

Sairastumisen taloudelliset seuraamukset – kansantalouden näkökulma

VESA KANNIAINEN

Sairastuminen

Terveys ei ole kuin mikä tahansa muu hyödyke. Taloustieteen kielellä ilmaistuna muut hyödykkeet ovat terveydelle täydentäviä, komplementtaarisia, eivät korvaavia, substituutteja. Sairastuneena emme voi nauttia elämän rikkaudesta ja iloista samalla tavalla, kuin jos olisimme terveitä. Terveys vaikuttaa kykyymme hankkia elanto itselle ja perheelle. Terveydentilallemme on myös merkittäviä ulkoisvaikutuksia perheen muiden jäsenten mutta myös työyhteisön kannalta. On osa ihmisyyttä, että ihminen ei aina sisäistä mainittuja ulkoisvaikutuksia riittävästi – hän tupakoi, hän syö väärin, hän liikkuu liian vähän. Jo tämä huomio oikeuttaa ainakin tietynasteiseen paternalistiseen asenteeseen kanssaihminen terveydentilan suhteen, niin vaikea laji kuin paternalismi onkin. Yksi älyllinen keino harjoittaa paternalismia on joko luoda kannusteita terveydestä huolehtimiseksi tai turvautua hienovaraiseen ”suostutteluun”. Jälkimmäisestä tarjoavat erinomaisia esimerkkejä Richard Thaler ja Cass Sunstein (2008).

Käsittelen tässä kirjoituksessa sairastumisen aiheuttamia taloudellisia menetyksiä ja sairauksien hoitamiseen liittyviä taloudellisia kustannuksia. Keskityn työmarkkinoilla olevaan väestöön. Sairastumisen kustannukset kohdentuvat usealle taholle: potilaalle itselleen, potilaan perheelle, potilaan työnantajalle ja yhteiskunnalle. Esimerkiksi pienyrittäjälle sairastuminen voi olla kohtalokas-

ta. Yritys voi joutua sulkemaan ovensa joksikin aikaa. Kirjoituksessa painottuu kansantalouden näkökulma, terveydenhuoltopolitiikka.

Sairastuminen voi olla tilapäistä tai pysyvää. On arvioitu, että suomalaisissa yrityksissä työkyvyttömyys (sairauspoissaolot, työterveyshuolto, tapaturmavakuutukset ja työkyvyttömyyseläkkeet) aiheuttavat kustannuksen, joka keskimäärin vaihtelee 3–14 prosentin välillä yrityksen palkkakuluista (Hoffmanco International Oy 2012). Pysyvä sairastuminen voi johtaa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Tilastojen (ETK 2012) mukaan vuonna 2010 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 22 898 suomalaista ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien kokonaismäärä oli 211 041. Työkyvyttömyys aiheuttaa Suomessa vuosittain eri muodoissaan miljardien eurojen kustannukset. On arvioitu, että ennenaikainen eläkkeelle siirtyminen aiheutti vuonna 2008 noin 500 000 työvuoden menetyksen. Sen taloudellinen arvo on noin 24 miljardia euroa (Ahonen & al. 2010). Elinkeinoelämän keskusliiton arvion mukaan sairauspoissaoloista aiheutuu vuosittain vähintään 50 000 työvuoden menetys (EK 2008).

Työtapaturmien aiheuttamat vakuutuskorvaukset ovat vuosittain yli 500 miljoonaa euroa. Puutteellisen työkyvyn arvioidaan heikentävän työn tuottavuutta usealla prosenttiyksiköllä kansantalouden tasolla. Kun tähän lisätään työkyvyttömyyteen liittyvät hoitokustannukset, työkyvyttömyys maksaa vuositasona kansantaloudelle noin 25–30 miljardia euroa. Työterveyshuollon kustannukset vuosittain ovat noin puoli miljardia euroa (Ahonen & al. 2011).

Nivelreuma on esimerkki merkittävästi työkyvyn vaikuttavasta sairaudesta, joka johtaa sairauspoissaoloihin, työ- ja toimintakyvyn heikke-

Minua pyydettiin taloustieteilijänä alustamaan sairastumisen taloudellisista kustannuksista Itä-Suomen yliopiston toukokuussa 2013 järjestämässä seminaarissa ”Tuotannon menetykset kustannusvaikuttavuudessa – ollako vai eikö olla?” Kirjoitus on alustuksen jatkojalostusta.

nemiseen ja usein lopulta täydelliseen työkyvyttömyyteen. Tätä koskevassa tutkimuksessa (Puolakka & al. 2006) jopa 75 prosenttia tutkimukseen osallistuneista reumapotilaista joutui olemaan poissa töistä sairautensa takia. Tästä aiheutui keskimäärin tuotannonmenetyksiä yli 7 000 euroa potilasvuotta kohden. Sittenkin on havaittu, että nivelreumapotilaiden pysyväälle työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen todennäköisyys on kuitenkin merkittävästi laskenut viime vuosina (Rantalaiho & al. 2012). Tähän ovat voineet vaikuttaa lainsäädäntömuutokset, aktiivinen hoitotapa, muuttuneet asenteet nivelreuman hoidon ennusteeseen ja biologisten lääkkeiden käyttöön-otto. Sairauksien aktiivinen hoitotapa lienee terveydenhuollossa avainasemassa, kun halutaan ehkäistä työkyvyttömyyttä. Lääkehoidot ovat useissa sairauksissa merkittävässä roolissa osana aktiivista hoitoa.

Sairastumiseen liittyviä taloudellisia menetyksiä on pyritty kvantifioimaan ja mittaustelmistä on käyty runsaasti keskustelua terveystaloustieteessä (Martikainen & al. 2013). Osa selvityksistä on ollut sillä kannalla, että terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolisia vaikutuksia ei välttämättä tarvitse arvioida. Osa taas haluaa sisällyttää analyysiin etenkin tuottavuuskustannukset. Tällä valinnalla on merkitystä terveydenhuoltopolitiikan kannalta. Sairauden hoito alentaa sairauden kustannuksia, jos tuottavuuden lasku eliminoituu! Terveydenhuoltopolitiikka onkin toinen tutkimusalue, jonka kriteereistä keskustelu on voimakkaasti jakanut mielipiteitä. Tehokkuuskriteerien ohella etenkin normatiivisten kriteerien osalta näkemykset ovat olleet hyvinkin ristiriitaiset. Arvioin seuraavassa näitä kysymyksiä.

Terveystalousteoriat ja sosiaalinen valinta

Kuinka paljon terveyshyötyä tulee tuottaa ja kenelle? Taloustiede tarjoaa kaksi kilpailevaa kriteeriä, joiden *painotus* on ratkaistava: tehokkuus ja tasa-arvo.

Tehokkuuskriteereitä ovat hyöty-kustannus- sekä kustannus-vaikuttavuuskriteeri. Utilitaarisen tehokkuusnäkömyksen mukaan terveydenhuollon tehtävänä olisi kansalaisten terveyshyötyjen summan maksimoiminen ja hyötyjen suhteuttaminen lääkkeiden, hoidon ym. kokonais-

kustannuksiin. Periaate on terve, mutta se sivuuttaa tärkeän näkökohdan, kysymyksen siitä, miten terveyshyödyt jakautuvat tai miten niiden tulisi jakautua eri ihmisten kesken. Miten toteutetaan potilaiden välinen tasa-arvo? Selvää on, että terveydenhuoltomenojen hyöty-kustannusanalyytisessä yhteiskunnallisessa arvottamisessa tuottavuuskustannusten sisällyttämistä ei mitenkään voi välttää.¹

Utilitaarisen näkömyksen käytännön soveltaminen on haasteellinen myös toisesta syystä. Terveyshyödyt ovat osaltaan subjektiivisia ja niiden muuttaminen rahassa mitatuksi ei aina ole suoraviivaista, vaikka siihen on menetelmiä kehitetty. Siksi terveydenhuoltoon liittyvät ratkaisussa on pyritty hyödyntämään ns. kustannus-vaikuttavuuskriteeriä. Sen mukaan terveyshyödyt pyritään ilmaisemaan elinvuosissa tai laatu-painotteisissa elinvuosissa (QALY). QALY kertoo, mikä on potilaan hyötytason lisäys kerrottuna saavutettavissa olevilla elinvuosilla. Kustannus-vaikuttavuuskriteeri on niin ikään tulkittavissa tehokkuuskriteeriksi.² Se sopii paremmin esimerkiksi kahden lääkeaineen keskinäiseen vertailuun. Kun kustannus-vaikuttavuusanalyysia käytetään potilaiden hoito-ohjelmien vertaamisessa, tarvitaan avuksi normatiivisia sosiaalisen valinnan kriteereitä.

Kysymys tasa-arvosta potilaiden kesken johtaa potilaille kohdennettavien terveyshyötyjen vertailuun. Tehokkuuskriteerien edellyttämä terveystilojen summan maksimointi ei sen mukaan olisi oikea periaate. Tasa-arvokriteereistä on kuitenkin eri versioita.

Väestö vanhenee, lääketieteen teknologia on yhä kalliimpaa ja samalla myös ihmisten toiveet kasvavat. Samalla kun hoitojen priorisointi on nähty välttämättömäksi, siitä vastuunotto on kuitenkin hirvittävä tehtävä hoitohenkilökunnalle. Onkin tervehdittävä tyydytyksellä niitä alan tutkijoita, jotka ovat pyrkineet etsimään priorisointiongelmaan ratkaisuja. Kysymys on siis yhtäältä varojen riittävydestä mutta toisaalta potilaiden yhdenvertaisuudesta. Tällöin joudutaan

¹ Tuottavuuskustannusten arvioimisesta on olemassa kirjallisuus, joka on liian laaja tässä referoitavaksi (vrt. Kro1 2012). Suomalaisista tutkimuksista ks. Puolakka 2006 ja 2009; Martikainen & al. 2013.

² Paul Dolan ja Richard Edlin (2002) ovat osoittaneet, että kustannus-vaikuttavuuskriteeriä ei voi johtaa hyöty-kustannuskriteeristä kuin varsinkin tiukkojen oletusten valitessa.

kuitenkin ottamaan kantaa vaativiin eettisiin kysymyksiin. Olisiko esimerkiksi oikein hoitaa vakavissa sairauksissa ensisijaisesti nuoria ihmisiä (koska näillä on enemmän odotettavia elinvuosia) vai listata hoidettavat sairaudet ja karsia vain vähän haittaa aiheuttavia tiloja pois julkisen hoidon piiristä (esimerkiksi suonikohjut, peräpukamat, kosmeettinen kirurgia, lapsettomuushoidot)? Entä sairautta edistävä oma käytös (kuten tupakointi) ja siihen suhtautuminen?

Normatiivisen terveystaloustieteen meriittinä on ollut pyrkimys löytää hyväksyttävät kriteerit.³ Kun tehokkuuskriteerissä heijastuu kansalaisten terveystilojen summan maksimointi, tasa-arvokriteereistä on eri versioita, joista ei yksimielisyyttä ole voitu saavuttaa. Tutkimusalueen käynnistäjän Alan Williamsin (1997; 2001) ehdotus oli, että jokaisella tulisi olla oikeus odottaa sama määrä hyvää elämää, laaturainotteisina elinvuosina mitattuna. Hänen kuitenkin haastoi Erik Nord (1999; 2001) esittäen, että yhteiskunnan tulisi painottaa potilaan lisäterveyttä sitä enemmän, mitä vakavampi hänen terveydentilansa on. Magnus Johannesson (2001) puolestaan näki, että tämä taas saattaisi sitoa liikaa voimavaroja eliniän pidentämiseen elämisen laadun kustannuksella. Taloustieteen nobelisti Amartya Sen (2002) on kannattanut ihmisen toimintamahdollisuuksien periaatetta. Koska potilaan tila, sairaudet ja näiden epidemiologinen ulottuvuus vaikuttavat terveydentilaan, ne olisi otettava huomioon.

Kaikki mainitut tutkijat ovat alansa huippua. Kun näkemysten kirjo kuitenkin on merkittävä, on ymmärrettävää, että normatiivinen teoria ei ole kysymystä ratkaissut. Keskustelussa on usein esillä amerikkalaisen moraalifilosofin John Rawlsin näkemys siitä, että yhteiskunta on arvioitava sen perusteella, miten ne kohtelevat heikoimmasa asemassa oleva yhteisön jäsentä. Tämä vastaa ilmeisesti niitä moraalitunteita, jotka evoluutio meihin ihmisiin on valintapaineessa istuttanut.

Talouden rajat kuitenkin pysäyttävät. On selvää, että kustannuksia arvioitaessa ei voi sivuuttaa budjettirajoitetta eikä vaihtoehtokustannusta eli sitä, mitä suljetaan pois, kun jokin kriteeri valitaan. Budjettirajoitetta voidaan kuitenkin järkevällä politiikalla höllentää. Tietyvästi mis-

sään muussa maassa kuin Suomessa terveydenhuoltoa ei ole delegoitu niin pienelle yksikölle kuin kunnalle. Muutama kallis hoitomuoto voi saattaa kunnan talouden kestävämpään tilaan. Terveysriskien ”poolaaminen” väestöpohjaltaan suuremman kokonaisuuden pohjalta suojaisi tältä katastrofilta paremmin kuin kuntaperusteinen terveydenhuolto. Tämä näkökohta ei ole riittävästi noussut esiin esimerkiksi kuntauudistusta Suomeen toteutettaessa. Oikealla tasolla toteutettu terveydenhuoltojärjestelmä samalla kykenisi paremmin tuottamaan tasavertaista terveydenhuoltoa ja alentamaan priorisointipaineita.

Sairastuminen: taloudelliset ja hyvinvoinnilliset menetykset

Tarkastelen seuraavassa yksityiskohtaisemmin sairastumisen kansantaloudellisia vaikutuksia. Tarkoituksena on palvella niitä tutkimuksia, jotka näitä vaikutuksia pyrkivät konkreettisesti mitattamaan.

- 1) Potilaalle itselleen tulevat haitat:
 - elämän laatu heikkenee; epävarmuus terveydentilasta rasittaa psyykkisesti
 - ansaintakyky heikkenee
 - työpaikalta poissaolo aiheuttaa sosiaalisen viieryhmän ohenemista.
- 2) Potilaan perheelle aiheutuvat menetykset:
 - elämän laatu heikkenee
 - elintaso heikkenee.
- 3) Potilaan työnantajalle aiheutuvat kustannukset:
 - sijaisen palkkaaminen (tämä voi olla työsuoritukseltaan heikompi) tai yrityksen sisällä toisesta tehtävästä siirtäminen
 - sijaisen perehdyttäminen
 - potilaan palattua palautettava mieleen omat työtehtävät (toisinaan helppo, toisinaan vaikeaa)
 - tiimityön tapauksessa työntekijän poissaolo voi heikentää koko tiimin tuloksellisuutta.
- 4) Yhteiskunnalle (veronmaksajille) aiheutuvat kustannukset:
 - hoito- ja lääkemenojen kasvu, lisääntynyt verotulojen tarve julkisen sairausvakuutusjärjestelmän ylläpitämiseksi; näiden lisäksi verojen keräämiseen liittyy aina kansantaloudelli-

³ Olen käsitellyt normatiivista sosiaalista valintaa syväisemmin esitelmässäni ”Potilaiden oikeudet ja priorisointi – elämää suurempi kysymys” (Kanninen 2013).

nen kustannusrasite (*deadweight loss*) johtuen siitä, että verotus muuttaa taloudellista käyttäytymistä haitallisesti

- potilaan panostus kansantalouden arvonlisän (BKT:n) tuottamisessa jää pois; koko kansantalous menettää; yhteiskunnan mahdollisuus tuottaa terveys-, koulutus ja sosiaalipalveluja heikkenee, myös yhteiskunnan tulonsiirtokyky heikkenee.

Näiden menetyksien mittaamiselle on terveystaloustieteessä kehitetty menetelmiä. Tältä osin hyödyllinen lähde on esimerkiksi Marieke Krolin teos *Productivity Costs in Economic Evaluations* (2012). Krol myös sisällyttää kustannuksiin aivan oikein ”aika-kustannukset”, ts. matkustaminen sairaalaan, avustavien läheisten käyttämä aika jne. Myös elämän laadun QALY (*quality adjusted life years*) mittaaminen on ollut osa terveystaloustieteen traditiota.⁴

Potilaiden hoito- ja lääkekulut ovat kustannuksia, mutta samalla ne on syytä nähdä investointina työkykyyn. Niillä on siis kaksisuuntainen vaikutus: kustannuksina ovat pois muusta resurssien käytöstä. Potilaan terveydentilaa parantavina ne lisäävät esimerkiksi yrityksen suosituskykyä. Potilas voi toipua täysin eli hänen terveydentilaansa tehty investointi palauttaa hänen tuottavuutensa tai hän voi toipua osittain. Tämä säätelee häneen tehtävän investoinnin kannattavuutta taloudelliselta kannalta. Potilaan jäljellä oleva työikä myös vaikuttaa tuottavuusmenetyksiin. Kun ihminen on tuottavuudeltaan huipulla, sairastumisen aiheuttamat tuottavuusmenetykset ovat suurimmillaan.

Kuinka paljon resursseja terveydenhuoltoon? Yhteiskunnallinen hyöty-kustannus-tehokkuuskriteeri

Terveydenhuollon tehtävänä on tuottaa palveluita, joilla potilaiden elämän laatu ja työkyky ovat ylläpidettävissä ja palautettavissa. Kuinka paljon näiden palvelusten tuottamiseen yhteiskunnan resursseja tulisi suunnata? Kattavassa yhteiskun-

⁴ Elämän laadun arviointi täytyy ilmeisesti olla yksilöllistä: turvallisuus, hiljaisuus, virikkeet, tekeminen, ihmissuhteet, henkinen tasapaino, fyysinen tuska, terveys. Taloustieteen onnellisuustutkimukset ovat tätä sivuava teema, joskin käsittelee kysymystä toisesta näkökulmasta. Siinä tärkeimmäksi näkemykseksi nousee ajatus siitä, että onni on suhteellista.

nallisessa hyöty-kustannusanalyysissä kustannuksiin tulee lukea seuraavat menoerät:

- lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuskustannukset; ne tuetaan
- verorahoitteisesti terveysyksiköiden (terveyskeskukset, sairaalat ym.) ylläpitämis- ja varustemenot
- uusien lääkkeiden kehittämiskustannukset
- lääkkeiden tuotantokustannukset.

Julkisrahoitteiseen terveydenhuoltoon liittyy tärkeitä mekanismeja. Nostan esiin oleellimmat. Julkinen sektori rahoittaa verotuksella julkishyödykkeet, tulonsiirrot ja muut vastaavat julkiset hankinnat. Näin nämä menokohteet kilpailevat julkisten terveydenhuoltomenojen kanssa ja osaltaan vaikuttavat ihmisten äänestyskäyttäytymiseen. Verottaja osallistuu lääkkeiden tuottamisen kustannuksiin (sairausvakuutus), millä luodaan samalla kannusteet uusien lääkkeiden kehittämiseksi. Huomautan myös siitä, että jos julkisella sektorilla on likimain monopoliasema terveydenhuoltopalvelujen kysyjänä, se toimii *monopsonin* asemassa. Se toisin sanoen alihinnoittelee lääkäreiden ja sairaanhoitajien palvelut. Lääkärikunta on onnistunut luomaan vastavoiman: rajoitukset koulutettavien lääkäreiden määrälle.

Miten sairausvakuutuksen kustannusten tulisi jakautua potilaiden ja yhteiskunnan kesken?

Lääkkeiden hinnoittelusta ja sairausvakuutuksen periaatteista päättää julkinen sektori. Kansalaisten agentteina toimivat tältä osin Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) ja Kela. On hyödyllistä teoretisoida, että yhteiskunnan edustajina ne – taloustieteen termeillä ilmaistuna – maksimoivat ns. *yhteiskunnan hyvinvointifunktiota*. Tämä näkökulma tarjoaa analyttisen lähtökohdan sairausvakuutuksen problematiikan tutkimukseen. Olemme tarkastelleet sitä artikkelissa Kanniainen, Laide, Linnosmaa (2013). Yhteiskunnan hyvinvointifunktioon on siinä sisällytetty potilaille koitua hyöty lääkkeistä ja lääkkeiden kehittäjän taloudellinen voitto vähennettynä sairausvakuutuksen rahoittamisen edellyttämän verotuksen taloudellisella kustannusrasiteella (*social cost of public funds*). Koska potilailla

on toisistaan poikkeava maksukyky, kaikkein heikoimmassa asemassa olevien potilaiden tulisi saada lääkkeet ilmaiseksi. Hintana on se, että maksukykyisiltä joudutaan tällöin perimään hieman korkeampi hinta, jotta verotuksen aikaansaama kustannusrasite ei nousisi liian korkeaksi. Sairausvakuutuksen korvattavuusasteen tulisi riippua lääkkeen vaikuttavuudesta sekä siitä, kuinka paljon yhteiskunta arvottaa ihmisten työkyvyn palautumista lääkeshoidolla.

Elämän arvo

Edellä on keskitytty sairastumisen taloudellisiin vaikutuksiin. Sairauden johtaessa (ennen aikaiseen) kuolemaan, yhteiskunta menettää potilaan työpanoksen pysyvästi. Terveystieteiden tavoitteena on estää ennen aikaiset kuolemat. Kuinka suuri paino inhimilliselle elämälle on annettava? Mitataanko ihmisen elämän arvoa hänen taloudellisella tuottavuudellaan? Filosofit ja humanistit varmaankin vastaavat, että ihmisen elämän arvo on ääretön, eikä tämä tosiasia ainaakaan mittauksin muuksi muutu. Taloustieteessä on tehty väistöllike. Sen sijaan, että kysytään, mikä on elämän arvo, kysymys on asetettu toisin. On kysytty, miten ihminen itse elämäänsä arvottaa. Tämä on tieteellinen kysymys. Se on empiirisesti tutkittavissa. Taloustieteilijät ovatkin kysyneet, minkälaisia riskivalintoja ihmiset omassa elämässään ottavat ja mitä he ovat valmiita maksamaan välttääkseen kuolemanriskin. Tätä tutkimustehtävää varten on kehitetty metodologia (vrt. Mrozek & Taylor 2001; Viscusi 2003; Brannon 2004–2005; Mankiw 2012). Tämä lähestymistapa siten haastaa filosofiset ajatukset siitä, että elämän arvo olisi ääretön. Ainakaan ihmiset itse eivät pidä oman elämänsä arvoa äärettömänä.

Sotaan lähtö, terrorismi, huume kokeilut ja muu riskikäyttäytyminen, kuten vuoristokiipeily ja elämysretket, kertovat tietoisesta ja harkitusta riskinottamisesta. Palkat vaarallisissa töissä, kuten lumen pudottamisessa kerrostalon katolta keväisin, leijonan kesyttäjän työ tai stuntin rooli Hollywoodin elokuvassa, pitävät sisällään vaarallisen työn lisän.

Elämälle muodostuu – yllättävää kyllä – myös markkina-arvo. Elämälle, niin olemassa olevalle kuin uudelle, on olemassa aidot markkinat:

keinohedelmöitys, kohdunvuokraus, elimensiirrot, abortit, tuloillaan oleva kloonauus jne. Henkivakuutusyhtiöt joutuvat puolestaan päivittäin arvottamaan asiakkaidensa elämää. Itsemurhat puolestaan viestittävät siitä, että oma potentiaalisesti jäljellä oleva elämä näyttäytyy arvottomana. Murhaaja taas ei arvosta toisen ihmisen elämää: itse asiassa tämä on arvokkaampi hänelle kuolleena kuin elävänä.

Ihmiset siis näyttävät arvottavan omaa elämänsä kovin eri tavoin. Jos budjettirajoite aikaansaa priorisointitarpeen, terveydenhuoltojärjestelmä myös joutuu ottamaan kantaa siihen, miten eri potilaita ja heidän oikeuttaan elämään verrataan keskenään. Miten vastaukset näihin kysymyksiin on suhteutettavissa lääkärin etiikkaan, jonka mukaan jokainen elämä on yhtä arvokas?

Lopuksi

Heikon työviihtyvyyden ja matalan tuottavuuden taustalla olevista tekijöistä merkittävin ei ehkä sittenkään ole aina työntekijän sairaus. Sitäkin tärkeämpiä voivat olla ihmissuhteet – johdon ja alaisten suhteet sekä työntekijöiden keskinäiset suhteet. Tältä osin ei ole syytä odottaa suuria edistysaskeluita ”asennemuutoksia” kehittämällä. Asenteissa on kysymys ihmisyydestä ja hänen darwinistisesta taustastaan. Vain järkevästi luoduilla kannusteilla tai älykkäästi rakennetulla suostuttelulla (engl. ”nudge”) on jotain saavutettavissa. Tämä ei tarkoita sitä, etteikö työntekijän sairastumisella olisi varsin merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Siinä määrin kuin työskentely perustuu tiimityöhön, yhden työntekijä sairastuminen samalla heikentää koko tiimin tuottavuutta. Sairastumisen seurausvaikutuksina tulee myös nähdä työntekijän sosiaalisten suhteiden heikentyminen: työpaikka on vahva näiden suhteiden näyttämö. Työnteko ei ole pelkästään rasite; ihminen voi myös aidosti kokea työn iloa.

Ihmisten työkykyyn investoiminen on perusteltavissa vakuutusratkaisuna. Jokainen yhteiskunnan jäsen voi aina sairastua. Terveystieteiden tehtävä on luoda kansalaisille vakuutusturvaa. Periaatteessa vakuutus voi olla yksityinen tai julkinen. Meillä lähtökohtana on ollut julkinen sairausvakuutus. Sen tulisi pyrkiä riittävästi kattamaan myös kansalaisten työkyvyn palauttamisen kustannukset. Mihin rahat riittä-

vät, onkin vaikea kysymys.⁵ Työpaikalla asenteiden kehittäminen on aina paikallaan. Voi olla, että yritykset eivät ole riittävästi valppaita näkemään, että vajaatyökykyinen voi olla niille resurs-

si. Luovalla ajattelulla voi löytyä toimivia ratkaisuja. Myös yritysten intressissä voisi olla työntekijän työkyvyn palautumisen tukeminen. Tarvi- taanko tähän aina taloudellisia kannusteita?

KIRJALLISUUS

- Ahonen, Guy & Hussi, Tomi & Pirinen, Helka: Y-sukupolvi haastaa johtamisen Suomen työelämässä. Työpöytäkirja 4/2010, 23–32.
- Ahonen, Guy & Parvinen, Lasse & Vainio, Harri & Husman, Kaj & Ylikoski, Matti & Parvinen, Arvi & Liira, Juha & Puputti, Inkeri & Parry, Sirkka: Arvopohjainen työkyvyn hallinta tehostaa työterveyshuoltoa. Kahden yrityksen tapauskuvaus. Suomen Lääkärilehti 11/2011 vsk 66:921–926.
- Brannon, Ike: What is a life worth? Regulation, Winter 2004–2005.
- Dolan, Paul & Edlin, Richard: Is it really possible to build a bridge between cost-benefit analysis and cost-effectiveness analysis? Journal of Health Economics 21 (2002): 827–843.
- EK: Sairauspoissaoloissa menetetään 50 000 työvuoden työpanos – Poissaolot saatava alentumaan, 2008. www.ek.fi/ajankohtaista/tiedotteet
- ETK: Eläketurvakeskus, Keva ja Valtiokonttori: Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut 2010. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva, 2012.
- Hoffmanco International Oy: Työkykyjohtamisen benchmark-hanke 2012 käynnistetty. Saatavissa http://www.hoffmanco.fi/files/Benchmark-hankkeen_kutsukirje_2012.pdf. (luettu 23.9.2012)
- Johannesson, Magnus: Should we aggregate relative or absolute changes in QALYs. Health Economics 10 (2001): 573–577.
- Kanniainen, Vesa & Laine, J. & Linnosmaa, I.: Efficient Pricing and Insurance Coverage in Pharmaceutical Industry when the Ability to Pay Matters. HECER, Discussion Papers N:o 372, 2013.
- Kanniainen, Vesa: Potilaiden oikeudet ja priorisointi – elämää suurempi kysymys. Yhteiskunta, potilas ja omaiset – oikeuksien ja velvollisuuksien uusjako? Esitelmä, Pfizer 28.5.2013.
- Krol, Marieke: Productivity costs in economic evaluations. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2012.
- Martikainen, Janne & Määttä, Petri & Kanniainen, Vesa: Työkyvyn ja tuottavuuskustannusten rooli terveystaloudellisessa arvioinnissa. Työterveyslääkäri-lehti 1/2013.
- Mankiw, Gregory: Principles of Economics, 2012.
- Mrozek, J.R. & Taylor, L.O.: What determines the value of life? A meta-analysis. Andrew Young School of Policy Studies, Georgia State University, August 29, 2001.
- Nord, Erik & Pinto, J.L. & Richardon, J. & Menzél, P. & Ubel, P.: Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes. Health Economics 8 (1999): 25–39.
- Nord, Erik: The desirability of a condition versus the well being and worth of a person. Health Economics 10 (2001): 579–581.
- Nord, Erik: Concerns for the worse off: fair innings versus severity. Social Science & Medicine 60 (2005): 257–263.
- Puolakka, Kari: Monetary value of lost productivity over a five years follow up in early rheumatoid arthritis estimated on the basis of official register data on patients' sickness absence and gross income: experience from the FINEACo trial. Ann Rheum Dis 65 (2006) 899–904.
- Puolakka, Kari & al.: Use of Stanford Health Assessment Questionnaire in estimation of long-term productivity costs in patients with recent-onset rheumatoid arthritis, Scandinavian Journal of Rheumatology 2009, 38, 96–103.
- Rantalaiho, Vappu Marianna & Kautiainen H. & Järvenpää S. & Virta L. & Pohjolainen T. & Korpela M. & Möttönen T. & Puolakka, K.: Decline in work disability caused by early rheumatoid arthritis: results from a nationwide Finnish register, 2000–8. Ann Rheum Dis. 2012 Jun 7.
- Sen, Amartya: Why health equity. Health Economics 11 (2002): 659–666.
- Thaler, Richard H. & Sunstein, Cass R.: Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. Yale University Press, 2008.
- Williams, Alan: Intergenerational equity: An exploration of the 'fair innings' argument. Health Economics 6 (1997): 117–132.
- Williams, Alan: The 'fair innings argument' deserves a fairer hearing! Comments by Alan Williams on Nord and Johannesson. Health Economics 10 (2001): 583–585.
- Viscusi, W. Kip: The Value of Life: estimates with risks by occupation and industry. Discussion Paper No. 422, 05/2003, Harvard Law School, 2003.

5 Osasairauspäivärahan tarkoituksena on tukea työkyvyttömän henkilön työssä pysymistä ja työhön paluuta. Viime vuonna sitä maksettiin 13,5 miljoonaa euroa. Kuntoutus on jo monimutkaisempi kokonaisuus, joka jakautuu useampaan luokitteluun. Näistä "Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus" -kustannuksia maksettiin viime vuonna noin 27,8 miljoonaa euroa.