

Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä

Sairauspäivärahan saajat 1996–2015

JENNI BLOMGREN

Johdanto

Suomessa on kansainvälisesti verraten korkea sairauspoissaoloaste. OECD:n kokoamien, eri maiden työvoimatutkimuksiin perustuvien lukujen perusteella kokopäiväisistä työntekijöistä noin 4,5 prosenttia oli poissa töistä sairauden takia vähintään yhden päivän tutkimusviikon aikana Suomessa vuonna 2008, kun 25 OECD-maan mediaani oli noin 2,5 prosenttia (OECD 2010, 63). Norjassa ja Ruotsissa sairauspoissaoloasteet olivat vielä korkeammat kuin Suomessa (7 % ja 5 %). Pohjoismaiden korkeiden lukujen on arvioitu liittyvän muun muassa verrattain anteliaaseen etuusjärjestelmään (Lusinyan & Bonato 2007; OECD 2010).

Sairauspoissaoloista koituu kustannuksia työnantajille, sosiaalivakuutukselle sekä sairaille ihmisille itselleen. Sairauspoissaolojen kustannukset olivat OECD:n arvion mukaan Suomessa 1,2 prosenttia bruttokansantuotteesta vuonna 2007 OECD-maiden keskiarvon ollessa 0,8 prosenttia (OECD 2010, 58). Sosiaali- ja terveysministeriön laskelman mukaan sairauspoissaolojen aiheuttamat menetetyt työpanoksen kustannukset olivat vuonna 2012 noin 3,4 miljardia euroa, josta noin puolet aiheutui pitkistä, Kelan osittain korvaamista sairauspoissaoloista ja puolet lyhyistä poissaoloista (Rissanen & Kaseva 2014). Laskelmasa arvioitiin kustannus vastaa noin 1,7:ää prosenttia vuoden 2012 bruttokansantuotteesta (199, 8 mrd. euroa, Tilastokeskus 2016a).

Laskettavissa olevien välittömien kustannusten (mm. sairausajan palkat) lisäksi sairauspois-

saoloista aiheutuu myös välillisiä kustannuksia (mm. tuotannon ja palvelujen heikkenemisestä aiheutuvat kustannukset), joiden summaa on vaikea laskea. Yhtäällä on esitetty arvio, että välilliset kustannukset olisivat suunnilleen samansuuruisia kuin välittömät kustannukset (Keva 2015), ja toisaalla, että kokonaiskustannukset olisivat noin kolme kertaa sairausajan palkan suuruiset (Elinkeinoelämän keskusliitto 2009).

Sairauspoissaolot ennustavat myöhempää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä, ja etenkin sairauspoissaolon pitkittyminen vähentää työhön paluun todennäköisyyttä ja ennustaa pysyvää työkäyvyn menetystä (Duijn & al. 2010; Jonsuu & al. 2008). Työkäyvyn heikkenemisen ehkäisy varhaisessa vaiheessa jo ensimmäisten pitkien sairauspoissaolojen ilmaantuessa onkin keskeinen keino työurien pidentämisessä ja työkyvyttömyyteen liittyvien kustannusten hillitsemisessä. Tieto suomalaisten sairauspoissaolojen kehityksestä on kuitenkin varsin ohutta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella Kelan korvaamien sairauspoissaolojen trendejä työikäisillä naisilla ja miehillä ikäryhmittäin ja diagnooseittain viimeisen parinkymmenen vuoden ajalta sekä pohdita, mistä havaitut muutokset johtuvat.

Tietoa koko työikäisen väestön sairauspoissaolojen kehityksestä on vähän

Työikäisten suomalaisten kaikista sairauspoissaoloista ei ole olemassa kattavaa pitkää aikasarjaa, sillä tietoja lyhyistä poissaoloista ei kerätä kansallisiin rekistereihin. Pitkestä, Kelan korvaamista sairauspäivärahakausista sen sijaan löytyy rekisteritiet-

toja kymmenien vuosien ajalta. Kaikista sairauspoissaoloista, lyhyet poissaolot mukaan lukien, saadaan kansallisesti yleistettävää tietoa lähinnä Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen ja Elinkeinoelämän keskusliiton (EK) työaikaakatsausten avulla. EK:n katsauksetkaan eivät tosin ole yleistettävissä kaikille aloille vaan ainoastaan EK:n jäsenyrityksiin.

Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan työlliseen työvoimaan kuuluvilla sairauspoissaoloja oli vuoden 2013 aikana 63 prosentilla naisista ja 60 prosentilla miehistä. Vähintään 10 päivän pituisia poissaoloja oli samana vuonna 13 prosentilla palkansaajista. Keskimäärin naiset ilmoittivat olleensa poissa töistä sairauden vuoksi 9 ja miehet 8 työpäivää vuoden aikana. (Sutela & Lehto 2014.) Elinkeinoelämän keskusliiton työaikaakatsauksen mukaan sairaus- ja tapaturmapoissaolojen osuus teoreettisesta säännöllisestä työajasta oli vuonna 2014 EK:n jäsenyrityksissä teollisuudessa, rakennusalalla ja palvelualoilla 4,3 prosenttia (Elinkeinoelämän keskusliitto 2016), mikä vastaa alussa mainitussa OECD:n vertailussa raportoitua työvoimatutkimuksen lukua. Työvoimatutkimuksen mukaan sairauspoissaolot yleistyivät ja poissaolojaksojen pituus kasvoi aikavälillä 2003–2008, mutta 2008–2013 poissaolot jälleen vähenivät ja jaksot lyhenivät (Sutela & Lehto 2014).

Sairausajan toimeentuloturva Suomessa

Sairauden tai vamman takia työkykynsä menettäneen toimeentulo turvataan Suomessa universaaliin sairausvakuutukseen kuuluvalla sairauspäivärahalla, joka korvaa vakuutetuille ansionmenetyksiä tilapäisen, korkeintaan noin vuoden kestävä työkyyttömyyden ajalta. Sairausvakuutuslain (1224/2004) perusteella päivärahaa voidaan maksaa 16–67-vuotiaille (vuoteen 2004 saakka ikäraja oli 16–64) henkilöille, joita voidaan pitää työkyyttöminä tavalliseen työhönsä tai siihen verrattavissa olevaan omaan toimeensa, kuten esimerkiksi työttömänä työnhakijana tai opiskelijana toimimiseen. Vuoden 2015 loppuun saakka päivärahan saamisen ehtona oli työedellytys: hakijan tuli edeltävän kolmen kuukauden aikana olla työssä tai siihen verrattavissa olevassa toiminnassa. Vuoden 2016 alusta työedellytyksen täyttymistä ei enää selvitetä (Sairausvakuutuslaki 1224/2004). Eläkkeellä oleville päivärahaa ei pääsääntöisesti makseta; poikkeuksia ovat tilanteet, joissa alle 68-vuotias eläkkeensaaja tekee työtä eläkkeellä ollessaan.

Sairauspäiväraha voidaan maksaa ansiosidon-

naisena tai vähimmäismääräisenä. Ansiosidonnaisen sairauspäivärahan määrä perustuu hakijan aiempiin tuloihin tai edeltävään etuuteen, esimerkiksi työttömyyskorvaukseen. Ansiosidonnaista päivärahaa maksetaan pääsääntöisesti sairastumispäivän ja sitä seuraavan yhdeksän arkipäivän omavastuuajan ylittävältä työkyyttömyysajalta – arkipäiviksi lasketaan päivät maanantaista lauantaihin lukuun ottamatta arkipäiviä. Sairauspäivärahaa maksetaan siten pääsääntöisesti kuudelta päivältä viikossa, ja yksi omavastuuajalle osuva sunnuntai huomioiden Kelan korvaama sairauspäivärahakausi alkaa aikaisintaan sairauden 12. kalenteripäivästä.

Sairauspäiväraha korvaa ansionmenetystä, ja sitä ei samoin ehdoin makseta niille henkilöille, joiden aiemmat vuosityötulot eivät ylitä tiettyä rajaa (1 408 euroa vuodessa vuonna 2016 käytettävän laskukaavan mukaan) eikä oikeutta päivärahaan ole edeltävän etuuden perusteella. Jos vuosituloraja (tai vuoteen 2015 saakka työedellytys) ei täyty, sairauspäiväraha voidaan maksaa vähimmäismääräisenä (23,93 euroa/arkipäivä vuonna 2016) työkyyttömyyden kestänyt 55 kalenteripäivää. Päiväraha maksetaan vähimmäismääräisenä myös silloin, kun ansiosidonnainen päiväraha jäisi vähimmäismääräistä pienemmäksi (Sairausvakuutuslaki 1224/2004).

Samana sairauden takia sairauspäivärahaa voidaan maksaa enintään 300 arkipäivältä (Sairausvakuutuslaki 1224/2004) eli yhteensä noin vuoden kokonaisajalta noin kahden kalenterivuoden aikana. Työkyyttömyyden edelleen jatkussa edessä voi tämän jälkeen olla työkyyttömyyseläkkeen hakeminen. Läheskään kaikille hakijoille työkyyttömyyseläkettä ei kuitenkaan myönnetä (Blomgren & Virta 2012).

Suurin osa työntekijöistä saa sairausajan palkkaa

Työsopimuslain mukaan työntekijällä on oikeus sairausajan palkkaan sairastumispäivää seuranneen yhdeksännen arkipäivän loppuun eli Kelan sairauspäivärahan omavastuuajalta. Jos työsuhde on jatkunut vähintään kuukauden, työntekijällä on oikeus täyteen palkkaan, ja jos vähemmän kuin kuukauden, puoleen täydestä palkastaan (Työsopimuslaki 55/2001). Työehtosopimuksilla sairausajan alkupäivien palkanmaksuvelvoitteesta voidaan kuitenkin poiketa. Useimmilla aloilla maksetaan työehtosopimukseen perustuen joko täyttä tai osittaista sairausajan palkkaa pidemmiltäkin jaksoilta kuin sairauspäivärahan omavas-

tuuajalta (Toivonen 2012). Työnantajan maksaessa sairausajan palkkaa on hänellä oikeus saada vastaavalta ajalta työntekijälle kuuluva sairauspäiväraha siltä osin kuin sairauspäiväraha on korkeintaan maksetun palkan suuruinen (Työsopimuslaki 55/2001). Rekistereissä ja tilastoissa päiväraha tilastoituu aina työntekijälle vaikka se maksettaisiin työnantajalle.

Kelan sairauspäivärahaa viime vuonna lähes 300 000:lle

Vuonna 2015 Kelan sairauspäivärahaa maksettiin 292 706 henkilölle vähintään yhden päivän ajalta. Korvattuja päiviä kertyi vuoden aikana 14,4 miljoonaa. Yhteensä Kelan maksama korvaussumma oli 826 miljoonaa euroa ja keskimääräinen päiväraha korvauspäivää kohden 57,5 euroa. (Kelasto 2016.) Sairauspäivärahan etuuskuvantannukset aiheuttivat 21 prosenttia kaikista Kelan maksamista sairausvakuutuskorvauksista vuonna 2015. Alkaneista sairauspäivärahakausista 31 prosenttia johtui tuki- ja liikuntaelinten sairauksista, 17 prosenttia mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä, 15 prosenttia vammoista, 6 prosenttia hengityselinten sairauksista ja loput 30 prosenttia muista sairauksista (Kelasto 2016). Vammojen osalta on huomattava, että Kelan sairauspäiväraha ei korvaa tulonmenetyksiä, jotka korvataan ansionmenetykskorvauksena työtaturma- ja ammattitautilain, maatalousyrittäjän työtaturma- ja ammattitautilain, liikennevakuutuslain, sotilasvammalain tai sotilastaturmalain kuntoutusta koskevien säännösten perusteella (Sairausvakuutuslaki 1224/2004). Siten työtaturmista aiheutuneet vammat eivät näy Kelan maksamissa päivärahoissa.

Tavallisen sairauspäivärahan lisäksi Kelan sairauspäivärahaetuuksiin kuuluvat osasairauspäiväraha osa-aikaisesti työskenteleville (vuodesta 2007 alkaen), YEL-sairauspäiväraha yrittäjän eläkelain mukaan vakuutetulle yrittäjälle osalta varsinaisen sairauspäivärahan omavastuu-aikaa (2006 alkaen), tartuntatautipäiväraha ja ansionmenetykskorvaus henkilöille, jotka on tartuntatautilain perusteella määrätty olemaan pois työstä (2003 alkaen), sekä luovutuspäiväraha elimen tai kudoksen luovuttajalle niiltä päiviltä, jotka hän joutuu luovutuksen takia olemaan pois työstä (2003 alkaen). Osasairauspäivärahaa saaneita oli vuonna 2015 noin 15 500 (osuus kaikista korvatuista päivärahopäivistä vajaat 6 %) ja YEL-päivärahaa saaneita 15 800 (0,7 % korvatuista päivistä). Tartun-

tatautipäivärahaa ja ansionmenetykskorvausta saaneita sekä luovutuspäivärahaa saaneita oli vain vähän (107 ja 16 henkilöä) (Kelasto 2016). Tämän artikkelin analyysit käsittävät jatkossa vain tavallisen sairauspäivärahan.

Tutkimuksen tarkoitus

Artikkelin tavoitteena on tuottaa kuvaus Kelan sairauspäivärahan saamisella mitattujen suhteellisten pitkien (vähintään 12 kalenteripäivää) sairauspoissaolojen kehityksestä suomalaisessa työikäisessä väestössä viimeisen 20 vuoden aikana. Artikkelissa tarkastellaan sairauspäivärahaa vuoden aikana saaneiden henkilöiden osuutta sairauspäivärahaan oikeutetusta väestöstä vuosina 1996–2015. Systemaattisesti koottua trenditietoa sairauspäivärahaa saaneiden osuuden muutoksista ikä-, sukupuoli- ja sairausryhmittäin ei ole aiemmin ollut käytettävissä.

Artikkelin pohdintaosassa havaituista muutoksista keskustellaan etenkin sairauspäivärahaa koskeneiden lainsäädäntömuutosten, taloussyökin sekä väestön ikärakenteen muutoksen valossa.

Aineisto ja menetelmät

Aineistona käytettiin Kelan tilastotietoja sairauspäivärahaa saaneista vuosina 1996–2015 sekä Tilastokeskuksen tietoja samanikäisestä väestöstä. Sairauspäivärahaa koskevat tiedot poimittiin Kelan ylläpitämästä Kelasto-tilastotietokannasta (Kelasto 2016), jonka julkinen, tässä käytetty hieman suppeampi versio on avoimesti saatavilla. Tilastokeskuksen Statfin-tietokannasta (Tilastokeskus 2016b) poimittiin työssäkäyntitilastoon perustuvat lukumäärätiedot väestöstä sukupuolen, iän ja pääasiallisen toiminnan mukaan. Vuosittaiset sairauspäivärahaa saaneiden lukumäärät eri ikä-, sukupuoli- ja sairausryhmissä suhteutettiin edellisen vuoden lopun ei-eläkkeellä olevaan väestöön samoissa ikä- ja sukupuolikohorteissa. Eläkkeellä olevat poistettiin jakajasta, sillä eläkeläiset eivät pääsääntöisesti voi saada sairauspäivärahaa.

Diagnoositarkasteluiden ajallisen vertailukelpoisuuden vuoksi tarkastelu alkaa vuodesta 1996, jolloin otettiin käyttöön ICD-10-tautiluokitus. Lisäksi artikkelin analyysit rajattiin 16–64-vuotiaisiin, sillä vuoteen 2004 saakka ennen työeläkelainsäädännön muutosta sairauspäivärahaan oli oikeus vain tämänikäisillä (2005 alkaen 16–67-vuotiailla).

Työikäinen väestö jaettiin tarkasteluita varten kolmeen ikäryhmään: 16–34-vuotiaat, 35–49-vuotiaat sekä 50–64-vuotiaat. Ikäryhmittäin tarkastellaan myös yleisimpiä sairauspäivärahan perusteena olleita diagnooseja. Analyysit tehtiin erikseen naisille ja miehille, koska naisten sairauspoissaolojen tiedetään aiemman tutkimuksen perusteella olevan selvästi yleisempiä kuin miesten (Laaksonen & al. 2010) ja lisäksi eri diagnoosit painottuvat naisilla ja miehillä eri tavoin (Kela 2015).

Tulokset

Sairauspäivärahaa saaneiden osuus pienentynyt viime vuosina

Sairauspäivärahaa saaneiden osuus työikäisestä ei-eläkkeellä olevasta väestöstä kasvoi tarkastelun ensimmäisen 10-vuotiskauden aikana vuodesta 1996 noin vuoteen 2006 kymmenestä prosentista lähes 13 prosenttiin naisilla ja kahdeksasta prosentista vajaaseen kymmeneen prosenttiin miehillä. Tätä seuraavan 10-vuotiskauden aikana osuudet jälleen laskivat kohti 1990-luvun puolivälin tasoa (kuvio 1). Vuonna 2015 sairauspäivärahaa sai 16–64-vuotiaista naisista 10,8 prosenttia, miehistä 7,5 prosenttia. Koko 16–64-vuotiaasta väestöstä yhdeksän prosenttia sai vuoden 2015 aikana sairauspäivärahaa.

Mitä vanhemmista on kyse, pääsääntöisesti sitä useampi saa vuoden aikana sairauspäivärahaa. Naisten ja miesten välinen ero on selvä kaikissa ikäryhmissä (kuvio 1). Tarkastelun ikääntyneimmistä työikäisistä (50–64-vuotiaat) päivärahaa sai

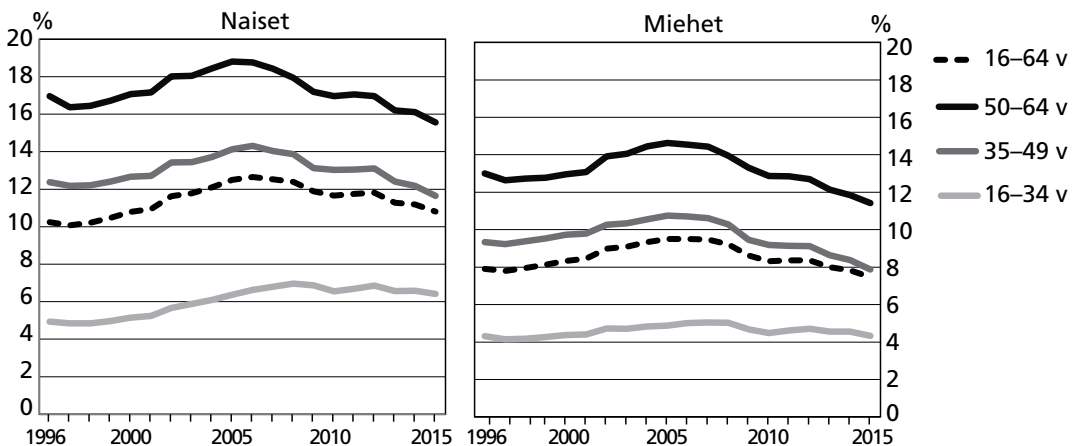
vuonna 2015 naisista 16 prosenttia ja miehistä 11 prosenttia. Nuorimmasta ikäryhmästä päivärahaa sai naisista kuusi ja miehistä neljä sadasta.

Eri ikäryhmissä ajallinen trendi on pääosin samanlainen kuin koko 16–64-vuotiaassa väestössä. 35 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä näkyy sairauspäivärahaa saaneiden osuuden selvä lasku vuoden 2007 jälkeen. 16–34-vuotiailla osuus ei kuitenkaan ole viimeisen kymmenen vuoden aikana pienentynyt muiden ikäryhmien tavoin. 1990-luvun puolivälissä nuoret naiset ja miehet saivat sairauspäivärahaa suurin piirtein yhtä yleisesti, mutta 2000-luvun ensikymmenen aikana osuus kasvoi nuorilla naisilla selvästi jyrkemmin kuin nuorilla miehillä ja saajien osuus näyttää lisäksi jääneen uudelle korkeammalle tasolle. Nuorten naisten ja miesten välinen ero on siten selvästi kasvanut.

Mielenterveyshäiriöihin perustuvan päivärahan jyrkkä kasvu taittunut

Kuvioon 2 on laskettu sairauspäivärahaa saaneiden väestöosuudet 16–64-vuotiailla naisilla ja miehillä erikseen kummankin sukupuolen tärkeimmän kahdeksan sairauspuuryhmän osalta.

Molemmilla sukupuolilla sairauspäivärahan myöntämisen perusteena ovat useimmin olleet tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (tule-sairaudet): 16–64-vuotiaista naisista 3,6 prosenttia ja miehistä 2,4 prosenttia sai päivärahaa tule-sairauksien perusteella vuonna 2015. Toiseksi yleisimpiä sairausryhmiä ovat naisilla mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja miehillä vammat; miehillä mielenterveyshäiriöt nousevat vasta kolmanneksi suurimmaksi sairausryhmäksi. Vuoden 2007 jälkeen havaittu lasku sairauspäivärahaa saaneiden



Kuvio 1. Sairauspäivärahaa saaneiden osuus edellisen vuoden lopun ei-eläkkeellä olevasta väestöstä ikäryhmän mukaan 1996–2015 (%).

osuuksissa johtuu pitkälti tule-sairauksiin perustuvan päivärahahan aiempaa vähäisemmästä saamisesta.

Mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneiden osuus työikäisestä väestöstä kasvoi suhteellisen jyrkästi tarkastelun ensimmäisen kymmenen vuoden aikana etenkin naisilla, minkä jälkeen osuus on hiukan pienentynyt. Päivärahaa saaneiden osuuden lasku ei kuitenkaan ole yhtä selkeää kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa. Aikavälillä 2010–2016 osuus ei käytännössä ole juuri muuttunut. Vammojen perusteella päivärahaa saaneiden osuus ei miehillä ole juuri muuttunut viime vuosien pientä laskua lukuun ottamatta; naisilla se on jonkin verran noussut.

Pitkien sairauspoissaolojen kannalta vähemmän merkityksellisissä sairausryhmissä voidaan kuriositeettina mainita hengityselinten sairauksien takia maksettua päivärahaa saaneiden osuuden erottuminen trendistä vuosina 2011–2012. Talviin 2010–2011 sekä 2011–2012 sattui rajuja influenssa- ja mykoplasmaepidemioita (Jaakola & al. 2013), jotka jälkiseurauksineen selittävät pitkien, Kelan korvattavaksi tulleiden hengitystiesairauksiin perustuvien sairauspoissaolojen hetkellisen yleistymisen.

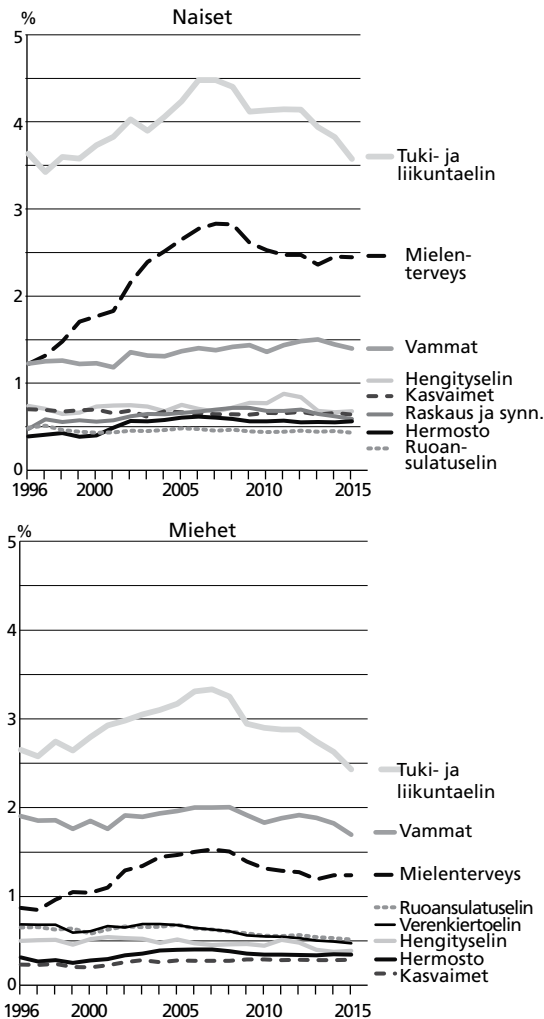
Naisilla kuudenneksi yleisimmäksi päivärahahan perusteeksi nousevat raskauteen ja synnytykseen liittyvät vaivat. Tähän ryhmään kuuluvalla päädiagnoosilla päivärahaa on vuosittain saanut noin 0,6–0,7 prosenttia työikäisistä naisista.

Muiden sairausryhmien perusteella päivärahaa saaneiden osuus väestöstä jää matalaksi, korkeimmillaan puolen prosentin tuntumaan, kun näitä ryhmiä tarkastellaan yksittäin.

Sairauspäivärahan yleisimmät diagnoosit erilaisia eri ikäryhmissä

Yleisimpien diagnoosien erittely tarkemmin ikäryhmittäin tuo lisäväriä kehityksestä saatavaan kuvaan. Kuviossa 3 (a–f) eritellään hienosyisemmin eri ikäryhmien yleisimmät sairauspäivärahan perusteena olleet sairausryhmät. Jokaisen sukupuoli- ja ikäryhmän osalta esitetään selkeyden vuoksi vain ne viisi sairausryhmää, joiden perusteella sairauspäivärahan saaminen oli ko. alaryhmässä yleisintä.

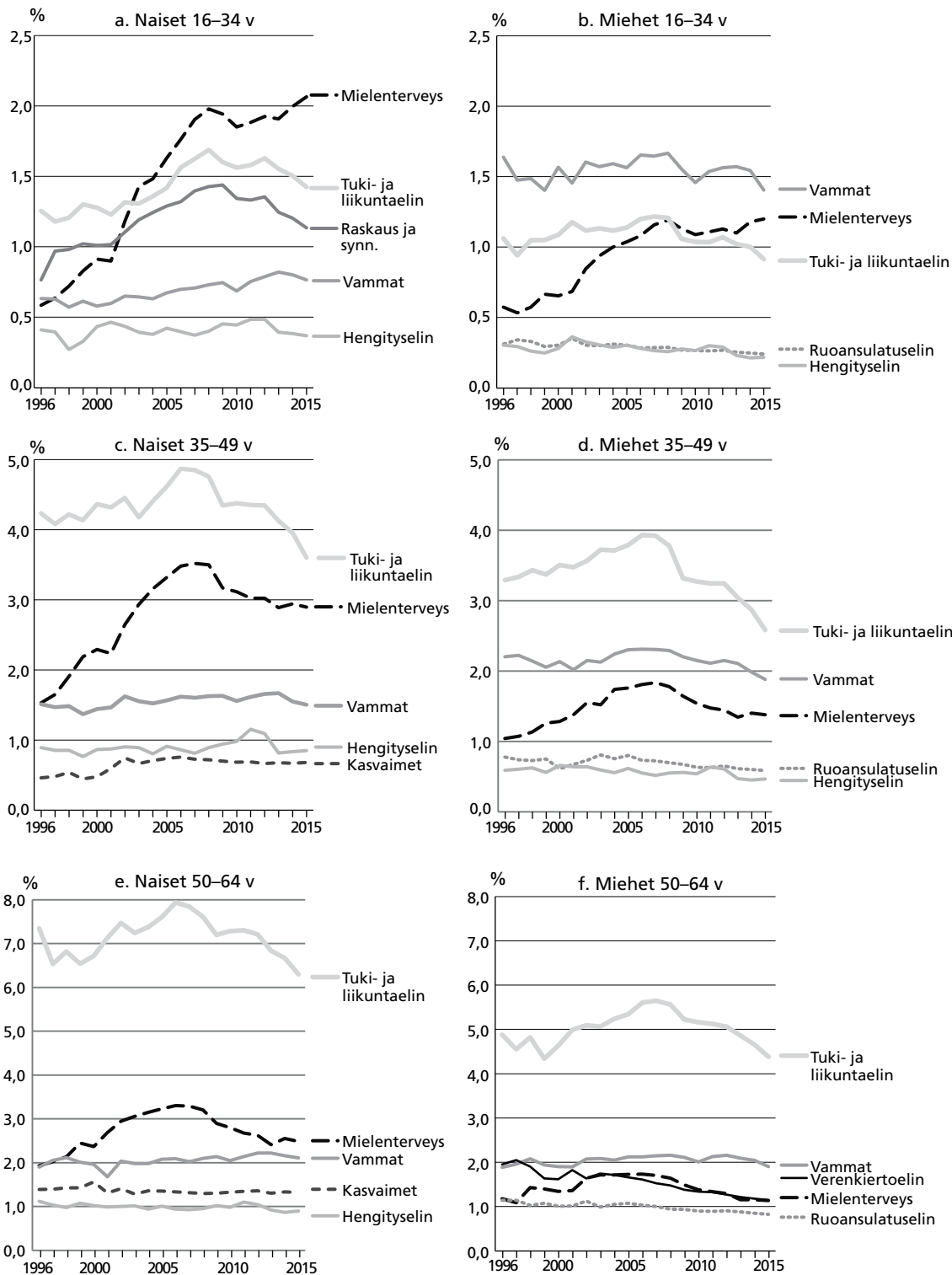
16–34-vuotiailla naisilla selvästi yleisimmäksi diagnoosiryhmäksi nousevat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Niiden perusteella maksettua sairauspäivärahaa saaneiden osuus on kasvanut jyrkästi viimeisen 20 vuoden aikana – erityi-



Kuvio 2. Sairauspäivärahaa saaneiden osuus edellisen vuoden lopun ei-eläkkeellä olevasta 16–64-vuotiaasta väestöstä naisten ja miesten kahdeksan yleisimmän sairausryhmän perusteella 1996–2015 (%).

sesti 1990-luvun puolivälistä vuoteen 2008, mutta kasvu on jatkunut viime vuosinakin (kuvio 3a). Vuonna 2015 noin kaksi sadasta 16–34-vuotiaasta naisesta sai mielenterveyden häiriön vuoksi sairauspäivärahaa. Nuorilla naisilla myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella samoin kuin raskauden ja synnytyksen perusteella maksettua päivärahaa saaneiden osuudet ovat kasvaneet 1990-luvun puolivälin jälkeen eivätkä ne viimeaikaisesta pienestä vähenemisestä huolimatta ole vuoden 2008 jälkeen laskeneet 1990-luvun tasolle.

Nuorilla miehillä sen sijaan yleisin sairauspäivärahan peruste ovat vammat, ja saajien osuus on



Kuvio 3. Sairauspäivärahaa saaneiden osuus edellisen vuoden lopun samanikäisestä ei-eläkkeellä olevasta väestöstä kunkin sukupuoli- ja ikäryhmän viiden yleisimmän sairauspäryhmän perusteella 1996–2015 (%).

pysynyt varsin vakaana. Myös nuorilla miehillä näkyy mielenterveyssyiden perusteella päivärahaa saaneiden osuuden kasvu, joskin osuus on selvästi nuorten naisten vastaavaa osuutta matalampi. Mielenterveyden häiriöt ovat viime vuosina nuorilla miehilläkin ohittaneet tule-sairaudet sairauspäivärahan perusteena.

35–49-vuotiaiden ja 50–64-vuotiaiden ikäryhmissä sairauspäivärahaa saatiin yleisimmin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella. Tule-sairauksien perusteella päivärahaa saaneiden osuus on pienentynyt pitkällä aikavälillä jokaisessa tarkastellussa 35 vuotta täyttäneiden ikä- ja sukupuoliyryhmässä mutta suhteellisesti eniten 35–49-vuotiailla miehillä ja heillä erityisesti vuoden 2007 jälkeen. Mielenterveyssyistä myönnetyn päivärahan saamisessa näkyy näissäkin ikäryhmissä jyrkkä kasvu vuoteen 2008 saakka etenkin naisilla, mutta toisin kuin nuorimmassa ikäryhmässä, osuus on 35 vuotta täyttäneillä jonkin verran pienentynyt tarkastelun viimeisten vuosien aikana. Taso näyttää kuitenkin jääneen pysyvästi parinkymmenen vuoden takaista korkeammaksi.

Pohdinta

Artikkelissa tarkasteltiin sairauspäivärahan saamisella mitattujen pitkien sairauspoissaolojen esiintymistä ikä- ja sukupuoliyryhmittäin viimeisen 20 vuoden aikana. Kelan sairauspäiväraharekisterin tiedoilla tavoitetaan sairauspoissaolot, jotka ovat kestäneet vähintään 12 kalenteripäivää. Pitkien sairauspoissaolojen seuranta on tärkeää, sillä sairauspoissaolot ennustavat myöhempää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Tarkastelun mukaan sairauspäivärahaa saaneiden osuus työikäisistä kasvoi 1990-luvun puolivälistä vuosiin 2006–2007 saakka, minkä jälkeen osuus on jälleen pienentynyt suunnilleen parin vuosikymmenen takaiselle tasolle. Tuoreita vertailutietoja OECD-maista ei ole käytettävissä, joten on vaikea sanoa, onko Suomi tämän laskunkin jälkeen edelleen sairauspoissaolotilaston kärkipäässä.

Eri ikäisillä naisilla ja miehillä on kuitenkin olut yleistrendistä poikkeaviakin kehityskulkuja, etenkin kun sairauspäivärahan saamista tarkastellaan sairauspuoryhmittäin. Erityisen jyrkkää 1990-luvun puolivälin jälkeinen kasvu oli mielenterveysdiagnoosilla myönnettyjen päivärahojen saamisessa, ja osuus on tämän jälkeen jäänyt suhteellisen korkealle tasolle. Nuorissa ikäryhmis-

sä kasvu mielenterveysperusteisen päivärahan saamisessa on jatkunut aivan viime vuosiin saakka. Aiemmin on esitetty, että mielenterveyshäiriöt eivät kuitenkaan olisi yleistyneet, vaan kyse voi olla mielenterveyden häiriöiden aiempaa paremmasta tunnistamisesta (Kaltiala-Heino & al. 2015). On myös mahdollista, että osa epäselvistä työkyvyttömyyskausista on aiemmin kirjattu tuki- ja liikuntaelinten sairauksista johtuviksi, kun nykyään ne tunnistetaan useammin mielenterveysperusteisiksi. Eri sairauksien painoarvo voi vaihdella ajassa myös työn vaatimusten muuttuessa: esimerkiksi nykyajan tietotyöläisammateissa selviytymiseksi mielenterveys on keskeisemmässä roolissa kuin perinteisemmässä ammateissa.

Monet tekijät yhteydessä sairauspoissaoloihin

Aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella on selvää, että sairauspoissaolojen yleisyys ja muutokset eivät ole yhteydessä ainoastaan väestön terveydentilaan ja siinä tapahtuviin muutoksiin. Viimeisten vuosikymmenten aikana suomalaisten terveys ja työkyky ovat useimmilla mittareilla vähitellen kohentuneet (Aromaa & Koskinen 2002; Koskinen & al. 2012). Sairauspäivärahan saamisen trendi, jossa päivärahaa saaneiden osuudet 20-vuotis-seurannassa ensin kasvoivat ja sen jälkeen pienivät, ei siten suoraan heijastele työikäisen väestön terveydentilassa tapahtuneita muutoksia.

Vaikka Kelan korvaamat pitkät sairauspoissaolot perustuvat aina lääkärin arvioimaan lääketieteelliseen työkyvyttömyyteen, vaikuttavat sairauspoissaolojen todennäköisyyteen ja pituuteen monet muutkin tekijät kuin terveydentila. Sairauspoissaoloihin ovat itse sairauden lisäksi yhteydessä muun muassa sairausajan palkkaa koskevat säännökset, voimassa oleva sairausetuusjärjestelmä, vaihtoehtoiset etuudet, taloussuhdanteet, fyysiset ja psykososiaaliset työolot, käsitykset sairauksien vaikutuksesta työkykyyn, asenteet, perhetilanne sekä sairausloman määräyskäytännöt lääkärinkunnassa. Kaikkien tekijöiden yhteisvaikutuksesta voi esiintyä sekä sairauspoissaolojen yli- että alikäyttöä suhteessa tiukan lääketieteelliseen työkyvyttömyyteen. (Alexanderson & Norlund 2004; Allebeck & Mastekaasa 2004; Piha 2013.)

Vaikka monet edellä mainituista tekijöistä voivat olla yhteydessä yksittäisen ihmisen sairauspoissaoloon tietyllä hetkellä, on vaikeaa arvioida niiden merkitystä suhteessa väestötasolla näkyviin muutoksiin sairauspoissaolojen yleisyydessä. Tämä artikkeli keskittyi suhteellisen pitkiin, Kelan

korvaamiin sairauspoissaoloihin, joiden ilmene-
misessä esimerkiksi ihmisen poissaolokäyttäyty-
miseen liittyvät tekijät ovat pienemmässä roolis-
sa kuin lyhyissä, omaan ilmoitukseen perustuvis-
sa poissaoloissa. Seuraavassa tarkastellaan tarkem-
min kolmea tekijää, joiden on mainittu olevan yh-
teydessä sairauspoissaolojen muutoksiin väestöta-
solla: lakimuutoksia, taloussuhdanteita ja väestön
ikärakenteen muutosta (Karlberg 2016).

Lakimuutosten vaikutukset

Sairauspäivärahan määrääytymistä säätelevää
sairausvakuutuslakia on muutettu useita kertoja
viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Tä-
mä voi osaltaan näkyä myös sairauspäivärahan saa-
misen ajallisessa vaihtelussa, sillä lainsäädäntö on
vaikuttanut jonkin verran esimerkiksi siihen, mil-
lä väestöryhmillä on kulloinkin ollut oikeus päi-
värahaan. Liitetaulukon (ks. www.julkari.fi) on
koottu sairauspäivärahan saamisen kannalta olen-
naisimmat lakimuutokset aikaväliltä 1996–2015.

Useimpien viimeaikaisten muutosten vaikutus
väestötason trendeihin lienee lopulta pieni. Yksi
suurimmista muutoksista, jonka voi jossain
määrin nähdä myös trendikuvioissa, on päivära-
haoikeuden palauttaminen tulottomille ja työ-
edellytystä vailla oleville 1.4.2002 alkaen. Vuoden
1996 alussa vähimmäismääräinen päiväraha
lakkautettiin, mutta tulottomille ja vähävaraisille
päivärahaa saatiin tietyin ehdoin edelleen mak-
saa tarveharkintaisena. Vuodesta 2002 lähtien vä-
himmäismääräistä päivärahaa on jälleen voitu
maksaa ilman tarveharkintaa 55 päivän odotus-
ajan jälkeen. Muutos lisäsi päivärahaan oikeutet-
tujen määrää ja näkyy useimmissa esitetyissä tren-
dikuvioissa vuosien 2001 ja 2002 välisenä kasvu-
na. Erityisen vahvasti kasvu aikavälillä 2001–2002
näkyi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöi-
den perusteella maksetun päivärahan saamisessa
nuorissa ikäryhmissä. Nuorissa lieneekin eniten
vailla aiempaa tuloja ja työedellytystä olevia työky-
vyttömiä, joiden asemaan lakimuutoksen voi olet-
taa vaikuttaneen eniten. Toisaalta myös vuoden
2001 lääkärilakon on arvioitu johtaneen siihen,
että sairauspäivärahakausia alkoi poikkeuksellisen
vähän vuoden 2001 toisella ja kolmannella nel-
jänneksellä. Tällöin aikavälillä 2001–2002 näky-
vä kasvu saattaa osittain johtua normaalikäyrälle
palaamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Muut muutokset sairausvakuutuslaissa lienevät
melko pienimerkityksisiä sairauspäivärahan saa-
misen kokonaistrendin kannalta. Vuonna 2005

tuli voimaan säännös, jonka mukaan sairauspäi-
värahan enimmäisajan (300 päivää) täyttymisen
jälkeen vaadittu vähintään vuoden työkykyisyys-
aika ennen kuin päivärahaa maksetaan uudelleen
samasta syystä saattoi koostua myös muun muas-
sa työttömyyskaudesta. Tämä on saattanut hieman
lisätä päivärahaa saaneiden määrää. Vuonna 2010
voimaan tulleen osasairauspäivärahaa koskevan
muutoksen jälkeen osasairauspäivärahaa on voi-
nut saada ilman edeltävää sairauspäivärahakaut-
ta. Tämä on saattanut hieman vähentää potenti-
aalisia täyden sairauspäivärahan saajia, joskin osa-
sairauspäivärahaa saaneiden määrä on vielä tois-
taiseksi ollut niin pieni, ettei sillä ole ollut suurta
merkitystä kokonaisuuden kannalta. Osasairaus-
päivärahan käytön yleistymisen saattaa kuitenkin
jatkossa enemmänkin vähentää täyden sairauspäi-
värahan saamista.

Osana Juha Sipilän hallituksen säästötoimia sai-
rauspäivärahan korvausastetta pienennettiin vuo-
den 2016 alusta, kun sairauspäivärahan määrää-
ytymisessä käytettävän laskukaavan vuosityötulo-
rajoja alennettiin (HE 105/2015 vp 2015). Leik-
kaukset vaikuttavat jatkossa suoraan Kelan maksamiin
korvaussummiin, vaikka päivärahaa saavien
osuudet pysyisivät ennallaankin. Aiemman tutki-
muksen mukaan korvausasteella voi kuitenkin olla
pientä merkitystä myös sairauspäivärahan saa-
miseen (Böckerman & al. 2015), joten säästötoi-
met saattavat osaltaan vaikuttaa sairauspäivärahan
käyttöastetta alentavasti. Tosin useimmille sairaus-
päivärahaa saaville maksetaan palkkaa, joten kor-
vausasteen alentaminen vaikuttaa palkanmaksu-
ajalta enemmän työnantajiin kuin suoraan työn-
tekijöihin. Tämän artikkelin aikasarja ei vielä ulotu
vuoden 2016 puolelle, joten tuoreet muutokset
eivät näy vielä trendissä.

Sairauspäivärahan käyttöön vaikuttaa sairausva-
kuutuslain ohella muukin etuusjärjestelmä. Esimerkiksi
2000-luvun alkuvuosina sairauspäivärahaa saaneiden
osuuden kasvuun vanhimmissa ikäluokissa saattoi
vaikuttaa muiden etuusreittien tukkiminen, kun eri-
laisille varhaiseläkkeille pääsyä vähitellen rajoitettiin
(Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Siten osa ikään-
tyneistä on saattanut pysyä työvoimassa aiempaa
huonokuntoisempina. Toisaalta vuoden 2005 eläkeuudistuksesta
alkaen jo 63-vuotiaat ovat voineet siirtyä suoraan
vanhuuseläkkeelle, joka on voinut toimia erään-
laisena heikkokuntoisimpien varhaiseläkkeitä kor-
vaavana reittinä.

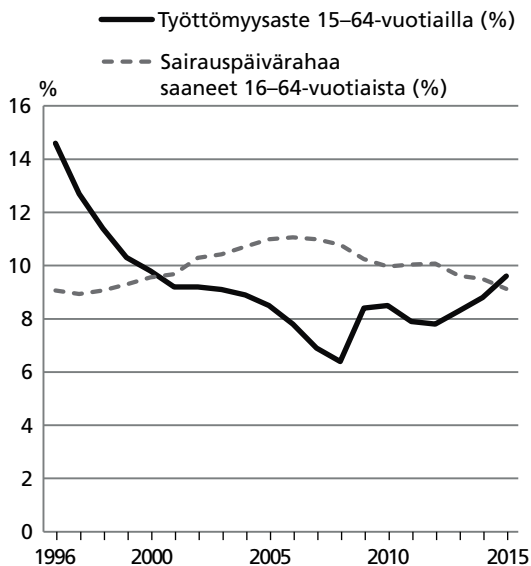
Työttömyysasteen yhteys sairauspäivärahan saamiseen

Kansainvälisesti on runsaasti näyttöä siitä, että sairauspoissaolojen ilmeneminen on yhteydessä taloussuhdanteisiin (OECD 2010; Pichler 2015). Kun taloudessa on noususuhdanne ja työttömyysaste pienenee, sairauspoissaolot ja niiden pituus kasvavat. Yhtäältä töissä olevat uskaltavat sairastaa ja/tai he käyttävät sairauslomaa myös muista kuin tiukan lääketieteellisistä syistä, jos työpaikka vaikuttaa turvatulta (ns. moral hazard -hypoteesi). Toisaalta noususuhdanteessa työmarkkinat vetävät myös terveydentilaltaan heikkokuntoisempaa työvoimaa, jolle keskimääräistä todennäköisemmin kertyy työssäolon aikana myös sairauspoissaoloja (valikoitumishypoteesi). Sen sijaan kun taloudessa menee heikosti ja työttömyysaste kasvaa, sairauspoissaolot vähenevät, sillä etenkin terveydeltään heikkokuntoisempaa työvoimaa siirtyy työttömiksi, eivätkä he siten ole nostamassa sairauspoissaoloastetta. Lisäksi työsuhteessa oleva väestö välttelee sairauspoissaoloja korkean työttömyyden aikana, kenties työn menettämisen pelossa. (OECD 2010; Pichler 2015.)

Kuvioon 4 on piirretty yhtä aikaa Tilastokeskuksen työvoimatutkimukseen perustuvat työttömyysasteen vuosikeskiarvot (Tilastokeskus 2016b) sekä sairauspäivärahaa saaneiden osuus koko 16–64-vuotiaasta ei-eläkkeellä olevasta väestöstä aikavälillä 1996–2015. Kuviosta näkyy selvästi työttömyyden ja sairauspäivärahan saamisen käänteinen yhteys viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Noususuhdanteen aikana vuoteen 2008 saakka sairauspäivärahaa saaneiden osuus kasvoi samalla kun työttömyysaste laski; työttömyyden lähtiessä nousuun vuoden 2008 jälkeen sairauspäivärahaa saaneiden osuus lähti puolestaan laskuun. Vaikka työkyvyttömillä työttömilläkin voi olla oikeus sairauspäivärahaan, he eivät välttämättä hakeudu päivärahalle, jos tarvetta sairauslomalle ei ole. Taloussuhdanteen mukaiset analyysit ansaitsevat omat tarkemmat analyysinsä, joille ei ole tilaa tässä artikkelissa.

Ikärakenteen muutoksen vaikutus

Voisivatko työikäisen väestön ikärakenteen muutos ja suuret ikäluokat (1945–1950 syntyneet) vaikuttaa trendiin? Työikäisen ei-eläkkeellä olevan väestön keski-ikä on noussut hiljalleen viimeisten vuosikymmenten aikana (Tilastokeskus 2016b). Suuret ikäluokat ovat sekä liikkuneet kohti työikäisen väestön ylärajaa että toisaalta lopulta ko-



Kuvio 4. 15–64-vuotiaiden työttömyysaste (%) ja 16–64-vuotiaiden sairauspäivärahaa saaneiden osuus (%) 1996–2015.

konaan poistuneet työikäisistä. Vuonna 1996 suuret ikäluokat täyttivät 46–51 vuotta; vuoden 2015 loppuun mennessä kaikki suuriin ikäluokkiin kuuluvat olivat täyttäneet 65 vuotta ja siirtyneet pääosin eläkkeelle. Voisi siis ajatella, että ikärakenteen vanheneminen olisi voinut vaikuttaa erityisesti sairauspäivärahan käytön yleistymiseen ennen viime vuosien laskua.

Ikärakenteen vaikutuksen muutos tarkistettiin suoralla ikävakiointilla siten, että 5-vuotiskäryhmittäiset sairauspäivärahaa saaneiden osuudet vuosina 1996–2015 painotettiin vuoden 1995 lopun väestörakenteella. Laskelman mukaan ikärakenteen muutoksella oli pieni vaikutus sairauspäivärahatrendiin siten, että vuosien 1996 ja 2003 välinen kasvu kokonaisuudessa olisi ollut hieman loivempaa, jos ikärakenne ei olisi samalla vanhentunut (tarkempia tuloksia ei esitetä tässä). Vuodesta 2003 alkaen ikärakenteen muutoksella ei enää ole ollut lisävaikutusta. Jos väestön ikärakenne olisi sama kuin vuonna 1995, sairauspäivärahaa saaneiden osuus olisi vuosina 2003–2015 ollut miehillä vuosittain noin 0,3–0,4 prosenttiyksikköä ja naisilla 0,5 prosenttiyksikköä toteutunutta pienempi. Kokonaiskehityksen kannalta ikäänntymisen vaikutus on siten ollut suhteellisen pieni.

Useat tekijät myötävaikuttaneet viimeaikaiseen laskuun

Koska niin monet muutkin asiat kuin sairastavuus ovat sairauspoissaoljen taustalla, on jopa sanottu, ettei sairauspoissaoloja tarkastelemalla voida tehdä mitään päätelmiä väestön terveydentilan kehityksestä (Karlberg 2016). Samoin kuin sairauspäiväraha-kausien, myös uusien työkyvyttömyyseläkkeiden on raportoitu viime vuosina vähentyneen (Sauni & al. 2015). Työkyvyttömyysperusteisten etuuksien väheneminen luetaan mielellään suurelta osin muun muassa työpaikkojen työhyvinvointitoiminnan ja parantuneiden työterveyshuoltokäytäntöjen ansioksi (Sauni & al. 2015). Viime vuosina on erilaisten työkytöryhmien tahtotilan ja lakimuutosten siivittämänä alettu yhä enem-

män panostaa työkyvyn heikkenemisen varhaiseen havaitsemiseen ja osittaisenkin työkyvyn hyödyntämiseen. Eri tekijöiden vaikutuksia on kuitenkin käytännössä mahdotonta erotella toisistaan, ja todennäköisesti monet tekijät ovat yhdessä myötävaikuttaneet myönteiseen kehitykseen. Edellä esitetyn valossa vaikuttaisi kuitenkin siltä, että heikolla taloussuhdanteella on saattanut olla varsinaisia työkyvyttömyyden vähentämistä torjuvia toimenpiteitä suurempi rooli sairauspäivärahan saamisen vähentäjänä. Viimeaikainen kehitys on ollut toivotun suuntaista, mutta nähtäväksi jää, lähtekö sairauspoissaoljen määrä jälleen nousuun talouden kääntyessä jossain vaiheessa noususuhdanteeseen.

KIRJALLISUUS

- Alexanderson, Kristina & Norlund, Anders: Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. *Scandinavian Journal of Public Health* 32 (2004): Suppl 63,12–30.
- Allebeck, Peter & Mastekaasa, Arne: Chapter 5. Risk factors for sick leave – general studies. *Scandinavian Journal of Public Health* 32 (2004): Suppl 63,49–108.
- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.): *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2002.
- Blomgren, Jenni & Virta, Lauri: *Kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset vuosina 2005–2011. Nettityöpapereita 39/2012*. Helsinki: Kela, 2012.
- Böckerman, Petri & Kanninen, Ohto & Suoniemi, Ilpo: *A Kink That Makes You Sick: The Incentive Effect of Sick Pay on Absence*. Työpapereita 297. Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos, 2015.
- Duijn, Miranda V. & Eijkemans, Marinus J. & Koes, Bart W. & Koopmanschap, Marc A. & Burton, Kim A. & Burdorf, Alex: *The effects of timing on the cost-effectiveness of interventions for workers on sick leave due to low back pain*. *Occupational & Environmental Medicine* 67 (2010): 11, 744–750.
- Elinkeinoelämän keskusliitto: *Sairauspoissaoljen hallinta. Opas työpaikoille*. Helsinki: Elinkeinoelämän keskusliitto, 2009.
- Elinkeinoelämän keskusliitto: *Työaikakatsaus. Työajat ja poissaolot EK:n jäsenyrityksissä vuonna 2014*. Helsinki: Elinkeinoelämän keskusliitto, 2016.
- HE 105/2015 vp. *Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta*.
- Jaakola, Sari & Lyytikäinen, Outi & Rimhanen-Finne, Ruska & Salmenlinna, Saara & Vuopio, Jaana & Roivainen, Merja & al. (toim.): *Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 10/2013*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
- Joensuu, Matti & Kivistö, Sirkku & Malmelin, Johanna & Lindström, Kari: *Pitkä sairausloma ja työhön-paluu*. Helsinki: Työterveyslaitos, 2008.
- Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Marttunen, Mauri & Fröjd, Sari: *Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? Suomen Lääkärilehti 70 (2015): 26–32, 1908–1912*.
- Karlberg, Ingvar: *Is occupational health part of public health? Scandinavian Journal of Public Health* 44 (2016): 4, 333–334.
- Kela: *Kelan sairausvakuutus tilasto 2014*. SVT. Helsinki: Kela, 2015.
- Kelasto: *Kelan tilastotietokanta Kelasto*. <http://www.kela.fi/kelasto> (luettu 1.8.2016)
- Keva: *Työkyvyttömyys maksaa*. Keva, 2015. https://www.keva.fi/fi/tyossa_jatkaminen/tyokyvyttomyys_kustannusten_hallinnan_tuki/tyokyvyttomyys_maksaa/Sivut/Default.aspx (luettu 1.8.2016)
- Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.): *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Laaksonen, Mikko & Mastekaasa, Arne & Martikainen, Pekka & Rahkonen, Ossi & Piha, Kustaa & Lahelma, Eero: *Gender differences in sickness absence – the contribution of occupation and workplace*. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 36 (2010): 5, 394–403.
- Lusinyan, Lusine & Bonato, Leo: *Work absence in Europe*. *IMF Staff Papers* 54 (2007): 3, 475–538.
- OECD: *Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing, 2010.
- Pichler, Stefan: *Sickness absence, moral hazard, and the business cycle*. *Health Economics* 24 (2015):

6, 692–710.

- Piha, Kustaa: Socioeconomic determinants of sickness absence. Publications of Public Health M217. Helsinki: University of Helsinki, 2013.
- Rissanen, Mikko & Kaseva, Elina: Menetetyn työpäivän kustannus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014.
- Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224.
- Sauni, Riitta & Kivekäs, Jukka & Uitti, Jukka: Uudet työkyvyttömyyseläkkeet ovat vähentyneet neljänneksen. Suomen Lääkärilehti 70 (2015): 45, 3056–3057.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Osasairauspäivärahaa selvittäneen työryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita

8/2004.

- Sutela, Hanna & Lehto, Anna-Maija: Työolojen muutokset 1977–2013. SVT. Helsinki: Tilastokeskus, 2014.
- Tilastokeskus: Kansantalous. Tilastokeskus, 2016a. http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalous.html (luettu 1.8.2016)
- Tilastokeskus: PX-web StatFin -tietokanta. Tilastokeskus, 2016b. <http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/> (luettu 1.8.2016)
- Toivonen, Laura: Statutory and occupational sickness benefits in Finland in 2011. Online working papers 34/2012, Helsinki: Kela, 2012.
- Työsopimuslaki 26.1.2001/55.

TIIVISTELMÄ

Jenni Blomgren: Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä. Sairauspäivärahan saajat 1996–2015

Artikkelissa tarkasteltiin Kelan maksaman sairauspäivärahan saamisella mitattujen pitkien sairauspoissaolojen esiintymistä ikä- ja sukupuoliryhmittäin sekä sairausryhmittäin 16–64-vuotiailla suomalaisilla viimeisen 20 vuoden aikana. Laskelmat perustuvat Kelan sairauspäivärahatietoihin ja Tilastokeskuksen tietoihin työikäisestä ei-eläkkeellä olevasta väestöstä. Kelan sairauspäivärahekisterin tiedot kattavat vähintään 12 kalenteripäivää kestäneet sairauspoissaolot.

Sairauspäivärahaa saaneiden osuus työikäisistä kasvoi 1990-luvun puolivälistä vuosiin 2006–2007, minkä jälkeen osuus on vuodesta 2008 alkaen jälleen pienentynyt suunnilleen parin vuosikymmenen takaiselle tasolle. 11 prosenttia 16–64-vuotiaista naisista ja 7 prosenttia miehistä sai sairauspäivärahaa vuoden 2015 aikana; vuodesta 2007 osuus oli sekä naisilla että miehillä laskenut noin kaksi prosenttiyksikköä. Eri ikäisillä naisilla ja miehillä oli osittain yleistrendiä noudattelevia, osittain yleisestä kehityksestä poikkeavia kehityskulkuja etenkin diagnoosiryhmittäin tarkasteltuna. Sairauspäivärahaa saaneiden osuuden viimeaikainen pieneminen johtuu erityisesti siitä, että tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella saadaan entistä harvemmin päivärahaa. Mielenterveysdiagnosilla myönne-

tyn sairauspäivärahan saaminen yleistyi voimakkaasti 1990-luvun puolivälin jälkeen, ja päivärahaa saaneiden osuus on vuoden 2008 jälkeen jäänyt suhteellisen korkealle tasolle. 16–34-vuotiailla kasvu mielenterveysperusteisen päivärahan saamisessa on jatkunut aivan viime vuosiin saakka.

Sairauspäivärahan saamisella mitattujen pitkien sairauspoissaolojen ilmenemisen muutoksiin voi olla useita syytekijöitä, ja väestön terveydentilan muutoksilla on kehityksessä vain pieni rooli. Artikkelissa pohdittiin tarkemmin kolmea tekijää muutosten taustalla: sairauspäivärahaa koskevan lainsäädännön muutoksia, talus-työkyvyn vaikutusta sekä ikärakenteen muutosta. Lainsäädännön muutoksilla arvioitiin olevan vain suhteellisen pieniä vaikutuksia sairauspäivärahaa saaneiden osuuksiin viime vuosina. Talus-työkyvyn sen sijaan näyttivät liittyvän vahvasti sairauspäivärahan saamisen ajalliseen vaihteluun: työttömyyden pienentyessä sairauspäivärahan saaminen on kasvanut ja työttömyyden kasvaessa laskenut. Työikäisen väestön ikärakenteen vanheneminen kiihdytti sairauspäivärahaa saaneiden osuuden kasvua 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa, mutta viimeaikaiseen kehitykseen ikärakenteen muutos ei ole enää vaikuttanut. Myös toimenpiteet työkyvyn varhaiseksi tukemiseksi ovat voineet myötävaikuttaa sairauspäivärahan saamisen vähenemiseen viime vuosina.