

# **Työterveyshuollon merkitys lyhytaikaisen työkyvyttömyyden ehkäisijänä – Kelan näkökulma**

Artikkeli 15/2021



## Artikkeli 15/2021

Kirjoittaja: Riitta Luoto, ylilääkäri, Kelan tutkimusyksikkö

Grafiikka: Liisa Valtonen

Avainsanat: työterveyshuolto, työkyky

Päivämäärä: 18.10.2021

### Kirjoittajan esittely

Riitta Luoto työskentelee ryhmäpäällikkönä Kelan tutkimusyksikössä. Hän on ylilääkäri, LT, dosentti, terveydenhuollon ja työterveyshuollon erikoislääkäri. Hänellä on eMBA-tutkinto sekä terveydenhuollon tietotekniikan ja vakuutuslääketieteen erityispätevyys.

### Yhteenveto

Artikkelissa tarkastellaan työterveyshuollon asemaa lyhytaikaisen työkyvyttömyyden ehkäisijänä Kelan näkökulmasta. Artikkelin nostaa esiin työkyvyttömyyden kustannukset ja pohtii suomalaisen työelämän piirteitä työterveyden ja työkyvyn kannalta sekä tuo tietoa sairauspäivärahojen käytöstä, jakaumasta ammattiaseman ja sukupuolen mukaan sekä näiden kehityksestä. Artikkelissa pohditaan myös työterveyshuollon merkitystä ja sen korvaustason muutosten vaikutusta.

Sairauspäivärahoja saaneiden henkilöiden määrä on vähentynyt, mutta kustannukset ovat kasvaneet 50 vuodessa nelinkertaiseksi, 800 miljoonaan euroon. Työterveyshuollon keskimääräinen Kelan korvaus työntekijää kohti on kasvanut 1970-luvun alle 50 eurosta nykypäivän lähes 200 euroon.

Työkyvyn hallintamalli ja siihen sidottu korkeampi korvausprosentti ei pelkästään kannusta työnantajia yhteistyöhön ja lisäämään ennaltaehkäisevää toimintaa, vaan tarvitaan myös sairaanhoitoa tukemaan työterveysyhteistyötä. Kelan työterveyshuollon korvausjärjestelmällä on tärkeä merkitys työkyvyn ja työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Vaikuttavuuteen perustuvan ja kannustavan korvausjärjestelmän kehittäminen sekä työ- että opiskeluterveydenhuoltoon saattaisi tuoda kustannussäästöjä ja auttaisi suuntaamaan resursseja työkyvyttömyyden ehkäisyyn.

### Akava Works

Akavan tiedontuotanto toimii nimellä Akava Works.

Akava Works tarjoaa monipuolisesti tietosisältöjä raporteina, selvityksinä ja tutkimuksina. Tavoitteenamme on lisäksi herättää yhteiskunnallista keskustelua erityisesti akavalaisille tärkeistä ja ajankohtaisista aiheista. Akava Works -sisällöt eivät ole Akavan virallisia kannanottoja.

Akava Works -sivusto on osoitteessa [www.akavaworks.fi](http://www.akavaworks.fi).

# Sisällysluettelo

1	Johdanto .....	3
2	Työterveyshuolto ja suomalaisen työelämän haasteet .....	3
3	Sairauspäivärahatrendit – saajat vähentyneet, kustannukset kasvaneet .....	4
	3.1 Sairauspäivärahatrendit ammattiaseman ja sukupuolen mukaan .....	7
4	Työterveyshuolto työkyvyttömyyden kustannuksia vähentämässä .	9
	4.1 Työterveyshuollon kustannusten kehitys.....	14
	4.2 Työterveyshuollon korvaustason muutoksen vaikutukset .....	14
5	Lopuksi: työkyvyttömyyden kustannuksiin voidaan vaikuttaa .....	16
	Lähdeluettelo .....	18

# 1 Johdanto

Suomalaisessa työelämässä on viime vuosikymmeninä ollut monia pulmia. Osalla työntekijöistä on työtä liikaa ja osalla liian vähän. Työssä jaksamisen ongelmat ovat lisääntyneet. Osa sinnittelee sairaana töissä, jos työterveyshuolto on vain lakisääteistä eikä terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolle pääse ilman kuukausien jonotusta. Työtapaturmista voi seurata pitkä kuntoutuskierre, joka ei välttämättä johda työhön paluuseen tai uudelleentyöllistymiseen. Pitkät perhe- ja hoitovapaat saattavat vaikeuttaa naisten työelämään paluuta, kun osaamispääomaa ei kerry tai koulutus vanhenee nykyisen työelämän tarpeisiin nähden. Raskauteen ja perhevapaisiin liittyy edelleen työelämän syrjintää, vaikka asiaan puututaan yhä useammin. Yli 50-vuotiailla voi olla vaikeuksia työllistyä, kun nuorempia ja kokemattomampia työntekijöitä palkataan mieluummin töihin. Osa työntekijöistä, sekä nuorista että iäkkäämmistä, ei pääse kiinnittymään työelämään, mikä voi johtua terveysyistä tai muista syistä. Eläkeikäiset ovat yhä useammin toimintakykyisiä ja haluaisivat jatkaa työelämässä, jos sopivaa osa-aikaista työtä löytyisi.

Sairausvakuutuslain mukaan työkyvyttömyydellä tarkoitetaan sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä henkilö on kykenemätön tekemään tavallista työtään tai työtä, joka on siihen läheisesti verrattavaa. Lain määritelmä koskee lyhytaikaista, sairaudesta johtuvaa työkyvyttömyyttä, josta aiheutuva ansionmenetyks korvataan sairausvakuutuslain mukaisella päivärahalta. Kun työkyvyttömyys on pitkäaikaista, eläkelaitos voi myöntää työkyvyttömyyseläkkeen, kun perusteet sille täyttyvät eikä kuntoutuksella ole saatu palautettua työkykyä.

Lyhytaikainen työkyvyttömyys on keskeinen työikäisten haaste. Alun perin lyhyet työstä poissaolojaksot saattavat venyä pitkiksi, ellei työkyvyn tuen toimenpiteitä käytetä aktiivisesti. Työkyvyttömyyseläkkeen kriteeri, työkyvyttömyys kaikkeen työhön, täyttyy harvoin. Arkikielinen ilmaus sairausperusteiselle työkyvyttömyydelle (sairausloma) veisi prosessia kustannuksia kasvattavaan suuntaan, ellei työterveyshuollon ohjaustoimenpiteitä käytettäisi. Tässä kirjoituksessa pohditaan työterveyshuollon asemaa ja toimintaa sairauspoissaolojen trendien ja Kelan ohjaustoiminnan valossa. Työkyvyttömyyseläkkeet ja kuntoutus on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

## 2 Työterveyshuolto ja suomalaisen työelämän haasteet

Suomalainen työterveyshuolto on järjestelmän ainutlaatuinen, eikä se ole verrattavissa muiden Pohjoismaiden tilanteeseen. Työterveyshuollon rahoituspohja on laaja. Työtulovakuutuksen rahoittamiseen osallistuvat sekä työnantajat että palkansaajat. Valtion maksuosuus on pieni. Työterveyshuollon toimijoiden osaamispääomaa on kartutettu laadukkaasti virtuaaliyliopiston avulla. Kela on tukenut suomalaista työterveyshuoltoa korvaamalla työnantajille kuluja sekä sairausperusteisista että ennaltaehkäisevistä käynneistä. Voi perustellusti kysyä, ovatko investoinnit olleet merkittäviä suhteessa lyhytaikaisen työkyvyttömyyden kehitykseen?

Työkyvyttömyys ja siitä aiheutuvat menetykset tuottavat kustannuksia sekä yksilölle ja työnantajille että yhteiskunnalle. Työpanoksella tarkoitetaan tässä työkyvyn puitteissa

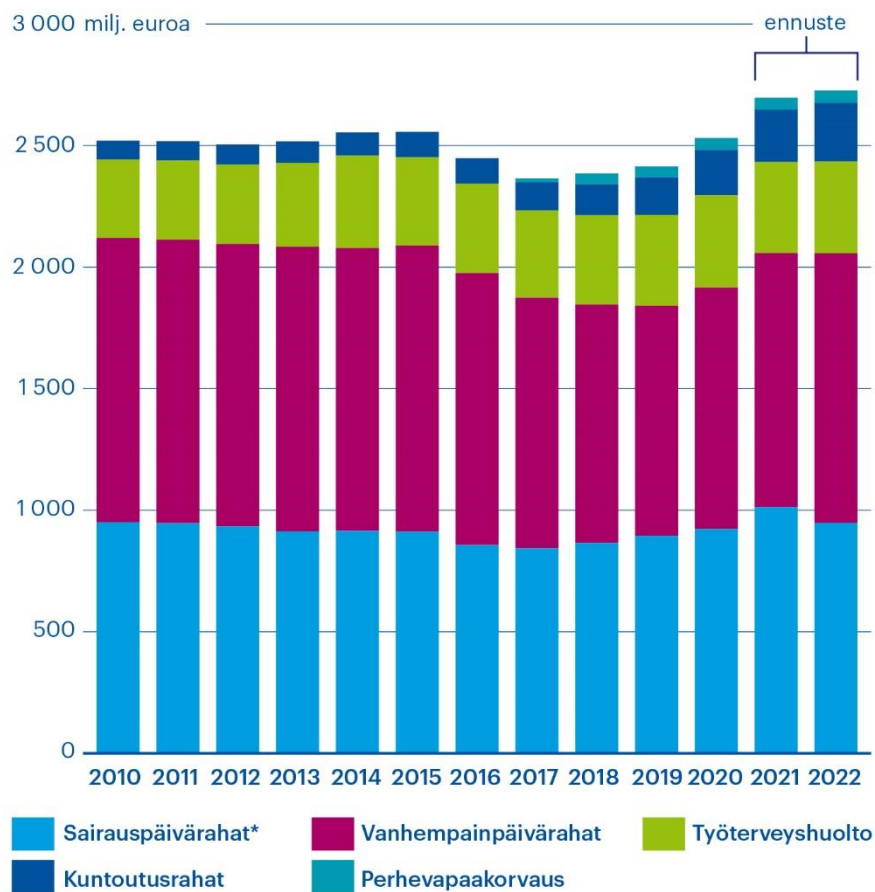
toteutuvaa palkkatyötä tai yrittäjän tekemää työtä. Työkyky ei ole sairauden puutetta eikä työkyvyttömyys yksiselitteisesti terveyden puutetta. Työkyvyn mustavalkoinen tulkinta, jossa luokitteluna on työkykyinen tai työkyvytön, on korvausjärjestelmissä lakiin perustuvaa, mutta muussa elämässä monien harmaan sävyjen jatkumo. Sairaus ei aina ole keskeinen syy työstä poissaoloon, vaan siihen vaikuttavat myös työn hallintaan, motivaatioon ja perhe-elämään liittyvät seikat. Sairauksiin liittymättömät tekijät, kuten perhesyyt, stressi, harrastukset tai työpaikan ongelmat kuten työntekijä-esimiesristiriidat ovat kansalaisten mielestä olleet ainakin aikaisemmin oikeutettuja syitä sairauspoissaoloihin (Sairauspoissaolojen hallinta 2009 (EK, 2009)).  
Terveydelliset ja elämäntilanteeseen liittyvät tekijät kietoutuvat usein tiukasti yhteen. Erityisesti työterveyshuollossa tarvitaan ymmärrystä työkyvyn kokonaisuudesta, vaikka etuusjärjestelmissä tulkinta perustuu lakiin. Työterveyshuollon ammattilaisia tarvitaan erottamaan perustellut syyt työstä poissaololle ja aloittamaan työkyvyn tuen toimenpiteitä esihenkilöiden kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (Rissanen ja Kaseva 2014 (Rissanen M., 2014)) arvioitiin menetetyt työpanoksen suuruutta eli sairauspoissaolojen, presentismin eli sairaana työskentelyn ja työkyvyttömyyden kustannuksia. Lyhytaikaisen työkyvyttömyyden (sairauspoissaolojen) ja sairaana työskentelyn osuus oli lähes sama (14 prosenttia). Työtapaturmien ja ammattitautien osuus oli tässä kokonaisuudessa noin 10 prosenttia.

Rahassa arvioituna työkyvyttömyyden aiheuttamat menetykset olivat sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan yhden vuoden aikana kahdeksan miljardia euroa, 25 miljardin euron kokonaissummasta arvioituna. Ylemmän korkeakouluasteen ja tutkijakoulutuksen saaneiden henkilöiden työkyvyttömyydestä kertyvä kustannus oli STM:n raportin perusteella 500 miljoonaa euroa. On syytä huomata, että raportin tiedot ovat jo kymmenen vuoden takaa, eikä uusia lukuja ole saatavilla. Todennäköistä on, etteivät summat ole ainakaan pienentyneet – työkyvyttömyys on edelleen yhteiskunnan näkökulmasta kallis menoerä.

### 3 Sairauspäivärahatrendit – saajat vähentyneet, kustannukset kasvaneet

Kelan sairausvakuutuksen rahoitus on jaettu työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Työtulovakuutuksesta maksetaan sairauspäivä-, vanhempainpäivä- ja kuntoutusrahat sekä työnantajille työterveyshuollon järjestämisestä maksettavat korvaukset (Kuvio 1). Työterveyshuollon järjestämisestä maksettavat korvaukset ovat pienet (noin 300 miljoonaa euroa) verrattuna vanhempainpäiväraha- ja sairauspäivärahamenoihin (noin 2 miljardia euroa yhteensä). Vuosien 2021–22 ennusteissa etuuskuuluja kasvattavat kuntoutusrahan, vanhempainpäivärahojen ja sairauspäivärahojen lisääntyneet osuudet. Vaikka vanhempainpäiväraha ei ole työkyvyttömyyden vuoksi maksettava etuus, se on tässä kappaleessa mukana vertailukohtana.



\*Sisältää osasairauspäivärahat, luovutuspäivärahat, tartuntatautipäivärahat, YEL-lisäpäivärahat, mata-päivärahat ja väliaikaiset epidemiatuet vuodelta 2020.

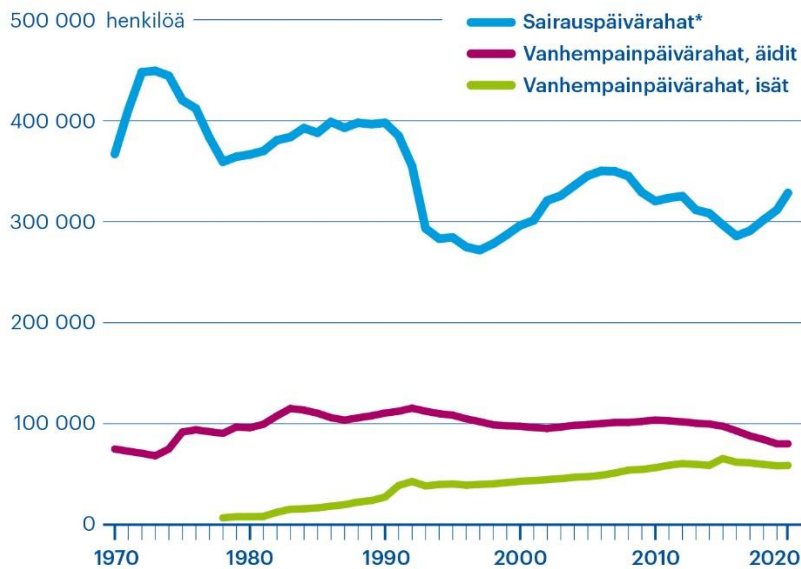
Lähde: Kela

Kuvio 1. Työtulovakuutuksen etuuskulut 2010–2022. (Kelan etuusmenot 2021, aktuaari- ja taloushallinto-osasto ([https://tyotilat-sinetti.kela.fi/organisaatiot/yhteistenpalvelujen/talousjahrenkilost/aktuaarijatalousp/Jaetutasiakirjat/Kesakuun\\_laskelma.pdf](https://tyotilat-sinetti.kela.fi/organisaatiot/yhteistenpalvelujen/talousjahrenkilost/aktuaarijatalousp/Jaetutasiakirjat/Kesakuun_laskelma.pdf)))

Lyhytaikaisesta työelämästä poissaolon takia Kela maksaa kompensatiota työnantajille, joiden velvollisuus maksaa palkkaa sairauden, perhevapaan tai kuntoutuksen ajalta vaihtelee alojen ja työtehtävien kesken ((Toivonen, 2012)). Sairauspäivärahaa maksetaan omavastuuajan jälkeen, kun sairaus heikentää työkykyä pidempään kuin yhdeksän päivää. Tätä jaksoa lyhyempien sairauspoissaolojen määrä ja kustannukset ovat vain työnantajien tiedossa.

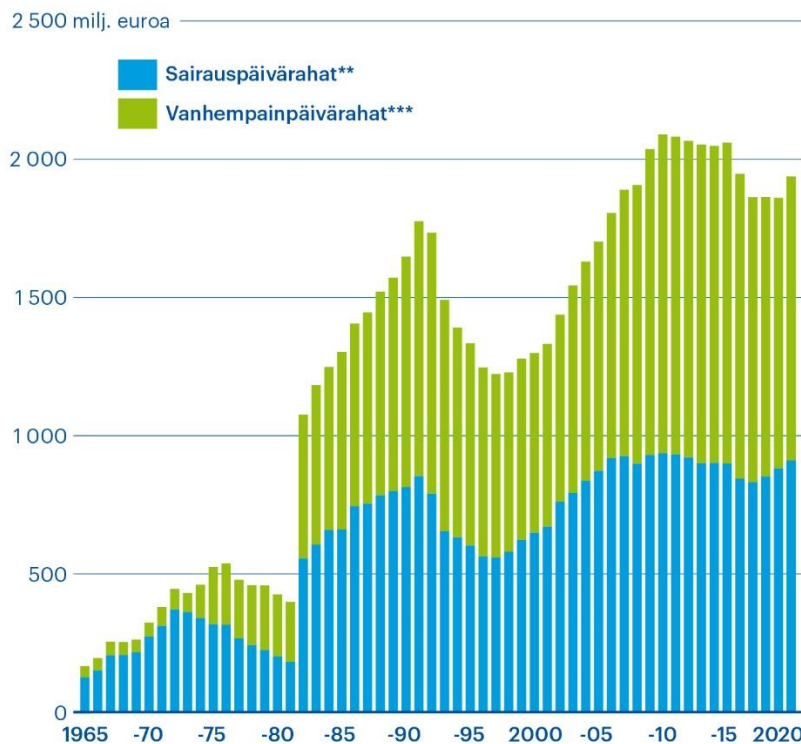
Suurin yhteenlaskettu sairaus- ja vanhempainpäivärahojen saajien lukumäärä oli 1970-luvun lopussa ja 1990-luvun alkuvuosina (Kuvio 2). Eniten sairauspäivärahaa saaneita (noin 450 000 henkilöä/vuosi) oli vuosina 1973–75. Sairauspäivärahaa saaneiden määrä on vähentynyt selvästi 1970-luvulta vuoteen 2019. Vuonna 2019 sairauspäivärahaa sai noin 300 000 henkilöä. Sairaus- ja vanhempainpäivärahoista aiheutuneet kustannukset vuoden 2019 rahassa ovat kasvaneet 54 vuodessa noin 200 miljoonasta eurosta 1 800 miljoonaan euroon – noin kymmenkertaisiksi. Vaikka sairauspäivärahoja saaneiden lukumäärä on vähentynyt selvästi, kustannukset ovat kasvaneet 50 vuodessa 200 miljoonasta eurosta 800 miljoonaan euroon eli nelinkertaiseksi (kuvio 2).

## Sairaus- ja vanhempainpäivärahaa saaneet 1970–2020



\*Sisältää varsinaisen sairauspäivärahan lisäksi tartuntatautipäivärahan ja luovutuspäivärahan saajat vuodesta 2003, YEL-päivärahan saajat vuodesta 2006 ja osasairauspäivärahan saajat vuodesta 2007.

## Maksetut sairaus- ja vanhempainpäivärahat 1965–2020 (vuoden 2020 rahana)



\*\*Sisältää myös Mela-sairauspäivärahat, YEL-päivärahat, tartuntatautilain perusteella maksetut päivärahat ja ansionmenetykskorvaukset sekä elimen tai kudoksen luovuttajalle maksetut päivärahat.  
\*\*\*Sisältää perhevapaakorvauksen ja vuosilomakustannusten korvaukset työnantajalle sekä erityis-  
hoitorahat.

Lähde: Kela

Kuvio 2. Sairaus- ja vanhempainpäivärahaa saaneet vuosina 1970–2019 (ylempikaavio) ja maksetut sairaus- ja vanhempainpäivärahat vuosina 1965–2019 (alempi kaavio).



Mikä selittää sairauspäivärahan trendejä? Jenni Blomgren ym. (Blomgren, Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä miehillä ja naisilla. Sairauspäivärahan saajat 1995–2016, 2016, 81) ovat kuvanneet tutkimuksissaan, miten muun muassa taloussykli ja etuusjärjestelmä muutoksineen liittyvät sairauspäivärahan ajalliseen vaihteluun. Kun työttömyys on vähäistä, sairauspäivärahan saaminen on todennäköisempää kuin työttömyyden kasvaessa. Kun päivärahan omavastuu-aikaa pidennettiin viikosta 9 päivään 1992–93, entistä harvemmalle kohdistui sairauspäiväraha. Myös väestön ikärakenne vaikuttaa sairauspäivärahaa koskeviin trendeihin. Työikäisen väestön ikärakenteen muutos kiihdytti sairauspäivärahaa saaneiden osuuden kasvua 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa, mutta 2010-luvun kehitykseen se ei ole enää vaikuttanut. On myös pohdittu, mikä merkitys työkyvyn varhaisen tuen toimenpiteillä on ollut sairauspäivärahan saamisen vähenemiseen (Blomgren 2016). Todennäköisesti merkitys on ollut suuri – ainakin niille työntekijöille, joiden työnantaja on voinut tarjota varhaista tukea.

### 3.1 Sairauspäivärahatrendit ammattiaseman ja sukupuolen mukaan

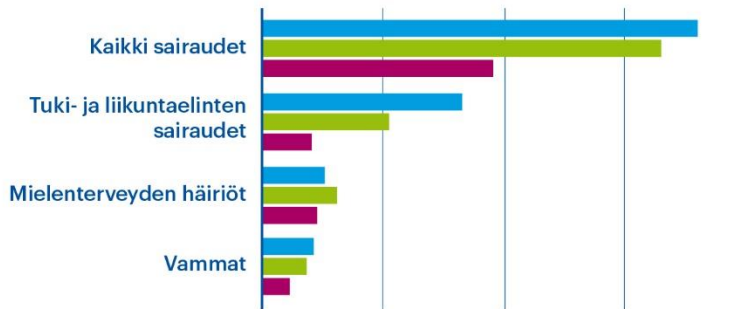
Sairauspäivärahalla korvattavien sairauspoissaolojen yleisimpiä syitä ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmista aiheutuneet vammat ja myrkytykset (Kuvio 3). Tuki- ja liikuntaelinten sairauksista ja tapaturmista johtuvissa sairauspoissaoloissa ammattiasemien väliset erot ovat suuret sekä naisilla että miehillä.

Mielenterveyden häiriöistä johtuvissa sairauspoissaoloissa sen sijaan erot ammattiasemien välillä ovat pienet ja osittain erilaiset kuin muissa sairausryhmissä. Sekä naisilla että miehillä mielenterveydestä johtuvia sairauspoissaoloja on eniten alemmilla toimihenkilöillä (Pekkala ym. 2018 (Pekkala J., 2018)).

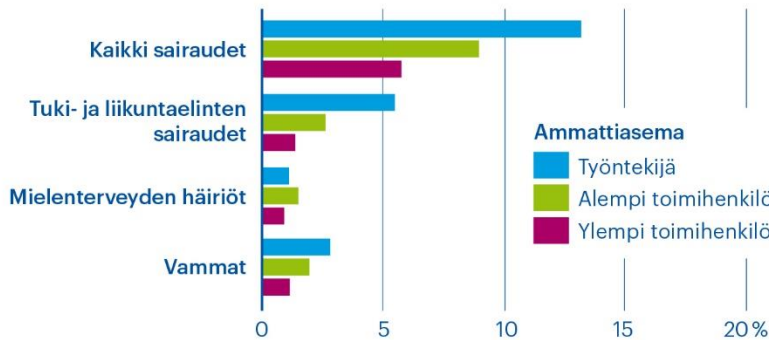


## Sairauspoissaolojen syyt ammattiaseman ja sukupuolen suhteen 2014

**Naiset** (25–64-vuotiaat, sairauspäivärahaa saaneiden osuus, %)



**Miehet** (25–64-vuotiaat, sairauspäivärahaa saaneiden osuus, %)

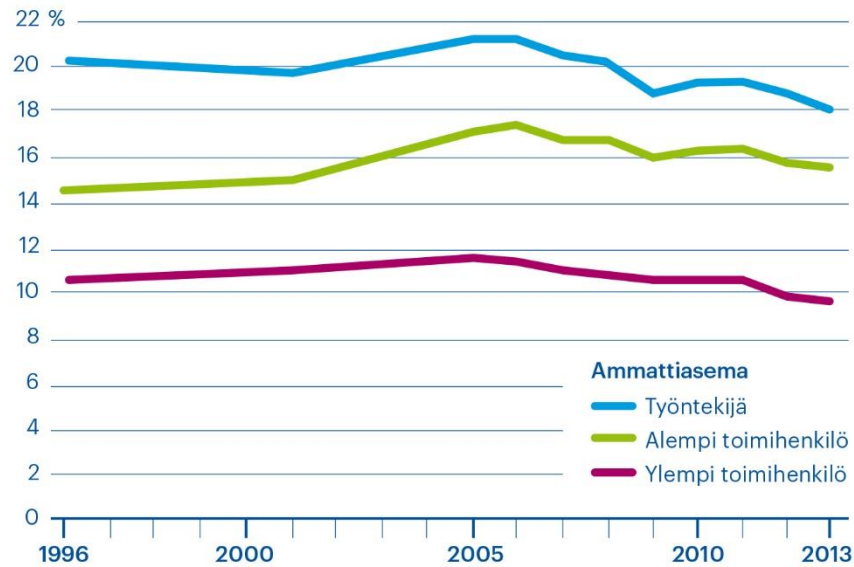


Lähde: Kela/Pekkala ym 2018

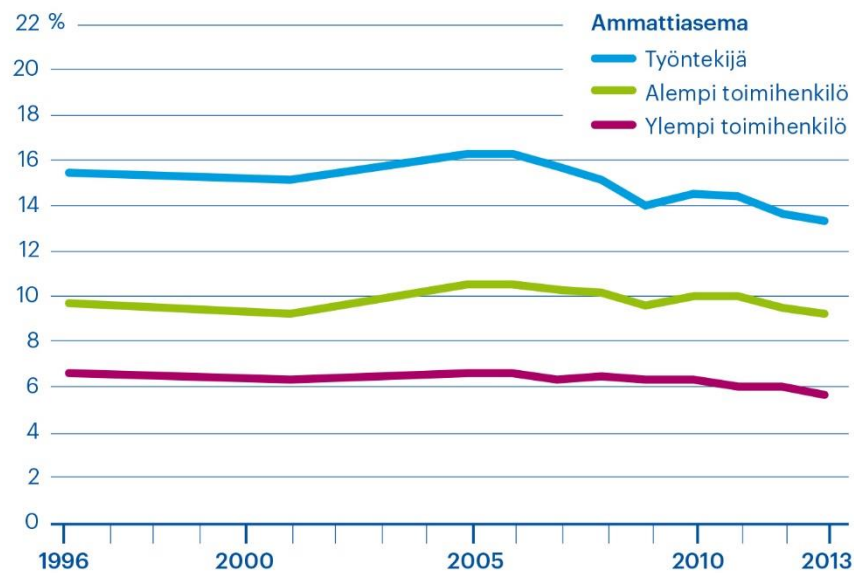
Kuvio 3. Sairauspoissaolojen syyt ammattiaseman ja sukupuolen mukaan. Lähde: Pekkala ym. 2018.

Sairauspoissaolot ovat vähentyneet vuosina 1996–2013 ammattiryhmistä eniten työntekijöillä sukupuolesta riippumatta (Kuvio 4). Ylempillä toimihenkilöillä pitkien sairauspoissaolojen osuus on säilynyt lähes samana (miehillä 6 prosenttia ja naisilla 10 prosenttia). Työterveyshuollon toiminnasta ovat todennäköisesti hyöttyneet toimihenkilöitä enemmän työntekijät, joilla on ollut ja on edelleen enemmän sairauserusteisia poissaoloja. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien aiheuttamat sairauspoissaolot ovat vähentyneet sekä mies-, että naispuolisilla työntekijöillä vuosina 2005–2014. Sen sijaan toimihenkilöiden ryhmässä vähenemä on hyvin pientä. Mielen terveyssyistä johtuvia sairauspoissaoloja on eniten naispuolisilla alemmilla toimihenkilöillä. Muutokset kaikissa ammattiryhmissä ovat vähäisiä. Ylempien toimihenkilöiden mielen terveyssyistä johtuvat sairauspoissaolot ovat vähentyneet eniten kaikista työntekijäryhmistä. Työtapaturmat ovat sairauspoissaolojen syynä useimmiten työntekijöillä, eivätkä osuudet ole tällä aikavälillä muuttuneet ollenkaan (Pekkala ym 2017b (Pekkala J. B., 2017b)). (Blomgren, Mielen terveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä, Kelan tutkimusblogi 29.1.2020, 2020)

Naiset (25–63-vuotiaat, %)



Miehet (25–63-vuotiaat, %)



Lähde: Pekkala ym 2017b

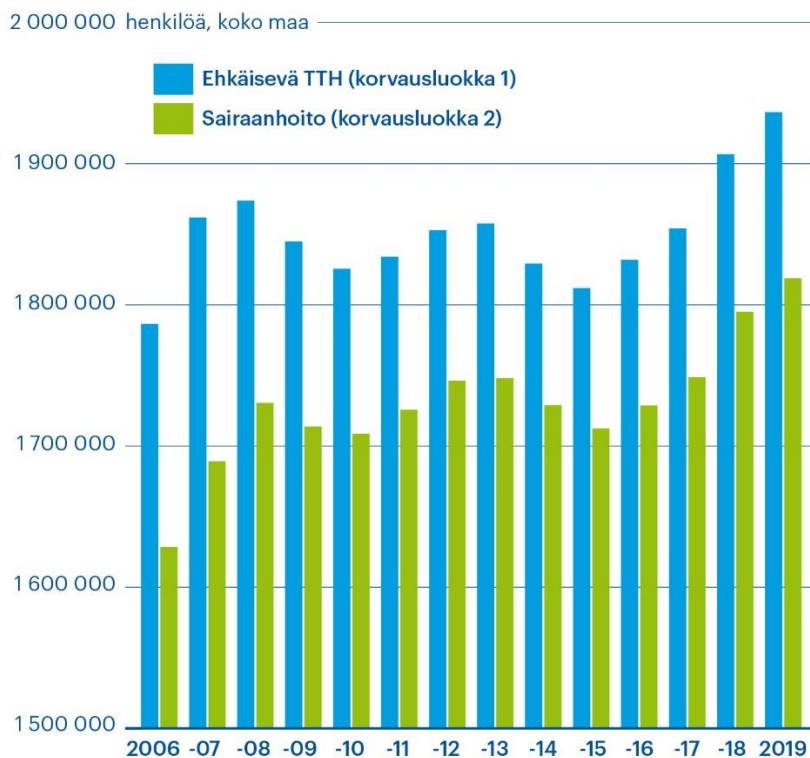
Kuvio 4. Ikävakioitu sairauspoissaolojen yleisyys (%) ammattiaseman ja sukupuolen mukaan 1996–2013 (Pekkala ym 2017a (Pekkala J. B., 2017a)).

## 4 Työterveyshuolto työkyvyttömyyden kustannuksia vähentämässä

Työterveyshuollon tarkoituksena on ehkäistä työhön liittyviä sairauksia ja tapaturmia sekä edistää työntekijöiden työ- ja toimintakykyä sekä työyhteisön toimintaa. Työntekijällä on oikeus lakisääteiseen ehkäisevään työterveyshuoltoon, mutta sairaanhoidon järjestäminen on työnantajalle vapaaehtoista.

Työterveyshuollon kustannusrakenteesta ja vaikuttavuudesta on paljon epätietoisuutta ja näkemyksiä, joissa ehdotetaan radikaaleja ratkaisuja työterveyshuollon lakkauttamiseksi tai supistamiseksi. On tarpeen arvioida työterveyshuollon laajuutta, toimintaa ja vaikutuksia työkyvyttömyyden ehkäisyn näkökulmasta. Mikä on työterveyshuollon merkitys?

Työterveyshuolto kasvoi vuosina 1997–2013 nopeammin kuin muu terveydenhuolto (Hujanen ja Mikkola 2014 (Hujanen, 2016, 71)). Kasvuvauhti oli lähes yhtä nopea kuin lääkkeiden kustannusten kasvu 1990-luvun lopussa. Vuodesta 1997 työterveyshuollon palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrä (1,5 miljoonaa henkilöä) kasvoi 28 prosenttia vuoteen 2008, jolloin työnantajien työterveyshuollon piirissä oli enimmillään 1,9 miljoonaa henkilöä. Vaikka talouskasvu hidastui, työterveyshuollon piirissä olevien määrä vähentyi vain prosentin vuoteen 2013. Vuonna 2006 lakisääteisen työterveyshuollon korvausten piiriin kuului 1,8 miljoonaa, sairaanhoitopalveluja sisältävien korvausten piiriin 1,6 miljoonaa kansalaista (Kuvio 5). Lakisääteisen työterveyshuollon piiriin kuuluvien määrä on lisääntynyt lähes 100 000:lla vuoteen 2019 mennessä.



Lähde: Kela

#### Työnantajien työterveyshuollon piiriin kuuluvat työntekijät ja maksetut korvaukset

##### Koko maa

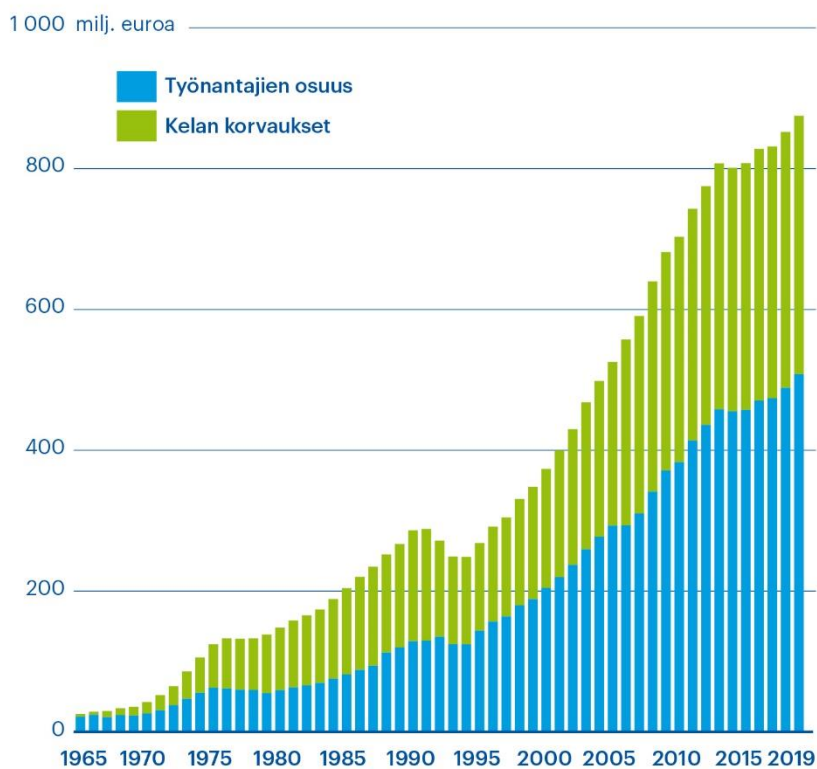
Aika	Korvausluokka	TTH:n piiriin kuuluvat	Hyväksytyt kustannukset	Korvaukset
2019	Yhteensä	1 936 995	875 199 523	366 991 054
	Ehkäisevä TTH (korvausluokka I)	1 936 508	423 782 841	178 881 150
	- korvaus 50 %	19 303	2 807 591	1 201 277
	- korvaus 60 %	1 917 205	420 975 251	177 679 873
	Sairaanhoito (korvausluokka II)	1 818 870	451 416 682	188 109 904

Kuvio 5. Työterveyshuollon korvausten (luokka 1: lakisääteinen, luokka 2: sairaanhoidon sisältävä) piiriin kuuluva väestö vuosina 2006–2019.

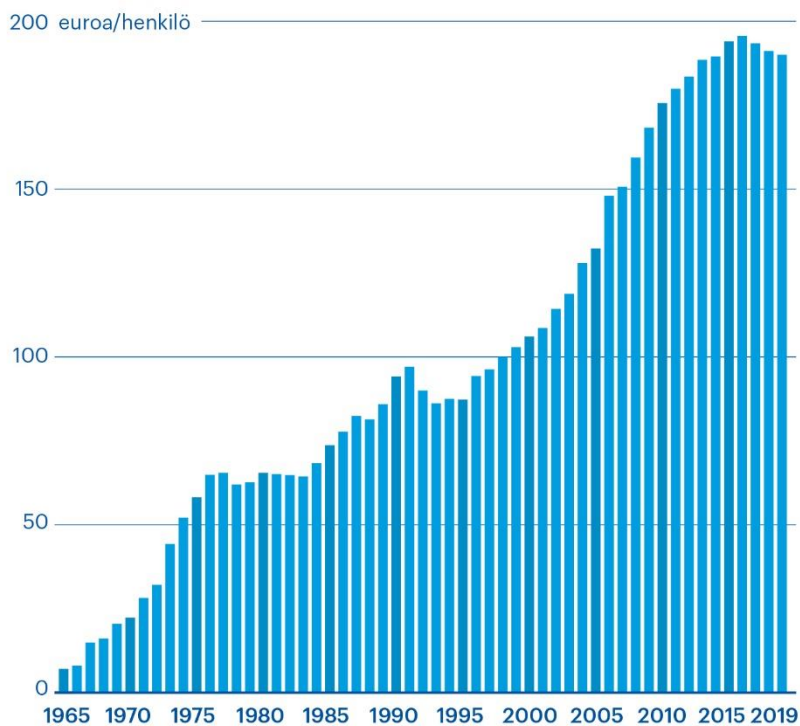
Työterveys- ja opiskeluterveydenhuollon menojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 2010-luvun alussa 4 prosenttia (Hujanen & Mikkola 2016 (Hujanen, 2016, 71) (Hujanen, 2016, 71)). Vuoden 2020 tietojen mukaan se oli 850 miljardia euroa, 4,3 prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Keskimääräiset kustannukset työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohti olivat 439 euroa ja Kela-korvaukset 189 euroa. Työterveyshuollon kustannukset olivat noin 145 euroa kansalaista kohti ja terveydenhuollon kokonaiskulut 3 774 euroa asiakasta kohti (Kela 2017). Kelan maksettava osuus on vuonna 2020 noin 350 miljoonaa euroa ja työnantajien osuus noin 450 miljoonaa euroa (Kuvio 6). Työterveyshuollon keskimääräinen kustannus työntekijää kohti on kasvanut vuosi vuodelta lähes lineaarisesti 1970-luvun alle 50 eurosta nykypäivän lähes 200 euroon (Kuvio 6).

Yrittäjien työterveyshuollon kustannukset ovat vähentyneet vuodesta 2015 alkaen, päinvastoin kuin muualla työterveyshuollossa. Suurimmat työntekijäkohtaiset kustannukset ovat 100–499 hengen, pienimmät alle 20 hengen työpaikoissa (Kuvio 7). Kustannusten kasvu on ollut samansuuntaista kaikissa työpaikoissa.

## Työterveyshuollon kustannusten ja korvausten kehitys 1965–2019 (vuoden 2019 rahana)

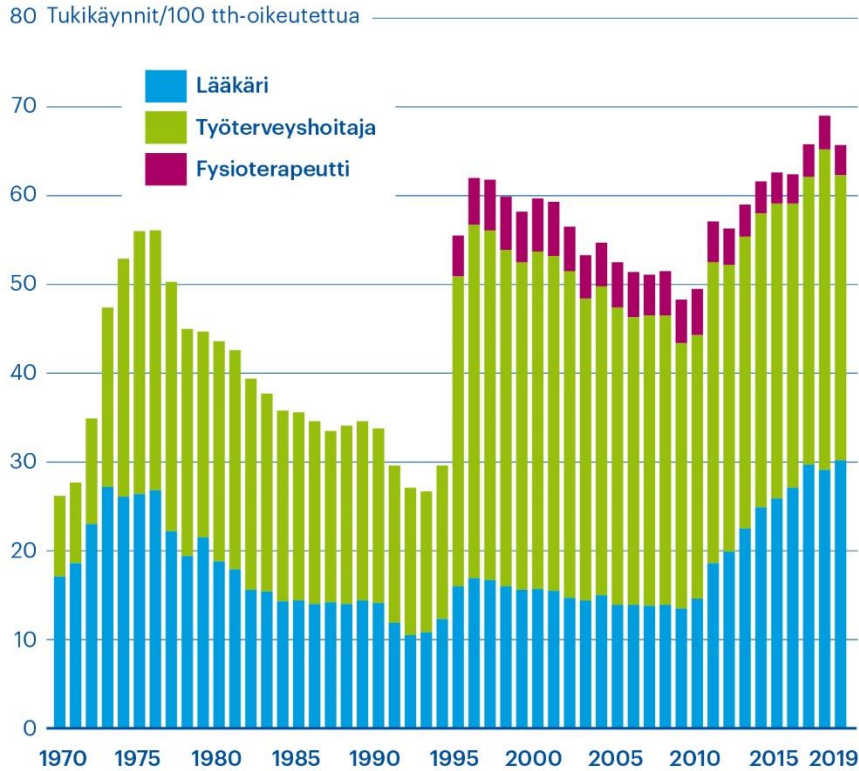


## Työterveyshuollon keskimääräiset korvaukset THH:n piiriin kuuluvaa kohti 1965–2019 (vuoden 2019 rahana)



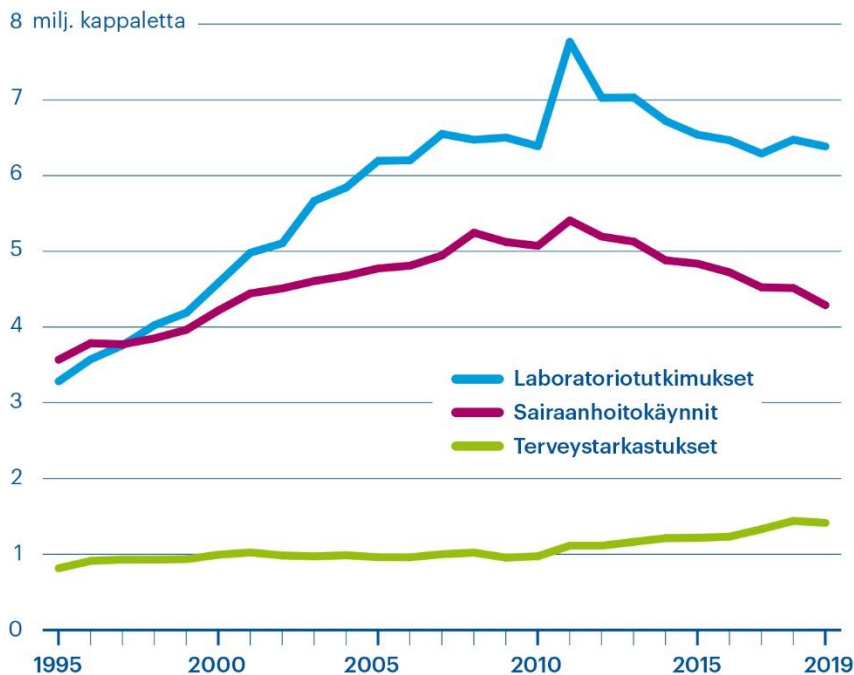
Lähde: Kela

Kuvio 6. Työterveyshuollon kustannukset ja korvaukset vuosina 1965–2019 ja työterveyshuollon keskimääräiset korvaukset työntekijää kohti 1965–2018.



Huom. Vuoden 1995 alusta käyttöön otettu uusi korvausjärjestelmä muutti terveystarkastusten tilastointikäytäntöä. Korvausjärjestelmää uudistettiin jälleen käsittelykaudesta 2011 lähtien, jolloin terveystarkastuksiin sisältyy aiemmasta poiketen myös seurantakäyntejä.

### Työterveyshuollossa tehtyjen terveystarkastusten, sairaanhoitokäyntien ja laboratoriotutkimusten lukumäärä 1995–2019



Huom. Korvausjärjestelmän uudistamisen yhteydessä laboratoriotutkimusten kirjauskäytäntö muuttui käsittelykaudesta 2011 alkaen.

Lähde: Kela

Kuvio 7. Työkyvyn tukikäynnit työntekijöittäin 1970–2019 ja työterveyshuollossa tehtyjen terveystarkastusten, sairaanhoitokäyntien ja laboratoriotutkimusten lukumäärä 1995–2019.



Työterveyshuollossa on tehty vuosi vuodelta yhä enemmän ehkäisevää työtä monen ammattihenkilön osaamista käyttäen: sekä työterveyshoitajat ja työterveyslääkärit että fysioterapeutit ovat osallistuneet terveystarkastusten toteuttamiseen (Kuvio 7). Erityisesti lääkärrien osallistuminen terveystarkastusten tekemiseen on lisääntynyt 2010-luvun alusta lähtien. Laboratoriotutkimusten ja sairaanhoitokäyntien lukumäärä on kääntynyt laskuun 2010-luvun alun huippuvuosista, jolloin oli lähes 8 miljoonaa laboratoriotutkimusta ja 5 miljoonaa sairaanhoitokäyntiä. Terveystarkastusten lukumäärä on ollut kasvussa vasta 2010-luvun alusta lähtien. Se on tällä hetkellä noin 1,3 miljoonaa käyntiä vuodessa (Kuvio 7).

## 4.1 Työterveyshuollon kustannusten kehitys

Työterveyshuollon kustannukset kasvoivat 2010-luvun puoliväliin asti hyvän taloustilanteen, työllisyyden kohenemisen ja työllisen työvoiman kasvun takia. Kustannusten kasvuun vaikutti myös työterveyshuollon yleisen kattavuuden laajeneminen ja sairaanhoidon sisältyminen työterveyshuollon sopimuksiin. Kasvun suurimpia rahoittajia ovat työnantajat. Palvelujen tarjoajat, erityisesti lääkärikeskukset, ovat vastanneet kasvaneeseen kysyntään (Hujanen ja Mikkola 2016 (Hujanen, 2016, 71)). Työterveyshuollon palveluvalikoimaa on laajennettu, uusia tuotteita ja palveluja on kehitetty.

Työterveyshuollon toimijoiden määrän lisääntyminen on väistämättä vaikuttanut kunnallisen terveydenhuollon työvoiman saatavuuteen. Erityisesti lääkärrien osaamispuutetta on lisännyt se, että työterveyshuollon erikoislääkärikoulutusta on tuettu ja laajennettu. Se on lisäksi varmistanut laadun parantamisen työkyvyn tukemisessa ja työterveysyhteistyössä. Toisaalta työterveyshuollon erikoislääkäreiden toimiva koulutusjärjestelmä on saattanut vaikuttaa muiden erikoisalojen, kuten yleislääketiede ym., kiinnostavuuteen ja erilaiseen kehitykseen.

Työterveyshuollon kustannuksia arvioitiin Kelan toteuttamassa rekisteritutkimuksessa, johon sisältyy Oulusta kerättyjä tietoja kansalaisten kaikkien terveyspalvelujen käytöstä. Miehiä oli työterveyshuollon piirissä enemmän kuin naisia, mutta naiset käyttivät työterveyspalveluja selvästi enemmän kuin miehet. Iän myötä kustannukset kasvoivat selvästi. Kaikkien 60-vuotiaiden keskimääräiset kustannukset olivat kaksi kertaa suuremmat kuin 30-vuotiailla. Miehet saavuttivat naisten kustannustason noin kymmenen vuotta vanhempina. Ennalta ehkäisevän toiminnan kustannukset olivat pienempiä kuin sairaanhoidossa. Tämä ero oli erityisen selvä naisilla. Ehkäisevän toiminnan kustannukset kasvoivat hitaammin kuin sairaanhoidossa iän myötä. Sairaanhoidon kustannukset 60-vuotiaalla olivat selvästi suuremmat verrattuna ennalta ehkäisevän toiminnan kustannuksiin.

## 4.2 Työterveyshuollon korvaustason muutoksen vaikutukset

Työnantajille maksettavan työterveyshuollon korvauksen tasoa muutettiin vuonna 2011. Ennaltaehkäisevän työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista hyväksytyistä kustannuksista maksettiin korvausta työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän mukaan 60 prosenttia vain silloin, kun työnantajalla oli työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen hallintamalli (Pitkämäki 2019 (Pitkämäki, 2019)). Korvaustason muutosten vaikutuksia on arvioinut Sari Pitkämäki lisensiaattityössään. Pitkämäen tulosten mukaan työkyvyn hallintamallin ja



sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla tehdään eniten ennaltaehkäisevää toimintaa ja sairaanhoitoa verrattuna muihin työnantajiin. Johtopäätöksenä todettiin, että pelkästään työkyvyn hallintamalli ja siihen sidottu korkeampi korvausprosentti ei kannusta työnantajia yhteistyön ja ennaltaehkäisevän toiminnan lisäämiseen, vaan tarvitaan sairaanhoitoa tukemaan työterveysyhteistyötä (Pitkämäki 2019 (Pitkämäki, 2019)).

Työpaikan koolla on selkeä yhteys työterveyshuollon toimintojen toteutumiseen. Mitä suurempi työnantaja on, sitä varmemmin kaikki työterveyshuollon eri toiminnot toteutuvat. Työkyvyn hallintamalli, samoin kuin sairaanhoito osana työterveys sopimusta, on Pitkämäen (2019) tulosten mukaan varmimmin yli 20 työntekijän työnantajilla. Terveyskeskuksen työnantaja-asiakkailta on suurin riski kuulua ryhmään, jossa työterveyshuollon toiminnot eivät toteudu ja joilla ei ole työkyvyn hallintamallia eikä sairaanhoidon palveluja.

Työterveyshuollon korvausuudistuksella, joka tehtiin vuonna 2011, oli selkeä ohjaava vaikutus. Ennalta ehkäisevä toiminta työterveyshuollossa lisääntyi entisestään, mutta sairaanhoitokäynnit eivät lisääntyneet. Työterveyshuollossa toimivat kaikki terveydenhuollon ammattiryhmät, joiden työnjakoa voisi kuitenkin arvioida uudelleen. Työterveyslääkäreiden kasvanut työkyvyn tukivastaanottojen määrä on myös lisännyt ehkäisevää toimintaa. Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden kannalta tarvittaisiin lisätietoa siitä, mille ammattiryhmälle tarkastustoiminta kannattaisi keskittää. Työterveyslääkäreiden asemaa diagnostiikassa ja hoitokokonaisuuksien vastuutehtävissä ei kuitenkaan voi siirtää muille ammattiryhmille.

Työterveyshuoltoa koskeva sairausvakuutuslain muutos tuli voimaan vuoden 2020 alussa. Tavoitteena on entisestään lisätä ehkäisevän toiminnan korvattavuutta ja vähentää sairausvastaanottoja. Uudistuksen vaikutuksia ei ole vielä arvioitu. Lisää tutkimusta tarvittaisiin erityisesti siitä, miten korvausuudistus ja työterveyshuoltosopimusten laajuus vaikuttavat Kelan etuuksien käyttöön, kuntoutustuelle siirtymiseen tai työeläkelaitosten järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen. Näihin kysymyksiin ja tarkempiin selvityksiin tarvitaan yksilökohtaisia tietoja potilasrekistereistä. Kelassa työterveyspalvelujen käyttötietoihin voisi yhdistää työntekijöiden työkykyyn liittyviä etuustietoja esimerkiksi sairauspäivärahojen ja kuntoutuksen käytöstä (Hujanen ja Mikkola 2016 (Hujanen, 2016, 71)). Yksilötason tiedon avulla työkyvyttömyyden kustannukset ja ehkäisevän toiminnan vaikutukset saataisiin selville tarkemmin kuin nyt käytettävissä olevilla yleisen tason aineistoilla.

Työterveyshuollon toimijoille eli työnantajille ja palveluntuottajille tarvittaisiin kannustinjärjestelmä, jotta yhteiskunnan näkökulmasta saavutettaisiin optimaalinen työkyvyn ylläpito ja työkyvyttömyyden ehkäisy (Pitkämäki 2019 (Pitkämäki, 2019)). Työnantajan tehtävänä olisi kehittää työkyvyn tuen vaikuttavuuden mittareita työpaikkaselvityksen ja muiden työpaikkakohtaisten mittareiden perusteella. Kun toimivat vaikuttavuuden mittarit olisi valittu, Kela voisi hyödyntää mittareita ja maksaa työterveyshuollon korvaukset sen perusteella. Vaikuttavuusperusteinen korvausjärjestelmä kannustaisi kehittämään kustannusvaikuttavia hoito-, tutkimus- ja kuntoutusmenetelmiä ja lisäämään yhteistyötä Kelan järjestämän ammatillisen kuntoutuksen toimijoiden kanssa. Yksinyrittäjien työterveyshuollon järjestämisen puutteisiin tulisi tuoda helpotusta muun muassa kattavammalla viestinnällä suoraan yrittäjille.

## 5 Lopuksi: työkyvyttömyyden kustannuksiin voidaan vaikuttaa

Suomi tarvitsee työkykyisiä kansalaisia selviytyäkseen tulevista haasteista, jotka liittyvät työkyvyttömyyden lisäksi myös koronapandemian jälkiseurauksiin ja väestön ikääntymiseen. Koronapandemian vuoksi vuonna 2020 tehtyjen ennusteiden mukaiset Kelan kokonaiskulut ovat vuonna 2020 yli miljardi euroa suuremmat kuin aiemmin ennustettiin. Lisäksi sairausvakuutusmaksujen tuotot jäävät arviolta 140 miljoonaa euroa ennustettua pienemmiksi.

Väestön ikääntymistä ei voi hidastaa, mutta eläkejärjestelmät ottavat huomioon pitenevän toimintakykyisen eliniän ja mahdollistavat tätä kautta työvoiman riittävyttä ainakin jossain määrin.

Työhyvinvointi ja työkyky ovat kuin saippuatuotteita: kaikille tarpeellisia, yleisesti hyväksytyjä ja helposti saatavissa, mutta ne saattavat paeta, kun niistä yritetään ottaa konkreettisesti kiinni. Päälle päin ei välttämättä näy, käyttääkö saippuaa – ei myöskään työhyvinvointi tai ongelmat siinä. Työhyvinvoinnin arviointiin ja johtamiseen tarvitaan osaamista ja työkaluja. Työhyvinvoinnin arvioinnissa ja edistämässä tarvitaan konkreettisia suunnitelmia: työhyvinvointiohjelmaa ja sen seurantaa. Työturvallisuuskeskuksen julkaisema työpaikkojen itsearviointityökalu toimii työhyvinvointisuunnitelmien tukena ja lähtökohtana kaikilla työpaikoilla (TTK 2015).

Työhyvinvointiin panostaminen sekä työnantajan että työntekijän toimilla ehkäisee työkyvyttömyyttä ja siitä aiheutuvia kustannuksia. Työkykyjohtaminen on ajankohtaista monessa organisaatiossa ja siihen osallistuvat myös työterveyshuollon asiantuntijat. Tutkimusten mukaan miesten työkyvyttömyyseläkeoiveet kumpuavat heikoksi koetusta terveydestä, naisilla puolestaan työhyvinvointiin liittyvistä tekijöistä (Bonsdorff 2009 (von Bonsdorff, 2009)).

Johtamisella on suuri merkitys työssä jatkamiselle. Esimerkiksi palkitsemiseensa tyytyväisillä sairaanhoitajilla on vähemmän eläkeaikeita verrattuna tyytymättömiin. Esimiehen tunnustus koettiin Bonsdorffin kunta-alan tutkimuksessa tärkeäksi, olipa se sitten rahallista tai ei-rahallista.

Työkyvyttömyyden kustannuksia saatiin vähennettyä laajassa tutkimuksessa, johon osallistui 2010-luvun alussa kymmenen suomalaista suuryritystä (Pehkonen ym. 2017 (Pehkonen, 2017)). Työkyvyttömyyden ehkäisyyn käytettyjen investointien määrä oli keskimäärin 900 euroa henkilötyövuotta kohden. Sairauspoissaoloista, tapaturmavakuutusmaksuista ja työkyvyttömyyseläkemaksuista koostuvat työkyvyttömyyskustannukset olivat keskimäärin 2 600 euroa. Työkyvyttömyyskustannukset pienenevät noin puolessa mukana olleista yrityksistä. Niiden laskua selittivät yhteistyön edistäminen, työkykyjohtamisen strategisten tavoitteiden vieminen käytäntöön ja työkykyjohtamisen toimenpiteiden kohdentuminen keskeisiin työkyvyttömyysriskeihin.

Työterveyslääkäri Anne Juvani tutki väitöskirjassaan työstressiä ja työkyvyttömyyseläkkeitä 70 000 suomalaisen kunta- ja sairaalatyöntekijän joukossa (Juvani 2018 (Juvani, 2018)). Yhdeksän vuoden aikana yhdeksän prosenttia työntekijöistä joutui työkyvyttömyyseläkkeelle: neljä prosenttia tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja kaksi prosenttia mielenterveyssyistä vuoksi.

Oikeudenmukaiseksi koettu johtaminen pienensi työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riskiä.

Työkyvyttömyyden ehkäisy alkaa jo lapsuudessa ja nuoruudessa, viimeistään opiskeluaikana. Kela on vuoden 2021 alusta ollut vastuussa opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä. Myös muut kuin korkeakouluopiskelijat eli ammattikorkeakoulujen ja ammattiin opiskelevat ovat saaneet oikeuden käyttää YTHS:n palveluja. Kelalla on yhä tärkeämpi merkitys työkyvyn ja työkyvyttömyyden ehkäisyssä sekä opiskeluterveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden että työterveyshuollon korvaustoiminnan kautta. Molempiin liittyy vaikuttavuusperusteisen ohjauksen mahdollisuuksia. Työpaikka- ja ammatti- tai ammattiasemakohtaisen ja opiskeluterveydenhuoltoon sopivan vaikuttavuusperusteisen korvausjärjestelmän kehittäminen auttaisi suuntaamaan resursseja opskelu- ja työkyvyttömyyden ehkäisemiseen ja ylläpitoon.

Tekstiä ovat kommentoineet Jenni Blomgren, Timo Hujanen ja Reija Jääskeläinen, joille lämpimät kiitokset.

# Lähdeluettelo

- Blomgren, J. (2016, 81). Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä miehillä ja naisilla. Sairauspäivärahan saajat 1995–2016. *Yhteiskuntapolitiikka*, 681–691.
- Blomgren, J. (2020). *Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä*, Kelan tutkimusblogi 29.1.2020. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4530> Kela.
- EK. (2009). *Sairauspoissaolojen hallinta – Työkykyä ja työhyvinvointia Opas työpaikoille*. [https://ek.fi/wp-content/uploads/sairauspoissaolot\\_opas.pdf](https://ek.fi/wp-content/uploads/sairauspoissaolot_opas.pdf) Elinkeinoelämän keskusliitto EK.
- Hujanen, T. ja Mikkola H. Työterveyshuollon kustannuskehitys. *Suomen Lääkärilehti*, 2016, 71, 1537–40.
- Juvani, A. (2018). *Work-related stress and disability pension*. Turku: Turun yliopisto.
- Pehkonen, I., Turunen J., Juvonen-Posti P, Henriksson L, Vihtonen T., Seppänen J., Liira J., Uitti J., Leino . (2017). *Yhteistyöllä tulosta työkykyjohtamisessa*. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132028/Yhteistyolla-tulosta-tyokykyjohtamisessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Työterveyslaitos.
- Pekkala J., Blomgren, J, Lahelma E, Rahkonen O. (2018). Työntekijöillä enemmän pitkiä sairauspoissaoloja kuin toimihenkilöillä – erojen suuruus vaihtelee sairausryhmittäin. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4530>. *Kelan tutkimusblogi 26-4-2018*
- Pekkala, J., Blomgren J., Pietiläinen, O., Lahelma, E., Rahkonen, O. (2017a). Occupational Class Differences in Long Sickness Absence: A Register-Based Study of 2.1 Million Finnish Women and Men in 1996–2013. *BMJ Open*, 7, e014325.
- Pekkala, J., Blomgren J., Pietiläinen, O., Lahelma, E., Rahkonen, O.. (2017b). Occupational Class Differences in Long Sickness Absence: A Register-Based Study in the Finnish Population, 2005–2014. *BMC Public Health*, 17, 670.
- Pitkämäki, S. (2019). *Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki – miten korvaustason lainsäädännön muutos vaikutti?* TOPSOS.
- Rissanen M., Kaseva, E. (2014). *Menetetyn työpanoksen kustannus*. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Toivonen, L. (2012). *Statutory and occupational sickness benefits in Finland 2011*, *Kela online working papers 34/2012*. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/29614/Onlineworkingpapers34.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Kela.
- von Bonsdorff, M. (2009). *Intentions of early retirement and continuing to work among middle-aged and older employees*. Väitöskirja. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/21764/9789513936730.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Jyväskylän yliopisto.