

Riitta Luoto ja Tero Kujanpää

Työikäisten terveydenhuollon suunta

Osaoptimointia vai yhteistyötä?

Aiheesta lyhyesti

Terveydenhuollon keskeinen tavoite on mahdollistaa ihmisten arjessa pärjääminen sairauksia ennalta ehkäisemällä, hoitamalla ja kuntouttamalla. Ikääntyvässä Suomessa työikäisen väestön työkyvyn turvaaminen on koko yhteiskunnan toimivuuden perusedellytys ja yhteinen intressi koko terveydenhuoltojärjestelmälle, työmarkkinaosapuolille ja jokaiselle veronmaksajalle. Tavoitetta ei saavuteta ilman toimivaa työterveyshuollon ja muiden terveydenhuollon sektoreiden alueellista yhteistyötä.

Työikäisten terveystalouteen tarvitaan yhteiset tavoitteet, yhteiset mittarit ja koordinoitu yhteistyö eri toimijoiden välillä. Yhteisen tavoitteen saavuttamista voitaisiin mitata työkykyainotetut elinvuodet -mittarilla. Kela-korvausjärjestelmän sisällöllinen uudistaminen toisi työnantajille ja työterveyshuollon palveluntuottajille lisää kannusteita työkyvyn tukimuotojen hyödyntämiseen.

Työikäisten sosiaali- ja terveydenhuolto hyvinvointialueella

Suomalaisten sosiaali- ja terveystalouden pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä vasta perustetuille 21 hyvinvointialueelle vuoden 2023 alusta alkaen. Tavoitteena oli varmistaa taloudellinen kestävyys sekä palvelujen saamisen yhdenvertaisuus alueesta riippumatta.

Sote-uudistuksen arvioinnissa käytettävään kustannusvaikuttavuusmittaristoon (sotekuva.fi) kuuluu myös Kelan ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tuottama kansallinen terveysindeksi (Kela, 2025a). Sen osaindeksit kuvaavat sairastavuutta ja työkyvyttömyyttä. Näiden tietojen perusteella kuntien ja hyvinvointialueiden väliset erot työkyvyttömyydessä ja eri sairauksien yleisyydessä ovat merkittäviä. Kuntien väliset erot sairastavuudessa ovat suurimpia maantieteellisesti laajoilla hyvinvointialueilla Pohjois- ja Itä-Suomessa. Maantieteellisesti pienemmillä hyvinvointialueilla Etelä-Suomessa alueen sisäinen kuntien välinen sairastavuuden vaihtelu taas on vähäisintä.

Lue lisää:

[Työterveyshuolto osana sote-järjestelmää: integraatio- ja kustannusnäkökulmia -verkostohanke \(tietotarjotin.fi\)](#)

THL:n tehtävänä on arvioida sote-uudistuksen toteutumista. Uusimman raportin mukaan hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2023 yhteensä 23,9 mrd. euroa (4 294 euroa / asukas) (Croell ym., 2024). Merkittävä palvelutuotannon lisä ovat työikäisten työterveyshuollon palvelut, joita ei arviointiraportissa kuvata. Koska perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle on jo nyt vaikea päästä, työikäisille työterveyshuolto on hoitoon pääsyä helpottava vaihtoehto. Jatkossa olisi tarpeen selvittää siirtymiä eri terveydenhuollon sektoreiden välillä, koska monikanavaisen terveydenhuollon haasteena on päällekkäinen palvelujen tarjonta.

Yksityisen sektorin palvelujen osuus lisääntynyt

Vaikka hyvinvointialueilla on päävastuu terveyspalveluiden järjestämisestä, toimii niiden rinnalla myös yksityinen terveyspalvelujärjestelmä. Yksityisiä palveluita rahoitetaan osin sosiaalivakuutuksen Kela-korvausten, lakisääteisten vakuutusten, kuten työtapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen, sekä sairauskuluvakuutusten kautta. Finanssialan (2025) tilastojen mukaan vuoden 2024 lopussa 859 115 aikuisikäisellä oli sairauskuluvakuutus, joista yritysten ottamia oli 305 040. Eniten (64 %) viimeisen vuosikymmenen aikana ovat lisääntyneet yritysten ottamat sairauskuluvakuutukset. Lisäksi 2,1 miljoonaa työntekijää oli vuonna 2023 työterveyspalveluiden piirissä, ja näistä palveluista suurin osa (91 %) oli hankittu yksityisestä lääkärikeskuksesta (Kela, 2023). Merkittävä muutos työterveyspalveluiden tuotannossa on ollut yksityisten lääkärikeskusten osuuden kasvu palveluiden tuottajana samalla, kun työnantajien omat työterveys-asetat ja ostot terveyskeskuksista ovat vähentyneet (Kela, 2023).

Avohoidon lääkäriissäkäynneistä työikäiset tekevät merkittävän osan muualle kuin hyvinvointialueiden perusterveydenhuoltoon. Vain 34 % työikäisistä (15–64-v.) asioi perusterveydenhuollon avohoidossa lääkäriillä vuonna 2023, kun vuosituhanen vaihteessa vastaava osuus oli vielä noin 60 % (THL, 2025b). Työikäiset tekivät perusterveydenhuoltoon keskimäärin 0,8 lääkäriissäkäyntiä henkilöä kohti, mikä on neljänneksen vähemmän kuin vuonna 2016. Sairaanhoidajalla ja terveydenhoitajalla käyntien määrä avohoidossa on noin kaksinkertainen lääkäriissäkäynteihin nähden. Samaan aikaan työterveyshuoltoon tehtiin 1,8 sairaanhoidokäyntiä ja 0,7 terveystarkastuskäyntiä työterveyshuollon piiriin kuuluvaa kohti (Kela, 2023). Pelkästään sairaanhoidokäyntejä lääkäriillä oli 1,4 työterveyshuollon piiriin kuuluvaa kohti vuoden 2022 tilaston mukaan (Kela, 2022). Lisäksi Kelan korvaamia yksityislääkäriissäkäyntejä oli 780 287 (22,3 %) työikäisillä (15–64-v.) vuonna 2024 (Kela, 2025b).

Työterveyshuollon sote-integraatio tulevaisuuden tavoitteena

Kelan, Työterveyslaitoksen, Turun yliopistollisen keskussairaalan sekä Tampereen ja Itä-Suomen yliopistojen yhteistyöhankkeessa selvitettiin työikäisten sairaanhoidon ja työkyvyttömyyden kokonaiskustannuksia, työterveyshuollon toiminnan sisältöjä sekä työterveyshuollon integroimista uusilla hyvinvointialueilla.

Työterveyslaitos selvitti osatutkimuksessaan, miten työterveyshuolto integroituu hyvinvointialueiden toimintaan (Hakulinen ym., 2025): hyvinvointialueiden ja työterveyshuoltojen välinen yhteistyö on vähäistä ja satunnaista sekä ammattilaislähtöistä ja asiakaskohtaista. Yhteistyön rakenteet ja toimintamallit puuttuivat, eikä yhteistyötä johdettu tai koordinoitu – tosin joillakin alueilla oli sovittu yksittäisiä potilasryhmiä tai tutkimuksia koskevasta yhteistyöstä ja työnjaosta sekä asiakkaan lähettämisestä työkykyyn liittyvissä asioissa työterveyshuoltoon. Lisäksi muutamilla alueilla oli järjestetty hyvinvointialueen johdon ja työterveyshuollon yksiköi-

den välisiä tapaamisia. Työikäisten terveystalouksissa olennaista on kaikkien hyvinvointialueella toimivien terveydenhuollon organisaatioiden palveluiden yhteensovittaminen, johon järjestämislaki (612/2021) hyvinvointialueita velvoittaa.

Miten hillitä työikäisten terveyteen liittyviä kuluja ja työpanoksen menetyksiä?

Sairauspoissaolot maksavat paljon suomalaiselle yhteiskunnalle. Kela korvaa sairauspäiviä lähes 900 miljoonan euron edestä vuodessa (Kela, 2025b). Kun tähän summaan lisätään tapaturmavakuutus- ja eläkeyhtiöiden sekä työnantajien suoraan korvaamat poissaolot, kustannukset nousevat 3,4–4,3 miljardiin euroon vuodessa (Blomgren & Rissanen, 2024). Sairauspoissaoloja on vuosittain noin 60 %:lla työntekijöistä, Kelan korvaamia yli 10 päivän sairauspoissaolojaksoja alle 10 %:lla työntekijöistä. Sairauspäivärahoja saaneiden henkilöiden määrä on vähentynyt, mutta kustannukset ovat kasvaneet 50 vuodessa nelinkertaiseksi, 800 miljoonaan euroon. Työterveyshuollon keskimääräinen kustannus

työntekijää kohti on kasvanut 1970-luvun alle 50 eurosta nykypäivän lähes 200 euroon.

Sairastamisesta syntyvät yhteiskunnalliset taloudelliset vaikutukset sekä sosiaaliturvan etuuksien kustannukset ovat moninkertaiset verrattuna siihen, mitä sairastamisesta aiheutuva terveystalouden käyttö maksaa. Terveystalouden kokonaisrahoituksen eli valtion ja Kelan sekä yksityistalouksien näkökulmasta ja erityisesti palvelu- ja etuusjärjestelmien tehokkuuden näkökulmasta olisi tärkeää, että eri rahoitusjärjestelmien osat optimoidaan sijasta optimoidaan kokonaisuutta.

Arvioitaessa sairauden kokonaiskustannuksia työikäisellä väestöllä tulisi huomioida myös toiminta- ja työkykyyn liittyvät taloudelliset

menetykset, joita syntyy sairauspoissaolojen ja ennen aikaisten eläköitymistä takia. Kun kokonaiskustannusten tarkastelussa huomioitiin työkyvyttömyydestä aiheutuvat kustannukset, havaittiin, että erityisesti työikäisellä väestöllä suurin osa sairauden aiheuttamista kustannuksista liittyy kuitenkin itse sairastamiseen, ennen mahdollista toimenpidettä ja sen jälkeen, eikä hoitoon (Vohlonen ym., 2015; Vähätalo ym., 2025). Tämän vuoksi on tärkeää, että sairauden aiheuttamien kokonaiskustannusten syntymiseen pyritään vaikuttamaan sekä ennen sairaalahoitojaksoa että sen jälkeen esimerkiksi työterveyshuollon koordinoimien tukitoimien avulla.

Työantajien ja työntekijöiden rahoittama työterveyshuollon järjestelmä luo merkittäviä mahdollisuuksia sairauspoissaolojen ja niistä aiheutuvien kustannusten vähentämiseen. Työkyvyn tukitoimet ovat työter-

Sairastamisesta syntyvät yhteiskunnalliset taloudelliset vaikutukset sekä sosiaaliturvan etuuksien kustannukset ovat moninkertaiset verrattuna siihen, mitä sairastamisesta aiheutuva terveystalouden käyttö maksaa.

veyshuollon ydintä: ennen erikoissairaanhoidon ohjaamista tehdään työterveyshuollossa useita toimenpiteitä ja erikoissairaanhoidon toimenpiteiden jälkeen asiakas tarvitsee tukea työkykynsä palautumiseen.

Työkyvyn palautuminen sairaalahoidon jälkeen on yhtä tärkeää kuin sen ylläpitäminen ennen sairaalahoitoja. Työterveyshuollon rooli työkyvyn ylläpitämisessä ja palautumisessa on keskeinen, eikä sitä voida perusterveydenhuollossa korvata ilman yhteistyötä työpaikkojen kanssa. Työterveyshuollon ulkopuolella toimivat lääkärit eivät välttämättä tunne työntekijän työolosuhteita ja niiden muokkausmahdollisuuksia. He saattavat arvioida työkyvyttömyyden keston liian pitkäksi, kun yhteyttä työpaikalle ei ole. Toipuvat työntekijät palaavat eri tahtia takaisin työhönsä.

Työkyvyn tuen kehittämiseksi julkisen sairaanhoidon ja työterveyshuollon yhteistyötä varten on kehitetty TYÖOTE-toimintamalli, jossa potilaat ohjataan esimerkiksi tiettyjen toimenpiteiden jälkeen erikoissairaanhoidosta työterveyshuoltoon

työhön paluun suunnittelua varten (Lavikainen, 2024). Toimintamalli pilotoitiin Keski-Suomen keskussairaalassa, mutta se on otettu myöhemmin käyttöön kaikilla hyvinvointialueilla ja laajennettu uusiin sairausryhmiin. Tulevaisuudessa yhteistyötä on suunniteltu laajennettavan myös perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välille.

Pitäisikö Kela-korvauksia uudistaa?

Kela korvaa työnantajille osan työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuvista kustannuksista pääosin työnantajien ja työntekijöiden työtulo- vakuutusmaksuista peräisin olevin varoin. Lakisääteisen ennaltaehkäisevän työterveyshuollon Kelan korvausosuus on suurempi (60%) kuin työnantajille vapaaehtoisissa sairaanhoidon palveluissa (50%). Kelan työnantajille maksamaa työterveyshuollon korvauksen tasoa muutettiin vuosina 2011 ja 2020. Pelkästään työkyvyn hallintamalli ja siihen sidottu korkeampi korvausprosentti ei kannusta työnantajia yhteistyön ja ennalta ehkäisevän toiminnan lisäämiseen,

vaan tutkimustulosten mukaan sairaanhoidon tueksi tarvitaan yhteistyötä työterveyden kanssa. (Pitkämäki, 2019).

Vuonna 2011 tehdyllä työterveyshuollon korvaus- uudistuksella arvioitiin olevan selkeä ohjaava vaikutus. Ennalta ehkäisevä toiminta työterveyshuollossa lisääntyi, mutta sairaanhoitokäynnit eivät. (Pitkämäki, 2019.) Viimeisin työterveys- huoltoa koskeva sairausvakuutuslain muutos tuli voimaan vuoden 2020 alussa. Korvausuudistuk- sen tavoitteena oli lisätä ehkäisevän toiminnan korvattavuutta ja vähentää sairausvastaanottoja. Tutkimuksessa kävi ilmi, että työterveyshuolto on painottunut ehkäisevään työhön, mitä korvausuudistuksella tavoiteltiin (Oksanen & Luoto, 2025). Toisaalta tiedetään, että muutoksiin vaikuttavat myös kirjaamistapojen muutokset – raja korvausluokkien välillä ei ole enää kristallinkirkas. Nykytilanteessa työkykytar- kastuksia ei voi erotella muista vapaaehtoisista terveystarkastuksista. Myös sairaanhoidon puolella tapahtuva työkykyä tukeva toiminta jää Kelan työterveyshuoltotilastossa piiloon.

Työterveyshuollon palveluissa etäkontaktien hyödyntäminen on lisääntynyt viime vuosina. Videovastaanoitoista ja chat-kontakteista on voinut saada Kela-korvausta vuodesta 2019 alkaen ja puheluista jo aiemminkin. Vuoden 2023 työterveyshuoltotilaston mukaan noin viidennes kaikista hyväksytyistä työterveyshuollon kustannuksista tuli etäkontakteista. Vaikka terveydenhuollon ammattilaisen käyttämä aika kasvokkaiseen kontaktiin ei välttämättä ole pidempi kuin etäkontaktiin käytetty aika, esimerkiksi kasvokkaiseen vastaanottoon matkustaminen kuitenkin kasvattaa vastaanottoon kuluva kokonaisaika, ja sillä on merkitystä niin työntekijälle kuin työnantajallekin. Ammattilaisten ja työpaikkojen edustajien haastattelujen mukaan koettiin, että etäpalvelut ovat helpottaneet ja nopeuttaneet hoidon ja työkyvyn tukitoimien aloitusta (Kervinen ym., 2025). Samalla kohtaukset koettiin etäisiksi, vuorovaikutukseltaan pinnallisiksi ja kokonaisvaltaisen ymmärryksen kannalta haastaviksi.

Työkykyisten elinvuosien uusi mittaustapa

Suomen väestö ikääntyy ja huoltosuhde muuttuu yhä epäedullisemmaksi, jolloin työikäisillä on kannettavanaan entistä suurempi taakka. Työttömyys, sairauspoissaolot, työtehon lasku ja varhainen työkyvyttömyys ovat kaikki yhteydessä sairauksiin. Terveydenhuollon toimilla pyritään ennalta ehkäisemään sairastumista ja hoitamaan ja kuntouttamaan sairastuneita. Kaiken tämän tulisi edistää toipumista ja toimintakyvyn parantumista. Vaikka toimintakyky ja elämänlaatu ovat laajoja käsitteitä ja niiden mittaaminen monimutkaista, ne eivät aina ota huomioon työikäisten haasteita, työn tai sen puutteen ja työkyvyn merkitystä.

Työkykypainotetut elinvuodet (*productivity-adjusted life-years*, PALY) -mittari täydentää sairaustaakan määrittämistä (Ademi ym., 2021). PALY-mittari huomioi sairauksien vaikutuksen työkykyyn ja tuottavuuteen. Tuottavuudella tarkoitetaan saavutetun tuotannon (eli tötulosten)

suhdetta käytettäviin voimavaroihin (työkykyyn ja työolosuhteisiin). PALY-mittaria voidaan hyödyntää käytettyjen panosten, kuten rahoituksen tai tehdyn työn vaikuttavuuden, arviointiin. Tämä myös täydentää kuvaa, joka saadaan elämänlaatua (laatupainotetut elinvuodet, QALY) tai toimintakykyä (toimintakykyiset elinvuodet, DALY) kuvaavilla mittareilla. PALY-mittarin avulla on jo suomalaisessa väestössä tehdyssä tutkimuksessa arvioitu eri sairausryhmien vaikutusta tuottavuuden menetyksiin ja todettu mielenterveyshäiriöiden aiheuttavan eniten työkykyisten elinvuosien menetyksiä (Lavikainen ym., 2025).

Miten työikäisten työkykyä tuetaan tulevaisuudessa?

Työikäisille tarjotuissa terveyspalveluissa on tapahtunut viimeisten vuosikymmenien aikana iso muutos. Työnantajien ottamien sairauskuluvakuutusten lisääntyminen vaikuttaa myös työterveyshuollon kehitykseen, koska yritysten työntekijöilleen ottamien vakuutusten avulla usein täydennetään tarjottuja sairaanhoitopalve-

luita. Vakuutusehdot voivat merkittävästi ohjata hoitoprosessia, ja työterveyshuolto tai ylipäänsä terveydenhuoltojärjestelmä voi vaikuttaa niihin vain rajallisesti. Hoitokuluvakuutukset ohjaavat erikoislääkäripalveluihin asiakkaita, joiden hoito kuuluisi perusterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon.

Työterveyspalveluiden laajuus vaihtelee merkittävästi eri työpaikkojen välillä. Noin 25 %:ssa työterveyspalvelusopimuksista palveluihin sisältyvät vain lakisääteiset ennalta ehkäisevät ja työkyvyn tuen palvelut, kun 74 % sopimuksista sisältää erilaajuisia sairaanhoitopalveluita (Nissinen, 2024). Sairaanhoidon kattavuus taas on vaihtelevaa. Toiset sopimukset mahdollistavat laajasti perusterveydenhuoltoa ja myös erikoislääkärien konsultaatioita korvaavia palveluita.

Työterveyshuollossa annettavan sairaanhoidon sisältöä pitäisi tarkentaa ja selkeyttää, jotta työnantajien saama julkinen tuki olisi yhdenvertaista.

Usein työterveyshuoltosopimuksen ulkopuolelle jää silti keskeisiäkin perustason tutkimuksia ja esimerkiksi pitkäaikaissairauksien hoito ja seuranta.

Työterveyshuoltojen ja hyvinvointialueiden yhteistyötä on kehitettävä. Työkyvyn tuen tarpeessa oleville tai työperäisiksi epäiltyjä sairauksia sairastaville työntekijöille tarvitaan tukea työterveyshuollosta ja sairaanhoitoa tarvitseville sujuva hoitopolku työterveyshuollosta hyvinvointialueen terveystalouteen.

Työterveyshuollon korvausjärjestelmä kaipaa kehittämistä ja uudistamista. Optimaalista olisi kytkeä siihen vaikuttavuusperuste sekä työnantajille että työterveyspalveluiden tuottajille kannustamaan sairauspoissaolojen hallintaan.

Ennaltaehkäisevissä ja sairaanhoidollisissa käynneissä on paljon päällekkäisyyttä (Oksanen ym. 2024), jota yhdistäminen poistaisi.

Työterveyshuoltosopimusten sisällön laaja hajonta haastaa myös yhteistyötä eri toimijoiden välillä, kun on vaikea hahmottaa, mikä kulloinkin on mahdollista työterveyshuollossa. Työterveyshuollossa annettavan sairaanhoidon sisältöä pitäisi tarkentaa ja selkeyttää, jotta työnantajien saama julkinen tuki olisi yhdenvertaista. Tällä hetkellä työnantajat valitsevat sairaanhoidon sisällön palveluntuottajien esittelyn perusteella. Kela-korvausten kehittäminen sairaanhoidon sisältöä selkeyttävään suuntaan lisäisi korvausten saajien yhdenvertaisuutta (Lumme ym., 2025).

Myös hyvinvointialueiden palvelulupaus on epä-määräinen: siihen kuuluu periaatteessa kaikki tarpeellinen, mikä jää epäselväksi lääketieteen mahdollisuuksien ja rajallisten voimavarojen epäsuhdan kasvaessa. Palveluiden yhteensovittaminen edellyttää tietoa kunkin osan sisällöstä.

Työkyvyn tukeminen ei ole pelkästään työterveys-
huollon intressi, tehtävä tai tehtävissä. Vaka-
vimmin työkykyä uhkaavia vaikeita sairauksia
yleensä hoidetaan myös erikoissairaanhoidossa,
missä laadukas oikea-aikainen hoito on
merkittävin työkykyteko. Ikääntyvässä Suomessa
työikäisen väestön työkyvyn turvaaminen on koko
yhteiskunnan toimivuuden perusedellytys. Se on
siksi yhteinen intressi koko terveydenhuoltojär-
jestelmälle, työmarkkinaosapuolille ja jokaiselle
veronmaksajalle.

Viime kädessä jokainen on itse vastuussa
omasta työkyvystään kantaen sen menetyksen
seuraukset kaikkein raskaimmin. Vaikka yksilöt
eivät pysty vaikuttamaan moneen sairauteen

ja työkyvyttömyyteen johtavaan tilanteeseen,
vaikuttavat he riskeihin valinnoillaan,
elintavoillaan ja asenteillaan.

Yhteisen intressin pitäisi johtaa yhteiseen tavoit-
teeseen, johon voitaisiin ohjata PALY-mittarin
avulla. Koko terveydenhuollossa kannustimien
tulisi ohjata estämään työkyvyttömyyttä,
koska palveluiden rahoituksen mahdollistaa
työkykyinen väestö. Sekä työnantajille että työter-
veyspalvelujen tuottajille tulisi olla kannusteet
sairauspoissaolojen hallintaan. Voisiko yhteistyö
rakentua vahvaksi yhteisestä intressistä osa-
optimoinnin sijaan, jos eri toimijoita ohjaisivat
yhteiset mittarit toisiinsa kytkeytyvin kannustein?

**Koska työkykyinen väestö mahdollistaa palveluiden rahoituksen,
kannustimien tulisi ohjata terveydenhuoltoa estämään
työkyvyttömyyttä.**

Lähteet

- Ademi, Z., Ackerman, I.N., Zomer, E., & Liew, D. (2021). Productivity-Adjusted Life-Years: A New Metric for Quantifying Disease Burden. *Pharmacoeconomics*, 39(3), 271–273
<https://doi.org/10.1007/s40273-020-00999-z>
- Blomgren, J., & Rissanen, M. (2024). Mielenterveysperusteisten pitkien sairauspoissaolojen takia menetetystä työpanoksesta aiheutuu vuosittain vähintään miljardikustannukset. *Tutkimusblogi*.
<https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1085228/mielenterveysperusteisten-pitkien-sairauspoissaolojen-takia-menetetysta-tyopanoksesta-aiheutuu-vuosittain-vahintaan-miljardikustannukset>
- Croell, K., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Savolainen, N., Syrjä, V., & Syrjänen, T. (2024). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2024*. THL.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-363-8>
- Finanssiala. (17.4.2025). *Tilasto sairauskuluvakuutus 2015–2024*. <https://www.finanssiala.fi/julkaisut/tilasto-sairauskuluvakuutus-2015-2024/>
- Hakulinen, H., & Pesonen, S. (2025). *Työterveyshuollon sote-integraatio, tuloksia* [esitys työterveyskonsortion loppuseminaarissa 11.4.2025].
- Kela. (2022). *Kelan työterveyshuoltotilasto 2022*.
<http://hdl.handle.net/10138/578589>
- Kela. (2023). *Kelan työterveyshuoltotilasto 2023*.
<https://tilastojulkaisut.tietotarjotin.fi/tyoterveyshuolto/2023/>
- Kela. (2025a). *Kansallinen terveyst indeksi*.
<https://tietotarjotin.fi/tilastodata/670708/kansallinen-terveysindeksi>
- Kela. (2025b). *Kelan taskutilasto 2025*.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025053056231>
- Kervinen, E., Vähätalo, L., Siukola, A., Reho, T., Winell, K., & Sauni, R. (2025). Occupational health professionals' and HR specialists' perceptions of telemental health services in occupational health care settings: A qualitative study. *Digital Health*, 6(11).
<https://doi.org/10.1177/20552076241297409>
- L 612/2021 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä
- Lavikainen, P. T., Lehtimäki, A. V., Heiskanen, J., Luoto, R. M., Ademi, Z., & Martikainen, J. A. (2025). The impact of chronic conditions on productivity-adjusted life-years in both the workplace and household settings in the general adult population in Finland. *Value in Health*, 28(3), 379–388.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.09.017>
- Lavikainen, P., Heiskanen, J., Jalkanen, K., Lehtimäki, A. V., Vehkala, S., Kangas, P., Husman, K., Vohlonen, I., & Martikainen, J. (2024). Effectiveness of the Coordinated Return to Work model after orthopaedic surgery for lumbar discectomy and hip and knee arthroplasty: A register-based study. *Occupational and Environmental Medicine*, 81(3), 150–157.
<https://doi.org/10.1136/oemed-2023-109276>
- Lumme, S., Satokangas, M., Holster, T., Laukkonen, M.-L., Haula, T., Honkatukia, J., Hetemaa, T., Nieminen, J., Korajoki, M., Keskimäki, I., & Tynkkynen, L.-K. (2025). *Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus* (Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1).

Nissinen, S., Kauranen, T., Lappalainen, K., Oikarinen, T., & Virtanen, E. (2024). *Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2023*. Työterveyslaitos.

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-391-188-8>

Oksanen, K., & Luoto, R. (16.5.2025).

Työterveyshuoltoon tarvitaan selkeämpi erottelu ehkäisevän ja sairaanhoidollisen toiminnan välille. *Tutkimusblogi*. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1208347/tyoterveyshuoltoon-tarvitaan-selkeampi-erottelu-ehkaisevan-ja-sairaanhoidollisen-toiminnan-valille>

Oksanen, K., Reho, T., Viljamaa, M., Korhonen, M., & Sauni, R. (2024). Työkykyyn liittyvien käyntien luokittelussa vaihtelua. *Suomen Lääkärilehti*, 79: e40474. <https://www.laakarilehti.fi/e40474>

Pitkämäki, S. (2019). *Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki: Miten korvaustason lainsäädännön muutos vaikutti?* Turun yliopisto.

THL. (2025a). *Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa 2024* (Tilastoraportti 24).

<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025050738015>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025b). *Sotkanet-tilastotietokanta*. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

Vohlonen, I., Vehviläinen, A., Husman, K., Koistinen, V., Rasilainen, J., & Pesonen, H. (2015). *Terveysturvan rahoitus: Seurantatutkimus 2000–2013: Alustavia kansallisia tuloksia*.

Vähätalo, L., Korhonen, M., Siukola, A., Kervinen, E, Winell, K., Reho, T., Viljamaa, M., & Sauni, R. (2025). *The Association of Waiting Time with Postoperative Health Care Use and Sickness Absences: A Register Study in Finland*. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-025-10336-w>

Kirjoittajat

Riitta Luoto, LT

tutkimusyksikön ylilääkäri, Kela
työterveyden professori, Helsingin yliopisto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Tero Kujanpää, LT

tutkijalääkäri, Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

tutkimusjulkaisut@kela.fi

www.tietotarjotin.fi/tutkimus
www.tietotarjotin.fi/sv/forskning
www.tietotarjotin.fi/en/research

ISSN 2984-2727
ISBN 978-952-284-230-5 (pdf)

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-284-230-5>