suorakorvausmenettelystä. Tällöin sairaanhoitokorvaus vähennetään yksityisen terveyspalvelun tuottajan ja asiakkaan välisen asiakasmaksutapahtuman yhteydessä. Asiakas maksaa suorakorvausmenettelyn yhteydessä ainoastaan omavastuusuuden toteutuneesta tutkimus- tai hoitotoimenpiteestä. (Kela 2014d.)

Kansaneläkelaitoksen maksamat yksityiselle sektorille kohdistuvat sairaanhoitokorvaukset ovat selkeästi pienemmät kuin 60 prosenttia kustannuksista, mikä on ollut alkuperäinen lainsäädännöllinen tavoite Suomessa. Yksityistenlääkäripalveluiden tuottamien tutkimus- ja hoitokustannusten sairaanhoitokorvausten taso onkin koko 2000-luvun ollut laskeva ja nykyisin jo 30 prosentin tasolla eli jopa puolet alkuperäisestä tavoitteesta, kun hammaslääkäripalveluita ei oteta huomioon. Sairaanhoitokorvauksen alhainen prosenttiosuus johtuu siitä, että Kela-korvauksen suuruutta ei ole tarkistettu samassa suhteessa kuin terveystalveluiden hinnat ovat nousseet. Terveystalveluiden hintojen nousu johtuu osittain myös inflaatiosta. (Hartman 2011, 25.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittää naprapaetit terveydenhuollon ammattihenkilöiksi (559/1994). **Sairausvakuutuslaki** (1224/2004) määrittää sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöksi (*muu terveydenhuollon ammattihenkilö*) vain osan niistä terveydenhuollon laillistetuista ammattihenkilöistä, joiden toiminnasta säädetään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Sairausvakuutuslaissa (1224/2004) todetaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä seuraavaa:

”Tässä laissa tarkoitetaan: muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä sellaista sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kätilöä, fysioterapeuttia, laboratoriohoitajaa, erikoishammasteknikkoa, psykologia ja suuhygienistiä, jolle Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto on myöntänyt oikeuden harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä”

Jostain syystä, toimintaterapeutit, puheterapeutit, ravitsemusterapeutit, farmaseutit, röntgenhoitajat, optikot ja proviisorit, jotka ovat kaikki, Valviran verkkosivuilla määritelty laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden joukkoon ovat sairausvakuutuslaissa (1224/2004) poissuljettu käsitteestä ”*muu terveydenhuollon ammattihenkilö*”. Yhtään nimikesuojattua terveydenhuollon ammattihenkilöä ei ole määritelty sairausvakuutuslain (1224/2004) tarkoittamaksi terveydenhuollon muuksi ammattihenkilöksi. (Valvira 2014b; Sairausvakuutuslaki 1224/2004.) Sairausvakuutuslain luvussa II (Sairaanhoitokorvauksia koskevat yhteiset säännökset) - Sairaanhoitokorvaukset 1 § (1224/2004) todetaan mm. seuraavaa:

”Sairaanhoitona vakuutetulle korvataan sen mukaan kuin jäljempänä säädetään lääkärin ja hammaslääkärin suorittama ja määräämä tutkimus sekä antama ja määräämä hoito...”

Sairausvakuutuslain luvussa III (Hoito- ja tutkimuskorvaukset) - Lääkäriin ja hammaslääkäriin määräämä tutkimus ja hoito 3 § (1224/2004) todetaan seuraavaa:

”Lääkäriin ja hammaslääkäriin määräämä tutkimus- ja hoitotoimenpide korvataan, kun tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut tässä laissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö taikka kun toimenpide on tehty yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitettussa yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä.”

Yksityisen terveystalouden tuottajan asiakas on siis oikeutettu sairaanhoitokorvaukseen kun tutkimus- tai hoitotoimenpide on lääkärin määräämä. Hoito on tuotettu sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisen terveydenhuollon ammattihenkilön (ammatinharjoittaja tai työntekijä) toimesta tai yksityisessä terveydenhuollon toimipisteessä (luvanvarainen toiminta). (Sairausvakuutuslaki 1224/2004.)

6.2.4 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista

Kuntoutuspalvelut ovat Kansaneläkelaitoksen järjestämiä. Kansaneläkelaitos voi tuottaa palvelut itse tai hankkimalla ne yksityiselle tai kolmannelle sektorille kuuluvalta palveluntuottajalta (566/2005 - 53 §). Julkinen sektori voi tuottaa Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevia kuntoutuspalveluita, ainoastaan siinä tapauksessa, ettei järjestämisvastuun alaisia palveluita ole mahdollista tuottaa yksityisen tai kolmannen sektorin toimesta (566/2005 - 53 §). Kansaneläkelaitos korvaa kuntoutujalle tai kuntoutuspalvelun tuottajalle kuntoutuksesta aiheutuvat kohtuulliset kustannukset (566/2005 - 14 §).

Lain Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista

(566/2005) mukaisia kuntoutuksia ovat: vajaakuntoisen ammatillinen kuntoutus, vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus, kuntoutuspsykoterapia sekä harkinnanvarainen ammatillinen tai lääkinnällinen kuntoutus (566/2005). Edellä mainittuihin kuntoutuksiin osallistuvalla kuntoutujalla on oikeus kuntoutusrahaan sekä kriteerien täytyessä harkinnanvaraiseen ylläpitokorvaukseen sekä kuntoutusavustukseen (566/2005). Kuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jolle järjestetään lain Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) mukaisia kuntoutuspalveluita tai maksetaan kuntoutusrahaa (566/2005).

Ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu kuntoutujan työ- ja ansiokyvyn tukemiseen tai parantamiseen. Ammatillinen kuntoutus voi olla myös kuntoutujan työkyvyn parantamiseen tähtäävää. Ammatillinen kuntoutus on usein tarpeen kun sairaus, vika tai vamma aiheuttaa mahdollisen työ- tai opiskelukyvyn heikkenemisen. Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta järjestävät lähinnä työeläkelaitokset ja se on tarkoitettu yli viisi vuotta työelämässä olleille. Ammatillinen kuntoutus on työikäisille suunnattua kuntoutusta, jota toteutetaan erilaisten kurssien (ASLAK – sekä Tyk-toiminta) muodossa. (Kela 2014b; Kela 2013c.)

Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus on vaikeavammaisille suunnattua kuntoutusta, jolla tavoitellaan kuntoutujan mahdollisimman itsenäistä selviytymistä. Harkinnanvarainen kuntoutus on ammatillista ja vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta täydentävää kuntoutusta, joka tähtää kuntoutujan työ-, opiskelu- ja toimintakyvyn parantamiseen. Eduskunta päättää harkinnanvaraiseen kuntoutukseen suunnattavasta rahamäärästä vuosittain. Harkinnanvarainen kuntoutus on käytännössä: ASLAK-kursseja, kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja, kuntoutustarveselvityksiä, neuropsykologista kuntoutusta sekä yksilöllisiä kuntoutusjaksoja. Kuntoutuspsykoterapia on opiskelu- tai työkyvyn parantamiseen tähtäävää mielenterveyshäiriöistä kärsiville suunnattua kuntoutusta. (Kela 2013c; Kela 2012a.)

6.3 Naprapaatin taloudellinen toimintaympäristö

Sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ovat kuntien ylivoimaisesti suurin yksittäinen menoerä (Lukkarinen 2007, 5). Kunnilla onkin tärkeä asema julkisten terveystaloudellisten palveluiden rahoittajana (Kainlauri 2007, 49). Tällä vuosituhannella valtion julkisten terveystaloudellisten palveluiden rahoitusosuus on kuitenkin kasvanut ja kunnan rahoitusosuus laskenut (Hartman 2011, 49). Kunnilla on toistaiseksi vastuu terveystaloudellisten palveluiden järjestämisestä. Kuntien järjestämisvastuu näkyy osittain myös yksityisten terveystaloudellisten palveluiden tuottajien toiminnassa, sillä kunnat tai kuntayhtymät voivat ostaa osan tarvitsemistaan terveystaloudellisten palveluista yksityiseltä sektorilta (Hartman 2011, 24). Vuonna 1999 kuntien ostopalvelut muodostivat n. 5–10 prosenttia terveystalouden yritysten liikevaihdosta, kun sosiaalipalveluita yksityisesti tuottavien yritysten liikevaihdosta oli vuonna 2000 jopa 80 prosenttia kunnan ostopalveluita (Duffa 2003, 24). Yksityisten terveystaloudellisten palveluiden tuottajien kannalta on olennaista myös se, että esimerkiksi kuntien vuonna 1999 ostamat yksityiset terveystaloudelliset palvelut (5–10 prosenttia kuntien järjestämisvastuulla olevista

palveluista) kohdistuivat pääosin kolmannen sektorin tuottamiin terveystalvveluurytyk-
siin (Duffa 2003, 48).

Pääosa yksityisten terveystalvveluiden rahoituksesta tulee kuluttajilta saatavista asia-
kasmaksuista. Lisäksi tiettyntyyppiset terveystalvvelut (esimerkiksi fysikaaliset hoito-
laitokset, ammatinharjoittajina toimivat fysioterapeutit sekä lääkäriasemat) voivat saa-
da osan rahoituksesta lakisääteisestä sairausvakuutuksesta sekä erilaisista vapaaeh-
toisista vakuutusmaksuista. (Hartman 2011, 29.) Kansaneläkelaitoksen kautta tietyille
yksityisten terveystalvveluiden tuottajille (tuottajien asiakkaille) ohjautuvat sairaanhoi-
tokorvaukset ohjaavat terveystalvveluiden kysyntää (Hartman 2011, 25). Sairausvakuu-
tuskorvaukset ovat jääneet kuitenkin pahasti jälkeen yksityisten palveluntuottajien
asiakasmaksuista, eikä alkuperäisestä lakimääräisestä 60 prosentin korvaustasosta ole
voitu puhua enää vuosiin (Duffa 2003, 24; Hartman 2011, 25). Julkisen- ja yksityisen
sektorin rahoituksesta on kerrottu tarkemmin opinnäytetyön kappaleessa viisi (0).

6.3.1 Terveystalvveluiden rahoitus

Yksityiset terveystalvvelut rahoitetaan pääasiassa asiakasmaksuilla, ts. kuluttajien-
kä yritysasiakkaiden maksamilla vastaanottokäyntimaksuilla. Asiakasmaksujen lisäksi
yksityisiä terveystalvveluita rahoitetaan erilaisilla vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla.
Tällaisia vapaaehtoisia vakuutuksia ovat esimerkiksi kuluttaja-asiakkaiden ottamat
sairaskulu- ja tapaturmavakuutukset. Myös sairaanhoitokorvaus (ns. kelakorvaus) on
yksityisten terveystalvveluiden rahoituksen lähde, joskaan se ei koske kaikkia yksityi-
siä terveystalvveluita. (Hartman 2011, 29.) *Terveystalvveluiden ja hyvinvoinnin laitoksen* vuon-
na 2011 julkaisemassa raportissa *Sosiaali- ja terveystalvveluiden monikanavaisen rahoit-
uksen edut, haitat ja kehittämistarpeet* on määritelty suurimpana yksityisen terveystalv-
denhuollon rahoittajana kotitaloudet 49 prosenttia rahoituksesta ja 35 prosenttia sairaus-
vakuutus (Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen,
Widström & Vuorenkoski 2011, 18).

Julkisen terveystalvveluiden rahoitus on järjestetty ns. monikanavaisena (*sosiaali- ja
terveystalvveluiden monikanavainen rahoitusjärjestelmä*) (Kela 2014e). Monikanavai-
nen rahoitus tarkoittaa, että julkisia terveystalvveluita rahoitetaan useista sekä yksityi-
sistä että julkisista lähteistä (Pekurinen ym. 2011, 3). Kaksinkertainen julkinen rahoit-
us on kansainvälisesti ainutlaatuinen ilmiö, johon on ulkomaisten arvioitsijoidenkin
taholta kiinnitetty toistuvasti huomiota (Pekurinen ym. 2011, 18). Kaksinkertainen

julkinen rahoitus tarkoittaa sekä valtiolta että kunnalta tulevaa rahoitusta, jonka lisäksi Suomessa on käytössä julkisesti rahoitettu sairausvakuutusjärjestelmä (Pekkurinen ym. 2011, 19). Tärkeimpiä nykyisen järjestelmän rahoittajia ovat valtio, kunnat, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt sekä kotitaloudet (Pekkurinen ym. 2011, 5).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2011 julkaisemassa raportissa *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet* käsitellään suomalaista julkista sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää sekä monikanavaisen rahoitusjärjestelmään liittyviä vahvuuksia, heikkouksia sekä kehittämistarpeita (Pekkurinen ym. 2011). Raportissa esitetään nykyisen rahoitusjärjestelmän olevan ennemminkin seurausta menneinä vuosikymmeninä toisistaan erillisinä toteutetuista hankeuudistuksista kuin itse tarkoitus. Raportissa esitetäänkin suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän kaipaavan perusteellista uudelleen arviointia sekä hallittua muokkaamista. (Pekkurinen ym. 2011, 3.) Myös Kansaneläkelaitoksen verkkosivujen mukaan moni pitää vallitsevaa monikanavaista rahoitusjärjestelmää yhtenä suomalaisen terveydenhuollon suurimmista ongelmista (Kela 2014e).

6.3.2 Kansaneläkelaitoksen työnantajille korvaamat työterveyshuollon kustannukset

Kansaneläkelaitos korvaa osan työnantajan järjestämistä sekä lakisääteisistä, että vapaaehtoisista työntekijälle järjestettävistä työterveyspalveluista (Kela 2013g). Kansaneläkelaitos jakaa työterveyshuollon ehkäisevään työterveyshuoltoon ja yleislääkäritasoiseen sairaanhoitoon (Kela 2013e). Ehkäiseviä työterveyspalveluita ovat terveystarkastukset sekä työpaikkaselvitykset (Kela 2012c). Kansaneläkelaitos korvaa työnantajalle aiheutuvia työterveyshuollon järjestämisestä johtuvia kustannuksia edellyttäen, että kustannukset ovat kohtuullisia ja tarpeellisia. Korvaukset maksetaan sairausvakuutuslain (1224/2004) määrittämin edellytyksin ja edellyttävät työntajalta työterveyshuoltosopimusta sekä voimassa olevaa toimintasuunnitelmaa. Työntekijälle ei aiheudu kustannuksia työterveyspalveluista. (Kela 2013e.)

Työnantajalle maksettavat työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuvat korvaukset määritellään vuosittain ja ne ovat enimmillään 60 prosenttia ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kustannusten laskennallisesta enimmäismäärästä (KelaI – korvausluokka), silloin kun työnantaja ja työterveyshuolto ovat sopineet yhdessä työkyvyn hallinnasta ja seurannasta sekä varhaisesta tuesta. Ilman edellä mainittua sopimusta korvaus

on maksimissaan 50 prosenttia hyväksytyistä, kohtuullisista ja tarpeellisista kustannuksista (Kela-I -korvausluokka). Sairaanhoidon yleislääkäritasoisista sekä muun terveydenhuollon kustannuksista (KelaII – korvausluokka) työnantaja saa takaisin 50 prosenttia kustannusten laskennallisesta enimmäismäärästä. (Kela 2013a.)

Työnantaja hakee työterveyshuollon korvaukset takautuvasti tilikauden päättymisen jälkeen kansaneläkelaitokselta. Laskennallinen työterveyshuollon palveluiden enimmäismäärä on työntekijäkohtainen, silloin kun työnantajan palveluksessa on vähintään kymmenen työntekijää. Kun työnantajan palveluksessa työskentelee enintään yhdeksän työntekijää, on enimmäismäärä työnantajakohtainen. Työntekijäkohtainen enimmäismäärä oli vuonna 2013 163,20 € (Kela-I -korvausluokka) ja 244,90 € (Kela-II -korvausluokka). Työnantajakohtainen enimmäismäärä oli vuonna 2013 1632 € (Kela-I -korvausluokka) ja 2449 € (Kela-II -korvausluokka). (Kela 2013d.)

6.3.3 Kansaneläkelaitoksen kuntoutujalle maksamat korvaukset

Kuntoutusraha on kuntoutukseen osallistuvan henkilön toimeentuloa tukeva Kansaneläkelaitoksen myöntämä avustus, jonka avulla tavoitellaan kuntoutettavan työelämään palaamista, työelämässä pysymistä tai pääsyä työelämään. Avustusta maksetaan, kun henkilö ei pysty tekemään työtä ja hän osallistuu kuntoutukseen, josta säädetään laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005). Kuntoutusrahaa voi saada 16–67-vuotias suomalaiseen sairausvakuutusjärjestelmään kuuluva henkilö. Kuntoutusrahan saamisen edellytyksenä on Kansaneläkelaitoksen (Kela) tai työterveyshuollon kuntoutuspäätös. (Kela 2013b.)

Muita Kansaneläkelaitoksen maksamia kuntoutukseen liittyviä etuuksia ovat ns. *ylläpitokorvaus* sekä *harkinnanvarainen kuntoutusavustus* (Kela 2013b). Ylläpitokorvaus liittyy lähinnä avomuotoiseen kuntoutukseen ja siinä on kysymys kuntoutukseen osallistuvalla kuntoutuksesta aiheutuvien ylimääräisten kustannusten harkinnanvaraisesta korvaamisesta (Kela 2013f). Kuntoutusavustus on harkinnanvarainen avustus, jonka avulla pyritään tukemaan kuntoutujan kuntoutuksen jälkeistä työllistymistä (Kela 2012b).

16–19-vuotiaille tehostettua kuntoutusta tarvitseville voidaan myöntää *nuoren kuntoutusrahaa* (Kela 2013b). Kyseessä on avustus, jota maksetaan nuorelle, jonka työkyky tai ammatin valinnan mahdollisuudet ovat alentuneet sairauden tai vamman vuoksi

(Kela 2014c). Nuoren kuntoutusavustusta voidaan maksaa myös siinä tapauksessa että nuori tarvitsee erityisiä tukitoimia joko opiskelussa tai kuntoutuksessa (Kela 2012b). Nuoren kohdalla ei tarvita kuntoutuspäätöstä (Kela 2013b). Nuoren kuntoutusrahan edellytyksenä on kotikunnassa laadittu henkilökohtainen opiskelu- ja kuntoutussuunnitelma, joka on laadittu yhdessä huoltajan sekä muiden asiantuntijoiden kanssa (Kela 2014c).

Työterveyshuolto voi ohjata henkilön, jonka työkyvyn on havaittu alentuneen niin sanotulle kuntoremonttikurssille. Kuntoremonttikurssille osallistuvalla on mahdollisuus kuntoutusrahan kurssin ajalta. Kyseessä on tällöin työelämässä pysymiseen tähtäävä kuntoutus. (Kela 2013b.)

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) määrittää lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut seuraavasti:

”Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa”

Lääkinnällistä kuntoutusta on mm. kuntoutuspalveluja koskeva ohjaus sekä neuvonta, kuntoutustarvetta sekä kuntoutusmahdollisuuksia selvittävä tutkimus, johon sisältyy mm. työ- ja toimintakyvyn arviointeja, apuvälinepalvelut ja apuvälinetarpeiden määrittely, kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa, kuntoutusohjaus ja muut edellä mainituihin rinnastettavat palvelut. (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.)

Terveystieteiden ammattihenkilöiden tuottamista palveluista mainitaan asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991 - 3 §) seuraavaa:

”Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja ovat: fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet”

Edellä olevaan perustuen naprapaatti voisi hyvin koulutuksensa perusteella tuottaa lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita. Kansaneläkelaitoksen järjestämällä kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseilla naprapaatti voisi tuottaa ammatilliseen sekä harjoittamiseen kuuluvia osakokonaisuuksia. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja järjestetään mm. eri sairausryhmille (Kela 2013c). Naprapaatin

tuottamissa palveluissa olisi kyse nimenomaan tuki- ja liikuntaelin vaivoista kärsiville sairausryhmille järjestettävistä kursseista tai kurssien osa-alueista.

6.3.4 Naprapaatti ja sairaanhoitokorvaus

Ammatinharjoittajana tai työntekijänä toimiva naprapaatti voi toimia fysioterapeutin tehtävissä, sijaisena toimimisen edellytysten täytyessä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Asiakas voi tulla naprapaatin vastaanotolle yksityisen terveydenhuollon toimipisteeseen (TOL 86901 tai TOL 86220) lääkärin fysioterapia läheteellä (*Tutkimus- ja hoitomääräys fysioterapiaan, SV 3 FM*). Kansaneläkelaitos vastaa sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti, sairausvakuutusjärjestelmän toimeenpanon, seurannan sekä valvonnan, sairausvakuutuslain (1224/2004) sekä siihen liittyvien asetusten mukaista noudattamista sekä toteutumista (1224/2004). Kansaneläkelaitoksen ohjeistusta fysioterapian korvaamisesta (2014, 9) voidaan pitää Kansaneläkelaitoksen tulkintana sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisen sairaanhoitokorvauksen myöntämisen edellytyksistä (Kela 2014a, 9). Kansaneläkelaitoksen ohjeistuksessa fysioterapian korvaamisesta sanotaan seuraavaa:

*”Sairausvakuutuskorvauksen hakemista varten **fysioterapeutti** merkitsee lomakkeelle *Selvitys annetusta fysioterapiasta, SV 3FS*, käyntipäivän, toimenpiteen koodin ja perityn maksun. Jos **fysioterapeutti** toimii ammatinharjoittajana, **hän allekirjoittaa henkilökohtaisesti** antamansa selvityksen. Jos fysioterapian on antanut lupaviranomaisen luvan saaneessa laitoksessa **työsuhteessa** toimiva henkilö, selvityksen voi allekirjoittaa muukin laitoksen edustaja.”*

Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuslain tulkinta antaa ymmärtää, ettei ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti voi tuottaa asiakkaan sairausvakuutuskorvaukseen oikeuttavia terveystalvituia. Työntekijänä toimiva naprapaatti ei voi myöskään allekirjoittaa Kansaneläkelaitokselle lähetettävää selvitystä annetusta fysioterapiasta. Kansaneläkelaitoksen ohjeistuksen mukaan työsuhteessa toimivan henkilön antamasta fysioterapiasta annettavan selvityksen (*Selvitys annetusta fysioterapiasta, SV 3FS*) voi kuitenkin allekirjoittaa myös muu laitoksen edustaja. Tämä antaa ymmärtää että työsuhteessa fyysikaalisessa hoitolaitoksessa tai yksityisellä lääkäriasemalla toimiva naprapaatti voi tuottaa sairausvakuutuskorvaukseen oikeuttavia terveystalvituia. (Kela 2014a, 9.)

Sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisessa suoraan asiakasmaksuun kohdistuvassa sairaanhoitokorvauksessa on fysioterapeutin tehtävissä toimivan naprapaatin kannalta kyse lääkärin määräämästä fysioterapiasta (*Tutkimus- ja hoitomääräys fysioterapiaan, SV 3 FM*). Kansaneläkelaitos korvaa asiakkaalle naprapaatin tuottamasta fysioterapiapalvelusta tutkimus- tai hoitoajasta sekä toimenpiteestä riippuen 1–14 euroa (Kela 2014f).

6.3.5 Yksityinen yritysrahoitus

Pk-yritysbarometrien mukaan lähes 80 prosenttia niistä pk-yrityksistä, jotka hakevat ulkopuolista rahoitusta merkitsevät pankin ensisijaiseksi rahoittajaksi. Pankista haettavalle lainalle vaaditaan käytännössä aina hyväksyttävä vakuus (käytännössä reaali-vakuus). Jos rahoituksen tarve on suuri, saattaa vakuuden hankkiminen osoittautua vaikeaksi ja sitä kautta laina voi jäädä saamatta. (Palmgren 2014, 5.)

Rahoitusyhtiöiden tarjoamat tuotteet mahdollistavat yrityksen investointien rahoittamisen. Rahoitusosuus on tyypillisesti noin 70 prosenttia kauppahinnasta. Loput 30 prosenttia on käsirahaa. Kohdevakuudellisesta rahoituksesta on kyse silloin, kun yritys hankkii esimerkiksi yksittäisen koneen tai laitteen rahoitusyhtiön rahoittamana. Tällöin hankittu kone- tai laite toimii rahoituksen vakuutena. Kohdevakuudellinen rahoitusratkaisu voi olla leasing- tai osamaksutyypinen järjestely. Leasing-ratkaisussa on kysymys määräaikaisesta vuokraamisesta. Rahoitusyhtiö omistaa vuokraamansa koneen tai laitteen ja leasing-sopimuksessa määritellään kenelle vuokrattu kone tai laite kuuluu määräajan jälkeen (kone tai laite voi siirtyä kolmannelle osapuolelle, rahoittajalle tai palautua myyjälle). Osamaksulla maksettava kone tai laite on kirjanpidollisesti ostajan omaisuutta, mutta varsinainen omistusoikeus säilyy myyjällä, kunnes viimeinen maksuerä on suoritettu. Maksun laiminlyönti oikeuttaa omistajan hakemaan osamaksulla maksetun koneen tai laitteen pois (omistuksenpidätysoikeus). Käsiraha (tyypillisesti n. 30 prosenttia kauppahinnasta) maksetaan osamaksukaupassa myyjälle ja leasing ratkaisuissa rahoittajalle. (Palmgren 2014, 6.)

Rahoitustuotteet ovat usein yrityksen taloudellisesta tilanteesta toki riippuen hyviä vaihtoehtoja, sillä ne sitovat vain vähän käyttöpääomaa. Rahoitustuotteet mahdollistavat myös yrityksen vakuusomaisuuden optimaalisen käytön, sillä leasing- tai osamaksurahoituksella hankittu kone tai laite toimii vakuutena rahoitusyhtiölle eikä muita vakuuksia tarvita. Näin yrityksen vakuusomaisuus voidaan vakuuttaa tarvittaessa

muualla. Rahoitusratkaisut myös parantavat yrityksen taserakennetta, kun vieraspääoma pysyy pienenä. (Palmgren 2014, 6.)

Saatavavakuudellinen rahoitus tarkoittaa yrityksen laskujen siirtämistä tai myymistä ulkopuoliselle rahoittajalle. Rahoittajana toimiva pankki tai rahoitusyhtiö maksaa yrityksen siirtämien tai myymien laskujen määrästä sopimuksen mukaisen korvauksen (tyypillisesti n. 80 prosenttia) yritykselle ja laskuttaa sitten laskussa osoitettua asiakasta. Kysymyksessä on käytännössä laskujen perintätoimien ulkoistus, jossa rahoitusyhtiö ottaa osan perittävistä maksuista. (Palmgren 2014, 6.)

Pääomasijoitus (Venture Capital) eli ns. oman pääomanehtoinen rahoitus tarkoittaa ulkopuolisen pääomasijoittajan rahallista vakuudetonta sijoitusta yritykseen. Vastineeksi sijoituksesta pääomasijoittaja saa sovitun omistusosuuden yrityksestä. Kyse on pääomasijoittajan kannalta riskisijoituksesta, joka tuottaa rahaa, mikäli yritys menestyy. Pääomasijoitus rahoituksen muotona sopii voimakasta kasvua tavoitteleville yrityksille, joilla on hyvät kasvumahdollisuudet, yrityksen toimintaan vahvasti sitoutunut omistaja sekä kilpailukykyisiä tuotteita tai palveluita. Käytännössä yrityksen omistajat menettävät prosenttiosuuksia yrityksen omistuksesta, mutta sijoitettavalla pääomalla on tarkoitus kasvattaa yrityksen arvoa, jolloin kaikki yrityksen omistajat sekä uudet että vanhat hyötyvät sijoituksesta myös rahallisesti. (Palmgren 2014, 7.)

6.3.6 Julkinen yritysrahoitusrahoitus

Julkisen yritysrahoituksen tehtävänä on ottaa kannettavakseen sellaisia rahoitusriskejä, joita yksityinen rahoitussektori ei pysty ottamaan kannettavakseen. Finnvera on ns. pankkirahoituksen täydentävä toimija, jonka rahoituksen painopisteitä ovat yrityksen kasvun sekä kansainvälistymisen nopeuttaminen sekä aloittavien yritysten rahoitusmahdollisuuksien parantaminen. Rahoituksen ollessa yli 35 000 € (pienluotto) Finnvera vaatii käytännössä, että yrityksellä on Finnveran lisäksi myös muita rahoittajia. Finnvera tukee voimakkaasti vientiin ja kansainvälistymiseen kohdistuvaa rahoitusta, mutta myös yrityksen kasvun ja kehittämisen rahoitusta. (Palmgren 2014, 5–8.)

Yrittäjälaina on Finnveran tarjoama osakeyhtiön osakkaalle myönnettävää henkilökohtainen laina, joka on tarkoitettu sijoitettavaksi osakeyhtiön osakepääomaan tai sijoitetun vapaan oman pääoman rahastoon. Muun yhtiömuodon ollessa kyseessä (avoin yhtiö tai kommandiittiyhtiö) yrittäjälaina tarkoittaa yhtiöpanokseen sijoitettavaa pää-

omaa. Yrittäjälainan ei tarvitse kohdistua uuteen perustettavaan yritykseen vaan sillä voidaan rahoittaa jo olemassa olevaa yritystoimintaa (osakkeiden ja yhtiöosuuksien osto). Edellytyksenä yrittäjälainan saamiselle on, että lainaava osakas osallistuu päätoimisesti yrityksen operatiiviseen toimintaan ja omistaa lainan myötä vähintään 20 prosenttia osakepääomasta sekä äänivallasta. (Palmgren 2014, 10.)

Tekes on innovatiivisten ja kasvuhakuisten ”nuorten yritysten” riskirahoittaja. Rahoitus toteutuu sekä lainoin että myönnettävin avustuksin. Rahoitus kohdistuu tutkimus-, kehitys- ja innovaatioprojekteihin, joita voivat olla esimerkiksi uudet tuotteet tai menetelmät, palvelut tai liiketoimintakonseptit, yrityksen toimintatapojen sekä johtamisen kehitys, pilottiprojektit sekä testiympäristöt. Pk-yrityksen kansainvälistyminen ja sitä kautta saavutettava kasvuhakuisuus tukee rahoituksen saamista. (Palmgren 2014, 12)

Innovaatiot sosiaali- ja terveystaloudessa -ohjelma on sosiaali- ja terveystaloudessa toimialoilla tapahtuviin uusiin liiketoimintamahdollisuuksiin tähtäävä Tekes-hanke. Hankkeen tavoitteena on, vaikuttavat ja asiakaslähtöiset sosiaali- ja terveystaloudessa, ennaltaehkäisevä toiminta sekä julkisen ja yksityisen sektorin monipuoliseen yhteistyöhön tähtäävät toimenpiteet. Sekä yksityisen, julkisen että kolmannen sektorin toimijat voivat hakea rahoitusta toimintaansa ko. ohjelman kautta. (Tekes.)

ELY-keskukset ovat alueellisesti toimivia pk-yritysten perustamista, kasvua ja kehittymistä tukevia julkisia toimijoita. ELY-keskukset tarjoavat yrityksille neuvonta-, koulutus-, rahoitus sekä kehittämisspalveluita. Yritysten rahoitus perustuu erilaisiin kehittämisasiin joita myönnetään yritysten pitkän aikavälin kilpailukykyä parantaviin hankkeisiin. Rahoitusta myönnetään sekä aloittaville, että toimintaansa laajentaville pk-yrityksille. Kehittämissavustus on harkinnanvaraisesti myönnettävää rahaa ja perustuu yritys- ja hankearviointiin. Hanke joka tähtää pitkän aikavälin kasvuun, teknologian kehitykseen, kansainvälistymiseen, tuottavuuden parantamiseen tai liiketoimintaosaamisen kehittämiseen omaa Hyvät mahdollisuudet saada kehittämissavustusta ELY-keskukselta. (Palmgren 2014, 17.)

6.3.7 Fysioterapeuttisen toiminnan kannattavuus

Toimialaraportissa (Hartman 2011, 34) viitataan Kansaneläkelaitoksen tilastoihin, joiden mukaan vuonna 2009 maksettiin 17,3 miljoonaa euroa fysioterapeuttiseen toimintaan.

taan kohdistuvia sairausvakuutuskorvauksia, joiden perusteena oli 2,1 miljoonaa asiakaskäyntiä. Fysioterapiapalveluita tuottavia yksityisiä terveystalvveluuryrityksiä oli vuonna 2009 yhteensä 2538 kpl. Nämä yritykset työllistivät samana vuonna 3771 henkilöä. (Hartman 2011, 34.)

Terveystalvveluuryrityksiä oli vuonna 2009 yhteensä 14 100 kpl. Terveystalvveluuryrityksissä työskenteli vuonna 2009 yhteensä 26 300 henkilöä. (Hartman 2011, 12.) Fysioterapiapalvelut muodostavat siis noin 18 prosenttia yksityisen terveydenhuollon yrityksistä. Fysioterapiapalveluita tuottavien yksityisten yritysten henkilöstömäärä muodosti vuonna 2009 14,3 prosenttia yksityisen terveystalvveluiden tuottajien henkilöstöstä. (Hartman 2011, 10.)

Edellisistä luvuista on havaittavissa fysioterapiayritysten pienuus henkilöstömäärällä mitattuna. Fysioterapiapalveluita tuottava yksityisen sektorin toimija työllistikin vuonna 2009 keskimäärin vain 1,49 työntekijää. Yksityiset terveystalvvelut ovatkin kaiken kaikkiaan hyvin mikroyritysvaltaisia (alle 10 henkeä työllistävää yritystä kutsutaan mikroyritykseksi). Toimialaraportin (Hartman 2011, 12) mukaan 98 prosenttia kaikista yksityisiä terveystalvveluja tuottavista yrityksistä oli mikroyrityksiä vuonna 2009. (Hartman 2011, 12.)

Kun vuonna 2009 fysioterapiasta maksetut sairaanhoitokorvaukset kohdistetaan fysioterapia yrityksille, havaitaan sairaanhoitokorvauksen muodostavan keskimäärin 6 816 euroa fysioterapiapalveluita tuottavan yrityksen liikevaihdosta. Yhden sairausvakuutuksesta korvattavan fysioterapiakäynnin sairausvakuutuksen osuus oli vuonna 2009 keskimäärin 8,24 euroa. Fysioterapiapalveluita tuottavien yritysten yhteenlaskettu liikevaihto oli vuonna 2009 noin 231 miljoonaa euroa. (Hartman 2011, 10.) Sairanhoitokorvaukset muodostivat siis vuonna 2009 noin 9 prosenttia fysioterapiayritysten kokonaisliikevaihdosta.

Fysioterapiayritykset muodostivat vuonna 2009 noin 18 prosenttia yksityisen terveydenhuollon yritysten lukumäärästä, mutta vain 9 prosenttia yhteenlasketusta liikevaihdosta. Fysioterapiapalvelut ovatkin pääasiassa hoitotyötä, joka tarkoittaa että asiakaille myydään pääasiassa henkilötyötunteja. (Hartman 2011, 10, 34.)

Lukuja tarkastelemalla voidaan laskea fysioterapeuttisia palveluita tuottavan yrityksen keskimääräinen liikevaihto, joka on vuonna 2009 ollut laskelmien mukaan noin 91

000 euroa. Liikevaihdon osuus työntekijää kohti oli fysioterapiapalveluissa vuonna 2009 n. 61 000 euroa. Vuonna 2011 julkaistun toimialaraportin mukaan fysioterapiapalveluita tuottavien yritysten kannattavuus onkin ollut keskimääräistä heikompaa, kun taas yksityisten lääkäripalveluiden kannattavuus on ollut muihin yksityisten terveyspalveluiden tuottajiin nähden erinomaista (Hartman 2011, 39). Kun fysioterapeuttiyrittäjälle vuonna 2009 kohdistunut keskimääräinen liikevaihto muutetaan työntekijän palkaksi käyttämällä rahatiedon palkkalaskuria (Rahatieto), saadaan fysioterapiapalveluita tuottavan toimijan keskimääräiseksi bruttokuukausipalkaksi n. 2530 euroa.

6.4 Naprapaatin sosiaalinen toimintaympäristö

Väestön ikääntyminen on merkittävä sosiaalinen tekijä, joka kasvattaa tulevaisuudessa markkinoilla vallitsevaa terveyspalveluiden tarvetta (Hartman 2011, 43–44). Hartman (2011, 24, 43) toteaa aiheesta mm. seuraavaa:

”Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen keskeisimmin vaikuttava tekijä on väestön ikääntyminen.”

”Eläkeikäisten eli 65 vuotta täyttäneiden ja tätä vanhempien määrä lähes kaksinkertaistuu nykyisestä yli 900 000:sta 1,8 miljoonaan vuoteen 2060 mennessä”

”Eliniän odotteen kasvu ja erityisesti 80–85 vuotta täyttäneiden ihmisten osuuden kasvu lisäävät terveydenhuollon palvelutarpeita.”

Väestön maksukyky on oleellinen markkinavoima yksityisen terveydenhuollon palveluita tarjoavalle. Yksityisten terveyspalveluiden suurin rahoitusosuus tulee kuluttajien suorittamista asiakasmaksuista (Hartman 2011, 29). Yksityisten terveyspalveluiden hankkiminen on kuluttajalle julkisen sektorin tarjoamaa vaihtoehtoa kalliimpaa. Julkisen sektorin palvelusta maksettava korvaus onkin usein aiheutuneisiin todellisiin kustannuksiin nähden alhainen, lähinnä muodollinen asiakasmaksuna suoritettava korvaus. (Hartman 2011, 30.)

Kansalaisten maksukyky on ennustettu paranevan tulevaisuudessa. Maksukyky oletetaan kehittyvän korkean koulutusasteen myötä. Vuonna 2005 vain 15 prosenttia väestöstä oli vailla peruskoulun jälkeistä tutkintoa (Tilastokeskus 2007a). Terveyspalvelut toimialaraportti (Hartman 2011, 43) toteaa kansalaisten maksukykyvyyttä seuraavaa:

”Kansalaisten tulo- ja koulutustason nousu muuttavat kysynnän rakennetta. Kansalaiset odottavat saavansa nykyistä yksilöllisempiä, laadukkaampia palveluja ja ovat entistä valmiimpia maksamaan niistä.”

Kulutustottumusten muutokset ovat väestöön liittyviä sosiaaliseen toimintaympäristöön kuuluvia tekijöitä, joilla on vaikutusta mm. naprapaattien asiakaskuntaan sekä potentiaalisen asiakaskunnan rakenteeseen. Suomalaisten kulutustottumukset ovatkin muuttuneet hurjasti viimeisen sadan vuoden aikana. Suomalaiset kuluttavat tavaroita ja palveluita yli kymmenen kertaa enemmän kuin viime vuosisadan alussa. Yhden ja kahden hengen taloudet ovat Suomessa lisääntymässä. (Tilastokeskus 2007b.) Tämä yhdistettynä väestön ikääntymiseen povaa kuluttajatutkimuksen mukaan tarvetta aivan uudenlaisille sekä julkisille että yksityisille terveyspalveluille (Tilastokeskus 2008). Virkistyksen ja vapaa-ajan, liikenteen ja tietoliikenteen sekä muiden menojen osuus kulutuksesta on viimeisen vuosisadan aikana kasvattanut osuuttaan runsaasti, samalla kun elintarvikkeisiin, vaatekukseen ja muihin välttämättömyyshyödykkeisiin käytettävä osuus Suomalaisten kokonaiskulutuksesta on laskenut (Tilastokeskus 2007b). Kotitalouksien menoja tarkasteltaessa on havaittavissa, että prosentuaalinen terveyteen kulutettavan rahan määrä on noin 30 vuoden aikana kasvanut yli kaksinkertaiseksi. Terveyteen käytettävän rahan osuus onkin vuonna 2013 ollut samaa luokkaa vaatteisiin ja jalkineisiin sekä alkoholijuomiin ja tupakkaan käytetyn osuuden kanssa. Merkittävin kuluttajatottumuksissa tapahtunut muutos 1980 luvulta vuoteen 2013 on tapahtunut elintarvikkeisiin kulutetun osuuden laskussa (-8,7 %) ja vastaavasti asumis- ja energiakulujen nousussa (+8,5 %). (Tilastokeskus 2007c.)

6.5 Naprapaatin teknologinen toimintaympäristö

Aalto-yliopistossa on vuonna 2013 käynnistetty Health Factory -hanke, jonka tavoitteena on etsiä ratkaisuja konkreettisiin terveys- ja hyvinvointialan ongelmiin. Yliopiston sähkötekniikan korkeakoulun yhtenä tutkimustoiminnan pääalueena onkin terveys- ja hyvinvointiteknologia. Aalto-yliopiston internetsivuilla todetaan terveys- ja hyvinvointiteknologiasta seuraavaa (Aalto-yliopisto-1):

”Terveys- ja hyvinvointiteknologia on yhteiskunnallisesti tärkeä ala, jolla on tarvetta lukuisille innovaatioille.”

Aalto-yliopistossa tutkitaankin mm. bioyhteensopivia mikrojärjestelmiä sekä niiden vuorovaikutusta hermosolujen kanssa. Tavoitteena on löytää mm. neurologisten saira-

uksien taustalla vallitsevia tekijöitä. Aalto-yliopisto tekee yhteistyötä ns. kliinisten yhteistyökumppanien, kuten Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kanssa. (Aalto-yliopisto-1; Aalto-yliopisto-2.)

”Terveyden ja hyvinvoinnin alueen osaamiselle on maailmanlaajuinen, yhteiskunnallinen tilaus.”

Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) julkaisussa: *Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa* (2010, 3) todetaan teknologian käytön olevan laajenemassa sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Julkaisun mukaan teknologian kysyntään vaikuttaa sekä teknologian kehitys että väestön ikääntymisestä aiheutuva hoiva- ja terveyspalveluiden kasvu. Myös hoitohenkilökunnan vähäiset resurssit sekä työvoimapula on omiaan kasvattamaan teknologian merkitystä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. (ETENE 2010, 3.)

ETENE-julkaisun (2010,7) mukaan teknologiaa käytetään terveys- ja sosiaalipalveluissa laajasti. Koko listaa tässä luettelematta löytyy julkaisun listalta naprapaattienkin soveltamia hoitoalueita, kuten: kivun lievitys (mm. sähköhoidot, uä-hoidot, jne.), toimintakyvyn arviointi (mittarit ja mittalaitteet), tutkimuksen ja hoidon organisointi sekä dokumentointi (mm. sähköiset tietojärjestelmät), diagnosoinnin apuvälineet (esimerkiksi kuvantamistutkimukset ja kuvantamistutkimusten katseluohjelmat), ergonomiset apuvälineet ja ohjaus, jne. (ETENE 2010, 7)

Teknologian kehitys, yhdessä lääkkeiden kehityksen kanssa mahdollistaa uusien entistä vaikeampien sairauksien diagnostisoinnin ja hoidon, kasvattaen väestön eliniän odotusta (Hartman 2011, 24). Toisaalta väestön ikääntyminen ja teknologiaan käytettävät kehitys ja hankintakustannukset lisäävät terveydenhuollon kustannuksia. Terveyspalvelut toimialaraportissa (Hartman 2011, 24) ennustetaan seuraavaa:

”Lääketieteellisen osaamisen ja hoitoteknologian kehittyminen yhdessä lääkkeiden kehityksen kanssa mahdollistavat yhä vaikeampien sairauksien hoidon yhä pitempään. Julkisen talouden kestävyyyden kannalta tämä kehitys muodostuu mahdottomaksi, ellei terveyden edistämiseen ja sairauksien ennalta ehkäisyyn panosteta voimakkaasti yksilöiden ja perheiden elämäntavoissa sekä palvelujärjestelmän kehittämisessä.”

6.6 Naprapaatin sidosryhmien muodostama toimintaympäristö

Asiakasriskin hajauttaminen on tärkeässä roolissa kaikkea yritystoimintaa. Asiakasriskiä voidaan hajauttaa eri tasoilla. Korkeimmalla tasolla terveystalvaeluita tuottavan yksityisen toimijan asiakaskunta voidaan jakaa esimerkiksi: itse maksaviin kuluttaja-asiakkaisiin, lääkäriin läheteellä tuleviin kuluttaja-asiakkaisiin, julkisen sektorin ulkoistamiin palveluihin sekä yritysasiakkaisiin. Yritysasiakkaat ovat pääasiassa työterveyshuollon asiakkaita ja siten lähinnä työterveyshuollon tuottavien toimijoiden asiakaskuntaa.

Julkisen tahon (valtio, kunnat ja kuntayhtymät) ulkoistamat terveystalvaelut menevät käytännössä aina kilpailutuksen kautta. Kilpailutuksiin voi osallistua tietyin edellytyksin. Käytännössä ulkoistettavat palvelut ovat julkisen tahon järjestämisvastuulla olevia terveystalvaeluita. Naprapaatin tuottamat palvelut eivät ole julkisen tahon järjestämisvastuulla olevia palveluita. Alatoimialalla muu terveystalvaelu (TOL 86909) toimivat naprapaattit eivät siten voi osallistua julkisen tahon ulkoistamien terveystalvaeluiden kilpailutuksiin.

6.6.1 Fysioterapeuttisen toiminnan asiakaskunta

Fysioterapiapalveluita tuottavat yritykset toimivat alatoimialalla TOL 86901. Alatoimiala TOL 86901 on yleisin yksityisiä terveystalvaeluita tuottava alatoimiala. Jopa 80 prosenttia fysioterapiapalveluista tuotetaan yksityisellä sektorilla. Fysioterapiayritykset ovat henkilömäärällä sekä liikevaihdolla mitattuna hyvin pieniä toimijoita terveystalvaeluiden markkinoilla ja alatoimialalle on tyypillistä ammatinharjoittajana toimivien ”työntekijöiden” runsas määrä. Fysioterapiapalvelut muodostavatkin muun tyyppiin yksityisiin terveystalvaeluihin (muihin alatoimialoihin) verrattaessa hyvin omanalaisensa alatoimialan. (Hartman 2011, 29;34)

Fysioterapiapalveluita tuottavien yritysten asiakaskunta koostuu kuluttaja-asiakkaista sekä julkisen että yksityisen sektorin kilpailuttamista ostopalveluista. Kuluttaja-asiakkaat maksavat hoitonsa itse. Fysioterapiapalveluita yksityisiltä toimijoilta ostavat kuluttajien lisäksi lähinnä työterveyshuolto (toiset yritykset sekä kunnalliset työnantajat), *Kansaneläkelaitos* (lääkinnällinen kuntoutus sekä vaikeavammaisten kuntoutus). *Valtionkonttori* ostaa yksityisiltä fysioterapiapalveluita tuottavilta yrityksiltä lähinnä sotainvalidien- sekä sotaveteraanien kuntoutuspalveluita. (Hartman 2011, 34)

Naprapaattien asiakaskunnasta ei ole tutkimushetkellä luotettavaa tietoa. Naprapaatin asiakaskunta riippuukin oletettavasti siitä, työskenteleekö naprapaatti liikkeen vai ammatinharjoittajana ja minkä TOL-toimialaluokituksen alaisessa toimipisteessä. Naprapaatin vastaanotolle saattaa fysikaalisissa hoitolaitoksissa (TOL 86901) sekä yksityisillä lääkäriasemilla (TOL 86220) tapahtuvassa vastaanottotoiminnassa ohjautua yritysasiakkaita (erityisesti työterveyshuollossa ammattiaan harjoittavat naprapaazit) sekä vakuutusyhtiöiden, Kansaneläkelaitoksen ja yritysten sairauskassojen kautta tulevia asiakkaita. Alatoimialalla muu terveysterveyspalvelu (TOL 86909) toimivan naprapaatin asiakunta koostuu luultavasti pääosin kuluttaja-asiakkaista.

Vakuutusyhtiöt korvaavat vaihtelevasti fysioterapeuttisia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. Vakuutusyhtiö Pohjola korvaa Terveysturva-vakuutuksen (Perus ja Laaja Terveysturvavakuutus) omaavien henkilöiden fysioterapiakäyntejä 20 hoitokertaa, silloin kun on kysymyksessä vakava sairaus, johon lääkäri on määrännyt fysioterapiaa. Leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen ollessa kyseessä kyseinen vakuutusyhtiö korvaa viidestä (Perus) kymmeneen (Laaja sekä Plus) hoitokertaa tai jopa rajoituksetta (Super). (Pohjola 2014.)

Vakuutusyhtiöiden fysioterapeuttisten palveluiden korvattavuus ja korvattavat määrät ovat siis riippuvaisia asiakkaan käyttämästä vakuutusyhtiöstä sekä voimassaolevan vakuutuksen tyypistä sekä laajuudesta. Silloin kun kuluttaja- tai yritysasiakkaan vakuutusyhtiö korvaa asiakkaan hankkimia fysioterapeuttisia palveluita, tulee vakuutusyhtiöstä fysioterapeuttisia palveluita tuottavan yrityksen asiakas. Fysioterapiayrityksen sekä vakuutusyhtiön välinen asiakassuhde on suora, silloin kun vakuutusyhtiö ja fysioterapiayritys ovat tehneet ns. suorakorvaussopimuksen tai maksusitoumuksen. Asiakassuhde on välillinen, silloin kun kuluttaja- tai yritysasiakas maksaa ensin hoitonsa itse ja hakee niistä myöhemmin korvausta vakuutusyhtiöltä. Sekä kuluttaja että yritysasiakkaiden maksuista haetaan ennen vakuutusyhtiön korvausta kansaneläkelaitoksen korvaama sairausvakuutuskorvaus.

6.6.2 Terveysterveyspalveluiden tuottajien välinen kilpailutilanne

Kuten aiemmin on jo todettu, ei yksityisten terveysterveyspalveluiden tuottajien roolista terveysterveyspalvelumarkkinoilla voida enää puhua ainoastaan kunnallista terveydenhuoltoa täydentävänä toimijana (Hartman 2011, 28). Kuntayhteisöjen, Kansaneläkelaitoksen sekä Valtionkonttorin lisäksi myös työnantajat kilpailuttavat terveysterveyspalveluja tuottavia

yksityisiä toimijoita (Lith 2013, 2). Työnantajien rooli terveystalouden kilpailuttajana liittyy lähinnä työterveyshuollon palveluiden järjestämiseen, josta on kerrottu enemmän opinnäytetyön kappaleessa *Työterveyshuolto*.

Vaikka alun perin yksityisten terveystalouden tarkoituksena on ollut julkisen terveydenhuollon järjestämien palveluiden täydentäminen (Hartman 2011, 28), tänä päivänä julkinen ja yksityinen terveydenhuolto ovat myös samalla toimialalla sekä markkinalla toimivia toistensa kilpailijoita. Kilpailua esiintyy sekä julkisen terveydenhuollon markkinoilla että yksityisillä markkinoilla (julkisen tahon omistamat yritykset). Yksityisillä markkinoilla terveystaloutta tuottavien asiakkaita ovat yritykset sekä kotitaloudet. (Hartman 2011, 44–45.)

Julkiset terveystaloudet rahoitetaan pääasiassa verovaroin (Hartman 2011, 29). Olenaisiin julkisen- ja yksityisen sektorin rahoitukseen liittyvä ero kohdistuu asiakasmaksuihin, jotka ovat julkisella sektorilla lakisääteisiä. Terveydenhuollon palvelumaksuista säädetään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992) sekä asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992). Julkisen sektorin asiakasmaksut ovat usein todellisiin tutkimus- tai hoitokustannuksiin suhteutettuna alhaisia. Asiakas maksaa julkisen sektorin palvelusta lähinnä muodollisen asiakasmaksuna perittävän korvauksen, kun taas yksityisellä sektorilla asiakasmaksujen suuruutta ei ole säädelty. Yksityisellä sektorilla asiakasmaksun suuruus määräytyy yksityisen palvelutuottajan määrittämän hinnan (tuotantokustannusten sekä voittotavoitteiden) mukaan. (Hartman 2011, 29–30.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Naprapaatin harjoittama elinkeinotoiminta on voimakkaasti ulkoisten markkinavoimien kontrolloimaa. Naprapaatin tuottamat terveystaloudet ovat toisaalta osa suomalaista terveydenhoitojärjestelmää (terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuottamia palveluita), mutta toisaalta osittain myös suomalaisen terveydenhoitojärjestelmän ulkopuolella tuotettuja palveluita. Käytännössä naprapaatin yhteistyökumppanit, yhtiömuoto ja muut sisäiset tekijät, kuten koulutus ratkaisevat sen kuuluuko naprapaatin tuottamat terveystaloudet suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään ”vai sen ulkopuolelle”. Suomalaisen terveydenhoitojärjestelmän ulkopuolelle jääminen tarkoittaa käytännössä terveystaloudet *TOL 86* –alatoimialalla muu terveystaloudet (TOL 86909) harjoitettavaa liiketoimintaa. Alatoimialalle kuuluvat kaikki ”muualle luokittelemattomat ter-

veyspalvelujen tuottajat”, toisin sanoen kaikki terveydenhuollon nimikesuojatut ammattinimikkeet.

Lainsäädännölliset tekijät ovat naprapaattien kannalta kaikkein merkittävimpiä markkinavoimia. Lainsäädännöllisistä tekijöistä johtuen suurin osa poliittisista yksityisen terveydenhuollon kannalta positiivisista uudistuksista ja toiminnoista on ammatinharjoittajana toimivan naprapaatin kannalta merkityksettömiä tai jopa negatiivisia. Sosiaaliset markkinavoimat ovat positiivisia markkinavoimia kaikille terveyspalvelut toimialalla toimiville. Teknologinen toimintaympäristö ei ole naprapaattien kannalta kovinkaan merkittävässä roolissa, mutta saattaa korostua tulevaisuudessa. Nykyinen lainsäätö rajaa myös naprapaatin taloudellista toimintaympäristöä. Kansaneläkelaitos on voimakkaasti yksityisiä terveyspalveluita tukeva toimija. Nykyinen sairausvakuutuslaki (1224/2004) ja työterveyshuoltolaki (1383/2001) ovat kuitenkin erittäin epäedullisia naprapaateille ja rajaavat ison osan asiakasmaksuihin kohdistuvasta taloudellisesta tuesta naprapaattien harjoittaman liiketoiminnan tavoittamattomiin. Myös muut julkiseen rahoituksen kuuluvat toiminnot ovat naprapaattien kannalta hankalia. Innovatiivinen naprapaatti saattaa kuitenkin saada toimintaansa taloudellista tukea ELY-keskusten tai Tekes-rahoituksen kautta.

Naprapaatin kannalta positiivisia asioita ovat naprapaatin nimikesuojaus ja kuuluminen sitä kautta terveydenhuollon ammattihenkilöiden ryhmään, joilla on mahdollisuus toimia julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin terveyspalveluita tuottavissa toimipisteissä. Tämä luo naprapaatile mahdollisuuksia harjoittaa ammattiaan työntekijänä julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla.

7.1 Poliittiset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat

Naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan poliittinen toimintaympäristö koostuu: sote-uudistuksesta, Hyvä-ohjelmasta, Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta, sairausvakuutusjärjestelmästä sekä palvelusetelijärjestelmästä. Edellä mainitut ovat kaikki poliittisia kehittämisohjelmia tai julkisen vallan alaisia järjestelmiä, joista säädetään laissa. Edellä mainittuja markkinavoimia ja niiden vaikutuksia naprapaatin harjoittamaan elinkeinotoimintaan on seuraavaksi käsitelty yksityiskohtaisemmin.

Sote-uudistus, Hyvä-ohjelma sekä julkisen ja yksityisen sektorin välisen yhteistyön lisääntyminen yleensä ovat mahdollisuuksia niille naprapaateille, jotka toimivat sellai-

sisä yksityisen sektorin toimipisteissä, joilla on mahdollisuus tuottaa julkisen sektorin ulkoistamia palveluita. Myös palvelusetelijärjestelmän laajeneminen julkisessa terveydenhuollossa ja sitä kautta tapahtuva asiakkaiden valinnan mahdollisuuden lisääntyminen on mahdollisuus edellä mainittujen naprapaattien kannalta. Sote-uudistuksen mukanaan tuoma hallinnon keskittyminen saattaa tuoda mukanaan myös uhkia pienten yksityisten terveystaloiden tuottajien kannalta. Pienten toimijoiden voi olla vaikea irrottaa resursseja sote-alueen järjestämien kilpailutuksien mahdollisesti mukanaan tuomaan lisääntyneeseen hallinnolliseen työhön. Lisäksi pienten yksityisten toimijoiden saattaa olla vaikea tarjota isoja moniammatillisuutta vaativia palvelukokonaisuuksia julkisen sektorin ulkoistamien palveluiden tuottamiseksi. Palvelusetelijärjestelmä on mahdollisuus sekä isoille että pienille yksityisille Suomen terveydenhuoltojärjestelmään kuuluville terveystaloiden tuottajille.

Julkisen ja yksityisen sektorin välisen yhteistyön lisääntyminen sekä palvelusetelijärjestelmän laajeneminen Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä muodostavat uhkia niille naprapaateille, jotka toimivat sellaisessa terveydenhuollon yksityisessä toimipisteessä, joka ei voi tuottaa julkisen sektorin ulkoistamia terveystaloiden palveluita. Palvelusetelijärjestelmä sekä julkisen ja yksityisen sektorin välisen yhteistyön mahdollinen lisääntyminen vahvistaisi osaltaan naprapaattien kanssa kilpailevien julkisen sektorin ulkoistamia palveluita tuottavien yksityisten palveluntarjoajien toimintamahdollisuuksia.

Sote-uudistuksen mukanaan tuomia kaikkia muutoksia ei ole vielä tiedossa. Mikäli uudistuksen myötä tapahtuvat Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rahoitusta koskevat muutokset kohdistuvat nykyiseen sairausvakuutusjärjestelmään, saattaa sote-uudistus olla merkittävä myös niiden naprapaattien kannalta, jotka eivät tällä hetkellä voi tuottaa julkisen sektorin ulkoistamia terveystaloiden palveluita. Nykyisen sairausvakuutusjärjestelmän muuttuminen naprapaattien kilpailijoiden kannalta heikommaksi tai naprapaattien kannalta paremmaksi, voi tuoda sote-uudistuksen myötä mukanaan mahdollisuuksia myös niille naprapaateille, jotka eivät tällä hetkellä voi tuottaa julkisen sektorin ulkoistamia terveystaloiden palveluita. Olemassa olevien tietojen perusteella sote-uudistus ei sinänsä tuo mitään uutta naprapaattien harjoittaman elinkeinotoiminnan kannalta.

Hyvä-ohjelmassa mainittu tavoite, joka tähtää kaikkien palveluntuottajien (yksityiset sekä julkiset) tasavertaiseen asemaan terveystaloudelliset toimialalla tapahtuvan sääntelyn sekä valvonnan suhteen saattaa olla mahdollisuus naprapaateille, mikäli tasavertaisuus tarkoittaa tasavertaisuutta sairausvakuutuslain (1224/2004) ja ko. laissa määritellyn sairaanhoitokorvauksen suhteen.

Hartmanin (2011, 15) mukaan terveystaloudelliset toimialalla vallitseva työvoimapula on todella suuri. Fysioterapeutit ja kuntoutuksijat ovat suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään selkeästi kuuluva naprapaattien kanssa samoja tai samankaltaisia palveluita tuottava ammattiryhmä. Fysioterapeutit ovat terveystaloudelliset toimialalla vallitsevan työvoimapulan suhteen ainoa edes jollakin lailla tasapainossa oleva ammattiryhmä. (Hartman 2011, 15–17.) Terveystaloudelliset toimialan (TOL 86) työvoimapula saattaakin lähitulevaisuudessa muodostua mahdollisuudeksi naprapaateille.

7.2 Lainsäädännölliset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat

Suomen fysioterapeuttien internetsivulla (Suomen Fysioterapeutit-1) mainitaan fysioterapeutteja koskevan mm. seuraavat lait: laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990), henkilötietolaki (523/1999), asetus potilasasiakirjoista (298/2009), potilasvahinkolaki (879/1998), sairausvakuutuslaki (1224/2004), terveydenhuoltolaki (1326/2010), kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), työterveyshuoltolaki (1383/2001), laki kansaneläkelaitoksen kuntoutetuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) sekä laki sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirastosta (669/2008). Edellä mainittujen lakien lisäksi mm. tietosuojalainsäädäntö sekä em. lakeihin liittyvät jälkeempinä voimaan astuneet asetukset säätelevät fysioterapeutista toimintaa (Suomen Fysioterapeutit-1).

Tämän opinnäytetyön yhteydessä toteutetussa naprapaateja koskevan lainsäädännön selvityksessä havaittiin samojen edellä mainittujen fysioterapeutteja koskevien lakien koskevan myös naprapaateja. Edellä mainittujen lakien lisäksi tutkittiin myös seuraavien lakien ja asetusten vaikutuksia naprapaattien toimintaan: laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (773/1992), laki julkisista hankinnoista (1505/1992), laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992), asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992). Edellä mainittuja markkinavoimia ja niiden

vaikutuksia naprapaatin harjoittamaan elinkeinotoimintaan on seuraavaksi käsitelty yksityiskohtaisemmin.

Lainsäädännölliset tekijät ovat käytännössä neutraaleja markkinavoimia niille naprapaateille, jotka toimivat yksityisen sektorin toimipisteissä ja joilla on mahdollisuus tuottaa julkisen sektorin ulkoistamia palveluita tai Kansaneläkelaitoksen tukemia muita terveyspalveluita. Kansaneläkelaitoksen tukemilla palveluilla tarkoitetaan tässä asiakkaalle korvattavia fysioterapiapalveluista maksettavia sairaanhoitokorvauksia sekä ammatillisesta, lääkinnällisestä, tai harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta korvattavia palveluja. Myös työterveyspalvelut ovat Kansaneläkelaitoksen tukemia palveluita.

Liikkeenharjoittajana toimiva naprapaatti voi yritystoiminnan sisäisen toimintaympäristön muutoksilla (resurssien osaaminen ja koulutus), luoda olosuhteet, jotka mukautuvat lainsäädännöllisiin markkinavoimiin. Käytännössä tämä tarkoittaa sellaisten työntekijöiden, ammatinharjoittajien tai yhtiökumppanien hankkimista, joilla on laki- en sekä lakeja valvovien tahojen tekemien tulkintojen vaatima koulutus, ammattitaito ja työkokemus. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti ei voi luoda toiminnalleen olosuhteita, jotka vastaisivat edellä mainittuihin lakisääteisiin vaatimuksiin. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti ei siis voi nykyisten lakien sekä lakien tulkintojen perusteella tuottaa julkisen sektorin ulkoistamia tai Kansaneläkelaitoksen tukemia terveyspalveluita.

Terveystieteiden laki (1326/2010) ja kansanterveyslaki (66/1972) säätelevät julkisen terveydenhuollon järjestämisestä Suomessa. Naprapaatti voi toimia julkisella sektorilla esimerkiksi fysioterapeutin tehtävissä, kun ehdot sijaisena toimimiselle täyttyvät. Julkisella sektorilla työskentelyyn ei liity Kansaneläkelaitoksen tuottamia tukitoimia ja niihin liittyvää tulkinnanvaraisuutta (pl. työterveyspalvelut). Naprapaatin toimimiselle naprapaatin koulutusta vastaavissa töissä julkisella sektorilla ei ole lainsäädännöllisiä esteitä. Tämä voidaan nähdä mahdollisuutena työntekijänä toimivan naprapaatin kannalta. Naprapaatin työllistymiselle yksityisen- tai kolmannen sektorin tuottamiin kuntoutuspalveluihin ei myöskään näyttäisi olevan lainsäädännöllisiä esteitä.

Lainsäädännölliset tekijät ovat liikkeenharjoittajan kannalta katsottuna pääasiassa neutraaleja markkinavoimia, sillä ne ovat samanlaisia kaikille toimijoille. Lääkärikeskuksen tai yksityisen lääkärivastaanoton perustaminen on toki helpompaa lääkärille ja fysikaalisen hoitolaitoksen perustaminen fysioterapeutille. Näin koska lääkäri tai fy-

sioterapeutti voi itse toimia terveystalvasta vastaavana johtajana omassa yrityksessään. Liikkeenharjoittajan toimiminen terveystalvasta vastaavana johtajana vähentää riippuvuutta yrityksen sisäisen toimintaympäristön, kuten henkilöressurssien muutoksista. Käytännössä liikkeenharjoittajana harjoitettava toiminta on kuitenkin sen verran laajaa, että liikkeen harjoittaja tarvitsee joka tapauksessa laajoja moniammatillisia resursseja jotka tuovat mukanaan em. riippuvuutta. Lainsäädännölliset tekijät asettavatkin lähinnä ammatinharjoittajina toimivat naprapaattit hankalaan tilanteeseen.

Nykyinen sairausvakuutus laki (1224/2004) voidaan nähdä positiivisena markkinavoimana työterveystalvasta tuottavien yksityisten lääkäriasemien kannalta, sillä esimerkiksi työterveystoiminta on vahvasti Kansaneläkelaitoksen tukemaa. Lisäksi työnantajilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää ehkäisevät työterveystalvasta työntekijöilleen (1383/2001). Kansaneläkelaitos korvaa noin puolet työntekijöiden kohtuullisista terveystalvasta käytetyistä kustannuksista työnantajalle.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) on mahdollisuuksia luova positiivinen markkinavoima erityisesti työntekijöinä toimiville naprapaateille, sillä se mahdollistaa fysioterapeutin tehtävissä toimimisen, sijaisuutta edellyttävien tekijöiden täytyessä (559/1994). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990), henkilötietolaki (523/1999), asetus potilasasiakirjoista (298/2009), potilasvahinkolaki (879/1998) sekä laki sosiaali- ja terveystalvasta lupa- ja valvontavirastosta (669/2008) ovat työntekijöinä toimivien naprapaattien kannalta neutraaleja markkinavoimia. Edellä mainitut lait eivät aseta terveydenhuollon ammattihenkilöitä eriarvoiseen asemaan. Ammatinharjoittajana toimivan naprapaatin kannalta edellä mainitut lait ovat toisaalta positiivisia, sillä ne mahdollistavat potilasvakuutusjärjestelmään kuulumisen ja lisäävät näin asiakkaiden kannalta katsottuna toiminnan läpinäkyvyyttä ja luotettavuutta. Toisaalta edellä mainitut lait lisäävät naprapaatin hallinnollisia kustannuksia asettamalla toiminnalle sellaisia vaatimuksia joita ei aseteta ns. vaihtoehtolääkintää harjoittaville toimijoille, joista osa kuitenkin toimii naprapaattien kanssa samoilla markkinoilla.

Sairausvakuutuslaki (1224/2004) mahdollistaa työntekijänä toimivan naprapaatin tuottamat sairaanhoitokorvauksen mukaiset talvasta. Lakia voidaan kuitenkin pitää negatiivisena markkinavoimana, sillä lain tulkinta on omiaan aiheuttamaan epätietoisuutta työnantajien keskuudessa ja heikentämään näin naprapaattien työllistymistä yksityisel-

le sekä kolmannelle sektorille. Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) sekä asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) ovat naprapaattien kannalta neutraaleja markkinavoimia. Näissä laeissa ei mainita naprapaatteja, mutta ei myöskään rajoiteta naprapaattien toimintamahdollisuuksia kuntoutuspalveluita tuottavassa yksityisen tai kolmannen sektorin toimipisteissä.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) painottaa julkisen sektorin järjestämisvastuulle kuuluvien terveyspalveluiden avulla saavutettavaa terveyshyötyä, vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta sekä riski-hyötysuhdetta. Naprapatiaan liittyvän tieteellisen tutkimuksen sekä tutkimuksen avulla saavutettujen hoidonvaikuttavuuteen sekä kustannushyötyyn ja riski-hyötysuhteeseen liittyvien tulosten voidaankin nähdä olevan tärkeässä roolissa naprapaattien tuottamien terveyspalveluiden tulevaisuuden kannalta. Voidaan olettaa, että kun julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään otetaan tulevaisuudessa mahdollisesti mukaan uusia terveyspalveluita ja niitä tuottavia ammattiryhmiä on edellä mainitut tieteelliset tutkimustulokset sekä suomalaiset ja kansainväliset hoitosuosituksien tärkeässä roolissa. Sama pätee luultavasti myös mahdollisiin tuleviin muutoksiin sairausvakuutuslaissa (1224/2004) sekä lakiin kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005).

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) on negatiivinen markkinavoima niin työntekijänä toimivalle naprapaatille kuin ammatinharjoittajallekin. Työntekijänä toimiva naprapaatti voi hakeutua töihin työterveyshuoltoon. Siitä, miten yksityiset ja julkiset työterveyshuollon toimijat suhtautuvat naprapaattiin esimerkiksi fysioterapeutin tehtävissä, ei ole luotettavaa tietoa. On kuitenkin oletettavaa, että työterveyshuoltolain (1383/2001) tulkintojen epäselvyyksien vuoksi naprapaatin työllistyminen fysioterapeutin tehtäviin työterveyshuollossa aiheuttaa päänvaivaa sekä töihin hakeutuvalla että työnantajalle. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti voi mahdollisesti sivutoimisesti työllistyä työterveyshuoltoon esimerkiksi ergonomian tai liikunnan asiantuntijana, mutta koulutusta vastaaviin tehtäviin kokopäiväisesti työllistyminen on todennäköisesti erittäin hankalaa.

7.3 Taloudelliset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat

Naprapaatin taloudellinen toimintaympäristö koostuu julkisesta sekä yksityisestä rahoituksesta. Julkinen rahoitus käsittää erilaisia Suomen valtion tukijärjestelmiä sekä

avustuksia. Yksityinen rahoitus taas tarkoittaa yksityisiltä markkinoilta tulevaa pankki- ja riskirahoitusta.

Yksityisen terveystalouden mahdollisuudet saada ulkopuolista rahoitusta voisivat olla paremmat. Terveystalouden markkinat ovat vielä kovin kehittymättömät. Kehittymättömillä markkinoilla toimivalle liiketoiminnalle on vaikea saada rahoitusta. Rahoittajat kokevat myös julkisen sektorin hallitsevan aseman terveystalouden markkinoilla olevan usein este yksityisten terveystalouden rahoittamiselle. (Hartman 2011, 36.) Toisaalta julkisen sektorin avautuminen, uudet terveystalouden rahoitusta sekä palvelukysynnän tukemista koskevat päätökset ja julkisen sektorin rakenteelliset järjestelyt sekä erityisesti kuntauudistuksen toteutuminen saattavat tulevaisuudessa parantaa yksityisten terveystalouden tuottajien asemaa markkinoilla (Hartman 2011, 9, 48).

Naprapaateille jotka toimivat yksityisen sektorin toimipisteissä, joilla on mahdollisuus tuottaa Kansaneläkelaitoksen tukemia terveystalouksia saavat osan rahoituksestaan Kansaneläkelaitokselta. Kansaneläkelaitos onkin ollut merkittävä yksityisten terveystalouden rahoittaja viimevuosikymmeninä (Hyvä 2013, 89). Kansaneläkelaitokselta tuleva rahoitus ohjautuu suoraan asiakasmaksuihin sairausvakuutuslaissa (1224/2004) määritellyn hoitokorvausjärjestelmän kautta. Kansaneläkelaitoksen tukemilla palveluilla tarkoitetaan tässä, asiakkaalle korvattavia fysioterapiapalveluista maksettavia sairaanhoitokorvauksia ja ammatillisesta, lääkinnällisestä, tai harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta korvattavia kuntoutuspalveluita sekä työterveyspalveluita. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti ei hyödy Kansaneläkelaitoksen asiakasmaksuihin kohdistuvasta rahoituksesta.

Monet julkiset rahoitusvaihtoehdot suosivat kansainvälistymistä sekä kasvua tavoiteltavaa yritystoimintaa ja ovat siten isojen yksityisten toimijoiden kannalta mahdollisuuksia. Pienten yksityisten toimijoiden rahoitusmahdollisuudet voisivat olla paremmat. Pienen toimijan voi olla käytännössä vaikea tavoitella kansainvälistymistä tai edes kasvua, jotka ovat tärkeässä osassa myös useissa Finnveran tarjoamissa rahoitusvaihtoehdoissa. Terveystalouden toimialaraportissa (Hartman 2011, 36) sanotaan erityisesti mikroyritysten kasvun esteenä olevan juuri rahoituksen puute. Finnveran tarjoama yrittäjälaina voi olla mahdollisuus pienelle fyysikaaliselle hoitolaitokselle (TOL 86901) tai alatoimialalla muu terveystalouden toimivalle naprapaatile (TOL

86909). Tekes tukee kasvuhakuisia ja innovatiivisia yrityksiä ja tarjoaa mahdollisuuksia liikkeenharjoittajalle, joka on keksinyt jotain uutta. Kasvuyrittäjä voi saada erilaisia kehittämisavustuksia myös ELY-keskuksen tarjoamista tuotteista.

Yksityiset rahoitusvaihtoehdot, joita ovat pankkilaina, pääomasijoitus sekä rahoitusyhtiöiden tarjoamat rahoitustuotteet voidaan nähdä mahdollisuutena sekä pienen että isompien toimijoiden kannalta. Pääomasijoituksen saaminen voi olla alatoimialalla muu terveyspalvelu TOL 86909 toimivalle naprapaatile vaikeaa, johtuen alatoimialaa voimakkaasti säätelevistä poliittisista ja lainsäädännöllisistä negatiivisista markkinavoimista. Rahoitusyhtiöiden tarjoamat tuotteet mahdollistavat naprapaatin tekemiä laitehankintoja.

7.4 Sosiaaliset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat

Väestön ikääntyminen ja parantunut maksukyky yhdessä terveyspalveluiden kannalta positiivisten kuluttajien ostokäyttäytymisen muutosten kanssa voidaan nähdä positiivisena kaikkien yksityisiä terveyspalveluita tuottavien toimijoiden kannalta. Väestön ikääntyminen ja siitä johtuva eläköityminen on kuitenkin haastava muutos Suomen valtion taloudelliselle tilanteelle (Hartman 2011, 24) ja saattaa sitä kautta vaikuttaa tulevaisuudessa esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen yksityisille terveyspalveluille kohdistaman rahoituksen määrään. Nykyisessä tilanteessa Kansaneläkelaitoksen yksityiselle sektorille kohdistaman rahoituksen leikkaaminen olisi mahdollisuus erityisesti ammatinharjoittajina toimiville naprapaateille, sillä leikkaukset olisivat uhka tietyille naprapaattien kilpailijoille.

7.5 Tekniset markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat

Uusien teknologisten apuvälineiden käyttäminen, joka on tyypillistä hoitoalalla, ei Strangin (2000, 56) mukaan ole yhtä kriittistä kuin teknologian hyödyntäminen yrityksen myymissä tuotteissa ja palveluissa. Manuaalinen terapia ei ole kovinkaan teknologia valtainen ala ainakaan vielä. Terveyspalvelut toimialaa pidetään terveysalan toimialaraportin (Hartman 2011, 32) mukaan edelleen työvoimavaltaisena alana, jonka riippuvuus ihmisten työpanoksesta ei ole muuttumassa radikaalisti lähitulevaisuudessa (Hartman 2011, 32). Teknologian käyttö osana terveyspalveluita on kuitenkin koko ajan lisääntymään päin ja lääkkeet sekä hoitoteknologian kehitys mahdollistavatkin yhä vaikeampien sairauksien hoidon tulevaisuudessa (Hartman 2011, 24). Toimialara-

portissa (Hartman 2011, 33) puhutaan niinkin kehittyneistä teknologisista innovaatioista kuin etädiagnostiikka sekä etäkirurgia. Myös Metsämuuronen (2001) pitää teknologisia muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelut – toimialan kannalta merkittävänä markkinavoimina. Teknologia onkin helpottanut ja tehostanut terveydenhuollon palveluiden toteuttamista merkittävästi (Hartman 2011, 32). Näin ollen teknologia saattaa kin tulevaisuudessa olla yhä tärkeämpi seurannan kohde, myös naprapaatin tuottamien terveyspalveluiden kannalta.

Teknologinen toimintaympäristö tarjoaa mahdollisuuksia moniammatillista toimintaa harjoittavalle lääkärikeskukselle. Kuvantamis- sekä laboratoriotutkimukset ovat palveluja, joiden tuottamiseen tarvitaan erikoisosaamista. Kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksilla voidaan saavuttaa ns. skaalaetuja. Skaalaedut ovat ns. mittakaavaetuja, jossa yrityksen keskimääräiset kustannukset laskevat samalla kun tuotanto kasvaa. Skaalaetuja on vaikea saavuttaa toimialoilla, jotka ovat hyvin työvoimavaltaisia. Työvoimavaltaisilla aloilla kuten terveyspalvelut, tuotanto on riippuvainen työntekijöiden tekemistä työtuntien määrästä. Työvoimavaltaisella alalla myynti kasvaa myytyjen työtuntien määrän kasvaessa. Samalla kasvavat kuitenkin myös työvoimakustannukset. Koneiden ja laitteiden avulla on mahdollista lisätä tuotantokapasiteettia, lisäämättä oleellisesti tehtyjen henkilötyötuntien määrää. Lääkäriasemien tarjoamat kuvantamis- ja laboratorion palvelut ovat vähemmän riippuvaisia työntekijöiden määrästä kuin perinteiset hoitopalvelut, joissa asiakasta laskutetaan terveydenhuollon ammattihenkilön käyttämän ajan perusteella. Terveyspalvelut toimialaraportissa (Hartman 2011, 41) todetaan aiheesta seuraavaa:

”Tuottavuuden parantamisessa on olennaista kasvattaa jalostusarvoa ilman, että työpanosta tarvitsee lisätä yhtä paljon”

Laboratorio- sekä kuvantamistoiminnassa tarvittavat laitteet ja tilat ovat toki kalliita, toisaalta leasing tai osamaksu perusteiset rahoitusvaihtoehdot tarjoavat mahdollisuuksia yrittäjälle. Teknologian käyttö tutkimus- ja hoitotoimenpiteissä saattaa selittää lääkärikeskusten parempaa kannattavuutta suhteessa fysioterapeuttiseen toimintaan (Hartman 2011, 34).

Teknologinen toimintaympäristö ei ole kovinkaan merkittävässä asemassa naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan kannalta. Teknologian merkitys kuitenkin korostuu jatkuvasti myös terveydenhoitoalalla (Hartman 2011, 24, 32–33, 44). Teknologian ke-

hitys nostaa terveystalouden kysyntää ja kilpailukykyä sekä luo uusia tapoja tuottaa terveystaloutta (Hartman 2011, 33, 47–48). Edellä mainituista tekijöistä johtuen kannattaa myös naprapaatin seurata teknologian kehitystä. Uudet teknologiset innovaatiot saattavat mullistaa alan kuin alan, ja vaikkei suurempaa mullistusta tapahtuisikaan, saattavat uudet innovaatiot helpottaa myös naprapaatin päivittäistä toimintaa ja lisätä sitä kautta toiminnan kannattavuutta. Teknologiset innovaatiot voivat tuoda myös lisää liikevaihtoa esimerkiksi mahdollisina asiakkaille myytävänä lisäpalveluina tai hoitotoimenpiteen yhteydessä tapahtuvana oheismyyntinä.

7.6 Sidosryhmien tuottamat markkinavoimat – mahdollisuudet ja uhat

TOL-toimialaluokituksen muu terveystalouden palvelu (TOL 86909) alla toimivien naprapaattien asiakaskunta koostuu käytännössä ainoastaan kuluttaja-asiakkaista. Tämä tekee asiakasriskin hajauttamisesta vaikeaa ja johtaa korkeaan asiakasriskiin. Korkea asiakasriski korostuu erityisesti markkinasuhteiden ollessa negatiiviset.

Sairausvakuutuskorvauksen mukaisia terveystaloutta *TOL 8622* –lääkäriasemat, yksityislääkärit ja vastaavat erikoislääkäripalvelut sekä *TOL 86901* – fysioterapia tuottavat yksityisen sektorin toimijat voivat osallistua julkisen sektorin ulkoistamien palveluiden kilpailutuksiin. Nämä yksityiset palvelun tuottajat voivat tuottaa myös yksityisiä terveystaloutta, joista asiakas on oikeutettu sairausvakuutuskorvaukseen. Lisäksi em. toimijat voivat tarjota palveluitaan kuluttaja asiakkaille.

Naprapaattien mahdolliset yhteistyökumppanit koostuvat todennäköisesti samankaltaisista toimijoista kuin ammatin- tai liikkeenharjoittajina toimivien fysioterapeuttienkin. Poikkeuksen tekee luultavasti alatoimialalla muu terveystalouden palvelu (TOL 86909) toimivat naprapaattit, jotka tekevät todennäköisesti vähemmän yhteistyötä julkisen sektorin sekä työterveyshuollon toimijoiden kanssa kuin alatoimialaluokituksen fysioterapia (TOL 86901) tai TOL 86220:n alaisessa toimipisteessä toimivat naprapaattit.

Naprapaattit kilpailevat asiakkaista hieman olosuhteista sekä toimipisteen sisäisistä tekijöistä riippuen muiden tuki- ja liikuntaelin peräisten vaivojen hoitoon, ennaltaehkäisyyn ja kuntoutukseen erikoistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja yritysten kanssa. Näitä edellä mainittuja ammattinimikkeitä ovat kiropraktikko, osteopaatti, fysioterapeutti, koulutettu hieroja sekä mahdollisesti toimintaterapeutti. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi markkinoilla toimii kirjava joukko vaihto-

ehtolääketieteen palveluita tarjoavia yksityisiä ammatinharjoittajia. Näistä esimerkkeinä kansanparantajat, hierojat (ei koulutettu hieroja), vyöhyketerapeutit, jne.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat toimia ammatinharjoittajina ja tietyin edellytyksin myös liikkeenharjoittajina. Sekä liikkeen- että ammatinharjoittajina toimivat naprapaazit kilpailevat yksityisten ammatinharjoittajien lisäksi yksityisiä terveystalvaeluita tuottavien fysikaalisten hoitolaitosten sekä lääkäriasemien kanssa, jotka työllistävät em. terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja tuottavat usein naprapaattien kanssa samoja tai samankaltaisia palveluita. Yksityisten terveystalvaeluiden lisäksi myös julkinen sektori tuottaa ns. fysioterapeuttisia palveluita, jotka ovat osaltaan kilpailevia toimintoja naprapaattien tuottamille terveystalvaeluille. Yksityisellä sektorilla on myös järjestöjen tuottamia voittoa tavoittelemattomia fysioterapia- ja kuntoutuspalveluita tuottavia toimijoita (järjestöt sekä julkisten tahojen omistamat yritykset).

Kilpailutilanne julkisen ja yksityisen sektorin välillä on hyvin vääristynyt. Tämä näkyy mm. arvonlisäverolaissa (1993/1501), jonka mukaan ns. ALV0 (terveystalvaeluita tuottavat toimijat eivät ole arvonlisäverovelvollisia tuottamista terveystalvaeluista) toimintaa harjoittavat yksityiset terveystalvaeluiden tuottajat eivät voi vähentää arvonlisäverollisten ostojen (investointien) arvonlisäveroa toisin kuin julkinen sektori. Tämä on omiaan vääristämään julkisen ja yksityisen sektorin välistä kilpailua, aiheuttaen yksityiselle sektorille hankintojen (hankituista laitteista tai ulkoisista palveluista maksetun) arvonlisäveron suuruisen kilpailun vääristymän. Toimialaraportissa (Hartman 2011, 47) ennustetaan julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisen kilpailun koven- tuvan tulevaisuudessa entisestään, mutta tahojen myös verkostoituvan keskenään ta- voitellissaan kansainvälisiä markkinoita. (Hartman 2011, 44–47.)

8 POHDINTAA

Opinnäytetyön toteuttaminen aiheesta ”naprapaatti Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä” oli mielenkiintoinen ja erittäin opettavainen kokemus. Opinnäytetyö ja opinnäytetyön aikana opiskeltu lähdemateriaali tulevat varmasti palvelemaan opinnäytetyön tekijää jatkossa. Taloustiede ei ollut ennestään tuttu tutkimuskenttä opinnäytetyön tekijälle. Tutkimuskenttä oli uusi myös opinnäytetyön ohjaajille. Tutkimus osoit- tautui kuitenkin erittäin tärkeäksi ja tutkimusprosessin kahlaaminen läpi antoi tutkijal- le hyvät valmiudet suunnitella tulevaa yritystoimintaa sekä terveystalvaelu- palvelut-toimialan ulkopuolella.

Vaikka opinnäytetyön aihe oli mielenkiintoinen, aihe ei ollut paras mahdollinen valinta opinnäytetyölle. Opinnäytetyön aikana näyttäytyi monesti toteen aiheen rajauksen sekä tutkimusongelmien merkitys ja tärkeys. Näin laajan aiheen tutkiminen olisikin vaatinut kokonaisuuden jakamisen useampiin osa-alueisiin.

Pelkästä naprapaattien sairaanhoitokorvaukseen liittyvästä osa-alueesta olisi voinut tehdä kokonaisen opinnäytetyön. Sairaanhoitokorvaus sekä muut Kansaneläkelaitoksen yksityisten terveyspalveluiden rahoitukseen kohdistuvat tukitoiminnot olivatkin yksi suurimmista opinnäytetyön tekijän kiinnostuksen kohteista. Tekijän omat kiinnostuksen kohteet näkyvät muutenkin opinnäytetyön rajauksessa. Tämä ei ole paras ja objektiivisin tapa toimia, mutta palveli opinnäytetyön tekijän tarkoituksia sekä ajallisia resursseja.

8.1 Naprapaatin harjoittama elinkeinotoiminta

Alla on pohdittu naprapatiaan liittyviä asioita, jotka eivät liity suoranaisesti työn varsinaisiin tutkimuskysymyksiin. Asiat ovat kuitenkin tärkeitä ja niillä saattaa olla merkitystä työn lukijalle ja ne on siksi otettu mukaan pohdintaan. Esitetyt asiat liittyvät naprapaatin toimintaympäristöön ja niitä on selvitetty varsinaisen opinnäytetyön aihe-alueesta kootun materiaalin avulla.

Naprapaattien työllistymisen kannalta oleellisia alatoimialoja ovat sairaaloiden yhteydessä tapahtuvat tutkimus- ja hoitopalvelut (TOL 86101), kuntoutuslaitosten alaisuudessa tapahtuvat lääkärin määräämät hoitotoimenpiteet (TOL 86102), yksityiset lääkäriasemat ja lääkärikeskukset, yksityislääkärien pitämä vastaanotto toiminta sekä työterveyspalvelut (TOL 86220), fysioterapia (TOL 86901) sekä muu terveyspalvelu (TOL 86909).

Naprapaattien kannalta oleellisia työllisyysmahdollisuuksia tarjoavat siis:

- Oma vastaanotto toiminta *TOL 86909* (yksityinen sektori)
- Fysikaaliset hoitolaitokset, *TOL 86901* (yksityinen ja kolmas sektori)
- Lääkäriasemat *TOL 86220* (yksityinen ja kolmas sektori)
- Sairaalat ja terveyskeskukset *TOL 86101* (julkinen sektori)
- Kuntoutuslaitokset *TOL 86102* (lähinnä kolmas sektori)

Naprapaatti voi toimia yksityisiä terveystalvuuja tuottavassa toimipisteessä ammatinharjoittajana, liikkeenharjoittajana tai työntekijänä. Liikkeenharjoittajana toimimisen edellytyksenä on yhtiökumppani, ammatinharjoittaja tai yrityksen palveluksessa toimiva työntekijä, jolla on tuotettaviin palveluihin soveltuva koulutus sekä riittävä käytännön kokemus, käytännössä fysioterapeutin, lääkärin tai erikoislääkärin koulutus. Naprapaatti ei voi toimia yksityisiä lääkäriasemalvuuja tuottavan toimipisteen vastaavana johtajana ja tarvitsee siksi työntekijän, yhtiökumppanin tai ammatinharjoittajan, joka ottaa vastuun toimipisteen terveydenhuollon palveluista vastaavana johtajana.

Naprapaatti voi tietyin rajoituksin toimia ammatinharjoittajana yksityisellä sektorilla. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti rekisteröi tällöin oman liiketoimintansa alatoimialalle muu terveystalvuu (TOL 86909). Yksityisen terveystalvuiden tuottajan asiakas on oikeutettu sairaanhoitokorvaukseen lääkärin määräämästä tutkimuksesta tai hoidosta. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti voi toimia fysioterapeutin tehtävissä (sijaisena toimimisen edellytysten täytyessä). Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti ei voi kuitenkaan allekirjoittaa Kansaneläkelaitokselle lähetettävää selvitystä annetusta fysioterapiasta (Kela 2014a, 9). Ammatinharjoittajana yksityisellä sektorilla toimivan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee henkilökohtaisesti allekirjoittaa selvitys annetusta tutkimuksesta tai hoidosta. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti ei voi siksi tuottaa sairaanhoitokorvaukseen oikeutettuja palveluita yksityisessä terveydenhuollon toimipisteessä. Ammatinharjoittajana toimiva naprapaatti voi kuitenkin tuottaa koulutuksensa mukaisia palveluita yksityisessä terveydenhuollossa, tällöin on kyse tutkimus- tai hoitotoimenpiteestä, jonka asiakas ei ole oikeutettu sairaanhoitokorvaukseen.

Naprapaatti voi toimia työntekijänä yksityisellä lääkäriasemalla. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) mukaisesti naprapaatti voi nimikesuojattuna terveydenhuollon ammattihenkilönä toimia koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa rajoissa laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten fysioterapeutin tehtävissä. Yksityisellä sektorilla työntekijänä toimiva naprapaatti ei voi allekirjoittaa Kansaneläkelaitokselle lähetettävää *selvitystä annetusta fysioterapiasta, SV 3FS*. Kansaneläkelaitoksen ohjeistuksen mukaan työsuhteessa toimivan henkilön antamasta fysioterapiasta annettavan selvityksen voi allekirjoittaa myös muu laitoksen edustaja (Kela 2014a, 9). Selvityksen voi allekirjoittaa esimerkiksi yksityisen terveystalvuiden

palvelun toimipisteen toiminnasta vastaava johtaja. Työntekijänä toimiva naprapaatti voi siis tuottaa sairausvakuutuksesta korvattavia hoitoja, kun muut sairaanhoitokorvaukseen oikeuttavat ehdot täyttyvät.

Työntekijänä ammattiaan harjoittavan naprapaatin työllistymisen mahdollisuuksia heikentävät lääkärin heikko tuntemus naprapatiasta ja siitä aiheutuva osittain negatiivinen suhtautuminen naprapatiaan. Naprapaatin toimimiselle työntekijänä julkisella sekä yksityisellä sektorilla ei ole lainsäädännöllisiä esteitä. Siitä, kuinka paljon naprapaatteja toimii työntekijänä joko yksityisellä tai julkisella sektorilla, ei ole tutkimus-
hetkellä luotettavaa tietoa, eikä työntekijänä toimimisen mahdollisuuksista voida siksi tehdä muita johtopäätöksiä. Ammatinharjoittajana toimivan naprapaatin tulee käytännössä kouluttautua fysioterapeutiksi, voidakseen tehokkaasti toimia yksityisen sektorin yksityisiä terveyspalveluita tuottavassa toimipisteissä. Naprapaatti voi toimia liikkeenharjoittajana (kuten kuka tahansa muukin) millä tahansa terveyspalvelut toimialan alatoimialalla. Liikkeenharjoittajana toimimisen edellytyksenä on yhtiökumppani, ammatinharjoittaja tai yrityksen palveluksessa toimiva työntekijä, jolla on tuotettaviin palveluihin soveltuva koulutus sekä riittävä käytännön kokemus, toimiakseen terveyspalveluista vastaavana johtajana yrityksessä.

Yhtenä mielenkiintoisena vaihtoehtona naprapaattien kannalta voidaan nähdä myös teknologian kehitykseen liittyvä tuotekehitystoiminta. Naprapaatit osaavat tuki- ja liikuntaelinten anatomian, ihmisen liikkumiseen liittyvän biomekaniikan sekä vammojen ennaltaehkäisyyn. Naprapaatin osallistuminen terveys- ja liikunta-alan teknologian kehityshankkeisiin ”ihmisen asiantuntijana” voi olla mahdollisuus tämän tyyppisestä toiminnasta kiinnostuneelle naprapaatille. Tämän tyyppinen toiminta ei kuitenkaan kuulu terveyspalvelut toimialalle (TOL 86) ja on siksi käsitelty erikseen tässä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja toistettavuus

Vaikka opinnäytetyö ei varsinaisesti tutki naprapaattien tulevaisuutta suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, viittaa aihe kuitenkin sen verran lähelle tulevaisuuden tutkimuskenttää että tulevaisuustutkimusta on syytä tarkastella kevyesti tässä yhteydessä. Tulevaisuustutkimuksen tutkimustuloksiin voidaan suhtautua monella tavalla. Metsämuuronen esittää tulevaisuutta koskevien tutkimustulosten olevan aina enemmän tai vähemmän subjektiivisia sekä perustuvan enemmän tai vähemmän harhaiseen

arvioon tulevaisuudesta. (Metsämuuronen 2001, 11–14.) Metsämuuronen (2001, 11) toteaa tieteellisen tiedon objektiivisuudesta mm. seuraavaa:

”Perinteisesti ominaista tieteelliselle tiedolle on se, että se on pyritty hankkimaan mahdollisimman objektiivisesti ja puolueettomasti.”

”Toisaalta tieteellinen tiedonhankinta ei koskaan voi olla arvovapaata, vaan tutkijan omaksumat käsitykset luotettavasta tiedosta ja todellisuudesta vaikuttavat voimakkaasti tieteellisiin tuloksiin.”

Toisaalta Metsämuuronen (2001, 11) toteaa tieteellisillä menetelmällisillä valinnoilla olevan mahdollista arvioida ainakin jossakin määrin tutkimuksessa esiintyvien virhepäätelmien todennäköisyyttä. Metsämuuronen (2001, 13) esittää että parhaiten kompleksisen järjestelmän toimintaa ymmärtää järjestelmän osana toimiva yksilö. Tämän on esittänyt Metsämuuronen lisäksi moni muukin tulevaisuustutkija.

Opinnäytetyön tulisi olla objektiivinen tutkimus tutkittavasta aihealueesta. Opinnäytetyön tulisi myös perustua luotettavaan lähdemateriaaliin. Edeltä mainituilta osin lopputulos ei ole täysin tyydyttävä, sillä joitakin opinnäytetyön osa-alueita olisi voinut tutkia luotettavampien lähteiden avulla. Jo opinnäytetyötä aloittaessa oli tiedossa että lähdemateriaalin saatavuus tulisi olemaan ongelmallista. Luotettavaan lähdemateriaaliin liittyy sekä saatavuus että ajankäyttö ongelmia. Opinnäytetyön luotettavuus voidaan asettaa kyseenalaiseksi, sillä opinnäytetyön aiheen laajuudesta johtuen rajaukseen on sisällytetty vain pieni osa naprapaattien harjoittaman elinkeinotoiminnan ulkoisen toimintaympäristön osa-alueista. Myös käytetyn lähdemateriaalin määrä on joidenkin osa-alueiden osalta hyvin pieni, mikä heikentää työn luotettavuutta. Erityisesti taloudellista, sosiaalista ja teknologista toimintaympäristöä olisi voinut tutkia perusteellisemmin sekä luotettavamman lähdemateriaalin avulla.

Mikrotason toimintaympäristöä tutkittiin nyt ainoastaan oleellisten sidosryhmien eli toimialan tasolla. Naprapatiasta sekä naprapaattien sidosryhmistä olisi ollut luotettavampaa lähdemateriaalia saatavilla. Naprapaattien (ammattiryhmänä) sisäinen toimintaympäristö olisi ollut mielenkiintoinen tutkimuksen aihe ja antanut perspektiiviä tutkimukseen. Naprapaateille suunnattu kyselytutkimus olikin alun perin osana kokonaisuutta, mutta rajattiin ulos opinnäytetyöstä lähinnä aikataulullisista syistä.

Käytetyistä taloustieteen tutkimusmenetelmistä olisi ollut parempaa lähdemateriaalia tarjolla ja menetelmät olisi voinut kirjoittaa auki vielä kattavammin kuin työssä nyt on tehty. Lakisääteinen ja poliittinen toimintaympäristö perustuvat pääasiassa voimassa oleviin lakeihin ja asetuksiin sekä ajantasaisiin internetlähteisiin. Näistä osa-alueista olisikin ollut vaikea löytää ajantasaisempaa ja luotettavampaa lähdemateriaalia. Asiantuntijalausunnot sekä haastattelut olisivat tosin varmasti tuoneet lisää syvyyttä aihealueiden tarkasteluun. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kuvaaminen perustuu lähinnä ajantasaiseen lainsäädäntöön sekä internetlähteisiin. Terveydenhuoltojärjestelmän rakenteiden syvällisempi pohdinta aihealueen tieteelliseen tutkimukseen sekä asiantuntijahaastatteluihin perustuen olisi lisännyt työn luotettavuutta, mutta haastattelut olisivat todennäköisesti heikentänyt tutkimuksen toistettavuutta entisestään. Sama pätee myös poliittisen, lainsäädännöllisen, sosiaalisen sekä taloudellisen toimintaympäristön tarkastelua. Asiantuntijahaastattelut olisivat varmasti tuoneet lisää uskottavuutta ko. aihealueiden tarkasteluun. Aihealueita onkin tutkittu pääosin erilaisiin raportteihin perustuen. Tämä heikentää opinnäytetyön luotettavuutta, mutta oli käytännössä välttämätöntä, sillä tieteellistä tutkimusaineistoa aihealueesta ei yksinkertaisesti ollut saatavilla.

Internetlähteiden runsas määrä heikentää olennaisesti opinnäytetyön **toistettavuutta**, sillä internetlähteillä on tapana muuttua (osoitteet muuttuvat, tietoja päivitetään ja poistetaan). Internetlähteiden vaikutus tutkimuksen **luotettavuuteen** on hieman kaksijakoinen asia. Vaikka internetlähteitä ei yleensä pidetä luotettavina, on tässä työssä käytetty pääosin sellaisia julkisen sektorin lähteitä, kuten *Sosiaali- ja terveysministeriön*, *Työ- ja elinkeinoministeriön*, *Valviran*, *Aluehallintoviraston* sekä *Kansaneläkelaitoksen* internetsivut, muutamia mainitakseni. Tällaisilla sivustoilla ei oletettavasti voida julkaista ihan mitä tahansa. Voidaankin olettaa että em. internetsivustoilta hankittu materiaali on käynyt läpi jonkinlaisen tarkastuksen ennen julkaisua. On varsin huolestuttavaa, mikäli näin ei ole.

Sekä opinnäytetyön toistettavuutta että luotettavuutta heikentää oleellisesti valittu tutkimusmenetelmä sekä toteutetun sisällönanalyysin suhteellisen suppea kuvaus. Tutkimusmenetelmät on kuvattu suhteellisen kattavasti. Lähdemateriaalin valintakriteerit jouduttiin pitämään suhteellisen alhaisena ja poissulkukriteerit perustuivat tutkijan subjektiiviseen arvioon lähdemateriaalin luotettavuudesta. Subjektiiviselle arviolle ei

voida luotettavuuden tarkastelussa antaa vastaavaa painoarvoa kuin mitä saavutetaan esimerkiksi hyvin toteutetulla ja raportoidulla systemaattisella kirjallisuuskatsauksella.

Kokonaisuutta ajatellen opinnäytetyössä jouduttiin tekemään paljon sellaisia kompromisseja, jotka heikentävät työn laatua, luotettavuutta sekä toistettavuutta. Kokonaisuus oli yksinkertaisesti liian laaja. Toisin sanoen työn rajaus oli menetelmällisesti tarkasteltuna epäonnistunut, vaikka palvelikin opinnäytetyön tekijän tavoitteita. Valtaosa opinnäytetyön tekijän ajallisista resursseista meni käytännössä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja sitä säätelevän lainsäädännön muodostaman kokonaisuuden ymmärtämiseen.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Eettiset näkökohdat ovat osa ns. *PESTLIED*-viitekehystä, joka on yksi *PEST*-sovellutuksista. Eettinen toimintaympäristö on naprapaatin harjoittaman elinkeinotoiminnan kannalta merkittävänä osa-alue, sillä toiminnan eettisyys korostuu erityisesti terveydenhuoltopalveluissa. Eettinen toimintaympäristö käsittääkin eettisiä periaatteita, kuten markkinoinnin ja mainonnan eettisyys, patentti ja IPR-asioiden kunnioitus sekä eettinen työvoiman hankinta ja työntekijöiden kohtelu. Eettinen toimintaympäristö rajattiin ulos opinnäytetyöstä, koska sen tarkastelu olisi vaatinut opinnäytetyön ennestäänkin laajan kokonaisuuden laajentamista edelleen. Eettistä toimintaympäristöä olisi kuitenkin mielekästä tutkia jatkossa, sillä terveyspalveluiden eettisyys ja siihen liittyvä liiketoiminta (business) on usein medioissa esiintyvä puheenaihe.

Sisäiseen toimintaympäristöön liittyviä osa-alueita, kuten tuotteiden ja palveluiden tuotteistamista sekä laatua ja niiden merkitystä naprapaatin elinkeinotoiminnassa olisi ollut mielenkiintoista tutkia. Aihe-alue olisi vaatinut käytännössä kysely- tai haastattelututkimuksen toteuttamista, sillä valmista lähdemateriaalia aiheesta ei ole saatavilla. Naprapaateille suunnatun kyselytutkimuksen toteuttaminen osana opinnäytetyökokonaisuutta olikin tekijän alkuperäisissä suunnitelmissa, mutta osoittautui ajallisten resurssien kannalta ylitsepääsemättömäksi toteuttaa. Naprapaateille suunnattu kyselytutkimus, jossa selvitettäisiin mm. naprapaattien alueellista sijoittumista sekä sisäisen toimintaympäristön ominaisuuksia on mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe, asiasta kiinnostuneelle. Sisäiseen toimintaympäristöön liittyviä tekijöitä on painotettu myös terveyspalvelut toimialan toimialaraportissa (Hartman 2011, 45–48). Toimialaraportissa sanotaan yritystoiminnan sisäisistä tekijöistä mm. seuraavaa:

”Terveysalan yrittäjät ovat alansa ammattilaisia, mutta yrittäjä- ja liikkeenjohtotaidoissa on vielä paljon puutteita. Erityisesti palvelujen tuotteistaminen, hinnoittelu ja kustannuslaskenta tuottavat ongelmia.”

”Tuotteistaminen on välttämätön edellytys palveluja ostettaessa ja myytäessä. Asiakkaat haluavat tietää, mitä he rahalla saavat – oli asiakas sitten kunta tai yksityinen kansalainen. Palvelujen tuotteistamisen tulisi tapahtua yhdessä yrittäjien, kuntien sekä tutkimus- ja koulutuslaitosten kanssa.”

”Asiakkaat ovat myös yhä kiinnostuneempia yritysten arvoista ja tavoitteista sekä niiden toimintatapojen kestävydestä ja yhteiskuntavastuusta.”

8.4 Kehitysehdotuksia

Sosiaali- ja terveysministeriö

Suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää koskevaa lainsäädäntöä tulisi tarkistaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden tasavertaisen kohtelun osalta. Terveyspalvelut toimialan kamppaillessa osaavien resurssien saamisesta työelämään sekä yksityisellä että julkisella sektorilla on yhteiskunnan kannalta järjetöntä pitää samanaikaisesti yllä tilannetta, jossa terveydenhuollon ammattihenkilöt kamppailevat olemassaolostaan suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Kyseessä on pitkälti terveydenhuollon ammattihenkilöiden epätasa-arvoisesta kohtelusta sekä lainsäädännön epämääräisistä tulkinnosta johtuva asia, jonka voisi kuvitella olevan suhteellisen helposti korjattavissa.

Kansaneläkelaitos, Valvira ja Aluehallintovirasto

Terveydenhuollon lainsäädäntöjä valvovien tahojen tuottamat lainsäädännön tulkinnat ovat tänä päivänä liian tulkinnan varaisia, eivätkä kaikilta osin välttämättä vastaa sitä, mitä itse laissa on alun perin tarkoitettu. Tulkinnoilla tarkoitetaan tässä sellaisten lakien tulkintoja, jotka säätävät terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä terveyspalveluita tuottaville toimijoille asetetuista vaatimuksista. Nykyiset lakien tulkinnat aiheuttavat hämmennystä sekä terveydenhuollon julkisella että yksityisellä sektorilla ja heikentävät tiettyjen terveydenhuollon ammattihenkilöiden työllistymismahdollisuuksia.

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Hartman (2011, 46) toteaa terveysalan koulutuksesta seuraavaa:

”Terveysalan yrittäjäkoulutuksessa olisi painotettava liiketoimintaosaamista, tuotteistamista ja markkinointitaitoja sekä henkilöstön johtamista.”

Naprapatian koulutusohjelman yritystoimintaan liittyvissä opintokokonaisuuksissa voisi olla hyödyllistä painottaa edellä olevassa lainauksessa esiintyviä osa-alueita.

Suomen naprapaattiyhdistys

Suosittelen lämpimästi, että yhdistyksen hallitus osallistuu aktiivisesti sosiaali- ja terveysalaa koskevaan poliittiseen suunnitteluun sekä päätöksentekoon. Myös naprapaattien osaamisen markkinointi sekä naprapatiaan liittyvä tiedottaminen terveydenhuollon julkiselle ja yksityiselle sektorille sekä kuluttajille olisi naprapatian kannalta tärkeää.

LÄHTEET

- Aalto-yliopisto-1. Tutkimuksen painopistealueet. Saatavissa:
http://elec.aalto.fi/fi/research/focus_areas/health/ [Viitattu: 13.4.2014].
- Aalto-yliopisto-2. Health Factory. Saatavissa:
http://elec.aalto.fi/fi/research/health_factory/ [Viitattu: 13.4.2014].
- Aluehallintovirasto. 2013a. Aluehallintoviraston ohjeistus yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajille. Saatavissa: <http://www.avi.fi/web/avi/yksityiset-terveyspalvelut#.U0wiEF4qz0A> [Viitattu: 13.4.2014].
- Aluehallintovirasto. 2013b. Terveys. Saatavissa:
<http://www.avi.fi/web/avi/terveys#.U0rgENwqz0A> [Viitattu: 13.4.2014].
- Aluehallintovirasto. 2013c. Yksityiset terveyspalvelut. Saatavissa:
<http://www.avi.fi/web/avi/yksityiset-terveyspalvelut#.UwC57sdq7-k> [Viitattu: 13.4.2014].
- Cherunilam, F. 2009. Business environment, India: Mrs. Meena Pandey for HIMALAYA PUBLISHING HOUSE PVT. LTD..
- EDU. Toimintaympäristö. Saatavissa:
<http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/markkinointisuunnitelma/pages/toimintaymparisto.htm> [Viitattu: 13.4.2014].
- ETENE. 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/104491> [Viitattu: 13.4.2014].
- Hartman, S. 2011. Toimialaraportti Terveysala 2011. [WWW]. Saatavissa:
http://www.temtoimialapalvelu.fi/files/1627/Terveyspalvelut_2011.pdf (Viitattu: 14.4.2014).
- Hyvä. 2013. Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittinen kehittäminen HYVÄ 2011 - 2015. Saatavissa:

http://www.tem.fi/ajankohtaista/vireilla/strategiset_ohjelmat_ja_karkihankkeet/hyvinvointiohjelma_-_hyva/hyva-strategia [Viitattu: 13.4.2014].

Ilmarinen, A., Myllykangas, M., Tuomainen T-P., Vertio, H. & Vuorenkoski, L. 2013. Lääkärien suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin vuonna 2012, Suomen Lääkärilehti, 13-14/2013(), pp. 1014-1018 [WWW]. Saatavissa: [Viitattu: 13.4.2014].

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. Ääri & R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, Turku; Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja, Sarja A51.

Kainlauri, A. 2007. Ideasta hyvinvointialan yrittäjäksi, Juva: WS Bookwell Oy.

Kela. 2012a. Harkinnanvaraiset kuntoutuspalvelut. 2012. Saatavissa: <http://www.kela.fi/harkinnanvaraiset-kuntoutuspalvelut> [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2012b. Kuntoutusavustus. 2012. Saatavissa: <http://www.kela.fi/kuntoutusavustus> [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2012c. Näin Kela korvaa. 2012. Saatavissa: http://www.kela.fi/yrittaja_nain-kela-korvaa [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2013a. Korvauksen määrä. 2013. Saatavissa: <http://www.kela.fi/korvauksen-maara> [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2013b. Kuntoutusraha. 2013. Saatavissa: <http://www.kela.fi/kuntoutusraha> [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2013c. Työikäisille. 2013. Saatavissa: <http://www.kela.fi/tyoikaisille> [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2013d. Työnantajan työterveyshuollon laskennalliset enimmäismäärät. 2013. Saatavissa: http://www.kela.fi/korvauksen-maara_enimmaismaat [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2013e. Työterveyshuolto. 2013. Saatavissa: <http://www.kela.fi/tyoterveyshuolto> [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2013f. Ylläpitokorvaus. 2013. Saatavissa: http://www.kela.fi/kuntoutusraha_yllapitokorvaus [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2013g. Yrittäjän työterveyshuollon korvausten määrä. 2013. Saatavissa: http://www.kela.fi/yrittaja_maara [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2014a. Fysioterapia – Korvaaminen sairausvakuutuksesta. 2014. Saatavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/0/Fysioterapia_2014.pdf/1d66212c-0027-4679-9c68-946f633ba4b2 (Viitattu: 14.4.2014).

Kela. 2014b. Ammatilliset kuntoutuspalvelut. 2014. Saatavissa: <http://www.kela.fi/ammattilliset-kuntoutuspalvelut> [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2014c. Nuoren kuntoutusraha alle 20-vuotiaalle. 2014. Saatavissa: http://www.kela.fi/kuntoutusraha_nuoren-kuntoutusraha [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2014d. Sairaanhoidokorvaukset. 2014. Saatavissa: <http://www.kela.fi/sairaanhoito> [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2014e. Sairausvakuutus lisää yhdenvertaisuutta eri väestöryhmien välille. 2014. Saatavissa: http://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/sairausvakuutus-lisaa-yhdenvertaisuutta-eri-vaestoryhmien-valille [Viitattu: 13.4.2014].

Kela. 2014f. Sairaanhoidokorvausten taksat. 2014. Saatavissa: <http://www.kela.fi/taksat> [Viitattu: 13.4.2014].

Kuluttajatutkimuskeskus. 2008. Suomalaisten kulutus edelleen maltillista. Saatavissa: http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/ajankohtaista/suomalaisten_kulutus_edelleen_maltillista.856.news [Viitattu: 13.4.2014].

KyAMK. 2011. Suomen ainoa naprapatian AMK -koulutus täyttää 10 vuotta. 2011. Saatavissa:

http://www.kyamk.fi/Ajankohtaista/Mediatiedotteet/Arkisto/?news_id=664&start=120 [Viitattu: 13.4.2014].

KyAMK. 2014. Naprapaattikoulutus, naprapaatti (AMK). 2014. Saatavissa: <http://kyamk.fi/Hakijalle/Nuorten%20haku/Naprapaatti/> [Viitattu: 13.4.2014].

KyAMK. Opetussuunnitelmat. Saatavissa: https://soleops.kyamk.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjSel/tab/tab/fet?ryhmtyypp=1&amk_id=1111&lukuvuosi=&valkiel=en&koulohj_id=2569357&ryhma_id=2572006 [Viitattu: 13.4.2014].

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* Vol. 18, no 1/06.

Martio, J. 2007. Terveysportti - Käsittelyterapiat. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/pit/koti?p_artikkeli=reu00060&p_haku=k%C3%A4sittelyterapiat [Viitattu: 13.4.2014].

Metsämuuronen, J. 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä, Helsinki; International Methelp Ky.

Naprapathögskolan. 2013. Scandinavian College of Naprapathic Manual Medicine 2013. Saatavissa: <http://www.nph.se/english> [Viitattu: 13.4.2014].

National College of Naprapathic Medicine. 2014. About Us. Saatavissa: <http://napmed.edu/about/> [Viitattu: 13.4.2014].

Osteopatia. Osteopatia. Saatavissa: <http://www.osteopatia.fi/> [Viitattu: 13.4.2014].

Pajulahti. Hierojan ammattitutkinto (HAT). Saatavissa: <http://www.pajulahti.com/koulutus/aikuiskoulutus/hierojan-ammattitutkinto> [Viitattu: 13.4.2014].

Palmgren, T. 2014. Kansainvälistymisen ja kasvun palvelut ja rahoitus 2014. Saatavissa: http://www.yrittajat.fi/fi-FI/yritystoiminnanabc/kv/rahoitus_vakuudet/ [Viitattu: 13.4.2014].

Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorekoski, L. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet, : Terveyden ja hyvinvoinnin laitos - Raportti 4/2011.

Pohjola, M. 2009. Taloustieteen oppikirja, 1 edn., India: WSOY Oppimateriaalit.

Pohjola. 2014. Terveysturvavakuutusten korvaukset. Saatavissa: <https://www.pohjola.fi/pohjola/usein-kysyttya/terveysturvavakuutusten-korvaukset?cid=331138647&srcpl=3#9> [Viitattu: 13.4.2014].

Rahatieto. Laske palkkasi hinta työnantajallesi ja yrittäjän palkansaajan ansiotasoa vastaava liikevaihtotavoite. Saatavissa: <http://www.rahatieto.fi/ts/palkanhinta.htm> [Viitattu: 13.4.2014].

Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2004. Hoivayrittäjäys, Juva 2004: PS-Kustannus.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin, Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.

Sievänen, N. 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteli hoivayrittäjän näkökulmasta. [WWW]. Saatavissa: http://www.miset.fi/resources/public/PalveluLT/Palveluseteli/Pro%20gradu_Noora%20Siev%C3%A4nen_221010.pdf (Viitattu: 14.4.2014).

SOMTY. Mitä OMT on?. Saatavissa: http://www.omt.org/tmp_somty_site_0.asp?sua=1&lang=1&s=5 [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2004. Työterveyshuoltolaki – Opas työterveyshuoltolain soveltajille. 2004. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1068393 [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2013d. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä Suomessa, vastuut. 2013. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2014d. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). 2014. Saatavissa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2012. Palveluseteli. 2012. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palveluseteli [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2013a. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. 2013. Saatavissa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015 [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2013b. Terveyskeskukset. 2013. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveyskeskukset [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2013c. Työterveyshuolto. 2013. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/tyoterveyshuolto [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2014a. Ministeri Risikko: Uusi rahoitusmalli vauhdittamaan sote-uudistusta 2014. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1872010> [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2014b. Sote-uudistus. 2014. Saatavissa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos [Viitattu: 13.4.2014].

STM. 2014c. Terveyspalvelut. 2014. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut [Viitattu: 13.4.2014].

Strang, L. 2000. Yritystoiminnan uhkatekijät - tunnista, ennakoi, selviydy, 1 edn., Helsinki: Kauppakaari Oyj.

Strategic Management Insight. 2013. PEST & PESTEL Analysis. Saatavissa: <http://www.strategicmanagementinsight.com/tools/pest-pestel-analysis.html> [Viitattu: 13.4.2014].

Southwest University of Naprapathic Medicine and Health Sciences. 2014. Southwest University of Naprapathic Medicine and Health Sciences - About SUNM. Saatavissa: <http://sunm-edu.com/> [Viitattu: 13.4.2014].

Suomen Fysioterapeutit-1. Fysioterapia ammattina - Ammatillinen lainsäädäntö. Saatavissa (vaatii kirjautumisen): http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=264&Itemid=318 [Viitattu: 13.4.2014].

Suomen Fysioterapeutit-2. Usein kysyttyä. Saatavissa (vaatii kirjautumisen): https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=278&Itemid=332 [Viitattu: 13.4.2014].

Suomen kiropraktikkoliitto. Kiropraktiikka – elämäsi kunnossa, joka iässä. Saatavissa: <http://www.suomenkiiropraktikkoliitto.fi/index.php/kiiropraktiikka> [Viitattu: 13.4.2014].

Suomen naprapaattiyhdistys-1. Hoitomuodot. Saatavissa: <http://www.naprapaatti.info/hoitomuodot> [Viitattu: 13.4.2014].

Suomen naprapaattiyhdistys-2. Naprapatia. Saatavissa: <http://www.naprapaatti.info/naprapatia> [Viitattu: 13.4.2014].

Sutela, M. 2003. Sosiaali- ja terveystalvelujen ulkoistaminen - Oikeudelliset reunaehdot, Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tekes. Innovaatiot sosiaali- ja terveystalveluissa. Saatavissa: <http://www.tekes.fi/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat-ja-verkostot/innovaatiot-sote-palveluissa/> [Viitattu: 13.4.2014].

Tenhunen, L. 2004. Yrittäminen Sosiaali- ja Terveysalalla, Järvenpää: Yrityssanoma Oy.

Tilastokeskus-1. Pääluokat - Toimialaluokitus 2008 - 86909 Muu terveysterveyspalvelu. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/toimiala/001-2008/86909.html> [Viitattu: 13.4.2014].

Tilastokeskus-2. Pääluokat - Toimialaluokitus 2008. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/toimiala/001-2008/86.html> [Viitattu: 13.4.2014].

Tilastokeskus. 2007a. Koulutus Suomessa: yhä enemmän ja yhä useammalle. Saatavissa: <http://www.stat.fi/tup/suomi90/marraskuu.html> [Viitattu: 13.4.2014].

Tilastokeskus. 2007b. Suomalaisen kulutus yksitoistakertaistunut sadassa vuodessa. Saatavissa: <http://www.stat.fi/tup/suomi90/heinakuu.html> [Viitattu: 13.4.2014].

Tilastokeskus. 2007c. Väestönkehitys itsenäisessä Suomessa - kasvun vuosikymmenistä kohti harmaantuvaa Suomea. Saatavissa: <http://www.stat.fi/tup/suomi90/joulukuu.html> [Viitattu: 13.4.2014].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, 1.-4. Painos. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy

Vaihtoehtohoidot. Manipulaatio. Saatavissa: <http://www.vaihtoehtohoidot.fi/manipulaatiohoidot.php> [Viitattu: 13.4.2014].

Valvira. 2014. Ohjeistus yksityisen terveydenhuollon valtakunnallisten palvelujen tuottajille. 2014. Saatavissa: http://www.valvira.fi/luvat/yksityisen_terveydenhuollon_luvat [Viitattu: 13.4.2014].

Valvira. 2014b. Ammattioikeudet. 2014. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet> [Viitattu: 13.4.2014].

Valvira. 2014c. Valviran tehtävät. 2014. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/valvira> [Viitattu: 13.4.2014].

Wikipedia. 2014. Naprapatia. 2014. Saatavissa:
<http://fi.wikipedia.org/wiki/Naprapatia> [Viitattu: 13.4.2014].

Yritys–Suomi. 2013. Yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottaminen. 2013. Saatavissa: <http://www.yrityssuomi.fi/lupa?id=246333> [Viitattu: 13.4.2014].