

Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki

Miten korvaustason lainsäädännön muutos vaikutti?

Pitkämäki Sari

TOPSOS –Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus

Sosiaalitieteiden laitos

Turun yliopisto

Tammikuu 2019

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

PITKÄMÄKI, SARI: Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki - Miten korvaustason lainsäädännön muutos vaikutti?

Ammatillinen lisensiaattitutkielma, 89 sivua, liitteet 21 sivua

Sosiaalipolitiikka

Tammikuu 2019

Tutkimuksen tiivistelmä

Vuonna 2011 työnantajille maksettavan työterveyshuollon korvauksen tasoa muutettiin niin, että ennaltaehkäisevän työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista maksetaan korvausta 60 prosenttia vain silloin, kun työnantajalla on työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen hallintamalli. Tässä tutkimuksessa kuvataan vuoden 2011 työterveyshuollon korvausjärjestelmän muutoksen tausta ja sovelletaan päämies-agenttiteoriaa työterveyshuollon kustannusten korvaamiseen. Tutkimuksessa selvitetään vuoden 2011 sairausvakuutuslain muutoksen vaikutuksia siten, että miten työnantajien työterveyshuollon kustannukset ja niihin liittyvät työterveyshuollon toimintatiedot sekä Kelan maksamat korvaukset ovat muuttuneet työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestämisen, työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan vuodesta 2009 vuoteen 2015. Lisäksi tarkastelin sitä, mikä yhteys työpaikan koolla ja palveluntuottajalla on työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen olemassaoloon. Selvitin myös mikä yhteys työkyvyn hallintamallilla, sairaanhoidon järjestämisellä, työpaikan koolla ja palveluntuottajilla on työterveyshuollon toiminnan toteutumiseen.

Tutkimusaineistona käytin Kelan työterveyshuollon korvaushakemusten rekisteritietoja. Aineistossa oli yhteensä 12 155 työnantajan korvaushakemustiedot vuosilta 2009, 2011, 2013 ja 2015.

Tulosten mukaan työnantajien työntekijäkohtaisten kokonaiskustannusten kustannusrakenne on muuttunut siten, että ennaltaehkäisevän toiminnan kustannusten osuus on lisääntynyt ja sairaanhoidon kustannusten osuus on vähentynyt. Tulokset osoittavat, että työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla tehdään eniten ennaltaehkäisevää toimintaa ja sairaanhoitoa verrattuna muihin työnantajiin. Tulosten mukaan pelkästään työkyvyn hallintamalli ja siihen sidottu korkeampi korvausprosentti ei kannusta työnantajia yhteistyön ja ennaltaehkäisevän toiminnan lisäämiseen.

Työpaikan koolla on selkeä yhteys eri työterveyshuollon toimintojen toteutumiseen. Mitä suurempi työnantaja on kooltaan, sen varmemmin kaikki työterveyshuollon eri toiminnot toteutuvat. Työkyvyn hallintamalli, kuten myös sairaanhoidon sisältyminen työterveys sopimukseen, on tulosten mukaan varmimmin yli 20 työntekijän työnantajilla. Tulokset myös osoittavat, että terveyskeskuksen työnantaja-asiakkaila on kaikista suurin riski kuulua ryhmään, jossa työterveyshuollon toiminnot eivät toteudu ja joilla ei ole työkyvyn hallintamallia eikä sairaanhoidon palveluja.

Asiasanat: työterveyshuollon korvausjärjestelmä, työterveyshuolto, päämies-agenttisuhte, työkyvyn hallinta

SISÄLLYSLUETTELO

1 Johdanto.....	1
2 Työterveyshuolto ja työterveyshuollon korvausjärjestelmä	5
2.1 Työterveyshuolto Suomessa	5
2.2 Työterveyshuollon palvelujärjestelmä	8
2.3 Työterveyshuollon korvausjärjestelmä	9
2.3.1 Työterveyshuollon korvaustason muutos 1.1.2011.....	12
2.3.2 Työterveyshuollon korvaustason lainsäädännön vaikutusten arviointi	17
3 Päämies-agenttiteorian soveltaminen työterveyshuollon korvausjärjestelmän toimintaympäristöön	19
3.1 Päämies-agenttisuhte työterveyshuollon korvaustason muutoksessa.....	22
3.2 Päämies-agenttisuhte ja toimijoiden tavoitteet työterveyshuollon korvaustason muutoksessa	24
4 Lainmuutoksen toimeenpanon onnistumista selittäviä tekijöitä	27
4.1 Yhteistyö ja tiedon jakaminen.....	27
4.2 Lainmuutoksen täytäntöönpanon vaikutusten arviointi	30
5 Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset	31
5.1 Tutkimusaineisto ja muuttujat.....	32
5.1.1 Selitettävät muuttujat.....	34
5.1.2 Selittävät muuttujat	36
5.2 Tutkimusmenetelmä	38
6 Työnantajien työterveyshuollon kustannusten, korvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen muutokset ja yhteydet työkyvyn hallintamalliin ja sairaanhoidon järjestämiseen.....	40
6.1 Työterveyshuollon kokonaiskustannusten, kokonaiskorvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015.....	43
6.1.1 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon kustannusten muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen mukaan	47
6.1.2 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon korvausten muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen mukaan	52
6.1.3 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon toimintatietojen muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen mukaan	57
6.1.4 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon kustannusten, korvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 työpaikan koon mukaan	62
6.1.5 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon kustannusten, korvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 palveluntuottajan mukaan.....	64

6.2 Työpaikan koon ja palveluntuottajan yhteys työkyvyn hallintamallin olemassaoloon ja työterveys sopimuksen laajuuteen vuodesta 2009 vuoteen 2015	66
6.3 Työterveyshuollon eri toimintojen toteutumisen (toimintaa ei ole / on tehty) tunnuslukuja vuodesta 2009 vuoteen 2015 työkyvyn hallintamallin, sairaanhoidon järjestämisen, työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan	67
6.4 Työkyvyn hallintamallin, sairaanhoidon järjestämisen, työpaikan koon ja palveluntuottajan yhteydet työterveyshuollon eri toimintojen toteutumiseen	70
7 Johtopäätökset ja pohdinta	73
Lähteet	85
Liitteet	90

Luettelo kuvioista

Kuvio 1. Korvaustaso korvausluokittain ennen ja jälkeen 2011.	15
Kuvio 2. Päämies-agenttisuhteet, tavoitteet sekä seuranta ja arviointi työterveyshuollon korvaustason lainmuutoksessa.	23
Kuvio 3. Päämies-agenttisuhteet ja toimijoiden tavoitteet.	25
Kuvio 4. Työnantajien työterveyshuollon kokonaiskustannukset (euro) yhteensä ja maksetut kokonaiskorvaukset (euro) yhteensä korvausluokittain vuodesta 2009 vuoteen 2015 (N=12 155).	44
Kuvio 5. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden työpaikkaselvityksiin ja ryhmämuotoiseen tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen käytetty aika (tunti) yhteensä vuodesta 2009 vuoteen 2015 (N=12 155). .	45
Kuvio 6. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen yksilökäynnit, terveystarkastukset ja sairaanhoitokäynnit (lkm) yhteensä vuodesta 2009 vuoteen 2015 (N=12 155).	46
Kuvio 7. Työntekijäkohtaisen kustannuksen (euro) keskiarvo korvausluokassa I työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.	49
Kuvio 8. Työntekijäkohtaisen kustannuksen (euro) keskiarvo korvausluokassa II työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.	51
Kuvio 9. Työntekijäkohtaisen korvauksen (euro) keskiarvo korvausluokassa I työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.	54
Kuvio 10. Työntekijäkohtaisen korvauksen (euro) keskiarvo korvausluokassa II työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.	56
Kuvio 11. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden työpaikkaselvityksiin yhteensä käyttämän ajan (min) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.	58
Kuvio 12. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden ryhmämuotoiseen tietojen antamiseen ja ohjaukseen yhteensä käyttämän ajan (min) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.	59
Kuvio 13. Yhteensä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden tietojen antamisen ja ohjauksen yksilökäyntien lukumäärän (lkm) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.	60
Kuvio 14. Yhteensä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden terveystarkastuksen käyntien lukumäärän (lkm) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.	61
Kuvio 15. Yhteensä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden sairaanhoitokäyntien lukumäärän (lkm) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) mukaan vuosina 2009 – 2015.	62

Luettelo taulukoista

Taulukko 1. Työnantajien korvaushakemusten ja työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden lukumäärä Kelan korvaushakemusten mukaan vuosina 2009-2015.....	8
Taulukko 2. Työterveyshuollon korvaushakemusten ja työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden lukumäärä palveluntuottajittain vuosina 2009-2015.	9
Taulukko 3. Tutkimuksessa käytettävät selitettävät muuttujat kuvailevassa analyysissä	35
Taulukko 4. Tutkimuksessa käytettävät selitettävät muuttujat ja niiden luokittelut selittävässä analyysissä	36
Taulukko 5. Tutkimuksessa käytettävät selittävät muuttujat ja niiden luokittelut.	37
Taulukko 6. Työterveyshuollon korvaushakemusten prosenttiosuus työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) sekä työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015.	41
Taulukko 7. Työnantajien toimialat työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) mukaan (%).	43
Taulukko 8. Työterveyshuollon kustannusten laskennalliset enimmäismäärät (työnantajakohtainen ja työntekijäkohtainen) vuosina 2009 – 2015.....	48
Taulukko 9. Työntekijäkohtaisten kokonaiskustannusten (euro) keskiarvo, mediaani ja 75 fraktiilit korvausluokassa I työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan erikseen alle ja yli 10 työntekijän työnantajilla vuosina 2009 – 2015.....	50
Taulukko 10. Työntekijäkohtaisten kokonaiskustannusten (euro) keskiarvo, mediaani ja 75 fraktiilit korvausluokassa II työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan erikseen alle ja yli 10 työntekijän työnantajilla vuosina 2009 – 2015.....	52
Taulukko 11. Työterveyshuollon kustannuksista maksettavan korvauksen enimmäismäärät (työnantajakohtainen ja työntekijäkohtainen) vuosina 2009 – 2015.	53
Taulukko 12. Työntekijäkohtaisten korvausten (euro) keskiarvo, mediaani ja 75 fraktiilit korvausluokassa I työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan erikseen alle ja yli 10 työntekijän työnantajilla vuosina 2009 – 2015.	55
Taulukko 13. Työntekijäkohtaisten korvausten (euro) keskiarvo, mediaani ja 75 fraktiilit korvausluokassa II työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan erikseen alle ja yli 10 työntekijän työnantajilla vuosina 2009 – 2015.	57
Taulukko 14. Työterveyshuollon eri toimintojen toteuttaminen korvausluokassa I (toimintaa ei ole/on tehty) vuosina 2009 – 2015.	68

Luettelo liitetaulukoista

Liitetaulukko 1. Työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden prosenttiosuus työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) sekä työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015.	92
Liitetaulukko 2. Työterveyshuollon korvaushakemusten prosenttiosuus työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) sekä palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015.	93

Liitetaulukko 3. Työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden prosenttiosuus työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveyssopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) sekä palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015.	94
Liitetaulukko 4. Työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvot sekä Wilcoxonin järjestyssummatestin p-arvot työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveyssopimuksen laajuuden mukaan (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.....	95
Liitetaulukko 5. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden eri toimintojen keskiarvot sekä Wilcoxonin järjestyssummatestin p-arvot työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveyssopimuksen laajuuden mukaan (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.....	96
Liitetaulukko 6. Työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) p-arvot työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).	97
Liitetaulukko 7. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden korvausluokan I eri toimintojen keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) p-arvot työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).	98
Liitetaulukko 8. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden korvausluokan II toimintojen keskiarvot yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) p-arvot työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).	99
Liitetaulukko 9. Työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) p-arvot työterveyshuollon palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).	100
Liitetaulukko 10. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden korvausluokan I eri toimintojen keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) p-arvot työterveyshuollon palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).	101
Liitetaulukko 11. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden korvausluokan II toimintojen keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) p-arvot työterveyshuollon palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).	102
Liitetaulukko 12. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet työkyvyn hallintamallin olemassaololle työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 - 2015.	103
Liitetaulukko 13. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet korvausluokan II palvelujen olemassaololle työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015.....	104
Liitetaulukko 14. Työterveyshuollon eri toimintojen toteuttaminen (toimintaa ei ole/on tehty) työkyvyn hallintamallin ja korvausluokan II palvelujen mukaan vuosina 2009 – 2015.....	105
Liitetaulukko 15. Työterveyshuollon eri toimintojen toteuttaminen (toimintaa ei ole/on tehty) työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015.....	106
Liitetaulukko 16. Työterveyshuollon eri toimintojen toteuttaminen (toimintaa ei ole/on tehty) palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015.	107
Liitetaulukko 17. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet eri työterveyshuollon toimintojen toteutumiselle työkyvyn hallintamallin ja korvausluokan II palvelujen mukaan vuosina 2009 - 2015.	108

Liitetaulukko 18. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet eri työterveyshuollon toimintojen toteutumiselle työpaikan koon mukaan vuosina 2009 - 2015.	109
Liitetaulukko 19. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet eri työterveyshuollon toimintojen toteutumiselle palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 - 2015.	110

1 Johdanto

Työterveyshuollosta puhuminen herättää monenlaisia tunteita ja se onkin ollut julkisessa keskustelussa pitkään. Keskustelua on käyty sekä sen rahoituksesta että terveyspalvelujen oikeudenmukaisuuden toteutumisesta niiden saatavuuteen liittyen. Tähän liittyy yleensä myös keskustelu eri väestöryhmien terveyseroista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman tutkimuksen (2017) mukaan terveystieteiden tutkimuskeskuksen lääkäripalveluita käyttävät pienituloiset kun taas suurituloiset käyttävät työterveyshuollon sekä yksityissektorin tarjoamia lääkäripalveluita. Hujasen ja Mikkolan (2012) tutkimuksen mukaan työterveyshuollon osuus on kuitenkin vain noin neljä prosenttia terveydenhuoltomenoista vuonna 2009. Onko käyty keskustelu saanut tähän nähden kuitenkin liian isot mittasuhteet? (Hujanen & Mikkola 2012, 152; Manderbacka & Aalto & Kestilä & Muuri & Häkkinen 2017, 1 – 4.)

Työssäkäyvät ihmiset saavat työnantajan kustantamana terveystieteiden palvelunsa työterveyshuollosta. Työterveyshuollolla onkin paras tieto ja asiantuntemus työkyvyn arvioinnissa, sen ylläpitämisessä ja palauttamisessa. Työterveyshuollot myös tuntevat parhaiten työssäkäyvien ihmisten työolot ja niihin liittyvät terveydelliset riskit. Työterveyshuollon tavoitteena on ehkäistä työhön liittyviä sairauksia, tapaturmia ja edistää yleisesti terveellisyyttä ja turvallisuutta työssä. Työyhteisön toiminnan ja työntekijöiden koko työuran ajan heidän terveyden, työ- ja toimintakyvyn edistäminen sisältyvät myös työterveyshuoltotoiminnan tavoitteisiin. Työterveyshuollon tehtävät eivät kohdistu vain työpaikan yksilöön, vaan laajemmin koko työyhteisöön ja työympäristöön. Työterveyshuollon tehtävien avulla saavutetaan ihmisten sekä terveydellistä että taloudellista hyvinvointia. Työterveyshuollon avulla myös tavoitellaan yritysten taloudellista hyvinvointia, jonka seurauksena myös yhteiskunnan hyvinvointi turvataan. Työterveyshuollolla on tätä kautta oma tehtävä työelämän laadun parantamisessa. (L 1383/2001, 1 luku 1 §; SMT 2004, 17, 21.)

Jokaisen työnantajan pitää järjestää työntekijöilleen työterveyshuoltolain mukainen ennaltaehkäisevä työterveyshuolto Suomessa. Työnantajat voivat järjestää työntekijöil-

leen ennaltaehkäisevän työterveyshuollon lisäksi myös yleislääkäritasoisista sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa. Työnantajat saavat Kelalta korvausta työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista työterveyshuollon järjestämisen ja toteutumisen tukemiseksi. Kelan korvaustietojen mukaan (Kansaneläkelaitos 2018, 41) vuonna 2016 Suomessa on järjestetty yli 1,8 miljoonalle työntekijälle työnantajan toimesta työterveyshuolto ja näistä yli 1,7 miljoonalle työntekijälle työnantaja on järjestänyt myös työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut. (L 1383/2001, 2 luku 4 §, 9 §, 3 luku 14 §; L 1224/2004, 13 luku 1 §.)

Suomen taloudellisen menestyksen ja kilpailukyvyn perusta ovat terveet ja hyvinvoivat ihmiset. Suomen talouskasvun parantamiseksi vuonna 2007 pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelman tavoitteena oli lisätä suomalaisten hyvinvointia, joka edellyttää työikäisen väestön voimavarojen laajempaa käyttöä ja näin lisää työn tuottavuutta. Sosiaaliturvan uudistamista varten asetettiin vuonna 2007 Sosiaaliturvan uudistamiskomitea (SATA-komitean), jonka yhtenä tavoitteena oli työn kannustavuuden parantaminen ja tähän liittyen erityisesti ikääntyvän työvoiman työssä pysymisen edistäminen. Yksi keino näiden tavoitteiden saavuttamiseksi oli työterveyshuollon vaikuttavuuden parantaminen siten, että työterveyshuolto edistää työssä käyvän väestön terveyttä, työ- ja toimintakykyä sekä ehkäisee tehokkaammin työkyvyttömyyttä. Sosiaaliturvan uudistamisen toimeenpano sisälsi myös työterveyshuollon korvausjärjestelmään liittyvä sairausvakuutuslain (SVL) muutos. Lain muutoksen tavoitteena oli edistää työkykyä ja ehkäistä työkyvyttömyyttä. SVL:a muutettiin vuoden 2011 alusta lukien siten, että työnantajalle korvataan ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista 60 prosenttia vain silloin, kun työpaikalla on työterveysyhteistyössä sovittu työkyvyn hallinnasta, seurannasta ja varhaisesta tuesta. Työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimenpiteiden tavoitteena on muun muassa työkyvyn parantaminen ja sairaudesta aiheutuvien jaksojen väheneminen ja lyheneminen sekä työuran pidentyminen. Tämän lainsäädäntömuutoksen tavoitteena oli kannustaa työpaikkoja ja työterveyshuoltoa parantamaan yhteistyönä toteutettavan työkyvyn hallinnan ja edistämisen toteutumista työpaikoilla. (Valtioneuvoston kanslia 2007, 11, 51-52, 72; STM 2009, 14-56; L 1224/2004, 13 luku 5 §; HE 67/2010, 9 - 15.)

Kyseessä on kansantaloudellisestikin merkittävä reformimuutos, jonka merkitystä ja vaikutusta on tarpeellista tutkia. Työterveyshuollon toimintaa ja sen vaikuttavuutta on tutkittu laajastikin, mutta työterveyshuollon korvausjärjestelmän kannustavuudesta ei ole paljon kansallisia tutkimuksia. Kansainvälisiä tutkimuksia tästä aiheesta ei myöskään ole. L 1224/2004 13 luvun 5 §:n muutoksen vaikutuksia ei ole tutkittu työterveyshuollon kustannusten korvausten näkökulmasta. Suomessa säädösmuutoksien täytäntöönpanoon liittyvä jälkikäteisarviointi ei ole säännönmukaista (Vihriälä 2008, 32). Tutkimuksen kohteena olevan lainsäädännön muutoksen täytäntöönpanon seurannasta ei ole tehty kirjauksia hallituksen esitykseen. Tämä jälkikäteisarviointi on kuitenkin yhteiskunnallisesti erittäin tärkeää, jotta voidaan seurata lainmuutosten vaikutuksia ja tarvittaessa tehdä tarkoituksenmukaisia muutoksia lainsäädäntöön.

Tutkimuksessa kuvataan työterveyshuollon korvausjärjestelmää ja korvaustason lainsäädännön muutoksen taustaa. Tutkimuksessa selvitetään korvaustason tavoitteiden toteutumista työnantajien työterveyshuollon korvaushakemustietojen avulla. Tutkimuksella selvitetään, miten työnantajien työterveyshuollon kustannukset ja niihin liittyvät työterveyshuollon toimintatiedot sekä Kelan maksamat korvaukset ovat muuttuneet työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestämisen, työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan vuodesta 2009 vuoteen 2015. Tutkimuksessa tarkastellaan myös sitä, mikä yhteys työpaikan koolla ja palveluntuottajalla on työkyvyn hallintamallin olemassaoloon ja työterveys sopimuksen laajuuteen sekä mikä yhteys työkyvyn hallintamallilla, sairaanhoidon järjestämisellä ja työpaikan koolla sekä erilaisilla palveluntuottajilla on työterveyshuollon toiminnan toteutumiseen.

Tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on päämies-agenttiteoria. Teorian mukaan päämiehen tavoitteet voidaan saavuttaa vain agentin tietojen ja toiminnan avulla. Agenttisuhte sisältää sekä yhteistyö- että toimeksiantosuhteen, jossa toimijoiden välinen informaatio on keskeisessä asemassa. Päämiehen ja agentin välinen suhte sisältää valtasuhteen, jossa esiintyy tavoitteiden välistä ristiriitaa ja epäsymmetristä informaatiota. Terveystenhuollon markkinoilla esiintyy epäsymmetristä informaatiota, koska terveydenhuollon palvelujen kuluttajalla ei ole tietämystä tarvitsemistaan palveluista. Tällöin kuluttaja joutuu luovuttamaan päätöksenteon terveydenhuollon palveluntuottajalle. (Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117-133.)

Työterveyshuollossa agenttisuhte on monimutkaisempi kuin muualla terveydenhuollossa. Työterveyshuollon toimintaympäristössä on monia päämiehiä ja agentteja sekä lainsäädännön valmistelussa, että sen toimeenpanossa. Agenttisuhte liittyy työterveyshuollon korvaustason lainmuutokseen, koska lainsäätäjät on delegoinut lain toimeenpanon Kelalle, työnantajalle, työntekijälle ja palveluntuottajalle. Lisäksi työterveyshuollon toimintaympäristön toimijoiden päämiesten ja agenttien tavoitteet eroavat toisistaan. Tutkimuksessa käytetään päämies-agenttiteoriaa, jonka avulla jäsennetään työterveyshuollon eri toimijoiden rooleja ja eri toimijoiden tavoitteita. Lisäksi päämies-agenttiteorian avulla jäsennetään korvausjärjestelmän toimivuuden haasteita ja tunnistetaan eri toimijoiden kannustinmekanismeja.

Tutkimuksen voidaan katsoa kuuluvan useampiin eri tieteenaloihin. Tutkimuksessa tarkastellaan tutkittavaa asiaa sosiaalitieteen, terveystieteen, terveystaloustieteen sekä oikeustieteen näkökulmista. Tutkittavalla asialla on vaikutusta sekä sosiaalipolitiikkaan että terveyspolitiikkaan.

Tutkimus etenee siten, että luvussa 2 kuvataan työterveyshuollon korvausjärjestelmää ja työterveyshuollon korvaustason lainmuutoksen taustaa. Luvussa 3 keskitytään työterveyshuollon korvausjärjestelmän jäsentämiseen työterveyshuollon korvaustason lainmuutoksessa päämies-agenttiteorian avulla. Lainmuutoksen toimeenpanon onnistumista selittäviä tekijöitä tarkastellaan luvussa 4. Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset käsitellään luvussa 5, joka myös sisältää tutkimuksen aineistoon ja tutkimusmenetelmään liittyvät asiat. Luvussa 6 esitellään kuvailevien ja selittävien analyysien tulokset työterveyshuollon kustannuksista, korvauksista ja työterveyshuollon toiminnoista. Luku 7 sisältää keskeiset tutkimustulokset johtopäätöksineen sekä pohdinnan.

2 Työterveyshuolto ja työterveyshuollon korvausjärjestelmä

Tasa-arvoisuuteen pyrkiminen, hyvinvointivajeisiin puuttuminen ja heikompiensaisten suhteellisen aseman parantaminen painottuvat sosiaalipolitiikan määrittelyssä. Samankaltaiset tavoitteet, joskin eri näkökulmasta, sisältyvät myös terveyspolitiikan tavoitteisiin. Terveyspolitiikan katsotaankin olevan osa sosiaalipolitiikkaa. Näistä puhuttaessa ei voi jättää pois talouden näkökulmaa. Sosiaalipolitiikan ja terveyspolitiikan keskeinen tehtävä on edistää väestön hyvinvointia ja sosiaaliturvaa. On myös kuitenkin niin, että sosiaalipolitiikan ja hyvinvointivaltion kannalta taloudellisella kasvulla on merkitystä – eurooppalaiset hyvinvointivaltiot eivät selviä kasvavista menopaineista ilman riittävää taloudellista kasvua. Taloudellinen kasvu edellyttää työn tekemistä ja työn tekeminen vaatii työpaikkoja ja työntekijöitä. (Kiander & Lönnqvist 2002, 132-133; Palola & Karjalainen 2011, 262-263.)

Työntekijöiden hyvinvoinnin edistämiseksi ja työkyvyn ylläpitämiseksi työnantajilla on velvollisuus järjestää kustannuksellaan työterveyshuolto henkilöstölleen. Työterveyshuolto on osa yleisen terveyspolitiikan tavoitteisiin tähtäävää perusterveydenhuollon palvelujärjestelmää. Sitä kehitetään kolmikantaperiaatteella osana sosiaali- ja terveyspolitiikkaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Työterveyshuollon tavoitteena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon kanssa yhteistoimin edistää työhön liittyviä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa sekä työyhteisön toimintaa. (L 1383/2001, 1 luku 1 §; HE 114/2001, 3-4; STM 2004, 17; STM 2017, 11.)

2.1 Työterveyshuolto Suomessa

Suomen teollistumisen seurauksena myös työntekijöiden terveysvaaroihin liittyvä tietämys yleistyi. Tämän vuoksi valtiovalta halusi panostaa terveydellisten olojen parantamiseen ja niiden valvontaan teollisuudessa jo 1800-luvulla. Tällöin alkoi työpaikkatasoinen terveydenhuoltojärjestelmän laajeneminen. Aluksi terveyspalveluita saivat tehtaiden työntekijät ja maan teollistuessa työpaikkaterveydenhuolto kehittyi edelleen sekä kattavuuden että sisällön suhteen. Työpaikkaterveydenhuolto oli alkuun pääasiassa tapa-

turmien ja kulkutautien hoitoa, mutta vähitellen työpaikkaterveydenhuollon sisältö laajeni ennaltaehkäisevään suuntaan, kuten terveystarkastukseen, ammattitautien tutkimiseen ja ehkäisyyn. (Työterveyslaitos 1986, 32-37.)

Työturvallisuuslaki (299/1958) asetti 1959 työpaikkaterveydenhuollolle lisää velvoitteita, jonka seurauksena alkoivat erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa työtehtävissä työskentelevien työntekijöiden terveystarkastukset. Kansanterveysjärjestelmän kehittämisen aikoihin, vuonna 1970, työmarkkinajärjestöjen toimesta kehitettiin samanaikaisesti terveysjärjestelmää, joka perustui työsuhteeseen ja työpaikkoihin. Työmarkkinajärjestöt olivat uusi toimija terveydenhuollon kehittäjänä. Tästä lähtien työterveyshuollon kehittäminen on ollut valtion ja työmarkkinajärjestöjen yhteistä tekemistä, niin sanotusti kolmikantaista. Näin työterveyshuolto on saanut oman asemansa suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ja työterveyshuolto liitettiin osaksi perusterveydenhuoltoa kansanterveyslain säätämisen yhteydessä vuonna 1972. Maailman terveysjärjestön (WHO) hyväksymä työterveyshuolto-ohjelma (1976) ja Kansainvälisen työjärjestön (ILO) hyväksymä työterveyshuoltosopimus (1985) ovat vaikuttaneet työterveyshuollon kehittymiseen. ILO:n yleissopimuksen periaatteiden mukaan jäsenvaltion tulee yhteistyössä työnantajien ja työntekijöiden järjestöjen kanssa laatia, toteuttaa ja tarkistaa säännöllisesti työterveyshuollon toimintapolitiikka. Yleissopimuksessa on myös kirjattu tehtävät, jotka sisältyvät voimassa olevaan työterveyshuoltolakiin. Yleissopimuksen toimintaehdot sisältävät myös työntekijöiden työterveyshuollon maksuttomuusperiaatteen. (L 299/1958, 9 §, 44 §; Mattila 2011, 168-170, STM 2004, 5; Työministeriö, 461-463; STM 2000, 1; HE 114/2001, 2-10.)

Työterveyshuoltolaki säädettiin vuonna 1979, koska työntekijöiden terveyden suojelemiseksi tarvittiin lainsäädännölliset edellytykset. Työterveyshuollon lakisääteistämisen tavoitteena oli parantaa työn ja työolosuhteiden terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä vähentää ammattitauteja ja työstä johtuvia sairauksia. Työterveyshuoltolain soveltaminen koskettaa kaikkia niitä työnantajia, joita koskettaa myös työturvallisuuslaki. Työterveyshuoltolain mukaan jokaisen työnantajan pitää kustannuksellaan järjestää työntekijöille ennaltaehkäisevä työterveyshuolto. Työterveyshuoltolain mukainen ennaltaehkäisevä työterveyshuolto suunnitellaan työpaikan tarpeiden mukaan. (1383/2001, 2 luku

4§; HE 114/2001, 3, 16; Koskiaho 1987, 35-44; Työterveyslaitos 1986, 32-37; STM 1993, 1.)

Työterveyshuoltolaki on uusittu vuonna 2002, jolloin laissa määriteltiin myös hyvän työterveyshuoltokäytännön ja työpaikkojen työkykyä ylläpitävän toiminnan periaatteet sekä tarkemmalla tasolla työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden pätevyudet. Uudistetussa laissa painotettiin työterveyshuollon toiminnan suunnitelmallisuutta, jossa työterveyshuollon sisältö perustuu työpaikan tarpeista lähtevään prosessinomaiseen työn, työolosuhteiden ja turvallisuuden selvittämiseen. Työpaikan tarpeiden selvittämisen avulla työterveyshuolto suunnittelee ja toteuttaa erilaisia toimenpiteitä työntekijöiden terveyden, työ- ja toimintakyvyn edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii työterveyshuollon neuvottelukunta, jonka yhtenä tehtävänä on työterveyshuollon suunnittelu ja kehittäminen. Työterveyshuollon neuvottelukunta on yhteistyöelin, johon osallistuu asianomaisten hallinnonalojen virastot, laitokset ja työterveyshuollon toteuttamisen kannalta merkittävät yhteisöt sekä keskeiset työmarkkina- ja yrittäjäjärjestöt. (HE 114/2001, 3, 16; VNA 784/1978, 1 §, 2 §.)

Työterveyslaitoksen katsauksen mukaan vuonna 2015 työterveyshuollon piiriin kuului 1,99 miljoonaa henkilöä, joka on 84 % työllisestä työvoimasta ja 96 % palkansaajista. Kattavuusprosentti palkansaajien osalta on korkeampi kuin kertaakaan aikaisemmin tällä vuosituhannella. Työterveyslaitoksen selvitykset kattavuudesta eroavat Kelan korvaushakemusten perusteella saataviin kattavuuden tietoihin, koska kaikki työnantajat eivät hae vuosittain korvausta työterveyshuollon kustannuksista. Taulukosta 1 nähdään, että työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden lukumäärä on vähentynyt kaksi prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2015 Kelan korvaushakemusten mukaan. Kuitenkin korvausta hakevien työnantajien korvaushakemusten lukumäärä on samalla ajalla lisääntynyt (15 %). Kelan korvaushakemusten mukaan työntekijöitä työterveyshuollon piirissä on ollut tarkastelun ajanjaksolla eniten vuonna 2013 ja vähiten 2015. (Työterveyslaitos 2016, 5-7, 72; Kansaneläkelaitos 2011, 41; Kansaneläkelaitos 2014, 40; Kansaneläkelaitos 2015, 41; Kansaneläkelaitos 2017, 41.)

Taulukko 1. Työnantajien korvaushakemusten ja työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden lukumäärä Kelan korvaushakemusten mukaan vuosina 2009-2015.

	Vuosi			
	2009	2011	2013	2015
	lkm	lkm	lkm	lkm
Korvaushakemukset	46 295	42 965	49 939	53 258
Piiriin kuuluvat työntekijät	1 846 786	1 835 282	1 858 377	1 812 848

Lähde Kelan työterveyshuoltotilasto 2009, 2011, 2013, 2015

2.2 Työterveyshuollon palvelujärjestelmä

Työterveyshuoltolaissa (L 1383/2001, 2 luku 7 §) on määritelty työterveyshuollon eri järjestämisvaihtoehdot ja työnantaja voi valita näistä työpaikalleen sopivimman työterveyshuollon järjestämistavan. Tällä työnantajan valinnanvapaudella pyritään varmistamaan, että työterveyshuollon järjestäminen on mahdollista kaikissa olosuhteissa työpaikan koosta, sijainnista tai toimialasta riippumatta. Työterveyshuollon eri järjestämisvaihtoehdot ovat:

- 1) kansanterveyslaissa (L 66/1972) tarkoitettu terveyskeskus,
- 2) työnantajan itse tai toisten työnantajien kanssa yhdessä ylläpitämät työterveyspalvelut (työnantajan oma työterveysasema tai ry),
- 3) työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutettu toimintayksikkö tai henkilö. Työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetut toimintayksiköt ovat yksityisiä terveydenhuollon palveluntuottajia, joilla on asianmukainen toimilupa tuottaa työterveyshuollon palveluja, kuten lääkärikeskukset.

Työterveyshuollon palveluja on mahdollisuus saada eri puolella Suomea kuntarajoista riippumatta ja lähellä työpaikkoja sekä työntekijöitä. Tämän vuoksi työterveyshuollon palvelujärjestelmällä on suuri merkitys työikäisen väestön terveyspalvelujen turvaajana. Työterveyshuollon palvelujärjestelmällä on oma rahoituksellinen ja toiminnallinen perusta, jolla täydennetään muita perusterveydenhuollon palveluja. (L 2383/2001, 2 luku 7 §; STM 1993, 94.)

Suurimmaksi osaksi työterveyshuollon palveluja tuotetaan lääkärikeskuksen ja terveyskeskuksen toimesta. Korvaushakemusten lukumäärä niillä työnantajilla, joilla palvelut

on tuottanut toisen työnantajan ja työnantajan oma työterveysasema, on selkeästi vähentynyt (yhteensä 61 %) vuodesta 2009 vuoteen 2015 verrattuna. Työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden lukumäärä on vähentynyt näillä työnantajilla samalla ajanjaksolla lähes 50 prosenttia. Kun taas samalla ajanjaksolla lääkärikeskusten osuus on lisääntynyt ja lääkärikeskusten työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden lukumäärä on kasvanut selkeästi (32 %). Lääkärikeskus on ainut palveluntuottaja, joka on kasvattanut osuuttaan vuodesta 2009 vuoteen 2015. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Työterveyshuollon korvaushakemusten ja työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden lukumäärä palveluntuottajittain vuosina 2009-2015.

Palveluntuottaja	Vuosi							
	2009		2011		2013		2015	
	Korvaus- hakemukset	Piiriin kuuluvat työntekijät	Korvaus- hakemukset	Piiriin kuuluvat työntekijät	Korvaus- hakemukset	Piiriin kuuluvat työntekijät	Korvaus- hakemukset	Piiriin kuuluvat työntekijät
	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
Terveyskeskus	16 638	498 809	13 540	444 505	16 285	447 723	15 449	412 903
Työnantajan oma työterveysasema	145	297 506	97	260 953	79	237 765	62	165 930
Toisen työnantajan oma työterveysasema	465	81 950	341	66 102	282	40 267	178	27 192
Työnantajien yhteinen työterveysasema	2 276	124 288	2 284	124 519	2 430	113 347	2 518	106 832
Lääkärikeskus	26 495	823 241	26 621	928 922	30 738	1 008 176	34 859	1 088 604
Muu palveluntuottaja	276	20 992	82	10 281	125	11 099	192	11 387
Yhteensä	46 295	1 846 786	42 965	1 835 282	49 939	1 858 377	53 258	1 812 848

Lähde Kelan työterveyshuoltotilasto 2009, 2011, 2013, 2015.

2.3 Työterveyshuollon korvausjärjestelmä

Kustannusten korvaaminen työnantajalle vakuutetun sijasta kannusti muitakin kuin teollisuuden työnantajia järjestämään sairaanhoitoa työntekijöilleen ja ehkäisemään työntekijöiden sairauksia. Tämä mahdollisti samalla myös työterveyshuollon kehittymisen. Tämä on omalta osaltaan vaikuttanut siihen, että työterveyshuolto on eriytynyt omaksi terveydenhuollon lajikseen. Sairausvakuutus on tukenut vuodesta 1964 lähtien työnantajia taloudellisesti korvaamalla työpaikkaterveydenhuollon sairaanhoidon kustannuksia. Korvauksen piiriin tulivat ennaltaehkäisevät palvelut muutamaa vuotta myöhemmin. Vuosien 1964 – 1975 aikana korvaustaso nousi vähitellen 60 prosenttiin. Ennen työterveyshuoltolakia työnantajalle maksettiin korvausta porrastetusti siten, että kor-

vaus oli selkeästi suurempi silloin, jos työpaikoilla toteutettiin sairaanhoidon lisäksi ennaltaehkäisevää toimintaa. Lisäksi työnantajalle maksettava korvaustaso oli korkein mahdollinen silloin, kun sairaanhoito oli työntekijöille maksutonta. SVL:a muutettiin työterveyshuoltolain mukana vuonna 1979, jolloin työnantajat saivat korvausta sekä lakisääteisen että muun terveydenhuollon toiminnasta aiheutuneista kustannuksista. Työterveyshuollon korvausjärjestelmä on suomalaisen sosiaalivakuutuksen yksi osa ja osa myös suomalaista terveystaloutta, jonka on katsottu olevan luonteeltaan sosiaalipoliittista tukea. (Mattila 2011, 168; Työterveyslaitos 1986, 58; STM 1993, 1; HE 114/2001, 4-14.)

Työterveyshuollon korvausjärjestelmää muutettiin vuonna 1995 samassa yhteydessä, kun valtioneuvoston päätöksellä (950/1994) määriteltiin työterveyshuollon sisältöä ja hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteita. Työterveyshuollon korvausjärjestelmään rakennettiin kaksi eri korvausluokkaa, korvausluokka I ja korvausluokka II. Korvausluokkaan I sisältyy työnantajaa velvoittava ennaltaehkäisevä työterveyshuolto ja korvausluokkaan II työnantajan vapaaehtoisesti järjestämä yleislääkäritasoinen sairaanhoito ja muut terveydenhuolto. Tämän lisäksi määriteltiin korvausluokittain työntekijää kohden maksettavan korvauksen määrä. Korvausluokassa I korvaus oli 50 prosenttia ja korvausluokassa II 50 prosenttia tarpeellisista ja kohtuullisista aiheutuneista hyväksyttävistä kustannuksista työntekijäkohtaiseen laskennalliseen enimmäismäärään saakka. Näiden muutosten tavoitteena oli ohjata työterveyshuollon tekemistä enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan. Työnantajille korvattiin väliaikaisesti (1.1.2002-31.12.2005) 60 prosenttia korvausluokan I työterveyshuollon toimintasuunnitelmista ja työpaikkakäynneistä sekä työsuojelutoimikunnan kokouksista aiheutuneista kustannuksista. Tämänkin muutoksen tavoitteena oli lisätä työterveyshuollon ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä työpaikoilla. Vuodesta 2006 lähtien työnantajille on korvattu 60 prosenttia kaikesta korvausluokan I ennaltaehkäisevästä toiminnasta. Näillä kaikilla edellä mainituilla lainmuutoksilla on pyritty korvausjärjestelmän avulla kannustamaan työnantajia ennaltaehkäisevän toiminnan toteuttamiseen. (HE 158/2001, 2; HE 129/2005, 10; HE 114/2001, 14; STM 1993, 105-109.)

Työterveyshuollon korvausjärjestelmän tarkoituksena on tukea ja edistää työterveyshuoltolain tarkoittaman työterveyshuollon toteutumista kaiken kokoisilla työpaikoilla

niiden taloudellisesta asemasta riippumatta. Ennaltaehkäisevän työterveyshuollon korvaamisen tavoitteena on ollut jo vuodesta 1969 lähtien työkyvyn ylläpitäminen ja työhön liittyvien terveyshaittojen ehkäiseminen. Korvausjärjestelmän avulla ohjataan työterveyshuollon toimintaa työterveyshuoltolain tavoitteiden mukaiseksi ja tuetaan työterveyshuollon toiminnan edellytyksiä, resurssien laaja-alaista käyttöä ja laadun parantamista. Työterveyshuollon kustannusten korvaaminen työnantajille perustuu työterveyshuoltolakiin (L 1383/2001) ja siihen liittyviin valtioneuvoston asetuksiin sekä SVL:iin (L 1224/2004). Korvaamisesta on säädetty myös valtioneuvoston asetuksilla (VNA 1338/2004). Työterveyshuoltolainsäädännön sekä sairausvakuutuslainsäädännön lisäksi työterveyshuoltoa koskettavat myös monet muut lait. Työturvallisuuslaki (L 738/2002), kansanterveyslaki (L 66/1972), terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (L 734/1992) ohjaavat omalta osaltaan työterveyshuollon toimintaa ja näin niillä on myös vaikutuksia työterveyshuollon kustannusten korvaamiseen. Työturvallisuuslaki liittyy työterveyshuoltoon siten, että työterveyshuoltolakea sovelletaan sellaiseen Suomessa tehtävään työhön, jossa työnantaja on velvollinen noudattamaan työturvallisuuslakia. Terveydenhuoltolaki taas velvoittaa kuntia järjestämään alueellaan sijaitseville työnantajille työterveyshuollon ennaltaehkäisevät palvelut. (Mattila 2011, 168; L 1331/2001, 1 luku 2 §, 2 luku 9 §; L 1224/2004, 13 luku 1 §; L 1326/2010, 2 luku 18 §; HE 114/2001, 4-5; HE 50/2004, 11; HE 67/2010, 4.)

Työnantajalle maksettava korvaus perustuu yrityksen työntekijöiden lukumäärään, työterveyshuollon toimintaan ja siitä aiheutuviin kustannuksiin. Korvaus määräytyy enintään työntekijäkohtaisen, vahvistetun laskennallisen kustannusten enimmäismäärän mukaan korvausluokittain. Pienille työnantajille (alle 10 työntekijää) korvataan kustannuksia työnantajakohtaisen kustannuksen laskennallisen enimmäismäärän mukaan. Työnantajakohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä on kymmenen kertaa suurempi kuin työntekijäkohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä, jonka mukaan korvausta maksetaan yli 10 työntekijän työnantajille. Enimmäismäärän määräytymisperusteet on SVL:ssa (L 1224/2004) ja sen nojalla annetussa valtioneuvoston asetuksessa (VNA 1383/2004) säädettyjä. Enimmäismäärässä on huomioitu hyvän työterveyshuoltokäytännön toteuttamiseksi tarpeelliset voimavarat. Voimavarat sisäl-

tävät työterveyshuollon ammattihenkilöiden palvelut ja heidän tarvitsemansa asiantuntijoiden palvelut, laboratorio- ja radiologiset tutkimukset sekä työterveysaseman perustamista ja ylläpitoa koskevat voimavarat. (L 1224/2004, 13 luku 7 §.)

Työterveyshuollon hyväksyttävät kustannukset on määritelty SVL:ssa (L 1224/2004) ja valtioneuvoston asetuksessa (VNA 138/2004). Hyväksyttäviä kustannuksia ovat hyvän työterveyshuoltokäytännön toteuttamiseksi tarpeelliset ja kohtuulliset perustamis- ja käyttökustannukset. Hyväksyttäviä perustamiskustannuksia ovat tutkimus-, hoito- ja toimistolaitteiston ja -kaluston sekä työterveyshuollon tietojärjestelmien hankkimisesta ja uusimisesta aiheutuneet kustannukset. Hyväksyttäviä käyttökustannuksia ovat työterveyshuollossa toimivan henkilöstön palkkakustannukset ja niistä maksetut pakolliset palkkasivukustannukset ja muut työterveyshuollon toteuttamiseksi tarpeelliset ja kohtuulliset kustannukset. (L 1224/2004, 13 luku 7 §.)

Työterveyshuollon kustannusten korvaukset rahoitetaan sairausvakuutusrahastosta. Sairausvakuutusrahasto jakautuu sairaanhoitovakuutuksen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen. Sairaanhoitovakuutuksen rahastoa rahoittavat vakuutetut ja valtio puoliksi ja rahastosta rahoitetaan sairaanhoitoon liittyvät etuudet. Työtulovakuutuksen rahastoa rahoittavat työnantajat, palkansaajat ja yrittäjät ja valtio yhdessä. Työtulovakuutuksen rahastosta rahoitetaan myös työterveyshuollon korvaukset. Työtulovakuutus rahoitetaan pääasiassa työnantajan sairausvakuutusmaksuilla sekä palkansaajien ja yrittäjien sairausvakuutuksen päivärahamaksuilla. Vuonna 2015 työnantajan rahoitusosuus oli noin 68 prosenttia ja 27 prosenttia oli palkansaajien ja yrittäjien osuus. Työnantajien sairausvakuutusmaksu oli 2,08 prosenttia maksamistaan palkoista ja palkansaajien ja MYEL-vakuutetuilla yrittäjillä päivärahamaksu oli 0,78 prosenttia ja YEL-vakuutetulla yrittäjien päivärahamaksu oli 0,91 prosenttia veronalaisista tuloista. (Kansaneläkelaitos 2016, 332; HE 68/2005, 9-11.)

2.3.1 Työterveyshuollon korvaustason muutos 1.1.2011

SATA-komitean linjaukseen ”Työllistymisen edistämistä koskevien ehdotusten toimeenpano vuosina 2009 – 2011” sisältyi työterveyshuollon vaikuttavuuden parantaminen. Työterveyshuollon vaikuttavuutta tulee parantaa voimassa olleen työterveyshuoltolainsäädännön ja sen aikaisen työterveyshuollon voimavarojen puitteissa. SATA-komitean

ehdotusten mukaan SVL:a muutettiin työterveyshuollon korvausjärjestelmään liittyen. Ehdotettu uudistus katsottiin olevan toteutettavissa kustannusneutraalisti, jolla tarkoitetaan, ettei työterveyshuollon toiminnan muutoksesta aiheudu uusia kustannuksia. (STM 2009, 3, 52, 56-59, 117.)

Vuonna 2009 hallitus ja työmarkkinajärjestöt sopivat yhteiseksi tavoitteekseen myös eläkkeelle siirtymisiän nostosta vähintään kolmella vuodella vuoteen 2015 mennessä. Tämän tavoitteen toteuttamiseksi perustettiin kaksi työryhmää, työelämäryhmä ja eläkeneuvotteluryhmä. Työelämäryhmän loppuraportin mukaan työterveyshuollon korvaustason muutos on työterveyshuollon työkykyä edistävän ja työkyvyttömyyttä ehkäisevän toiminnan tehokas ohjauskeino. Tämä työterveyshuollon korvaustason muutos oli jo SATA-komitean ehdotuksen mukaisesti tuolloin valmistelussa. Lisäksi työelämäryhmän toimeksiannon mukaan STM asetti ”Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä” –työryhmän. Kyseisen työryhmän tuli selvittää ja laatia ehdotus työelämäryhmän loppuraportin ehdotusten osalta. (Työelämäryhmän loppuraportti 2010, 3-8; STM 2011, 2, 25.)

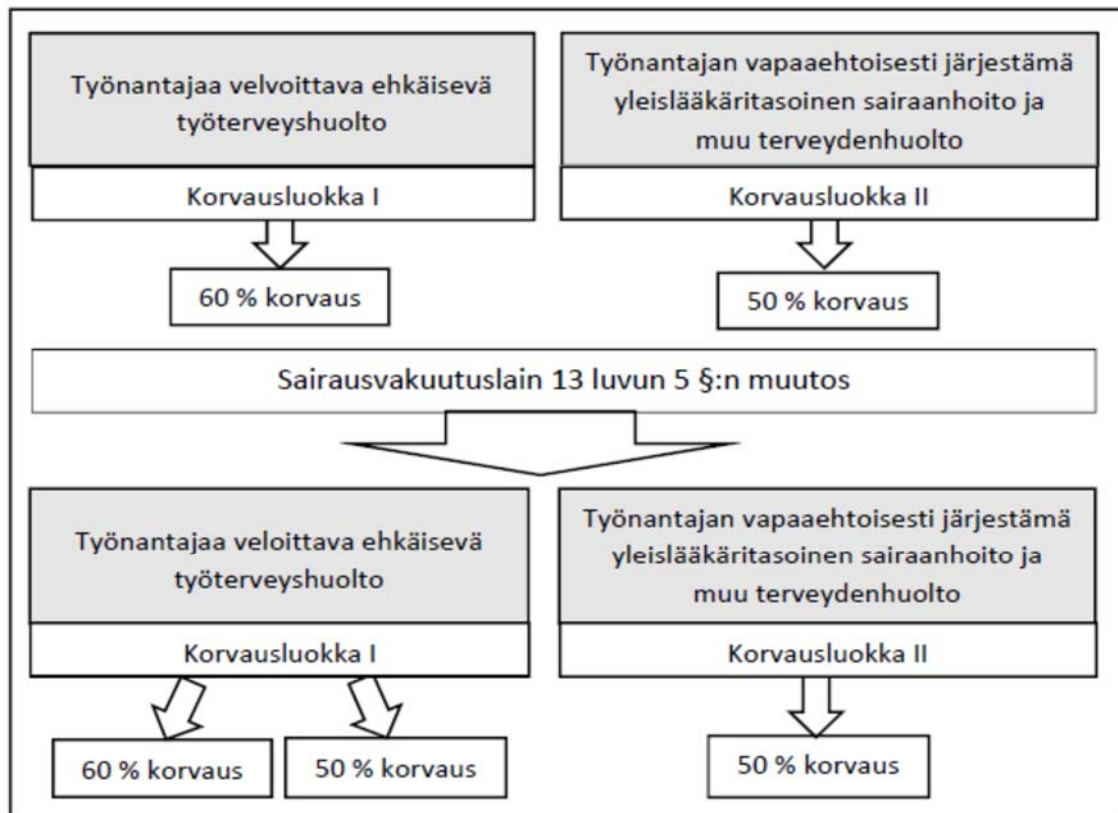
Vuoden 2011 alusta voimaan tulleen SVL:n muutoksen tavoite tuki SATA-komitean ehdotusta. Lainmuutoksen tavoitteena oli suunnata korvaustoiminnan tuki siten, että työnantajien, työntekijöiden ja työterveyshuollon yhteistyö paranee työpaikan työkyvyn hallinnan ja edistämisen toteuttamisessa työntekijöiden työkyvyn edistämiseksi ja työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi. Tavoitellun yhteistyön avulla on tarkoitus löytää entistä tehokkaampia ratkaisuja työpaikan työkyvyn hallintaan hyödyntämällä paremmin työterveyshuollon mahdollisuuksia ja asiantuntijuutta. Tällä tavalla työpaikat ja työterveyshuolto vaikuttavat yhteistyössä työpaikan ehkäisevillä toimenpiteillä työympäristöön, työolosuhteisiin ja työyhteisöön sekä työntekijän terveyteen, työ- ja toimintakykyyn työuran eri vaiheissa. (HE 67/2010, 3-11.)

Korvaustason muutoksen tarkoituksena oli myös kehittää ja tehostaa työterveyshuollon toimintatapoja työterveyshuollon palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi työterveyshuoltolain tarkoittamalla tavalla. Tehokkaammat toimintatavat tuovat vaikuttavampaa tulosta työntekijöiden työkyvyn tukemiseen, työkykyongelmien havaitsemi-

seen ja hoidon edistämiseen. SVL:n 13 luvun 5 §:n muutos ei aiheuttanut muutoksia työterveyshuoltolakiin eikä tuonut uusia tehtäviä työterveyshuoltoon. SVL:n muutoksesta aiheutuvat mahdolliset kustannusmuutokset oletettiin syntyvän toimintatapojen tehostamisesta ja näin ehdotuksen arvioitiin olevan kokonaisuutena kustannusneutraali. (HE 67/2010, 1-11.)

Työnantajalle on korvattu ennen lainmuutosta työnantajaa velvoittavan ennaltaehkäisevän työterveyshuollon (korvausluokka I) järjestämisestä aiheutuneista hyväksyttävistä kustannuksista 60 prosenttia ja työnantajan vapaaehtoisesti järjestämän sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon (korvausluokka II) aiheutuneista hyväksyttävistä kustannuksista 50 prosenttia. Molemmissa korvausluokissa korvauksien maksaminen on lisäksi määräytynyt työnantajakohtaisen tai työntekijäkohtaisen laskennallisen kustannuksen enimmäismäärään mukaan työpaikan koosta riippuen. (HE 67/2010, 4.)

Lainmuutoksen jälkeen kustannusten korvaamisen kannustimeksi asetettiin ennaltaehkäisevän työterveyshuollon (korvausluokka I) 60 prosentin korvaustason ehdoksi se, että työpaikoilla ja työterveyshuollossa on yhteiset tavoitteet ja yhteistyössä sovitut käytännöt, joiden mukaisesti työkyvyn hallintaa, seuranta ja varhaista tukea toteutetaan työpaikan ja työterveyshuollon yhteisenä toimintana. Muussa tapauksessa korvausluokan I korvauksen taso on 50 prosenttia. Korvauksen määrässä huomioidaan molemmissa tapauksissa työnantajakohtainen tai työntekijäkohtainen laskennallinen kustannusten enimmäismäärä työpaikan koosta riippuen. Korvausluokassa II ei tullut muutosta korvaustason prosenteissa. (L 1224/2004, 13 luku 5 §.) (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Korvaustaso korvausluokittain ennen ja jälkeen 2011.

Työnantajan työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintakäytäntö

Kelan korvauskäytännössä edellytetään, että työkyvyn hallinnan toimintakäytäntö valmistellaan ja sovitaan työpaikalla yhteistoimintamenettelyn edellyttämällä tavalla. Toimintakäytäntö kuvataan vähintään 20 työntekijän työnantajilla kirjallisesti sekä työpaikan asiakirjaan, että työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan. Alle 20 työntekijän työnantajilla edellytetään myös työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan vastaavat kirjaukset, mutta ei edellytetä työpaikan omaa asiakirjaa. Näillä työnantajilla vastaavat asiat kirjataan työterveyshuollon työpaikkaselvitysraporttiin työpaikan oman asiakirjan sijaan. (HE 67/2010, 13 – 14.)

Työpaikan työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen erillinen asiakirja tulee sisältää toimintakäytännön laadinnan, sen sisällön toimenpiteiden varhaisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tuen antamiseksi, työpaikan eri osapuolten roolit, tehtävät ja vastuut työpaikalla, työpaikan apuvälineet työkykyasioiden puheeksi ottoa ja työterveysneuvottelua varten, sairauspoissaolojen hallintajärjestelmän, poissaolojen ilmoituskäytännön, sairaus- ja poissaolojen toimittamisen työterveyshuoltoon ja ohjeet yhteydenotosta työ-

terveyshuoltoon, poissaolojen seurannan ja työkyvyn tukitoimenpiteiden toteuttamisen, työterveyshuollon tekemän sairauspoissaolojen seurannassa saatujen tietojen käsittelemisen ja esittämisen työpaikalla sekä työkykyseurannan toteutuksen, raportoinnin ja toteutumisen analysoinnin. Työterveyshuollon toimintasuunnitelman tulee sisältää työkyvyn hallintaan liittyvät työterveyshuollon vastuut ja tehtävät työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toteutuksessa, hyvän työterveyshuoltokäytännön toimenpiteet työkyvyn tukemisessa ja työkykyongelmien ehkäisyssä, työterveyshuollon toiminnan varhaisen tuen tarpeen havaitsemisessa ja tuen antamisessa, sairauspoissaolojen seurannan ja työpaikan terveys- ja työkykytilannetta koskevien raporttien laadinnan sekä työterveyshuollon yhteistyön ja käytännöt työpaikan ulkopuolisten toimijoiden kanssa. (HE 67/2010, 13 – 14.)

SVL:n 13 luvun 5 §:n muutoksen jälkeen, on tehty tätä muutosta tukevia lainsäädännön muutoksia työterveyshuoltolakiin ja edelleen SVL:iin. SVL:a (8 luku 5 a §) on muutettu 1.1.2012 lähtien siten, että sairauspäivärahan maksamisen edellytyksenä 90 sairauspäivärahan jälkeen vakuutetun tulee toimittaa Kelalle työterveyshuollon lausunto, joka sisältää arvion työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä sekä selvityksen työntekijän mahdollisuudesta jatkaa työssä. Työterveyslääkäri arvioi työntekijän jäljellä olevan työkyvyn ja työnantajan velvollisuutena on selvittää yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä. (L 1224/2004, 8 luku 5 a §; L 1383/2001, 2 luku 10 a §, 3 luku 12 § 5 a §; HE 75/2011, 7 – 8.)

Vuoden 2012 alusta voimaan tullut työterveyshuoltolain muutos (2 luku 10 a §, 3 luku 12 § 5a) sisälsi säädöksen siitä, että työterveyshuollon lausunnon laatiminen kuuluu työterveyshuollon lakisääteiseen tehtävään. Lisäksi työterveyshuoltolakiin lisättiin säännös, jossa työnantajan edellytetään ilmoittavan työntekijän sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon viimeistään silloin, kun poissaolo on jatkunut kuukauden ajan. Vuonna 2012 voimaan tulleiden SVL:n ja työterveyshuoltolain muutosten tavoitteena oli parantaa työkyvyn arviointiprosessin toimivuutta työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Tarkoituksena oli parantaa edelleen mahdollisuuksia puuttua nykyistä varhaisemmin pitkittyviin työkyvyttömyyksiin. Näiden toimien avulla, jotka vaikuttavat työkyvyn palautumiseen ja helpottavat työntekijän paluuta työhön sairauspoissaolon jälkeen,

pystytään pidentämään työuria tehostamalla toimenpiteitä. (L 1224/2004, 8 luku 5 a §; L 1383/2001, 2 luku 10 a §, 3 luku 12 § 5 a §; HE 75/2011, 7 – 8.)

2.3.2 Työterveyshuollon korvaustason lainsäädännön vaikutusten arviointi

Oikeusministeriö on laatinut ”Säädösehdotusten vaikutusten arviointi” –ohjeet 2007. Ohjeiden mukaan säädösten täytäntöönpanoon kuuluu sen vaikutusten toteutumisen seuranta. Arvioinnilla selvitetään, ovatko muutoksen ennakoitavat vaikutukset toteutuneet ja onko esiintynyt muita vaikutuksia, joita ei ole osattu ennakoida. Tämän arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten lainsäädännön tavoitteet on saavutettu ja mitä mahdollisia muutostarpeita tulee esiin. Ohjeiden mukaan jo hallituksen esityksen perusteluissa tulisi suunnitella ja kuvata täytäntöönpanon ja vaikutusten seurannan toteuttaminen. Poliittikkatoimien, joita myös lainsäädännön muutokset ovat, jälkikäteisarviointi onnistuu parhaiten silloin, kun siihen on etukäteen jo varauduttu. Vaikuttavuusarvioinnin kannalta etukäteen varautumisella voidaan jälkikäteen kerätä arvioinnin kannalta relevanttia tietoa. Suomessa tämä jälkikäteisarviointi ei ole säännönmukaista eikä siihen ole olemassa myöskään järjestelmää tai selkeitä menettelytapoja. (OM; OM 2007, 13; Vihriälä 2008, 32.)

Vihriälän (2008, 12-14, 31-32) mukaan politiikan synnyn prosessissa on erotettavissa neljä vaihetta: politiikka-agendan muodostuminen, politiikkatoimenpiteiden valmistelu ja siihen perustuva päätöksenteko, varsinainen toimeenpano ja seuranta, sekä lopuksi politiikan vaikutusten jälkeinen arviointi ja niiden muutostarpeiden päätelmät. Poliitiikan toimeenpanoon ja seurantaan liittyvä tutkimus on usein empiiristä tutkimusta. Suomessa onkin hyvät edellytykset tutkia esimerkiksi sosiaaliturvaan liittyvää politiikkaa laajojen rekisteriaineistojen vuoksi. Poliitiikan tuloksia voidaan arvioida vasta toimeenpanon jälkeen, ja se on erittäin tärkeää. Tällä tavalla saadaan tietoa politiikan toimeenpanon onnistumisesta tai siitä, että politiikka onkin osoittautunut haitalliseksi ja sitä tulisi muuttaa. Poliitiikan toimeenpanon seurannan avulla saadaan myös lisää ymmärrystä kohteena olevasta ilmiöstä.

Lainsäädäntöön liittyvien järjestelmäuudistuksien vaikutusten arviointi voidaan toteuttaa erilaisin menetelmin. Menetelmän valinta riippuu siitä, mistä lähtökohdista arviointi

toteutetaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on tehnyt sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain vaikutuksista ennakkoarviointeja sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. THL käytti näissä arvioinnissa lainsäädännön vaikutusarvioinnin kehittämäänsä viitekehystä, joka on muotoiltu kansallisin ja kansainvälisin vaikutusarvioinnin periaattein ja jossa on hyödynnetty oikeusministeriön ohjeistusta. Viitekehyksessä painottui yhteiskunnallisten vaikutusten arviointi. Tämä arviointikehikko sisältää lain tavoitteet, vaikutukset ja uudistuksen selkeys sekä toimeenpantavuus. Ehdotettujen säädösten vaikutuksia arvioitiin suhteessa asetettuihin tavoitteisiin keskittyen olennaisiin vaikutuksiin, tavoiteltuihin ja mahdollisiin kielteisiin vaikutuksiin ja kustannusvaikutuksiin. Tutkimus, asiantuntija-arviot ja erilaiset haastattelut ovat tämän arviointikehikon arviointimenetelmiä. (Erhola & Vaaramaa & Pekurinen & Jonsson & Junnila & Hämäläinen & Nykänen & Linnosmaa 2014, 13-19.)

SATA-komitean ehdotusten työterveyshuollon korvaamiseen liittyvän lainmuutoksen kustannusvaikutusten arviointi todettiin loppuraportissa vaikeaksi. Loppuraportin mukaan ehdotusten kustannusvaikutusten arvioinnissa pitää ottaa huomioon työurien pidentymisen vaikutukset pitkällä aikavälillä (STM 2009, 116). Loppuraportti ei sisällä toutuneiden ehdotusten seurantaa ja arviointia SVL:n työterveyshuollon korvaustason muutoksesta tarkemmalla tasolla. SVL:n muutoksen täytäntöönpanon vaikutusten arviointia ei ole kuvattu myöskään hallituksen esityksen perusteluissa. Työelämäryhmän loppuraportin kirjausten mukaan korvausmuutosten vaikutusten seurantaa tulee tehdä ja kehittämisen tarpeita tulee arvioida. Vaikutusten seuranta ja kehittämistarpeiden arviointi asetettiin STM:n työterveyshuollon neuvottelukunnalle. STM:n asettaman ”työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyötä” –työryhmän yksi ehdotus oli vuoden 2011 SVL:n korvaustason muutoksen vaikutusselvitystä tehtäväksi vuoden 2016 loppuun mennessä Kelan ja Työterveyslaitoksen toimesta. Tämän tavoitteena oli selvittää työterveyshuollon ehkäisevän korvausprosentin muutoksen vaikutuksia työkyvyn edistämisessä ja työkyvyttömyyden ehkäisyssä. (Työelämäryhmän loppuraportti 2010, 3-8; STM 2011, 2, 25.)

3 Päämies-agenttiteorian soveltaminen työterveyshuollon korvausjärjestelmän toimintaympäristöön

Päämies-agenttiteoriaa käytetään työterveyshuollon korvausjärjestelmän jäsentämiseksi ja sitä hyödynnetään järjestelmän kuvaamisessa. Päämies-agenttiteorian avulla jäsennetään työterveyshuollon eri toimijoiden rooleja ja eri toimijoiden tavoitteita. Teorian avulla myös tunnistetaan eri toimijoiden kannustinmekanismeja ja korvausjärjestelmän toimivuuden haasteita. Tässä luvussa kuvataan ensin yleisesti päämies-agenttiteoriaa ja sitten terveydenhuollon toimintaympäristössä. Lopuksi luvussa tarkastellaan työterveyshuollon korvaustason lainmuutosta päämies-agenttiteorian avulla.

Talousteoriassa ideaalina on täydellisen kilpailun markkinat, jossa tarjonta ja kysyntä ovat toisistaan riippumattomia. Täydellisen kilpailun markkinoilla on useita myyjiä ja ostajia, jotka ovat toisiinsa nähden tasavertaisessa asemassa. Täydellisen kilpailun markkinoiden hyödykkeet ovat ostajan näkökulmasta samankaltaisia ja molemmilla osapuolilla, myyjillä sekä ostajilla, on täydellinen tietämys hyödykkeiden laadusta ja hinnasta. Terveydenhuollon markkinoilla täydellinen kilpailu tarjolla olevista hyödykkeistä ei toimi kuitenkaan talousteorian olettamalla tavalla. Tiedon epätasainen jakautuminen, epäsymmetrinen informaatio, on erityispiirre, joka erottaa terveydenhuollon hyödykkeet muista tavallisista kaupallisista hyödykkeistä. Terveydenhuollossa kuluttaja ei itse tiedä mitä markkinoiden hyödykkeitä tarvitsee terveydentilansa kohentamiseksi, vaan tämä tietämys on tarjoajalla. Terveydenhuollon kuluttajalla ei myöskään ole täydellistä tietämystä tarjolla olevien hyödykkeiden laadusta, koska laatutietoja ei vain ole olemassa tai ainakaan niitä ei ole aina saatavilla. Lisäksi palvelut ovat esimerkiksi Suomen terveydenhuollossa kansalaisille lähes maksuttomia, joten kuluttajalla ei myöskään ole tietoisuutta palvelujen hinnoista. Terveydenhuollossa on myös muita piirteitä, kuten lisensoidut terveydenhuollon palvelut, sairastumisen epävarmuus, eettisyys, jotka lisäävät eroa tavallisiin kaupallisiin hyödykkeisiin. Tavallisten kaupallisten hyödykkein markkinoilla ei ole esimerkiksi sellaista epävarmuutta, joka sairauksiin ja sairastumiseen liittyy. Näiden erilaisten piirteiden vuoksi terveydenhuollon markkinoilla tarvitaan julkista sektoria tai hyvinvointivaltiota markkinoita ohjaamaan. (Arrow 1963, 941-973.)

Julkista sektoria tarvitaan ohjaamaan työterveyshuollon markkinoita, koska se on osa terveydenhuoltoa. Julkisen sektorin yksi ohjauskeino on lainsäädäntö, jonka avulla se kykenee ohjaamaan työterveyshuollon markkinoita. Työterveyshuollon lainsäädäntö valmistellaan yhdessä kolmikantaisesti työmarkkinajärjestöjen kanssa. Kolmikantaisessa työskentelyssä tulee huomioon otetuksi laajemmin myös Suomen julkisen talouden tavoitteet. Lainsäädäntö on ohjannut ja ohjaa edelleen vahvasti työterveyshuollon järjestämistä, toimintaa ja korvaamista. Tämä ohjaaminen on hyvinvointivaltion tehtävä, jotta työikäisen väestön hyvinvointia saadaan edistettyä tasa-arvoisesti. Työterveyshuollon korvausjärjestelmä toimii yhtenä työterveyshuollon toimintaa ohjaavana tekijänä ja vaikuttaa suoraan työnantajan työterveyshuollon kustannuksiin. Korvausjärjestelmän tehtävänä on korvata työnantajille lain mukaisen toiminnan aiheutuneista hyväksyttävistä kustannuksista korvausta, jolloin järjestelmä toimii omalta osaltaan yhteiskunnan kannustinjärjestelmänä. Korvausjärjestelmä toimii myös kontrolloijana, koska Kelan tehtävänä on SVL:n mukaan seurata ja valvoa SVL:n ja sen nojalla annettujen asetusten ja määräysten noudattamista ja toteuttamista (L 1224/2004, 1 luku 3 §).

Päämies-agenttisuhte

Päämies-agenttiteoriassa tarkastellaan periaatteessa kahden toimijan välisen sopimuksen tehokkuutta. Toimijat tekevät sopimuksen keskenään tehtävästä, johon päämies tarvitsee tekijän. Agenttisuhte sisältää sekä yhteistyö- että toimeksiantosuhteen, jossa toimijoiden välinen informaatio on keskeisessä asemassa. Taloustieteen agenttiteoriassa päämiehellä tarkoitetaan toimeksiantajaa, joka delegoi toisen toimimaan puolestaan. Toimija on agentti, joka toteuttaa päämiehen toimeksiannon. Teorian mukaan päämiehen tavoitteet voidaan saavuttaa vain agentin tietojen ja toiminnan kautta. Päämiehen ja agentin välinen suhte sisältää valtasuhteen, jossa esiintyy tavoitteiden välistä ristiriitaa ja epäsymmetristä informaatiota. Taloustieteessä agenttiteorian molemmat osapuolet, sekä päämies että agentti, pyrkivät maksimoimaan hyvinvointiaan erilaisten rajoitusten ympäröimänä. Agentin oletetaan omassa toiminnassaan maksimoivan päämiehen tavoitteleman hyödyn. Teorian mukaan agentti myös käyttäytyy rationaalisen agentin tavoin eli toimii aina maksimoiden myös omaa hyötyään. Päämies toisaalta valvoo ja toisaalta kannustaa agenttia saavuttamaan haluamansa tuloksen. (Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117-133.)

Päämiehen tuleekin suunnitella agentille optimaalinen kannustinjärjestelmä saavuttaakseen haluamansa tavoitteen. Päämies ei tiedä, hoitaako agentti toimeksiantoa päämiehen haluamalla tavalla, koska hänellä ei kuitenkaan ole täydellistä tietämystä agentin toiminnan kyvykkyydestä tehtävän hoitamisessa. Tästä seuraa kaksi ongelmaa: esiintyy haitallista valikoitumista (adverse selection) agentin kyvykkyydessä hoitaa annettua tehtävää sekä moraalikatoa (moral hazard) agentin tehtävän hoitamisessa. Näiden vuoksi agentilla on tietämyksellinen etu, jota agentti voi käyttää hyväkseen päämiehensä kustannuksella. Epäsymmetrinen informaatio voi aiheuttaa markkinoiden tehotomuutta, jolloin agentti ei maksimoi päämiehen hyötyä oman maksimaalisen voiton saavuttamiseksi. Päämiehen kannustin on tällöin liian pieni suhteessa agentin saamaan hyötyyn. Tämä on mahdollista, koska päämiehellä ei ole käsitystä kaikesta toimintaan vaikuttavista asioista. (Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117-133.)

Holmströmin ja Milgromin (1987) mukaan lineaarisen kannustinjärjestelmän avulla saavutetaan parhaimmat kannustimet agentin toiminnalle päämiehen näkökulmasta. Lineaarisessa kannustinjärjestelmässä päämiehen agentille antama korvaus (esimerkiksi palkkio) koostuu peruskorvauksesta sekä tulokseen sidotusta osasta. Tulokseen sidottu osa kasvaa myös lineaarisesti tulospittareiden mukaan. Lisäksi Holmström ym. (1991) mukaan päämiehen tavoitteleman parhaimman lopputuloksen saavuttamiseksi kannustinjärjestelmässä kannattaa huomioida kokonaisuus osittaisten kannustusjärjestelmien sijaan. (Holmström & Milgrom 1987, 303 - 328; Holmström & Milgrom 1991, 24 - 52.)

Terveydenhuolto ja päämies-agenttisuhte

Epäsymmetrinen informaatio vaikuttaa terveydenhuollon palveluja tarvitsevan kuluttajan ja niitä tarjoavan terveydenhuollon palveluntuottajan väliseen suhteeseen. Terveydenhuollon hyödykkeitä tarvitsevalla kuluttajalla ei ole tietoa mitä palveluita hän tarvitsee ja miksi hän tarvitsee mitään palveluita oman hyvinvointinsa parantamiseksi. Terveydenhuollon kuluttaja joutuu näin luovuttamaan asiaa koskevan päätöksenteon terveydenhuollon ammattihenkilölle, jolla on parempi käsitys ja tietämys erilaisista terveydenhuollon palveluista ja keinoista. Tällöin syntyy terveydenhuollon markkinoilla päämies-agenttisuhte, koska terveydenhuollon hyödykkeitä tarvitsevan kuluttajan tavoitteet voidaan saavuttaa vain terveydenhuollon hyödykkeitä tarjoavan palveluntuottajan

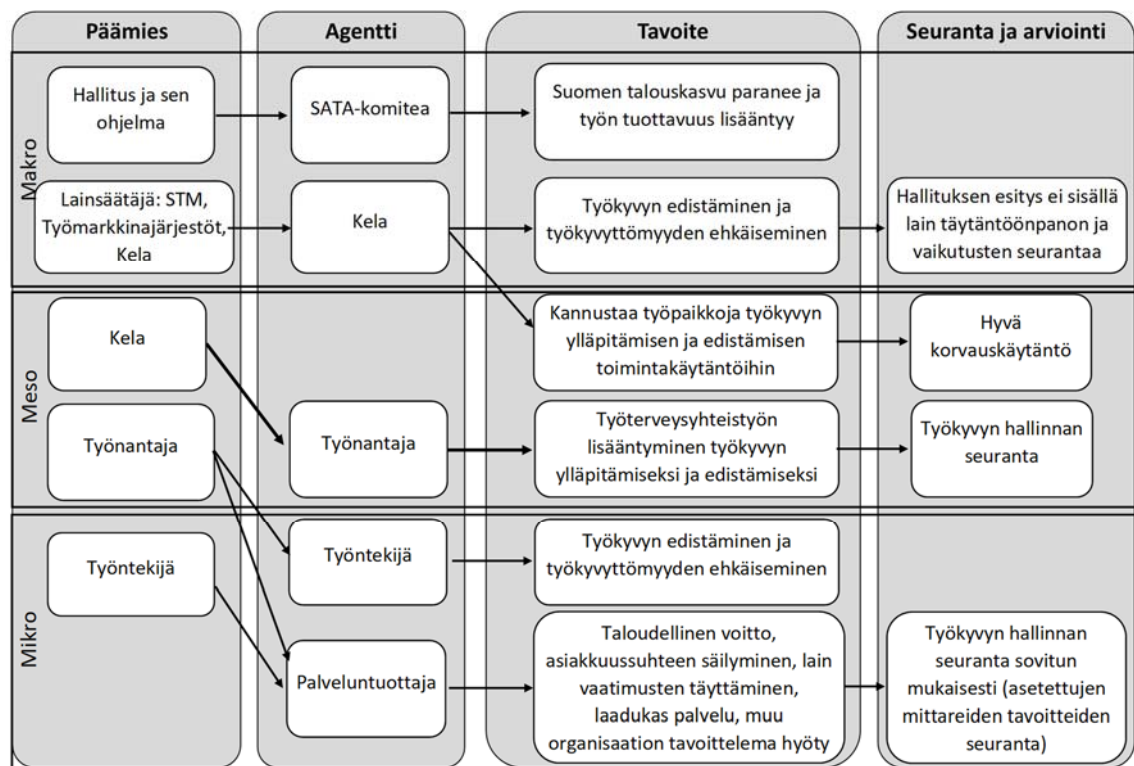
tietojen ja toiminnan kautta. Terveysthuollossa päämies-agenttisuhteen osapuolina ovat asiakas (potilas) päämiehenä ja agenttina on terveydenhuolto. Tavoitteet näillä eri osapuolilla ovat osittain samat ja osittain erilaiset, mutta tavoitteet eivät kuitenkaan voi olla täysin toisistaan riippumattomia. (Arrow 1963, 941-973; Tuomala 2009, 349-350; Tuomala 2012, 39.)

Terveysthuollon palveluntuottajalla on kaksoisrooli agenttisuhteessa: terveydenhuollon palveluntuottaja on sekä asiakkaan neuvonantaja, että palvelujen tarjoaja. Terveysthuollon palveluntuottajalla on periaatteessa kaksi erilaista hyvinvointiin liittyvää tavoitetta; toisaalta terveydenhuollon palveluntuottaja pyrkii saavuttamaan asiakkaan hyvinvointiin liittyvän tavoitteen, mutta samalla myös oman tavoitteensa. Asiakkaan hyvinvointiin liittyvä tavoite on asiakkaan hyvinvoinnin parantaminen ja terveydenhuollon palveluntuottajan oma tavoite on taloudellisen hyödyn saavuttaminen ja terveydenhuollon palveluntuottaja voi lisätä taloudellista hyötyään edelleen tarjoamalla lisää palveluja. (Tuomala 2009, 349-350; Tuomala 2012, 39.)

Työterveyshuollossa agenttisuhte on vieläkin monimutkaisempi kuin muualla terveydenhuollossa. Työterveyshuollossa työnantaja tai työntekijä voivat olla päämiehiä yhtä aikaa, eri aikaan ja lisäksi heillä saattaa olla erilaiset hyvinvointitavoitteet saavutettavina.

3.1 Päämies-agenttisuhte työterveyshuollon korvaustason muutoksessa

Hallituksen ohjelma on yksi ohjauskeino. Lain muutoksen valmistelussa päämiehenä on maan hallitus sekä sen ohjelma. Agenttina muutoksen eteenpäin viemisessä toimii SATA-komitea, jonka valtioneuvosto asetti valmistelemaan sosiaaliturvan uudistamista. STM, työmarkkinajärjestöt ja Kela valmistelivat päämiehenä yhteistyössä lainmuutoksen ja Kela toimii agenttina lain toimeenpanijana. Lainmuutoksen toimeenpanoa toteuttavat Kela, työnantaja, työntekijä ja palveluntuottaja. Lain toimeenpanoa toteuttaa Kela (päämies), joka maksaa työnantajille (agentti) työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista korvausta (kannustin). Kelalla, työnantajalla ja työntekijöillä on sekä päämiehen, että agentin rooli toimeenpanon kokonaisuuden eri vaiheiden eri tasoilla. Työnantajan ja työntekijän agenttina toimii palveluntuottaja, jolla on tietoa ja tarpeelliset palvelut lain toimeenpanemiseksi. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Päämies-agenttisuhteet, tavoitteet sekä seuranta ja arviointi työterveyshuollon korvaustason lainmuutoksessa.

Päämiehen kannustimena on korkeampi korvaustaso työnantajille (agentti), joilla on työkyvyn hallintamalli. Työnantaja (agentti) toteuttaa lain toimeenpanossa työkyvyn hallintaa. Työnantaja toimii myös päämiehenä työkyvyn hallinnan toimintamallissa ja agenttina tällöin toimivat työntekijät ja palveluntuottaja. Lain toimeenpanoa toteuttaa työnantaja päämiehenä laatimalla ja toteuttamalla työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintamallia yhteistyössä henkilöstön ja työterveyshuollon kanssa. Työterveyshuolto toimii lain toimeenpanossa agenttina. Työntekijät (agentti) osallistuvat lain toimeenpanoon osallistumalla tämän toimintamallin laatimiseen ja sen toteuttamiseen käytännössä. Työntekijä toimii päämiehenä työkyvyn edistämisessä yksilötasolla, jolloin agenttina on palveluntuottaja. Palveluntuottajat toimivat laaditun toimintamallin mukaisesti oman roolin osalta ja tekevät yhteistyötä työnantajan kanssa sekä huolehtivat työntekijöiden työkyvyn edistämisestä ja työkyvyttömyyden ehkäisemisestä. (Kuvio 2.)

Oikeusministeriön laatimien ohjeiden mukaan lainsäädösten täytäntöönpanoon liittyy sen vaikutusten toteutumisen seuranta, joka kirjataan jo hallituksen esityksen perusteluihin. Työterveyshuollon korvaustason lainmuutoksen hallituksen esitys ei sisällä lain

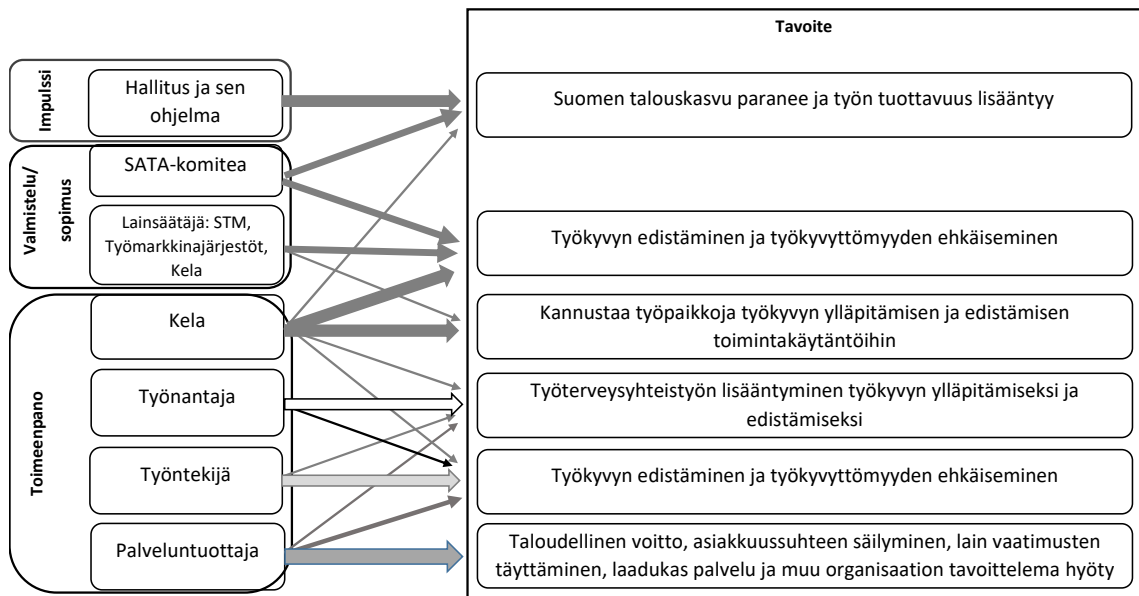
täytäntöönpanon ja vaikutusten seurannan toteuttamista, jonka avulla arvioidaan lain toimivuutta ja sen mahdollisia muutostarpeita. Lainsäätäjä päämiehenä ei tässä tilanteessa ole asettanut agentilleen konkreettista kontrollimekanismia tavoitteen saavuttamisen seuraamiseksi. Toisaalta lainsäätäjän tavoitteena on myös kannustaa työpaikkoja työkyvyn ylläpitämisen ja edistämisen toimintakäytäntöihin ja tämän päämiehen tavoitteen seuranta toteutuu Kelassa normaalin korvaushakemusten ratkaisutoiminnan yhteydessä. (Kuvio 2.)

Kela seuraa korkeamman korvaustason kriteerien täyttymistä työnantajilla ratkaisutoiminnan oikeellisuuden seurannan yhteydessä, koska Kela seuraa ja valvoo SVL:n noudattamista ja toteuttamista (L 1224/2004, 1 luku, 3 §). Työterveyshuollon kustannusten korvaamisen ratkaisutoiminnassa työterveyshuollon hyvä korvauskäytäntö sisältää korvattavuuden edellytysten ja korvaamisen periaatteiden läpikäyntiä, tarkistamista ja arviointia mukaan lukien työnantajan ilmoittamat tiedot työkyvyn hallintamallin olemassa olosta (Kansaneläkelaitos 2018a, 64). Työnantaja agentin roolissa seuraa laaditun työkyvyn hallintamallin mukaisesti työkyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Työkyvyn hallintamalli sisältää työkykyseurannan raportoinnin ja toteutumisen seurannan, jossa työnantajalla on päämiehen rooli ja palveluntuottajalla agentin rooli. Seurannassa työnantaja ja palveluntuottaja arvioivat yhdessä asettamiensa tavoitteiden toteutumista ja suunnittelevat tarvittavat jatkotoimet. (Kuvio 2.)

3.2 Päämies-agenttisuhde ja toimijoiden tavoitteet työterveyshuollon korvaustason muutoksessa

Hallituksen ohjelman (pääministeri Matti Vanhasen II hallitus) yhtenä tavoitteena oli lisätä työn tuottavuutta työikäisen väestön voimavarojen laajemman käytön avulla. Tämä vaikuttaa positiivisesti Suomen talouskasvuun. Yksi keino tämän tavoitteen saavuttamiseksi oli SVL:n muutos työterveyshuollon korvaustasoon. SATA-komitealla oli lisäksi tavoitteena työkyvyn edistäminen ja työkyvyttömyyden ehkäiseminen. Työkyvyn edistäminen ja työkyvyttömyyden ehkäiseminen olivat myös lainsäätäjän (STM, työmarkkinajärjestöt, Kela) tavoitteena. Lain toimeenpanijoista tämä sama tavoite on myös Kelalla. Työnantajan tavoitteena on työterveysyhteistyön lisääntyminen ja sen avulla työntekijöiden työkyvyn edistäminen ja työkyvyttömyyden ehkäiseminen. Työntekijän tavoitteet ovat samat, joskin yksilön näkökulmasta. Kuitenkin työnantajan ja työntekijän

tavoitteet voivat olla myöskin ristiriidassa – työntekijältä puuttuu esimerkiksi työmotivaatio ja tämän vuoksi kokee olevansa enemmän työkyvytön kuin työkykyinen. Tällöin palveluntuottaja toimii kaksoisagentin roolissa – kumman päämiehen tavoitetta kannattaa enemmän tavoitella? Onko työntekijän yksilölliset tavoitteet työnantajan tavoitteiden edellä? Kumpi päämies on asettanut paremmat kannustimet palveluntuottajan toiminnalle? (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Päämies-agenttisuhte ja toimijoiden tavoitteet.

Palveluntuottaja-agentin tavoite eroaa muiden toimijoiden tavoitteista, koska palveluntuottajan tavoitteena on tuottaa toiminnallaan maksimaalista voittoa itselleen. Lisäksi palveluntuottaja pyrkii ylläpitämään olemassa olevaa asiakassuhdetta, jotta yleensä voi saavuttaa taloudellista voittoa. Palveluntuottajan tavoitteena on mahdollisesti myös laajentaa asiakassuhdetta muihin myymiinsä palveluihin. Kunnallisella työterveyshuollolla tavoitteena on lain vaatimusten täyttäminen (lain mukaan työterveyskeskuksen on järjestettävä työterveyshuolto yritysten niin halutessa vrt. kansanterveyslaki). Voittoa tavoittelemattomilla palveluntuottajilla, kuten työnantajan omat työterveysasemat, tavoitteena on laadukas ja riittävä palvelu, jonka avulla saavutetaan oman työnantajaorganisaation tavoitteleva hyöty. (Kuvio 3.)

Päämies-agenttisuhte on haaste myös työpaikan työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toteuttamisessa. Työnantajan (päämies) työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen mallin tavoitteena on ylläpitää työntekijät työkykyisinä maksimoiden

työpaikan hyvinvointia ja taloudellista tuloksellisuutta. Tämä tavoite saattaa olla ristiriidassa palveluntuottaja-agentin kanssa, koska hyvinvoivat työntekijät eivät enää mahdollisesti tarvitse palveluntuottajan palveluja. Tämä taas vähentää palveluntuottaja-agentin tavoittelemaa taloudellista hyvinvointia. Tällöin voi olla mahdollista, ettei palveluntuottaja-agentti toteuta parhaita mahdollisia toimia työntekijöiden työkyvyn hallinnan edistämiseksi neuvotteluissa ja työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen mallin laatimisessa. (Vrt. Sintonen ym. 2006, 117-133.)

4 Lainmuutoksen toimeenpanon onnistumista selittäviä tekijöitä

Aihepiiriä on tutkittu aikaisemmin erilaisista näkökulmista. Tutkimusta on tehty esimerkiksi yhteistyön toimintamalleista ja odotuksista työnantajan ja työterveyshuollon välillä työntekijöiden työkyvyn edistämiseksi. Terveysthuollossa on tutkittu esimerkiksi vammaispalvelulain muutoksen vaikutuksista asiakasmääriin ja kustannuksiin. SVL:n työterveyshuollon korvaustason muutoksen vaikutuksia työpaikan käytäntöihin ja toimenpiteisiin on tutkittu kyselymenetelmällä vuonna 2017. (Husman 2008, 4; Franche & Cullen & Clarke & MacEachen & Frank & Sinclair 2005, 607 – 628; Heikkinen 2007, 4333 – 4337; Väisänen & Linnosmaa & Eskelinen & Nurmi-Koikkalainen 2013, 3, 5, 43 – 44; Kallionpää & Immonen & Välimaa & Herse & Leskelä 2017, 10, 31-35.)

Aihetta ei ole aikaisemmin tutkittu lainsäädännön vaikutusten muutosten näkökulmasta, joka liittyisi yhtäaikaaisesti työkykyä edistävän ja työkyvyttömyyttä ehkäisevään toimintaan ja näihin liittyviin kustannuksiin ennen ja jälkeen lainmuutoksen.

4.1 Yhteistyö ja tiedon jakaminen

Vuoden 2011 SVL:n muutoksen tarkoituksena oli kannustaa korkeamman korvaustason avulla työnantajia yhteistyöhön työterveyshuoltojen kanssa. Yhteistyön tavoitteena on löytää yhdessä tehokkaita toimintatapoja työkyvyn edistämiseen ja työkyvyttömyyden ehkäisemiseen nykyistä vaikuttavammalla toiminnalla. Tavoitteena oli, että työnantajat voisivat nykyistä paremmin hyödyntää työterveyshuollon mahdollisuuksia ja osaamista työkyvyn hallinnassa. Tämä edellyttää hyvää yhteistyötä ja tiedon jakamista kaikille osapuolille.

Työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän yhteistyön toimintamalleista työntekijän työkykyyn liittyen on kokemusta Hollannista Husmanin (2008, 4) SATA-komitealle toimittaman raportin mukaan. Hollannissa työterveyshuolto tarjoaa yhteistyömalleja työntekijälle ja esimiehelle esimerkiksi sairauspoissaolojen hallintaan ja työhön paluun toimintamallia, joka sisältää yhteisiä tehtäviä työntekijälle, esimiehelle ja työterveyshuololle. Toimintamallin tavoitteena on työntekijän toipumisen ja paranemisen edistäminen. Hollannissa on myös sovittu mielenterveyshäiriöihin liittyvä velvoittava toimintatapa työnantajien, ammattiliittojen ja valtionhallinnon kesken. Mielenterveyshäiriöihin

liittyvän toimintamallin noudattaminen on asetettu ehdoksi muun muassa työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiselle. (Husman 2008, 4.)

Työntekijän työhön paluuseen liittyen on tehty systemaattinen katsaus (Frache & Cullen & Clarke & MacEachen & Frank & Sinclair 2005, 607 – 628), jossa tarkasteltiin työpaikalla tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuutta työkyvyttömyyden kestoon. Katsauksen mukaan on vahvaa näyttöä siitä, että työkyvyttömyyden kesto merkittävästi vähennee, kun työtä mukautetaan ja tehdään yhteistyötä terveydenhuollon ja työpaikan välillä. Keskinkertaista näyttöä löytyi myös siitä, että kun työpaikka ottaa varhaisessa vaiheessa yhteyttä työntekijään, tehdään ergonomisia käyntejä ja nimetään yhteyshenkilö. Kun nämä kaikki edellä mainitut interventiot yhdistetään, katsauksen mukaan saadaan keskinkertaista näyttöä myös taloudellisesta hyödystä työkyvyttömyyden kestoon. Vaikutusten pysyvyyteen katsaus on kuitenkin puutteellinen tai rajoittunut. Katsauksen lopputuloksena on se, että työpaikan toimilla voidaan vähentää merkittävästi työkyvyttömyyden kestoa ja siihen liittyviä kustannuksia, mutta näyttö niiden vaikutuksesta työntekijän elämänlaatuun oli paljon heikompi.

Heikkisen (2007, 4333-4337) tutkimuksen mukaan työnantajat odottavat työterveyshuolloilta kumppanuusyhteistyötä, jolla on vaikuttavuutta. Työnantajat odottavat maksajina tuottoa investoinneilleen ja näin olettavat saavansa työterveyshuollon toimilta vaikuttavuutta. Työnantajat haluavat työterveyshuollon vaikuttavuuden ilmentyvän sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden vähentymisenä sekä työntekijöiden työkyvyn parantumisena. Heikkisen tutkimuksen mukaan työterveyshuolloilta odotetaan aktiivista jalkautumista työpaikoille ja työkyvyn raportointia sekä tunnuslukuina että ennusteina. Kankaanpää (2012, 104) onkin tutkimuksessaan selvittänyt, oliko yrityksen työntekijöiden ennaltaehkäisevään työterveyshuoltoon investoinnilla vaikutusta yrityksen taloudelliseen tulokseen kahden tai neljän vuoden kuluttua. Tutkimus tehtiin rekisteritutkimuksena Tilastokeskuksen tilinpäätöstietojen ja Kelan työterveyshuollon korvaushakemustietojen avulla. Kankaanpää ei löytänyt suoraa positiivista yhteyttä työnantajan ennaltaehkäisevän työterveyshuollon panostuksen ja yrityksen taloudellisen menestyksen välillä.

Kallionpää, Immonen, Välimaa, Herse ja Leskelä (2017, 10, 31-35) ovat tutkineet vuoden 2011 SVL:n muutoksen vaikutuksia työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen. Tutkimuksella selvitettiin tämän lainmuutoksen vaikutuksia käytäntöihin ja työpaikkojen toimenpiteisiin, joilla edistetään työkykyä. Tutkimus keskittyi lakimuutoksen aikaan saamiin käytäntöihin ja toimenpiteisiin, joita työpaikoilla ja työterveyshuolloissa oli tehty. Tulosten mukaan suurin osa työnantajista oli sopinut työkyvyn edistämiseen liittyvistä toimintakäytännöistä ja laatinut lain edellyttämän suunnitelman yhteistyössä työterveyshuoltojen kanssa. Sovittujen toimintakäytäntöjen seuranta ei vielä kuitenkaan ollut kovin systemaattista. Suurimmilla työnantajilla suunnitelmat oli laadittu systemaattisemmin ja ne sisälsivät laajemmin myös toiminnalle asetetut tavoitteet ja mittarit. Tutkimus toteutettiin kysely- ja haastattelumenetelmällä. Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 5,8 prosenttia. Kyselytutkimustulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta saattaa haitata se, että kyselyyn vastasivat todennäköisesti vain aktiivisemmin työkyvyn hallinnasta kiinnostuneet ja siinä onnistuneet työnantajat.

Tiedon puute nousi terveyspalvelujen kilpailua ja laatua koskevassa Pekolan (2018, 6) tutkimuksessa tärkeään asemaan. Tutkimuksessa arvioitiin kilpailun ja sääntelyn vaikutuksia laatuun Kelan järjestämissä vaikeavammaisten fysioterapiapalveluissa. Teorian perusteella voidaan olettaa, että markkinoilla kilpailu lisää laatua ainakin silloin, kun hinnat ovat kiinteät eikä kilpailla hintojen avulla. Pekolan tutkimus ei tukenut tätä olettaa. Tutkimuksen tulosten mukaan kilpailu ei parantanut laatua vaan laatu laski huolimatta siitä, miten palvelujen hinta määräytyi tai millä tavalla palvelut järjestettiin. Pekola arvioi tutkimuksen tuloksen syyksi sen, että tässä tutkimuksen kohteena olevassa kilpailutilanteessa markkinoilla oli informaation epäsymmetriaa. Informaation epäsymmetria oli aiheutunut siitä, että terveyspalveluita käyttävillä asiakkailla ei ollut riittävästi tietoa eri palveluntuottajista. Tämä taas aiheutti sen, ettei palveluntuottajilla toisaalta ollut riittäviä kannustimia kilpailla asiakkaista. Terveyspalvelun markkinoilla on näitä erityispiirteitä verrattuna täydellisen kilpailullisiin markkinoihin. Informaation epäsymmetria on yksi näistä. Terveyspalvelun palveluntuottajilla on enemmän tietoa kuin heidän asiakkaillaan.

4.2 Lainmuutoksen täytäntöönpanon vaikutusten arviointi

Työterveyshuollon korvaustason lainmuutoksen hallituksen esitys ei sisältänyt täytäntöönpanon vaikutusten arviointia siten, kun oikeusministeriön ohjeet suosittavat. Lainmuutoksen jälkikäteisarviointista yksi esimerkki terveydenhuollossa on vammaispalvelulain muutoksen vaikutusten arvioinnista. Lain valmistelun yhteydessä edellytettiin, että lakimuutoksen vaikutuksia tullaan arvioimaan ja hallituksen esitys (HE 166/2008, 23) sisälsi erikseen kohdan ”Uudistuksen toimeenpanon seurata”. Vammaispalvelulain 2009 muutoksen vaikutuksia asiakasmääriin ja kustannuksiin on tutkittu lain toimeenpanon jälkeen. Tutkimuksessa (Väisänen & Linnosmaa & Eskelinen & Nurmi-Koikkalainen 2013, 3, 5, 43 – 44) tarkasteltiin erityisesti lainmuutoksen taloudellista arviointia, mutta myös vammaispalvelujen asiakasmäärien kehitystä. Tutkimuksen tulosten mukaan lainmuutoksen jälkeen asiakasmäärät ja henkilökohtaisen avun kokonaiskustannukset olivat kasvaneet enemmän, mitä oli lainmuutoksen valmistelun yhteydessä ennakoitu. Tutkimuksella ei kyetty selvittämään oliko palvelujen kasvu kohdistunut tarpeen mukaan sinne, missä tätä tarvetta on ollut. Tutkimus toi kuitenkin esiin esimerkiksi sen, että vammaispalvelujen tilastointi on puutteellista. Tutkijat toivovatkin, että kuntien talous- ja toimintatilastojen uudistamisessa tämä puute otettaisiin huomioon.

Työterveyshuollon korvausjärjestelmään liittyvän vuoden 1995 lainmuutoksen vaikutuksia on tutkittu vuonna 2006. Vuoden 1995 lainmuutoksen tavoitteena oli ohjata työterveyshuollon toimintaa enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan, joka perustuu työnantajan tarpeisiin. Toiminnan ohjaamiseksi työterveyshuollon korvausjärjestelmään rakennettiin korvausluokat I ja II. Pitkämäki (2006, 6) tutki lainmuutoksen vaikutuksia työnantajien työterveyshuollon kustannuksiin, maksettuihin korvauksiin ja työterveyshuollon eri toimintoihin vuodesta 1994 vuoteen 2000. Tuloksena oli se, että sairaanhoidotoiminta ja työterveyshuollon ennaltaehkäisevä toiminta pois lukien työpaikkaselvitykset olivat lisääntyneet kaikilla erilaisilla palveluntuottajilla. Erot työterveyshuollon kustannuksissa ja toiminnoissa olivat kaventuneet verrattaessa eri palveluntuottajia. Työnantajan omalla työterveysasemalla eri työterveyshuollon toimintojen toteutuminen oli kuitenkin todennäköisintä. Tutkimus sisälsi johtopäätöksissä jatkotutkimuksen aiheen: Miten työterveyshuollon kustannukset ja toiminta ovat jakautuneet korvausluokittain ja mihin työterveyshuollon resurssit ovat ohjautuneet.

5 Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata työterveyshuollon korvausjärjestelmää ja työterveyshuollon korvaukseen liittyvän L 1224/2004 13 luvun 5 §:n korvaustason lainmuutoksen tausta sekä soveltaa päämies-agenttiteoriaa työterveyshuollon kustannusten korvaamiseen. Tutkimuksella selvitetään kyseisen SVL:n muutoksen vaikutuksia työnantajien työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneisiin kustannuksiin, Kelan työnantajille maksamiin korvauksiin ja työterveyshuollon toimintatietoihin vuodesta 2009 vuoteen 2015. Tutkimuksessa tarkastellaan lisäksi, mikä yhteys työpaikan koolla ja palveluntuottajalla on työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen olemassaoloon sekä mikä yhteys työkyvyn hallintamallilla, sairaanhoidon järjestämisellä, työpaikan koolla ja palveluntuottajilla on työterveyshuollon toiminnan toteutumiseen. Lainsäätämisen yhteydessä SVL:n korvaustason muutokselle ei ole erikseen asetettu hallituksen esityksessä kontrollimekanismia tai muuta seuranta.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Miten työnantajien työterveyshuollon kustannukset ja niihin liittyvät työterveyshuollon toimintatiedot sekä Kelan maksamat korvaukset ovat muuttuneet vuodesta 2009 vuoteen 2015?
 - a. Miten tiedot ovat muuttuneet työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestämisen mukaan?
 - b. Miten tiedot ovat muuttuneet erikokoisilla työnantajilla?
 - c. Miten tiedot ovat muuttuneet erilaisten palveluntuottajien työnantaja-asiakkaille?
2. Mikä yhteys työpaikan koolla ja palveluntuottajalla on työkyvyn hallintamallin olemassaoloon ja työterveys sopimuksen laajuuteen?
3. Mikä yhteys työkyvyn hallintamallilla ja sairaanhoidon järjestämisellä, työpaikan koolla ja palveluntuottajalla on työterveyshuollon eri toimintojen toteutumiseen?

Koska toimitaan terveydenhuollon markkinoilla, jossa on epäsymmetristä informaatiota, lainmuutokseen liittyvillä eri toimijoilla on erilaiset tehtävät ja tavoitteet. Korvaus-

tason muutoksen kannustimena on parempi taloudellinen tuki Kelan maksamina korvauksina niille työnantajille, joilla on käytössään työterveyshuollon ja työpaikan kanssa yhteistyössä laadittu työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintamalli. Lisäksi työterveyshuollon korvaustason muutoksen tulisi kannustaa työpaikkoja yhteistyöhön työterveyshuollon kanssa työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi ja työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja tämän kautta sillä on vaikutusta yrityksen taloudelliseen menestymiseen sekä Suomen talouskasvun lisääntymiseen. Työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintamallin laatimiseen ja sen toteuttamiseen tarvitaan myös työterveyshuollon palveluja, jolloin korvaustason muutoksen tulisi kannustaa myös työterveyshuollon palveluntuottajia tuottamaan näihin liittyviä palveluja työnantajalle ja työntekijöille.

Hypoteesina on lainmuutoksen vaikutuksena se, että työterveyshuollon painopiste siirtyy ennaltaehkäisevään toimintaan niissä työpaikoissa, joissa on yhteisesti sovittuna työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen malli, sairaanhoidon kustannukset ja toimintatiedot eivät ole kasvaneet, vaan tämä resurssi on siirtynyt ennaltaehkäisevään työterveyshuoltoon. (Vrt. HE 67/2010, 8 – 10.)

Tutkimuksessa tarkastellaan työnantajien työterveyshuollosta aiheutuneita hyväksytyjä kustannuksia ja Kelan maksamia korvauksia sekä työterveyshuollon toimintatietoja vuosilta 2009, 2011, 2013 ja 2015 Kelan korvausjärjestelmästä saatujen rekisteritietojen avulla. Korvaustason lainmuutos tuli voimaan 2011, jonka vuoksi tarkastelukohteeksi otettiin vuodet 2009, 2011, 2013 ja 2015. Vuoden 2009 tietojen avulla saadaan tiedot ennen lainmuutosta (lähtötilanne) ja vuosien 2011, 2013 ja 2015 tietojen avulla saadaan lainmuutoksen jälkeisen ajan tiedot riittävän pitkältä ajalta.

5.1 Tutkimusaineisto ja muuttajat

Tutkimuksen aineistona käytetään Kelan valtakunnallisia rekisteritietoja. Aineisto koskee siten vain korvausta hakeneita työnantajia. Rekisteritiedosto koostuu työterveyshuoltotilastoista, joiden pohjana on työnantajien työterveyshuollon kustannusten korvauskäsittelystä syntynyt tiedosto. Kelan ICT-palvelujen tulosityksikön hallinnon ja tilastoinnin ICT-yksikkö tilastoi kaikki työterveyshuollon korvauksiin liittyvät rekisteritiedot.

Kelan työterveyshuollon ratkaisuyksiköt kirjaavat Kelan työterveyshuollon etuusjärjestelmään työnantajan korvaushakemuksen tiedot. Työterveyshuollon korvaushakemusten rekisterit sisältävät työnantajan kirjanpitolain mukaisilta tilikausilta keskeiset työnantajakohtaiset työterveyshuollon kustannus- ja toimintatiedot korvausluokittain.

Tutkimuksen havaintoyksikkönä on työnantajan työpaikka, joka on hakenut työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista korvausta Kelalta. Sama työnantaja voi hakea korvauksia usealla eri hakemuksella, jos yrityksellä on eri tulosityksiköitä ja jos tulosityksiköt ovat omia kirjanpidollisia kokonaisuuksia.

Tutkimusaineistoon valittiin kaikista työterveyshuollon toiminnasta aiheutuneista kustannuksista korvausta hakevista työnantajista vain ne työnantajat (N=12 155), jotka ovat hakenneet joka vuosi korvausta Kelalta ajalla 2009 – 2015 ja joilla on joko ollut (N=11 411) tai ei ole ollut (N=744) työkyvyn hallintamallia yhdenjaksoisesti vuosina 2011 – 2015. Aineiston työnantajat eroavat toisistaan työkyvyn hallintamallin sekä sairaanhoidon palvelujen olemassaolon suhteen. Työkyvyn hallintamallin työnantajat ovat saaneet korvausluokassa I korvausta 60 prosenttia ja työnantajat, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, ovat saaneet korvausluokassa I korvausta 50 prosenttia laskennalliseen enimmäismäärään saakka vuodesta 2011 lähtien. Kyseessä on paneeliaineisto, joka sisältää samojen työnantajien korvaushakemukset vuosilta 2009 - 2015. Paneeliaineiston avulla vertaillaan eri työnantajaryhmien tietoja keskenään. Tutkimusaineiston analyysi tehtiin vuosista 2009, 2011, 2013 ja 2015. Tutkimusaineisto ei sisällä edellä mainittujen työnantajien korvaushakemusten ratkaisujen oikaisuja niiden vähäisyyden vuoksi.

Työnantajan työterveyshuollon kustannusten korvaushakemuksella ilmoitetaan työnantajan tilikauden ajalta työterveyshuollon toiminnasta aiheutuneet kustannukset ja toimintatiedot, jotka on jaoteltu työterveyshuollon perustehtävien ja käytettyjen työterveyshuollon voimavarojen mukaisesti. Työterveyshuollon voimavaroilla tarkoitetaan työterveyshuollon ammattihenkilöitä ja asiantuntijoita. Työterveyshuollon ammattihenkilöitä ovat työterveyslääkäri ja työterveyshoitaja. Työterveyshuollon asiantuntijoita ovat työfysioterapeutti, työterveyspsykologi sekä muun kuin työterveyshuollon erikoislääkäri. Tutkimuksen työterveyshuollon voimavarat eivät sisällä erikseen työterveys-

huollon muita asiantuntijoita (työhygienian, sosiaalialan, ergonomian, teknisen, maatalouden, työnäkemisen, ravitsemuksen, puheterapian, liikunnan asiantuntijoita). Tutkimuksessa tarkastellaan työterveyshuollon toiminnan perustehtäviä: työpaikkaselvitystä, tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta (yksilö ja ryhmätoiminta), terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn seuranta (terveystarkastukset) sekä sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa. (Liite 1.)

Kelan työterveyshuollon rekisteriaineisto ei sovellu sellaisenaan tutkimusaineistoksi, koska rekisteriaineisto ei sisällä kaikkia tutkimuksessa käytettäviä muuttujia valmiina. Tutkimusta varten rekisteriaineiston muuttujat on yhdistetty korvausluokittain kustannusten (eurot) ja toimintatietojen (tunnit tai lukumäärät) kokonaisuuksiin. KokonaisuuDET sisältävät työterveyshuollon ammattihenkilöiden (työterveyslääkäri ja työterveyshoitaja) ja työterveyshuollon asiantuntijoiden (työfysioterapeutti, työterveyspsykologi, erikoislääkäri) yhteenlasketut tiedot kustannuksista ja toiminnoista. Kustannusten ja toimintatietojen kokonaisuuDET on laskettu työntekijää kohden korvausluokittain. Työterveyshuollon muiden asiantuntijoiden toimintatiedot, laboratorio- ja kuvantamistutkimusten lukumäärät eivät ole mukana toimintatiedoissa. Näistä toiminnoista aiheutuneet kustannukset ovat mukana kokonaiskustannuksissa ja ne sisältyvät maksettuihin kokonaiskorvauksiin korvausluokittain. Työpaikan koko on luokiteltu työpaikan työntekijöiden lukumäärän perusteella. Työpaikan koon ja palveluntuottajien luokittelu ja sen nimistön käyttö ovat yhteneväiset Kelan julkaiseman työterveyshuoltotilaston kanssa.

Työnantajien työterveyshuollon korvaushakemusten tilastoinnissa on otettu käyttöön Tilastokeskuksen vahvistaman toimialaluokituksen versio TOL 2008 tilastovuodesta 2010 lähtien. Tätä ennen tilastoinnissa on ollut käytössä toimialaluokituksen versio TOL 2002. Vuosien 2009 ja 2010 rekisteriaineistossa olleet toimialaluokitukset on muutettu vastaamaan toimialaluokituksen TOL 2008 luokitusta.

5.1.1 Selitettävät muuttujat

Eri analyyseissa muuttujia käytetään eri muodoissa. Kuvailevassa analyysissa tutkimuksen työntekijäkohtaisina selitettävinä muuttujina ovat työnantajan työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset työntekijää kohti (euro) korvausluokittain ja niistä aiheutuneet toimintatiedot työntekijää kohti (aika, lukumäärä) sekä maksetut korvaukset työntekijää

kohti (euro) korvausluokittain. Työntekijäkohtaiset kustannukset ja korvaukset sisältävät työterveyshuollon toiminnasta aiheutuneen kokonaiskustannuksen korvausluokittain ja voimavaroittain aiheutuneen kustannuksen sekä kokonaiskorvauksen korvausluokittain. Rahan arvo on kunkin vuoden rahana. Työntekijäkohtaiset toimintatiedot sisältävät työterveyshuollon voimavaroittain toteutuneet tiedot. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Tutkimuksessa käytettävät selitettävät muuttujat kuvailevassa analyysissä

Työntekijäkohtainen muuttuja (selitettävä muuttuja)	Muuttujan tarkempi kuvaus
Kustannus työntekijää kohti korvausluokassa I	Korvausluokan I kustannus euro / työntekijä kunkin vuoden rahana
Kustannus työntekijää kohti korvausluokassa II	Korvausluokan II kustannus euro / työntekijä kunkin vuoden rahana
Kustannus työntekijää kohti korvausluokassa I työterveyshuollon voimavaran mukaisesti	Työterveyshuollon ammattihenkilön tai asiantuntijan toiminnasta aiheutunut kustannus euro / työntekijä korvausluokassa I kunkin vuoden rahana
Kustannus työntekijää kohti korvausluokassa II työterveyshuollon voimavaran mukaisesti	Työterveyshuollon ammattihenkilön tai asiantuntijan toiminnasta aiheutunut kustannus euro / työntekijä korvausluokassa II kunkin vuoden rahana
Kustannuksista maksettu korvaus työntekijää kohti korvausluokassa I	Korvaus euro / työntekijä korvausluokassa I kunkin vuoden rahana
Kustannuksista maksettu korvaus työntekijää kohti korvausluokassa II	Korvaus euro / työntekijä korvausluokassa II kunkin vuoden rahana
Työpaikkaselvitykseen käytetty aika työntekijää kohti	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan työpaikkaselvitykseen käyttämä aika yhteensä (tunti) / työntekijä
Tietojen antamiseen, ohjaukseen ja neuvontaan käytetty aika työntekijää kohti (ryhmätoiminta)	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen käyttämä aika yhteensä (tunti) / työntekijä
Tietojen antamisen, ohjauksen ja neuvonnan käynnit työntekijää kohti vuodesta 2011 lähtien	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen käyntien yhteenlaskettu lukumäärä / työntekijä
Terveystarkastusten käynnit työntekijää kohti	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan terveystarkastusten yhteenlaskettu lukumäärä / työntekijä
Sairaanhoitokäynnit työntekijää kohti	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan sairaanhoitokäynnin ja muun terveydenhuollon käyntien yhteenlaskettu lukumäärä / työntekijä

Sen sijaan selittämissä analyysissä (logistinen regressioanalyysi) selitettävät muuttujat on luokiteltu dikotomisiksi muuttujiksi työkyvyn hallintamallista (hallintamalli on/ei ole) ja työterveyssopimuksen laajuudesta (sairaanhoidon palvelut on/ei ole) sekä eri työterveyshuollon toteutuneista toiminnoista (toimintaa on tehty/ei ole tehty). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Tutkimuksessa käytettävät selitettävät muuttujat ja niiden luokittelut selittävässä analyysissä

Selitettävä muuttuja (logistinen regressioanalyysi)	Muuttujan tarkempi kuvaus
Työkyvyn hallintamalli	Työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintamalli: on = 60 % / ei ole = 50 %
Työterveys sopimuksen laajuus	Sairaanhoidon palvelut: on = KL I&II / ei ole = KL I
Työpaikkaselvitys	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan toteuttama työpaikkaselvitys: on tehty / ei ole tehty
Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (ryhmä)	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan toteuttama ryhmämuotoista tietojen antamista, ohjausta ja neuvontaa: on tehty / ei ole tehty
Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (yksilökäynti)	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan toteuttama yksilökohtaista tietojen antamista, ohjausta ja neuvontaa: on tehty / ei ole tehty
Terveystarkastus	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan toteuttama terveystarkastus: on tehty / ei ole tehty
Sairaanhoitokäynti	Työterveyshuollon ammattihenkilön ja asiantuntijan toteuttama sairaanhoitokäynti ja muun terveydenhuollon käynti: on tehty / ei ole tehty

Tutkimuksessa käytetyt työntekijäkohtaiset muuttujat (työterveyshuollon kokonaiskustannus työntekijää kohti korvausluokassa I ja II, työterveyshuollon kustannuksista maksettu kokonaiskorvaus työntekijää kohti korvausluokassa I ja II, työpaikkaselvitykseen ja tietojen antamiseen, ohjaukseen ja neuvontaan käytetty aika työntekijää kohti, terveystarkastusten käynnit ja sairaanhoitokäynnit työntekijää kohti) ovat vertailukelpoisia koko seuranta-ajalta. Vuodesta 2011 lähtien rekisteriaineistosta on lisäksi saatavissa erikseen tietojen antamisen, ohjauksen ja neuvonnan yksilökäyntien lukumäärä. Tämä muuttuja on tämän vuoksi vasta vuoden 2011 tiedoissa mukana.

5.1.2 Selittävät muuttujat

Tutkimuksen kuvailevassa analyysissä ja selittävässä analyysissä selittävät muuttujat ovat samat. Tutkimuksen selittäviä muuttujia ovat työpaikan koko, työterveyshuollon palveluntuottaja, työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen hallintamalli (50 % tai 60 %), työterveys sopimuksen laajuus (KL I ja KL I&II) ja työnantajaryhmä työkyvyn hallintamallin ja työterveys sopimuksen laajuuden mukaan (KL I 50 %, KL I & II 50 %, KL I 60 %, KL I&II 60%) (taulukko 5.). Muuttujien luokittelu vastaa Kelan työterveyshuoltotilaston luokittelua työpaikan koon ja työterveyshuollon palveluntuottajan luokittelussa.

Taulukko 5. Tutkimuksessa käytettävät selittävät muuttujat ja niiden luokittelu.

Selittävä muuttuja	Muuttujan tarkempi luokittelu
Työpaikan koko	Alle 10 työntekijää
	10 - 19 työntekijää
	20 - 99 työntekijää
	100 - 499 työntekijää
	500 - 1 400 työntekijää
	yli 1 500 työntekijää
Työterveyshuollon palveluntuottaja	Terveyskeskus
	Työnantajan oma työterveysasema
	Toisen työnantajan oma työterveysasema
	Työnantajien yhteinen työterveysasema
	Lääkärikeskus
	Muu palveluntuottaja
Työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen hallintamalli (50 % tai 60 %)	Työnantajalla ei ole työkyvyn hallintamallia (50 %)
	Työnantajalla on työkyvyn hallintamalli (60 %)
Työterveyssopimuksen laajuus (KL I tai KL I&II)	Sairaanhoidon palvelut eivät sisälly työterveyssopimukseen (KL I)
	Sairaanhoidon palvelut sisältyvät työterveyssopimukseen (KL I&II)
Työnantajaryhmä työterveyssopimuksen laajuuden ja työkyvyn hallintamallin mukaan	Ennaltaehkäisevä työterveyshuolto, ei ole työkyvyn hallintamallia (KL I 50 %)
	Ennaltaehkäisevä työterveyshuolto ja sairaanhoidon palvelut, ei ole työkyvyn hallintamallia (KL I&II 50 %)
	Ennaltaehkäisevä työterveyshuolto, on työkyvyn hallintamalli (KL I 60 %)
	Ennaltaehkäisevä työterveyshuolto ja sairaanhoidon palvelut, on työkyvyn hallintamalli (KL I&II 60 %)

Selittävät muuttujat ovat vertailukelpoisia koko tutkimuksen seuranta-ajalta lukuun ottamatta työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen hallintamallia. Tämä muutos on vuodesta 2011 lainsäädäntöön liittyen saatavissa Kelan työterveyshuollon rekisteriaineistosta. Vuoden 2009 osalta työnantajat on luokiteltu siihen työkyvyn hallintamallin luokkaan ja työnantajaryhmään, jossa se on korvaushakemustietojen mukaan vuodesta 2011 lähtien.

Tutkimuksessa ei ole alueellista muuttujaa mukana, vaikka työnantajan työterveyshuollon korvaushakemuksista on saatavissa työnantajan postiosoitetiedot. Yhden työnantajan korvaushakemus voi sisältää useamman eri osoitteissa ja eri paikkakunnilla olevien toimipisteidensä työterveyshuollon kustannukset ja toimintatiedot. Lisäksi työnantajalla

voi olla korvaushakemuksen laadinnasta vastaava yksikkö täysin eri alueella, kuin työnantajan on pääasiallinen toimipiste, jossa suurin osa työntekijöistä työskentelee. Tällöin korvaushakemukseen tulee osoitetietona korvaushakemuksen laatijan osoite, vaikka valtaosa hakemuksessa esitetyistä kustannuksista ja toimintatiedoista ovat aiheutuneet muualla Suomessa. Näitä tietoja ei ole eroteltavissa yhdestä hakemuksesta, jonka johdosta alueellinen tieto ei ole luotettava.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusaineisto on paneeliaineisto vuosilta 2009 – 2015. Aineisto analysoitiin SASEG tietojenkäsittelyohjelmalla. Aineistoa tarkasteltiin kuvailevin menetelmin vertaamalla työkyvyn hallintamallin työnantajia työnantajiin, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia sekä vertaamalla sairaanhoidon järjestäviä työnantajia työnantajiin, joilla ei ole sairaanhoitoa järjestetty. Aineiston kuvailu sisältää systemaattisen tarkastelun kaikista muuttujista. Tutkimuksessa käytetään erityisesti keskiarvotarkastelua, jossa verrataan, onko keskiarvojen välillä tilastollista eroa Wilcoxonin järjestyssummatestin ja yksisuuntaisen epäparametrin varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) avulla. Aineiston hajonnan suuruuden vuoksi aineistoa tarkasteltiin keskiarvojen avulla, koska mediaani on suurimmassa osassa nolla. Tämän vuoksi tähän tarkasteluun keskiarvotiedon käyttö antaa enemmän tietoa kuin mediaani käyttö. Lisäksi tutkimusaineistoa tarkasteltiin luokittaisten tunnuslukujen analysoinnin ja logistisen regressioanalyysin avulla.

Analyysissä on kolme eri vaihetta:

- 1) tutkimusaineiston kuvailu,
- 2) kustannusten, korvausten ja työterveyshuollon eri toimintojen keskiarvoista Wilcoxonin järjestyssummatestit työkyvyn hallintamallin ja työterveys sopimuksen mukaan (kaksi vertailuryhmää) sekä Kruskall-Wallis-testit (yksisuuntainen epäparametrinen varianssianalyysi) työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan (useampi vertailuryhmä),
- 3) logistinen regressioanalyysi työpaikan koon ja palveluntuottajan yhteydestä työkyvyn hallintamallin olemassaoloon ja työterveys sopimuksen laajuuteen sekä työterveyshuollon toimintojen toteutumisen yhteydestä työkyvyn hallintamalliin, sairaanhoidon järjestämiseen, työpaikan kokoon ja palveluntuottajaan,

- logistinen regressioanalyysi, jossa selitettävä muuttuja on luokiteltu dikotomisiksi muuttujaksi työkyvyn hallintamallista (hallintamalli on =1 ja ei ole=0) ja työterveys sopimuksen laajuudesta (sairaanhoidon palvelut on=1 ja ei ole=0). Selittäjinä ovat luokitellut muuttujat työpaikan koosta (6 luokkaa) ja palveluntuottajista (6 luokkaa),
- logistinen regressioanalyysi, jossa selitettävä muuttuja on luokiteltu dikotomisiksi muuttujaksi työterveyshuollon eri toiminnoista (ei ole tehty=0 ja on tehty=1) ja selittäjä on luokkamuuttuja työkyvyn hallintamallista (ei ole=0 ja on=1), sairaanhoidon palveluista (ei ole=0 ja on=1) sekä luokitellut muuttujat työpaikan koosta (6 luokkaa), palveluntuottajista (6 luokkaa).

Logistisen regressioanalyysin on valittu menetelmäksi, koska sen avulla kyetään selvittämään eri tekijöiden yhteyksiä toisiinsa muuttujien ollessa dikotomisina: onko työkyvyn hallintamallia vai ei, onko sairaanhoidon palveluja vai ei, onko toimintaa tehty vai ei. Logistisessa regressioanalyysissä vertailuluokat on valittu selittäjän lukumäärän perusteella, jotta vertailukohteessa on riittävästi havaintoja. Logistisessa regressioanalyysissä ovat vertailuluokkina 10 – 19 työntekijän työnantajat ja palveluntuottajista terveyskeskus. Tulosten vertailu tehdään vertailuluokkaan ristitulosuhteen, sen 95 % luottamusvälin ja tilastollisen merkitsevyyden avulla. Tulokset eivät eroa vertailuluokasta, jos tilastollista merkitsevyyttä ei ole. Ristitulosuhteessa ykköstä suuremmat luvut merkitsevät vertailuluokkaan verrattuna suurempaa riskiä kuulua ryhmään, jossa toimintaa on toteutettu ja vastaavasti ykköstä pienemmät luvut ovat merkinä pienemmästä riskistä kuulua edellä mainittuun ryhmään. Ristitulosuhteen avulla myös voidaan myös tulkita, että miten monta kertaa on suurempi tai pienempi riski vertailuluokkaan verrattuna kuulua ryhmään, jossa toimintaa on toteutettu. Logistisissa regressioanalyysissä on käytetty koko tutkimusaineistoa, vaikka osalla muuttujista ei aina ollut vertailukohtaa analyysissä. Tällä ei ole kuitenkaan vaikutusta muihin tuloksiin.

6 Työnantajien työterveyshuollon kustannusten, korvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen muutokset ja yhteydet työkyvyn hallintamalliin ja sairaanhoidon järjestämiseen

Tutkimuksen tulosten esittelyssä kuvataan aluksi tutkimusaineistoa. Sen jälkeen tutkimusaineistoa tarkastellaan ensin työterveyshuollon kokonaiskustannusten, kokonaiskorvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen kautta kokonaisuutena. Tämän jälkeen tarkastelu jatkuu työntekijäkohtaisten tietojen avulla työnantajaryhmittäin. Tutkimuksen työnantajat on ryhmitelty neljään eri ryhmään työkyvyn hallintamallin ja työterveyssopimuksen laajuuden mukaan: työnantajalla ei ole työkyvyn hallintamallia eikä sairaanhoidon palveluja (KL I 50 %), työnantajalla on sairaanhoidon palvelut ilman työkyvyn hallintamallia (KL I&II 50 %), työnantajalla on työkyvyn hallintamalli ilman sairaanhoidon palveluja (KL I 60 %) ja työnantajalla on sekä työkyvyn hallintamalli ja sairaanhoidon palvelut (KL I&II 60 %). Seuraavaksi tarkastellaan työntekijäkohtaisia tietoja työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan. Lopuksi tarkastellaan sitä, mikä yhteys työpaikan koolla, palveluntuottajalla, työkyvyn hallintamallilla ja työterveyssopimuksen laajuudella on eri työterveyshuollon toimintojen toteutumiseen.

Tutkimusaineiston kuvailussa esitetään ensin työnantajien työkyvyn hallintamallin olemassaolo työpaikan koon mukaan. Työpaikan koon mukaan esitetään myös työnantajien työterveyssopimuksen laajuus (sairanhoidon palvelut sisältyvät sopimukseen tai ei) ja miten työterveyssopimuksen laajuus on muuttunut seuranta-ajanjaksolla. Samat tiedot esitetään palveluntuottajan mukaan. Tämän jälkeen on kuvattu tutkimusaineiston työnantajien toimialaluokituksen jakaantuminen.

Tutkimusaineiston työnantajien työpaikkoja on yhteensä 12 155. Työkyvyn hallintamalli on 93,9 prosentilla ja 6,1 prosentilla työnantajista ei ole työkyvyn hallintamallia vuoden 2011 jälkeen. Tutkimuksen työnantajien korvaushakemuksista noin 60 prosenttia on alle kahdenkymmenen työntekijän työnantajien hakemuksia joka vuosi. Keskisuuria työnantajia, joissa työntekijöitä on yli 20, mutta alle 500, on yli 35 prosenttia. Yli 500 työntekijän työnantajia on lukumääräisesti vähiten, vain noin kolme prosenttia. Tutkimuksen seurantajaksolla työpaikkojen koko on jonkin verran vaihdellut ja enimmäkseen työpaikkojen koko on suurentunut. Yli 500 työntekijän työnantajilla kaikilla on ollut työkyvyn hallintamalli vuoden 2011 jälkeen. Työkyvyn hallintamalli ja sairaanhoidon palvelut ovat

kaikilla yli 1 500 työntekijän työnantajilla. Yli 100 työntekijän työnantajilla, joilla on työkyvyn hallintamalli, on lähes kaikilla myös sairaanhoito järjestetty. Tutkimuksen seurantaajaksolla sairaanhoidon järjestäminen on lisääntynyt. Vuonna 2009 oli vielä 11,8 prosenttia työnantajia, joilla sairaanhoitoa ei ollut järjestetty, kun vastaava luku oli 2015 vain 8 prosenttia. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Työterveyshuollon korvaushakemusten prosenttiosuus työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) sekä työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015.

Vuosi	Työnantajaryhmä	N	Työpaikan koko						
			< 10	10-19	20-99	100-499	500-1499	>1500	Yhteensä
			%	%	%	%	%	%	%
2009	KL I 50 %	151	70,9	21,2	7,3	0,7	-	-	100
	KL I&II 50%	593	76,6	15,3	7,9	0,2	-	-	100
	KL I 60 %	1 278	46,6	26,8	23,7	2,6	0,2	-	100
	KL I&II 60 %	10 133	37,8	18,4	30,0	10,1	2,6	1,2	100
	Yhteensä	12 155	41,0	19,2	28,0	8,7	2,2	1,0	100
2011	KL I 50 %	131	67,9	21,4	9,9	0,8	-	-	100
	KL I&II 50%	613	76,3	15,8	7,7	0,2	-	-	100
	KL I 60 %	1 023	46,3	27,3	23,8	2,4	0,2	-	100
	KL I&II 60 %	10 388	37,3	18,4	30,4	10,1	2,6	1,2	100
	Yhteensä	12 155	40,4	19,0	28,5	8,8	2,3	1,0	100
2013	KL I 50 %	126	59,5	30,2	10,3	-	-	-	100
	KL I&II 50%	618	73,8	18,0	7,9	0,3	-	-	100
	KL I 60 %	883	42,2	29,4	25,5	2,6	0,2	-	100
	KL I&II 60 %	10 528	35,9	19,4	30,8	10,1	2,6	1,2	100
	Yhteensä	12 155	38,5	20,2	29,1	8,9	2,3	1,1	100
2015	KL I 50 %	127	65,4	24,4	9,4	0,8	-	-	100
	KL I&II 50%	617	74,2	17,0	8,6	0,2	-	-	100
	KL I 60 %	843	43,7	28,9	24,9	2,4	0,1	-	100
	KL I&II 60 %	10 568	36,7	19,0	30,8	9,6	2,7	1,2	100
	Yhteensä	12 155	39,4	19,7	29,1	8,5	2,4	1,1	100

Vaikka suurin osa tutkimusaineiston korvaushakemuksista on alle kahdenkymmenen työntekijän työnantajia, nämä sisältävät kuitenkin vain noin viisi prosenttia korvausluokan I työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä. Keskisuurten työnantajien (20 – 499 työntekijää) korvaushakemukset sisältävät noin kolmasosan korvausluokan I työter-

veyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä. Suurin osa (yli 60 %) korvausluokan I työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä sisältyvät isojen työnantajien (yli 500 työntekijää) korvaushakemuksiin. Työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden lukumäärä on lisääntynyt korvausluokassa I hieman yli 26 000 (2 %) työntekijällä tutkimuksen ajanjaksolla. Työntekijöiden lukumäärä korvausluokassa II on lisääntynyt yhteensä yli 35 000 (3 %) työntekijällä vuodesta 2009 vuoteen 2015. (Liitetaulukko 1.)

Tulosten mukaan jokaisena vuotena työnantajien hakemuksista suurimmassa osassa pääasiallisena palveluntuottajana on ollut lääkärikeskus. Lääkärikeskuksen osuus palveluntuottajista on kasvanut yli 10 prosenttiyksikköä vuodesta 2009 vuoteen 2015. Terveyskeskuksen osuus on saman aikaisesti vähentynyt noin yhdeksän prosenttiyksikköä. Työnantajien yhteisen ja oman sekä toisen työnantajan oman työterveysaseman osuus on hiukan vähentynyt. Terveyskeskus tuottaa suurimmaksi osaksi (yli 70 %) palvelut työnantajille, joilla on vain ennaltaehkäisevä työterveyshuolto. Tämä johtunee siitä, että terveydenhuoltolaki (L 1326/2010, 2 luku 18 §) velvoittaa kuntia järjestämään alueellaan sijaitseville työnantajille lakisääteiset (korvausluokka I) palvelut. Lääkärikeskus on selkeästi suurin palveluntuottaja silloin, kun työnantaja on järjestänyt myös sairaanhoidon. Näille työnantajille lääkärikeskus on tuottanut yli 70 prosentissa työterveyshuollon palvelut. (Liitetaulukko 2.)

Lääkärikeskusten palvelujen piiriin kuuluu myös suurin osa työntekijöistä. Terveyskeskuksen palvelujen piiriin kuuluu seuraavaksi eniten työntekijöitä ja työnantajan oman ja toisen työnantajan työterveysaseman palvelujen piiriin kuuluu noin 15 prosenttia työntekijöistä. Lääkärikeskuksen palvelujen piirissä olevien työntekijöiden lukumäärä on seuranta-ajanjaksolla lisääntynyt yli 200 000 työntekijällä. Kaikilla muilla palveluntuottajilla piirissä olevien työntekijöiden osuus on vähentynyt. Suurin osa työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä, joille ei ole sairaanhoitoa järjestetty, on terveyskeskuksen palvelujen piirissä. Vastaavasti suurin osa työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä, joille sairaanhoito on järjestetty, on lääkärikeskuksen palvelujen piirissä. (Liitetaulukko 3.)

Tutkimusaineiston toimialaluokituksen jakaantuminen on kuvattu taulukossa 7 Työnantajilla yleisimpänä toimialana on tukku- ja vähittäiskauppa (16 – 21 %). Toimialoista seuraavaksi suurimmat ovat rakentaminen, teollisuus sekä ammatillinen, tieteellinen ja tekninen toiminta. Kotitalouden toiminta työnantajina (yksi työnantaja) ja kansainvälisten organisaatioiden ja toimielinten toiminta (kaksi työnantajaa) toimialoina ovat hyvin vähäiset. (Taulukko 7.)

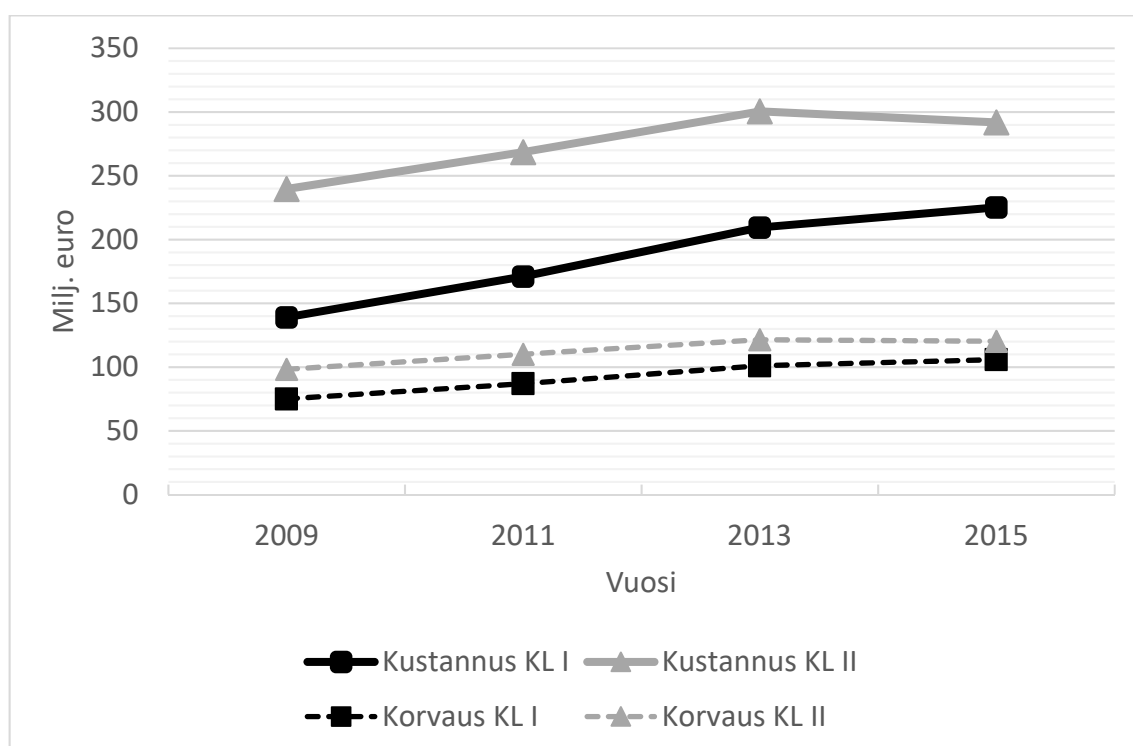
Taulukko 7. Työnantajien toimialat työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) mukaan (%).

Toimiala	Työnantajat		
	50 %	60 %	
	N=744	N=11 411	N=12 155
Ammatillinen, tieteellinen ja tekninen toiminta	11,3	9,4	9,5
Hallinto- ja tukipalvelutoiminta	4,6	4,0	4,1
Informaatio ja viestintä	1,7	4,1	3,9
Julkinen hallinto ja maanpuolustus; pakollinen sosiaalivakuutus	0,3	4,2	3,9
Kaivostoiminta ja louhinta	0,3	0,3	0,3
Kansainvälisten organisaatioiden ja toimielinten toiminta	0,0	0,0	0,0
Kiinteistöalan toiminta	4,6	2,7	2,8
Kotitalouksien toiminta työnantajina	0,1	0,0	0,0
Koulutus	0,7	2,3	2,2
Kuljetus ja varastointi	7,7	5,9	6,0
Maa-, metsä- ja kalatalous	1,6	1,3	1,3
Majoitus- ja ravitsemistoiminta	2,6	2,7	2,7
Muu palvelutoiminta	7,7	7,6	7,6
Rahoitus- ja vakuutustoiminta	0,9	3,0	2,9
Rakentaminen	14,1	8,7	9,0
Sähkö-, kaas- ja lämpöhuolto, jäähdytysliiketoiminta	0,1	1,1	1,1
Taiteet, viihde ja virkistys	1,2	1,6	1,6
Teollisuus	12,8	15,7	15,5
Terveys- ja sosiaalipalvelut	6,7	8,1	8,0
Tukku- ja vähittäiskauppa; moottoriajoneuvojen ym. korjaus	20,7	16,4	16,6
Vesihuolto, viemäri- ja jätevesihuolto, jätehuolto ja muu puhtaanapito	0,4	0,9	0,9
Yhteensä	100	100	100

6.1 Työterveyshuollon kokonaiskustannusten, kokonaiskorvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015

Työterveyshuollon kokonaiskustannuksia, kokonaiskorvauksia ja työterveyshuollon toimintatietoja tarkasteltiin tutkimusaineistosta ensin kokonaisuutena. Tarkastelu sisältää tutkimusaineiston kaikkien työnantajien tiedot yhdessä.

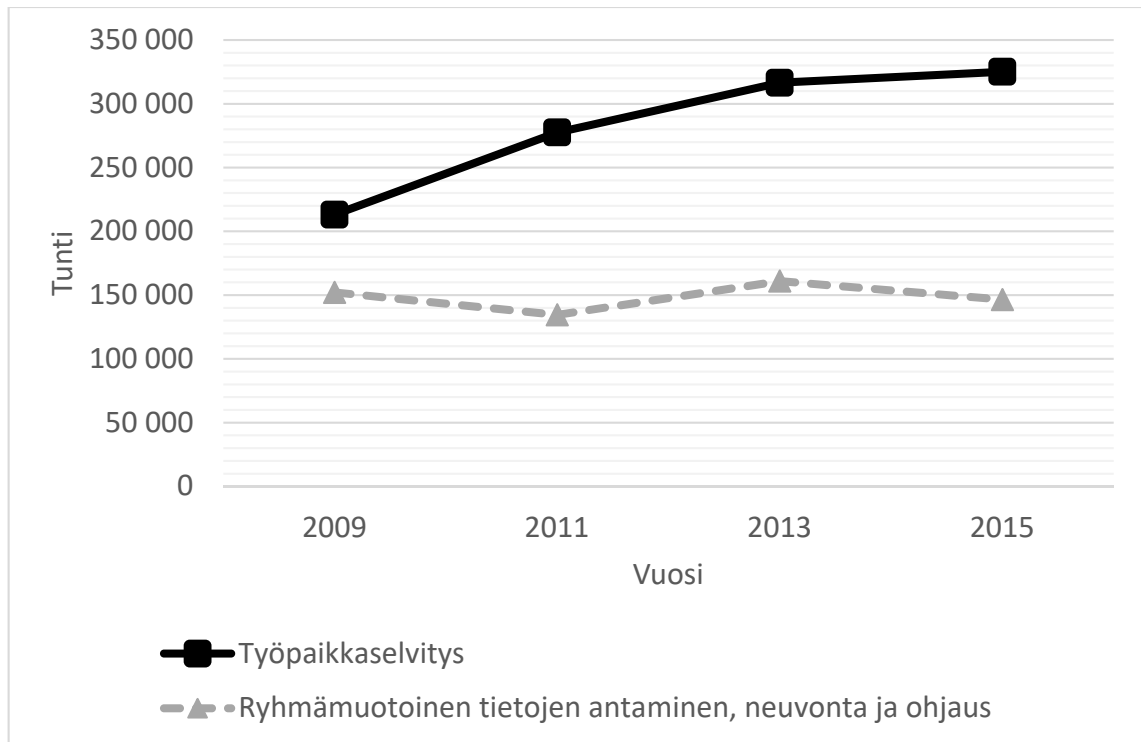
Työnantajien työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneet kustannukset korvausluokassa I ovat lisääntyneet 62 prosenttia ja korvausluokassa II 22 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2015. Samalla ajanjaksolla maksetut korvaukset ovat lisääntyneet 41 prosenttia korvausluokassa I ja 22 prosenttia korvausluokassa II. Selkeintä kasvua on, sekä kustannuksissa että korvauksissa, vuoden 2009 jälkeen vuoden 2011 lainmuutoksen voimaantullessa. Vuoden 2011 jälkeen kustannukset ovat lisääntyneet vuoteen 2015 verrattuna 32 prosenttia korvausluokassa I ja 9 prosenttia korvausluokassa II. Maksetut korvaukset vastaavalla ajalla ovat kasvaneet 22 prosenttia korvausluokassa I ja 9 prosenttia korvausluokassa II. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Työnantajien työterveyshuollon kokonaiskustannukset (euro) yhteensä ja maksetut kokonaiskorvaukset (euro) yhteensä korvausluokittain vuodesta 2009 vuoteen 2015 (N=12 155).

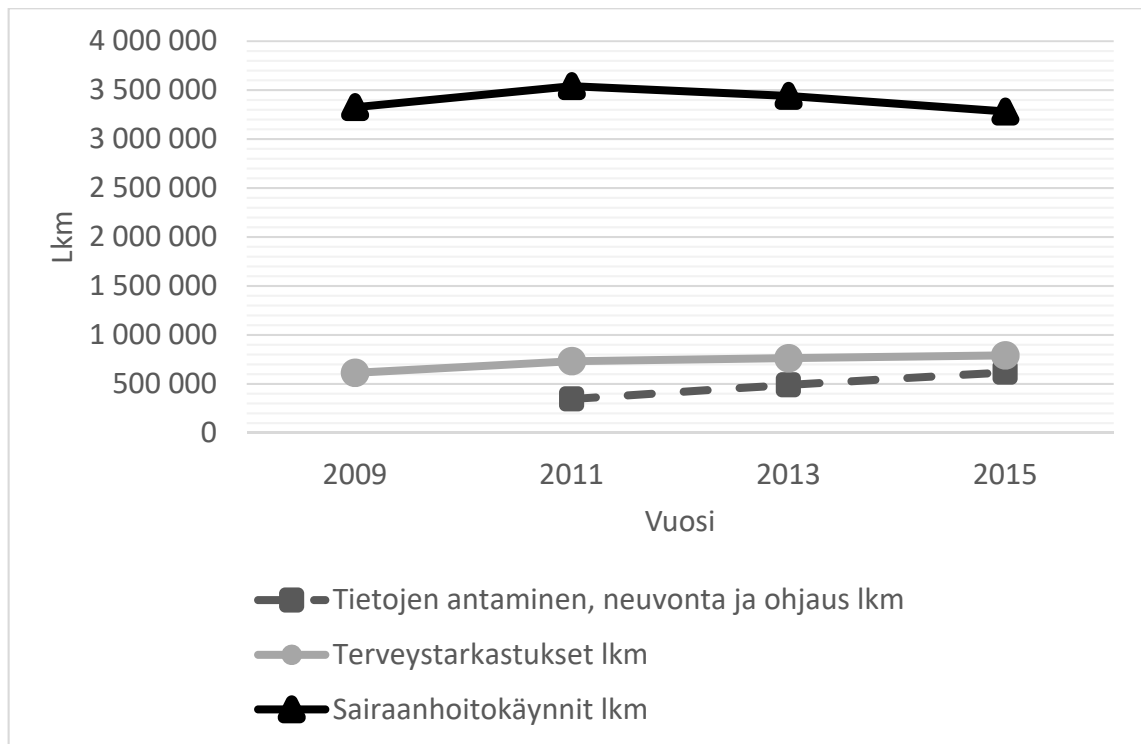
Kuviosta 5 on nähtävissä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden työpaikkaselvityksiin käytetyn ajan kasvu. Työpaikkaselvityksiin käytetty aika on lisääntynyt 53 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2015 verrattuna. Työpaikkaselvityksiin käytetty aika on lisääntynyt (30 %) välittömästi lainmuutoksen jälkeen. Vuoden 2011 jälkeen työpaikkaselvityksiin käytetty aika on lisääntynyt edelleen 17 prosenttia vuoteen 2015 verrattuna. Tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen ryhmätoimintaan käytetty aika on

vähentynyt vuoden 2009 jälkeen 4 prosenttia vuoteen 2015. Vuodesta 2011 vuoteen 2015 ryhmätoimintaan käytetty aika on kasvanut 9 prosenttia. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden työpaikkaselvitykseen ja ryhmämuotoiseen tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen käytetty aika (tunti) yhteensä vuodesta 2009 vuoteen 2015 (N=12 155).

Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden tekemien terveystarkastusten lukumäärä kasvanut 29 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2015. Yksilökäyntien, tietojen antamisen, ohjauksen ja neuvonnan (lukumäärä on ilmoitettu korvaushakemuksella vuodesta 2011 lähtien) on kasvanut 79 prosenttia vuodesta 2011 vuoteen 2015. Sairaanhoidokäyntien lukumäärä on laskenut (7 %) vuoden 2011 jälkeen. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen yksilökäynnit, terveystarkastukset ja sairaanhoitokäynnit (lkm) yhteensä vuodesta 2009 vuoteen 2015 (N=12 155).

Lainmuutoksen oletettiin olevan kokonaisuutena kustannusneutraali, koska työterveyshuollolle ei tullut uusia tehtäviä. Oletuksena oli, että työnantaja ja työterveyshuolto löysivät tehokkaampia ja vaikuttavampia toimintatapoja työkyvyn hallintamallin avulla, jolloin tehokas ja vaikuttava työkyvyn hallintamallin toteutus siirtää työterveyshuollon voimavarojen käyttöä sairaanhoidosta ennaltaehkäisevään toimintaan. Lain tavoitteena oli myös lisätä työnantajan, työntekijän ja työterveyshuoltojen välistä yhteistyötä työkyvyn edistämiseksi ja työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi työkyvyn hallintamallin avulla. Työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistyön lisäämisen avulla voidaan vaikuttaa työpaikan ehkäisevillä toimenpiteillä myös työntekijöiden terveyteen, työ- ja toimintakykyyn. Työpaikkaselvitykset, ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus, terveystarkastukset sekä tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen yksilökäynnit ovat näitä ehkäiseviä toimenpiteitä. (HE 67/2010, 9 – 11.)

Korvaushakemuksessa ilmoitetaan työpaikkaselvitykseen käytetyn ajan lisäksi myös työnantajan yhteistyön tekemiseen käytetty aika kuten työkyvyn hallintamallin laatimisen, työkykyseurannan laatimisen ja raportointiin käytetyt tunnit ja kustannukset. Kor-

vaushakemuksessa ilmoitetut ryhmätoimintatiedot sisältävät niin sanotut työterveysneuvottelut, joissa mukana on työntekijä, työnantaja ja työterveyshuolto. Työterveysneuvotteluissa suunnitellaan yhteistyössä työntekijän työkyvyn edistäviä toimenpiteitä. (Kansaneläkelaitos 2018b, 5 – 6.)

Työterveyshuollon toteuttamat ehkäisevät toimenpiteet, erityisesti työpaikkaselvitykset ja yksilökäyntien tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus, ovat lisääntyneet selkeästi ja sairaanhoitokäynnit ovat taas vähentyneet vuodesta 2009 vuoteen 2015 verrattuna. Tämä sama suunta on nähtävissä myös kustannuksissa. Näiden tulosten perusteella, kun tarkastellaan kaikkia tutkimuksen työnantajia yhdessä, sairaanhoidon voimavarojen voidaan katsoa siirtyneen ennaltaehkäisevään toimintaan lainmuutoksen tavoitteen mukaisesti.

6.1.1 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon kustannusten muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen mukaan

Tutkimuksen työnantajien työntekijäkohtaiset kustannukset esitetään korvausluokittain eri työnantajaryhmissä (KL I 50 %, KL I&II 50 %, KL I 60 % ja KL I&II 60 %). Työntekijäkohtaisia kustannuksia ja kustannusten kehitystä tarkastellaan eri työnantajaryhmien kesken. Liitetaulukossa 4 on esitetty Wilcoxonin järjestyssummatestien tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvoja työkyvyn hallintamallin ja työterveys sopimuksen laajuuden mukaan.

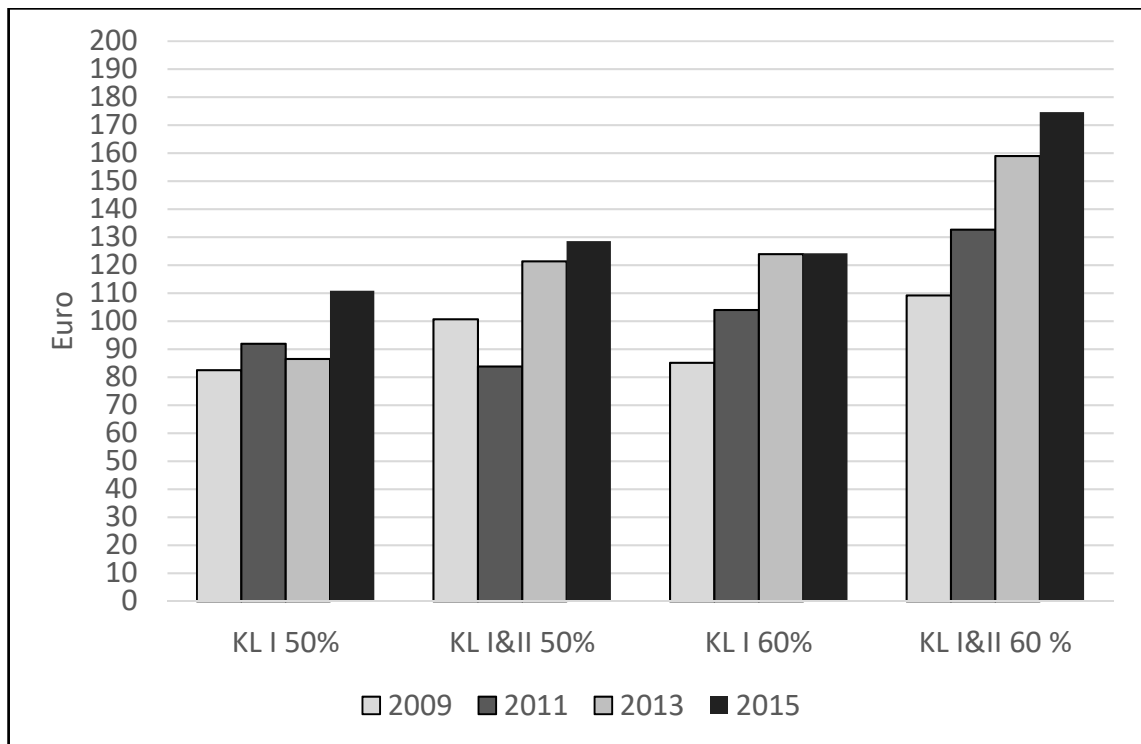
Alle 10 työntekijän työnantajille korvataan työnantajakohtaisen kustannuksen laskennallisen enimmäismäärän mukaan, joka on kymmenen kertaa suurempi kuin yli 10 työntekijän työnantajilla (taulukko 8). Yli 10 työntekijän työnantajilla korvauksen määrä lasketaan työntekijäkohtaisen kustannuksen laskennallisen enimmäismäärän perusteella. (Kansaneläkelaitos 2011, 8; Kansaneläkelaitos 2014, 8; Kansaneläkelaitos 2015, 8; Kansaneläkelaitos 2016, 8; Kansaneläkelaitos 2018c.)

Taulukko 8. Työterveyshuollon kustannusten laskennalliset enimmäismäärät (työnantaja-kohtainen ja työntekijäkohtainen) vuosina 2009 – 2015.

Vuosi		Työnantajakohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä (< 10 työntekijän työpaikat)	Työntekijäkohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä
		euro	euro
2009	KL I	1 487,00	148,70
	KL II	2 231,00	223,10
2011	KL I	1 567,50	156,75
	KL II	2 351,00	235,10
2013	KL I	1 632,00	163,20
	KL II	2 449,00	244,90
2015	KL I	1 675,00	167,50
	KL II	2 514,00	251,40

6.1.1.1 Korvausluokka I

Liitetaulukosta 4 nähdään, että työntekijäkohtaisissa korvausluokan I kustannuksissa on tilastollisesti erittäin merkitsevä ero eri työnantajaryhmien (työkyvyn hallintamalli on/ei ole sekä sairaanhoidon palvelut on/ei ole) välillä. Korvausluokan I työntekijäkohtainen kustannus on suurin ja noussut selkeästi vuodesta toiseen työnantajilla, joilla on työkyvyn hallintamalli ja sairaanhoidon palvelut. Vuonna 2015 sairaanhoitoa järjestävien työnantajien, jolla ei ole työkyvyn hallintamallia, kustannukset ovat suuremmat kuin työkyvyn hallintamallin työnantajien, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Työntekijäkohtaisen kustannuksen (euro) keskiarvo korvausluokassa I työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

Kaikilla työnantajilla, joilla sairaanhoito on järjestetty, kustannukset näyttävät lisääntyneen muita työnantajia enemmän vuodesta 2013 vuoteen 2015. Työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla korvausluokan I kustannus työntekijää kohti on kasvanut 32 prosenttia vuodesta 2011 vuoteen 2015. Samalla ajanjaksolla sairaanhoitoa järjestävien työnantajien, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, kustannukset ovat kasvaneet 53 prosenttia. Vähäisintä kasvua (19 %) vuodesta 2011 vuoteen 2015, on työkyvyn hallintamallin työnantajilla, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja. (Kuvio 7.)

Taulukosta 9 on nähtävissä, että korvausluokan I kustannus työntekijää kohti on suurin jokaisena vuotena alle 10 työntekijän työnantajilla, lukuun ottamatta työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestäviä työnantajia. Työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla kustannukset ovat lisääntyneet tasaisesti joka vuosi. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Työntekijäkohtaisten kokonaiskustannusten (euro) keskiarvo, mediaani ja 75 fraktiilit korvausluokassa I työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan erikseen alle ja yli 10 työntekijän työnantajilla vuosina 2009 – 2015.

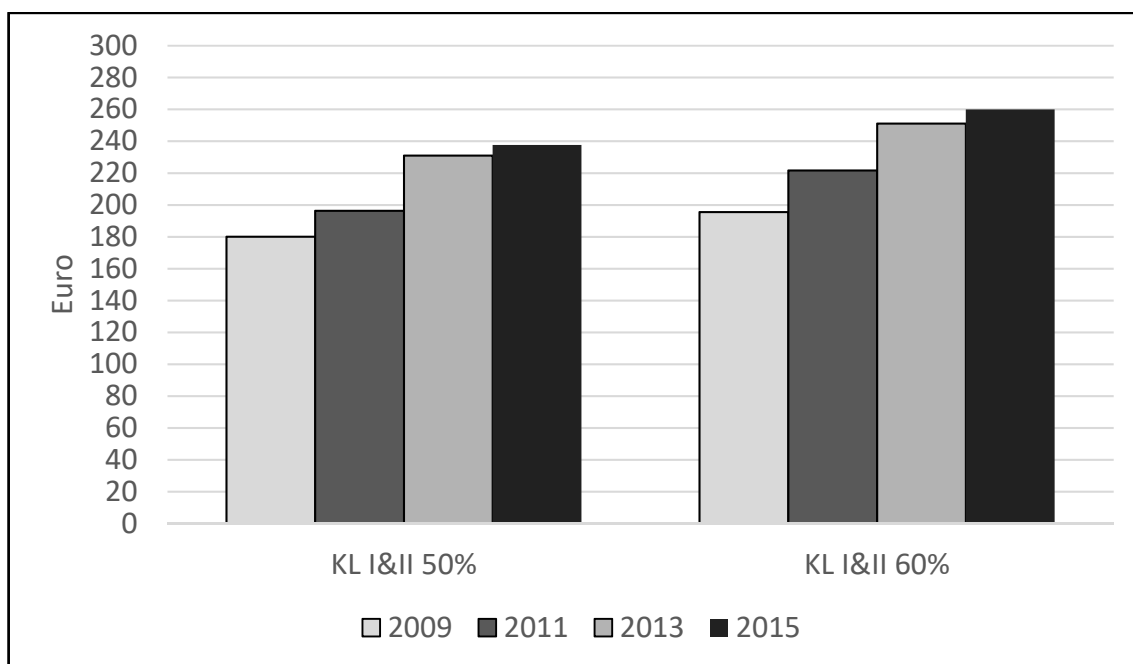
Työnantajaryhmä		Vuosi							
		2009		2011		2013		2015	
		alle 10	yli 10	alle 10	yli 10	alle 10	yli 10	alle 10	yli 10
		euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro
KL I 50%	Keskiarvo	87,0	71,8	99,2	76,7	78,7	98,0	118,0	97,4
	Mediaani	57,3	62,3	62,1	64,2	48,5	71,4	65,3	61,9
	75 fraktiili	117,3	86,0	107,9	113,8	100,8	137,8	159,5	118,1
KL I&II 50%	Keskiarvo	106,9	80,4	81,6	91,4	122,7	117,9	131,2	121,2
	Mediaani	66,6	67,8	48,6	77,5	78,6	98,4	67,5	106,0
	75 fraktiili	135,0	113,5	106,9	133,9	183,7	170,5	171,3	156,6
KL I 60%	Keskiarvo	92,8	78,5	108,3	100,3	128,2	120,8	125,7	123,1
	Mediaani	67,7	67,0	83,4	86,0	102,2	104,6	94,0	103,8
	75 fraktiili	123,8	104,2	141,0	131,3	164,5	159,7	164,0	162,3
KL I&II 60%	Keskiarvo	105,4	111,6	119,0	140,9	141,8	168,6	156,7	185,1
	Mediaani	74,0	97,3	86,5	124,7	102,1	151,4	115,6	166,7
	75 fraktiili	140,6	146,9	162,2	184,0	190,8	218,4	212,9	239,1

Korvausluokassa I on työntekijäkohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä ollut riittävä 75 prosentissa työnantajista vielä 2009. Vuoden 2011 jälkeen työntekijäkohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä ei ole riittänyt 25 prosentissa työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla. Näillä ja yli 10 työntekijän työnantajilla on työntekijäkohtaisten kustannusten keskiarvo ollut korkeampi, kuin työntekijäkohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä vuosina 2013 ja 2015. Vuonna 2013 ja 2015 myös sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, on työntekijäkohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä ylittynyt alle 10 työntekijän työnantajilla 25 prosentissa työnantajista ja vuonna 2013 myös yli 10 työntekijän työnantajilla. Työnantajakohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä on riittämätön enenevässä määrin erityisesti sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla. (Taulukko 9.)

6.1.1.2 Korvausluokka II

Liitetaulukosta 4 nähdään, että työntekijäkohtaisissa korvausluokan II kustannuksissa on tilastollisesti erittäin merkitsevä ero eri työnantajaryhmien (työkyvyn hallintamalli on/ei

ole sekä sairaanhoidon palvelut on/ei ole) välillä. Suurimmat työntekijäkohtaiset korvausluokan II kustannukset ovat jokaisena vuotena työkyvyn hallintamallin työnantajilla. Korvausluokassa II työntekijäkohtainen kustannus on noussut (32 - 33 %) molemmissa työnantajaryhmissä vuodesta 2009 vuoteen 2011. Työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, kustannukset ovat nousseet 21 prosenttia lainmuutoksen jälkeen vuodesta 2011 vuoteen 2015. Työkyvyn hallintamallin työnantajilla vastaavalla ajalla kustannukset ovat nousseet 17 prosenttia. Kustannusten nousu on molemmissa ryhmissä ollut maltillisempaa vuoden 2013 jälkeen. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Työntekijäkohtaisen kustannuksen (euro) keskiarvo korvausluokassa II työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

Suurimmat työntekijäkohtaiset kustannukset korvausluokassa II ovat yli 10 työntekijän työkyvyn hallintamallin työnantajilla. Korvausluokassa II työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, työntekijäkohtainen kustannus on hieman pienempi yli 10 työntekijän työnantajilla verrattuna alle 10 työntekijän työnantajiin. Sekä alle että yli 10 työntekijän työkyvyn hallintamallin työnantajilla on kustannusten nousu ollut maltillisempaa verrattuna työnantajiin, joilla työkyvyn hallintamallia ei ole. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Työntekijäkohtaisten kokonaiskustannusten (euro) keskiarvo, mediaani ja 75 fraktiilit korvausluokassa II työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan erikseen alle ja yli 10 työntekijän työnantajilla vuosina 2009 – 2015.

Työnantajaryhmä		Vuosi							
		2009		2011		2013		2015	
		alle 10	yli 10	alle 10	yli 10	alle 10	yli 10	alle 10	yli 10
		euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro
KL I&II 50%	Keskiarvo	184,1	166,9	196,7	195,4	239,4	207,3	250,0	202,0
	Mediaani	142,2	148,2	140,4	186,9	174,6	186,4	181,7	182,0
	75 fraktiili	256,3	232,1	255,8	251,8	320,0	292,0	330,0	286,7
KL I&II 60%	Keskiarvo	179,1	205,5	198,9	235,3	234,1	260,7	246,9	267,5
	Mediaani	132,4	188,5	151,0	217,3	177,2	243,6	189,6	249,9
	75 fraktiili	236,0	271,3	262,5	305,8	305,2	335,7	327,9	342,7

Korvausluokan II työntekijäkohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä ei ole riittänyt 25 prosentissa työnantajista työpaikan koosta tai työkyvyn hallintamallin olemassa olosta riippumatta. Yli 10 työntekijän työkyvyn hallintamallin työnantajilla on myös työntekijäkohtaisen kustannuksen keskiarvo ollut suurempi kuin työntekijäkohtainen kustannusten laskennallinen enimmäismäärä. (Taulukko 10.)

6.1.2 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon korvausten muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen mukaan

Työnantajille maksettavat työntekijäkohtaiset korvaukset esitetään työnantajaryhmittäin (KL I 50 %, KL I&II 50 %, KL I 60 % ja KL I&II 60 %) ja korvausluokittain (KL I ja KL II). Työntekijäkohtaisia korvauksia ja niiden kehitystä tarkastellaan eri työnantajaryhmien kesken. Liitetaulukossa 4 on esitetty Wilcoxonin järjestyssummatestien tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvoja työkyvyn hallintamallin ja työterveys sopimuksen laajuuden mukaan.

Työnantajalle maksetaan korvausluokassa I vuoden 2011 lainmuutoksen jälkeen korvausta kahden erilaisen korvausprosentin mukaan (taulukko 11). Työnantajille maksetaan korvausluokan I kustannuksista korvausta enintään 50 prosenttia, jos työnantajalla ei ole työkyvyn hallintamallia ja 60 prosenttia, jos työnantajalla on työkyvyn hallintamalli. Korvausluokan II kustannuksista maksettava korvausprosentti (50 %) on säilynyt

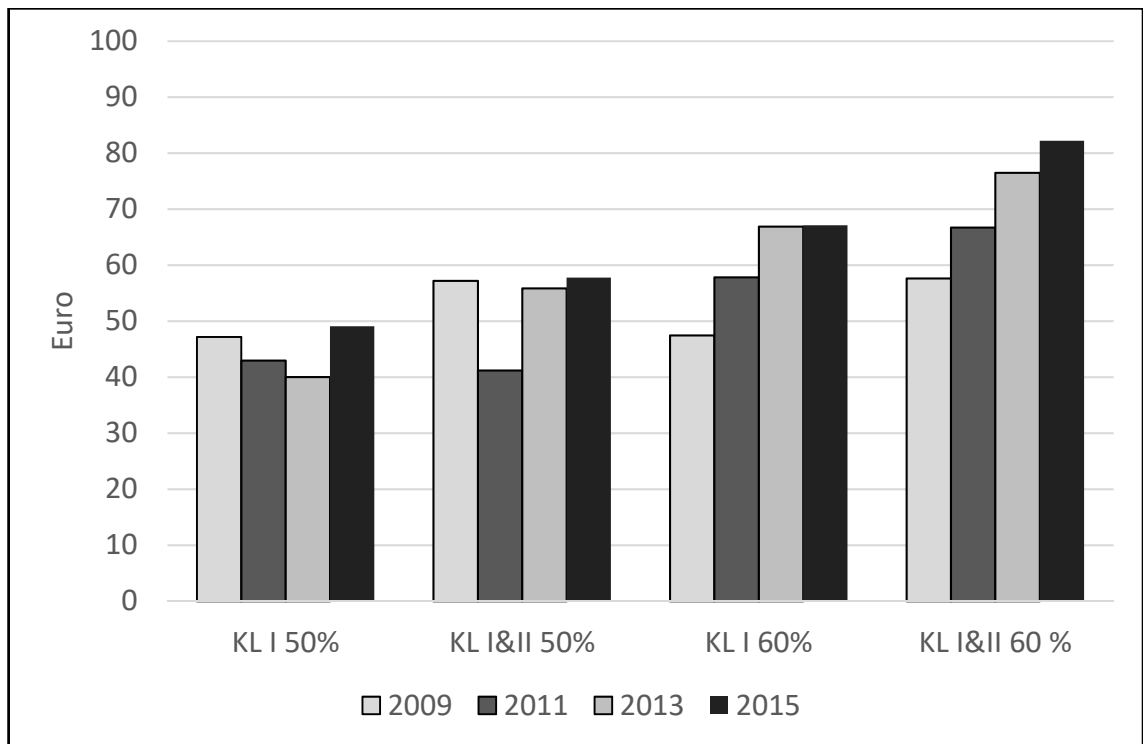
ennallaan myös vuoden 2011 jälkeen. Alle 10 työntekijän työnantajalle maksetaan korvausta työnantajakohtaisen korvauksen mukaan, joka on 10 kertaa suurempi kuin yli 10 työntekijän työnantajilla. (Kansaneläkelaitos 2011, 8; Kansaneläkelaitos 2014, 8; Kansaneläkelaitos 2015, 8; Kansaneläkelaitos 2016, 8; Kansaneläkelaitos 2018c.)

Taulukko 11. Työterveyshuollon kustannuksista maksettavan korvauksen enimmäismäärät (työnantajakohtainen ja työntekijäkohtainen) vuosina 2009 – 2015.

Vuosi		Korvausprosentti	Työnantajakohtainen korvauksen enimmäismäärä (< 10 työntekijän työpaikat)	Työntekijäkohtainen korvauksen enimmäismäärä
			euro	euro
2009	KL I	60 %	892,20	89,22
	KL II	50 %	1 115,50	111,55
2011	KL I	50 %	783,75	78,38
		60 %	940,50	94,05
	KL II	50 %	1 175,50	117,55
2013	KL I	50 %	816,00	81,60
		60 %	979,20	97,92
	KL II	50 %	1 224,50	122,45
2015	KL I	50 %	837,50	83,75
		60 %	1 005,00	100,50
	KL II	50 %	1 257,00	125,70

6.1.2.1 Korvausluokka I

Työntekijäkohtaisissa korvausluokan I korvauksissa on tilastollisesti erittäin merkitsevä ero eri työnantajaryhmien (työkyvyn hallintamalli on/ei ole sekä sairaanhoidon palvelut on/ei ole) välillä (liitetaulukko 4). Kuviosta 9 on nähtävissä vuoden 2011 lainmuutoksen korvausprosenttimuutoksen vaikutukset maksetuissa korvauksissa korvausluokassa I. Työkyvyn hallintamallin työnantajat ovat saaneet vuodesta 2011 lähtien selkeästi enemmän korvausta työntekijää kohti korvausluokassa I verrattuna työnantajiin, joilla työkyvyn hallintamallia ei ole. Työnantajat, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia eikä sairaanhoidon palveluita, korvausten määrä työntekijää kohti on kasvanut vuoden 2011 jälkeen 14 prosenttia. Vastaavasti työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla korvausten määrä työntekijää kohti on kasvanut 23 prosenttia vuoden 2011 jälkeen. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Työntekijäkohtaisen korvauksen (euro) keskiarvo korvausluokassa I työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

Taulukosta 12 on nähtävissä, että kaikki alle 10 työntekijän työnantajat ovat saaneet enemmän korvausta työntekijää kohti, kuin yli 10 työntekijän työnantajat. Tämä johtuu pientyöpaikkakorotuksesta alle 10 työntekijän työnantajilla sekä siitä, että yli 10 työntekijän työnantajilla korvauksen määrä on saavuttanut maksettavan korvauksen enimmäismäärän. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Työntekijäkohtaisten korvausten (euro) keskiarvo, mediaani ja 75 fraktiilit korvausluokassa I työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan erikseen alle ja yli 10 työntekijän työnantajilla vuosina 2009 – 2015.

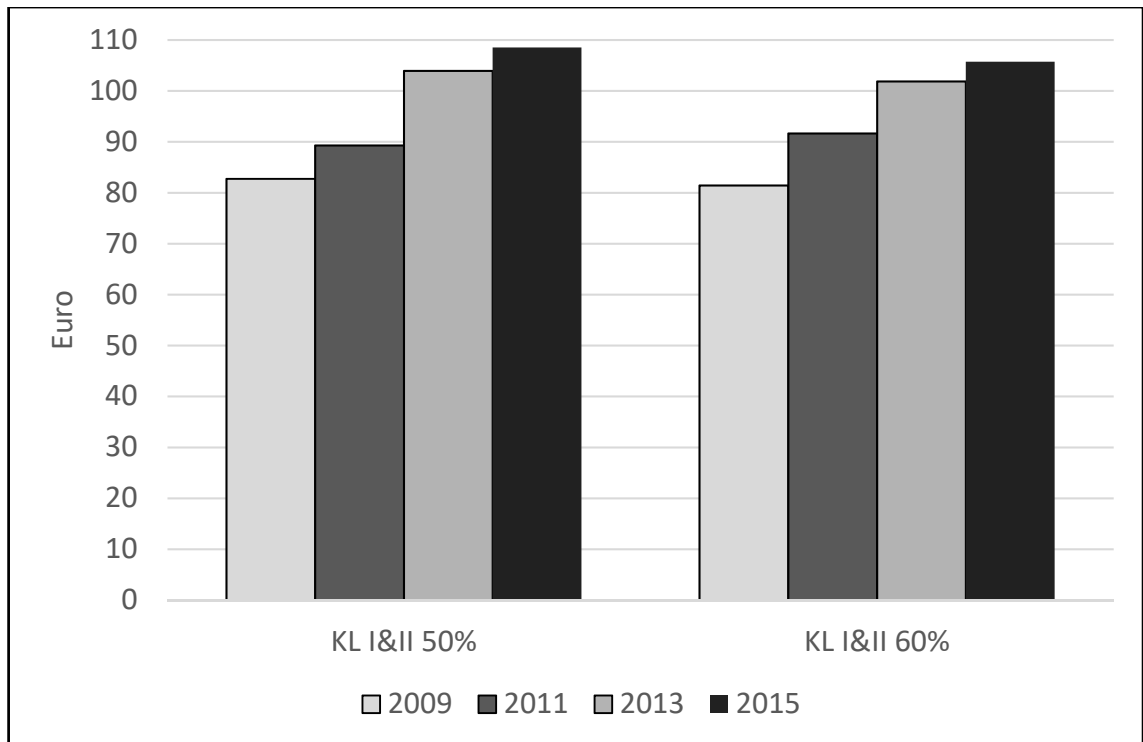
Työnantajaryhmä		Vuosi							
		2009		2011		2013		2015	
		alle 10	yli 10	alle 10	yli 10	alle 10	yli 10	alle 10	yli 10
		euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro
KL I 50%	Keskiarvo	50,3	39,6	45,5	37,8	39,0	41,6	54,2	39,6
	Mediaani	34,4	37,4	32,3	32,1	24,3	35,7	32,7	31,0
	75 fraktiili	70,4	51,6	53,9	56,9	50,4	68,9	79,8	59,1
KL I&II 50%	Keskiarvo	61,2	44,0	40,8	42,7	58,3	49,0	59,9	51,6
	Mediaani	39,9	40,2	24,7	39,8	39,2	49,2	33,7	53,0
	75 fraktiili	80,9	68,1	55,5	68,1	87,8	81,6	84,7	78,3
KL I 60%	Keskiarvo	52,8	42,9	61,9	54,3	72,0	63,2	71,5	63,7
	Mediaani	40,3	39,6	50,1	51,6	61,3	62,8	56,4	62,3
	75 fraktiili	73,6	61,9	84,6	78,8	97,9	95,8	98,4	97,4
KL I&II 60%	Keskiarvo	59,0	56,8	65,7	67,3	77,2	76,1	84,9	80,6
	Mediaani	44,1	58,2	51,9	74,7	61,2	90,8	69,2	99,7
	75 fraktiili	84,0	88,0	94,6	94,0	108,8	97,9	115,4	100,5

Vuoden 2013 työntekijäkohtaisen korvauksen enimmäismäärä, yli 10 työntekijän työnantajilla, on täyttynyt 25 prosentilla sairaanhoidon järjestävistä työnantajista, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia. Työntekijäkohtaisen korvauksen enimmäismäärä on samoin täyttynyt 25 prosentissa työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävistä työnantajista vuosina 2013 ja 2015. (Taulukko 12.)

6.1.2.2 Korvausluokka II

Lain muutos ei sisältänyt muutosta korvausluokan II maksettaviin korvauksiin. Työntekijäkohtaisissa korvausluokan II korvauksissa on tilastollisesti erittäin merkitsevä ero eri työnantajaryhmien (työkyvyn hallintamalli on/ei ole sekä sairaanhoidon palvelut on/ei ole) välillä (liitetaulukko 4). Työnantajille maksettujen korvauksen määrä työntekijää kohti on kasvanut vuodesta toiseen. Tämä kehitys on saman suuntainen korvausluokan II työntekijäkohtaisten kustannusten kanssa (kuvio 8). Työnantajille, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, on maksettu enemmän korvausta työntekijää kohti vuosina 2009, 2013 ja 2015. Vastaavaa kustannuskehitystä ei ole nähtävissä korvausluokan II kustannuksissa.

Näinä vuosina työntekijäkohtainen kustannus on ollut suurempi työkyvyn hallintamallin työnantajilla (kuvio 8). (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Työntekijäkohtaisen korvauksen (euro) keskiarvo korvausluokassa II työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

Tulosten mukaan kaikki alle 10 työntekijän työnantajat ovat saaneet korvausluokassa II enemmän korvausta työntekijää kohti verrattaessa yli 10 työntekijän työnantajiin. Tähän vaikuttaa pientyöpaikkakorotus, kuten korvausluokan I maksetuissa korvauksissa. Työntekijäkohtaisen korvauksen enimmäismäärä on samoin täyttynyt 25 prosentissa työnantajista yli 10 työntekijän työnantajilla. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Työntekijäkohtaisten korvausten (euro) keskiarvo, mediaani ja 75 fraktiilit korvausluokassa II työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan erikseen alle ja yli 10 työntekijän työnantajilla vuosina 2009 – 2015.

Työnantajaryhmä		Vuosi							
		2009		2011		2013		2015	
		alle 10	yli 10	alle 10	yli 10	alle 10	yli 10	alle 10	yli 10
		euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro
KL I&II 50%	Keskiarvo	86,9	69,3	91,4	82,5	111,6	82,3	117,4	83,0
	Mediaani	69,5	73,3	70,2	93,5	87,3	93,2	90,8	91,0
	75 fraktiili	122,0	111,6	127,5	117,6	153,1	122,5	157,1	125,7
KL I&II 60%	Keskiarvo	82,2	81,0	92,7	91,0	106,9	99,1	112,4	101,8
	Mediaani	65,8	93,9	75,5	108,3	88,6	121,8	94,8	124,7
	75 fraktiili	113,6	111,6	129,7	117,6	141,1	122,5	151,5	125,7

6.1.3 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon toimintatietojen muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen mukaan

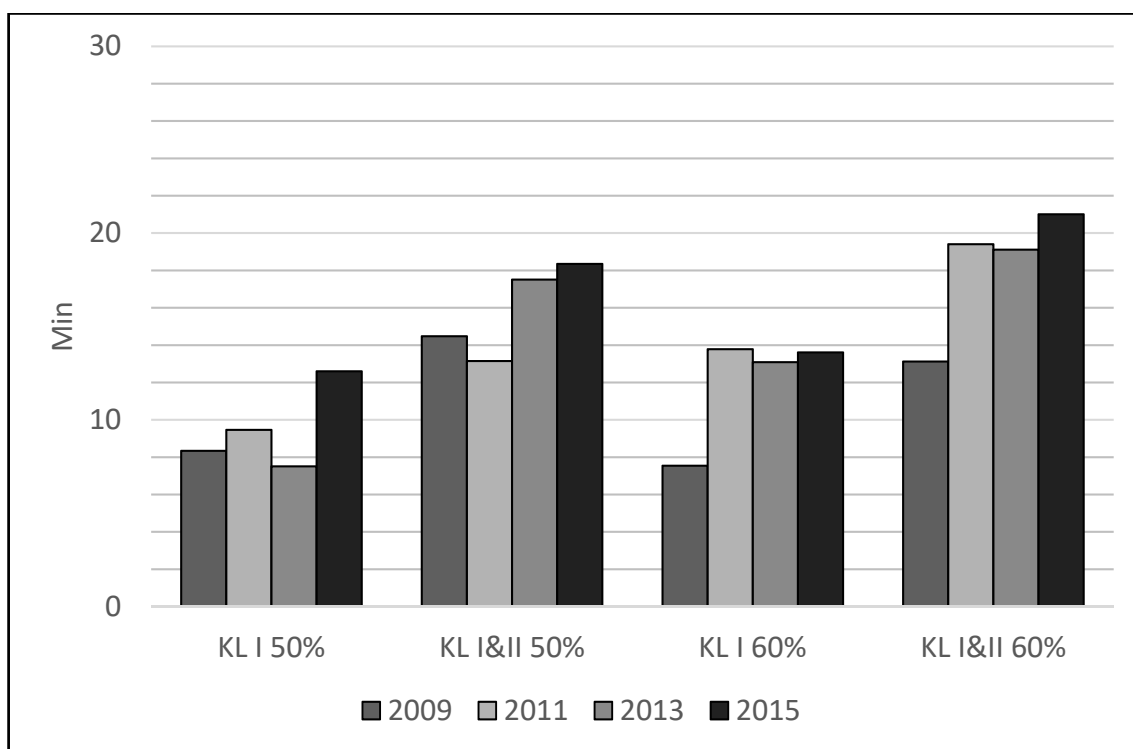
Työterveyshuollon eri toimintatietoja (työpaikkaselvitykset, ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus, tietojen antamisen ja ohjauksen yksilökäynnit, terveystarkastukset ja sairaanhoito) työntekijää kohti esitetään työnantajaryhmittäin (KL I 50 %, KL I&II 50 %, KL I 60 % ja KL I&II 60 %). Liitetaulukossa 5 on esitetty Wilcoxonin järjestyssummatestien tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden eri toimintojen keskiarvoja työkyvyn hallintamallin ja työterveys sopimuksen laajuuden mukaan. Työterveyshuollon toimintatiedot sisältävät työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja työterveyshuollon asiantuntijoiden toimintatiedot yhteensä. Toimintatietoja ja niiden kehitystä tarkastellaan eri työnantajaryhmien kesken.

Tulosten mukaan eri työnantajaryhmien (työkyvyn hallintamalli on/ ei ole) välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ero työntekijäkohtaisissa työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toteuttamissa toiminnoissa. Eri työnantajaryhmien (sairanhoidon palvelut on/ ei ole) välillä on myös tilastollisesti erittäin merkitsevä ero työntekijäkohtaisissa työterveyshuollon toiminnoissa kaikkina vuosina, pois lukien terveystarkastukset. Terveystarkastuksissa on vuosina 2009 ja 2015 tilastollisesti merkitsevä

ero työnantajilla, joilla on tai ei ole sairaanhoidon palveluja. Vuosina 2011 ja 2013 eroa näiden ryhmien välillä ei ole. (Liitetaulukko 5.)

6.1.3.1 Työpaikkaselvitykset

Työpaikkaselvityksiin on yhteensä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimesta käytetty eniten aikaa työntekijää kohti vuodesta 2011 lähtien työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla. Seuraavaksi eniten aikaa työpaikkaselvityksiin työntekijää kohti on käytetty sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia. Sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla on jo vuonna 2009 käytetty enemmän aikaa työntekijää kohti verrattuna työnantajiin, joilla ei ole sairaanhoitoa järjestetty. Vähiten työpaikkaselvityksiin käytettyä aikaa työntekijää kohti on työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia eikä sairaanhoidon palveluja. Sairaanhoidon palveluiden olemassa olo vaikuttaa positiivisesti työpaikkaselvitykseen käytettyyn aikaan. (Kuvio 11.)

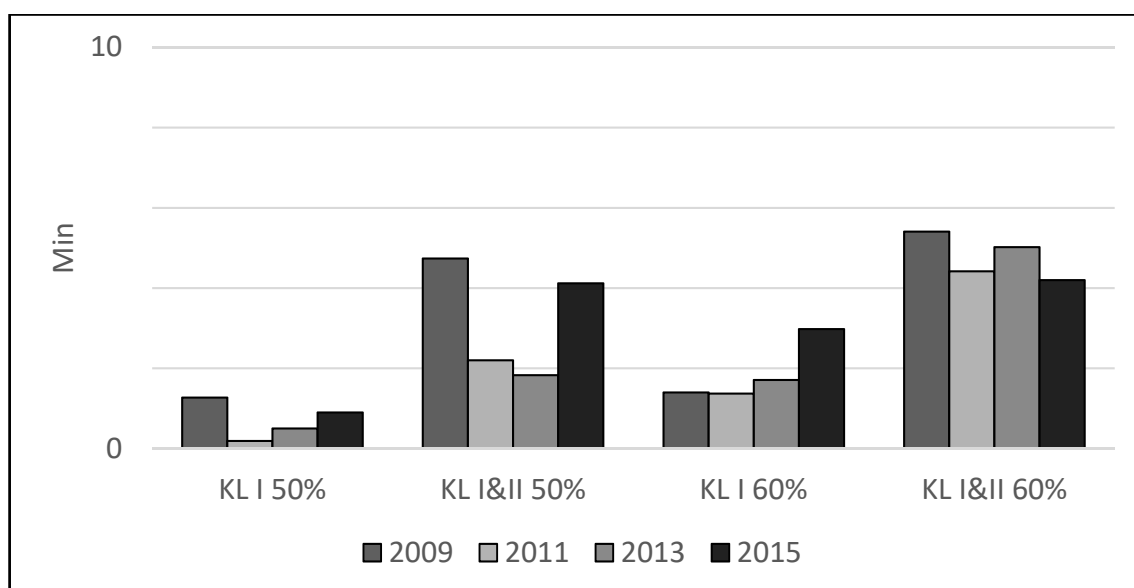


Kuvio 11. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden työpaikkaselvityksiin yhteensä käyttämän ajan (min) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveyssopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

Kuviosta 11 on nähtävissä, että työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla työpaikkaselvityksiin käytetty aika työntekijää kohti on lisääntynyt 60 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2015 verrattuna. Samalla ajanjaksolla työpaikkaselvityksiin käytetty aika työntekijää kohti on lisääntynyt 27 prosenttia sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia. Työkyvyn hallintamallin työnantajilla, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja, työpaikkaselvitykseen käytetty aika työntekijää kohti on kasvanut 81 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2015. Näillä työnantajilla suurin nousu on tapahtunut vuodesta 2009 vuoteen 2011. Edellä mainituilla työnantajilla työpaikkaselvityksiin käytetty aika on kuitenkin vähentynyt prosentin vuodesta 2011 vuoteen 2015. (Kuvio 11.)

6.1.3.2 Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus

Ryhmämuotoiseen tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen käytetty aika työntekijää kohti yhteensä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimesta on laskenut vuoden 2009 jälkeen kaikilla työnantajilla, pois lukien ne työkyvyn hallintamallin työnantajat, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja. Työnantajat, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja, ovat lisänneet ryhmämuotoista tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta vuodesta 2011 lähtien. Eniten aikaa tähän toimintaan on käytetty työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla. (Kuvio 12.)

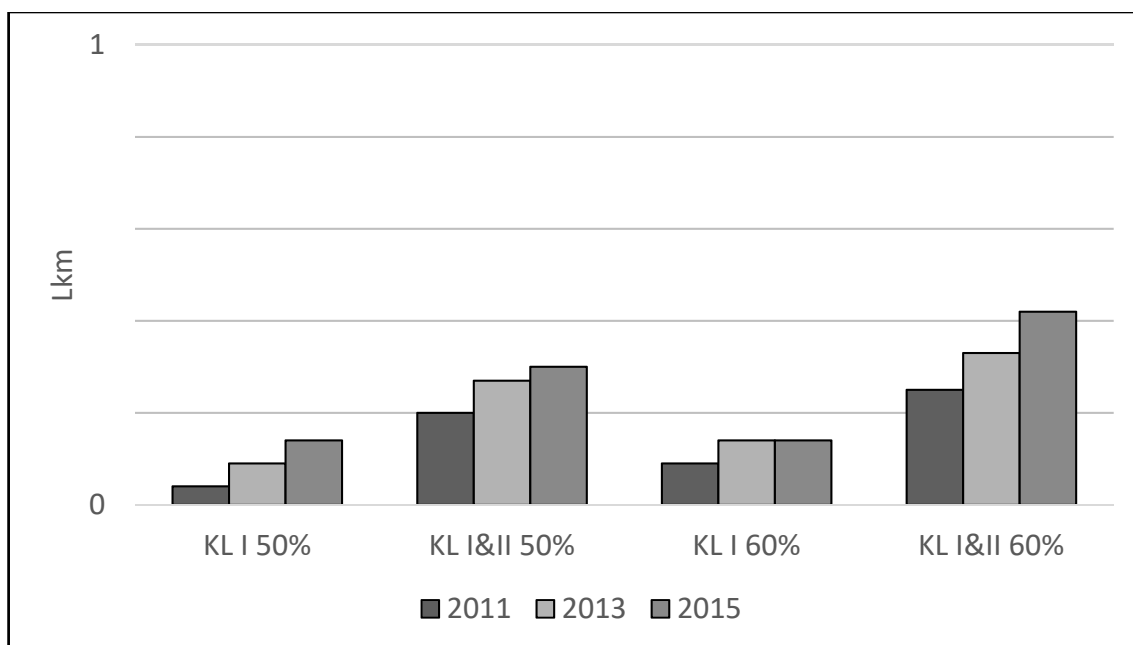


Kuvio 12. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden ryhmämuotoiseen tietojen antamiseen ja ohjaukseen yhteensä käyttämän ajan (min) keskiarvo työntekijää

kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

6.1.3.3 Tietojen antaminen ja ohjaus, yksilökäynnit

Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toteuttamien yksilökäyntien lukumäärä työntekijää kohti tietojen antamiseen ja ohjaukseen liittyen ovat lisääntyneet joka vuosi kaikilla työnantajilla. Erityisesti sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla käyntien lukumäärä työntekijää kohti on lähes kaksinkertainen verrattuna työnantajiin, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja. Eniten kyseisiä käyntejä työntekijää kohti on työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla. (Kuvio 13.)

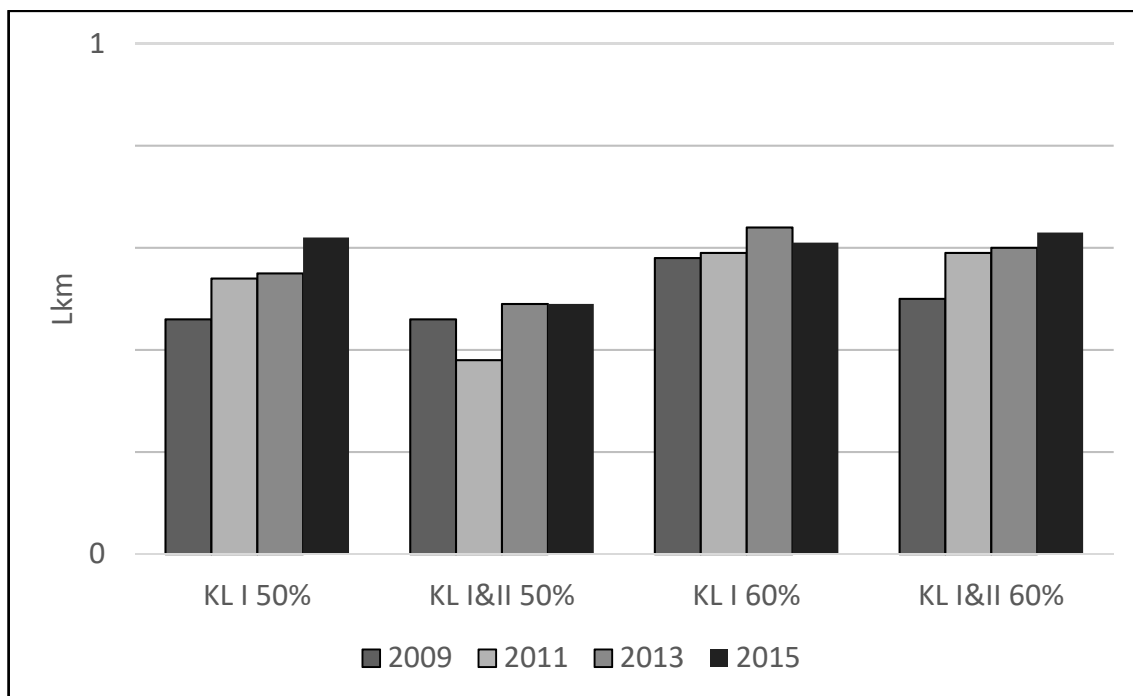


Kuvio 13. Yhteensä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden tietojen antamisen ja ohjauksen yksilökäyntien lukumäärän (lkm) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

6.1.3.4 Terveystarkastukset

Terveystarkastuksia työntekijää kohti on tehty eniten työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla vuonna 2015. Vuonna 2015 ero on kuitenkin hyvin pieni verrattaessa tietoja työnantajiin, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia eikä sairaanhoidon palveluja. Myös työkyvyn hallintamallin työnantajat, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja,

ovat hyvin lähellä terveystarkastusten lukumäärässä työnantajia, joilla näitä tehdään eniten. Terveystarkastuksia on tehty työntekijää kohden kaikkina vuosina vähiten sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia. (Kuvio 14.)

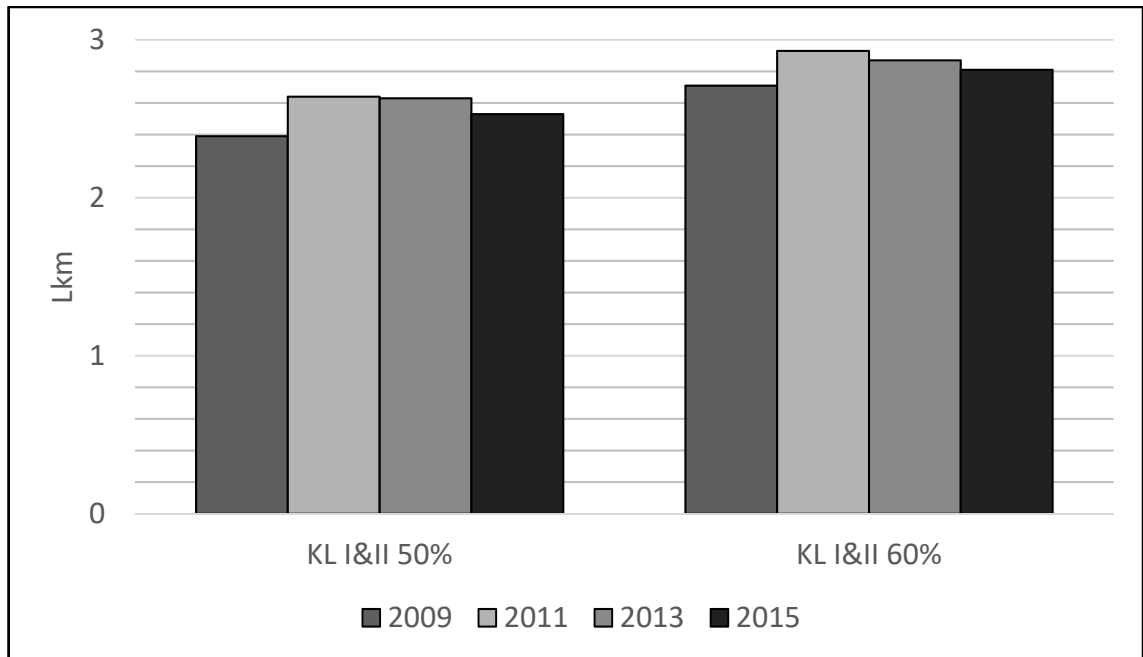


Kuvio 14. Yhteensä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden terveystarkastuksen käyntien lukumäärän (lkm) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden yhteensä toteuttamien terveystarkastusten lukumäärä työntekijää kohti on kasvanut vuodesta 2009 vuoteen 2015 kaikilla työnantajilla. Sairaanhoidon järjestävillä työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, terveystarkastusten lukumäärä on kasvanut vuoden 2011 jälkeen 29 prosenttia, joka on suurin kasvu muihin työnantajiin verrattuna. (Kuvio 14.)

6.1.3.5 Sairaanhoitokäynnit

Sairaanhoitokäyntejä työntekijää kohti on joka vuosi eniten työkyvyn hallintamallin työnantajilla. Kuvioista 15 on nähtävissä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden yhteensä toteuttamien sairaanhoitokäyntien lukumäärä työntekijää kohti, joka on laskenut (4 %) vuodesta 2011 lähtien molemmilla työnantajaryhmällä. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Yhteensä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden sairaanhoitokäyntien lukumäärän (lkm) keskiarvo työntekijää kohti työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) mukaan vuosina 2009 – 2015.

6.1.4 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon kustannusten, korvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 työpaikan koon mukaan

Työntekijäkohtaiset kustannukset, korvaukset ja eri työterveyshuollon toimintatiedot esitetään työpaikan koon mukaan. Tietoja ja niiden kehitystä tarkastellaan eri kokoisten työnantajien kesken. Liitetaulukossa 6 on esitetty yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvoja työpaikan koon mukaan. Liitetaulukoissa 7 ja 8 on taas esitetty yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden eri toimintojen keskiarvoja työpaikan koon mukaan.

Työterveyshuollon työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvoissa on joka vuosi tilastollisesti erittäin merkitsevä ero erikokoisten työnantajien välillä. Myös työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintojen keskiarvoissa on

tilastollisesti erittäin merkitsevä ero joka vuosi erikokoisten työnantajien välillä. (Liitetaulukko 6., 7., 8.)

6.1.4.1 Työntekijäkohtaiset kustannukset ja korvaukset

Suurimmat työntekijäkohtaiset kustannukset korvausluokassa I ovat 100 – 499 ja pienimmät alle 10 työntekijän työnantajilla vuodesta 2011 lähtien. Korvausluokan II kustannukset työntekijää kohti ovat suurimmat koko seurantajaksolla 100 – 499 ja pienimmät alle kahdenkymmenen työntekijän työnantajilla. Työntekijää kohti suurimmat korvaukset ovat yli 1 500 ja pienimmät 10 – 19 työntekijän työnantajilla, sekä korvausluokassa I, että korvausluokassa II. Poikkeuksena on kuitenkin vuosi 2015, jolloin suurin korvaus työntekijää kohti korvausluokassa II on alle 10 työntekijän työnantajilla. (Liitetaulukko 6.)

Korvausluokan I kustannukset työntekijää kohti ovat kasvaneet vuodesta 2009 lähtien kaiken kokoisilla työnantajilla. Selvintä kasvua (71 %) on ollut 20 – 99 ja vähäisimmin kustannus on kasvanut alle 10 työntekijän työnantajilla vuodesta 2009 vuoteen 2015. Korvausluokan II työntekijäkohtaiset kustannukset ovat kasvaneet vuodesta 2009 vuoteen 2015 korvausluokan I kustannuksia vähäisemmin. Alle 10 työntekijän työnantajilla korvausluokan II kustannukset ovat kasvaneet eniten (41 %) ja vähiten kustannukset ovat kasvaneet yli 1 500 työntekijän työnantajilla vuodesta 2009 vuoteen 2015. Korvausluokan II kustannusten kasvu on selkeästi hidastunut alle 100 työntekijän työnantajilla ja yli 100 työntekijän työnantajilla kustannukset ovat jopa kääntyneet laskuun vuoden 2013 jälkeen. (Liitetaulukko 6.)

6.1.4.2 Työntekijäkohtaiset työterveyshuollon toimintatiedot

Kaikki ennaltaehkäisevä toiminta on lisääntynyt selkeästi ja sairaanhoidon toiminta on hieman vähentynyt vuoden 2011 jälkeen. Työpaikkaselvitykseen työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimesta on käytetty työntekijää kohti eniten aikaa alle 10 ja vähiten 10 – 19 työntekijän työnantajilla. Ryhmämuotoiseen tietojen antamiseen, ohjaukseen ja neuvontaan on käytetty työntekijää kohti eniten aikaa yli 1 500 ja vähiten alle 20 työntekijän työnantajilla. Eniten työntekijää kohti tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen yksilökäyntejä on yli 100 työntekijän työnantajilla ja vähiten

alle 20 työntekijän työnantajilla. Vuodesta 2013 lähtien terveystarkastuksia on työntekijää kohti tehty eniten yli 1 500 työntekijän työnantajilla. Kaikkina vuosina vähiten terveystarkastuksia on alle 20 työntekijän työnantajilla. (Liitetaulukko 7.)

Kaiken kokoisilla työnantajilla työpaikkaselvitykseen käytetty aika on lisääntynyt yli 50 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2015. Suurin prosentuaalinen muutos on ollut vuodesta 2009 vuoteen 2011, jonka jälkeen kasvu on hidastunut. Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus on vähentynyt kaikilla muilla paitsi yli 1 500 työntekijän työnantajilla vuodesta 2009 vuoteen 2015. Yksilökäyntien, tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen liittyen, lukumäärä työntekijää kohti ovat lisääntyneet yli 60 prosenttia kaiken kokoisilla työnantajilla vuodesta 2011 vuoteen 2015. Suurinta kasvua (87 %) on ollut yli 1 500 työntekijän työnantajilla. Myöskin terveystarkastusten lukumäärä työntekijää kohti on kasvanut vuodesta 2009 vuoteen 2015 kaikilla työnantajilla. Eniten kasvua terveystarkastuksissa on 20 – 99 työntekijän työnantajilla. (Liitetaulukko 7.)

Sairaanhoitokäyntejä työntekijää kohti on eniten 100 – 1 499 työntekijän työnantajilla ja vähiten 10 – 19 työntekijän työnantajilla. Sairaanhoitokäyntien lukumäärä työntekijää kohti on lisääntynyt ainoastaan alle 10 (12 %) ja 10 -19 (2 %) työntekijän työnantajilla vuodesta 2009 vuoteen 2015. Muilla työnantajilla sairaanhoitokäynnit ovat työntekijää kohti vähentyneet, eniten (-3 %) 100 – 499 työntekijän työnantajilla. (Liitetaulukko 8.)

6.1.5 Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon kustannusten, korvausten ja työterveyshuollon toimintatietojen muutokset vuodesta 2009 vuoteen 2015 palveluntuottajan mukaan

Työntekijäkohtaiset kustannukset, korvaukset ja eri työterveyshuollon toimintatiedot esitetään palveluntuottajan mukaan. Tietoja ja niiden kehitystä tarkastellaan eri palveluntuottajien kesken. Liitetaulukossa 9 on yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvoja palveluntuottajan mukaan. Liitetaulukkoissa 10 ja 11 on puolestaan esitetty yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskall-Wallis-testi) tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden eri toimintojen keskiarvoja palveluntuottajan mukaan.

Työterveyshuollon työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvoissa on joka vuosi tilastollisesti erittäin merkitsevä ero palveluntuottajien välillä. Myös työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintojen keskiarvoissa on tilastollisesti erittäin merkitsevä ero joka vuosi eri palveluntuottajia vertailtaessa. (Liitetaulukko 9., 10., 11.)

6.1.5.1 Työntekijäkohtaiset kustannukset ja korvaukset

Suurimmat työntekijäkohtaiset kustannukset ja korvaukset molemmissa korvausluokissa ovat työnantajan omalla työterveysasemalla ja pienimmät terveyskeskuksessa. Työntekijäkohtainen korvausluokan I kustannus on kasvanut kaikilla palveluntuottajilla, mutta eniten (64 %) työnantajan yhteisellä työterveysasemalla vuodesta 2009 vuoteen 2015. Samalla ajanjaksolla vähäisin kasvu (26 %) on työnantajan omalla työterveysasemalla. Korvausluokan II työntekijäkohtaiset kustannukset ovat kasvaneet eniten (47 %) terveyskeskuksessa, vaikka korvausluokan II kustannukset ovatkin pienimmät jokaisena vuotena verrattuna muihin palveluntuottajiin. (Liitetaulukko 9.)

6.1.5.2 Työntekijäkohtaiset työterveyshuollon toimintatiedot

Eniten aikaa työpaikkaselvityksiin työntekijää kohden käytetään lääkärikeskuksessa ja toisen työnantajan omalla työterveysasemalla, vähiten terveyskeskuksessa ja muulla palveluntuottajalla. Työnantajan omalla työterveysasemalla on tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen liittyviä yksilökäyntejä työntekijää kohti eniten ja terveyskeskuksessa vähiten. (Liitetaulukko 10.)

Työpaikkaselvitykseen käytetty aika työntekijää kohti on lisääntynyt kaikilla palveluntuottajilla yli 30 prosenttia. Työpaikkaselvitykset työntekijää kohti ovat lisääntyneet vuodesta 2009 vuoteen 2015 eniten muulla palveluntuottajalla (90 %) ja toisen työnantajan omalla työterveysasemalla (74 %). Terveyskeskuksessa on suurin kasvu (100 %) tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen yksilökäynneissä vuodesta 2011 vuoteen 2015. Lääkärikeskuksessa on suurinta kasvua (36 %) terveystarkastuksissa työntekijää kohti vuodesta 2009 vuoteen 2015. (Liitetaulukko 10.)

Sairaanhoitokäyntejä on eniten työnantajan omalla asemalla, mutta ne ovat selkeästi vähentyneet vuodesta 2009 vuoteen 2015. Vähiten sairaanhoitokäyntejä on muulla palveluntuottajalla ja terveyskeskuksessa. Sairaanhoitokäynnit työntekijää kohti ovat lisääntyneet vain lääkärikeskuksessa ja terveyskeskuksessa, muilla palveluntuottajilla nämä ovat vähentyneet. Terveyskeskuksessa on eniten lisääntyneet (7 %) sairaanhoitokäynnit ja lääkärikeskus on toinen palveluntuottaja, jossa sairaanhoitokäynnit työntekijää kohti ovat lisääntyneet (4 %) vuodesta 2009 vuoteen 2015. Muilla palveluntuottajilla sairaanhoitokäynnit ovat vähentyneet samalla ajanjaksolla. (Liitetaulukko 11.)

6.2 Työpaikan koon ja palveluntuottajan yhteys työkyvyn hallintamallin olemassaoloon ja työterveys sopimuksen laajuuteen vuodesta 2009 vuoteen 2015

Tarkastelun kohteena on ensin työpaikan koon ja palveluntuottajan yhteys työkyvyn hallintamallin olemassaoloon (työkyvyn hallintamalli on / ei ole). Sen jälkeen tarkasteltiin työpaikan koon ja palveluntuottajan yhteyttä työterveys sopimuksen laajuuteen (sairaanhoidon palvelut on / ei ole). Koska tutkimusanalyysissä on mukana kaikki tutkimusaineiston työnantajat, niin osassa selitettävän muuttujan luokissa kaikki tapaukset ovat samassa selitettävän muuttujan luokassa. Esimerkiksi kaikilla yli 500 työntekijän työnantajilla on työkyvyn hallintamalli, kuten myös kaikilla työnantajan oman ja toisen työnantajan työterveysaseman sekä muun palveluntuottajan työnantaja-asiakkailla. Analyysi on testattu myös ilman näitä tapauksia ja tulokset eivät muutu. Sillä, että analyysissä on mukana kaikki tutkimusaineiston työnantajat, ei siis ole vaikutusta tuloksiin.

Liitetaulukossa 12 on esitetty logistisen regression ristitulosuhteet (OR), 95 % luottamusvälit ja tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työkyvyn hallintamallin olemassaoloa työpaikan koolla ja palveluntuottajalla. Liitetaulukossa 13 esitetään logistisen regression tulokset, kun tarkastellaan työterveys sopimuksen laajuutta työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan.

Tulosten mukaan alle 10 työntekijän työnantajilla on joka vuosi suurempi riski kuulua ryhmään, jossa ei ole työkyvyn hallintamallia, verrattuna 10 – 19 työntekijän työnantajiin. Yli 20 työntekijän työnantajilla taas on joka vuosi suurempi riski kuulua ryhmään, jossa työkyvyn hallintamalli on, kun verrataan 10 – 19 työntekijän työnantajiin. Lääkärikeskuksen ja työnantajien yhteisen työterveysasema ry:n työnantaja-asiakkailla on suu-

remppi riski kuulua ryhmään, jossa työnantajilla on työkyvyn hallintamalli terveystieteeseen verrattuna. Yli 500 työntekijän työnantajilla ja työnantajan omalla työterveysasemalla, toisen työnantajan työterveysasemalla sekä muulla palveluntuottajalla on kaikilla työkyvyn hallintamalli. (Liitetaulukko 12.)

Liitetaulukosta 13 on havaittavissa, että kaikilla yli 20 työntekijän työnantajilla on selvästi suurempi riski siihen, että sairaanhoidon palvelut sisältyvät työterveyssovitukseen verrattuna 10 – 19 työntekijän työnantajiin. Työpaikan koon kasvaessa, kasvaa myös riski kuulua ryhmään, jossa sairaanhoidon palvelut ovat. Vuodesta 2013 lähtien myös alle 10 työntekijän työnantajilla on suurempi riski sairaanhoidon palvelujen olemassaoloon verrattuna 10 – 19 työntekijän työnantajiin. Nämä pienet työpaikat ovat laajentaneet työterveyssovituksen laajuutta. Joka vuosi lääkärikeskuksen, työnantajien yhteisen työterveysaseman, työnantajan oman ja toisen työnantajan työterveysaseman sekä muun palveluntuottajan työnantaja-asiakkailta on suurempi riski kuulua ryhmään, jossa sairaanhoitopalvelut ovat verrattuna terveystieteeseen työnantaja-asiakkaisiin. Lääkärikeskuksella ja työnantajan yhteisellä työterveysasemalla on yli 10 kertainen riski kuulua ryhmään, jossa sairaanhoidon palvelut ovat, kun verrataan terveystieteeseen. Kaikilla yli 1 500 työntekijän työnantajilla ja työnantajan omalla työterveysasemalla työterveyssovitukseen sisältyy sairaanhoidon palvelut kaikkina vuosina ja toisen työnantajan omalla työterveysasemalla vuodesta 2011 lähtien. (Liitetaulukko 13.)

Työkyvyn hallintamalli ja sairaanhoidon palvelut ovat varmimmin yli 20 työntekijän työnantajilla. Terveystieteeseen työnantaja-asiakkaat kuuluvat varmimmin siihen ryhmään, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia eikä sairaanhoidon palveluja työterveyssovituksissa.

6.3 Työterveyshuollon eri toimintojen toteutumisen (toimintaa ei ole / on tehty) tunnuslukuja vuodesta 2009 vuoteen 2015 työkyvyn hallintamallin, sairaanhoidon järjestämisen, työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan

Tutkimusaineistoa tarkasteltiin työterveyshuollon eri toimintojen toteutumisen kautta siten, että onko työterveyshuollon eri toimintoja tehty vai ei. Ensimmäisessä esitellään työterveyshuollon eri toimintojen toteutuminen kaikilla työnantajilla yhteensä ja sen jälkeen tiedot

esitellään työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestämisen mukaan. Lopuksi toimintojen toteutuminen tarkastellaan erikseen työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan.

Työpaikkaselvityksien tekeminen on lisääntynyt vuodesta 2009 vuoteen 2015, kun tarkastellaan kaikkia työnantajia yhdessä. Vuonna 2009 oli vielä 43 prosenttia työnantajia, joilla työpaikkaselvityksiä ei oltu tehty lainkaan. Vuoden 2009 jälkeen työpaikkaselvitysten tekeminen on kasvanut selkeästi ja 2015 työpaikkaselvityksiä on tehty jo 77 prosentille työnantajista. Yksilökohtaista tietojen antamista ja neuvontaa on puolestaan annettu vuonna 2011 yli 60 prosentille ja vuonna 2015, jopa 72 prosentille työnantajista. Yksilökohtaisen tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen toimintatiedot on ilmoitettu hakemuksessa vuodesta 2011 lähtien. Terveystarkastusten tekeminen on noussut hieman vuoden 2009 jälkeen. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Työterveyshuollon eri toimintojen toteuttaminen korvausluokassa I (toimintaa ei ole/on tehty) vuosina 2009 – 2015.

Vuosi	N	Työpaikka-selvitykset			Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (ryhmä)			Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (yksilö)			Terveys-tarkastukset		
		Ei	On		Ei	On		Ei	On		Ei	On	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2009	12 155	43	57	100	63	37	100	-	-	-	21	79	100
2011	12 155	27	73	100	66	34	100	40	60	100	18	82	100
2013	12 155	26	74	100	62	38	100	32	68	100	16	84	100
2015	12 155	23	77	100	63	37	100	28	72	100	17	83	100

Työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia eikä sairaanhoidon palveluja, on eniten työpaikkoja, joissa ei ole tehty lainkaan työpaikkaselvityksiä tutkimuksen seurantavuosina. Tämä sama toistuu myös muissa korvausluokan I toiminnoissa. Tässä työnantajaryhmässä on vielä 2015 yli 50 prosenttia työnantajia, joilla ei ole tehty työpaikkaselvityksiä ja yli 70 % prosenttia työnantajia, joille ei ole tehty tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta. Vuonna 2015 näillä työnantajilla on myös eniten niitä työnantajia (43 %), joille ei ole tehty lainkaan myöskään terveystarkastuksia. Työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestävistä työnantajista on eniten sellaisia työnantajia, joille on tehty kaik-

kie työterveyshuollon toimintoja. Näille työnantajille on tehty yli 60 prosentissa työpaikkaselvityksiä, noin 40 prosentissa ryhmämuotoista ja yli 60 prosentissa yksilökohtaista tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta sekä yli 80 prosentissa terveystarkastuksia. Sairaanhoitokäyntejä on toteutunut lähes kaikilla työnantajilla 100 prosenttisesti. Vuonna 2015 sairaanhoidon järjestävistä työnantajista, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, on seuraavaksi eniten niitä työnantajia, joissa työpaikkaselvityksiä ja yksilöön kohdistuvaa tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta on tehty. (Liitetaulukko 14.)

Liitetaulukosta 15 on nähtävissä, että joka vuosi on eniten alle 10 työntekijän työnantajia, joissa työpaikkaselvitystä ei ole lainkaan tehty. Näillä työnantajilla työpaikkaselvityksen toteuttaminen on kuitenkin lisääntynyt lähes 30 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2015. Vuoden 2011 jälkeen yli 10 työntekijän työnantajilla on työpaikkaselvityksiä tehty yli 60 prosentissa työpaikoista. Työpaikan koon kasvaessa myös työpaikkaselvityksen tekeminen lisääntyy. (Liitetaulukko 15.)

Ryhmämuotoista ja yksilökohtaista tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta tehdään lähes kaikilla yli 100 työntekijän työnantajilla. Alle 10 työntekijän työnantajilla ryhmämuotoista tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta ei ole tehty yli 80 prosentissa työnantajia. Yksilöllinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus on myös toteutunut heikosti alle 10 työntekijän työnantajilla. Terveystarkastuksia on tehty lähes kaikilla yli 100 työntekijän työnantajilla. Alle 10 työntekijän työnantajilla tehdään vain 60 prosentissa työnantajista terveystarkastuksia. Sairaanhoitokäyntejä on luonnollisesti jokaisella työnantajalla, joilla on korvausluokan II palvelut. (Liitetaulukko 15.)

Terveyskeskuksessa on joka vuosi eniten työnantajia, joille ei tehdä lainkaan työpaikkaselvityksiä eikä tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta. Vuonna 2009 terveyskeskus ei ole tehnyt yli 50 prosentille työnantajistaan työpaikkaselvitystä ja vuonna 2015 vastaava luku oli vielä 40 prosenttia. Työnantajan oma asema on tehnyt lähes kaikille työnantajilleen työpaikkaselvityksiä, tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta, terveystarkastuksia ja sairaanhoitoa joka vuosi. Lääkärikeskuksella on eniten työnantajia, joille ei ole tehty terveystarkastuksia vuosina 2009 (24 %) ja 2011 (19 %). Työnantajien yhteisellä työterveysasemalla on joukossaan eniten työnantajia, joille ei ole tehty lainkaan terveystarkastuksia vuosina 2013 (18 %) ja 2015 (19 %). (Liitetaulukko 16.)

6.4 Työkyvyn hallintamallin, sairaanhoidon järjestämisen, työpaikan koon ja palveluntuottajan yhteydet työterveyshuollon eri toimintojen toteutumiseen

Tarkastelun kohteena on ensin työkyvyn hallintamallin ja korvausluokan II palvelujen yhteys työterveyshuollon eri toimintojen toteutumiseen (toimintaa on tehty / ei ole tehty). Sen jälkeen tarkasteltiin työpaikan koon yhteyttä työterveyshuollon eri toimintojen toteutumiseen, jonka jälkeen tarkasteltiin palveluntuottajan yhteyttä työterveyshuollon eri toimintojen toteutumiseen. Koska analyysissä on mukana kaikki työnantajat, niin osassa selitettävän muuttujan luokissa kaikki tapaukset ovat samassa selitettävän muuttujan luokassa. Esimerkiksi joka vuosi kaikilla yli 1 500 työntekijän työnantajilla on tehty työpaikkaselvitystä ja sairaanhoitoa on tehty kaikilla työnantajan oman työterveysseman työnantaja-asiakkailla. Analyysi on testattu myös ilman näitä tapauksia ja tulokset eivät muutu. Sillä, että analyysissä on mukana kaikki tutkimusaineiston työnantajat, ei siis ole vaikutusta tuloksiin.

Liitetaulukossa 17 on esitetty logistisen regression ristitulosuhteet (OR), 95 % luottamusvälit ja tilastolliset merkitsevyydet, jossa tarkastellaan työterveyshuollon eri toimintojen toteutumista työkyvyn hallintamallin ja korvausluokan II mukaan. Liitetaulukossa 18 esitetään logistisen regression tulokset, kun tarkastellaan työterveyshuollon eri toimintojen toteutumista työpaikan koon mukaan. Liitetaulukossa 19 esitetään nämä tiedot palveluntuottajien mukaan.

Työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestäneillä työnantajilla on eniten sellaisia työnantajia, joille on tehty jokaisen vuotena kaikkia työterveyshuollon eri toimintoja. Työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestäneillä työnantajilla on suurempi riski kuulua siihen ryhmään, jossa lähes kaikki ennaltaehkäisevät työterveyshuollon toiminnot toteutuvat. Poikkeuksena on vuosi 2013, jolloin työkyvyn hallintamallin työnantajilla, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja, oli suurempi riski kuulua ryhmään, jossa terveystarkastuksia on toteutunut. Työpaikkaselvityksen ja terveystarkastusten toteutumisen erot ovat kuitenkin kaventuneet eri työnantajaryhmissä vuodesta 2009 vuoteen 2015. (Liitetaulukko 17.)

Vuonna 2015 sairaanhoidon järjestäneet työnantajat eivät eroa enää työpaikkaselvityksen ja tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen yksilökäyntien toteutumisessa työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon järjestäneistä työnantajista. Sairaanhoidon toteutumisessa ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa työkyvyn hallintamallin ja ei hallintamallin työnantajien kesken. (Liitetaulukko 17.)

Työterveyshuollon eri toiminnot toteutuvat vuosittain yli 100 työntekijän työnantajilla lähes 100 prosenttisesti. Tulosten mukaan ennaltaehkäisevä toiminta toteutuu huonimmin alle 10 työntekijän työnantajilla. Yli 20 työntekijän työnantajilla on 10 – 19 työntekijän työpaikkoja suurempi riski kuulua ryhmään, jossa kaikki ennaltaehkäisevät toiminnot toteutuvat. Työpaikan koon kasvaessa, kasvaa myös riski kuulua siihen ryhmään, jossa ennaltaehkäisevät toiminnot toteutuvat. Joka vuosi yli 100 työntekijän työnantajilla on yli 10 kertainen riski kuulua ryhmään, jossa ennaltaehkäisevät toiminnot toteutuvat, verrattuna 10 – 19 työntekijän työnantajiin. Alle 10 työntekijän työnantajat eivät eroa 10 – 19 työntekijän työnantajista vuosina 2009 – 2015 sairaanhoidon toteutumisessa. Yli 20 työntekijän työnantajilla on 10 – 19 työntekijän työnantajiin verrattuna suurempi riski kuulua ryhmään, jossa sairaanhoidon palvelut toteutuvat. Yli 500 työntekijän työnantajilla on 10 – 19 työntekijän työnantajiin verrattuna, joka vuosi, yli 10 kertainen riski kuulua ryhmään, jossa sairaanhoito toteutuu. Kaikilla yli 1 500 työntekijän työnantajilla työpaikkaselvityksiä, terveystarkastuksia ja sairaanhoitokäyntejä on toteutunut joka vuosi. Samoin 500 – 1 499 työntekijän työnantajilla on terveystarkastuksissa sekä vuonna 2011 työpaikkaselvityksessä. (Liitetaulukko 18.)

Työterveyshuollon eri toiminnot toteutuvat vuosittain työnantajan omalla työterveysasemalla lähes 100 prosenttisesti. Työnantajan omalla työterveysasemalla kaikki työterveyshuollon toiminnot toteutuvat muita palveluntuottajia varmimmin. Työpaikkaselvitykset, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (sekä ryhmä- että yksilötoiminta) ja sairaanhoito toteutuvat kaikilla palveluntuottajilla terveyskeskusta varmimmin. Työpaikkaselvityksessä tämä ero on jopa lisääntynyt vuodesta 2009 vuoteen 2015. Vuonna 2015 lääkärikeskuksen, työnantajien yhteisen työterveysaseman, työnantajan oman ja toisen työnantajan työterveysaseman ja muun palveluntuottajan työnantaja-asiakkaila on terveyskeskuksen työnantaja-asiakkaita yli kaksi kertaa suurempi riski kuulua ryhmään, jossa työpaikkaselvitykset toteutuvat. (Liitetaulukko 19.)

Työnantajan oman ja toisen työnantajan työterveysaseman työnantaja-asiakkailla on terveyskeskuksen työnantaja-asiakkaita suurempi riski kuulua ryhmään, jossa terveys-tarkastukset toteutuvat vuosina 2009 – 2013. Vuodesta 2013 lähtien terveystarkastus-ten toteutumisessa ei ole enää tilastollista merkitsevyyttä eri palveluntuottajien kesken. Vuonna 2015 lääkärikeskuksen, työnantajien yhteisen työterveysaseman, työnantajan oman ja toisen työnantajan työterveysaseman ja muun palveluntuottajan työnantaja-asiakkailla on terveyskeskuksen työnantaja-asiakkaita yli kuusi kertaa suurempi riski kuulua ryhmään, jossa sairaanhoito toteutuu. (Liitetaulukko 19.)

7 Johtopäätökset ja pohdinta

Politiikan toimeenpanon arvioinnilla saadaan tietoa politiikan toimeenpanon onnistumisesta tai siitä, että politiikka onkin osoittautunut haitalliseksi ja sitä tulisi muuttaa (Vihriälä 2008, 12 – 14). Tutkimuksen tavoitteena olikin selvittää, toimiiko työterveyshuollon korvausjärjestelmä työkyvyn hallinnan ja edistämisen tukena vuoden 2011 SVL:n muutoksen tavoitteen mukaisesti. Tutkimuksella selvitettiin työterveyshuollon korvaustason SVL:n muutoksen vaikutuksia työnantajien työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneisiin kustannuksiin ja Kelan työnantajille maksamiin korvauksiin sekä työterveyshuollon toimintatietoihin. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, mikä yhteys on työpaikan koolla ja palveluntuottajalla on siihen, onko työnantajalla työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palveluja. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös sitä, mikä yhteys työkyvyn hallintamallilla, sairaanhoidon järjestämisellä, työpaikan koolla ja palveluntuottajilla on työterveyshuollon toiminnan toteutumiseen.

Työterveyshuollon korvausjärjestelmän avulla työnantajia pyritään ohjaamaan työterveyshuoltolain mukaisen työterveyshuollon järjestämiseen. Korvausjärjestelmä myös tukee työnantajia työpaikan koosta ja taloudellisesta asemasta riippumatta maksamalla työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista korvausta. Lainmuutoksen tavoitteena oli edistää työntekijöiden työkykyä ja ehkäistä työkyvyttömyyttä. Tämä toteutettiin tukemalla suuremmalla korvausprosentilla työnantajia, jotka ottivat käyttöön työkyvyn hallintamallin. Suuremmalla korvausprosentilla haluttiin kannustaa työpaikkoja ja työterveyshuoltoja parantamaan työkyvyn hallinnan ja edistämisen toteutumista. Työkyvyn hallintamallin avulla tavoiteltiin työterveysyhteistyön lisääntymistä, jolloin työnantajat löytävät työterveyshuoltojen kanssa tehokkaampia ratkaisuja työpaikan työkyvyn hallintaan hyödyntäen enemmän työterveyshuollon asiantuntijuutta. Korvaamisen muutoksella haluttiin myös ohjata työterveyshuoltopalvelujen laadun ja toiminnan vaikuttavuuden parantamiseen. (HE 50/2004, 11; HE 67/2010, 3, 8 – 10.)

Tutkimuksen hypoteesina oli se, että lainmuutoksen vaikutuksesta työterveyshuollon toiminnan painopiste siirtyy ennaltaehkäisevään toimintaan työkyvyn hallintamallin työnantajilla (vrt. HE 67/2010, 8 – 10).

Työterveyshuollon kokonaiskustannukset ovat korvausluokassa I nousseet selvästi ja korvausluokassa II vain hieman vuoden 2011 lainmuutoksen jälkeen. Korvausluokan II kustannusten kasvun maltillisuuteen saattaa vaikuttaa omalta osaltaan myös taloussuhdanne. Taloussuhdanne voi vaikuttaa siten, että työntekijät pyrkivät olemaan töissä sairauksistaan huolimatta eivätkä halua jäädä sairauslomalle siinä pelossa, että menettävät työpaikkansa esimerkiksi yritysten saneerausten yhteydessä. Toisaalta taloussuhdanne on voinut vaikuttaa myös työterveyssovimusten laajuuteen, jolloin työnantajat ovat vähentäneet työterveyssovimuksen piiriin kuuluvia sairaanhoidon palveluja tai jopa lopettaneet ne sovimuksistaan.

Monilla työnantajilla työterveyshuollon työntekijäkohtaisten kokonaiskustannusten kustannusrakenne on muuttunut siten, että ennaltaehkäisevän toiminnan (korvausluokka I) kustannusten osuus on lisääntynyt ja sairaanhoidon (korvausluokka II) kustannusten osuus on vähentynyt. Tämän mukaan tutkimuksen tulos tukee tutkimuksen hypoteesia. Päämiehen (lainsäätäjän) tavoitteita on näin saavutettu agenttien (Kelan ja työnantajan) tietojen ja toiminnan kautta (vrt. Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117 – 133).

Päämies-agenttisuhteessa agentti käyttäytyy omassa toiminnassaan rationaalisen agentin tavoin toimien aina maksimoiden myös omaa hyötyään (Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117 – 133). Työterveyshuollon kustannukset työntekijää kohti ovat kasvaneet molemmissa korvausluokissa kaikilla palveluntuottajilla, jolloin palveluntuottaja agenttina on myös kyennyt maksimoimaan omaa hyötyään ja saanut enemmän tuottoa toiminnoistaan.

Myös työterveyshuollon ennaltaehkäisevä toiminta on lisääntynyt ja sairaanhoidon käynnit ovat vähentyneet. Lainmuutoksen tavoitteena oli lisätä ennaltaehkäisevää toimintaa ja siirtää työterveyshuollon voimavaroja sairaanhoidosta ennaltaehkäisevään toimintaan (vrt. HE 67/2010, 8 – 10). Tulosten perusteella työterveyshuollon voimavaroja on siirtynyt ennaltaehkäisevään toimintaan lain tavoitteen mukaisesti, jolloin päämiehen tavoitteita on tässäkin saavutettu agenttien tietojen ja toiminnan kautta. Tutkimuksen hypoteesi on myös tässä vahvistunut.

Huomattavaa kuitenkin on, että työpaikan koolla on merkitystä, koska kaikissa työterveyshuollon eri toiminnoissa, alle 10 työntekijän työnantajilla, on aina epävarmempaa toiminnan toteutuminen. Yli 20 työntekijän työpaikoilla on vastaavasti 10 – 19 työntekijän työnantajaa suurempi riski kuulua siihen ryhmään, jossa kaikki työterveyshuollon eri toimintojen toteutuvat varmemmin. Päämies-agenttisuhteessa päämiehen (työnantajan) tulee toisaalta valvoa ja toisaalta kannustaa agenttia (palveluntuottajaa) saavuttamaan haluamansa tuloksen (Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117 – 133). Tulosten mukaan pienet työnantajat eivät ole siis riittävästi valvoneet agentin toimintaa, eikä pienillä työnantajilla ole ollut riittävää kannustinta agentille ennaltaehkäisevän toiminnan lisäämiseksi. Toisaalta pienillä työnantajilla ei myöskään ole riittävästi tietoa ja yhteistyötä palveluntuottajan kanssa. Tästä johtuen epäsymmetrinen informaatio aiheuttaa markkinoiden tehottomuutta, jolloin agentti (palveluntuottaja) ei maksimoi päämiehen hyötyä oman maksimaalisen voiton saavuttamiseksi ja päämiehen asettama kannustin on liian pieni suhteessa agentin saamaan hyötyyn (Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117 – 133). Työpaikan koon edelleen kasvaessa, työterveyshuollon toiminnot toteutuvat aina varmemmin. Isoimmilla työnantajilla on enemmän yhteistyötä ja sen kautta myös enemmän informaatiota sekä paremmat kannustimet palveluntuottajille ennaltaehkäisevän toiminnan lisäämiseksi.

Myös palveluntuottajalla on merkitystä, koska kaikki eri työterveyshuollon toiminnot toteutuvat varmimmin työnantajan omalla työterveysasemalla. Työnantajalla on tiivis yhteistyö oman työterveysaseman kanssa, jolloin vältetään epäsymmetrisen informaation negatiivisilta vaikutuksilta. Työnantajalla ja omalla työterveysasemalla on myös samat päämäärät, jolloin tavoitteiden saavuttamisen kannustimet ovat yhteneväiset. Lisäksi työnantajalla on hyvä mahdollisuus valvoa oman työterveysaseman toimintaa, joka edesauttaa tavoitteiden toteutumista. (Vrt. Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117 – 133.)

Merkitystä on myös sillä, onko työnantajalla työkyvyn hallintamalli ja sairaanhoidon palvelut. Näillä työnantajilla tehdään työterveyshuollon toimintoja eniten työntekijää kohti. Kuitenkin sairaanhoidon järjestäneillä työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia, tehdään työntekijää kohti ennaltaehkäisevää toimintaa myös paljon. Näillä työnantajilla ennaltaehkäisevää toimintaa työntekijää kohti, pois lukien terveystarkastukset,

tehdään enemmän kuin työkyvyn hallintamallin työnantajilla, joilla ei ole sairaanhoidon palveluita. Terveystarkastuksien tekemiseen ei kuitenkaan näytä liittyvän sairaanhoidon palveluiden olemassaolo. Kela päämiehenä on maksanut enemmän korvausta niille työnantaja-agenteille, jotka ovat ottaneet työkyvyn hallintamalli -kannustimen käyttöönsä. Työntekijät ja palveluntuottajat ovat vastaavasti agentteina toimineet työkyvyn hallintamallin mukaisesti, jotta työnantaja-päämiehen tavoitteet saavutetaan. Työntekijät ja palveluntuottajat ovat agentteina pyrkineet maksimoimaan samalla myös omaa hyvinvointiaan. Työntekijät ovat käyttäneet työkyvyn hallintamallin mukaisia työterveyshuollon palveluita ja palveluntuottaja on saanut näistä toiminnoista korvauksen. Lainmuutoksen tavoitteet olivat kaikilla osapuolilla kuitenkin osittain samat ja osittain erilaiset, jonka vuoksi näitä tavoitteita on tulosten mukaan saavutettu. (Vrt. Arrow 1963, 941-973; Tuomala 2009, 349-350; Tuomala 2012, 39.)

Terveystarkastuksen markkinoilla tieto on väistämättä jakaantunut epätasaisesti ostajien ja myyjien kesken. Ilman julkisen sektorin ohjausta lain avulla, työkyvyn hallintamallia ei tässä laajuudessa ehkä olisi otettu markkinoilla käyttöön. Lainmuutoksen avulla tieto kyettiin paremmin jakamaan terveydenhuollon markkinoilla symmetrisesti päämiehen ja agenttien suhteen. Lisäksi kannustimena työnantajille toimi korkeampi korvausprosentti ennaltaehkäisevän toiminnan kustannuksissa (korvausluokka I), jonka lainsäätäjät päämiehenä on suunnitellut optimaalisena kannustinjärjestelmän agentille saavuttaakseen haluamansa tavoitteen. Hallitus ja sen ohjelma sekä lainsäätäjät ovat näiden tulosten perusteella saavuttaneet tavoitteen korvaustason muutoksen avulla, jonka Kela agenttina on toteuttanut. (Vrt. Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117-133; Holmström & Milgrom 1987, 303 - 328; Holmström & Milgrom 1991, 24 - 52.)

Lain tavoitteena myös oli työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon välisen yhteistyön lisääntyminen työkyvyn hallintamallin avulla. Tällä yhteistyöllä vaikutetaan työympäristöön, työolosuhteisiin ja työyhteisöön sekä työntekijän terveyteen, työ- ja toimintakykyyn työpaikan ehkäisevillä toimenpiteillä. Ehkäiseviä toimenpiteitä ovat työterveyshuoltotoiminnan pääprosessit: työpaikkaselvitykset, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus sekä terveystarkastukset. (HE 67/2010, 8 – 9.)

Työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon toteuttamisen yhteydessä tehtävän yhteistyön avulla kyetään tietoa jakamaan eri osapuolten (työnantaja-päämies ja palveluntuottaja-agentti) kesken paremmin. Sairaanhoidosta saatavan tiedon jakaminen työnantajalle luo paremmat mahdollisuudet ennaltaehkäisevään työhön. Työnantajan ja terveydenhuollon välisellä yhteistyöllä, joka johtaa esimerkiksi työn mukauttamiseen tai muihin työpaikan toimiin työntekijän työhön paluuseen liittyen, voidaan vähentää merkittävästi työkyvyttömyyden kestoa ja siihen liittyviä kustannuksia Fanche ym. (2005) tekemän systemaattisen katsauksen mukaan.

Työkyvyn hallintamalli ja sairaanhoidon toteuttaminen edellyttävät molemmilta osapuolilta, sekä päämieheltä että agentilta, aktiivista tiedon antamista. Informaatio on keskeisessä asemassa työnantajan ja työterveyshuollon toiminnassa, koska hyvän informaation avulla palveluntuottaja (agentti) tietää työnantajan (päämies) tarpeet ja tavoitteet sekä työnantaja (päämies) saa tietoonsa palveluntuottajalla (agentti) olevat työterveyshuollon keinot tavoitteiden saavuttamiseksi (vrt. Sintonen & Pekurinen 2006, 117-133). Kuten Pekolakin (2018, 6) havaitsi, informaation epäsymmetria aiheuttaa kilpailulisten markkinoiden teorian vastaisen toimimattomuuden. Markkinat eivät toimi kilpailutilanteessa, jos terveyspalveluita käyttävillä asiakkailla ei ole vertailukelpoista tietoa eri palveluntuottajista eikä palveluntuottajilla ole riittävästi kannustimia kilpailla asiakastaan laadun avulla.

Työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia tai sairaanhoidon palveluja, ei ole yhtä tiivistä yhteistyötä epäsymmetrisen informaation haittojen hallitsemiseksi. Näillä työnantajilla ei ole ehkä riittävästi tietoa työterveyshuollon keinoista työpaikan työkyvyn edistämiseksi eikä työterveyshuollolla ole riittävästi tietoa työpaikan työterveyshuollollisista tarpeista ja tavoitteista. Tässä on kyse päämies-agenttisuhteen epäsymmetrisen informaation aiheuttamasta markkinoiden tehottomuudesta, koska agentti ei maksimoi päämiehen hyötyä oman voiton saavuttamiseksi. Tämä voi johtua siitä, että päämiehen kannustin agentille on liian pieni agentin saamaan hyötyyn, koska työterveys sopimus ei sisällä sairaanhoidon palveluja tai työnantaja ei ole valmis maksamaan työkyvyn hallintamallin laatimisesta. Työnantajilla tulisi olla käytössään valtakunnallista vertailutietoa eri työterveyshuollon toiminnoista ja kustannuksista sekä toiminnan vaikuttavuuden

mittareista, jotta he ymmärtäisivät hyödyntää paremmin työterveyshuollon mahdollisuuksia työntekijöiden ja työympäristön hyväksi. (Vrt. Sintonen & Pekurinen 2006, 117-133.)

Pienet työnantajat, alle 20 työntekijän työpaikat, ovat alusta lähtien olleet heikommassa tilanteessa työterveyshuollon toimintojen toteutumisessa. Vaikka pienillä työpaikoilla toiminta on lisääntynyt, niissä tehdään kuitenkin selkeästi vähiten eri toimintoja. Pienistä työnantajista, joilla ei ole sairaanhoidon palveluja, on suurin osa sellaisia työnantajia, joiden palvelut tuottaa terveyskeskus. Tutkimuksen mukaan nämä tekijät (ei sairaanhoidon palveluita ja palveluntuottajana terveyskeskus) tukevat vähiten työterveyshuoltotoimintojen toteutumista. Valitettavasti näiden pienten työnantajien työntekijät asetetaan näissä tilanteissa myös eriarvoiseen asemaan työpaikan koon perusteella verrattuna suurempien työnantajien työntekijöihin. Voisiko Kela lain toimeenpanon agenttina informoida työterveyshuollon korvaamiseen liittyvistä asioista erityisesti näitä terveyskeskuksen työnantajia enemmän?

Koska sairaanhoidon järjestäminen tukee ennaltaehkäisevää toimintaa, tulisi sairaanhoidon palvelujen tuottamaa tukea hyödyntää jatkossakin. Jos sairaanhoidon palveluja ei enää korvausjärjestelmän avulla tueta, väheneekö ennaltaehkäisevä toiminta työnantajilla. Entä tulisiko jatkossa olla vain yksi korvausluokka, joka sisältää sekä ennaltaehkäisevän työterveyshuollon että työterveyshuollossa toteutettavan sairaanhoidon? Tämä edellyttää selvitystä työterveyshuollon sairaanhoidon sisällöstä ja sairaanhoidon toimenpiteiden merkityksestä työterveyshuollon ennaltaehkäisevässä toiminnassa. Jos työterveyshuollon sairaanhoidon sisältö on määritelty ennaltaehkäisevän toiminnan tukemiseen, niin myös työnjako työikäisten sairaanhoidossa kokonaisuudessa selkeytyy. Samoin tämä mahdollistaa työntekijöiden samankaltaisen kohtelun työpaikan koosta riippumatta, jolloin kaikilla työntekijöillä olisi samanlaiset mahdollisuudet saada samalaista sairaanhoitoa työnantajasta riippumatta. Jos tulevaisuudessa mahdollisesti toteutuva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtäisi työterveyshuollon sairaanhoidon toiselle toimijalle, saattaisi se vähentää ennaltaehkäisevän toiminnan toteuttamista työpaikoilla.

Palveluntuottajista työnantajan omalla työterveysasemalla tehdään eniten eri työterveyshuollon toimintoja. Tulos oli yhteneväinen Pitkämäen (2006, 94) tutkimuksen kanssa. Todennäköisesti informaatio välittyy hyvin puolin ja toisin samassa organisaatiossa työkyvyn hallintamallin ja sairaanhoidon palvelujen yhteydessä toteutettavan yhteistyön lisäksi. Terveyskeskuksen työnantaja-asiakkailla toimintoja toteutettiin vähiten ja siellä myös eri toimintojen toteutuminen oli epätodennäköisintä. Onko terveyskeskusten toimintatapa muihin palveluntuottajiin verrattuna hyvin erilainen? Johtuuko erilainen toiminta vain siitä, että terveyskeskuksen työnantaja-asiakkailla on vähemmän työkyvyn hallintamalleja ja sairaanhoidon palveluja? Entä mitä tulevaisuudessa mahdollisesti toteutuvan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä terveyskeskuksen tuottamille työterveyshuoltopalveluille tapahtuu – kehittyvätkö ja voimistuvatko ne vai jäävätkö terveyskeskuksen toteuttama työterveyshuoltotoiminta valinnanvapausmallin aiheuttaman kilpailutilanteen jalkoihin?

Tutkimuksen mukaan sairaanhoidon palvelut tukevat ennaltaehkäisevää toimintaa, joten on erittäin tärkeää, että jatkossakin työntekijät otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti. Työterveyshuollossa tehtävä työterveyshuoltopainotteinen sairaanhoito ottaa työntekijät huomioon kokonaisvaltaisesti ja tämä auttaa työnantajan ennaltaehkäisevän toiminnan toteuttamista. Jos työterveyshuollossa tehtävä sairaanhoito siirtyy toiselle toimijalle, niin tämä edellyttää selkeää ja erittäin toimivaa yhteistyötä työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen välillä.

Päämiesten (lainsäätäjä ja Kela) yhteinen yhteistyön ja ennaltaehkäisevän toiminnan lisääntymisen tavoitteet näyttävät toteutuneen agenttien (Kela ja työnantaja) avulla tarkasteltaessa kaikkia tutkimusaineiston työnantajien tietoja, siten kuin niitä tällä tutkimuksella ja tutkimusaineistolla voidaan todentaa. Kuitenkin tutkimuksen tuloksena näkyy, ettei päämiehen asettama korkeampi korvausprosentti kannustimena ole onnistunut sen tarkoittamalla tavalla. Korkeampi korvausprosentti ei yksinään kannusta yhteistyön ja ennaltaehkäisevän toiminnan lisäämiseen, koska sairaanhoidon järjestäneillä työnantajilla nämä ovat myös lisääntyneet ilman 60 prosentin korvaustason kannustinta. Tutkimustulokset ovat hieman yllättäviä, koska sairaanhoidon palvelujen olemas-

saololla näyttää olevan hyvinkin suuri merkitys ennaltaehkäisevän toiminnan toteuttamisessa. (Vrt. Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117-133; Holmström & Milgrom 1987, 303 - 328; Holmström & Milgrom 1991, 24 - 52.)

Kelan työterveyshuollon korvausjärjestelmää voisi monipuolistaa ja toisaalta yksinkertaistaa monin keinoin. Korvausmallia voisi kehittää kannustinjärjestelmäksi, jossa hyödynnetään vaikuttavuuden mittareita ja indikaattoreita maksettavan korvauksen määrässä. Kelan korvausjärjestelmä, toimiessaan optimaalisena kannustinjärjestelmänä työnantajalle, tulisi muuttua lineaariseksi kannustinjärjestelmäksi. Kela hyödyntäisi työnantajan työterveyshuollon toiminnalle asetettuja vaikuttavuuden mittareita korvaamisessa. Kela voisi arvioida maksettavan korvauksen määrää työnantajan vaikuttavuuden mittareiden avulla maksettavan korvauksen määrää lisäten. Nämä mittarit olisivat niitä, joita työnantaja on asettanut päämiehenä palveluntuottaja-agentilleen työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintamallin tai muun työterveyshuollon vaikuttavuuden mittaamiseksi. Yksi mittareista olisi työpaikkaselvitykseen liittyvä mittari, koska työpaikkaselvitys on työterveyshuollon toiminnan perusta. Tällöin työnantaja on samalla asettanut palveluntuottajalle lineaarisen kannustinjärjestelmän, joka on tehty työpaikan tarpeiden mukaisesti. Työnantajan palveluntuottajalle asettama lineaarinen kannustinjärjestelmä ei kuitenkaan toimi optimaalisesti silloin, jos palveluntuottaja perii palveluistaan työnantajalta niin sanottua kiinteää hintaa työntekijää kohti. Kiinteä hinta ei sisällä optimaalista kannustinta palveluntuottajalle, koska kiinteä kustannus aiheutuu työnantajalle aina ja joka tapauksessa, tehtiin työterveyshuollon toimintaa tai ei. Vaikuttavuuden mittareiden käyttöönotto varmistaisi sen, että työnantaja saa kustannuksilleen vastinetta ja Kela maksaa korvausta aiheutuneesta vaikuttavasta toiminnasta. (Vrt. Holmström & Milgrom 1987, 303 - 328; Holmström & Milgrom 1991, 24 - 52.)

Lainsäädännön täytäntöönpanon vaikutusten toteuttamisen arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomioita jo lain valmisteluvaiheessa (Vihriälä 2008, 32). Työterveyshuollon korvaustason lainmuutos ei sisältänyt kirjausta lain täytäntöönpanon vaikutusten arvioinnista ja seurannasta. Väisänen ym. (2013) ovat tehneet vammaispalvelulain valmistelun yhteydessä kirjatun muutoksen jälkikäteisarvioinnin. Tämä jälkikäteisarviointi

tuotti uutta tietoa, jota tutkijat toivovat hyödynnettävän tulevaisuudessa. Jos hallituksen esityksessä olisi ollut jo kirjattuna täytäntöönpanon vaikutusten arviointi ja seuranta, tämä olisi toteutettu suunnitellusti. Jälkikäteisarviointi olisi tuottanut lisätietoa mahdollisten lainmuutosten tarpeellisuudesta täsmällisesti ja perustellusti. Ilman täytäntöönpanon vaikutusten arviointia ei voida tehdä uusia realistisia lainmuutoksia. Lainsäätäjä-päämies olisi myös saanut tietoa politiikan toimeenpanon onnistumisesta.

Työterveyshuollon korvaustason muutoksiin on 31.5.2018 annettu eduskunnalle hallituksen esitys (77/2018). Esityksen tavoitteena on edelleen työterveyshuollon toiminnan painopisteen siirtäminen ennaltaehkäisevään toimintaan. Esityksessä ehdotetaan nykyisellään olevasta korvausprosenttiin sidotusta työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen mallista luopumista. Ehdotuksen mukaan ennaltaehkäisevän työterveyshuollon (korvausluokka I) korvausprosentti olisi aina 60 prosenttia. Korvausprosentin muutoksen lisäksi lainmuutoksessa esitetään, että jatkossa määriteltäisiin vain yksi työntekijäkohtainen laskennallinen enimmäismäärä aikaisemman kahden sijaan. Aikaisemmin oli eri enimmäismäärät korvausluokittain (korvausluokka I ja korvausluokka II). Lainmuutoksen ehdotuksena on se, että tästä ainoasta työntekijäkohtaisesta laskennallisesta enimmäismäärästä korvataan ensin ennaltaehkäisevän työterveyshuollon (korvausluokka I) kustannuksia, ja jos enimmäismäärästä jää vielä käyttämättä, korvataan myös sairaanhoidon (korvausluokka II) kustannuksia. Sairaanhoidon kustannuksiin voidaan kuitenkin käyttää enimmillään 40 prosenttia työntekijäkohtaisesta laskennallisesta enimmäismäärästä. Tämä tarkoittaa sitä, että jos työntekijäkohtainen laskennallinen enimmäismäärä tulee täyteen jo ennaltaehkäisevän toiminnan (korvausluokka I) kustannuksissa, sairaanhoidon kustannuksista (korvausluokka II) ei jää enää maksettavaa korvausta. (HE 77/2018, 1.)

Tutkimuksen tulokset eivät suoraan tue tulevaa yhteisen laskennallisen kustannuksen enimmäismäärän muutosta. Vuonna 2015 kaikilla työnantajilla, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia ja on vain ennaltaehkäisevä työterveyshuolto (korvausluokka I), on ennaltaehkäisevän toiminnan kustannusten laskennallinen enimmäismäärä riittänyt yli 75 prosentista näistä työnantajista. Lisäksi työkyvyn hallintamallin kannustimen poistaminen sekä sairaanhoidon kustannusten korvaamisen vähentäminen saattavat vähentää myös ennaltaehkäisevää toimintaa. Uusi ehdotus ei sisällä työnantajan eikä palveluntuottajan

toimintaan selkeää kannustinmekanismia. Päämies-agenttiteorian mukaan agentille (työnantajalle ja palveluntuottajalle) tulee suunnitella optimaalinen kannustinjärjestelmä, jotta päämies (lainsäätävä) saavuttaa haluamansa tavoitteen (Tuomala 2009, 119, 123-124, 332; Sintonen & Pekurinen 2006, 117-133).

Kilpailukyky sopimuksen myötä työnantajien rahoitusosuus sairausvakuutusmaksuista tulee vähenemään ja palkansaajien ja yrittäjien osuus tulee kasvamaan vuodesta 2017 lähtien. Verohallinnon ohjeiden mukaan vuonna 2018 työnantajan sairausvakuutusmaksu on 0,86 prosenttia maksamistaan palkoista ja palkansaajien ja MYEL-vakuutettujen yrittäjien päivärahamaksu on 1,53 (jos palkka- ja työtulo on 14 000 euroa tai enemmän) prosenttia veronalaisista tuloista ja YEL-vakuutettujen yrittäjien päivärahamaksu on 1,7 prosenttia (Verohallinto). Kilpailukyky sopimus tulee edelleen muuttamaan merkittävästi rahoitusosuuksia työtulovakuutukseen tulevaisuudessa. Uudessa hallituksen esityksessä (77/2018) on arvioitu, että kilpailukyky sopimuksen vaikutus vuoteen 2021 mennessä vähentää työnantajien rahoitusosuutta noin 54 prosenttiin ja kasvattaa työntekijöiden osuutta noin 46 prosenttiin. Koska tulevaisuudessa työntekijöiden rahoitusosuus on lähes 50 prosenttia, niin miten tulevaisuudessa turvataan kansallisen lainsäädännön ja ILO:n yleissopimuksen velvoittama työntekijöiden työterveyshuollon maksuttomuusperiaate.

Tulosten yleistettävyyttä tukee laaja ja kattava (N=12 155) tutkimusaineisto. Tutkimusaineisto koostui jokaisena vuotena samojen työnantajien työterveyshuollon korvaushakemuksista, joiden avulla nähdään luotettavasti työnantajatasolla tapahtuneet muutokset. Tutkimusaineistoa tarkasteltiin myös erilaisista näkökulmista: muuttujien systemaattinen tarkastelu, keskiarvovertailut testeineen ja logistinen regressioanalyysi. Eri tarkastelunäkökulmien tulokset ovat samansuuntaiset, jotka vahvistavat tulosten luotettavuutta.

Tutkimusaineistossa oli paljon pieniä työnantajia, joissa ei ole joka vuosi tarpeen edes toteuttaa esimerkiksi työpaikkaselvityksiä. Voi siis olla, että näillä pienillä työpaikoilla on tehty esimerkiksi työpaikkaselvitykset niinä vuosina, jotka eivät olleet mukana analysoitavassa tutkimusaineistossa.

Tulosten tulkintaan saattaa vaikuttaa se, että eri työterveyshuollon palveluntuottajien toimintatietojen kirjaustapa voi olla erilainen, jonka vuoksi tutkimuksessa käytetyt rekisteritiedot eivät vastaa yksiselitteisesti eri palveluntuottajien toimintatietoja. Erityisesti tämä koskettaa tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen (ryhmämuotoinen ja yksilökäynnit) liittyviä tietoja, jolloin esimerkiksi ns. työterveysneuvottelut on kirjattu yksilökäynteihin eikä ryhmämuotoiseen tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen. Lisäksi aineiston muuttujien hajonta oli paikoitellen suurta, joka vaikuttaa keskiarvotuloksiin. Toimintatietojen kirjaamisen erilaisuus ja muuttujien suuri hajonta ovat myös tutkimuksessa käytetyn rekisteriaineiston heikkous.

Tällä tutkimuksella ei ole aineistosta johtuen mahdollisuutta analysoida yksilötasolla tapahtuneita muutoksia työntekijöiden työkykyyn liittyen, koska korvaushakemustiedot ovat työpaikkatason tietoja. Tämän vuoksi tutkimuksen tulosten avulla ei voida suoraan arvioida, onko yksilöiden työkykyä kyetty edistämään ja työkyvyttömyyttä saatu lain avulla ehkäistykseen. Jatkotutkimuksena tulisivat selvittää miten työnantajien työkyvyn hallintamalli ja sairaanhoidon sisältyminen työterveys sopimukseen ovat vaikuttaneet työnantajille maksettuihin päivärahoihin ja alkaneisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin verrattuna työnantajiin, joilla ei ole työkyvyn hallintamallia tai järjestetty sairaanhoitoa. Jo nyt on saatavissa tietoa, että alkaneet sairauspäivärahakaudet (vähintään 12 päivää kestäneet) ovat Tuulio-Henrikssonin ja Blomgrenin (2018, 6) mukaan vähentyneet vuodesta 2006 vuoteen 2016. Vuonna 2017 alkaneet sairauspäivärahakaudet ovat jonkin verran lähteneet kasvamaan. Tutkijoiden mukaan erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden alkaneet sairauspäivärahakaudet ovat kasvaneet.

Vasta näiden tietojen avulla saataisiin selville, onko vuoden 2011 työterveyshuollon korvaustasoon liittyvän lainmuutoksen perimmäinen tavoite saavutettu. Lisäksi tulosten avulla saataisiin mahdollisesti yleisiä tulosmittareita ja indikaattoreita työnantajien ja myös Kelan käyttöön, joita voisi hyödyntää myös lineaarisen kannustinjärjestelmän kehittämiseksi työpaikan työterveyshuollon vaikuttavuuden mittaamiseksi sekä työterveyshuollon korvausjärjestelmässä korvausten maksamiseksi. Koska tässä tutkimuksessa ei käytetty laajemmin ja syvällisemmin monia erilaisia analysointimenetelmiä, niin jatkotutkimuksena tulisivat syventää aihetta tutkimalla ilmiön vaikutuksia laajemmin.

Näiden avulla on mahdollista löytää työterveyshuoltoon indikaattoreita ja malleja, joita korvausjärjestelmässäkin voisi hyödyntää.

Lähteet

Lait:

L 299/1958. Työturvallisuuslaki.

L 66/1972. Kansanterveyslaki.

L 1383/2001. Työterveyshuoltolaki.

L 738/2002. Työturvallisuuslaki.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.

L 1326/2010. Terveysthuoltolaki.

VNA 1338/2004. Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslaissa tarkoitettujen työterveyshuollon korvausten laskennallisten enimmäismäärien määrittelemisestä.

VNA 748/1978. Valtioneuvoston asetus työterveyshuollon neuvottelukunnasta.

Muut:

Arrow, K. J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, LIII, 5. 941 - 973.

Erhola, M., Vaarama, M., Pekurinen, M., Jonsson, PM., Junnila, M., Hämäläinen, P., Nykänen, E., Linnosmaa, I. 2014. SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Raportti 14/2014.

Franché, R-L., Cullen, K., Clarke, J., MacEachen, E., Frank, J., Sinclair, S., and the IWH Workplace-based return to work intervention literature review group. Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative and qualitative literature. Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 15, No. 4, December 2005 (C _ 2005) DOI: 10.1007/s10926-005-8038-8.

Holmström, B., Milgrom, P. Aggregation and Linearity in the Provision of Intertemporal Incentives. Econometrica, Vol. 55, No. 2 (Mar., 1987), 303 – 328.

Holmström, B., Milgrom, P. Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design. Journal of Law, Economics, & Organization. Vol. 7, Special Issue: Papers from the Conference on the New Science of Organization, January 1991, pp. 24 - 52.

HE 114/2001. Hallituksen esitys Eduskunnalle työterveyshuoltolaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun lain 4 ja 11 §:n muuttamisesta.

HE 158/2001. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 29 b ja 30 c §:n väliaikaisesta muuttamisesta.

HE 50/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi.

HE 68/2005. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.

HE 129/2005. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi annetun hallituksen esityksen HE 68/2005 täydentämisestä.

HE 166/2008. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta.

HE 67/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.

HE 75/2011. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muuttamisesta.

HE 77/2018. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 13 luvun muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta.

Heikkinen, A. Työterveyshuollon asiakasyritykset odottavat kumppanuusyhteistyöltä merkittävää vaikuttavuutta. Suomen Lääkärilehti 46/2007 vsk 62, 4333 – 4337.

Hujanen, T., Mikkola, H. 2012. Työterveyshuollon merkitys perusterveydenhuollossa ja työnantajan investointina. Teoksessa Hennamari Mikkola, Jenni Blomgren ja Heikki Hii-lamo (toim.) Kansallista vai paikallista? Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy, 152 – 162.

Husman, K. Voidaanko sosiaalivakuutusmaksuilla, työterveyshuollon korvauksilla tai muilla vastaavilla kannusteilla edistää työkykyä ylläpitävien ja kuntouttavien toimenpiteiden käyttöä sairauspoissaoloihin? Helsinki: Työterveyslaitos, Raportti Sata-komitealle 9.12.2008.

Kallionpää, P., Immonen, J., Välimaa, N., Herse, F., Leskelä, R-L. 2017. Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki. Tutkimus sairausvakuutuslain vuoden 2011 muutoksen vaikutuksista työpaikkojen toimintaan. Helsinki: Kelan tutkimus. Työpapereita 130/2017.

Kankaanpää, E. Studies on purchasers and providers of occupational health services in Finland. Kuopio: University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 44, 2012.

Kansaneläkelaitos 2011. Kelan työterveyshuoltotilasto 2009. Helsinki: Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2011.

Kansaneläkelaitos 2014. Kelan työterveyshuoltotilasto 2011. Helsinki: Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2014.

Kansaneläkelaitos 2015. Kelan työterveyshuoltotilasto 2013. Helsinki: Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2015.

Kansaneläkelaitos 2016. Kelan tilastollinen vuosikirja 2015. Helsinki: Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2016.

Kansaneläkelaitos 2017. Kelan työterveyshuoltotilasto 2015. Helsinki: Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2017.

Kansaneläkelaitos 2018. Kelan työterveyshuoltotilasto 2016. Helsinki: Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2018.

Kansaneläkelaitos 2018a. Kelan etuusohje Työterveyshuolto 18.04.2018. <http://www.kela.fi/documents/10192/3240757/Tyoterveyshuolto.pdf>. (Luettu 5.5.2018).

Kansaneläkelaitos 2018b. Työnantajan työterveyshuollon korvaushakemuksen täyttöohje SV 101a TTH. <http://www.kela.fi/documents/10192/3861304/SV101aTTH.pdf>. (Luettu 5.5.2018).

Kansaneläkelaitos 2018c. Työterveyshuollon korvauksen määrä. <https://www.kela.fi/tyonantajat-tyoterveyshuolto-korvauksen-maara>. (Luettu 2.12.2018).

Kiander, J., Lönnqvist, H. 2002. Hyvinvointivaltio, sosiaalipolitiikka ja taloudellinen kasvu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:20.

Koskiahio, T. 1987. Työterveyshuoltolaki. Tutkimus lainsäädännön syntyprosessista vuosina 1968–1978. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaalisia erikoistutkimuksia SVT XXXII: 131, 1987.

Manderbacka, K., Aalto, A-M., Kestilä, L., Muuri, A., Häkkinen, U. Eriarvoisuus somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116.

Newhouse, J. P. 1970. Toward a Theory on Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital. The American Economic Review, Vol 60, Issue 1, 64–74.

OM 2007. Säädosehdotusten vaikutusten arviointi. Ohjeet. Helsinki: Julkaisu 2007:6.

OM. Lainvalmistelun prosessiopas. Täytäntöönpano ja seuranta. <http://lainvalmistelu.finlex.fi/taytantonpano/#esittely>. (Luettu 7.6.2017).

Palola, E., Karjalainen, V. 2011. Sosiaalipolitiikka Hukassa vai uuden jäljille. Helsinki. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Pekola, P. 2018. The effects of competition and regulation on quality in physiotherapy. Studies in social security and health 148/2018. Helsinki. Kela.

Pitkämäki, S. 2006: Työterveyshuollon korvausjärjestelmä työterveyshuollon kannustimena. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto.

Sintonen, H., Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

STM 1993. Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uudistaminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistio 1993:29.

STM 2000. Työterveyshuoltolaki 20-vuotta. Juhlaseminaari. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:3.

STM 2001. Työterveyshuolto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työsuojeluoppaita ja –ohjeita 6.

STM 2004. Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2015 Työterveyshuollon kehittämislinjat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:3.

STM 2009. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62.

STM 2011. Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6.

STM 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2025 – Yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:1.

Tuomala, M. 2009. Julkistalous. Tampere: Gaudeamus Helsinki University Press.

Tuomala, M. 2012. Julkisrahoitteiset palvelut osana uudelleenjako- ja hyvinvointijärjestelmää: Pohjoismainen malli. http://www.labour.fi/?wpfb_dl=1133. (Haettu 16.10.2016).

Tuulio-Henriksson, A., Blomgren, J. 2018. Mielenterveysperusteiset sairauspäiväraha-kaudet vuosina 2005-2017. Helsinki: Kela, Työpapereita 136/2018.

Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi.

Työministeriö. Kansainvälisen työjärjestön ILO:n yleissopimukset

Työterveyslaitos. 1986. Työterveyshuolto. Jyväskylä: Gummerus Oy:n kirjapaino.

Työterveyslaitos. 2014. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Työterveyslaitos 2016. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2015 ja kehitystrendi 2000-2015. Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print 2016.

Valtioneuvoston kanslia 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, Painotyö: Edita Prima Oy.

Verohallinto. Syventävät vero-ohjeet. Sairausvakuutusmaksu. <https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/48793/sairausvakuutusmaksu/>. (Luettu 23.5.2018).

Vihriälä, V. 2008. Poliittika-analyysi (talous)politiikassa. Teoksessa Ilmakunnas, S., Junka, T., Uusitalo, R. (toim.) Vaikuttavaa tutkimusta – miten arviointitutkimus palvelee päätöksenteon tarpeita? Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT-Julkaisuja 47, Oy Nord Print ab, 11-39.

Väisänen, A., Linnosmaa, I., Eskelinen, J., Nurmi-Koikkalainen, P. Tutkimus vuoden 2009 vammaispalvelulain muutosten vaikutuksista asiakasmääriin ja kustannuksiin. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 1/2014.

Liitteet

Liite 1. Korvaushakemuksella ilmoitettavat työterveyshuollon toimintaa ja työterveyshuollon palveluntuottajaa kuvaavat tekijät

Työpaikkaselvitys

Työpaikkaselvitys on toimintaa, jonka avulla työterveyshuolto arvioi ja tunnistaa työstä, työympäristöstä ja työyhteisöstä aiheutuvien terveysvaarojen ja –haittojen, kuormitustekijöiden sekä voimavarojen terveydellistä merkitystä ja merkitystä työkyvyille. Työpaikkaselvityksen perusteella työterveyshuolto tekee työnantajalle ehdotuksia työn, työympäristön ja työmenetelmien sekä työyhteisön jatkuvaksi parantamiseksi ja kehittämiseksi, havaittujen terveysvaarojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi, työntekijään ja eri työntekijäryhmiin kohdistuvista toimenpiteistä terveydentilan seuramiseksi ja terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi työuran eri vaiheissa sekä työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen hyvistä käytännöistä mukaan lukien työhön paluun tukeminen. Työterveyshuoltotoiminta perustuu työpaikkaselvitykseen. Korvaushakemuksessa ilmoitetaan työpaikkaselvityksen toimintatiedoissa työpaikkaselvityksen toteuttamisen, työsuojelutoimikunnan kokoukseen osallistumisen, työterveyshuollon toimintasuunnitelman laatimisen ja tarkastamisen sekä vuodesta 2011 lähtien lisäksi työkyvyn hallintatavan laatiminen yhteistyössä yrityksen kanssa, työkykyseurannan laatimisen ja raportoinnin toimintaan käytetyt tunnit ja niiden kustannukset. (Työterveyslaitos 2014, 138 – 139; Kansaneläkelaitos 2018b, 5 – 6.)

Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus

Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus on toimintaa, joka perustuu työpaikkaselvityksellä, terveystarkastuksilla ja muilla työterveyshuollon menetelmillä saatuihin tietoihin. Tietoja, neuvontaa ja ohjausta annetaan työn terveellisyttä ja turvallisuutta sekä työntekijöiden terveyttä koskevissa asioissa. Tietoja, neuvontaa ja ohjausta annetaan sekä yksilöllisesti että ryhmätoimintana. Korvaushakemuksessa ilmoitetaan tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen toimintaan käytetyt ryhmätoiminnan tunnit, ml. ns. työterveysneuvottelut, joihin osallistuu työntekijä, työnantaja ja työterveyshuolto, ja vuodesta 2011 lähtien myös yksilöneuvonnan käyntitiedot (lkm). Vuodesta 2011 lähtien korvaushakemuksessa ilmoitetaan erikseen myös tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen toteuttamisesta aiheutuneet kustannukset. (Työterveyslaitos 2014, 238 - 239; Kansaneläkelaitos 2018b, 5 – 6.)

Terveystarkastukset

Terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritettua terveydentilaa ja työ- ja toimintakykyä koskevaa tarkastusta sekä terveyden edistämiseen liittyvää terveydentilan selvittämistä. terveystarkastuksessa huomioidaan työntekijän terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn kokonaisuus sekä työn ja terveyden välinen yhteys. Vuodesta 2011 lähtien korvaushakemuksella terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn seuranta on toimintaa, joka sisältää terveystarkastukset sekä yrityksen sairauspoissaolojen seurannan ja analysoinnin. Työnantajan sairauspoissaolojen seurannalla ja analysoinnilla tarkoitetaan työterveyshuollon ammattihenkilöiden toteuttamaa toimintaa, jossa yrityksen tai yksilön työkyky- tai sairauspoissaolotiedot kootaan analysointia ja johtopäätösten tekoa varten. Korvaushakemuksessa ilmoitetaan terveystarkastusten kustannukset ja terveystarkastuskäyntien lukumäärä (lkm). Vuodesta 2011 lähtien korvaushakemuksessa ilmoitetaan erikseen terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn seurannan kustannukset. (Työterveyslaitos 2014, 190 - 196; Kansaneläkelaitos 2018b, 5 – 6.)

Sairaanhoito ja muu terveydenhuolto

Sairaanhoidolla ja muulla terveydenhuollolla tarkoitetaan työnantajan työntekijöilleen vapaaehtoisesti järjestämää yleislääkäritasoisia sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa, joka on järjestetty

ehkäisevän työterveyshuollon lisäksi. Korvaushakemuksessa ilmoitetaan työterveyshuollon toimitasuunnitelmaan ja työterveyssopimukseen sisältyvät sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset ja käyntitiedot (lkm). (Työterveyslaitos 2014, 56, 61; Kansaneläkelaitos 2018b, 5 – 6.)

Työterveyshuollon palveluntuottaja

Työterveyshuollon palveluntuottaja määräytyy korvaushakemuksella ilmoitetun mukaisesti. Korvaushakemuksella ilmoitetaan työterveyshuollon palveluntuottajana se organisaatio, jonka kautta työnantaja on järjestänyt työterveyshuollon palvelut suurimmalle osalle työntekijöistään. Jos työnantaja on kuitenkin järjestänyt työterveyshuollon palvelut työnantajan omalla, toisen työnantajan omalla tai työnantajien yhteisellä työterveysasemalla, niin korvaushakemuksella ilmoitetaan aina tämä palveluntuottaja. Kelan julkaisemassa työterveyshuoltotilastossa palveluntuottajina käytetään lääkärikeskusta (yksityinen terveydenhuollon palveluntuottaja mukaan lukien kunnallinen osakeyhtiö, jolla on toimilupa tuottaa työterveyshuollon palveluita), terveyskeskusta (kunnan ylläpitämä terveyskeskus tai kunnallinen liikelaitos), työnantajan oma työterveysasema (työterveysyksikkö, jonne työnantaja on palkannut riittävän määrän työterveyshuollon ammattihenkilöitä oman henkilökuntansa työterveyshuollon järjestämistä varten ja varannut oman työterveyshuollon toteuttamista varten tilat ja laitteet, jotka ovat yksinomaan työterveysyksikön käytössä), toisen työnantajan työterveysasema, työnantajien yhteinen työterveysasema (työterveysasema on usean työnantajan yhteisesti ylläpitämä työterveysasema) ja muu palveluntuottaja (terveydenhuollon yksikkö, joka järjestää työterveyshuollon palvelut varsinaisen toimintansa yhteydessä omalle henkilökunnalleen). (Kansaneläkelaitos 2018a, 18; Kansaneläkelaitos 2018b, 5 – 6.)

Liitetaulukko 1. Työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden prosenttiosuus työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) sekä työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015.

Vuosi	Työnantajaryhmä	Piiriin kuuluvat työntekijät		Työpaikan koko						
				< 10	10-19	20-99	100-499	500-1499	>1500	Yhteensä
				%	%	%	%	%	%	%
2009	KL I 50 %	KL I	1 634	28,1	26,6	25,2	20,2	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	KL I	4 884	40,5	25,1	31,9	2,5	0,0	0,0	100
		KL II	4 869	40,5	25,0	32,0	2,5	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	KL I	27 335	10,7	17,2	40,8	23,5	7,8	0,0	100
	KL I&II 60 %	KL I	1 116 106	1,7	2,3	11,6	20,2	19,4	44,9	100
		KL II	1 094 312	1,7	2,3	11,7	20,3	19,3	44,7	100
	Yhteensä	KL I	1 149 959	2,1	2,8	12,4	20,2	19,0	43,5	100
		KL II	1 099 181	1,9	2,4	11,8	20,2	19,2	44,5	100
2011	KL I 50 %	KL I	1 571	23,9	24,8	33,0	18,4	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	KL I	4 852	39,0	26,1	31,5	3,4	0,0	0,0	100
		KL II	4 846	39,0	26,0	31,6	3,4	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	KL I	21 259	11,6	18,1	43,8	21,4	5,1	0,0	100
	KL I&II 60 %	KL I	1 133 435	1,6	2,3	12,0	20,3	20,0	43,7	100
		KL II	1 117 324	1,7	2,4	12,1	20,4	19,9	43,6	100
	Yhteensä	KL I	1 161 117	2,0	2,8	12,7	20,2	19,6	42,7	100
		KL II	1 122 170	1,8	2,5	12,2	20,3	19,8	43,5	100
2013	KL I 50 %	KL I	1 415	23,7	35,0	41,3	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	KL I	5 562	35,7	25,5	30,0	8,8	0,0	0,0	100
		KL II	5 128	32,8	25,7	32,0	9,5	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	KL I	19 343	10,6	18,7	44,2	20,1	6,4	0,0	100
	KL I&II 60 %	KL I	1 165 270	1,7	2,4	12,1	19,9	19,6	44,2	100
		KL II	1 144 816	1,5	2,4	12,1	20,0	19,5	44,5	100
	Yhteensä	KL I	1 191 590	2,0	2,8	12,7	19,9	19,3	43,3	100
		KL II	1 149 944	1,6	2,5	12,2	20,0	19,4	44,3	100
2015	KL I 50 %	KL I	1 361	26,9	30,6	29,2	13,3	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	KL I	5 368	36,6	25,2	35,7	2,4	0,0	0,0	100
		KL II	4 927	33,8	25,4	38,2	2,7	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	KL I	18 153	10,8	18,8	44,3	22,2	3,8	0,0	100
	KL I&II 60 %	KL I	1 151 088	1,7	2,4	12,5	19,4	20,4	43,6	100
		KL II	1 130 194	1,5	2,4	12,6	19,5	20,3	43,7	100
	Yhteensä	KL I	1 175 970	2,0	2,8	13,1	19,4	20,0	42,7	100
		KL II	1 135 121	1,7	2,5	12,7	19,5	20,2	43,5	100

Liitetaulukko 2. Työterveyshuollon korvaushakemusten prosenttiosuus työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) sekä palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015.

Vuosi	Työnantaja-ryhmä	N	Palveluntuottaja						
			Lääkärikeskus	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	Terveyskeskus	Työnantajan oma työterveysasema	Toisen työnantajan oma työterveysasema	Muu palveluntuottaja	Yhteensä
			%	%	%	%	%	%	%
2009	KL I 50 %	151	9,3	3,3	87,4	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	593	75,9	4,2	19,9	0,0	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	1 278	17,2	1,6	81,0	0,0	0,1	0,0	100
	KL I&II 60 %	10 133	66,9	8,0	21,7	0,9	1,9	0,6	100
	Yhteensä	12 155	61,4	7,1	28,6	0,8	1,6	0,5	100
2011	KL I 50 %	131	13,0	1,5	85,5	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	613	76,0	5,1	18,9	0,0	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	1 023	20,1	1,9	77,7	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 60 %	10 388	70,2	7,8	19,5	0,7	1,5	0,3	100
	Yhteensä	12 155	65,7	7,1	25,1	0,6	1,3	0,3	100
2013	KL I 50 %	126	12,7	2,4	84,9	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	618	75,7	5,2	19,1	0,0	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	883	18,2	1,9	79,6	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 60 %	10 528	72,0	7,2	18,6	0,6	1,3	0,3	100
	Yhteensä	12 155	67,7	6,7	23,7	0,5	1,1	0,3	100
2015	KL I 50 %	127	18,1	3,9	78,0	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	617	77,3	4,9	17,8	0,0	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	843	26,8	2,4	70,6	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 60 %	10 568	76,4	7,0	15,0	0,4	0,8	0,4	100
	Yhteensä	12 155	72,4	6,5	19,7	0,4	0,7	0,3	100

Liitetaulukko 3. Työterveyshuollon piiriin kuuluvien työntekijöiden prosenttiosuus työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden (KL I tai KL I&II) sekä palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015.

Vuosi	Työnantaja-ryhmä	Piiriin kuuluvat työntekijät		Palveluntuottaja						
				Lääkäri-keskus	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	Terveys-keskus	Työnantajan oma työterveysasema	Toisen työnantajan oma työterveysasema	Muu palveluntuottaja	Yhteensä
				%	%	%	%	%	%	%
2009	KL I 50 %	KL I	1 634	9,8	0,9	89,3	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	KL I	4 884	79,1	4,4	16,5	0,0	0,0	0,0	100
		KL II	4 869	79,1	4,4	16,5	0,0	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	KL I	27 335	19,0	1,2	79,8	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 60 %	KL I	1 116 106	39,1	7,5	30,2	18,7	3,4	1,1	100
		KL II	1 094 312	39,1	7,5	29,8	19,0	3,5	1,1	100
	Yhteensä	KL I	1 149 959	38,7	7,3	31,4	18,1	3,3	1,1	100
		KL II	1 099 181	39,3	7,5	29,7	18,9	3,5	1,1	100
2011	KL I 50 %	KL I	1 571	12,5	2,5	85,0	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	KL I	4 852	77,7	4,8	17,5	0,0	0,0	0,0	100
		KL II	4 846	77,7	4,8	17,5	0,0	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	KL I	21 259	23,5	1,8	74,2	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 60 %	KL I	1 133 435	45,4	7,5	27,5	16,1	3,0	0,5	100
		KL II	1 117 324	45,7	7,6	27,0	16,2	3,0	0,5	100
	Yhteensä	KL I	1 161 117	45,1	7,4	28,4	15,7	2,9	0,5	100
		KL II	1 122 170	45,9	7,6	27,0	16,1	3,0	0,5	100
2013	KL I 50 %	KL I	1 415	14,3	3,3	82,4	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	KL I	5 562	72,4	4,7	23,0	0,0	0,0	0,0	100
		KL II	5 128	72,2	4,6	23,2	0,0	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	KL I	19 343	18,4	2,0	79,1	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 60 %	KL I	1 165 270	48,5	6,4	27,0	15,6	2,0	0,5	100
		KL II	1 144 816	48,5	6,4	26,8	15,7	2,1	0,5	100
	Yhteensä	KL I	1 191 590	48,1	6,3	27,9	15,2	2,0	0,5	100
		KL II	1 149 944	48,6	6,4	26,8	15,6	2,1	0,5	100
2015	KL I 50 %	KL I	1 361	19,6	3,9	76,5	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 50%	KL I	5 368	76,5	4,7	18,8	0,0	0,0	0,0	100
		KL II	4 927	76,5	4,8	18,7	0,0	0,0	0,0	100
	KL I 60 %	KL I	18 153	30,4	2,7	66,4	0,0	0,0	0,0	100
	KL I&II 60 %	KL I	1 151 088	53,6	6,1	26,1	12,4	1,2	0,6	100
		KL II	1 130 194	53,7	6,1	25,7	12,6	1,2	0,6	100
	Yhteensä	KL I	1 175 970	53,3	6,0	26,7	12,2	1,2	0,6	100
		KL II	1 135 121	53,8	6,1	25,7	12,5	1,2	0,6	100

Liitetaulukko 4. Työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvot sekä Wilcoxonin järjestyssummatestin p-arvot työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden mukaan (KL I tai KL I&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

Muuttuja		2009		2011		2013		2015	
		Keskiarvo	Wilcoxon Two-Sample Test Two-Sided Pr> Z	Keskiarvo	Wilcoxon Two-Sample Test Two-Sided Pr> Z	Keskiarvo	Wilcoxon Two-Sample Test Two-Sided Pr> Z	Keskiarvo	Wilcoxon Two-Sample Test Two-Sided Pr> Z
Työkyvyn hallintamalli									
Kustannus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa I	50 %	97,01	<.0001***	85,30	<.0001***	115,51	<.0001***	125,57	<.0001***
	60 %	106,52		130,15		156,30		170,96	
Kustannus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa II	50 %	143,92	<.0001***	196,37	<.0001***	230,97	<.0001***	237,67	<.0001***
	60 %	195,54		221,71		251,14		259,95	
Korvaus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa I	50 %	55,18	<.0001***	41,53	<.0001***	53,19	<.0001***	56,30	<.0001***
	60 %	56,50		65,92		75,75		81,08	
Korvaus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa II	50 %	65,95	<.0001***	89,30	<.0001***	103,94	<.0001***	108,53	<.0001***
	60 %	81,44		91,64		101,86		105,72	
Sopimuksen sisältö									
Kustannus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa I	KL I	84,89	<.0001***	102,65	<.0001***	119,28	<.0001***	122,52	<.0001***
	KL I&II	108,74		130,00		156,93		172,14	
Korvaus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa I	KL I	47,45	<.0001***	56,15	<.0001***	63,55	<.0001***	64,76	<.0001***
	KL I&II	57,62		65,30		75,35		80,85	

*** $p \leq 0.001$

** $0.001 < p \leq 0.01$

* $0.01 < p \leq 0.05$

Liitetaulukko 5. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden eri toimintojen keskiarvot sekä Wilcoxonin järjestys-summatestin p-arvot työkyvyn hallintamallin (50 % tai 60 %) ja työterveys sopimuksen laajuuden mukaan (KLI tai KLI&II) mukaan vuosina 2009 – 2015.

Muuttuja		2009		2011		2013		2015	
		Keskiarvo	Wilcoxon Two-Sample Test Two-Sided Pr> Z	Keskiarvo	Wilcoxon Two-Sample Test Two-Sided Pr> Z	Keskiarvo	Wilcoxon Two-Sample Test Two-Sided Pr> Z	Keskiarvo	Wilcoxon Two-Sample Test Two-Sided Pr> Z
Työkyvyn hallintamalli									
Työpaikkaselvityksen aika (min)/hlö	50 %	13,22	<.0001***	12,51	<.0001***	16,00	<.0001***	17,47	<.0001***
	60 %	12,49		18,90		18,64		20,46	
Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus aika (min)/hlö	50 %	4,03	<.0001***	1,85	<.0001***	1,63	<.0001***	3,63	<.0001***
	60 %	4,97		4,15		4,76		4,12	
Yksilö, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus lkm/hlö	50 %			0,18	<.0001***	0,25	<.0001***	0,27	<.0001***
	60 %			0,23		0,32		0,40	
Terveystarkastukset lkm/hlö	50 %	0,46	<.0001***	0,41	<.0001***	0,50	<.0001***	0,51	<.0001***
	60 %	0,51		0,59		0,60		0,62	
Sairaanhoitokäynnit lkm/hlö	50 %	2,38	<.0001***	2,63	<.0001***	2,63	<.0001***	2,53	<.0001***
	60 %	2,70		2,92		2,87		2,81	
Sopimuksen sisältö									
Työpaikkaselvityksen aika (min)/hlö	KL I	7,62	<.0001***	13,29	<.0001***	12,49	<.0001***	13,49	<.0001***
	KL I&II	13,19		19,05		19,02		20,86	
Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus aika (min)/hlö	KL I	1,39	<.0001***	1,24	<.0001***	1,59	<.0001***	2,74	<.0001***
	KL I&II	5,38		4,30		4,84		4,20	
Yksilö, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus lkm/hlö	KL I			0,09	<.0001***	0,09	<.0001***	0,14	<.0001***
	KL I&II			0,24		0,24		0,41	
Terveystarkastukset lkm/hlö	KL I	0,57	0.0033**	0,59	0.7172	0,63	0.0934	0,61	0.0037**
	KL I&II	0,49		0,58		0,59		0,62	

*** $p \leq 0.001$

** $0.001 < p \leq 0.01$

* $0.01 < p \leq 0.05$

Liitetaulukko 6. Työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskal-Wallis-testi) p-arvot työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).

Muuttuja	Työpaikan koko	2009		2011		2013		2015	
		Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square
Kustannus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa I	< 10	103,59	<.0001***	114,00	<.0001***	137,84	<.0001***	151,18	<.0001***
	10 – 19	94,84		120,06		144,30		154,97	
	20 – 99	109,06		139,51		167,13		185,93	
	100 – 499	124,38		157,48		190,36		205,44	
	500 – 1499	123,66		148,88		182,47		197,70	
	> 1500	128,73		150,09		178,90		193,41	
Kustannus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa II	< 10	175,25	<.0001***	198,67	<.0001***	234,64	<.0001***	247,27	<.0001***
	10 – 19	173,31		201,67		227,74		234,58	
	20 – 99	208,54		244,42		269,00		279,44	
	100 – 499	239,24		263,43		289,57		289,08	
	500 – 1499	223,78		246,52		277,39		270,09	
	> 1500	215,63		234,69		256,85		244,19	
Korvaus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa I	< 10	58,25	<.0001***	62,61	<.0001***	74,36	<.0001***	80,97	<.0001***
	10 – 19	48,14		57,58		65,18		69,16	
	20 – 99	55,43		66,64		76,06		80,70	
	100 – 499	65,65		76,09		85,26		88,81	
	500 – 1499	64,41		75,08		85,07		89,39	
	> 1500	70,13		78,22		88,12		93,82	
Korvaus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa II	< 10	80,65	<.0001***	92,56	<.0001***	107,39	<.0001***	112,95	<.0001***
	10 – 19	69,50		80,96		88,75		91,01	
	20 – 99	81,78		92,81		101,02		104,38	
	100 – 499	91,69		100,39		108,01		110,59	
	500 – 1499	91,63		98,97		107,25		108,24	
	> 1500	93,17		100,59		108,55		107,77	

*** $p \leq 0.001$

** $0.001 < p \leq 0.01$

* $0.01 < p \leq 0.05$

Liitetaulukko 7. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden korvausluokan I eri toimintojen keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskal-Wallis-testi) p-arvot työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).

Muuttuja	Työpaikan koko	2009		2011		2013		2015	
		Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square
Työpaikkaselvityksen aika (min)/hlö	< 10	16,12	<.0001***	24,67	<.0001***	23,93	<.0001***	26,30	<.0001***
	10 – 19	9,20		13,81		14,85		15,62	
	20 – 99	9,77		14,54		14,33		16,18	
	100 – 499	12,69		14,54		17,68		18,59	
	500 – 1499	11,64		15,60		16,94		17,79	
	> 1500	11,19		14,22		15,32		16,13	
Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus aika (min)/hlö	< 10	4,23	<.0001***	3,19	<.0001***	3,51	<.0001***	3,15	<.0001***
	10 – 19	3,83		2,81		3,72		2,96	
	20 – 99	5,21		4,92		5,23		4,89	
	100 – 499	8,26		6,39		7,67		7,01	
	500 – 1499	7,58		6,12		7,65		6,37	
	> 1500	8,86		7,87		9,03		8,92	
Yksilö, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus lkm/hlö	< 10		<.0001***	0,20	<.0001***	0,28	<.0001***	0,36	<.0001***
	10 – 19			0,20		0,28		0,33	
	20 – 99			0,25		0,34		0,42	
	100 – 499			0,33		0,43		0,53	
	500 – 1499			0,32		0,45		0,55	
	> 1500			0,30		0,42		0,56	
Terveystarkastukset lkm/hlö	< 10	0,52	<.0001***	0,53	<.0001***	0,58	<.0001***	0,60	<.0001***
	10 – 19	0,46		0,55		0,57		0,57	
	20 – 99	0,48		0,66		0,61		0,64	
	100 – 499	0,54		0,61		0,65		0,69	
	500 – 1499	0,61		0,63		0,64		0,71	
	> 1500	0,57		0,64		0,71		0,71	

*** $p \leq 0.001$

** $0.001 < p \leq 0.01$

* $0.01 < p \leq 0.05$

Liitetaulukko 8. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden korvausluokan II toimintojen keskiarvot yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskal-Wallis-testi) p-arvot työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).

Muuttuja	Työpaikan koko	2009		2011		2013		2015	
		Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square
Sairaanhoitokäynnit lkm/hlö	< 10	2,48	<.0001***	2,76	<.0001***	2,77	<.0001***	2,77	<.0001***
	10 – 19	2,40		2,60		2,55		2,45	
	20 – 99	2,91		3,07		3,00		2,90	
	100 – 499	3,20		3,42		3,26		3,10	
	500 – 1499	3,29		3,58		3,19		3,24	
	> 1500	3,07		3,13		3,13		3,00	

*** $p \leq 0.001$

** $0.001 < p \leq 0.01$

* $0.01 < p \leq 0.05$

Liitetaulukko 9. Työntekijäkohtaisten kustannusten ja korvausten keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskal-Wallis-testi) p-arvot työterveyshuollon palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).

Muuttuja	Palveluntuottajan muoto	2009		2011		2013		2015	
		Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square
Kustannus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa I	Lääkärikeskus	110,57	<.0001***	133,58	<.0001***	165,04	<.0001***	176,65	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	103,60		125,91		149,86		170,29	
	Terveyskeskus	91,98		107,22		119,47		133,39	
	Työnantajan oma työterveysasema	200,51		219,47		240,70		253,28	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	141,30		165,71		182,60		212,48	
	Muu palveluntuottaja	111,57		169,55		174,35		150,16	
Kustannus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa II	Lääkärikeskus	219,51	<.0001***	245,18	<.0001***	276,67	<.0001***	279,67	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	179,41		196,15		220,81		236,18	
	Terveyskeskus	111,12		135,22		155,71		163,71	
	Työnantajan oma työterveysasema	253,58		364,58		360,75		315,52	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	214,40		212,16		238,35		245,50	
	Muu palveluntuottaja	172,41		252,29		233,27		194,39	
Korvaus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa I	Lääkärikeskus	58,36	<.0001***	65,99	<.0001***	77,57	<.0001***	81,99	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	56,47		67,60		76,27		80,80	
	Terveyskeskus	50,59		57,95		63,46		69,53	
	Työnantajan oma työterveysasema	84,49		85,93		95,83		97,51	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	72,45		81,99		88,73		91,70	
	Muu palveluntuottaja	57,85		76,59		82,95		75,94	
Korvaus (euro) työntekijää kohti korvausluokassa II	Lääkärikeskus	89,49	<.0001***	99,52	<.0001***	109,98	<.0001***	112,13	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	78,88		85,95		94,75		101,33	
	Terveyskeskus	52,55		64,17		73,13		76,90	
	Työnantajan oma työterveysasema	95,33		103,94		116,39		116,15	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	92,25		93,25		106,28		101,08	
	Muu palveluntuottaja	74,38		94,08		93,38		78,81	

*** $p \leq 0.001$

** $0.001 < p \leq 0.01$

* $0.01 < p \leq 0.05$

Liitetaulukko 10. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden korvausluokan I eri toimintojen keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskal-Wallis-testi) p-arvot työterveyshuollon palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12 155).

Muuttuja	Palveluntuottajan muoto	2009		2011		2013		2015	
		Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square
Työpaikkaselvityksen aika (min)/hlö	Lääkärikeskus	14,27	<.0001***	20,64	<.0001***	20,53	<.0001***	22,20	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	12,66		17,86		15,20		17,07	
	Terveyskeskus	8,63		13,05		13,48		14,05	
	Työnantajan oma työterveysasema	14,24		19,46		19,04		20,77	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	16,54		20,20		20,40		28,76	
	Muu palveluntuottaja	6,63		11,44		15,73		12,58	
Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus aika (min)/hlö	Lääkärikeskus	5,27	<.0001***	4,17	<.0001***	4,68	<.0001***	4,08	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	6,18		6,23		7,32		7,02	
	Terveyskeskus	2,74		2,05		2,85		2,79	
	Työnantajan oma työterveysasema	29,40		12,48		13,41		12,01	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	11,38		17,38		14,56		9,82	
	Muu palveluntuottaja	6,78		4,04		3,62		2,58	
Yksilö, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus lkm/hlö	Lääkärikeskus			0,26	<.0001***	0,34	<.0001***	0,42	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry			0,21		0,33		0,37	
	Terveyskeskus			0,15		0,23		0,30	
	Työnantajan oma työterveysasema			0,56		0,46		0,52	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema			0,23		0,32		0,38	
	Muu palveluntuottaja			0,25		0,28		0,33	
Terveystarastukset lkm/hlö	Lääkärikeskus	0,44	<.0001***	0,52	<.0001***	0,58	<.0001***	0,60	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	0,52		0,86		0,57		0,63	
	Terveyskeskus	0,63		0,64		0,65		0,67	
	Työnantajan oma työterveysasema	0,77		0,79		0,85		0,80	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	0,61		0,66		0,69		0,72	
	Muu palveluntuottaja	0,60		0,95		1,09		0,57	

*** $p \leq 0.001$

** $0.001 < p \leq 0.01$

* $0.01 < p \leq 0.05$

Liitetaulukko 11. Työntekijäkohtaisten työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden korvausluokan II toimintojen keskiarvot ja yksisuuntaisen epäparametrisen varianssianalyysin (Kruskal-Wallis-testi) p-arvot työterveyshuollon palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015 (N=12155).

Muuttuja	Palveluntuottajan muoto	2009		2011		2013		2015	
		Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square	Keski-arvo	Kruskal-Wallis Test Pr>Chi-Square
Sairaanhoito-käynnit lkm/hlö	Lääkärikeskus	2,71	<.0001***	2,95	<.0001***	2,91	<.0001***	2,83	<.0001***
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	3,08		3,12		3,04		2,99	
	Terveyskeskus	2,33		2,57		2,51		2,49	
	Työnantajan oma työterveysasema	4,61		5,21		4,98		3,85	
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	3,19		3,39		3,15		2,84	
	Muu palveluntuottaja	2,72		2,57		2,47		2,03	

*** $p \leq 0.001$

** $0.001 < p \leq 0.01$

* $0.01 < p \leq 0.05$

Liitetaulukko 12. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet työkyvyn hallintamallin olemassaololle työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 - 2015.

		2009			2011			2013			2015		
		Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli
Työpaikan koko	10–19¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	< 10		0,44***	0,36-0,54		0,45***	0,36-0,54		0,51***	0,42-0,61		0,47***	0,39-0,57
	20–99		3,10***	2,26-4,25		3,13***	2,29-4,28		3,53***	2,62-4,77		3,12***	2,31-4,21
	100–499		26,09***	6,44-105,72		27,86***	6,88-112,88		32,74***	8,10-132,39		29,35***	7,25-118,80
	500–1499		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	> 1500		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
Palvelun- tuottaja	Terveyskeskus¹	0.05*			0.05*			0.03*			<.0001***		
	Lääkärikeskus		1,18*	1,00-1,39		1,25*	1,04-1,45		1,30**	1,10-1,54		1,54***	1,30-1,83
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry		1,86**	1,25-2,74		1,76**	1,20-2,57		1,61*	1,11-2,33		1,79**	1,24-2,61
	Työnantajan oma työterveysasema		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Toisen työnantajan oma työterveysasema		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Muu palveluntuottaja		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
Likelihood Ratio (malli)		<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		

*0.01 < p ≤ 0.05, **0.001 < p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

¹ Vertailuluokka

Yli 500 työntekijän työpaikat, työnantajan oma ja toisen työterveysasema sekä muu palveluntuottaja sisältyvät analyysiin. Näillä ei ole vertailukohtaa analyysissa, koska kaikilla on työkyvyn hallintamalli.

Liitetaulukko 13. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet korvausluokan II palvelujen olemassaololle työpaikan koon ja palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015.

		2009			2011			2013			2015		
		Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli
Työpaikan koko	10 – 19¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	< 10		1,13	0,97-1,32		1,16	0,99-1,73		1,37***	1,15-1,63		1,29**	1,09-1,54
	20 – 99		1,80***	1,51-2,15		1,76***	1,45-2,13		1,77***	1,46-2,16		1,77***	1,44-2,16
	100 – 499		5,86***	4,02-8,52		6,06***	3,97-9,24		6,41***	4,10-10,01		6,50***	4,09-10,35
	500 – 1499		25,39***	8,01-80,49		24,47***	7,23-120,16		28,67***	7,03-116,97		58,13***	8,07-418,69
	> 1500		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
Palvelun- tuottaja	Terveyskeskus¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Lääkärikeskus		16,57***	14,27-19,24		15,29***	13,10-17,86		18,39***	15,50-21,81		14,72***	12,60-17,19
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry		16,36***	10,91-24,53		16,48***	10,60-25,62		15,22***	9,68-23,92		12,52***	8,31-18,86
	Työnantajan oma työterveysasema		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Toisen työnantajan oma työterveysasema		65,74***	9,18-470,94		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Muu palveluntuottaja		11,79***	2,86-48,66		2,60	0,77-8,76		4,18*	0,98-17,84		5,81*	1,38-24,51
Likelihood Ratio (malli)		<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		

*0.01 < p ≤ 0.05, **0.001 < p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

¹ Vertailuluokka

Yli 500 työntekijän työpaikat, työnantajan oma ja toisen työterveysasema sekä muu palveluntuottaja sisältyvät analyysiin. Näillä ei ole vertailukohtaa analyysissa, koska kaikilla on korvausluokan II palvelut.

Liitetaulukko 14. Työterveyshuollon eri toimintojen toteuttaminen (toimintaa ei ole/on tehty) työkyvyn hallintamallin ja korvausluokan II palvelujen mukaan vuosina 2009 – 2015.

Vuosi	Työnantaja-ryhmä	N	Työpaikkaselvitykset			Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (ryhmä)			Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (yksilö)			Terveystarkastukset			Sairaanhoido			
			Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	N	Ei %	On %	%
2009	KL I 50 %	151	70	30	100	89	11	100	-	-	-	36	64	100	-	-	-	-
	KL I&II 50%	593	58	42	100	79	21	100	-	-	-	40	60	100	593	9	91	100
	KL I 60 %	1 278	62	38	100	89	11	100	-	-	-	22	78	100	-	-	-	-
	KL I&II 60 %	10 133	39	61	100	58	42	100	-	-	-	20	80	100	10 133	5	95	100
2011	KL I 50 %	131	64	36	100	95	5	100	84	16	100	32	68	100	-	-	-	-
	KL I&II 50%	613	50	50	100	91	9	100	56	44	100	43	57	100	613	5	95	100
	KL I 60 %	1 023	47	53	100	87	13	100	66	34	100	20	80	100	-	-	-	-
	KL I&II 60 %	10 388	23	77	100	63	37	100	36	64	100	16	84	100	10 388	3	97	100
2013	KL I 50 %	126	60	40	100	95	5	100	79	21	100	45	55	100	-	-	-	-
	KL I&II 50%	618	49	51	100	91	9	100	53	47	100	37	63	100	618	11	89	100
	KL I 60 %	883	49	51	100	83	17	100	56	44	100	12	88	100	-	-	-	-
	KL I&II 60 %	10 528	23	77	100	58	42	100	28	72	100	15	85	100	10 528	2	98	100
2015	KL I 50 %	127	57	43	100	91	9	100	73	27	100	43	57	100	-	-	-	-
	KL I&II 50%	617	40	60	100	89	11	100	50	50	100	38	62	100	617	10	90	100
	KL I 60 %	843	43	57	100	80	20	100	54	46	100	18	82	100	-	-	-	-
	KL I&II 60 %	10 568	20	80	100	59	41	100	24	76	100	15	85	100	10 568	3	97	100

Liitetaulukko 15. Työterveyshuollon eri toimintojen toteuttaminen (toimintaa ei ole/on tehty) työpaikan koon mukaan vuosina 2009 – 2015.

Vuosi	Työpaikan koko	N	Työpaikkaselvitykset			Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (ryhmä)			Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (yksilö)			Terveystarkastukset			Sairaanhoito			
			Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	N	Ei %	On %	%
2009	< 10	4 984	62	38	100	84	16	100	-	-	100	40	60	100	4 281	9	91	100
	10 – 19	2 329	49	51	100	70	30	100	-	-	100	17	83	100	1 954	5	95	100
	20 – 99	3 399	28	72	100	48	52	100	-	-	100	6	94	100	3 085	3	97	100
	100 – 499	1 056	4	96	100	15	85	100	-	-	100	-	100	100	1 022	-	100	100
	500 – 1499	269	1	99	100	9	91	100	-	-	100	-	100	100	266	-	100	100
	> 1500	118	-	100	100	3	97	100	-	-	100	-	100	100	118	-	100	100
2011	< 10	4 909	42	58	100	88	12	100	65	35	100	37	63	100	4 346	5	95	100
	10 – 19	2 315	31	69	100	77	23	100	42	58	100	12	88	100	2 008	2	98	100
	20 – 99	3 460	15	85	100	51	49	100	19	81	100	3	97	100	3 204	2	98	100
	100 – 499	1 072	1	99	100	17	83	100	5	95	100	1	99	100	1 046	1	99	100
	500 – 1499	277	-	100	100	8	92	100	6	94	100	-	100	100	275	-	100	100
	> 1500	122	-	100	100	2	98	100	2	98	100	-	100	100	122	-	100	100
2013	< 10	4 680	42	58	100	86	14	100	59	41	100	34	66	100	4 232	5	95	100
	10 – 19	2 450	31	69	100	73	27	100	30	70	100	10	90	100	2 152	3	97	100
	20 – 99	3 532	13	87	100	43	57	100	10	90	100	3	97	100	3 294	1	99	100
	100 – 499	1 085	1	99	100	11	89	100	3	97	100	-	100	100	1 062	-	100	100
	500 – 1499	280	-	100	100	8	92	100	4	96	100	-	100	100	278	-	100	100
	> 1500	128	-	100	100	2	98	100	1	99	100	-	100	100	128	-	100	100
2015	< 10	4 783	36	64	100	89	11	100	53	47	100	36	64	100	4 332	6	94	100
	10 – 19	2 391	25	75	100	73	27	100	25	75	100	10	90	100	2 116	2	98	100
	20 – 99	3 532	12	88	100	43	57	100	7	93	100	2	98	100	3 310	1	99	100
	100 – 499	1 034	1	99	100	10	90	100	3	97	100	-	100	100	1 013	-	100	100
	500 – 1499	286	1	99	100	8	92	100	2	98	100	-	100	100	285	1	99	100
	> 1500	129	-	100	100	1	99	100	-	100	100	-	100	100	129	-	100	100

Liitetaulukko 16. Työterveyshuollon eri toimintojen toteuttaminen (toimintaa ei ole/on tehty) palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 – 2015.

Vuosi	Palveluntuottaja	N	Työpaikka-selvitykset			Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (ryhmä)			Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (yksilö)			Terveystarkastukset			Sairaanhoito			
			Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	Ei %	On %	%	N	Ei %	On %	%
2009	Lääkärikeskus	7 468	40	60	100	58	42	100	-	-	100	24	76	100	7 234	5	95	100
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	861	34	66	100	54	46	100	-	-	100	16	84	100	836	2	98	100
	Terveyskeskus	3 479	54	46	100	79	21	100	-	-	100	18	82	100	2 312	9	91	100
	Työnantajan oma työterveysasema	95	3	97	100	5	95	100	-	-	100	-	100	100	95	-	100	100
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	189	19	81	100	23	77	100	-	-	100	6	94	100	188	1	99	100
	Muu palveluntuottaja	63	35	65	100	44	56	100	-	-	100	5	95	100	61	2	98	100
2011	Lääkärikeskus	7 983	23	77	100	64	36	100	35	65	100	19	81	100	7 760	2	98	100
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	867	27	73	100	55	45	100	41	59	100	17	83	100	846	3	97	100
	Terveyskeskus	3 051	39	61	100	79	21	100	55	45	100	17	83	100	2 144	7	93	100
	Työnantajan oma työterveysasema	70	1	99	100	4	96	100	3	97	100	1	99	100	70	-	100	100
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	153	12	88	100	25	75	100	30	70	100	6	94	100	153	1	99	100
	Muu palveluntuottaja	31	23	77	100	71	29	100	23	77	100	6	94	100	28	-	100	100
2013	Lääkärikeskus	8 226	21	79	100	59	41	100	29	71	100	16	84	100	8 049	2	98	100
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	812	25	75	100	47	53	100	33	67	100	18	82	100	792	3	97	100
	Terveyskeskus	2 886	43	57	100	75	25	100	43	57	100	16	84	100	2 076	5	95	100
	Työnantajan oma työterveysasema	59	-	100	100	2	98	100	-	100	100	-	100	100	59	-	100	100
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	139	13	87	100	27	73	100	14	86	100	6	94	100	139	-	100	100
	Muu palveluntuottaja	33	24	76	100	58	42	100	24	76	100	3	97	100	31	-	100	100
2015	Lääkärikeskus	8 805	19	81	100	61	39	100	26	74	100	17	83	100	8 556	2	98	100
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry	792	21	79	100	52	48	100	30	70	100	19	81	100	767	4	96	100
	Terveyskeskus	2 389	40	60	100	76	24	100	37	63	100	16	84	100	1 695	7	93	100
	Työnantajan oma työterveysasema	46	-	100	100	4	96	100	-	100	100	-	100	100	46	-	100	100
	Toisen työnantajan oma työterveysasema	83	18	82	100	31	69	100	17	83	100	13	87	100	83	6	94	100
	Muu palveluntuottaja	40	18	83	100	43	58	100	18	83	100	8	93	100	38	3	97	100

Liitetaulukko 17. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet eri työterveyshuollon toimintojen toteutumiselle työkyvyn hallintamallin ja korvausluokan II palvelujen mukaan vuosina 2009 - 2015.

	Työnantajaryhmä	2009			2011			2013			2015		
		Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus- väli
Työpaikkaselvitys	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan II palvelut¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Korvausluokan I palvelut		0,27***	0,19-0,39		0,17***	0,12-0,24		0,20***	0,14-0,29		0,19***	0,13-0,27
	Korvausluokan I ja II palvelut		0,47	0,40-0,56		0,30***	0,26-0,36		0,31*	0,26-0,37		0,37	0,31-0,44
	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan I palvelut		0,39**	0,35-0,44		0,34	0,30-0,39		0,30**	0,26-0,25		0,32**	0,28-0,73
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan II palvelut¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Korvausluokan I palvelut		0,17***	0,10-0,28		0,09***	0,04-0,20		0,07***	0,03-0,16		0,15**	0,08-0,28
	Korvausluokan I ja II palvelut		0,37	0,30-0,45		0,17**	0,13-0,23		0,13***	0,10-0,18		0,18***	0,14-0,23
	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan I palvelut		0,18***	0,15-0,21		0,26	0,21-0,31		0,28	0,24-0,34		0,26	0,30-0,43
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus yksilökäynnit	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan II palvelut¹				<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Korvausluokan I palvelut					0,11***	0,07-0,17		0,11***	0,07-0,17		0,12***	0,08-0,17
	Korvausluokan I ja II palvelut					0,44**	0,37-0,52		0,35	0,30-0,41		0,31	0,27-0,37
	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan I palvelut					0,30	0,26-0,34		0,32	0,38-0,36		0,27**	0,23-0,31
	Likelihood Ratio (malli)				<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Terveystarkastukset	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan II palvelut¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Korvausluokan I palvelut		0,45*	0,32-0,63		0,41	0,29-0,60		0,21***	0,15-0,30		0,24***	0,17-0,34
	Korvausluokan I ja II palvelut		0,38***	0,32-0,45		0,26***	0,22-0,31		0,30***	0,25-0,36		0,29***	0,24-0,34
	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan I palvelut		0,89***	0,77-1,03		0,78***	0,66-0,91		1,23***	1,00-1,52		0,80***	0,67-0,96
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Sairaanhoito	Työkyvyn hallintamalli ja korvausluokan II palvelut¹	<.001***			<.02*			<.0001***			<.0001***		
	Korvausluokan I ja II palvelut		0,55	0,41-0,74		0,55	0,38-0,81		0,20	0,15-0,26		0,26	0,20-0,35
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		

*0.01 < p ≤ 0.05, **0.001 < p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

¹ Vertailuluokka

Liitetaulukko 18. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet eri työterveyshuollon toimintojen toteutumiselle työpaikan koon mukaan vuosina 2009 - 2015.

	Työpaikan koko	2009			2011			2013			2015		
		Pr>ChiSq	OR	95 % luottamusväli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamusväli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamusväli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamusväli
Työpaikkaselvitys	10 – 19¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	< 10		0,61***	0,55-0,68		0,63***	0,57-0,70		0,62***	0,56-0,68		0,59***	0,53-0,66
	20 – 99		2,52***	2,26-2,81		2,61***	2,30-2,97		2,84***	2,49-3,23		2,53***	2,20-2,90
	100 – 499		23,02***	16,79-31,57		32,07***	19,12-53,78		43,16***	23,68-78,65		31,64***	17,35-57,73
	500 – 1499		86,63***	27,68-271,12		>999,99	<0,001->999,9		123,33***	17,28-880,22		48,32***	11,99-194,72
	> 1500		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus	10 – 19¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	< 10		0,45***	0,40-0,51		0,44***	0,39-0,50		0,44***	0,39-0,50		0,53***	0,31-0,40
	20 – 99		2,52***	2,25-2,81		3,16***	2,81-3,55		2,60***	3,22-4,03		33,11***	3,33-4,16
	100 – 499		13,74***	11,34-16,66		15,51***	12,89-18,66		21,21***	17,23-26,11		25,49***	20,37-31,91
	500 – 1499		23,95***	15,50-36,76		39,69***	25,18-62,56		31,81***	20,40-49,60		33,11***	21,24-51,64
	> 1500		66,87***	24,58-181,94		129,13***	40,90-407,70		170,43***	42,11-689,75		353,03***	49,27->999
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus yksilökäynnit	10 – 19¹				<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	< 10					0,39***	0,35-0,43		0,29***	0,26-0,33		0,29***	0,26-0,33
	20 – 99					3,21***	7,16-19,90		3,77***	3,82-4,33		4,20***	3,59-4,92
	100 – 499					12,79***	9,69-16,87		16,21***	11,03-23,83		12,62***	8,45-18,83
	500 – 1499					11,93***	7,16-19,90		10,50***	5,71-19,31		15,19***	6,73-34,27
	> 1500					43,78***	10,82-177,18		54,51***	7,61-390,59		>999,99	<0,001->999,9
	Likelihood Ratio (malli)				<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Terveystarkastukset	10 – 19¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	< 10		0,31***	0,27-0,35		0,23***	0,20-0,26		0,22***	0,19-0,25		0,19***	0,16-0,22
	20 – 99		3,42***	2,86-4,10		4,11***	3,27-5,16		4,18***	3,27-5,32		5,14***	3,92-6,74
	100 – 499		54,21***	20,19-145,56		23,95***	10,63-53,96		24,66***	10,14-59,93		36,23***	11,57-113,43
	500 – 1499		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	> 1500		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Sairaanhoito	10 – 19¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	< 10		0,92	0,81-1,03		0,94	0,82-1,08		0,99	0,86-1,14		0,87*	0,75-1,00
	20 – 99		1,87***	1,62-2,16		1,82***	1,55-2,15		2,05***	1,73-2,43		1,89***	1,59-2,25
	100 – 499		6,72***	4,80-9,39		5,46***	3,81-7,82		6,86***	4,57-10,28		5,90***	3,93-8,87
	500 – 1499		22,84***	7,29-71,58		16,32***	5,20-51,21		15,54***	4,96-48,76		14,37***	4,58-45,09
	> 1500		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		

*0.01 < p ≤ 0.05, **0.001 < p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

¹ Vertailuluokka

OR on >999,99 ja 95 % luottamusväli on <000,1->999,9 silloin, kun ei ole vertailuluokkaa analyysissä (toimintoja on toteutunut 100 %).

Liitetaulukko 19. Logistisen regression ristitulosuhteet, 95 % luottamusväli ja tilastolliset merkitsevyydet eri työterveyshuollon toimintojen toteutumiselle palveluntuottajan mukaan vuosina 2009 - 2015.

	Palveluntuottaja	2009			2011			2013			2015		
		Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus-väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus-väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus-väli	Pr>ChiSq	OR	95 % luottamus-väli
Työpaikkaselvitys	Terveyskeskus¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Lääkärikeskus		1,77***	1,63-1,92		2,14***	1,96-2,34		2,77***	2,53-3,03		2,93***	2,66-3,23
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry		2,24***	1,92-2,62		1,77***	1,49-2,09		2,19***	1,84-2,61		2,57***	2,12-3,11
	Työnantajan oma työterveysasema		36,01***	11,38-113,94		44,42***	6,17-319,80		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Toisen työnantajan oma työterveysasema		4,99***	3,45-7,22		4,34***	2,94-7,95		4,97***	3,01-8,20		3,04***	1,73-5,35
	Muu palveluntuottaja		2,19**	1,30-3,69		2,21	0,95-5,15		2,31*	1,04-5,14		3,16**	1,39-7,18
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Ryhmämuotoinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus	Terveyskeskus¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Lääkärikeskus		2,66***	2,43-2,92		2,20***	1,99-2,42		2,10***	1,91-2,31		1,99***	1,79-2,20
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry		3,13***	2,67-3,66		3,15***	2,69-3,70		3,51***	2,98-4,12		2,89***	2,44-3,41
	Työnantajan oma työterveysasema		66,71***	27,01-167,73		86,44***	27,11-275,62		176,80***	27,48->999		68,05***	16,46-281,28
	Toisen työnantajan oma työterveysasema		12,22***	8,64-17,29		11,32***	7,79-16,46		8,12***	5,54-11,90		6,79***	4,23-10,90
	Muu palveluntuottaja		4,64***	2,80-7,67		1,59	0,73-3,46		2,25*	1,12-4,51		4,19***	2,22-7,90
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus yksilökäynnit	Terveyskeskus¹				<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Lääkärikeskus					2,21***	2,03-2,41		1,82***	1,67-1,99		1,73***	1,57-1,91
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry					1,75***	1,50-2,04		1,49***	1,27-1,75		1,41***	1,81-1,67
	Työnantajan oma työterveysasema					41,17***	10,07-168,26		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Toisen työnantajan oma työterveysasema					2,82***	1,98-4,01		4,71***	2,89-7,69		2,92***	1,64-5,22
	Muu palveluntuottaja					4,15***	1,78-9,66		2,33*	1,05-5,19		2,79**	1,23-6,34
	Likelihood Ratio (malli)				<.0001***			<.0001***			<.0001***		
Terveystarkastukset	Terveyskeskus¹	<.0001***			<.0001***			<.007**			0.39		
	Lääkärikeskus		0,67***	0,61-0,75		0,84**	0,76-0,94		0,94	0,84-1,06		0,99	0,88-1,12
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry		1,18	0,96-1,45		1,01	0,83-1,24		0,85	0,69-1,04		0,86	0,70-1,06
	Työnantajan oma työterveysasema		>999,99	<0,001->999,9		13,88**	1,92-100,14		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Toisen työnantajan oma työterveysasema		3,21***	1,78-5,80		3,22***	1,63-6,35		3,02**	1,47-6,20		1,29	0,98-2,45
	Muu palveluntuottaja		4,35**	1,36-13,93		2,92	0,69-12,26		5,90	0,80-43,26		2,42	0,74-7,89
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0004***		
Sairaanhoido	Terveyskeskus¹	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		
	Lääkärikeskus		7,21***	6,78-8,02		10,63***	9,36-12,08		10,08***	8,85-11,49		9,44***	8,31-10,72
	Työnantajien yhteinen työterveysasema ry		13,25***	9,58-18,34		9,66***	7,09-13,15		9,06***	6,53-12,57		6,31***	4,78-8,34
	Työnantajan oma työterveysasema		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9		>999,99	<0,001->999,9
	Toisen työnantajan oma työterveysasema		40,03***	12,77-125,51		80,34***	11,23-574,84		>999,99	<0,001->999,9		7,93***	3,20-19,66
	Muu palveluntuottaja		12,91***	4,04-41,26		4,93**	1,50-16,27		7,28**	1,74-30,47		6,27**	1,93-20,39
	Likelihood Ratio (malli)	<.0001***			<.0001***			<.0001***			<.0001***		

*0.01 < p ≤ 0.05, **0.001 < p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

¹ Vertailuluokka

OR on >999,99 ja 95 % luottamusväli on <000,1->999,9 silloin, kun ei ole vertailuluokkaa analyysissä (toimintoja on toteutunut 100 %).