

**RIINA HILTUNEN**  
KTM, projektipäällikkö  
Centre for Collaborative  
Research -Tutkimuspalvelut,  
Turun kauppakorkeakoulu, Turun  
yliopisto

**HENNAMARI MIKKOLA**  
KTT, tutkimusprofessori, Tieto- ja  
viestintäyksikön päällikkö  
Kela

**JOUNI SAARNI**  
KTM, kehityspäällikkö  
Centre for Collaborative  
Research -Tutkimuspalvelut,  
Turun kauppakorkeakoulu, Turun  
yliopisto

## Yksityisten lääkäripalvelujen alueellinen saatavuus vuosina 2008–2012

### Lähtökohdat

Yksityisten tuottajien tarjoamia palveluja aiotaan sosiaali- ja terveystalouksia uudistettaessa hyödyntää nykyistä enemmän mm. palvelujen saatavuuden turvaamiseksi. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttöä on tutkittu Suomessa paljon, mutta niiden alueellista saatavuutta ei ole aikaisemmin analysoitu. Tavoitteemme on tutkia yksityisten lääkäripalvelujen saatavuutta kuvaamalla toimialan alueellista levinneisyyttä ja sen kehitystä vuosina 2008–2012. Lisäksi vertailemme potilasvirtoja eri alueilla ja erikoisaloilla.

### Menetelmät

Aineisto muodostettiin Kelan sairaanhoitokorvausten rekisterin vuosien 2008–2012 yksityislääkäripalkkioiden tiedoista. Viiden erikoisalalan vastaanottokäyntejä tarkasteltiin 67 seutukunnassa erillisinä markkinoina. Aikasarjan muuttujina olivat alueen väkiluku, kaupunkimaisuus, käyntimäärät ja kilpailijoiden lukumäärä. Käyntimääristä johdettiin lisäksi asukasmäärään suhteutettu palvelujen käyttö ja käytön paikallisuuden astetta mittaavat suureet. Aineistoa kuvailtiin taulukoimalla ja markkinoiden välisten erojen tutkimiseen käytettiin epäparametrista varianssianalyysiä.

### Tulokset

Varsinaisten markkina-alueiden lukumäärä vaihteli erikoisalasta riippuen 36:sta 50:een vuonna 2012, ja näillä alueilla asui 86–94 % Manner-Suomen väestöstä. Markkinoiden lukumäärä lisääntyi tarkasteluajalla kullakin erikoisalalla, jolloin palvelujen saatavuus parani keskimäärin 3 %:lla väestöstä. Uusien markkinoiden synty lisäksi palvelujen käyttöä alueella. Suurin osa palveluista käytettiin kotiseutukunnassa, mutta seutukuntarajat ylittävässä palvelukäytössä oli erikoisalojen ja seutukuntien välillä merkittäviäkin eroja.

### Päätelmät

Yksityisten lääkäripalvelujen markkinat ovat viime vuosina levittäytyneet alueellisesti, mutta palvelujen saatavuuteen levittäytyminen vaikutti suhteellisen vähän. Yksityisten lääkäripalvelujen markkinat kattoivat vuonna 2012 kuitenkin jo valtaosan väestöstä. Alueellinen näkökulma on tärkeä tutkittaessa perinteisten lääkäripalvelujen saatavuutta. Paikallisen saatavuuden paraneminen lisää yksityisten palvelujen käyttöä, ja läheinen sijainti on potilaalle keskeinen kriteeri palveluntuottajien valinnassa. Palveluntuottajat eivät juuri kilpaile asiakkaistaan seutukuntarajojen yli.

Yksityiset terveystalouksien markkinat toimivat markkinaehtoisin periaattein julkisia palveluja täydentäen. Yksityisen sektorin kilpailijat vai-

se valinnan ammatinharjoittajaksi ryhtymisestä, tarjonnan määrästä sekä palkkiotasostaan. Asiakas puolestaan valitsee markkinoilta haluamansa kilpailijan, toimipisteen ja lääkärin ilman hoidon porrastusta. Noin 29 % sairausvakuutetuista valitsi yksityisen lääkäripalvelun vuonna 2015, ja 79 % käynneistä tehtiin suoraan erikoislääkärille (1,2).

Yksityisten palvelujen käyttö myös rahoitetaan pääosin yksityisin varoin. Pakollisen julkisen sairaanhoitovakuutuksen (shv) korvaustaso on laskenut ajan mittaan (1), ja nykyisen 17 % korvauksen merkitystä pidetään potilaan pää-

*Ortopedian alalla keskimäärin jopa 41 % potilaista käytti palveluja kotiseutukunnan ulkopuolella.*

kuttavat yksityisten lääkäripalvelujen saatavuuteen perustamalla tai sulkemalla toimipisteitä, mutta niissä toimivat lääkärit tekevät lopulta it-

LIITETIEDOSTO  
pdf-versiossa  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

Sisällysluettelot  
SLL 44/2015



## KIRJALLISUUTTA

- 1 Kelasto. 2016. <http://www.kela.fi/kelasto>.
- 2 Kela. Kelan sairausvakuutus-tilasto. Sosiaaliturva 2014. Suomen virallinen tilasto 2015. [http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan\\_sairausvakuutus-tilasto\\_2014.pdf/43fa1098-54cb-4d2e-96de-a95748e2e3e4](http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_sairausvakuutus-tilasto_2014.pdf/43fa1098-54cb-4d2e-96de-a95748e2e3e4).
- 3 Hiltunen R, Mikkola H, Halonen J, Saarni J. Sairaanhoidovakuutuksen korvausten merkitys lääkäripalveluyrityksille. *Suom Lääkäril* 2015;70:1751–8.
- 4 Jäntti S. Kansallinen terveyspalveluja valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. *Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet*, 2008:154.
- 5 Valtonen H, Kempers J, Karttunen A. Supplementary health insurance in Finland, Consumer preferences and behavior. *Working papers* 65/2014, Kelan tutkimusosasto 2014.
- 6 Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen linjat, neuvottelutulos 5.4.2016. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/2287640/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon-+ja+aluehallintouudistuksen+linjat+et+5.4.2016/7382c141-45aa-433f-af74-6fc579e76de0>.
- 7 Pitkänen V, Pekola P. Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa. *Työpapereita* 86/2016. Kelan Tutkimusosasto 2016.
- 8 Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö. Valinnanvapauden toteuttamisen ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamisen jatkovalmistelu. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/12.+Valinn+anvapaus-+ja+monikanavarahoitu+slinjaus+2016-06-27>.
- 9 Tuominen U, Ruuska H, Tervola J, Maljanen T. Yksityissektorin erikoislääkärin vastaanotto-palkkioiden hintavertailu. *Suom Lääkäril* 2016;71:499–506.
- 10 Blomgren J, Virta L. Tuloryhmien erot yksityislääkäripalvelujen käytössä eivät kasvaneet vuosien 2006–2011. *Suom Lääkäril* 2014;69:560–5.
- 11 Lith P. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. TEM raportteja 34/2013. [http://www.tem.fi/files/37584/TEM-rap\\_34\\_2013\\_30092013.pdf](http://www.tem.fi/files/37584/TEM-rap_34_2013_30092013.pdf).
- 12 Kleiner SA, Lyons S, White W. Provider concentration in markets for physician services for patients with traditional Medicare. *Health Management, Policy and Innovation* 2012;1:3–18.
- 13 Salop SC. Monopolistic Competition with Outside Goods. *The Bell Journal of Economics, RAND Corporation* 1979;10:141–56.

töksenteon kannalta vähäisenä (3,4). Toisaalta yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat vakiinnuttaneet asemansa etenkin lapsiperheissä, joista yli puolella oli vakuutus vuonna 2012 (5).

Sote-uudistus on lisännyt tutkijoiden kiinnostusta Suomen yksityisiä lääkäripalvelumarkkinoita kohtaan. Toistaiseksi potilaan valinnanvapaus ulottuu julkisiin tuottajiin, mutta uudistuksen toteuduttua julkinen rahoitus seuraisi potilasta myös yksityiselle palveluntuottajalle. Valinnanvapauslaki on linjattu koskemaan perustason palveluja ja erikoissairaanhoidon soveltuville osin vuodesta 2019 alkaen (6,7). Perustason palvelut tarjotaan todennäköisesti väestövastuulla toimivissa hyvinvointi- ja terveyskeskuksissa, jotka toimivat portinvartijoina esimerkiksi palvelusetelien rahoitettuihin erikoissairaanhoidon palveluihin (8).

Viime vuosina Suomessa on tutkittu mm. yksityisten lääkäripalvelujen hintoja alueittain (9) ja tulojen yhteyttä palvelujen käyttöön (10), mutta palvelujen saatavuutta ei ole kuvattu toimialatasoa syvällisemmin (11). Lääkäripalvelujen markkinoita pidetään yleensä alueellisesti ja erikoisaloittain segmentoituneina (12). Alueellisen kilpailun teorian mukaan yrityksen sijainti on asiakkaalle tärkeä valintakriteeri, ja siten yksi keskeisimpiä yrityksen strategisia valintoja (13,14). Lääkäripalveluissa palvelujen etäisyyttä ja niiden käyttämiseen kuluvan ajan merkitystä pidetään usein suurempana valintatekijänä kuin itse hintaa, etenkin jos yksityinen vakuutus on kattava (15,16,17).

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuvata yksityisten lääkäripalvelujen alueellista saatavuutta ja kansalaisen mahdollisuuksia yksityisen palvelun valintaan viime vuosina. Suomen kaltaisessa harvaan asutussa maassa palvelutarjonnan ei odoteta leviittäytyvän tasaisesti kaikkialle. Lisäksi tutkimme, vaikuttaako alueellisen saatavuuden paraneminen potilaiden valintoihin. Alueiden välisten käyntimäärien avulla selvitetään, oliko aluetarkastelun taso saatavuuden kannalta relevantti ja onko erikoisalojen tai alueiden välillä eroa. Paikallisen saatavuuden merkitykseen saattavat vaikuttaa esimerkiksi hoidon kiireellisyys, vamman vakavuus tai yksityinen vakuutus (15,16,17).

## Aineisto ja menetelmä

Tutkimusaineistona oli vuosien 2008–2012 lääkärinpalkkioiden korvausrekisteri, joka sisältää

kaikki sairaanhoitovakuutuksesta korvattujen yksityislääkärin vastaanottokäyntien tiedot potilaattain ja lääkäreittäin. Palveluntuottajien yleisesti käyttämä suorakorvausjärjestelmä mahdollisti käyntien paikallistamisen toimipisteittäin. Toimipisteet ryhmiteltiin kilpailijoiksi julkisesti saatavilla olevien yritysrekisterien, tiedotteiden ja toimintakertomusten perusteella.

Aineisto koottiin vuosittaiseksi paneeliksi, jossa havaintoyksikköinä olivat relevantit alue- ja tuotemerkkinat. Relevanteiksi markkina-alueiksi määriteltiin potilasvirtojen perusteella Manner-Suomen seutukunnat (n = 67) (18) (kuva 1). Relevantit tuotemerkkinat rajattiin erikoisaloittain, ja analysoitavaksi valittiin naistentaudit ja synnytukset, lastentaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, iho- ja sukupuolitaudit sekä ortopedia ja traumatologia. Näiden viiden alan osuus kaikista vastaanottokäynneistä oli 37 % vuonna 2012.

Tarkasteltavia alue- ja tuotemerkkinoita oli vuosittain 335 (5 x 67). Markkinat jaettiin varsinaisiksi ja potentiaalisiksi markkinoiksi sen mukaan, oliko niissä aluerajojen sisäistä palvelujen käyttöä. Käytännössä varsinaisten markkinoiden määritelmä täyttyi lähes aina, kun markkinoilla oli palveluntuottaja. Ensimmäisen palveluntarjoajan tullessa markkinoille määritelmä muuttui yleensä potentiaalisesta varsinaiseksi, eli markkinat perustettiin. Markkinat vastaavasti poistuivat toimialalta määritelmän muuttuessa toisinpäin.

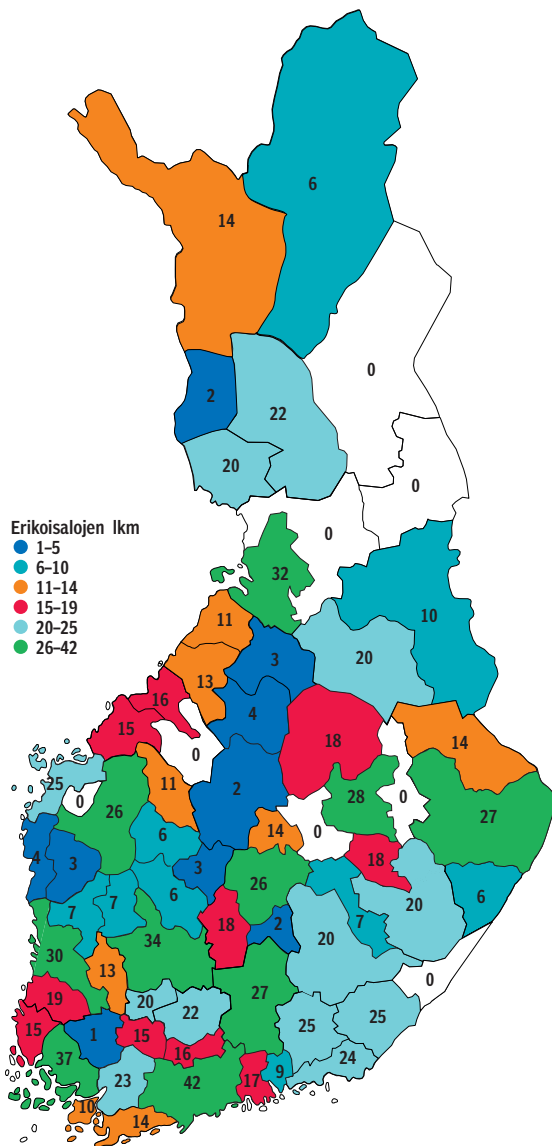
Tarkasteluun valittiin markkinoita, joilla suorakorvausjärjestelmän käyttöaste oli riittävän korkea ja alueellinen palveluntuottajarakenne kyettiin näin ollen kuvaamaan luotettavasti. Mm. silmätautien, yleislääketieteen ja psykiatrian erikoisalat jätettiin suurista käyntimääristä huolimatta tarkastelun ulkopuolelle, koska suurelta osalta alojen palveluntuottajia puuttui paikkatieto. Samasta syystä myös Ahvenanmaa ja ensimmäinen käytettävissä ollut vuosi 2007 jätettiin pääosin tarkastelun ulkopuolelle. Valittujen viiden erikoisalan varsinaisilla markkinoilla keskimäärin vain 7 % käynneistä tehtiin vuonna 2012 palveluntuottajille, joiden sijaintitieto puuttui.

Markkinoita kuvaavina muuttujina olivat alueen väkiluku, kaupunkimaisuus, tuotetut ja toteutuneet vastaanottokäynnit sekä kilpailijoiden lukumäärä. Seutukunta on kaupunkimainen, jos vähintään yksi sen muodostavista kunnista on kaupunkimainen (19). Käyntimääristä

KUVA 1.

**Seutukunnassa tuotettujen suorakorvattujen erikoisalojen lukumäärä vuonna 2012.**

Vain Helsingin seutukunnassa oli tiettävästi tarjolla kaikkien Suomessa tuotettujen 42 erikoisalan palveluja.



johdettiin väestöön suhteutettu palvelujen käyttö sekä käytön paikallisuutta kuvaavat LIFO (little-in-from-out) ja LOFI (little-out-from-in) (20). LIFO kuvaa potilaan näkökulmasta, miten

suuri osuus seutukunnan väestön käyttämistä lääkäripalveluista tuotetaan kotiseutukunnassa. LOFI kuvaa vastaavasti tarjoajan näkökulmasta, miten suuren osuuden seutukunnan palvelutuotannosta kotiseutukunnan väestö käyttää (kuva 2). Alue on määritelmän mukaan riittävän suuri markkina-alueeksi, kun vähintään 75 % palvelujen käytöstä suuntautuu paikallisille tuottajille (LIFO  $\geq 75\%$ ) ja vähintään 75 % palvelujen tuotannosta käytetään paikallisesti (LOFI  $\geq 75\%$ ) (20,21).

Tutkimuksessa markkinoita kuvailtiin luokit-tain taulukoimalla ja luokkien välisiä eroja tutkittiin soveltuvin tilastollisin menetelmin. Varsinaisia ja potentiaalisia markkinoita vertailemalla tutkittiin, millainen markkinaympäristö on yhteydessä markkinoiden olemassaoloon ja mikä oli kehityssuunta ajanjaksolla 2008–12. Perustettuja ja poistuvia markkinoita tarkasteltiin lähemmin, ja syntyviä markkinoita muihin markkinoihin vertaamalla tutkittiin, millaisille alueille markkinat viime vuosina levittäytyivät. Lisäksi tarkasteltiin, millainen yhteys markkinoiden perustamisella tai poistumisella oli palvelujen käyttöön tai sen paikallisuuden asteeseen. Kolmanneksi selvitimme erikoisalojen välisiä eroja edellä mainituissa markkinamuuttujissa.

Varsinaisten ja potentiaalisten markkinoiden, perustettujen ja poistuvien sekä erikoisalojen välisiä eroja tutkittiin kategoriselle kaupunkimaisuusmuuttujalle Khiin neliö -testillä ja jatkuville lukumuuttujille epäparametrisella Mann–Whitneyn U-testillä. Kruskal–Wallisin epäparametrinen testiä käytettiin toisistaan poikkeavien erikoisalojen jäljittämiseksi. Kaikki varianssianalyysit tehtiin myös erikoisaloittain, mutta niiden väliset erot raportoitiin vain valituilta osin. Analyysit tehtiin SAS Enterprise Guide 7.1 -ohjelmalla.

**Tulokset**

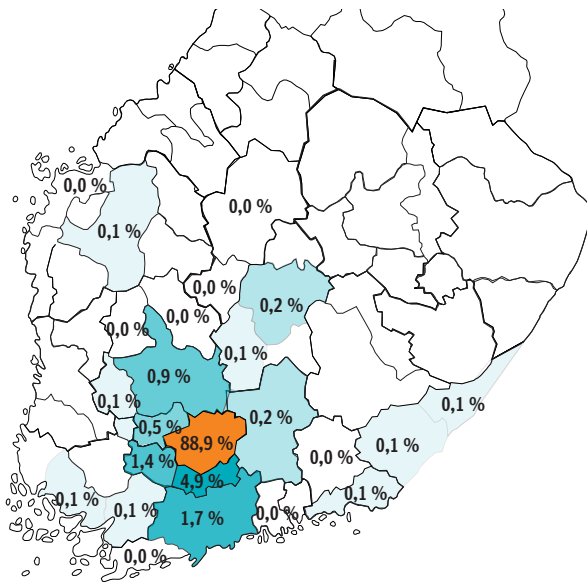
Varsinaisten markkinoiden määritelmä täyttyi 68 %:lla alueista (227) vuonna 2012, ja loput 108 aluetta jäivät potentiaalisiksi markkinoiksi. Varsinaisista markkinoista 70 % sijaitsi kaupunkimaisilla alueilla, kun potentiaalisista markkinoista valtaosa (89 %) oli maaseutumaisilla alueilla. Varsinaiset ja potentiaaliset markkinat poikkesivat toisistaan huomattavasti myös väkiluvultaan (taulukko 1).

Molempien alueiden asukkaat olivat käyttäneet kaikkien analysoitujen erikoisalojen palve-

KUVA 2.

**Hämeenlinnan seutukunnan LOFI (88,9 %) sekä potilasvirrat muista seutukunnista ortopedian erikoisalalla vuonna 2012.**

Hämeenlinnan seutukunnan asukkaat käyttivät paikallisesta ortopedia-alan markkinoiden tuotannosta siis 88,9 %.



luja, mutta varsinaisilla markkinoilla käyntimäärät olivat kuusi kertaa suurempia kuin potentiaalisilla markkinoilla. Myös väkilukuun suhteutettu palvelujen käyttö oli lähes kolminkertainen ja asukkaiden käyttämien kilpailijoiden määrä

lähes kaksinkertainen verrattuna potentiaaliin markkinoihin (taulukko 1). Erot varsinaisten ja potentiaalisten markkinoiden välillä olivat kaikille muuttujille tilastollisesti merkitseviä myös erikoisaloittain ja vuosittain testattuna.

LIFO-aste ylitti markkina-alueen määritelmän raja-arvon 125:llä (55 %) ja LOFI 200:lla (88 %) varsinaisista markkinoista vuonna 2012. Kaupunkimaisilla alueilla kotimarkkinoiden ulkopuolelle matkustaminen oli vähäistä (LIFO 90 %) verrattuna maaseutumaisiin alueisiin (33 %). LOFI-aste oli noin 90 % kaupunkimaisuudesta riippumatta.

**Alueellisen saatavuuden paraneminen lisäsi palvelujen käyttöä**

Vuosina 2008–12 varsinaisten markkinoiden lukumäärä kasvoi viidellä erikoisalalla yhteensä 24:lla, joista 46 % (11) oli maaseutumaisia. Perustetut ja poistuvat markkinat olivat kaikilla muuttujilla kuvattuina potentiaalisia markkinoita suurempia ja varsinaisia markkinoita pienempiä (vrt. taulukot 1 ja 2). Esimerkiksi niiden mediaaniväkiluvut (n. 23 000) olivat huomattavasti pienemmät kuin varsinaisten markkinoiden 57 000, mutta suuremmat kuin potentiaalisten markkinoiden 19 000 vuonna 2012. Markkinoiden lukumäärän kasvaessa sekä potentiaalisten että varsinaisten markkinoiden kaikkien muuttujien mediaanit pienenevät vuosina 2008–12. Samanaikaisesti varsinaisten markkinoiden väestönosuus kasvoi 3 prosenttiyksikköä ja oli 92 % vuonna 2012 (taulukko 1).

Markkinoiden perustamisen yhteydessä palvelujen käyttö lisääntyi 21 käynnistä 23 käyn-

TAULUKKO 1.

**Varsinaiset ja potentiaaliset markkinat vuosina 2008 ja 2012 kaikilla viidellä erikoisalalla.**

Markkinan määritelmä		n (%)	Kaupunkimaisia, % n:stä	Väestön jakautuminen markkina-alueille, erikoisalojen keskiarvo, %	Väkiluku, mediaani	Asukkaiden käyntimäärä, mediaani	Käyttö, käyntiä/1 000 asukasta, keskiarvo	Alueen väestön käyttämien kilpailijoiden lkm, keskiarvo	LIFO, mediaani, %	LOFI, mediaani, %
Varsinainen markkina	2008	203 (61)	71	88	58 879	1 750	49	18,3	85	90
	2012	227 (68)	70	92	57 098	1 452	47	16,4	81	90
Potentiaalinen markkina	2008	132 (39)	19	12	21 253	254,5	18,4	9,5		
	2012	108 (32)	11	8	18 728	236,5	17,4	8,7		

- 14 Lipczynski J, Wilson JOS, Goddard J. Industrial Organization. Competition, Strategy, Policy. 3. painos. FT Prentice Hall 2009.
- 15 Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. The American Economic Review 1987;77:251-77.
- 16 Ringel JS, Hosek SD, Vollaard BA, Mahnovski S. The elasticity of demand for health care: a review of the literature and its application to the military health system. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2002.
- 17 Gaynor M, Town RJ. Competition in health care markets. Kirjassa: McGuire T, Pauly M, Barros P, toim. Handbook of Health Economics. 2. painos. Elsevier 2012.
- 18 Tilastokeskus. Seutukunnat 2012, 2015. <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/seutukunnat/001-2012/index.html>.
- 19 Tilastokeskus. Statistical grouping of municipalities 2015. [http://www.stat.fi/meta/kas/til\\_kuntaryhmit\\_en.html](http://www.stat.fi/meta/kas/til_kuntaryhmit_en.html).
- 20 Gaynor M, Kleiner SA, Vogt WB. Structural approach to market definition with an application to the hospital industry. The Journal of Industrial Economics 2013;61:243-89.
- 21 Gaynor M, Vogt WB. Antitrust and competition in health care markets. Kirjassa: Culyer AJ, Newhouse JP, toim. Handbook of Health Economics. Elsevier 2000:1405-87.
- 22 Scholz S, Graf von der Schulenburg JM, Greiner W. Regional differences of outpatient physician supply as a theoretical economic and empirical generalized linear model. Hum Resour Health 2015;13:85.
- 23 Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. New York: McGraw Hill 2009.
- 24 Mikkola H, Virta L. Miten sairaanhoitovakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkärin-palkkioita? Kirjassa: Mikkola H, Blomgren J, Hiilamo H, toim. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kela 2012:190-203.
- 25 Kuntatyönantajat. Sairaala-lääkärin virat vuonna 2012. <http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/ajankohtaista/tilastot/tiedustelut-ja-selvitykset/Tyovoimatiedustelut/kunta-sektorin-tyovoimatilanne-2012/Sivut/default.aspx>
- 26 Finanssialan keskusliitto. Tulevaisuuden turvaa vakuuttamalla. Vakuutus tutkimus 2014. [https://www.fkl.fi/materiaalipankki/julkaisut/julkaisut/Tulevaisuuden\\_turvaa\\_vakuuttamalla\\_Vakuutus tutkimus2014.pdf](https://www.fkl.fi/materiaalipankki/julkaisut/julkaisut/Tulevaisuuden_turvaa_vakuuttamalla_Vakuutus tutkimus2014.pdf)

## TAULUKKO 2.

### Vuosina 2008-12 toimialalle perustetut ja sieltä poistuneet markkinat kaikilla viidellä erikoisalalla.

Luokka t sisältää vuosina 2008-2011 perustetut (n = 26) tai poistuneet (n = 17) markkinat. Luokka t-1 sisältää nämä markkinat vuotta ennen (2007-2010) ja t+1 vuotta jälkeen (2009-2012) tapahtuman.

Kaikki erikoisalot	Perustetut markkinat			Poistuneet markkinat		
	n	26	17			
Kaupunkimaisia n (%)	5 (19)			0 (0)		
Vuosi	t - 1	t	t + 1	t - 1	t	t + 1
Väkiluku, mediaani	23 165	23 016,5	23 023	23 345	23 134	22 864
Asukkaiden käyntimäärä, mediaani	414	465,5	527	533	500	502
Käyttö, käyntiä / 1 000 asukasta, ka.	20,59	22,3	23,05	24,4	23,82	24,03
Asukkaiden käyttämien kilpailijoiden lkm, ka.	11	10	11	10	9	10
LIFO, mediaani, %	0	15	28	5	0	10
LOFI, mediaani, %	-	92	88	95	-	98

tiin tuhatta asukasta kohti ja palvelujen käytön paikallisuuden aste LIFO suureni 28 %:iin. Markkinoiden poistuminen ei vähentänyt palvelujen käyttöä, sillä käynneistä vain 5 % oli tehty enää edellisenäkään vuonna paikalliselle poistuvalla tuottajalle. Tuottajien näkökulmasta valtaosa asiakkaista tuli saman seutukunnan sisältä sekä perustetuilla (88 %) että poistuvilla markkinoilla (95 %). Alueen väestön käyttämien kilpailijoiden lukumäärä ei juuri muuttunut markkinoiden perustamisen tai poistumisen yhteydessä.

### Gynekologia ja lastentaudit alueellisen saatavuuden ääripäät

Erikoisalasta riippuen 54-75 %:ssa (36-50) Manner-Suomen seutukunnista oli vuonna 2012 varsinaiset markkinat, ja niissä asui 86-94 % Manner-Suomen väestöstä (taulukko 3). Yli 95 % kunkin erikoisalalan käynneistä oli varsinaisilla markkinoilla asuvan väestön tekemiä käyntejä. Mitä vähemmän erikoisalalla oli varsinaisia markkinoita, sitä suurempi oli sekä mediaanimarkkinoiden väkiluku että kaupunkimaisten markkinoiden osuus. Varsinaisten markkinoiden lukumäärä (+9) sekä niillä asuva väestönosa (+4,6 %-yksikköä) suurenevät eniten ortopediassa ja vähiten korva-, nenä- ja kurkkutaudeissa (+3, +2,0 %-yksikköä).

Gynekologian erikoisala oli muita erikoisaloja huomattavasti suurempi toimiala. Varsinaisten markkinoiden asukkaiden käyntimäärät olivat vähintään kaksinkertaiset ja tilastollisesti merkitsevästi suuremmat muihin erikoisaloihin verrattuna. Lisäksi kilpailijoiden lukumäärä oli lähes kaksinkertainen ja tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p \geq 0,001$ ) suurempi kuin muilla erikoisaloilla. Lastentautien erikoisalalla kilpailijoita oli vähiten ja ero oli myös tilastollisesti merkitsevä verrattuna useimpiin muihin erikoisaloihin (liitetaulukko 1, [www.laaakarilehti.fi](http://www.laaakarilehti.fi) > Sisällysluettelo > 44/2016).

Palvelujen käyttö kotimarkkinoiden ulkopuolella oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää ortopediassa kuin lastentaudeissa ja iho- ja sukupuolitaudeissa. Ortopedian alalla keskimäärin jopa 41 % potilaista käytti palveluja kotiseutukunnan ulkopuolella. Lastentautien erikoisala edusti toista ääripäätä: 86 % asiakkaista käytti kotimarkkinoiden palveluntuottajaa. Palveluntuottajien näkökulmasta noin 90 % asiakkaista oli kotiseutukunnan asukkaita kaikilla erikoisaloilla.

### Pohdinta

Yksityisten lääkäripalvelujen alueelliset markkinat ovat Suomessa odotetusti keskittyneet kaupunkimaisiin suuren väkiluvun seutukuntiin. Ne ovat yrityksille houkuttelevampia suurem-

TAULUKKO 3.

Lääkäripalvelujen markkinat erikoisaloittain vuonna 2012.

Varsinaiset markkinat (VM) erikoisaloittain, 2012	Naistentaudit ja synnytykset	Ortopedia ja traumatologia	Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	Iho- ja sukupuolitaudit	Lastentaudit	
Toimialan koko, käyntejä yhteensä	424 425	176 300	222 388	129 773	245 186	
n (max = 67)	50	50	48	43	36	
Joista kaupunkimaisia, %	64	66	69	74	78	
VM-väestön osuus koko väestöstä, %	94	93	93	91	86	
Joista VM-asukkaiden käyntejä, %	96	97	97	95	97	
Mediaanimarkkina (kvartaaliväli)						p <sup>1</sup>
Väkiluku	47 520 (68 741)	47 520 (69 346)	50 566 (64 621,5)	57 238 (66 570)	64 595,5 (81 340)	NS
Asukkaiden käynnit	2 839,5 (5 186)	1 085,5 (1 965)	1 453,5 (3 237,5)	1 066 (1 598)	1 220 (3 000)	p < 0,001
Asukkaiden käyttäminen kilpailijoiden lkm	23,50 (10)	13 (7)	13,5 (6,5)	13 (8)	11 (5,5)	p < 0,001
LIFO, %	81 (42)	59 (56)	83 (56)	84 (28)	86 (30)	p < 0,05
LOFI, %	88 (11)	89 (15)	91 (11)	89 (10)	91 (9)	p < 0,05

<sup>1</sup> Mann-Whitney U-testi erikoisalojen väliselle erolle. Erikoisalojen parittaiset testit on esitetty liitetaulukossa 1 (www.laakarilehti.fi > sisällysluettelot > 44/2016)

man potentiaalisen kysynnän vuoksi: asukastiheys on suurempi ja kaupunkilaisten tulotason tiedetään olevan yhteydessä suurempaan yksityisten terveyspalvelujen käyttöön (10,22). Vaikka tutkituilla erikoisaloilla oli palvelujen tarjontaa vain 54–75 %:ssa seutukunnista, vain noin joka kymmenes (6–14 %) kansalaisista asui vuonna 2012 seutukunnassa, jossa ei ollut yksityisten lääkäripalvelujen markkinoita. Valinnanvapauden laajentaminen yksityisiin palveluihin lisäisi näillä aloilla valinnan mahdollisuuksia valtaosalle suomalaisia. Lisäksi on syytä muistaa, että tutkimusaineisto kattoi vain suorakorvausta hyödyntävät palveluntarjoajat, joten lukumme saattavat aliarvioida markkinoiden todellista levinneisyyttä.

Vuosina 2008–12 yksityisten palvelujen alueellinen saatavuus parani hieman. Koska uudet markkina-alueet olivat entistä maaseutumaisempia ja niiden väestö oli pienempi, 7 prosenttiyksikön lisäys markkina-alueiden määrässä paransi palvelujen saatavuutta tuona aikana vain 3 %:lla kansalaisista. Pienemmille markkinoille levittäytyminen saattaa liittyä toimialan ketjuuntumistrendiin (11), jos ketjujen mitta-kaavaeduct mahdollistavat kannattavan toiminnan entistä pienemmän potentiaalisen kysynnän alueilla. Maanlaajuinen toiminta voi olla

myös osa valtakunnallisten ketjumaisten kilpailijoiden brändiä. Monopolivoittojen tavoittelu tuskin on levittäytymisen syynä, sillä julkisen palvelun pieni asiakasmaksu hillinnee monopolihinnoittelun mahdollisuutta.

Vuonna 2012 saatavuuden ulkopuolella asuvan vähemmistön pääsy paikallisen palvelutarjonnan piiriin edellyttäisi tutkituilla erikoisaloilla vielä laajaa levittäytymistä. Alueiden muuttotappio ja jo entuudestaan pieni potentiaalinen asiakaskunta kuitenkin heikentävät alueellisia kannattavuusnäkömiä. Mitä erikoistuneempi erikoisala on kyseessä, sitä epätodennäköisemmin tarjonta leviää tulevaisuudessakaan koko maan kattavaksi – ainakaan perinteisellä toimipisteisiin perustuvalla liiketoimintamallilla. Valinnanvapauslaki saattaa lisätä yrittäjien kiinnostusta kehittää uusia tapoja tuoda palvelut potilaan luo, jos rahoitus ei ole sidottu tuotantotapaan (23). Tuotantopaikasta riippumattomat palvelumallit yleistyvät tulevaisuudessa etenkin digitalisaation myötä. Lisäksi uudet palvelumuodot, kuten omahoitopalvelut, lisäävät tarjontaa myös harvan asutuksen alueilla, missä kiinteän toimipisteen perustaminen ei ole kannattavaa.

Perinteisen palvelun saatavuudesta puhuttaessa on kuitenkin määriteltävä, millä aluerajoituksella asiaa tarkastellaan. Lähestyimme ky-

**SIDONNAISUUDET**

Riina Hiltunen: apuraha (Kela, KKRL 12§:n mukainen tutkimusrahoitus), matkakorvaus (Kela, KKRL 12§:n mukainen tutkimusrahoitus), työhuone, laitteet (Kela).  
Hennamari Mikkola: ei sidonnaisuuksia.  
Jouni Saarni: apuraha (Kelan tutkimussäätiö).



symystä kilpailututkimuksen näkökulmasta tarkastelemalla, minkä alueen sisällä palveluja käytetään ilman säätelyä. Markkina-alueiden raja- ja seutukunnittain täytti suositellut markkinamääritelmän kriteerit vain osalle markkinoista. Etenkin maaseudun potilaille todellinen markkina-alue saattaa olla seutukuntaa suurempi. Palveluntuottajille seutukunta kuitenkin vastasi hyvin aluemarkkinan määritelmää, sillä tuottajat saivat tarkastelunäkökulmasta riippumatta noin 90 % asiakkaistaan markkina-alueiden sisältä.

Tämä korostaa markkinamääritelmän haasteita (12,20,21): relevantti markkina-alue on todellisuudessa eri kullekin yksittäiselle potilaalle ja palveluntuottajalle. Koska tuottajat sijaitsevat usein seutukuntakeskuksissa mutta potilaita asuu kaikkialla seutukunnassa, seutukunta vastaa markkina-aluetta paremmin tuottajien näkökulmasta. Potilaiden matkustaminen maaseutumaisilta alueilta kaupunkiin on yleinen tulos myös aiemmissa tutkimuksissa. Markkinat on silti käsitelty erillisinä, jos potilaan on katsottu tyydyttävän eri tarvetta hakeutuessaan ”oman kylän lääkärille” tai kaupunkiin (21).

Uusien markkinoiden syntyessä palvelujen käyttö lisääntyi ja suuri osa käynneistä kohdistui uudelle paikalliselle tuottajalle, vaikka tottumukset hidastavat palveluntuottajan vaihtoa (4). Tulos tukee lähtöoletusta, jonka mukaan läheinen sijainti yhtenä saatavuuden osatekijänä on olennainen kilpailun ulottuvuus (16,12,3). Poistuvilla markkinoilla lähes kaikki palvelut haet-

### *Lastentautien erikoisalalla 86 % asiakkaista jäi kotimarkkinoille.*

tiin ulkopaikkakunnilta jo edellisenä vuonna. Ilmiö saattaa liittyä tarjonnan asteittaiseen vähentämiseen esimerkiksi ennen lääkärin eläkkeelle siirtymistä tai ulkopuoliseen tekijään esimerkiksi naapurimarkkinoilla. Kyseisen tarkastelun heikkoutena onkin se, ettei se paljasta varsinaista syy-seuraussuhdetta.

Erikoisalojen väliset merkittävät erot tuloksissa tukivat myös segmentoitumista erikoisaloittain. Gynekologian alan verrattain suuri koko selittyy julkisen palvelun vähäisellä tarjonnalla (24). Lisäksi kulutustottumusten muodostu-

#### **TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN**

- Yksityisten terveystalujen toimiala on kasvanut viime vuosikymmenet markkinaehtoisin periaattein.
- Yksityisten lääkäripalvelujen alueellista saatavuutta ja sen kehitystä on tutkittu vähän.

#### **TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI**

- Yksityisten lääkäripalvelujen alueellinen saatavuus Suomessa on hieman parantunut viime vuosina, kun toimiala on laajentunut maantieteellisesti.
- Yksityiset lääkäripalvelut olivat yleisimmillä erikoisaloilla valtaväestön saatavilla vuonna 2012.
- Yksityisten lääkäripalvelujen saatavuus paikallisesti lisää niiden käyttöä. Paikallinen saatavuus on keskeinen valintakriteeri ja siten alan yrityksille kilpailuedun lähde.

miseen vaikuttaa myös tyypillisen gynekologisen tarkastuskäynnin kiireettömyys. Tällöin vaihtoehtojen punnitseminen on ylipäättään mahdollista (16). Yksityinen vakuutus ei myöskään korvaa gynekologisia tarkastuksia, eikä siten heikennä potilaan kannustimia hintavertailuun, kuten muilla erikoisaloilla.

Lastentautien erikoisalalla kilpailijoiden vähäinen lukumäärä saattaa johtua alan lääkäripulasta (25). Lastenlääkäripalvelujen käytön paikallisuus liittyy palvelun nopeaan saatavuuden arvostamiseen. Vakuutus vahvistaa paikallisten palvelujen käyttöä, jos vakuutuksen ottajiksi lisäksi valikoituvat yksityistä palveluntarjoajaa lähellä asuvat perheet, jotka kokevat hyötyvänsä kalliista vakuutuksesta.

Ortopedian erikoisalalla potilaiden hakeutuminen hoitoon pitkienkin matkojen päästä saattaa puolestaan liittyä yksityisiin tapaturmavakuutuksiin. Jopa 60 %:lla suomalaisista on tapaturmavakuutus (26), joka korvaa mm. hoitoa ortopedin vastaanotolla. Jos vakuutettu populaatio on valikoitumatonta, vakuutus rohkaisee käyttämään yksityisiä palveluja pitkienkin etäisyyksien takaa. Tapaturmiin liittyvä pysyvän haitan riski lisännee myös maineikkaan lääkärin etsintää.

Kuten alue-, myös tuotemarkkinoiden välinen rajanveto on aina jossain määrin keinotekoinen.

Erikoislääkärit voivat esimerkiksi tarjota myös yleislääkäripalveluja. Koska yleis- ja erikoistason palveluja kuitenkin kysytään eri tarpeisiin, niitä on perusteltua käsitellä erillisinä tuotemarkkinoina. Jos esimerkiksi lastentautien erikoisalan lääkäripula rajoittaa tarjontaa, osa kysynnästä saattaa kohdistua korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäreille. Tällöin erikoisalamarkkinat ovat keskenään osittaisia korvikkeita eikä määritelmä markkinoiden segmentoitumisesta erikoisaloittain ole täysin pitävä.

Tämän tutkimuksen vahvuutena on tarkka ja koko väestöä edustava aineisto. Lääkäripalkkiorekisteri tarjoaa kansainvälisestikin verraten poikkeuksellisen mahdollisuuden tutkia yksityisten lääkäripalvelujen kilpailua, sillä markkinat toimivat tarkasta rekisteröinnistä huolimatta yhä markkinaehtoisesti. Markkinamääritelmien haasteet eivät aiheuttaneet ongelmia tut-

kimustulosten tulkinnan kannalta useiden tarkastelukulmien vuoksi.

Sote-uudistuksen valinnanvapautta ja rahoituksen kohdentamista koskevat lait ovat yhä valmiilla, joten tulevaisuutta koskevia päätelmiä on osin vaikea tehdä. Reformin yhtenä tavoitteena on kuitenkin palvelujen saatavuuden turvaaminen (8). Tarkasteltujen erikoisalojen laajalle levinneen tarjonnan takia valinnanvapauden sallimisella olisi edellytykset aidosti parantaa palvelujen saatavuutta. Tulevaisuuteen liittyvästä epävarmuudesta riippumatta tutkimuksemme tarjoaa päätöksentekijöille konkreettista tietoa valinnanvapauslain sovelluskohteiden arvioimiseen. Yhä tarkempi markkinoiden toimivuuden tutkimus on kuitenkin tarpeen. ●

*Kiitokset Kelan johtavalle tutkijalääkärille Lauri Virralle arvokkaista kommentista.*

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english  
Regional availability of private physicians' services in 2008–2012



**RIINA HILTUNEN**  
M.Sc. (Econ.), Project Manager  
Centre for Collaborative Research,  
Turku School of Economics,  
University of Turku

**HENNAMARI MIKKOLA**  
**JOUNI SAARNI**

# Regional availability of private physicians' services in 2008–2012

## Background

The Finnish health care system is under reform and one of the main aims is to expand the freedom of choice to include not only the public providers but also the private ones. The utilization of private health care services has been widely studied, but their regional accessibility has not been previously analyzed. The aim of this study was to describe the statics and dynamics of the regional dispersion of the industry in detail. In addition we aimed to analyze the patient flow in different regions and their specialty-specific differences.

## Methods

The analysis is based on the statistical register of the National Health Insurance for private physicians' services in the years 2008–2012. We define relevant specialty-specific ( $N = 5$ ) sub-regional ( $N = 67$ ) markets. The separate markets are described by population of the region, urbanity, number of appointments and usage: utilization relative to the population size and indicators of the extent of localness, LIFO and LOFI ratios. The data are described with tabulation, and non-parametric analysis of variance is used to study the differences between the markets.

## Results

Depending on the specialty, the number of private physicians' markets defined varied between 36 and 50 and a considerable share of 86–94% of the population lived within the defined markets in 2012. The markets existed and were established most often in urban and highly populated areas. The smaller the size of the industry the more the industry was concentrated in highly populated urban areas.

The number of geographical markets had increased during 2008–2012 in all of the five specialties by 24 altogether. Consequently, the share of the population living within the markets had increased by 3 percentage points on average.

Market establishment also appeared to increase the usage of private services in the sub-region. Travelling outside the home markets was rather rare in general; however markets of different specialties and urbanity differed notably in respect of the localness of the usage of services.

## Conclusions

The regional dispersion of the markets for private physicians' services improved the availability of private physician appointments during 2008–2012 in Finland, especially for the non-urban and less populated sub-regions. In 2012 the markets covered the major share of the population.

Location is an important source of market power in the industry as it is a considerable determinant of the patient's choice of provider. The providers competed almost only for customers within the sub-regional boundaries.

**LIITE TAULUKKO 1.**

Erikoisalojen vertailut parittain	Asukkaiden käynnit, p	Asukkaiden käyttämien kilpailijoiden lkm, p	LIFO, p <sup>1</sup>
Lastentaudit – korva-, nenä- ja kurkkutaudit			0,055
Lastentaudit – naistentaudit ja synnytykset	0,05	0,001	
Lastentaudit – iho- ja sukupuolitaudit			
Lastentaudit - ortopedia		0,05	0,05
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit – naistentaudit ja synnytykset	0,05	0,001	
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit – iho- ja sukupuolitaudit			
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit – ortopedia			
Naistentaudit ja synnytykset – iho- ja sukupuolitaudit	0,001	0,001	
Naistentaudit ja synnytykset – ortopedia	0,001	0,001	
Iho- ja sukupuolitaudit – ortopedia			0,05

<sup>1</sup> Bonferroni korjattu p-arvo, Bonferroni-korjausta pidetään konservatiivisena, joten 0,055 p-arvo voidaan tulkita myös merkitseväksi.