

**TIMO HUJANEN**

TtM (terveystaloustiede), tutkija  
Kelan tutkimusryhmä

**HENNAMARI MIKKOLA**

KTT, tutkimusprofessori  
Kela, Tieto- ja viestintäyksikön  
päällikkö, Kela

## Työterveyshuollon kustannuskehitys

- Työllisten määrä kasvoi nousukaudella ripeästi. Tämä vauhditti työterveyshuollon kustannusten kasvua muuta terveydenhuoltoa nopeammin vuoteen 2008 asti. Viime vuosien hitaan talouskasvun aikana kustannusten kasvu on hidastunut. Tulevina vuosina kustannusten kasvua voi nopeuttaa työllisen työvoiman ikääntyminen.
- Ikäryhmittäiset erot palvelujen käytön kustannuksissa olivat huomattavat. 60-vuotiaiden kustannukset olivat noin kaksinkertaiset verrattuna 30-vuotiaisiin.
- Työterveyshuollon piiriin kuuluu enemmän miehiä kuin naisia, mutta naiset käyttävät enemmän palveluja. 40-vuotiaat naiset käyttivät yhtä paljon työterveyshuollon resursseja kuin 50-vuotiaat miehet.

Työterveyshuollon osuus koko maan terveysmenoista on vain 4,2 % (1,2,3), vaikka sen palvelujen piirissä on kolmannes väestöstä eli noin 1,9 miljoonaa henkilöä. Työterveyshuolto on työsuhteessa olevien pääasiallinen palvelukanava terveydenhuollossa. Työterveyshuollolla on

2 diabetesta ja verenpainetautia sairastavien hoitovastuuta perusterveydenhuollossa (13) sekä palvelujen käytön, kustannusten ja korvausten kohdistumista kunnittain (14).

Työterveyshuollosta osana palvelujärjestelmää tiedetään vähän, ja sen kustannusten arviointiin liittyy useita erityispiirteitä (15). Kun muu terveydenhuolto rahoitetaan pääosin verovaroin, työterveyshuollon järjestämisestä vastavat työnantajat maksoivat 776 miljoonan euron kustannuksista 57 % (440 milj. €) vuonna 2013, ja loput rahoitettiin korvauksilla Kelan työtulo- vakuutusrahastosta.

Työnantajille vapaaehtoisen sairaanhoidon osuus kustannuksista oli 59 % (455 milj. €), ja loput olivat lakisäätöisen ennalta ehkäisevän toiminnan kustannuksia (320 milj. €). Sairaanhoidon kustannuksista 40 % (183 milj. €) ja ennalta ehkäisevän toiminnan kustannuksista 48 % (153 milj. €) rahoitettiin työnantajille maksettavilla korvauksilla (1). Yrittäjien työterveyshuollon kustannuksista (7,3 milj. €) maksettiin korvauksia 4,9 miljoonaa euroa (2).

Erityisesti sairaanhoitopalvelujen tarjonnassa on suuria vaihteluita (12). Haja-asutusalueilla ja pientyöpaikoilla palvelut ovat niukkoja, kun taas kasvukunnissa työterveyshuolto hoitaa suurimman osan työikäisen väestön perusterveydenhuollosta (14). Asiakasmaksuja ei makseta, koska kansainvälisen työjärjestön ILO:n sopimuksen mukaan palvelujen pitää olla maksutomia. Palvelut eivät silti ole työntekijöille ilmaisia, sillä he rahoittavat 13 % kuluista sairausvakuutusmaksuina (16).

Tämän artikkelin tavoitteena on tuottaa tietoa työterveyshuollon kustannuskehityksestä ja kustannuksista ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Ikäryhmittäisiä kustannuksia on verrattu myös

### *Työterveyshuollosta osana palvelujärjestelmää tiedetään vähän.*

suuri merkitys työurien pidentämisessä, ja sen asemaa voidaan pitää vakaana, sillä työmarkkinaosapuolten mukaan sen rahoitus tulee säilyttää ennallaan (4).

Työterveyshuollolle voi syntyä lisää kysyntää, koska pääministeri Juha Sipilän esityksessä kustannuskilpailukyyn parantamiseksi työterveyspalveluja tulisi jatkaa työsuhteen päätyttyä (5). Hallituksen tavoite lisätä työllisten määrää 110 000 henkilöllä (5,6) edellyttäisi työllisyysasteen nostamisen lisäksi sitä, että ikääntyvien työntekijöiden osuus työvoimasta olisi nykyistä suurempi (7).

Työterveyshuollon palvelujen käyttöä ja kustannuksia on tutkittu Suomessa vähän. Muista maista on myös vaikea löytää vertailukelpoista järjestelmää. Lisäksi työterveyshuoltoa koskevan tutkimuksen haasteena on, ettei palvelujen käytöstä kerry yksilökohtaista tietoa valtakunnallisiin potilasrekistereihin, kuten muusta terveydenhuollosta. Viime vuosina tutkimus on perustunut erillisiin aineistoihin eri näkökulmista. On tutkittu esimerkiksi yritysten suorituskykyä, työterveyshuollon menoja ja kannusteita (8,9,10), palvelujen käyttöä (11,12), tyyppin

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Työterveyshuoltotilastot. Työnantajien työterveyshuollon piiriin kuuluvat työntekijät ja korvaukset 2013. [www.kelasto.kela.fi](http://www.kelasto.kela.fi)
- 2 Kelan tilastollinen vuosikirja 2013. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2014. [www.kela.fi](http://www.kela.fi)
- 3 THL. Terveydenhuoltomenot ja rahoitus 2013. Tilastoraportti 6/2015. Suomen virallinen tilasto. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)
- 4 Sopimus vuoden 2017 eläkeuudistuksesta 26.9.2014. [http://www.elakeuudistus.fi/media/linkkittiedotot/elakesopimus-2017\\_allekirjoitettu-versio.pdf](http://www.elakeuudistus.fi/media/linkkittiedotot/elakesopimus-2017_allekirjoitettu-versio.pdf).
- 5 Hallituksen esitykset kilpailukyyn parantamiseksi. 8.9.2015. Pääministeri Juha Sipilä. [valtioneuvosto.fi](http://valtioneuvosto.fi)
- 6 Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Valtioneuvoston kanslia. [valtioneuvosto.fi](http://valtioneuvosto.fi)

VERTAISARVIOITU



- 7 Ahokas J, Honkatukia J, Lehmus M, Niemi J, Simola A, Tamminen S. Työvoiman tarve Suomen taloudessa 2015–2030. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Tutkimuksia 181. Helsinki 2015.
- 8 Kankaanpää E. Economic incentives as a policy tool to promote safety and health at work. *Scand J Work Env Health* 2010;36: 319–24.
- 9 Kankaanpää E, Suhonen A, Valtonen H. Does the economic performance affect to occupational services? *BMC Health Serv Res* 2009;9:156.
- 10 Kankaanpää E, Suhonen A, Valtonen H. Promoting prevention with economic arguments – The case of Finnish occupational health services. *BMC Public Health* 2008;8:130.
- 11 Virtanen P, Mattila K. Työterveyshuollon potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. *Suom Lääkäril* 2011;66:3583–8.
- 12 Räsänen K, Heikkinen J, Myllykangas M. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käyttö vaihtelee tarjonnan mukaan. *Suom Lääkäril* 2014;69:1325–30.

muun avoterveydenhoidon kustannuksiin. Työterveyshuollon kustannuksia verrattiin bruttokansantuotteeseen sekä lääkkeiden ja perusterveydenhuollon kustannuksiin vuosina 1997–2013. Tämä toi esille eri rahoittajatahojen merkityksen kustannuskehitykseen. Ikäryhmittäiset kustannustarkastelut perustuvat oululaisista koottuun aineistoon vuodelta 2013.

### Aineisto ja menetelmät

Aineistoina käytettiin Kelan sairausvakuutuksen rekistereitä (1,2,17), THL:n (3), Tilastokeskuksen (18) ja Oulussa tehdyn tutkimuksen aineistoja (19). Oulussa on tutkittu palveluja perusterveydenhuollon valinnanvapausmallin (20) ja paljon palveluja käyttäneen väestön näkökulmista (21).

Artikkeliin analysoitiin oululaisia koskevia käyttö- ja kustannustietoja vuonna 2013 työterveyspalvelujen suurimmilta tuottajilta (Terveystalo, Mehiläinen, Attendo, Oulun Työterveys), joiden osuus työterveyshuollon kustannuksista oli 95 % (henkilöistä 92 %). Aineistoon kerättiin

tietoja kaupungin avoterveydenhuollon, yksityisten lääkäriasemien ja Ylioppilaiden Terveydenhuoltosäätiön (YTHS) palveluista. Kustannuksiin sisältyivät vyörytykset ja ostot, asiakasmaksut, omavastuut, yleis- ja toimistomaksut (19). Aineiston avulla arvioimme palvelujen käyttöä ja kustannuksia ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Tulosten luotettavuutta arvioitiin vertaamalla työterveyshuollon kustannuksia alueellisen arvioinnin tuloksiin (14) sekä Kelan (1,3), THL:n (3,22) ja Tilastokeskuksen (18) tietoihin.

### Työterveyshuollon kustannusten kasvu hidastunut

1990-luvun alun laman jälkeinen talouskasvu lisäsi työllistä työvoimaa, ja yhä useamman suomalaisen oli mahdollista käyttää työterveyshuollon palveluja. Työterveyshuolto kasvoi vuosina 1997–2013 nopeammin kuin muu terveydenhuolto (1,2,3,17). Kasvuvauhti oli lähes yhtä nopea kuin lääkkeiden kustannusten kasvu 1990-luvun lopussa. Vuodesta 1997 työterveyshuollon palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrä (1,46 milj.) kasvoi 28 % vuoteen 2008, jolloin työnantajien työterveyshuollon piirissä oli enimmillään 1,88 miljoonaa henkilöä. Vaikka talouskasvu hidastui, työterveyshuollon piirissä olevien määrä vähentyi vuoteen 2013 vain prosenttia.

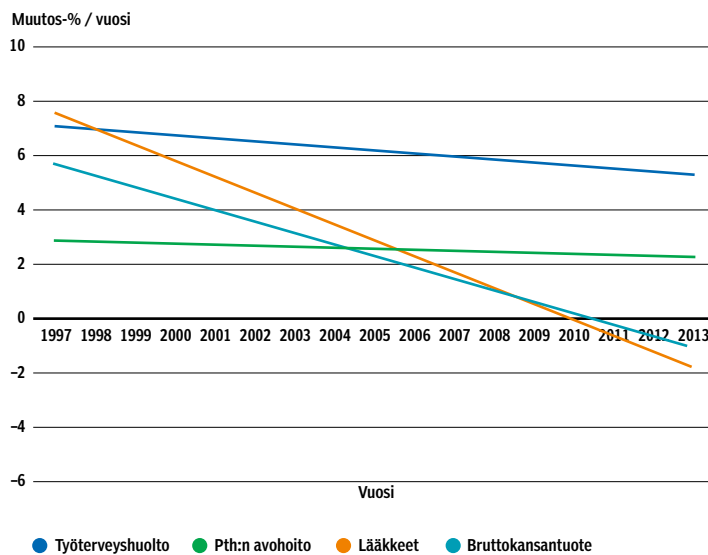
Vuosina 1997–2008 työterveyshuollon kokonaiskustannukset kasvoivat peräti noin 8 % vuodessa. Vuosina 2008–13 kokonaiskustannusten kasvuvauhti hidastui reiluun 5 %:iin vuodessa, mikä on kuitenkin yhä nopeampaa kuin muussa terveydenhuollossa. Kuviossa 1 työterveyshuollon (1) kokonaiskustannusten kehitystä tarkastellaan suhteessa bruttokansantuotteen (BKT) (23) ja lääkkeiden (17) sekä perusterveydenhuollon avohoidon (3) kustannuksiin vuosina 1997–2013. Työterveyshuolto on kasvanut ajanjaksossa muita kustannuksia nopeammin, mutta kasvua lienee viime vuosina hidastanut talouden hiipuminen ja se, ettei työllisten määrä ole enää kasvanut (18).

Lääkekustannukset kasvoivat 1990-luvun loppupuolella erittäin paljon. Viime vuosina valtio sairaanhoitovakuutuksen rahoittajana (46 %) on pystynyt hidastamaan lääkkeiden kustannusten kasvua muutoksilla lääkekorvausjärjestelmässä (geneerinen substitutio ja viitehintajärjestelmä) sekä budjettileikkauksilla. Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset ovat

KUVIO 1.

### Työterveyshuollon, lääkkeiden ja perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset sekä BKT:n volyymin vuosittaiset muutokset (%/v) lineaarisina trendeinä regressiosuorien avulla v. 1997–2013.

Regressiosuora on sitä jyrkempi, mitä suurempi muutos on ollut koko ajanjaksossa.



- 13 Kokko S, Virta L, Vehko T. Terveyskeskusten hoitovastuu tyyppiin 2 diabetesta ja verenpainetauti sairastavista. Suom Lääkäril 2015;70:2945–9.
- 14 Hujanen T, Mikkola H. Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Nettityöpapereita 42/2013. Kelan tutkimusosasto. Kela. hdl.handle.net/10138/38194.
- 15 Hujanen T, Mikkola H. Työterveyshuollon merkitys perusterveydenhuollossa ja työnantajan investointina. Kirjassa: Mikkola H, Blomgren J, Hiilamo H, toim. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2012:152–62.
- 16 Kelan hoitamaa sosiaaliturvaa koskevat toiminta- ja taloussuunnitelma laskelmat vuosille 2014–2019. Kelan aktuari- ja tilasto-osasto 27.8.2015.
- 17 Sairaanhoidokorvausten saajat ja maksetut korvaukset. Lääkkeet ja vastaavat valmisteet. www.kelasto.kela.fi.
- 18 Tilastokeskus. Työssäkäyntitilastotietokanta. www.stat.fi
- 19 Työterveyshuolto Oulussa 2013. Esitys työterveyshuollon asiantuntijoille 16.2.2015. www.slideshare.net/kelantutkimus

kasvaneet työterveyshuoltoa vaatimattomammin. Suhteessa BKT:n kehitykseen työnantajien investoinnit työterveyshuoltoon ovat olleet suuremmat (1,23).

Vuosina 2000–11 työterveyshuollon sairaanhoidon kustannukset kasvoivat 5,6 % vuodessa. Sen jälkeen kasvu on hidastunut 2,0 % vuosittain. Ennalta ehkäisevän toiminnan kustannukset ovat kasvaneet 5,5 % vuodessa vuosina 2000–11, jonka jälkeen kasvu on kiihtynyt 7,5 % vuosittain. Työnantajille maksetut vuosikorvaukset kasvoivat 5,4 % vuosina 2000–11, mutta sen jälkeen kasvu on hidastunut 2,9 % vuosittain. Ennalta ehkäisevän toiminnan korvaukset ovat kasvaneet 2000-luvulla suhteellisesti nopeammin kuin sairaanhoidossa (1,24).

#### Kustannustarkastelu ikäryhmittäin

Työterveyshuollon kustannuksia arvioitiin osana perusterveydenhuollon kokonaisuutta ikäryhmittäin (kuvio 2). Työterveyshuollon osuus oli 28 % perusterveydenhuollon avohoidon (pl. suun terveydenhoidon) 117 miljoonan euron kustannuksista Oulussa vuonna 2013. Kustannuksista muodostui kaupungin perusterveyden-

huollon avohoidossa 52 %, yksityisissä lääkäripalveluissa 18 % ja YTHS:n palveluissa 2 %.

Kaikista arvioiduista palveluista Oulun kaupunki ja valtio (valtionosuuksina) rahoittivat 51 %, työnantajat suoraan 16 %, työtulovakuutus 12 %, sairaanhoitovakuutus 5 % sekä asiakkaat, potilaat ja opiskelijat 17 % (19). 18–63-vuotiaiden työikäisten kustannuksista lähes puolet (48 %) syntyi työterveyshuollossa. 64–75-vuotiaiden kokonaiskustannukset asukasta kohden perusterveydenhuollon avohoidossa olivat merkittävästi pienemmät kuin 50–60-vuotiailla työikäisillä ikäryhmillä.

Miehiä oli työterveyshuollon piirissä enemmän kuin naisia. Naiset kuitenkin käyttivät työterveyspalveluja selvästi enemmän kuin miehet. Iän myötä kustannukset kasvoivat tuntuvasti siten, että 60-vuotiaiden, sekä miesten että naisten, keskimääräiset kustannukset olivat kaksi kertaa suuremmat kuin 30-vuotiailla (kuvio 3). Naisten kustannukset olivat suuremmat kuin miesten. Miehet saavuttivat naisten kustannustason heitä noin 10 vuotta vanhempina siten, että esimerkiksi 40-vuotiaan naisen ja vastaavasti 50-vuotiaan miehen työterveyshuolto maksoi noin 500 euroa henkilöä kohden.

Ennalta ehkäisevän toiminnan kustannukset olivat pienempiä, ja ne kasvoivat iän karttuessa hitaammin kuin sairaanhoidossa (kuvio 3). Sairaanhoidon kustannukset 60-vuotiaalla olivat kaksinkertaiset verrattuna ennalta ehkäisevän toiminnan kustannuksiin.

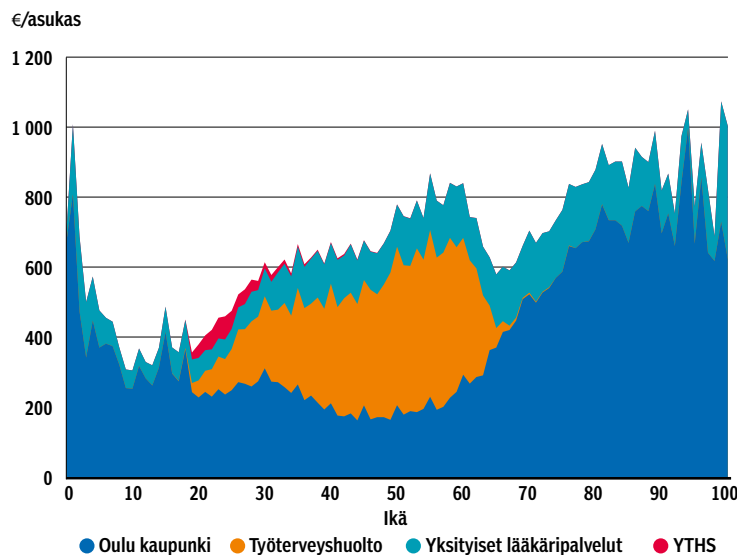
Oulussa tehdyn arvioinnin tuloksia voidaan varauksella yleistää keskisuuriin ja suuriin kaupunkeihin ottaen huomioon kaupunkikohtaiset erot. Työikäisten osuus väestöstä, toimialarakenne ja työttömyysaste olivat samankaltaisia kuin esimerkiksi Tampereella. Oulussa oli muuta maata enemmän alle 15-vuotiaita, opiskelijoita ja työttömiä mutta vähemmän yrittäjiä ja 65 vuotta täyttäneitä. Palkansaajat olivat hieman nuorempia kuin maassa keskimäärin (18).

#### Pohdinta

Työterveyshuollon kustannusten kasvua on seittänyt hyvä taloustilanne, työllisyyden koheneminen ja työllisen työvoiman lisääntyminen. Kasvun suurimpia rahoittajia ovat työnantajat, ja palvelujen tarjoajat ovat vastanneet kasvaneeseen kysyntään. Tiettyjen työpaikkojen menestys lienee laajentanut työterveyshuollon palveluvalikoimaa. Lisäksi on kehitetty uusia palveluja

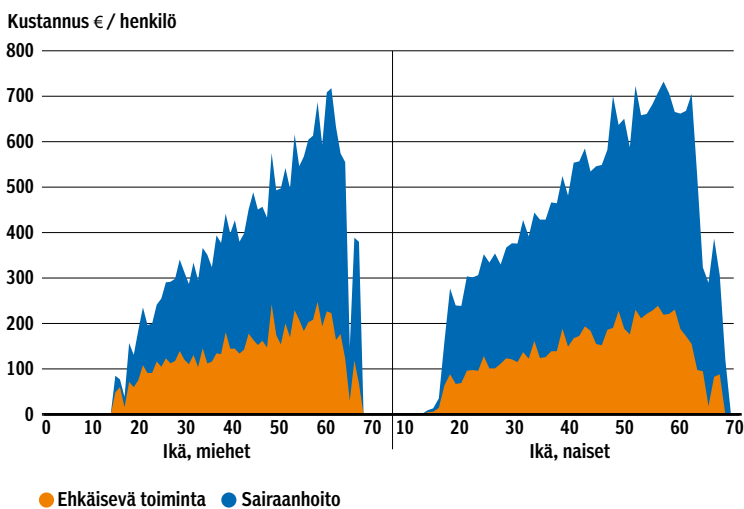
KUVIO 2.

#### Perusterveydenhuollon avohoidon (pl. suun terveys) kustannukset asukasta kohden Oulussa v. 2013.



KUVIO 3.

**Oululaisten miesten ja naisten työterveyshuollon kustannukset palvelujen piirissä olevaa henkilöä kohden v. 2013.**



- 20 Pikkujämsä S, Ylitalo-Katajisto K, Paasovaara K, Koski K, Salo S. Lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus. Havainnot Oulun kaupungissa vuosina 2012–2013. STM:n raportteja ja muistioita 2014:20.
- 21 Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suom Lääkäril 2013;68:3164–9.
- 22 Kapiainen S, Eskelinen J. Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2011. THL Raportti 17/2014. Helsinki.
- 23 Tilastokeskus. Bruttokansantuote markkinahintaan. Bruttokansantuotteen volyymin vuosimuutos, %. www.tilastokeskus.fi
- 24 Tilastokeskus. Julkisten menojen hintaindeksi. Kuntatalous, terveydenhuolto. www.tilastokeskus.fi
- 25 Tilastokeskus. Väestöennuste 2015 iän ja sukupuolen mukaan 2015–2065. www.stat.fi

esimerkiksi työkyvyn tukemiseen. Työterveyshuollon sairaanhoito on työsuhte-etu, ja sillä on siten vaikutusta myös reaaliensiotasoon.

Kunnallisen avoterveydenhuollon kehityskulku on ollut toisenlainen. Työterveyshuollon kasvu on saattanut edesauttaa työvoimapulan syntymistä kunnallisessa terveydenhuollossa. Kunnallinen terveydenhuolto on kärsinyt viime vuosina työvoima- ja resurssipulasta, mikä on vaikeuttanut palvelujen saatavuutta. Työterveyshuollossa saatavuus on ollut parempi. Kustannusten kasvu on kuitenkin hidastunut. Vaikka työllisten määrän ennustetaan lähivuosina hieman nousevan (7,25), kustannukset eivät todennäköisesti kasva yhtä nopeasti kuin aikaisemmin. Kasvua voi kuitenkin tapahtua erityisesti työllisten ikääntymisen ja palvelutarpeiden lisääntymisen takia.

Sote-uudistuksen tavoitteena on hillitä julkisten menojen kasvua. Työterveyshuollossa vain työnantajilla saattaisi olla kannuste hillitä menoja. Nykyjärjestelmässä työnantajien maksuhalukkuutta voidaan pitää hyvänä, koska kustannukset työntekijää kohti olivat 5–6 % suuremmat kuin Kelan korvattavaksi hyväksyttävien kustannusten enimmäismäärät vuonna 2013 (1,2).

Oululaisista tehty tutkimus nostaa esiin työterveyshuollon kehittämiseen liittyviä haasteita. Kustannukset riippuvat hyvin vahvasti työntekijöiden iästä (kuvio 2). Työuran ja työterveyshuollon päättyminen on havaittavissa huomattavana kustannusten vähenemisenä (kuvio 3). Syitä voi olla useita. Koska naiset käyttivät työterveyspalveluja enemmän kuin miehet, olisi tutkittava, johtuuko tämä naisten työn raskaudesta hoito- ja hoiva-aloilla sekä työstä johtuvasta runsaasta oireilusta. Vaikuttaa myös siltä, että olisi tutkittava palvelujen riittävyttä ja sitä, vastaako työterveyshuoltosopimusten laajuus eri ammateissa toimivien palvelutarpeita. Olisiko iän ja toimialan vaikutus otettava huomioon myös korvausjärjestelmässä?

Työterveyshuollon arvioinnin ja tutkimuksen kehittämiseksi eri palveluntuottajien potilasrekisterien yksilökohtaiset tiedot olisi syytä koota osaksi Kelan rekistereitä. Nyt kehitettävässä KanTA-arkistossa ei ole vielä kattavia tietoja eikä siihen ole tutkimukseen soveltuvaa käyttöliittymää. Vaikuttavuuden ja laadun arviointia varten palvelujen toimintoluokitusta olisi yhtenäistettävä, esimerkiksi kehittämällä Kelan luokitusta. Kelassa työterveyspalvelujen käyttötietoihin voitaisiin reaaliaikaisesti yhdistää työntekijöiden työkyvyn ylläpidossa hyödynnettäviä etuustietoja muun muassa lääkkeistä, sairauspäivärahoista, kuntoutuksesta ja työkyvyttömyydestä. Ajantasaisen ja monipuolisen tiedon avulla palvelutuotantoa voitaisiin suunnitella ja kohdentaa paremmin työntekijöiden ja työpaikkojen tarpeiden mukaisesti. ●

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english

A slower rate of cost growth in occupational health care and the cost of care by age and sex

**SIDONNAISUUDET**  
Ei sidonnaisuuksia.

**TIMO HUJANEN**  
M.Sc. (health economics),  
Researcher  
The Social Insurance Institution  
of Finland

**HENNAMARI MIKKOLA**

# A slower rate of cost growth in occupational health care and the cost of care by age and sex

Occupational health (OH) services' share of total health expenditure is only 4.2 per cent, even though a third of the population or 1.9 million people of working age come within the scope of the services. OH services play an important role in extending working lives and their role can be regarded as stable given that the social partners have highlighted the need to maintain current financing levels. The government's goal to improve cost-competitiveness and increase the number of people employed by 110 000 would require, besides raising the employment rate, the proportion of older workers in the labour force to be higher than it currently is. As system-level research on the use and costs of OH services is scarce, it is difficult to assess how the use and cost of the services may change in the coming years. The challenge in system-level research on OH services is that no individual-level information is collected in national patient registries, such as is the case with other areas of health care. The focus of this article is to produce new information on the costs. Based on statistical data and individual study, OH services are described and analysed from the perspective of expenditures at the national level, which highlights both the diversity of the OH financing structure and the individual role that different sources of financing play within it. The article also presents research results on the cost of OH services by age and sex in one large city, which reveals age differences among men and women in terms of the costs.

The article examines OH services on the basis of both statistics and registers collected by the Social Insurance Institution, Statistics Finland and the National Institute for Health and Welfare. We also undertook an age- and gender-specific analysis of OH services as a part of outpatient primary care within a single large town (Oulu) in 2013. We collected data from OH service providers concerning the utilisation of the services and the costs. This enabled us to evaluate the use of outpatient primary care among men and women aged 0 to 100 years and to analyse the cost of such care.

The increase in the cost of OH services has outpaced that of other health services and of prescription drugs. The costs of OH services grew faster than those for other health care in the period up to 2008 as the number of employed persons grew. During the sluggish economic growth of the recent years, the increase in costs has slowed down. In the coming years, the aging of the working-age population may accelerate the growth of costs. Analysed by age group and gender, OH services account for about a half of the total expenditure on outpatient primary care for persons of working age. Costs increase dramatically with age, and the cost differences between genders can be characterised as substantial. Costs depend on the age of the worker: based on research carried out in Oulu, the cost of OH services produced for a 60-year-old worker is about twice that for a 30-year-old. Men use a broader range of OH services, but women use more services overall. A 40-year-old woman uses as much OH service resources as a 50-year-old man.

The growth in OH expenditure is naturally driven by economic development. Since it is linked to the prevailing economic conditions, OH expenditure growth has slowed in the current economic recession. Because of the different funding structure of OH services and the role played by employers, growth in OH expenditure cannot be addressed in the same way as other expenditure growth. Further, in view of the fact that expenditures increase dramatically with age, there is a need to examine the health care situation of those who are at the end of their career and thus will soon no longer have access to OH services. The development of OH services evaluation and research would be best served by collecting patient-level registers at the Social Insurance Institution, where the data on occupational health service use could be combined in real-time with data on sickness benefits, rehabilitation and disability with the overall goal of keeping workers fit for work. Thus, services could be designed and targeted more accurately to meet the needs of workers and jobs.