



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

TUTKIMUKSIA YKSITYISEN TERVEYSMARKKINAN KILPAILUSTA

Riina Hiltunen



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

TUTKIMUKSIA YKSITYISEN TERVEYSMARKKINAN KILPAILUSTA

Riina Hiltunen

Turun yliopisto

Turun kauppakorkeakoulu
Taloustieteen laitos
Terveystaloustiede
Turun kliininen tohtoriohjelma

Työn ohjaajat

Professori Mika Kortelainen
Turun Yliopisto

Tutkimusprofessori Hennomari Mikkola
KELA

Tarkastajat

Dosentti Eila Kankaanpää
Itä-Suomen Yliopisto

Emeritusprofessori Markku Pekurinen
THL

Vastaväittäjä

Dosentti Eila Kankaanpää
Itä-Suomen Yliopisto

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-951-29-9859-3 (Painettu)
ISBN 978-951-29-9860-9 (PDF)
ISSN 2343-3159 (Painettu)
ISSN 2343-3167 (Sähköinen)
Painosalama Oy, Turku, Suomi 2024

*Edesmenneelle Terttu-mummilleni, jonka esimerkki innoitti minut akateemiselle
uralle, sekä rakkaalle jälkikasvulleni, Aamokselle, Eljakselle ja Kaiukselle.*

TURUN YLIOPISTO

Turun Kauppakorkeakoulu

Taloustieteen laitos

Terveystaloustiede

RIINA HILTUNEN: Tutkimuksia yksityisen terveystalouden kilpailusta

Väitöskirja, 155 s.

Turun kliininen tohtoriohjelma

Syyskuu 2024

TIIVISTELMÄ

Suomen yksityinen terveystalouden palveluala on merkittävä osa Suomen taloutta sekä terveystalouden järjestelmää. Kasvanut kysyntä on houkuttanut alalle pääomasijoittajia, ja toimiala on 1990-luvulta lähtien ollut lukuisien yrityskauppojen kohteena, mikä on keskittänyt markkinarakennetta. Tutkittua tietoa kilpailuympäristön muutoksesta, markkinarakenteen kehittymisestä tai toimialan kilpailusta on kuitenkin tehty hyvin niukasti. Kansainvälisessä terveystaloustieteen alan kirjallisuudessa kilpailun oletetaan toimivan heikosti, sillä terveystalouden palveluala täyttää täydellisen kilpailun kriteerit huonosti. Empiiristen tutkimusten mukaan yritykset reagoivat terveystalouden pääasiassa kilpailuteorioiden mukaan, mutta tulosten yleistäminen institutionaalisesta ympäristöstä toiseen on haastavaa.

Väitöskirjassani tutkin Suomen yksityisten terveystalouden palvelumarkkinoiden hintakilpailua eri näkökulmista. Ensimmäisenä toimialan kilpailuympäristöä kartoittavilla asiantuntijahaastattelulla selvitettiin erityisesti, miten Kelan sairaanhoitovakuutus vaikuttaa alan kilpailuympäristössä. Tutkimuksen seuraavissa osissa hyödynnettiin Kelan korvausrekisteriä, josta analysoitiin markkinarakenteen kehittymistä alueittain ja palvelualoittain, markkinarakenteen yhteyttä hintatasoon sekä hintajulkaisun vaikutusta hintoihin. Analyysissä hyödynnettiin monitasomallinnusta sekä difference-in-differences -menetelmää.

Tulosten mukaan Kela-korvaus ei vähäisyytensä vuoksi vaikuttanut merkittävästi palvelujen kysyntään, mutta korvattavuuden kriteerit ohjasivat palvelukehitystä. Markkinarakenne vaihteli merkittävästi alueellisesti ja palveluittain, ja se oli keskittynyt tarkasteluajankautena. Etenkin suurimpien kaupunkikeskusten ulkopuolella monopolitilanne oli tavallinen, mikäli palveluja oli ylipäättään saatavilla. Yleislääkäripalveluissa markkinarakenteen ja hinnan välillä oli kilpailuteorian suuntaisen yhteyden lisäksi hintojen julkaisu laski magneettikuvausten hintoja, mikä tukee johtopäätöstä hintojen läpinäkyvyyden hintakilpailua edistävästä vaikutuksesta.

Tutkimus tuottaa uutta tietoa Suomen yksityisen terveystalouden palvelualan kilpailusta ja mm. menojen nousun hillitsemisestä kilpailua edistäen. Se myös täydentää kansainvälistä kirjallisuutta potilaan kilpailuttamasta terveydenhuollosta harvinaisen laadukkaalla aineistolla ja uniikilla tutkimusasetelmalla.

ASIASANAT: patient-driven competition, price competition, health care markets

UNIVERSITY OF TURKU

Turku School of Economics

Department of Economics

Health Economics

RIINA HILTUNEN: Studies of Competition in Private Health Care Markets

Doctoral Dissertation, 155 pp.

Doctoral Programme in Clinical Research

September 2024

ABSTRACT

Finland's private health care sector is a significant part of the Finnish economy and health care system. The increased demand has attracted capital investors to the industry, and since the 1990's the industry has been the subject of numerous acquisitions, concentrating the market structure. However, research on the change in the competitive environment, the market structure or the competition in the industry has been very scarce. In the international health economics literature, competition is assumed to function poorly, as health care markets severely violate the criteria of perfect competition. According to most empirical studies, health care companies react according to competition theories, but generalizing the results from one institutional environment to another is challenging.

In my dissertation, I studied the price competition in Finland's private health care market from different perspectives. First, with expert interviews mapping the industry's competitive environment, we determined how National Health Insurance affects the industry's competitive environment. In the following parts of the study, the National Health Insurance reimbursement register was used to analyze the development of the market structure by region and service, the association between the market structure and price level, and the effect of price disclosure on prices. Multilevel modeling and difference-in-differences methods were used in the analyses.

According to the interviews, the National Health Insurance reimbursements did not significantly affect the demand of companies, but the criteria of compensability had a steering effect on service development. The market structure varied significantly by region and service, and it became more concentrated during the review period. Especially outside the largest urban sub-regions, a monopoly was common, if services were available at all. For general practitioners' services, concentrated market structure was associated with higher prices, consistent with the theory. Additionally, the disclosure of prices led to a decline in MRI prices, supporting the conclusion that price transparency promotes price competition. The research produces new information on the competition in the Finnish health care market and, for example, on containing increasing costs by promoting competition. It also complements the international literature on patient-driven competition with high-quality data set and unique research design.

KEYWORDS: patient-driven competition, price competition, health care markets

Kiitokset

Tämän väitöskirjan valmistuminen on ollut pitkä ja haastava prosessi, jota en olisi saanut päätökseen ilman monien ihmisten tukea ja kannustusta. Ensimmäisenä haluan kiittää ohjaajiani, Mika Kortelaista ja Hennamari Mikkolaa, joiden asiantunteva ohjaus ja tuki ovat olleet korvaamattomia. Kiitos, että löysitte kysymyksilleni aikaa kiireidenkin keskellä ja suhtauduite lastentautien värittämään elämäntilanteeseeni aina ymmärtäväisesti. Erityinen kiitos kuuluu Hennamarille, jonka rohkaisu oli merkittävää aina väitöstyöhön ryhtymisestä lähtien. Haluan kiittää myös Pekka Rissasta, joka ohjasi minua väitöskirjani alkuvuosina Tampereen Yliopistossa.

Kiitän myös väitöskirjani esitarkastajia, Eila Kankaanpäättä ja Markku Pekurista, joiden arvokkaat kommentit olivat suureksi avuksi väitöskirjan viimeistelemisessä. Arvostan suuresti aikaa ja vaivaa, jonka olette uhranneet työni arviointiin. Erityinen kiitos kuuluu myös tutkimusyhteisölleni Turun kauppakorkeakoulussa, Kelassa ja VATT:ssa. Olette tarjonneet arvokkaita näkemyksiänne ja tukeanne tutkimusprosessin eri vaiheissa. Erityisesti haluan kiittää väitöskirjani osajulkaisujen kanssakirjoittajia, joiden kanssa tehty yhteistyö on ollut antoisaa ja rikastuttavaa. Lämmin kiitos lisäksi kaikille, jotka ovat kommentoineet työtäni matkan varrella – erityisesti Tanja Saxellille, Mikko Nurmiselle ja Visa Pitkäselle.

Lopuksi haluan kiittää läheisiäni, joiden tuki on auttanut minua jaksamaan silloinkin, kun työ tuntui ylivoimaiselta. Erityisesti kiitän puolisoani Juhoa henkisestä tuesta ja perhe-elämän kannattelusta, jotta olen saanut tarvitsemani työrauhan. Kiitän myös väitöskirjaprosessin aikana syntyneitä lapsiani Aamosta, Eljasta ja Kaiusta siitä, että olette osoittaneet asioiden todellisen tärkeysjärjestyksen. Lisäksi kiitän ystäviäni ja perhettäni, lukuisista syvällisistä keskusteluista, jotka ovat jalostaneet tutkimustani eteenpäin.

Viimeisenä haluan kiittää Kelaa, joka on tukenut tutkimustani merkittävällä tutkimusrahoituksella, Yrjö Jahnessonin säätiötä ja Turun yliopistosäätiötä minulle myönnettyistä apurahoista sekä erityisesti työnantajaani Turun Kauppakorkeakoulun CCR:ää kaiken mahdollistamisesta muun tutkimustyön ja äitiyslomien keskellä.

Kiitos kaikille, jotka olette olleet osallisina tällä matkalla.

11.9.2024
Riina Hiltunen

Sisällys

Kiitokset	6
Sisällys	7
Osajulkaisuluettelo	10
1 Johdanto	11
1.1 Terveyspalveluala kasvaa ja kilpailun rooli korostuu.....	11
1.2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	15
1.3 Tutkimuksen merkitys ja eteneminen.....	16
2 Tausta	19
2.1 Suomen yksityisen terveyspalvelualan toimintaympäristö.....	19
2.1.1 Toimialan kansallinen merkitys on kasvanut.....	19
2.1.2 Julkinen valta vaikuttaa alan toimintaedellytyksiin	21
2.1.3 Yrityskaupat ovat keskittäneet markkinarakennetta	23
2.2 Sairaanhoidovakuutuksesta korvattu segmentti.....	24
2.2.1 Palveluja käyttää hyvätuloinen väestönosa	24
2.2.2 Hinnoittelu kaksitasoisella tuotantomarkkinalla	26
2.2.3 Sairaanhoidovakuutuksen kehitys	28
2.3 Teoreettinen viitekehys ja aiempi empiirinen tutkimus	31
2.3.1 Toimialan taloustiede terveyspalveluissa.....	31
2.3.2 Terveyspalvelualan kysynnän erityispiirteet.....	35
2.3.3 Hintakilpailu terveyspalveluissa	38
2.3.4 Keskeinen empiirinen tutkimus terveysalan hintakilpailusta.....	40
3 Aineistot ja menetelmät	45
3.1 Haastattelututkimus.....	45
3.1.1 Eliittihaastattelu	45
3.1.2 Haastatteluteemat ja rajaus	46
3.1.3 Haastattelujen toteutus.....	48
3.2 Rekisteritutkimus	48
3.2.1 Kelan sairaanhoitokorvausrekisteri	48
3.2.2 Lääkäripalvelumarkkinoiden kehityksen kuvailu vuosina 2008–2012	50
3.2.3 Markkinarakenteen ja hinnan yhteyden tutkiminen yleislääkäripalveluissa monitasomallinnuksella.....	51
3.2.4 Hintajulkaisun vaikutuksen tutkiminen difference-in- differences menetelmällä.....	53

4	Yhteenveto tuloksista.....	55
4.1	Shv-korvauksen merkitys ja sen tulevaisuus	55
4.2	Yksityisten lääkäripalvelujen markkinat ja niiden kehitys vuosina 2008–2012.....	56
4.3	Ikääntyneiden potilaiden yleislääkäripalvelujen hintaa selittävät tekijät	57
4.4	Hintajulkaisujen vaikutus MRI-hintaan.....	58
5	Keskustelu	61
5.1	Shv-korvauksen ohjausvaikutusta on käytetty viime vuosina	61
5.2	Yleisimmät erikoislääkäripalvelut ovat saatavilla valtaosalle väestöä	64
5.3	Yleislääkäripalvelun hinta määräytyy usealla tasolla	66
5.4	Hintainformaatiojulkaisulla voidaan lisätä kilpailun painetta	69
6	Yhteenveto johtopäätöksistä.....	73
	Lyhenteet	78
	Lähteet.....	79
	Alkuperäisjulkaisut.....	89

Kuvioluettelo

Kuvio 1.	Pohjoismaiden, Yhdysvaltojen, sekä OECD-maiden keskimääräinen terveysmenojen osuus BKT:sta vuosittain 2000–2022 (OECD 2023)	12
Kuvio 2.	Terveyspalvelujen tuotoksen reaalin kasvu 2000–2022 (Tilastokeskus, kansantalouden tilinpito 2024a)	20
Kuvio 3.	Herfindahl-Hirschman -indeksin muutos erikoisaloittain ja maakunnittain vuosina 2008–2012	26
Kuvio 4.	Yksityisten lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvausprosenttien kehitys vuosina 1986–2023	30
Kuvio 5.	Haastatteluaineiston teemat Porterin timanttimallin (1990) mukaisesti jäsenneiltyä ja osajulkaisu I:n otoksen rajaus tummennettuna (osajulkaisu I)	47

Osajulkaisuluettelo

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla I–IV.

- I Riina Hiltunen, Hennamari Mikkola, Jukka-Pekka Halonen & Jouni Saarni (2015). Sairaanhoidovakuutuksen korvausten merkitys lääkäri-palveluyritysten kilpailuympäristössä ja niiden kehittämiskohteet. *Suomen Lääkärilehti*, 4: 1751–1785b.
- II Riina Hiltunen, Hennamari Mikkola & Jouni Saarni (2016). Yksityisten lääkäripalvelujen alueellinen saatavuus vuosina 2008–2012. *Suomen Lääkärilehti*; 4: 2805–2812b.
- III Riina Hiltunen, Hennamari Mikkola & Lauri Virta (2017). Kilpailevatko yksityiset yleislääkärit hinnoilla? *Yhteiskuntapolitiikka*, 82:4: 377–391.
- IV Riina Hiltunen (julkaisematon). Does price disclosure promote competition in the private MRI markets: A difference-in-differences analysis. Lähetetty vertaisarvioitavaksi *The European Journal of Health Economics* -lehteen.

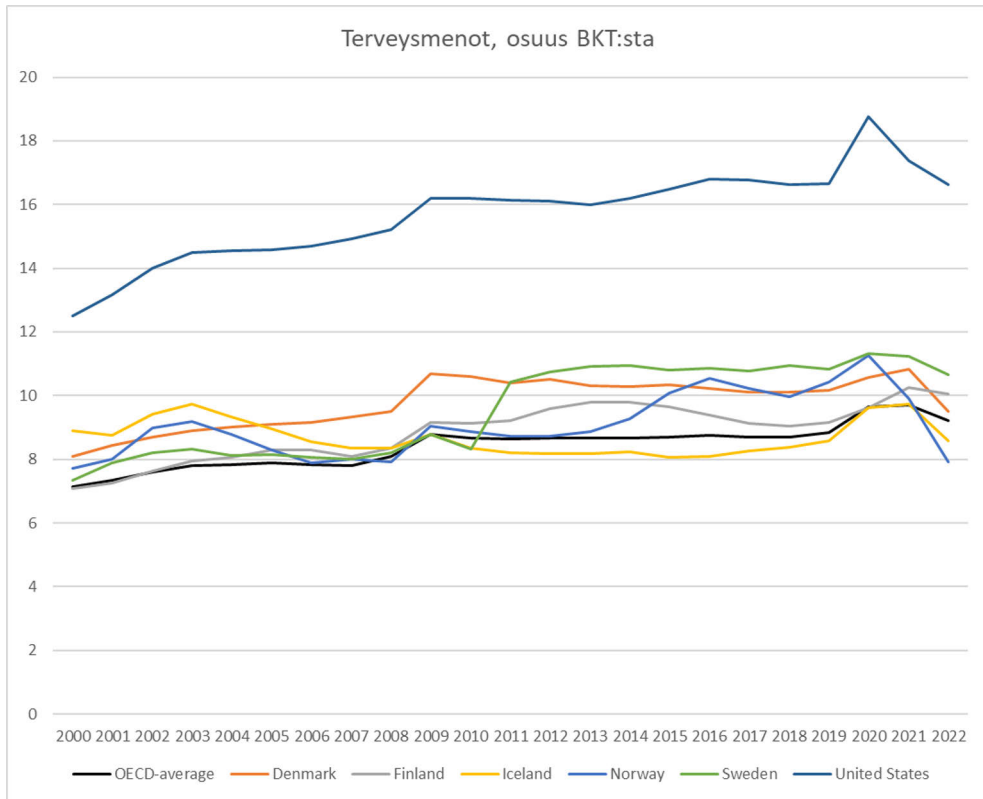
Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

1 Johdanto

1.1 Terveyspalveluala kasvaa ja kilpailun rooli korostuu

Terveyspalvelujen taloudellinen merkitys on kasvanut länsimaissa viime vuosikymmeninä. Vuosina 2000–2021 OECD maiden terveysmenot nousivat 7,1 %:sta 9,7 %:iin BKT:sta (OECD, 2023). Suomessa terveysmenot ovat kasvaneet hieman OECD-maiden keskiarvoa nopeammin, ja vuonna 2021 menot (10,3 %) olivat samaa tasoa muiden Pohjoismaisten julkisesti rahoitettujen terveyspalvelujärjestelmien kanssa (9,7–11,2 % BKT:sta). Yhdysvalloissa terveysmenot ovat perinteisesti olleet huomattavasti muita maita korkeammat, ja vuonna 2021 ne olivat jopa 17,4 % maan BKT:sta. (OECD 2023, **Kuvio 1.**) Terveyspalvelut rahoitetaan tavallisesti pääasiassa joko julkisin verovaroin tai pakollisin vakuutuksin, joten valtaosa kasvavista terveysmenoista koituu julkisen talouden kannettavaksi¹. Tämä luo painetta myös terveyspalvelujärjestelmien tehostamiselle ja uudistamiselle.

¹ OECD-maiden keskiarvo julkisen rahoituksen tai pakollisten vakuutusten osuudesta on 76 % vuonna 2021, kun Suomessa se on 79,8 %.



Kuvio 1. Pohjoismaiden, Yhdysvaltojen, sekä OECD-maiden keskimääräinen terveysmenojen osuus BKT:sta vuosittain 2000–2022 (OECD 2023).

Tavallisilla markkinoilla kuluttajien valinnat ja tuottajien välinen kilpailu muokkaavat markkinoita kohti resurssien tehokasta allokaatiota ja kustannustehokkuutta. Terveysmarkkinat toimivat kuitenkin huonosti potilaiden epäsymmetrisen informaation ja muiden alan erityispiirteiden vuoksi (Arrow 1963, Hurley 2000). Vapaa kilpailu ei siten johda terveysmarkkinoilla tehokkuuteen, ja vapaat terveysvakuuttamisen markkinat saattaisivat jopa johtaa markkinoiden epäonnistumiseen. (Arrow 1963, Hurley 2000.) Terveyspalveluilla on kuitenkin keskeinen rooli kansalaisten hyvinvoinnin tuottajana, joten julkisen vallan puuttumista terveysmarkkinoiden toimintaan tai palvelujen järjestämiseen pidetään yleensä perusteltuna kansalaisten terveyspalvelujen turvaamiseksi (Handel & Ho 2021).

Vielä kolmekymmentä vuotta sitten terveyspalvelualan kilpailu rajoittui lähes yksinomaan Yhdysvaltoihin (Propper 2012). Sittemmin kilpailun elementtien lisääminen terveyspalvelujärjestelmiin, joko vakuuttamiseen tai palvelutuotantoon, on ollut yleinen suuntaus myös julkisrahoitteisten järjestelmien uudistuksissa. Esimerkiksi Ruotsissa, Tanskassa, Norjassa, Italiassa, Alankomaissa, Uudessa Seelannissa

ja Englannissa on lisätty palveluntuottajien välistä kilpailua viime vuosikymmeninä. (Masseria ym. 2009; Mossialos ym. 2016 ja 2020, Propper 2012, Gaynor ym. 2015). Julkisten terveystuotteiden ohella useissa maissa toimii lisäksi kokoluokaltaan vaihteleva yksityinen terveyspalvelusektori, jossa kilpailu on keskeisin markkinoita muovaava voima. Nykypäivän terveyspalvelujärjestelmissä kilpailun elementtejä hyödynnetäänkin tehostamisen ja uudistamisen keinona sekä julkisilla että yksityisillä markkinoilla.

Samalla terveyspalvelumarkkinat ovat keskittyneet globaalisti, mikä on herättänyt huolta kilpailun heikentymisestä (Angeli & Maarse 2012, Fulton 2017, Kleiner 2012, Gaynor ym. 2015, Gaynor & Town 2012a). Markkinoiden keskittyminen on seurausta markkinavoiman kasautumisesta entistä harvemmille ja suuremmille yrityksille mm. yrityskauppojen tai suuryritysten muita nopeamman organisen kasvun myötä. Keskittyminen saattaa parantaa tehokkuutta lisäämällä synergiaetuja, ja keskittymistä tapahtuu myös luonnollisesti tehottomien yritysten karsiutuessa markkinoilta, mutta kilpailun kannalta markkinoiden keskittymistä pidetään huolestuttavana kehityssuuntana. Keskittyminen lisää markkinavoiman hyväksikäytön ja kolusiivisten toimintamallien todennäköisyyttä, mikä voi ilmetä esimerkiksi yritysten ylisuurina voittoina ja korkeampina hintoina. Terveystuotteiden keskittymisen onkin todettu johtavan korkeampiin hintoihin niin sairaala- kuin lääkäripalveluissa. (Gaynor ym. 2011 ja 2015, Dunn ym. 2014.)

Terveyspalvelujen rahoittajien paineet kustannusten kasvun hillitsemiseksi ovat käynnistäneet myös aloitteita terveyspalvelualan kilpailun edistämiseksi. Markkinarakenteeseen voidaan vaikuttaa suoraan kilpailuviranomaisen yrityskauppavalvonnulla, ja kilpailulainsäädäntö kieltää mm. määräävän markkina-aseman väärinkäytön ja hintakartellit. Näiden kilpailupoliittisten keinojen lisäksi terveyspalvelualalle on kehitetty välineitä informaation epäsymmetrian vähentämiseksi. Esimerkiksi palveluntuottajien vertailuun tarkoitettut sivustot pyrkivät tarjoamaan potilaille entistä parempaa tietoa valintojensa perustaksi ja siten edistämään kilpailua. Teoriassa informaation lisäys voi myös heikentää kilpailua (Montag & Winter 2020, Cutler ym. 2011), mutta empiirisissä tutkimuksissa kilpailun on yleisesti havaittu toimivan paremmin, kun potilaalla on käytössä parempaa tietoa (Dranove & Satterthwaite 2000). Hintainformaation lisäämisen onkin tavallisesti todettu lisäävän kuluttajien hintavertailua, laskevan palveluntuottajien hintoja ja johtavan kustannussäästöihin.

Yksityisen terveyspalvelualan ja kilpailun merkitys on kasvanut myös Suomessa. Terveysmenot ovat kasvaneet hieman OECD-maiden keskiarvoa nopeammin vuodesta 2000 lähtien, ja yritysten suhteellinen osuus terveyspalvelualan tuotannosta on kasvanut 11 %:sta 26 %:iin vuosina 2000–2022 (Tilastokeskus, 2024a)². Samalla

² Yksityisen terveyspalvelualan roolia Suomen kansantaloudessa ja terveyspalvelujärjestelmässä on kuvattu yksityiskohtaisemmin luvussa 2.1

ytoimialan markkinarakenne on keskittynyt voimakkaasti, mikä on herättänyt epäilyksiä kilpailun heikkenemisestä. Suomen kilpailu- ja kuluttajavirasto (KKV) onkin vuonna 2020 joutunut käyttämään alalla harvinaisia pakkotoimia kilpailulle haitallisen keskittymisen ehkäisemiseksi (KKV 2020a). Alan kilpailua on pyritty myös edistämään julkaisemalla yksityisten palveluntuottajien hintoja niiden vertailun helpottamiseksi.

Kilpailun merkitys Suomen terveystalouden palvelujärjestelmässä saattaa kasvaa myös tulevina vuosina nykyisen hallituksen poliittisten päätösten seurauksena. Orpon hallitus on korottanut yksityisten lääkäripalvelujen Kela-korvauksia vuonna 2024 ensimmäistä kertaa sitten vuoden 1989 (Mattila ym. 2011), ja hallituksen tavoitteena on lisätä yksityisten terveystalouden palvelujen käyttöä entisestään kansalaisten terveyden tuottamisessa (Valtioneuvosto 2023a). Lisäksi markkinamyönteinen ajattelu on nostanut suosiotaan myös kansalaisten keskuudessa (Haavisto 2023).

Terveystalouden yhä suurempi taloudellinen ja yhteiskunnallinen merkitys, kasvaneet tehostamisen paineet, kilpailun merkityksen korostuminen ja siihen liittyvät haasteet ovat pitäneet alan kilpailututkimuksen tutkijoiden kiinnostuksen kohteena jo pitkään. Etenkin Yhdysvalloissa, missä markkinoiden koko ja kilpailun merkitys palvelujärjestelmässä ovat poikkeuksellisen suuret, tutkimusta on viime vuosilta laajamittaisesti (ks. mm. Gaynor ym. 2011 ja 2015, Handel ym. 2021). Myös maista, joissa terveysreformit ovat lisänneet järjestelmään kilpailun elementtejä, tutkimusta on laajasti (mm. Propper 2012). Suomessa terveystalouden alan kilpailua on kuitenkin tutkittu hyvin rajallisesti: Yksityisten palveluntuottajien välistä kilpailua on aiemmin tutkittu mm. hammashuollon (Widström ym. 2011, Mikkola ym. 2007), työterveyshuollon (Kankaanpää 2008) ja kuntoutuspalvelujen (Pekola 2018, Pitkänen 2023) markkinoilla, mutta yksityisasiakkaiden terveystalouden palveluissa vastaavaa tutkimusta on julkaistu vasta viime vuosina. Vuonna 2021 Nurminen julkaisi kokoomaväitöskirjan, jossa ensi kertaa käsiteltiin yrityskauppojen kilpailullisia vaikutuksia yksityisasiakkaiden yksityisissä terveystalouden palveluissa³. Sittemmin yrityskauppojen vaikutusta alalla on tarkasteltu myös Burin väitöskirjassa (2023).

³ Mikko Nurmisen yrityskauppoja koskeva tutkimus on tehty tähän väitöskirjaan koottujen tutkimusten kanssa osittain samoissa tutkimushankkeissa ja samoilla tutkimusaineistoilla.

1.2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Väitöskirjassani tarkastelen Suomen yksityisten terveyspalvelumarkkinoiden kilpailua yksityisasiakkaiden segmentillä. Tarkastelu rajautuu yksityisten palveluntuottajien tuottamiin⁴ terveyspalveluihin, joista maksetaan lääkäripalkkio- tai tutkimuksen ja hoidon korvausta Kelan sairaanhoitovakuutuksesta (shv), pois lukien hammashuollon markkinat. Kyseisiin yksityisasiakkaiden markkinoihin viitataan jatkossa termillä yksityiset terveyspalvelumarkkinat⁵. Näillä asiakkaat valitsevat lähtökohtaisesti itse markkinoilta haluamansa palvelun ja palveluntuottajan ja rahoittavat shv-korvauksen ylittävät kustannukset joko itse maksaen tai etukäteen hankkimalla täydentävän vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen.

Väitöskirjani ensimmäisenä tavoitteena on analysoida näkemyksiä shv-korvausjärjestelmän merkityksestä Suomen yksityisillä terveyspalvelumarkkinoilla (osajulkaisu I). Selvitin haastattelemalla toimialan eri sidosryhmiä, miten yksityisten terveyspalvelujen shv-korvaukset vaikuttavat yritysten kilpailuympäristössä ja keräämme näkemyksiä shv-korvauksen kehittämiseksi. Lisäksi kartoitamme haastatteluissa toimialan koko kilpailuympäristöä ja yritysten kilpailuedun muodostumista syventääksimme toimialatuntemustamme ja taustoittaaksemme tutkimuksen seuraavia hypoteeseja. Tutkimuksen seuraavissa osissa hyödynnämme tutkimusaineistona shv-korvauksen maksatuksesta kertyvää korvausrekisteriä.

Väitöskirjani toisena tavoitteena on kuvata, miten yksityiset markkinat ovat kehittyneet alueellisesti ja palvelualoittain yleisimmillä lääkäripalvelujen aloilla, erityisesti palvelujen saatavuuden näkökulmasta (osajulkaisu II). Tutkimuksessa arvioidaan myös relevantin aluemarkkinan määritelmää ja vaihtoehtoisia selityksiä erikoisalojen välisten erojen taustalla. Osajulkaisut I ja II taustoittavat osajulkaisuja III ja IV. Kolmas väitöskirjani tavoite on analysoida hintaan vaikuttavia tekijöitä ikäänntyneiden potilaiden yksityisissä yleislääkäripalveluissa, erityisesti lääkärimarkkinoiden keskittyneisyyden yhteyttä hintaan (osajulkaisu III). Tarkastelu kohdistuu asiakas- ja palvelusegmenttiin, jossa yksityisen vakuutuksen vaikutusta potilaan kannusteisiin voidaan pitää vähäisenä ja potilailla voidaan olettaa olevan tavallista enemmän informaatiota valintansa tueksi. Aineiston useiden tasojen riippuvuudet huomioidaan redusoidun muodon monitasomallinnuksella.

⁴ Hyvin pieni osa tarkasteltavien markkinoiden palveluntuottajista on voittoa tavoittelemattomia kolmannen sektorin toimijoita, mutta painopiste on voittoa tavoittelevan yritystoiminnan tutkimuksessa.

⁵ Nämä markkinat eivät siis sisällä työterveyshuollon, julkisten hankintojen tai nk. vakuutusyhtiömarkkinoita, jotka käsittävät suoran vakuutusyhtiömyynnin (ks. KKV 2020b).

Neljäntenä tavoitteena on selvittää, voidaanko hintakilpailua edistää lisäämällä kuluttajien ja palveluntuottajien hintainformaatiota (osajulkaisu IV). Tutkimuskohteenä ovat standardoidut MRI-kuvantamiset, joiden osalta hintatietoa on lisätty kuluttajien ja palveluntuottajien saataville kahteen otteeseen. Käytämme menetelmänä difference-in-differences –tutkimusasetelmaa, joka hyödyntää eroja hintojen julkaisussa eri MRI-tutkimusten välillä.

Tutkimuskysymykset, joihin tässä väitöskirjassa ja sen liitteenä esitetyissä osajulkaisuissa vastaan, ovat:

1. Mikä on Kelan sairaanhoitovakuutuksen merkitys yksityisen terveystalouden kilpailuympäristössä, ja miten korvausjärjestelmää tulisi kehittää?
2. Miten markkinat ovat muuttuneet yleisimmillä lääkäripalvelualueilla erityisesti palvelujen saatavuuden näkökulmasta?
3. Onko markkinarakenteen keskittyneisyys kilpailuteorian mukaisessa yhteydessä hintatasoon yksityisillä yleislääkäripalvelujen markkinoilla ikääntyneille potilaille?
4. Johtaako lisääntynyt hintainformaatio alhaisempiin hintoihin yksityisillä magneettikuvauspalvelujen markkinoilla?

1.3 Tutkimuksen merkitys ja eteneminen

Tutkimukseni tuottavat kotimaisessa kontekstissa uutta tutkimustietoa shv-korvausjärjestelmän kilpailullisista vaikutuksista ja yksityisasiakkaiden markkinoiden kehittymisestä, markkinarakenteen keskittyneisyyden ja hintatason välisestä yhteydestä potilaan kilpailuttamalla markkinoilla sekä hintavertailusivustojen kilpailua edistävästä vaikutuksista standardoitujen terveystalouden markkinoilla. Sillä on suoria sovelluskohteita mm. Kelan sairaanhoitovakuutuksen kehittämisessä, kilpailuviranomaisten yrityskauppavalvonnassa, sekä terveystalouden kilpailun edistämisen ja ohjaamisen suunnittelussa. Kilpailun toimivuus on kaikkien palveluista maksavien tahojen – kansalaisten, Kelan sekä yksityisten vakuutusyhtiöiden – intresseissä ja tuloksia voidaan soveltaa paikoitellen myös muille asiakasmarkkinoille. Tutkimus perustuu keskeisesti korvausten maksatuksen kautta kertyviin populaatioaineistoihin, joten tulosten ulkoinen validiteetti kotimaisessa kontekstissa on erinomainen. Lisäksi laadullinen toimialan kartoitus osoittautui tutkimuksen edetessä tärkeäksi tutkimuksen vahvuudeksi, sillä se varmisti osaltaan relevanttien tutkimushypoteesien muodostamisen sekä syvensi määrällisen analyysin johtopäätöksiä.

Tutkimus liittyy lisäksi osaksi kansainvälistä kirjallisuutta kilpailun toimivuudesta potilaan kilpailuttamisesta terveystalouksissa, joka on verrattain vähemmälle

huomiolle jäänyt tutkimuksen alue. Vaikka useissa valtioissa julkisesti tuotetun tai rahoitetun sektorin ohella toimii myös markkinaehtoinen yksityinen terveystalvuseluektori, tutkimusaineistot kertyvät tyypillisesti kilpailua ohjaavien julkisten instituutioiden tai muiden organisaatioiden maksuliikenteen kautta – siis markkinoilta, joilla kilpailu on jo määritelmällisesti instituutioiden sääntelemää tai kilpailutus keskitettyä⁶. Lisäksi saatavilla olevat aineistot kattavat usein vain korvaushjelmaan kuuluvan populaation, kuten tietyn työnantajan työntekijät tai tietyn alueen asukkaat.

Suomen yksityisillä yksityisasiakkaiden markkinoilla shv-korvausjärjestelmä kattaa käytännössä kaikki palvelujen käyttäjät sekä tuotetut toimenpiteet⁷, mutta samalla korvausjärjestelmän vaikutus potilaan vapaaseen valintaan ja yritysten kilpailuun on oletettavasti hyvin pieni⁸. Lopputuloksena on harvinaislaatuinen aineisto terveystalvemarkkinoista, joilla kilpailutus on yhä hajautunutta potilastasolle, ja tuottajien välinen kilpailu on poikkeuksellisen sääntelemätöntä, mutta silti aineisto kattaa koko populaation ja tuotantomarkkinat. Lisäksi aineisto on harvinaisen hienojakoista mahdollistaen toimenpiteen jäljittämisen aina potilas- ja lääkäritasolle asti. Etenkin lääkäripalveluissa aineiston saatavuuden haasteita on pidetty keskeisenä syynä tutkimuksen vähyydelle, ja käyntitason tutkimukset ovat harvinaisia (Kleiner 2015). Erityisesti III osajulkaisu täydentää lääkäripalvelumarkkinoiden kilpailututkimusta omasta institutionaalisesta ympäristöstään käsin. IV osajulkaisu erottuu aiemmasta tutkimuksesta aineistonsa lisäksi myös uniikilla tutkimusasetelmalla, jossa samoilla markkinoilla on tapahtunut lyhyessä ajassa kaksi erityyppistä hintajulkaisua. Tutkimusasetelma mahdollistaa hintajulkaisun vaikutusten arvioinnin lisäksi erityyppisten hintajulkaisujen keskinäisen vertailun. Vastaavaa tutkimusta ei ole aiemmin toteutettu.

Väitöskirjani etenee seuraavasti: Luvussa 2.1 esittelen yksityisten terveystalvemarkkinoiden nykytilan ja viime vuosikymmenien kehityksen ja kuvailen tutkimukseen rajatun asiakasmarkkinan, hintakilpailun toimivuuteen vaikuttavat tekijät sekä Kelan sairaanhoitovakuutuksen. Luku 2.2 tiivistää väitöskirjan teoreettisen taustan, eli yleiset kilpailuteoriat empiirisen toimialan taloustieteen taustalla sekä terveystalvustieteen lähtökohdat alan kilpailututkimuksessa: toimialan erityispiirteet ja niiden ilmenemisen alan kilpailussa. Luvussa 2.3. esittelen keskeisen empiirisen

⁶ Esimerkiksi Yhdysvalloissa vakuutusyhtiöt tai Isossa-Britanniassa julkinen instituutio hoitaa kilpailuttamisen keskitetysti potilaan puolesta (Propper 2012). Myös Suomessa julkiset hankinnat toteutetaan keskitetysti ja hankintalainsäädännön ohjaamina.

⁷ Korvausehtojen kiristytessä vuosien saatossa osa palvelukäytöstä on karsiutunut korvauksen ulkopuolelle.

⁸ Tämä todetaan myös osatutkimuksessa I. Kelaa on kuvattu ”passiiviseksi rahoittajaksi”, joka ei ota aktiivista roolia yksityisten terveystalvuseluektujen kilpailutuksessa, minkä lisäksi maksettu korvaus on tavallisesti määrältään vähäinen.

kirjallisuuden väitöskirjan tutkimuskysymyksiin liittyen. Luku 3 kattaa aineistot ja menetelmät ja luvussa 4 tiivistän neljän osajulkaisun tulokset. Luvussa 5 käyn keskustelua tulosten merkityksestä ja luvussa 6 tiivistän väitöskirjani lopulliset johtopäätökset.

2 Tausta

2.1 Suomen yksityisen terveystalvvelualan toimintaympäristö

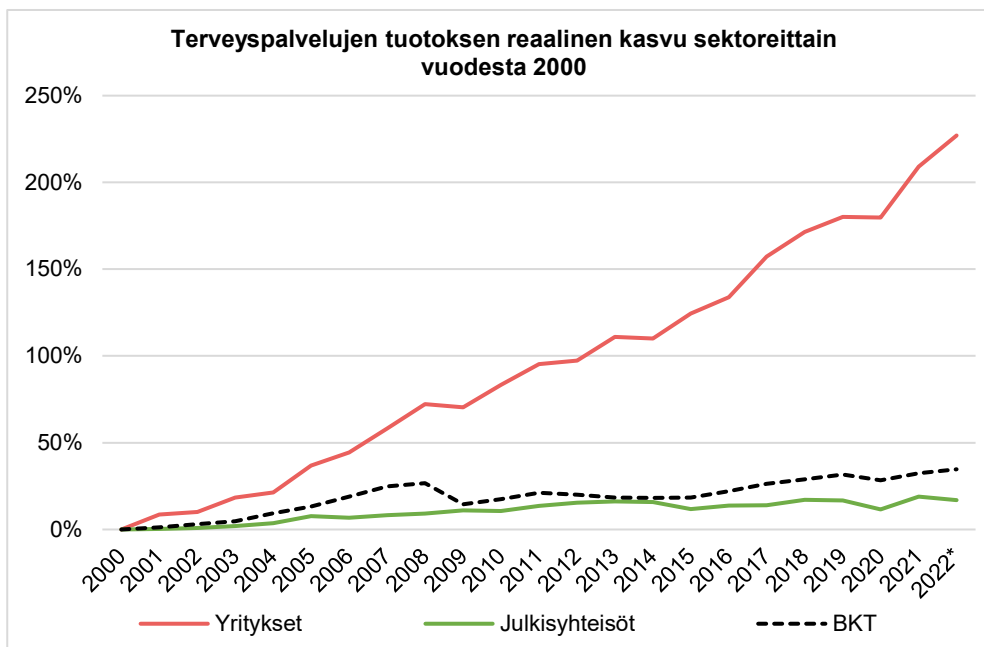
2.1.1 Toimialan kansallinen merkitys on kasvanut

Suomen yksityisillä terveystalvvelumarkkinoilla yritykset sekä kolmannen sektorin toimijat tuottavat terveystalvveluja markkinaehtoisesti julkista terveydenhuoltoa täydentäen. Yksityiset terveystalvvelujen tuottajat ja niissä toimivat ammatinharjoittajat päättävät markkinoille tulosta ja poistumisesta, tarjonnastaan sekä hintatasosta lainsäädännön ja sääntelyn rajoissa. Yksityisellä sektorilla tuotetut talvvelut voidaan luokitella asiakassegmentin ja talvvelujen rahoitustavan mukaisesti yksityisasiakkaiden ja työterveysasiakkaiden talvveluihin sekä julkisiin ulkoistuksiin ja ostopalvveluihin (Virtanen ym. 2016, KKV 2020c).⁹ Lisäksi Tilastokeskus erittelee terveystalvvelut terveydenhuollon laitospalvveluihin, lääkäri- ja hammaslääkäripalvveluihin sekä muihin terveydenhuollotalvveluihin, joihin luetaan mm. fysioterapia, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä sairaankuljetustalvvelut. (Tilastokeskus 2024c).

Yksityiset terveystalvvelumarkkinat ovat kasvaneet voimakkaasti viime vuosikymmeninä. Vuosina 2000–2022 terveystalvvelualan yritysten tuotos on yli kolminkertaistunut (+227 %) samalla kun koko kansantalous BKT:lla mitattuna on kasvanut 35 % (Kuvio 2, Tilastokeskus 2024a). Yksityinen terveystalvveluala on kasvatanut merkitystään osana Suomen elinkeinoelämää, mutta samalla myös sen rooli osana Suomen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää on kasvanut. Vaikka julkisen terveydenhuollon kannatus on Suomessa laajaa ja suomalaiset ovat perinteisesti olleet halukkaita rahoittamaan julkista terveydenhuoltojärjestelmää (Forma & Saari- nen 2008), yksityisen sektorin kasvuvauhti on ollut julkiseen sektoriin nähden huo-

⁹ Lisäksi vakuutuksella talvveluja käyttävät asiakkaat eritellään talvvelutuotannossa usein omaksi asiakasmarkkinakseen (mm. Virtanen ym 2016). Koska shv-rekisteristä poimittu aineisto ei mahdollistanut vakuutettujen potilaiden tunnistamista yksityisasiakkaiden joukosta, viittaamme tässä väitöskirjassa yksityisasiakkailta yhteisesti molempiin asiakassegmentteihin.

mattavasti nopeampaa koko 2000-luvun (**Kuvio 2**) ja huippuvuosina 2015–2017 yksityisen tuotannon kasvu ylitti julkisen tuotannon kasvun myös absoluuttisin luvuin (Tilastokeskus 2024a). Yritysten osuus Suomen terveystuotannosta on kasvanut 11%:sta 26 %:iin vuosina 2000–2022. Yksityisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenojen rahoituksessa on kuitenkin laskenut vuodesta 2000 lähtien 27 %:sta 21 %:iin (THL 2024b). Viime vuosina trendi onkin ollut julkisesti rahoitettujen palvelujen hankinta yksityisesti tuotettuna. Julkisten hankintojen ja ostopalvelujen ohella yksityisen alan kasvu on ollut merkittävää etenkin työterveyshuollossa, joka on muuttunut lähes yksinomaan yksityisesti tuotetuksi 2000-luvun aikana (THL 2024b).



Kuvio 2. Terveyspalvelujen tuotoksen reaalin kasvu 2000–2022 (Tilastokeskus, kansantalouden tilinpito 2024a). Yrityssektorin kasvu on notkahtanut vuoden 2008 finanssikriisin, vuosien 2012–2014 eurokriisin sekä vuoden 2020 koronapandemian aikana. Yritysten ja julkisyhteisöjen lisäksi kuviosta puuttuvat kotitaloudet ja kotitalouksia palvelevat voittoa tavoittelemattomat järjestöt, jotka tuottivat vuonna 2021 terveystuotannon tuotoksesta 3 % ja 1 % em. järjestyksessä. Vuoden 2022 luvut ovat ennakkotietoja.

Käsitys yritysten osuudesta suomalaisen terveystuotannon kokonaisuudessa on jokseenkin hajanainen, sillä koko palvelujärjestelmän seuranta yksityisen sektori mukaan lukien ei kuulu Suomessa minkään institutionaalisen toimijan vastuulle (Tevameri, 2020). Yritystoiminta kuitenkin painottuu tavallisesti asutus-

keskuksiin, ja esimerkiksi Uudellamaalla yritysten osuus oli terveystalvelujen tuotoksesta 29 % jo vuonna 2016 (Lith 2018; Tevameri 2020). Yksityisen alan merkitys vaihtelee huomattavasti myös palvelualoittain. Uudellamaalla perusterveydenhuollon tasoisessa avohoidossa yksityisen toiminnan osuus oli vuonna 2016 jopa 62 %¹⁰ alan tuotoksesta (Lith, 2018).

Vuosina 2013–2021 myös terveystalveluyritysten henkilöstö kasvoi lähes neljänneksellä (Tilastokeskus 2023). Lääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen mukaan noin 35 % Suomen erikoislääkäreistä työskenteli yksityisellä sektorilla pää- tai sivutoimisesti vuonna 2022 ja osuus on noussut 8 vuodessa 3 prosenttiyksikköä (Lääkäriliitto 2023 ja 2015). Yksityisellä alalla työskentelevien osuus oli huomattavin korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalla, jolla jopa kolme neljästä lääkäristä (74 %) työskenteli yksityisellä sektorilla. Osuudet olivat merkittäviä myös silmätautien (72 %), naistentautien ja synnytysten (58 %), kirurgisten alojen (ml. ortopedia, 47 %) sekä lastentautien erikoisaloilla (39 %). (Lääkärilehti 2023; Lääkäriliitto 2023.)

Yksityisen terveystalvelutuotannon merkitystä ei olekaan pidetty yksinomaan julkista tuotantoa täydentävänä enää pitkään aikaan (Hartman 2011 ja 2012), ja on myös esitetty, että ilman yksityistä palvelutuotantoa terveystalvelujen saatavuutta ei voida enää taata kansalaisille (Valtioneuvosto 2023a). Keskeisen tuotantoroolinsa lisäksi yrityksillä on merkittävä rooli myös palvelujärjestelmän kehittäjänä ja uudistajana, sillä uudet innovaatiot ovat usein peräisin yrityksistä (Tevameri, 2020). Esimerkiksi koronapandemian aikana yritykset ovat kehittäneet etälääkäripalveluja vastaamaan muuttuneisiin asiakastarpeisiin (Salonen ym. 2024, Jormanainen 2020).

2.1.2 Julkinen valta vaikuttaa alan toimintaedellytyksiin

Yksityisen terveystalvelualan kasvu on liittynyt erityisesti julkisten palvelujen heikkenevään rahoitukseen ja saatavuuteen (Valtonen ym. 2014, OECD 2013). Vuonna 2023 Suomessa raportoitiin tyydyttämätöntä palvelutarvetta selvästi OECD maiden keskiarvoa enemmän (OECD 2024). Ikääntyvän väestön palvelutarpeista johtuva kysynnän kasvu onkin suuntautunut entistä suuremmalta osin yksityiselle sektorille (Hartman 2011, Jurvelin & Felt 2023). Kansalaisten kasvanut kiinnostus omaehtoiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on myös lisännyt yksityisten terveystalvelujen

¹⁰ Koko markkinoiden lukuun verrattuna tätä lukua on tarkennettu poistamalla laskennasta ”vuodeosastopalvelut”, jotka lukeutuvat terveystalvelujen perusterveydenhuollon tilastointiin, vaikka eivät tosiasiallisesti ole avoterveydenhuoltoa. Koska vastaavaa vuodeosastotoimintaa ei ole yksityisillä toimijoilla, yksityisen toiminnan osuus nousee tarkennuksen myötä 54,2 %:sta 62 %:iin tuotoksesta. (Lith, 2018.). Yksityisen alan tuotos sisältää myös järjestöjen tuotannon.

palvelujen kysyntää (Salonen ym. 2024). Kotitalouksien kulutus terveyteen on kasvanut 18 % viime vuosikymmenen aikana, kun käytössä olevat rahatulot ovat kasvaneet vain 5 % (Tevameri 2020; Tilastokeskus 2024a). Suoran kulutuksen lisäksi kotitaloudet kuluttavat terveyteen välillisesti hankkimalla sairauskuluvakuutuksia¹¹, jotka tukevat yksityistä palvelunkäyttöä (KKVb 2020, Jurvelin & Felt 2023). Sairauskuluvakuutusten lukumäärä on kasvanut 39 % viimeisen vuosikymmenen aikana (FKL 2021 ja 2023a) ja vuonna 2023 sairauskuluvakuutus oli arviolta joka neljännellä suomalaisella (24 %, FKL 2023b). Valtonen ym. (2014) toteavat tutkimuksessaan, että keskeiset syyt sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen ovat mieltymys yksityisiin sekä tyytymättömyys julkisiin terveystalouksiin.

Yksityisen terveystalouden kasvunäkymät ovat myös suotuisat, sillä väestön ikääntyminen ja yksityisten sairauskuluvakuutusten yleistyminen vahvistavat terveystalouden kysyntää myös tulevaisuudessa. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten on vuonna 2021 ennakoitu kasvavan noin 10 % vuoteen 2030 ja 20 % vuoteen 2040 mennessä pelkän väestörakenteen muutoksen seurauksena (Croell ym. 2023). Koronapandemian aiheuttaman kysynnän kasautumisen seurauksena julkinen terveydenhuolto on lisäksi pahoin ruuhkautunut. (Jurvelin & Felt 2023.) Toukokuussa 2024 jo 16,1 % kiireettömään erikoissairaanhoidon jonottavista potilaista ylitti hoitotakuun mukaisen puolen vuoden jonotusajan (THL 2024a). Nykyinen Orpon hallitus tavoittelee yksityisille tuottajille entistä merkittävämpää roolia julkisten jonojen purkamisessa¹². (Jurvelin & Felt 2023, Valtioneuvosto 2023a.)

Yksityistä terveystaloutta onkin perustellusti luonnehdittu alaksi, jolla julkisen vallan merkitys on poikkeuksellisen suuri (Salonen ym. 2024). Sen lisäksi, että yksityisen tuotantosektorin rooli palvelujärjestelmässä muotoutuu suhteessa julkisen tuotantosektorin rooliin ja palvelutasoon (Jäntti 2008, Salonen ym. 2024), terveystalouden tuotanto on myös luvanvaraista ja valvottua toimintaa, ja poliittinen päätöksenteko vaikuttaa alan toimintaedellytyksiin myös lukuisin muin tavoin¹³. Pelkätään viimeisen vuosikymmenen aikana terveystalouksille on maalailtu hyvinvoinnin vaihtelevia näkymiä niiden roolista palvelujärjestelmässä. Sipilän hallitus

¹¹ ”Sairauskuluvakuutus mahdollistaa nopean hoitoon pääsyn omavalintaiseen tai vakuutusyhtiön suositteluun hoitolaitokseen. Sen tarkoitus on täydentää julkisia terveystalouksia, ja se korvaa muun muassa tutkimus- ja hoitokuluja sekä lääkärin määräämiä lääkkeitä.” (FKL 2023b)

¹² Hallitusohjelman mukaisesti potilas olisi mm. oikeutettu palveluseteliin tai maksusitoumukseen toiselle palveluntarjoajalle, mikäli hänelle ei kyettä tarjoamaan tarvitsemaansa palvelua hoitotakuuajan sisällä.

¹³ Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa alaa ohjaavan lain valmistelusta, ja Valvira yhdessä aluehallintoviranomaisen kanssa valvoo lainsäädännön noudattamista. (Lith 2018). Lisäksi alan ammatinharjoittamiseen liittyy tiukkoja koulutusvaatimuksia (Lith 2018). Koulutuspolitiikan merkitys alan toimintaedellytyksille on korostunut, sillä työvoimatilanne on tiukka useissa alan ammattiryhmissä.

(2015–2019) olisi valinnanvapausmallillaan avannut julkisten sote-palvelujen markkinat yksityisten palveluntuottajien kilpailulle (STM 2016a ja 2016b, Pitkänen & Pekola 2016, Brommels ym. 2016). Marinin hallituskauden (2019–2023) aikana voimaan tullut uusi sote-lainsäädäntö säilyttikin yritysten aseman palvelujärjestelmässä entisen kaltaisena (STM 2021a), kun taas Orpon hallitus on ilmoittanut lisäävänsä yksityisten terveystalujen hyödyntämistä kansalaisten terveyden tuottamisessa seuraavan hallituskauden aikana (2023–2027) (Valtioneuvosto 2023a).

2.1.3 Yrityskaupat ovat keskittäneet markkinarakennetta

Toimialan kasvaessa terveystalujen tarjonta on keskittynyt yhä voimakkaammin pienelle joukolle suuria yrityksiä (Hiltunen ym. 2014, Virtanen 2016, Nurminen & Saxell 2020, KKV 2020a). Kehitys on ollut samansuuntaista pitkään: Vuonna 2013 Lith kuvasi markkinoiden keskittymiskehitystä ja esitti suurten yritysten liikevaihtosuuksien kasvun tukevan käsitystä (Lith 2013). Vuonna 2020 keskittymiskehityksen todettiin edelleen jatkuneen poikkeuksellisen voimakkaana viimeisen vuosikymmenen aikana. Markkinoita hallitsevat kolme suurinta lääkäripalveluketjua olivat moninkertaistaneet yhteenlasketun markkinaosuutensa viimeisen vuosikymmenen aikana¹⁴. (KKV 2020b.) Osaltaan markkinarakenteen keskittyminen liittyy alan suurimpien yritysten muita nopeampaan orgaaniseen kasvuun, mutta toimialalla on 1990-luvulta lähtien tehty myös huomattava määrä yrityskauppoja (Virtanen ym. 2016). Vuosien 2008 ja 2020 välillä alan kolme suurinta yritystä toteutti yli 80 yrityskauppaa (Buri 2023). Lupaavien kasvunäkymien vuoksi alalle on myös virrannut runsaasti pääomaa, mikä on vauhdittanut yrityskaupankäyntiä (ks. mm. Lith 2013, Hartman 2011, Nurminen 2021a).

Yksityisen terveystalualan keskittyminen on aiheuttanut viime vuosikymmeninä huolta kilpailun toimimattomuudesta. Markkinarakenteen keskittyminen on kilpailun kannalta haitallista, koska tällöin todennäköisyys markkinavoiman hyväksikäyttöön, kartelleihin sekä muihin yhdenmukaisiin toimintamalleihin eli kolluusioon kasvaa. (Virtanen 2016, Björkroth ym. 2006.) Koska hinnoittelu on toimialalla vapaata, palveluntuottajien välinen kilpailu on ainut hintoja hillitsevä mekanismi. Lyhyellä aikavälillä hintakilpailun toimimattomuus ilmenee hintojen nousuna ja kansalaisten hyvinvointitappiona. Lisäksi kilpailun puute saattaa ilmetä huonona palvelujen laatuna. Pitkällä aikavälillä kilpailun nähdään ruokkivan uusien palvelujen syn-

¹⁴ Vuonna 2013 Mehiläisen liikevaihto oli 269 miljoonaa, Terveystalon 312 miljoonaa ja Pihlajalinnan 104 miljoonaa (Holtari & Vanhanen 2014). Vastaavat luvut vuonna 2022 olivat 1632,8 miljoonaa, 960,2 miljoonaa sekä 690,5 miljoonaa yritysten tulostiedotteiden mukaan.

tymistä ja resurssien tehokasta kohdentumista. Terveyspalveluyritysten vaihtuvuuden on myös havaittu hidastuneen, mitä on pidetty merkinä markkinoiden uudistumiskyvyn heikkenemisestä (Lith 2013).

Vuonna 2020 kilpailu- ja kuluttajavirasto esitti ensimmäistä kertaa yksityisen terveyspalvelualan yrityskaupan kieltämistä todennäköisiin kilpailun ongelmiin vedoten (KKV 2020a ja 2020c). Kahden suuren toimijan yrityskauppa olisi todennäköisesti johtanut hintojen huomattavaan nousuun useilla liiketoiminta-alueilla. Yrityskaupan kieltoesitykset ovat Suomessa hyvin harvinaisia ja kyseinen yrityskauppaselvitys on toistaiseksi laajin viraston historiassa (KKV 2020a). Viime vuosina alan keskittymiskehitys on tosin hidastunut, sillä markkinoilla on enää vähän ostettavia yrityksiä (Jurvelin & Felt 2023). Lisäksi pääomasijoittajien intoa toimialaa kohtaan on viime vuosina hillinnyt epävakaa poliittinen ilmapiiri, mikä lisää epävarmuutta yksityisten terveyspalveluyritysten menestymisen edellytyksistä (Salonen ym. 2024).

2.2 Sairaanhoidovakuutuksesta korvattu segmentti

2.2.1 Palveluja käyttää hyvätuloinen väestönosa

Noin 23 % suomalaisista sai shv-korvausta yksityisistä erikoislääkäripalveluista vuonna 2022 (Kela 2024, Tilastokeskus 2024b), joten palvelujen käyttö on varsin tavallista. Lisäksi aiemmista tutkimuksista tiedetään, että yksityisten terveyspalvelujen käyttö on usein muiden sektoreiden palvelukäyttöön yhdistettyä. Vuonna 2013 Oulun työikäisen väestön terveyspalvelukäytön rekisteritutkimuksessa yksinomaan yksityisiä palveluja käyttäneiden osuus oli vain prosentin luokkaa, mutta yhdistettynä julkisen terveydenhuollon, työterveyshuollon tai molempien sektoreiden palvelukäyttöön miehistä 16 % ja naisista 33 % käytti yksityisiä terveyspalveluja (Blomgren & Virta 2020). Toisaalta vanhemmat suosivat yksityisiä palveluja erityisesti lastensa terveyspalveluissa (Miettinen ym. 2013) ja käyttötottumukset ovat suhteellisen pysyviä, sillä yksityisten palvelujen käyttö on lähes neljä kertaa todennäköisempää niillä, jotka ovat käyttäneet palveluja myös aiemmin (Jäntti 2008).

Yksityisten palvelujen käyttö on yleisesti yhteydessä kansalaisten sosioekonomiseen taustaan, etenkin tulotasoon (Miettinen ym. 2013). Ylimmässä tuloviidenneksessä yksityisiä terveyspalveluja käytti vuonna 2012 40 %, kun alimmassa tuloviidenneksessä osuus oli puolet vähemmän, noin 20 %. Shv-korvauksia maksettiin myös johdonmukaisesti sitä enemmän, mitä suuremmat tulot olivat (Blomgren & Virta 2014). Myös työterveyshuollon piiristä poistuvista eläkeläisistä hyvätuloisimman väestönosan on havaittu lisäävän shv-korvattujen palvelujen käyttöä (Blomgren 2016). Yksityisasiakkaille keskeisiä syitä yksityisten terveyspalvelujen valintaan

ovat yleensä nopea saatavuus ja laatutekijät. Hoidon lääketieteellisen laadun arvioimiseen asiakkaalla ei yleensä ole kykyjä, mutta koetulla laadulla tai mielikuvilla, joita luodaan mainonnalla ja brändäämisellä, on todettu olevan vaikutusta kuluttajan valintaan. Hinnan merkitys on puolestaan asiakkaan valinnassa vähäinen, mutta se myös vaihtelee olennaisesti sen mukaan, onko asiakkaalla sairauskuluvakuutus kuluun kattamiseksi vai ei. (Valtonen ym. 2014, Jäntti 2008.)

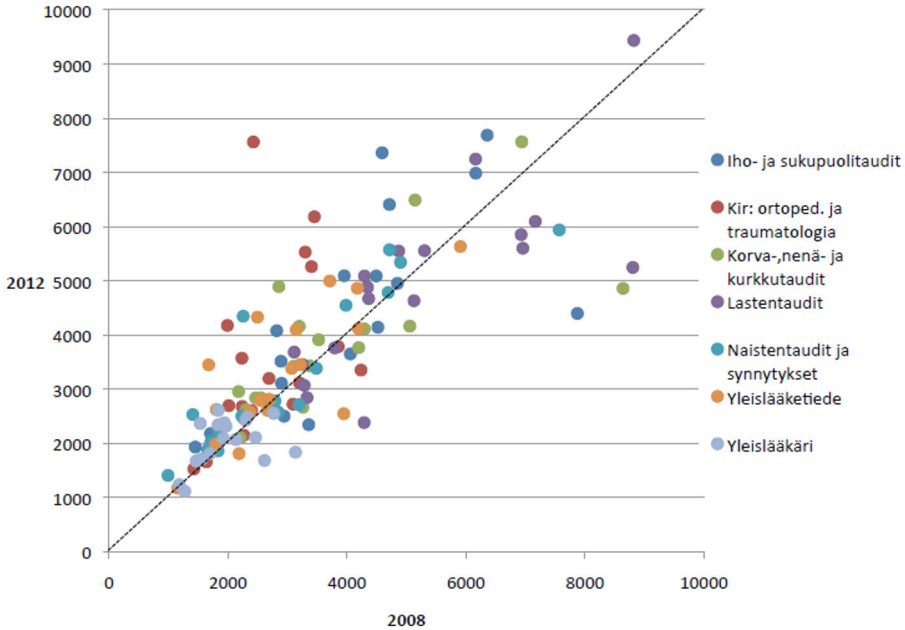
Yksityisten terveystakuutusten osuudesta yksityisten terveystalvelujen käytössä ei ole tarkkaa rekisteritietoa, mutta vuonna 2020 KKV:n tekemän kyselytutkimuksen mukaan kolmannes (33 %) haki yksityislääkärikäynnistä jälkikäteen korvausta vakuutusyhtiöstä¹⁵. Yli 60-vuotiaista osuus oli vain alle 10 %, sillä ikääntyneessä väestössä sairauskuluvakuutukset ovat harvinaisia. Sairauskuluvakuutusten voimassaolo onkin tavallisesti rajattu 65 ikävuoteen, tai sen hinta nousee merkittävästi iän ja sairastumisriskin mukana. Toisaalta alle 18-vuotiailla korvausta jälkikäteen hakeneiden osuus oli 81 %. (KKV 2020b.) Vakuutusyhtiöiden rooli vaihtelee myös palveluittain. Esimerkiksi silmätautien tai gynekologian tarkastuskäynneistä ei tyypillisesti makseta korvauksia sairauskuluvakuutuksesta.

Yksityisellä terveystakuutuksella on vahva kysyntää ohjaava vaikutus, sillä vakuutuksen hankkineiden asiakkaiden on todettu käyttävän pääasiassa yksityisiä terveystalveluja. KKV:n selvityksen mukaan 91% vakuutusyhtiöiden terveystakuutusasiakkaista hakee korvausta nimenomaan yksityisistä terveystalveluista. (KKV 2020b.) Myös Jäntin (2008) kyselytutkimuksen mukaan sairauskuluvakuutus nosti yksityisen palvelukäytön todennäköisyyttä 50 %:lla. Lisäksi sairauskuluvakuutetut asiakkaat eroavat itse maksavista asiakkaista mm. kannustimiltaan, sillä vakuutus vähentää asiakkaan kannustimia omaehtoiseen kustannusten välttämiseen ja palveluntuottajien hintojen vertailemiseen. Toisaalta myös vakuutusyhtiöt kilpailuttavat terveystalveluntuottajien hintoja asiakkaidensa puolesta. Vastineeksi alhaisemmista hinnoista vakuutusyhtiöt ohjaavat asiakkaitaan käyttämään sopimuskomppaniensa talveluja (Tuorila 2019). Tietoa siitä, miten suuri osuus hinnoista on vakuutusyhtiöiden neuvottelemia, tai miten suuri osuus asiakkaista noudattaa vakuutusyhtiöiden suosituksia, ei kuitenkaan ole.

¹⁵ Myös korvaussummiin perustuvat laskelmat tuottivat samankaltaisen arvion. KKV sai tiedot viideltä vakuutusyhtiöltä, jotka kattavat 82 % markkinasta. Arviot sisältävät vain jälkikäteen maksetut korvaukset, joten todellinen vakuutusyhtiön korvaamien käyntien osuus lienee korkeampi.

2.2.2 Hinnoittelu kaksitasoisella tuotantomarkkinalla

Myös shv-korvattujen markkinoilla yrityskentän on havaittukeskittyneen. Yksityisten lääkäripalvelujen yritysmarkkinat keskittyivät vuosina 2008–2012 kaikilla seitsemällä yleisimmällä yksityisten lääkäripalvelujen alalla, joskin alueellinen ja erikoisaloittainen vaihtelu keskittymiskehityksessä oli huomattavaa. (Hiltunen ym. 2014, **Kuvio 3.**)



Kuvio 3. Herfindahl-Hirschman -indeksin muutos erikoisaloittain ja maakunnittain vuosina 2008–2012. Yksi havaintopiste kuvaa yhden maakunnan keskittyneisyyskehitystä. Diagonaalilin yläpuolella sijaitsevilla aluemarkkinoilla markkinarakenne on keskittynyt vuosien 2008 ja 2012 väliillä (Hiltunen ym. 2014).

Yksityisten terveystalvelujen tuotantorakenne on kuitenkin monitasoinen: Yksityiset lääkärit ovat perinteisesti harjoittaneet ammattiaan joko omalla pienpraktiikalla tai vuokralaisena lääkäripalveluyrityksissä. Kansallisten ketjujen kasvaessa jälkimäinen malli, jossa ammatinharjoittajalääkärit tarjoavat ja hinnoittelevat itse vastaanottopalvelunsa ja maksavat terveystalveluyritykselle vuokraa liiketoiminnan puitteista, on yleistynyt. Yritykset puolestaan tarjoavat ja hinnoittelevat lääkärikeskusten muut palvelut, kuten kuvantamis-, laboratorio- ja muut diagnostiset palvelut¹⁶. Sa-

¹⁶ Yritys perii myös varsinaisten terveystalvelujen lisäksi laskutettavat erät, kuten poliikkimaksun ja Kanta-maksun (Kokko 2023).

malla, kun yritysmarkkinoiden rakenne on keskittynyt, lääkäripalvelujen tuotantomarkkinoiden rakenne saattaa olla lähellä atomististen markkinoiden ideaalia, mikäli lääkärit kilpailevat keskenään myös yritysten sisällä.

Vaikka yrityksissä saattaisi olla intressejä vaikuttaa lääkäreiden hintatasoon, Lääkäriliitto on perinteisesti korostanut ammatinharjoittajalääkäreiden hinnoitteluvapautta (Lääkäriliitto 2015). Myös kilpailuviranomainen on puuttunut Lääkäriliiton hinnoittelua yhdenmukaistavia ohjeistuksiin, joista luovuttiinkin jo 1990-luvun alkupuolella (Määttä ym. 2015). Lisäksi erikoislääkärin palkkioiden on havaittu vaihtelevan merkittävästi toimipisteiden sisälläkin, kun taas saman lääkärin palkkiot vaihtelivat huomattavasti vähemmän toimipisteiden välillä. (Tuominen & al. 2016.) Tämä tukee käsitystä siitä, että lääkäri hinnoittelee palvelunsa toimipisteestä riippumattomasti¹⁷. Lääkärinpalkkioissa on myös huomattavaa alueellista vaihtelua, joka tukee oletusta markkinoiden alueellisuudesta (Tuominen ym. 2016, Kleiner ym. 2012).

Yritysrakenteen keskittymisen vaikutus lääkäripalvelujen hintoihin ei olekaan suoraviivainen vaan mahdolliset vaikutukset välittyvät lääkärikeskusten vuokratason sekä muiden lääkäreitä sitovien ehtojen tai lääkäreiden työmarkkinoissa tapahtuvien muutosten seurauksena. Myös Nurminen & Saxell (2020) havaitsivat markkinoita keskittävien yrityskauppojen vaikuttavan lääkäripalvelujen hintatasoon vain gynekologian erikoisalalla. Työmarkkinoiden näkökulmasta on myös huomattava, että lääkäreistä on ollut pulaa koko 2000-luvun ja lääkärit ovat toimialan kasvun keskeinen tuotannontekijä. Yritykset ovat kuvanneet työvoimakilpailua kireäksi ja lääkäreiden miellyttämisen keskeiseksi kilpailutekijäksi. Yritykset menestyvät työvoimakilpailussa kuitenkin julkista työnantajaa paremmin, ja siksi työvoimapula ei ole ratkaisevasti rajoittanut yritysten menestymisen edellytyksiä (Salonen ym. 2024)¹⁸.

Yritysten hinnoittelemissa palveluissa sen sijaan yritysrakennetta keskittävien yrityskauppojen on havaittu nostavan palveluhintoja 6–9 % laboratoriotutkimuksissa, mutta röntgentutkimuksissa ja magneettikuvauksissa yhteyttä ei havaittu. Selityksen arveltiin liittyvän markkinoiden entuudestaan korkeaan keskittyneisyyteen, joten hinnat saattavat jo entuudestaan olla ylisuurten voittojen tasolla. (Nurminen

¹⁷ Lääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen mukaan 80% vakuutusyhtiöasiakkaita vastaanottavista lääkäreistä kertoi, ettei pysty itse vaikuttamaan vakuutusyhtiöasiakkaan hintaan. (Lääkäriliitto 2023, työmarkkinatutkimus). Vakuutusyhtiöasiakkaan määritelmä on epäselvä, mutta sillä viitataan todennäköisesti maksusitoumuksella vastaanotolle hakeutuviin asiakkaisiin (ks. KKV 2020b), ei niihin, jotka hakevat korvausta vakuutusyhtiöstä jälkikäteen.

¹⁸ Viime vuosina pulaa on ollut myös hoitajista, mutta hoitajia käytetään yksityisellä sektorilla verrattain vähän, joten hoitajapula ei ole yksityiselle terveyspalvelutuotannolle merkittävä kasvun rajoite (Salonen ym. 2024).

2021b). Viimeaikaisten tutkimusten mukaan yrityskauppojen on kuitenkin arveltu kohottaneet hintatasoa aiemmin arvioitua enemmän. Lisäksi hintojen on havaittu nousseen myös aluemarkkinoiden yli toteutetuissa yrityskaupoissa, joissa markkinarakenne ei keskity. Tällainen hintojen kohoaminen selittyy ostettujen yritysten hinnoittelun harmonisoinnilla. Ketjujen korkeampi hintataso puolestaan liittyy yritysten erilaiseen toimintamuotoon ja omistus pohjaan (Buri 2023 ja 2024).

Kilpailuviranomaisen ja yksityisiä terveystalouksia käyttävien asiakkaiden lisäksi myös muilla palveluista maksavilla tahoilla, kuten yksityisillä vakuutusyhtiöillä ja Kelalla on intressit edistää markkinoiden toimintaa siten, että kilpailun paine pitää hinnat kohtuullisena. Vuonna 2012 Kela käynnistikin sairaanhoitovakuutuksen ohjauksesta hyödyntävän aloitteen ja julkaisi shv-korvauksen maksatuksen kautta kertyviä yleisimpien yksityisten terveystalouksien alueellisia keskihintoja Kelasto-tilastotietokannassa (Kelasto, 2023). Tarve havaittiin nettikyselytutkimuksella, jonka mukaan hintavertailutietoa ei ollut saatavilla riittävästi (Dadi ym. 2011). Vaikka hintavertailusivusto jäi vähäiselle käytölle, se oli merkittävä aloite kohti avoimempaa hintatiedon jakamista, ja sen motivoimana syntyi uusi hintojen läpinäkyvyyttä edistävä hanke: Vuonna 2015 Lääkärihint.fi-sivusto avasi yksityisten terveystalouksien hinnat ensimmäistä kertaa toimipisteittäin vertailtavaksi helppokäyttöisten hakutoimintojen kanssa. Molemmilla aloitteilla tavoiteltiin hintakilpailun edistämistä lisäämällä asiakkaiden käytössä olevaa hintatietoa palveluntuottajien vertailemiseksi (Kela 2012).

2.2.3 Sairaanhoitovakuutuksen kehitys

Yksityisten terveystalouksien käyttöä on jo vuodesta 1964 tuettu valtion verotuloin ja julkisin vakuutusmaksuin rahoitetusta Kelan sairaanhoitovakuutuksesta (Valtiotalon tarkastusvirasto 2011), joka liittyy tuottajat osaksi julkisesti rahoitettua terveystalouksien järjestelmää. Shv-korvaus perustuu Sairausvakuutuslakiin (1224/2004), jonka mukaan vakuutetulle korvataan yksityislääkärin antama ja määräämä hoito sekä suorittama ja määräämä tutkimus. Vakuutetulla on oikeus korvaukseen tarpeellisista sairaanhoidon kustannuksista siltä osin, kuin hoito tarpeettomia kustannuksia välttämättä, terveyden kuitenkin vaarantumatta, olisi tullut vakuutetulle maksamaan.¹⁹ Sairausvakuutus on universaali pakollinen vakuutus, joten potentiaalisia palvelujen

¹⁹ Lisäksi laissa säädetään korvattavuuden ulkopuolelle mm. yksityisistä terveystalouksista perittyjä hoitopäivä-, poliklinikka- ja toimistomaksuja, sekä muut kuin Terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluva hoito. Korvattavuus edellyttää myös hoidon suorittajan tai määrääjän terveydenhuollon ammattihenkilön pätevyysvaatimusten täyttymistä.

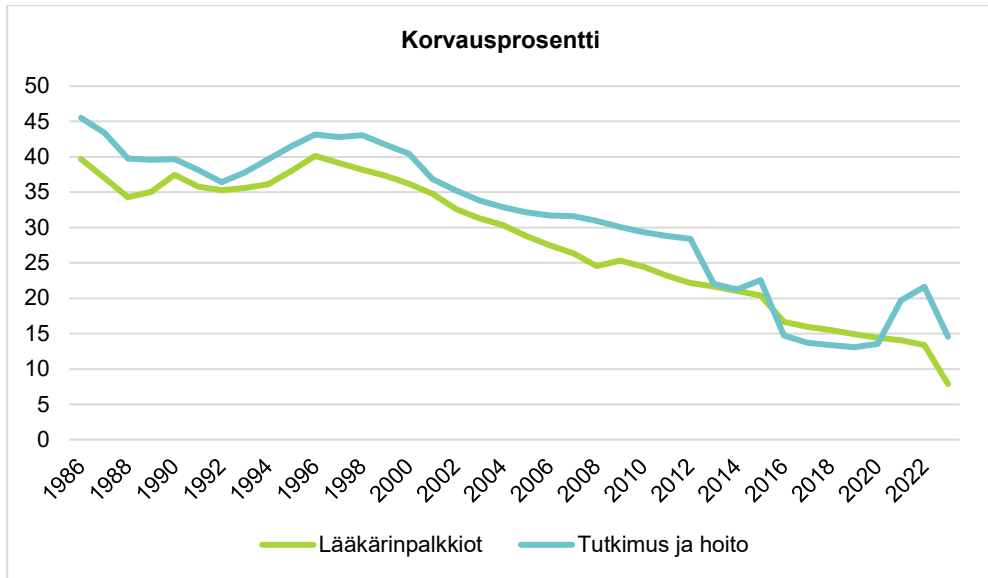
käyttäjiä ja korvauksen saajia ovat kaikki Suomen kansalaiset sekä eräät muut laissa määritellyt ryhmät ja vakuutus rahoitetaan verotuloin²⁰.

Sairaanhoitovakuutuksen roolia palvelujärjestelmässä on perusteltu mm. sillä, että se täydentää terveystalouden käyttömahdollisuuksia virka-aikojen ja kotipaikkakunnan ulkopuolella, valinnanvapaudella ja toisen lääkärin mielipiteen hakemisen mahdollisuudella. Yksityisten palvelujen käytön on uskottu myös vähentävän julkisten palvelujen kysyntää ja julkisia menoja. Toisaalla shv:ta on kritisoitu yritysten epäsuorasta tukemisesta (Pekurinen ym. 2011.), sillä esimerkiksi hammaslääkärinpalkkioiden shv-korvausten korotuksen on havaittu johtavan hammaslääkärinpalkkioiden nostamiseen (Maljanen ym. 2011, Valtion tarkastusvirasto 2011). Lisäksi shv-korvattu yksityinen perusterveydenhuolto yhdessä työterveysmarkkinoiden kanssa lisää palvelujärjestelmän eriarvoisuutta hoitopääsyssä, sillä alemmat sosioekonomiset ryhmät jäävät tyypillisesti näiden nopeiden väylien ulkopuolelle (OECD 2021).

Sairaanhoitovakuutusta perustettaessa liiallista palvelukysyntää haluttiin hillitä asettamalla korvaustaso 60 %:iin taksasta eli viranomaisen hyväksymästä hinnasta. Esitykseen ei kuitenkaan luotu mekanismia inflaation huomioimiseksi, ja kun suositusten mukaisia inflaatiokorotuksia ei tehty vuosikymmeniin, korvaustaso vähitellen laski. (Mattila 2011.) Vuonna 2011 inflaation ennustettiin syövän korvauksen 10 %:iin vuoteen 2035 mennessä (Kela 2011), mutta korvaustaso on laskenut tätäkin nopeammin, sillä korvauksia on sittemmin leikattu useaan otteeseen. Taustalla ovat vaikuttaneet aiempien hallituskausien säästöpainotukset sekä tavoitteet monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamiseksi osa-optimoinnin ja byrokratian vähentämiseksi (Pekurinen ym. 2011; STM 2016b; STM 2016c). Vuonna 2023 tehtyjen leikkausten myötä lääkärinpalkkioiden keskimääräinen korvaus laski 7,9 %:iin kustannuksesta ja tutkimusten ja hoitojen korvaukset pääosin lakkautettiin (**Kuvio 4**, Kelasto 2023)²¹.

²⁰ Sairaanhoitovakuutuksen menoista 67 % rahoitetaan valtion osuudella ja 33% vakuutetuilta kerättävällä sairaanhoitomaksulla (HE 237/2022).

²¹ Kuviossa 4 tutkimuksen ja hoidon korvaukset koskevat vai eräitä korvattavuuden piiriin jätettyjä toimenpiteitä, esimerkiksi psykologin tai hammaslääkärin määräämiä tutkimuksia.



Kuvio 4. Yksityisten lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvausprosenttien kehitys vuosina 1986–2023.

Ajan saatossa rapistuneen korvausjärjestelmän merkitys yritysten kilpailuympäristössä on heikentynyt samalla, kun korvausten tuki kysynnälle on pienentynyt (Jäntti 2008). Satu Jäntin (2008) kyselytutkimuksen perusteella vähintään 50 %:n korvauksen arvioitiin aidosti vaikuttavan yksityisen sektorin valintaan. Tämän tason saavuttamiseksi korvauksen tulisi tutkimuksen ja hoidon toimenpiteissä olla yli kolminkertainen ja lääkäripalkkioissa yli kuusinkertainen vuoden 2023 verrattuna. Toisaalta korvaus oli täysin yhdentekevä vain viidesosalle vastanneista, joten pienilläkin korvauksilla lienee jonkinlaista merkitystä potilaille. Kyselyn toteutusaikana korvaustaso oli kuitenkin huomattavasti nykyistä korkeampi, 32% tutkimuksen ja hoidon toimenpiteille ja 28 % lääkäripalkkioille. Vuonna 2011 toteutetussa valikoituneessa kyselytutkimuksessa korvauksella oli merkitystä noin 40 %:lle vastaajista (Tuominen ym. 2011). Shv-korvauksen määrät on lisäksi määritelty eri toimenpiteille eri aikoina mm. kulloinkin käytettävissä olevien varojen sekä toimenpiteen tuotantokustannusten perusteella (HE 12/2012), joten toimenpiteiden korvaustasoissa on vaihtelua.

Korvaustason laskusta huolimatta korvausjärjestelmän asettamat rakenteelliset vaatimukset ovat säilyneet ennallaan. Shv-korvauksen poistoa onkin perusteltu sillä, että järjestelmän ylläpitoon liittyvien hallintokustannusten osuus kasvaa jatkuvasti korvaustason laskiessa (Mikkola ym. 2012). Poistamisen sijaan sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseksi on esitetty mm. korvausten siirtoa kunnille (Välimäki ym.

2011, Pekurinen ym 2011), korvausten kohdentamista terveystaloudellisesti merkittäviin palveluihin, kumppanuusmalleja julkisen palvelujärjestäjän kanssa ja hinnan sääntelymekanismien kehittämistä (Mikkola ym. 2012, Maljanen ym. 2013). Koska Kelalla on lain perusteella myös velvoite sairausvakuutuksen kehittämiseksi ja julkiseen talouteen kohdistuvat säästöpainotukset luovat painetta myös shv-korvauksiin, Kelaa on mielekäästä tarkastella myös muuttuvana markkinoita ohjaavana toimijana ja shv-korvausta yhtenä ohjaamisen keinona.

Marinin hallituskaudella vuosina 2019–2023 shv-korvausten asteittainen lakkauttaminen vaikutti vielä todennäköiseltä (STM 2021b). Orpon hallitus (2023–) kuitenkin korotti yksityisten lääkäripalkkioiden korvauksia tuntuvasti²² vuoden 2024 alussa julkisen perusterveydenhuollon hoitojonojen purkamiseksi (Valtioneuvosto, 2023b) ja seuraavaa korotusta suunnitellaan vuodelle 2025 (Toivonen 2024). Korvausten korotus nostaa jälleen ajankohtaiseksi kysymyksen siitä, kilpailevatko yritykset hinnoilla tai miten hintakilpailua voidaan edistää. Mikäli alalla hyväksikäytetään hinnoitteluvoimaa tai solmitaan hintakartelleja, shv-korvausten korotusten pelätään johtavan yritysten hintojen korotuksiin. Tästä on myös aiemmin havaittu viitteitä Suomen yksityisen hammashuollon markkinoilla (Maljanen ym. 2011).

2.3 Teoreettinen viitekehys ja aiempi empiirinen tutkimus

2.3.1 Toimialan taloustiede terveystaloudessa

Tutkimuksen teoreettinen pohja on toimialan taloustieteestä (*industrial organization, IO*), joka on staattisen ja dynaamisen kilpailun teorioita empiriaan soveltava taloustieteen ala. Staattisen kilpailun näkökulmaa edustavan uusklassisen yritysteorian mukaan markkinat jaotellaan neljään markkinarakenteeseen: täydellinen kilpailu, monopolistinen kilpailu, oligopoli sekä monopoli. Täydellisen kilpailun edellytyksinä pidetään suurta ostajien ja myyjien lukumäärää markkinoilla, ostajan ja myyjän täydellistä informaatiota, myytävien tuotteiden identtisyttä, toisistaan riippumattomia ja voittoja maksimoivia yrityksiä, yritysten vapaata markkinoille tuloa ja sieltä poistumista sekä tuotantorajoitteiden puuttumista. Tällaisilla markkinoilla kilpailu pakottaa yritykset tuottamaan tehokkaasti ja asettamaan hintansa markkinoi-

²² Yleis- ja erikoislääkäripalkkion korvaustaksaa korotettiin vuoden 2024 alusta kahdeksasta eurosta 30 euroon, eli korvaus lähes nelinkertaistettiin (3,75). Etälääkärikäyntien taksa korotettiin 25 euroon. Myös psykiatrian vastaanottojen, psykiatrian toimenpiteiden sekä hammaslääkärin perustutkimuksen korvaustaksoja nostettiin. (Kela 2023.)

den määrämälle tuotannon rajakustannuksen tasolle. Täydellisen kilpailun markkinoilla ei ole tarjolla ylisuuria tuottoja, joten tehottomat yritykset karsiutuvat markkinoilta kannattamattomina. (Lipszynski ym. 2009.)

Täydellisen kilpailun atomististen markkinoiden ideaali ei toteudu käytännössä milloinkaan. Tavallisesti markkinoilla toimii tietty määrä suurehkoja yrityksiä, joilla on riittävästi markkinavoimaa asettaakseen hintansa tasapainotason yläpuolelle ja ansaitakseen ylisuuria tuottoja. Yksi syy markkinarakenteen keskittymiseen ovat tuotannon mittakaavaedut, minkä vuoksi suurten yritysten keskimääräiset tuotantokustannukset ovat alhaisemmat, ja ne pärjäävät kilpailussa pieniä paremmin. Äärimmäisen keskittynyt markkinarakente, monopoli, saattaisikin mittakaavaetujen vuoksi tarjota tuotannollisesti tehokkaimman ratkaisun, mutta mikäli monopoliyritys käyttää neuvotteluvoimaa hyväkseen, tehokkuusetu ei siirry kuluttajien hyvinvoinniksi vaan kasvattaa yrityksen voittomarginaalia (ks. Marshall 1890, Sraffa 1926). Chamberlin (1933) ja Robinson (1933) kehittivät edellisiä teorioita epätäydellisen kilpailun teorialla. Monopolistisen kilpailun teoria pohjautuu oletukseen suuresta määrästä yrityksiä, jotka kilpailevat hinnan lisäksi myös muilla tekijöillä. Tällaisilla markkinoilla yritykset saavuttavat monopolivoimaa tuotteen erilaistavilla tekijöillä, sillä kuluttajan näkökulmasta tuotteelle ei ole täydellistä substituuttia. Monopolistisen kilpailun eräs muoto on spatiaalinen kilpailu, jossa tuotteen erilaistava tekijä on sen yksilöllinen sijainti (Salop 1979). Oligopolistisessa kilpailussa puolestaan yrityksiä on markkinoilla vähän, ja yritykset tunnistavat keskinäisen riippuvuutensa. Kilpailu muistuttaa tällöin peliä, ja se voi ilmetä esimerkiksi tappiollisena polkuhinnoitteluna, yhdenmukaisina toimintamalleina eli kolluusiona tai strategisina yritys-kauppoina.

Yllä kuvatuissa staattisissa kilpailun teorioissa fokus on pitkän aikavälin tasapainotilan ratkaisemisessa, ja kaikki muutos yritysten tai kuluttajien toiminnassa on seurausta ulkoisten tekijöiden muutoksesta. Dynaamisen kilpailun teorioiden lähtökohtana puolestaan ovat alati muuttuvat markkinat, joilla ylisuuret tuotot nähdään merkittävänä markkinoiden kehittymisen ajureina. Ylisuuret tuotot eivät näiden teorioiden mukaan olekaan merkki epätoivottavasta markkinavoiman hyväksikäytöstä kuluttajien kustannuksella, vaan ne motivoivat yrityksiä ottamaan markkinoiden kehittymisen kannalta tärkeitä riskejä, jotka parantavat niukkojen resursien allokaatiota pitkällä aikavälillä. Dynaamisen kilpailun teorian huomioivat myös tiedon epätäydellisyyden. Schumpeterin (1928, 1942) teorian mukaan kilpailussa keskeistä ovat innovaatiot, jotka antavat yrityksille tilapäisen monopoliaseman ennen jäljittelijöiden markkinoille tuloa. Vastaavasti itävaltalaisen koulukunnan mukaan monopolivoimaa saavutetaan väliaikaisesti yrittäjän omaperäisyydellä tai ennakointikyvyllä. Schumpeteriläinen aktiivinen innovointi tai itävaltalaisen koulukunnan passiivisempi uuden tiedon hyödyntäminen synnyttävät uusia vaih-

dannan mahdollisuuksia ja uusia yrittäjiä, jotka toiminnallaan muokkaavat markkinoita kohti resurssien uutta allokaatiota (Young ym. 1996, Roberts & Eisenhardt 2003).

Toimialan taloustiede on edellisiä kilpailun teorioita yhdistelevä empiirinen taloustieteen ala, joka yrityksiä ja toimialoja analysoiden pyrkii selittämään ja teoretoimaan niiden käyttäytymistä ja menestymistä. Koska terveystaloustieteen eroavat tavallisista hyödykemarkkinoista monin tavoin ja toimialaan kohdistuu poikkeuksellisen laajaa kiinnostusta, terveystaloustieteen kirjallisuuden alle on muodostunut kattava toimialan taloustieteen tutkimushaara, joka erikoistuu terveystaloustieteen empiiriseen tutkimukseen (*IO of health care*). Sen perimmäinen tutkimuksellinen haaste on se, että markkinaehtoinen kilpailu on toimialalla monin tavoin ongelmallista, mutta koska terveystaloustieteen kytkeytyvät kansallisiin hyvinvointitavoitteisiin ja niitä pidetään usein kansalaisten perusoikeuksina, markkinoiden epävarmuutta saati epäonnistumista ei voida hyväksyä. Tästä syystä terveystaloustieteen on usein julkisesti ohjattu ja rahoitettu tai kokonaan julkisesti järjestetty. Tehtävän tueksi tarvitaan tutkimustietoa markkinoiden toiminnasta ja tutkimuksen tarve on edelleen korostunut viime vuosikymmeninä alan globaalien kasvutrendien ja tehostamispaineiden siivittämänä. (Handel & Ho, 2021.)

Varhaisempi toimialan taloustieteen tutkimus perustuu SCP-paradigmaan (*structure-conduct-performance -paradigm*, Mason 1939, 1949, Bain 1951, 1956, 1959), jossa markkinarakenteen nähdään vaikuttavan yritysten kilpailulliseen käyttäytymiseen, joka edelleen vaikuttaa niiden suorituskykyyn²³. SCP-mallissa toimialan ominaisuudet sanelevat yritysten käyttäytymisen vaihtoehdot sekä pitkän aikavälin suorituskyvyn. Vähäisen kilpailun toimialalla yritykset voivat hyödyntää tarjolla olevia vaihtoehtoja kilpailuedun saavuttamiseksi ja voittojen kerryttämiseksi. Kilpailuedun pysyvyys riippuu kuitenkin markkinoille tulon esteistä. Mikäli alalle tulo on helppoa, markkinoilla jo olevien yritysten voitot houkuttelevat markkinoille uusia tulokkaita, mikä lisää kilpailua ja laskee hintoja. Toimialalle tulon helppoudella ja potentiaalisen kilpailun uhalla on tärkeä vaikutus yritysten käyttäytymiseen ja suorituskykyyn silloinkin, kun yrityksillä on runsaasti markkinavoimaa lyhyellä aikavälillä (Barney & Clark, 2007). Lisäksi valtiolta vaikuttaa usein SCP-mallin kaikkiin osiin²⁴.

²³ Markkinoiden rakennetta voidaan mitata useilla tekijöillä, kuten kilpailijoiden määrällä, tuotteen heterogeenisuudella sekä markkinoille tulon ja poistumisen kustannuksilla. Käyttäytyminen viittaa mm. yrityksen hinnoitteluun, tuotteiden erilaistamiseen, hiljaiseen kolluusioon ja markkinavoiman hyödyntämiseen. Yrityksen suorituskykyä voidaan mitata esimerkiksi tuotannollisella tai alokatiivisella tehokkuudella ja kannattavuudella.

²⁴ Esimerkiksi kilpailulainsäädäntö ja kilpailuviranomaistoiminta sekä alokatiiviseen tehokkuuteen tai kasvupotentiaaliin vaikuttavat valtion päätökset.

SCP-lähestymistapaa noudattavissa terveystalouden tutkimuksissa hyödynnetään tyypillisesti regressioanalyysiä, jossa selitettävänä muuttujana on voittomarginaali tai hinta ja keskeisenä selittävänä muuttujana markkinarakenne, tyypillisesti markkinoiden keskittymistä kuvaava Herfindahl-Hirschman -indeksi (HHI, Lipczynski ym. 2009), joka lasketaan summaamalla kilpailijoiden markkinaosuuksien neliöt. Tarkoituksena on selittää markkinarakenteen ja suorituskyvyn välistä yhteyttä olettaen, että yritysten käyttäytyminen on yhteyden välittävä havaitsematon tekijä. (Handel & Ho 2021.) Markkinoiden tutkimuksessa keskeistä on myös relevanttien alue- ja tuotemarkkinoiden määrittely. Relevantteihin markkinoihin tulisi lukeutua kaikki toisilleen vaihtoehtoiset eli substituutit hyödykkeet siltä alueelta, jonka sisällä hinnanmuutoksella on vaikutusta kysyntään (Gaynor ym. 2013).

SCP-paradigma on suosittu sen yksinkertaisuuden ja laajan sovellettavuuden vuoksi, mutta sitä on myös kritisoitu runsaasti. Yleisin kritiikki niin terveysalalla, kuin sen ulkopuolella liittyy markkinarakennemuuttujien endogeenisuuteen. Terveysalalla SCP-tutkimus on kohdannut edellisen lisäksi myös mittaamisen haasteita mm. relevanttien markkinoiden määrittelyssä, voittomarginaalien mittaamisessa sekä voittojen sijaan usein käytettyjen hintojen korjaamisessa potilaan hoitoisuudella. Kolmas kritiikki liittyy yleiseen kausaalipäättelyn vaikeuteen kyseistä lähestymistapaa hyödyntäen. (Handel & Ho 2021, Gaynor ym. 2015.) Kritiikkiin on vastattu mm. kehittämällä markkinoiden määrittämisen menetelmiä sekä eksogeenisiä markkinarakennemittareita, mutta etenkin kolmas kritiikki on suunnannut toimialan taloustiedettä kohti NEIO-suuntausta (*new empirical industrial organization*), jossa yritysten strategiat ja käyttäytyminen nähdään vähintään yhtä tärkeinä suorituskyvyn selittäjinä kuin toimialan rakenne. NEIO tutkii peliteorian päätöksentekomalleja soveltaen yritysten toimintaa keskinäisten riippuvuuksien ja epävarmuuden vallitessa. NEIO ratkaisee SCP:n kohtaamia kausaalipäättelyn ongelmia, mutta myös sitä on kritisoitu kykenemättömäksi tarjoamaan luotettavia ja yksiselitteisiä ennusteita (Schmalensee, 1990). Lähestymistavasta riippumatta toimialatutemuksen merkitys on kilpailututkimuksessa keskeinen johtopäätösten tekemisessä.

Väitöskirjani teoreettinen tausta nojaa terveystalouden toimialan taloustieteen (*IO of health care*), sen pohjalla oleviin kilpailuteorioihin sekä laajaan empiiriseen soveltavaan kirjallisuuteen. Väitöskirjan osajulkaisut I ja II edustavat toimialan laadullista sekä määrällistä kuvailua, ja ovat lähestymistavaltaan eksploratiivisia. Ensimmäisessä osajulkaisussa, jossa tutkimme shv-korvausten kilpailullisia vaikutuksia, aineiston jäsentelyssä on hyödynnetty toimialan kilpailuympäristöä kuvaavaa Porterin timanttimalia (1990), mutta tutkimuksen teoreettinen tausta perustuu terveystaloustieteen kirjallisuuteen vakuutuksen vaikutuksesta terveystalouden toimintaan: alan kysyntään, tuotantopäätöksiin sekä markkinoiden dynamiikkaan. Osajulkaisussa II kuvailemme terveystalouden markkinoiden alueellista levinneisyyttä ja muutosta yleisimmillä tuotemarkkinoilla. Keskeinen teoria siinä koskee

markkinoiden määrittelyn, etenkin alueellisen rajanvedon haasteellisuutta, ja tukeudumme mm. terveystalouden kysynnän ja vakuuttamisen teorioihin tuotemarkkinoiden erojen analyysissä.

Kolmannessa osajulkaisussa hyödynnämme haastatteluissa kartutettua toimialatuntemusta sekä markkinoiden määrittelyssä tehtyä työtä ja tutkimme markkinarakenteen ja hinnan välistä yhteyttä. Tässä keskeinen teoria on SCP-paradigma, sekä sen viimeaikaiset suuntaukset, jotka pyrkivät lieventämään markkinarakennemittausten endogeenisuusongelmaa suorituskyvyn mallintamisessa. Osajulkaisussa IV selvitämme eksogeenisen hintajulkaisun vaikutusta hintoihin epätäydellisen kilpailun vallitessa ja keskeinen teoria käsittelee päätöksentekoa ja kilpailua epätäydellisen informaation vallitessa. Koska taloudellisen mallin muodostaminen on tarkastelluilla markkinoilla hyvin haastavaa, III ja IV osajulkaisussa yhteyksiä ja vaikutuksia analysoidaan redusoidun muodon malleilla ja tuloksia peilataan useisiin vaihtoehtoihin teorioihin (Einav & Finkelstein 2018).

Seuraavissa kahdessa alaluvussa tiivistän väitöskirjani kannalta keskeisen tieteellisen kirjallisuuden ja alaluvussa 2.2.4 esittelen väitöskirjani hintakilpailututkimuksen kannalta keskeisimpiä empiirisiä tutkimuksia.

2.3.2 Terveystalouden kysynnän erityispiirteet

Teoreettisessa ideaalimaailmassa täydellinen kilpailu johtaisi taloudelliseen tehokkuuteen ja yhteiskunnan hyvinvoinnin maksimoitumiseen. Täydellisen kilpailun edellytykset eivät kuitenkaan täyty käytännössä milloinkaan, ja terveystaloudella varsinkin täyttää ne poikkeuksellisen huonosti (Arrow 1963, Hurley 2000). Terveystaloudessa merkittävin poikkeama täydellisen kilpailun edellytyksistä on informaation epäsymmetria ja siitä seuraava päämies-agentti -ongelma (Arrow 1963, Hurley 2000). Vaikka potilaalla (päämies) olisi runsaastikin tietoa palveluntuottajan ominaisuuksista, erityisesti hoidon vaikuttavuuden arviointi ennen hoitoa on potilaalle hyvin haastavaa. Potilaan tarvitsema terveystaloudellisuus lisäksi usein selviää vasta vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa, kun palvelua jo kulutetaan, joten potilas ei edes tiedä, mitä palveluja hänen tulisi vertailla. Toisaalta saadun hoidon arviointi on vaikeaa vielä jälkikäteenkin, sillä se edellyttäisi potilaalta poikkeuksellista perehtyneisyyttä lääketieteeseen. Epäsymmetrisen informaation haitallisuus kilpailun toimivuudelle korostuu markkinoilla, joilla potilas valitsee ja kilpailuttaa palveluntuottajia (*patient-driven competition*, Dranove & Satterthwaite 2000), sillä potilaalla ei ole ammattimaisen keskitetyn kilpailuttajan, kuten vakuutusyhtiön tai julkisen instituution, hankintaosaamista eli informaatiota.

Päätöksentekoon liittyvä epävarmuus ja tiedon riittämättömyys tekevät terveystalouden hintavertailusta potilaille hankalaa ja kallista. Satterthwaite esitti jo vuonna 1979 ja myöhemmin osoitti kumppaneineen empiirisesti (Pauly ym. 1981),

että potilaan informaatio on kriittinen palvelukysynnän hintajouaston määrittävä tekijä. Mikäli potilailla ei ole palveluntuottajien hintavertailuun tarvittavia tietoja, potilaiden valinnat eivät lähtökohtaisesti voi jalostaa markkinoita kohti kustannustehokkuutta. Kysynnän hintajousto onkin todettu terveystaloudessa yleisesti matalaksi (Ringel & al. 2002). Potilaiden informaatio kuitenkin lisääntyy käyttökokeuksen myötä, joten toistuvasti kulutettavissa esimerkiksi perustason lääkäripalveluissa potilaan hintakilpailutus voi toimia verrattain paremmin (Dranove & Satterthwaite 2000). Informaation näkökulmasta myös standardoidut palvelut kuten kuvantamistutkimukset ovat potilaille helpommin keskenään vertailtavissa kuin esimerkiksi lääkäripalvelut, jotka eroavat aina jossain määrin keskenään lääkäreiden yksilöllisten piirteiden vuoksi (Chernew ym. 2018).

Koska epätäydellisen informaation valossa potilaat eivät usein tiedä, mitä palveluja he tarvitsevat, he luottavat lääkäreiden (agentti) suosituksiin (Dranove & Satterthwaite 2000). Potilaan ja lääkärin erityisen luottamussuhteen vuoksi lääkäreiltä edellytetään korkeaa ammattietiikkaa, mihin vedoten lääkäreiden usein odotetaan toimivan altruistisesti potilaan edun mukaisesti. Lääkäreiden taloudelliset kannustimet voivat kuitenkin poiketa potilaiden kannustimista. Mikäli lääkäri ei toimikaan altruistisesti, vaan taloudellisten kannustimien ajamana, hän saattaa suositella potilaalle enemmän tai vähemmän terveystaloudellisia palveluja kuin olisi optimaalista (Sintonen & Pekurinen 2006). Budjettirajoitteisiin sidottu lääkäri saattaa esimerkiksi välttää jatkotutkimusten määräämistä. Tarpeettomien tutkimusten määrääminen (*supplier-induced demand*, Evans 1974) taas on suoriteperusteista korvausta saavalle lääkärille houkuttelevaa, etenkin jos potilaan on vaikea havaita hoidon tarpeettomuutta jälkikäteenkään (Rice & Unruh 2009, McGuire 2000).

Epäsymmetrisen informaation lisäksi terveystaloudellisten erityispiirteidenä on se, että terveystaloudellisten kysynnän taustalla on terveyden kysyntä. Grossmanin mukaan (1972) terveystaloudellinen palvelu onkin vain yksi vaihtoehto terveyden edistämiseksi, ja terveystaloudelliset palvelut voidaan nähdä terveystaloudellista kerryttävänä investointina. Tällöin terveystaloudellisten kysyntäjousto vaihtelee taustalla vaikuttavasta terveystaloudellisesta riippuen. (Grossman 1972.) Hinnalla on hyvin vähän merkitystä esimerkiksi akuuteissa sairauksissa hoidon välttämättömyyden vuoksi, kun taas kiireettömässä tai ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa potilaalla on aikaa hintavertailuun, ja hintajousto on siten korkeampi (Ringel ym. 2002). Lisäksi transaktiokustannuksilla, kuten aika- ja matkakustannuksilla, on merkittävä vaikutus kysyntään, ja merkitys voi olla jopa hintaa suurempi, mikäli potilaan vakuutus korvaa hinnan merkittävältä osin (Sintonen & Pekurinen 2006, Ringel ym. 2002).

Terveystaloudelliset palvelut rahoitetaan usein pakollisin tai vapaaehtoisin vakuutusmaksuina. Vakuutus on potilaalle optimaalinen tapa tasata kulutusta terveyden ja sairauskausien välillä ja suojautua siten terveystaloudellisilta (Arrow 1963, Manning ym. 1987, Hurley 2000). Samalla vakuuttaminen saattaa kuitenkin heikentää kilpailua,

sillä se vähentää potilaiden kannustimia hintavertailuun ja alentaa siten kysynnän hintajoustoa entisestään. Kattavasti vakuutetut potilaat saattavat jopa suosia kalliimpia terveystalouksia, sillä hinta voidaan tulkita signaaliksi korkeasta laadusta (Wolinsky 1983). Vakuutus voi myös vähentää yksilöiden kiinnostusta sairauksien ennaltaehkäisyyn ja siirtää kysyntää terveystalouksiin. Potilaan alentunutta kiinnostusta terveystalouden toteutumisen välttämiseksi (*ex ante*) tai sen kustannusten minimoimiseksi (*ex post*) kutsutaan potilaan moraalikadoksi (*moral hazard*) (Zweifel & Manning 2000). Terveystalouden kulutuksen tasaamisesta koituvan hyödyn ja moraalikadosta koituvien haittojen välinen trade-off on perinteinen ja laajasti tutkittu alue terveystalouden kirjallisuudessa (ks. mm. Pauly 1968, Feldstein 1973, Manning & Marquis, 1996, Newhouse 1993, Einav ym. 2013).

Ex ante -moraalikatoa ei pidetä terveystalouksissa kovin merkittävänä ongelmana, sillä terveyden menettämisestä koituu yksilölle myös muuta kuin taloudellista haittaa, mikä säilyttää yksilön kannustimet terveyden omaehtoiseen ylläpitämiseen. *Ex post* -moraalikato sen sijaan on merkittävä ja paljon tutkittu haaste terveystalouksittamisessa (Einav & Finkelstein 2018). Mikäli terveystalouksittaminen tasaisi kulutuksen terveys- ja sairauskausien välillä täysimääräisenä, moraalikato johtaisi ajan saatossa vakuutusten hintojen nousuun, ja valikoitumisen kautta lopulta vakuutusmarkkinoiden epäonnistumiseen. Holmström (1979) osoitti, että moraalikadon takia optimaalinen terveystalouksittaminen ei tasaakaan kulutusta täysin, vaan riskiltä suojautumisen ja taloudellisten kannustimien säilyttämisen välillä tulee löytää tasapaino. Käytännössä kannustimia säilytetään jakamalla terveydenhuollon kustannuksia potilaan kanssa (*consumer cost-sharing*) eli asettamalla vakuutus sopimuksella potilaalle määrällisiä tai prosentuaalisia omavastuuosuuksia²⁵. (Manning 1987, Ringel ym. 2002, Einav & Finkelstein 2018). Vakuutuksen ja omavastuuosuuden määrän vaikutuksia on tutkittu myös useissa empiirisissä tutkimuksissa (mm. Shigeoka 2014, Finkelstein 2007, Chandra ym. 2010).

Vaikka moraalikato terminä viittaa moraalittomaan vakuutusurvan hyväksikäyttöön, juuri terveystalouksien käytön lisääminen on julkisen terveystalouksittamisen keskeisin tavoite. Terveystalouksittamisen teorioissa vakuutuksen kulutusta tasaavan vaikutuksen lisäksi on erotettu vakuutuksen likviditeettirajoitteita poistava vaikutus ja siitä johtuva parempi kalliiden hoitojen saavutettavuus. Esimerkiksi Yhdysvalloissa toteutetun Affordable Care Act (ACA) –terveystalouksittamistalouksittamisen keskeinen tarkoitus oli saattaa kansalaiset sellaisten tarpeellisten terveystalouksien piiriin, joihin

²⁵ Yhdysvalloissa tyypillisessä terveystalouksittamisessa potilas maksaa tiettyyn rajaan, esim. 500\$, asti terveystalouksittamisen täysin itse. Tämän rajan ylittyessä omavastuu putoaa 10 prosenttiin, ja kolmannen ”katastrofaalisten” menojen rajan ylittyessä vakuutus korvaa menot täysin. (ks. Einav ym. 2018)

heillä ilman vakuutusta ei olisi varaa. (Besanko ym. 2020). Lisäksi terveystakuuttamiseen liittyy vaara terveystarpeen valikoitumisesta (*risk selection*), joka johtuu vakuuttajan ja vakuutuksen ottajan välisestä informaation epäsymmetriasta koskien vakuutuksen ottajan riskiä (Akerlof 1970). Valikoituminen johtaa vakavimmillaan vakuutusmarkkinoiden epäonnistumiseen, ja se on yleisimpiä perusteluja terveydenhuollon julkiselle rahoitukselle: Koko populaation kattavan pakollisen terveystakuutuksen tapauksessa valikoitumista ei pääse tapahtumaan, ja terveystarve hajautuu optimaalisella tavalla. (Arrow 1963, Dranove & Satterthwaite 2000.)

2.3.3 Hintakilpailu terveystalvueluissa

Terveystalvuelualan kilpailun teoreettisena lähtökohtana pidetään tavallisesti oligopolistista tai monopolistista kilpailua (McGuire 2000, Dranove & Satterthwaite 2000). Oligopolissa markkinoilla on rajallinen määrä kilpailijoita, ja neuvotteluvoima kumpuaa kilpailijoiden vähäisestä lukumäärästä ja markkinoiden manipuloinnin mahdollisuudesta. Monopolistisessa kilpailussa yritykset lisäksi differoivat tuotteitaan saavuttaen siten neuvotteluvoimaa kilpailijoihinsa nähden. Molempien teorioiden mukaan yritysten voittomarginaalit ja hinnat ovat sitä korkeammat, mitä keskittyneempi markkinarakenne on. Keskittyneisyydellä tarkoitetaan kilpailijoiden vähäisyyttä tai markkinavoiman epätasaista jakautumista, joka mahdollistaa markkinavoiman hyväksikäytön ja nostaa kolluusion todennäköisyyttä. (Dranove & Satterthwaite 2000, Lipczynski ym. 2009, Gaynor ym.2015).

Yritykset kilpailevat yleensä sellaisilla tuoteominaisuuksilla, jotka vaikuttavat kuluttajien valintoihin, eli joiden suhteen kysyntä on joustavaa. Kuten edellä esitettiin, terveystalvueluissa kysynnän hintajousto on matala esimerkiksi päätöksentekoon liittyvän epävarmuuden ja epäsymmetrisen informaation, palvelun välttämättömyyden tai kiireellisyyden sekä mahdollisen vakuutuksen aiheuttaman moraalikadon vuoksi. Terveystalvueluyritysten välisen hintakilpailun oletetaan yleisesti olevan muita toimialoja heikompa, minkä lisäksi oletukset vaihtelevat terveystalvuelujen välillä esimerkiksi palvelun luonteen tai vakuutuksen kattavuuden mukaan. Mitä matalampi kysynnän hintajousto on, sitä epätodennäköisempää on, että yritykset kilpailisivat hinnoilla. (Gaynor ym. 2012a & 2012b, Dranove & Satterthwaite 2000.) Esimerkiksi standardoiduissa terveystalvueluissa, kuten kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksissa, hintakilpailu toimii oletetusti lääkäripalveluja paremmin, sillä palvelut ovat helpommin asiakkaan vertailtavissa. Kokemusargumentin mukaisesti hintakilpailu saattaa myös toimia perustason lääkäripalveluissa erikoislääkäripalveluja paremmin, mikäli potilaalla on perustason palveluista enemmän käyttökokemusta eli informaatiota (Dranove ym. 2000).

Lisäksi terveystakuutus vaikuttaa myös palveluntuottajiin. Kun vakuutusturvaa on laajennettu, sekä voittoa tavoittelevien että voittoa tavoittelemattomien palveluntuottajien on havaittu nostaneen hintojaan ja laajentaneen palveluvalikoimaansa (Feldstein 1970 ja 1971). Feldstein (1973) kuvaa tämän hintojen kohoamisen ja palveluvalikoiman erikoistuneisuuden lisäävän edelleen vakuutuksen kysyntää, aiheuttaen kehämäisen tapahtumaketjun, jossa terveystalvelujen kysyntä kasvaa vakuutuksen seurauksena ja kuluttajat ostavat lisää vakuutuksia kohonneiden hintojen vuoksi. Besanko ym. (2020) osoittavat, että sairausvakuutuksen likviditeettirajoitteiden purkamisesta johtuva tarpeellisten palvelujen saatavuuden paraneminenkaan ei välttämättä lisää kuluttajien ylijäämää vaan voi jopa vähentää sitä, mikäli palveluntuottajat hyödyntävät markkinavoimaa hintojen määrittämisessä ja korottavat hintoja vakuutuskorvauksen noustessa. Lisäksi terveystalveluista merkittävin osa johtuu tyyppillisesti pienestä määrästä paljon hoitoa vaativia potilaita²⁶, joilla omavastuuosasto on jo täynnä. Einav & Finkelstein (2018) korostavatkin, että terveystalvelujen hillitsemisen kannalta keskeistä olisi rakentaa kannustimia erityisesti palveluntuottajille liiallisten kustannusten välttämiseksi.

Koska informaation epätaydellisyys on keskeinen tekijä kilpailun toimivuuden oletusten takana, kilpailua voidaan myös edistää lisäämällä saatavilla olevaa informaatiota. Vaikutus voi olla seurausta joko kysynnän tai tarjonnan muutoksista: Potilaat voivat uuden informaation valossa vertailla hintoja ja vaihtaa halvemmalle palveluntuottajalle, tai muuttaa kulutuksen määrää sen perusteella. Palveluntuottajat puolestaan saattavat laskea hintojaan vastatakseen asiakkaiden lisääntyneeseen neuvotteluvoimaan. Tavallisesti hintainformaation lisäyksen oletetaan nostavan kysynnän hintajoustoa ja lisäävän yritysten hintakilpailua. Teoreettisesti on kuitenkin osoitettu, että epätaydellisen kilpailun markkinoilla hintojen julkaisu saattaa myös lisätä yritysten neuvotteluvoimaa ja yhdenmukaisen hinnoittelun todennäköisyyttä etenkin markkinoilla, joilla on vähän yrityksiä ja matala hintajousto (Stigler 1964, Asker & Nocke 2021). Schultz (2009) ja Montag & Winter (2020) osoittavat, että hintainformaation lisäyksen vaikutukset kilpailuun voivat olla joko kilpailua edistäviä tai heikentäviä, ja vaikutus riippuu etenkin hintajoudesta ja tuotteiden differoitusuudesta, jotka vaihtelevat terveydenhuoltomarkkinoiden eri osissa merkittävästi (Whaley 2019). Erityisesti vakuutuksen kattavuus on keskeinen vaikutusta välittävä tekijä, sillä informaation lisäyksellä ei ole vaikutusta, mikäli potilaat eivät ole sensitiivisiä hinnoille esimerkiksi täyden vakuutusturvan vuoksi. (Dranove & Satterthwaite 2000.)

²⁶ Tämä on tilanne niin kansainvälisesti kuin Suomessa (ks. Kapiainen ym. 2010).

Vaikka tässä tutkimuksessa yritysten hintakilpailu on tarkastelun keskiössä, myös laatukilpailu liittyy yritysten hintatasoon. Monopolistisen kilpailuteorian mukaan laatu lisää yrityksen tuotantokustannuksia, mutta myös neuvotteluvoimaa, jonka turvin hintaa voidaan nostaa. Esimerkiksi alueellisen kilpailun teorian mukaan tuotteen keskeisin differoiva tekijä on sen sijainti, jolloin yrityksen sijainti on asiakkaalle tärkeä valintakriteeri, ja siten yksi keskeisimpiä yrityksen neuvotteluvoiman lähteitä ja strategisia valintoja (Salop 1979, Lipczynski 2009). Hintakilpailua voidaan myös käydä laadun kustannuksella, jolloin muutosten hyvinvointivaikutusten arvioiminen edellyttäisi molempien vaikutusten seuraamista. Lisäksi lääkäripalveluyritysten on kilpailtava myös lääkäreistä saadakseen asiakkaita (medical arms race, MAR). Tätä kilpailua käydään hinta- ja laatu-tekijöillä ja se saattaa ilmetä mm. lääkäreiltä perittävissä vastaanottotilojen vuokrissa tai lääkärin työtä sujuvoittavien palvelujen tarjoamisena (Devers ym. 2003). Lääkäreistä kilpailun näkökulmasta lääkärikoulutuspaikkojen sääntely on keskeinen lääkäreistä kilpailua rajoittava tekijä, sillä se estää alalle tuloa ja lisää siten markkinoilla toimivien lääkäreiden neuvotteluvoimaa (Arrow 1963, Okko ym. 2007).

2.3.4 Keskeinen empiirinen tutkimus terveysalan hintakilpailusta

Empiiriset havainnot hintakilpailun toimivuudesta terveyspalveluissa ovat pääasiassa teorian suuntaisia: Erityisesti sairaalamarkkinoilta näyttöä on runsaasti, mutta myös lääkäripalveluissa intensiivisemmän kilpailun on usein havaittu johtavan alhaisempiin hintoihin. (Gaynor & Town 2012a ja 2012b, Dunn & Shapiro 2014, Kessler & McClellan 2000, Dranove & Satterthwaite 2000). Lääkäripalvelut ovat jääneet vähemmälle huomiolle, sillä aineistot ovat perinteisesti olleet sairaalamarkkinoita heikommin saatavilla (Kleiner 2015) Lisäksi terveyspalvelumarkkinoiden kilpailun tutkimuksesta suuri enemmistö on Yhdysvalloista, missä siirryttiin 1980-luvulla potilaan kilpailuttamista markkinoista vakuutusyhtiöiden keskitettyyn hintaneuvotteluun (Dranove ym. 1993). Vakuutusyhtiön kilpailuttamilta markkinoilta tutkimusta kilpailun toimivuudesta onkin runsaasti (ks. esim. Handel & Ho 2021), kun taas potilaan kilpailuttamilta terveyspalvelumarkkinoilta sitä on verrattain rajallisesti.

Aikaisimmassa potilaan kilpailuttaman terveydenhuollon kirjallisuudessa Evans (1974) ja Fuchs (1978) havaitsivat, että lääkärin hintataso oli korkeampi alueilla, joissa lääkäreitä oli enemmän suhteessa väestöön. Tätä korrelaatiota selitetään lääkäreiden aiheuttamalla ylikysynnällä (*SID*, Fuchs 1978) tai lääkäreiden tavoitetulotason mukaisella hinnoittelulla (*target income hypothesis*, Evans 1974). Näiden näkemysten mukaan hinta määräytyy lääkäreiden tarjonnan mukaisesti. Tavoitetulotahypoteesi on myöhemmissä tutkimuksissa kumottu, mutta empiirisissä tutkimuksissa on löydetty näyttöä voittoa tavoittelemattomasta lääkäriyrittäjyydestä

(McGuire 2000). Satterthwaiten (1985) mukaan kausaalisuhde oli kuitenkin toisin päin: alueelliset tekijät voivat johtaa erilaiseen kysynnän hintajoukseen ja tuotto-odotuksiin eri markkinoilla, ja pitkällä aikavälillä voittoa tavoittelevat lääkärit valitsevat markkinat, joilla ansaintamahdollisuudet ovat paremmat alhaisemman hintajoukon vuoksi. Hintajoukon vaihtelun havaittiin edelleen liittyvän potilaiden saatavilla olevan informaation määrään (Satterthwaite 1979). Pauly ym. (1981) havaitsivat lääkäripalkkioiden olevan korkeammat, kun potilaan valinnan kannalta oleellinen informaatio oli heikosti saatavilla (Dranove & Satterthwaite 2000).

Sittemmin empiiriset tutkimukset vakuuttajan kilpailuttamilta lääkäripalvelumarkkinoilta ovat pääsääntöisesti osoittaneet, että hinnat ovat korkeammat keskittyneemmällä lääkäripalvelumarkkinoilla. Schneider ym. (2008) ja Austin (2015) tutkivat alueellisen markkinaranteen keskittyneisyyden ja keskimääräisen hinnan välistä yhteyttä poikkileikkausaineistosta regressioanalyysillä. Schneider ym. (2008) havaitsivat, että 10 %:n nousu lääkäripalvelumarkkinoiden keskittyneisyydessä oli yhteydessä 1–4 %:n nousuun lääkäripalkkioissa. Austin ym. (2015) havaitsivat keskittymisen olevan tilastollisesti merkittävästi yhteydessä hintaan kahdessaatoista viidestätoista tutkitusta toimenpiteestä. Hinta oli toimenpiteestä riippuen 8–26 % korkeampi keskittyneimmällä markkina-alueella hajautuneimpaan verrattuna. Kleinerin ym. (2015) poikkileikkaustutkimuksessa hyödynnettiin edellisten tutkimusten tavoin alueellisen keskittyneisyyden ja hinnan vaihtelua markkina-alueiden välillä, mutta tarkastelu tehtiin myös markkina-alueen sisällä. Myös he löysivät viitteitä markkinavoiman hyväksikäytöstä lääkäreiden hinnoittelussa.

Mm. Baker ym. (2014) Dunn ym. (2014) ovat poikkileikkaustarkastelun ohella hyödyntäneet keskittyneisyyden ja hinnan ajallista variaatiota kilpailun tutkimisessa. Baker ym. (2014) havaitsivat lääkärin vastaanottopalvelujen keskittyneisyyden ja hinnan välillä markkinavoiman hyödyntämiseen viittaavan yhteyden, sillä korkeimman keskittyneisyysdesillin markkinoilla hinnat olivat 8–16 % korkeammat alimman keskittyneisyysdesillin markkinoihin verrattuna. Dunnin ym. (2014) mukaan 10 %:n lisäys keskittyneisyydessä oli poikittaistarkastelussa yhteydessä 0,5–1 %:n hinnan nousuun, ja pitkittäistarkastelussa vaikutus oli kaksinkertainen. Lisäksi he totesivat keskittyneisyyden kasvun nostaneen hintoja enemmän, kun markkinat olivat jo entuudestaan keskittyneet (Dunn ym. 2014). Kaikissa aiemmissä tutkimuksissa markkinarakenteen keskittyneisyyttä on tarkasteltu lääkäriorganisaatiotasolla, olettaen siten, etteivät yksittäiset lääkärit kilpaile keskenään lääkäriorganisaatioiden sisällä. Hausman & Lavetti (2021) puolestaan hyödynsivät ensimmäistä kertaa eksogeenisen politiikkamuutoksen aiheuttamaa vaihtelua lääkärimarkkinoiden keskittyneisyyden ja hintojen välisen vaikutuksen estimointiin. Tutkimuksen mukaan keskittyneisyys vaikuttaa hintoihin kahden mekanismin kautta: lääkäripalveluja tuottavien toimipisteiden kasvu laskee hintoja saavutettujen mittakaavaetujen takia, mutta lääkäripalveluyritysten kasvu nostaa hintoja markkinavoiman hyväksikäytön vuoksi.

Jälkimmäinen vaikutus on määrältään suurempi, joten keskittymisen nettovaikutus on aiempien tutkimusten mukaisesti hintoja nostava.

Suomessa hintakilpailun toimivuutta yksityisissä terveystalveissa on tutkittu viime vuosina erityisesti yrityskauppojen vaikutusten osalta. Nurminen selvitti väitöskirjassaan (2021a) Kelan shv-rekisteriä hyödyntäen toimialan yrityskauppojen vaikutusta hintoihin. Hän havaitsi yrityskaupan nostaneen lääkäripalkkioita 5 %:lla naistentautien ja synnytysten erikoisalalla ja hieman myös yleislääkäreillä. Ortopedian ja korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla vastaavaa muutosta ei havaittu. Yrityskaupat eivät vaikuttaneet kysynnän määrään tai markkinaosuuksiin. Naistentautien ja synnytysten erikoisalalla lääkäreiden havaittiin vaihtaneen työpaikkaa pois yrityskaupan kohdeyrityksestä. Tämän seurauksena yksikön sisäinen keskittyneisyys nousi, minkä arveltiin selittäneen hintojen nousua. Diagnostisten palvelujen osalta yrityskaupat nostivat laboratorionäytteiden hintoja 6–9 % ostetuissa yksiköissä. Ostaneen yrityksen hinnat nousivat samassa määrin myös sen samoilla markkinoilla toimivissa muissa yksiköissä, mutta ei kilpailijoiden yksiköissä. Röntgen- ja magneettikuvausten markkinoilla ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa hinnoissa. Syyksi epäiltiin sitä, että kyseiset tuotemarkkinat olivat jo entuudestaan keskittyneemmät verikokeisiin verrattuna, jolloin yrityksillä on vähemmän mahdollisuuksia enää korottaa voittomarginaaleja. Nurminen myös havaitsi, että potilaiden hintajousto oli verikokeissa hyvin alhainen palveluntuottajan valinnassa. Lisäksi lääkärillä oli huomattava vaikutus kysyntävalintoihin läheteiden määrääjänä ja potilaat olivat taipuvaisia valitsemaan verikokeilleen saman yrityksen, kuin jossa ne määrännyt lääkäri työskenteli. Matala hintajousto lisää yritysten mahdollisuuksia laboratoriotestien hintojen korotukseen. (Nurminen 2021a.)

Burin tutkimuksessa hintojen havaittiin puolestaan kohoavan lääkärin vastaanottopalveluissa 10 % ja diagnostisissa palveluissa 20 % yrityskaupan seurauksena. Hänen mukaansa markkinarakenteen keskittymisen lisäksi myös ostajayritysten toimintamallin leviäminen nostaa ostetun yksikön hintoja yrityskaupan jälkeen. Lisäksi kilpailua on tutkittu työterveyden (Kankaanpää 2012) ja yksityisen hammashuollon palveluissa (Mikkola ym. 2007, Maljanen ym. 2011 ja Widström ym. 2011, Widström & Mikkola 2012). Kilpailun havaittiin alentavan hintoja ja tuloja teorian mukaisesti voittoa tavoittelevissa työterveyspalveluyrityksissä. Vaikutus oli kuitenkin vähäinen, ja palveluntuottajan omistustyyppin vaikutus oli huomattavasti suurempi (Kankaanpää 2012). Yksityisen hammashuollon markkinoilla hintoja puolestaan nostivat hammaslääkärin erikoistuminen, toimiminen usean lääkärin toimipisteessä ja hammaslääketieteellisen opetuksen läheisyys. Kilpailutilanteen ja hintatason välinen yhteys oli vähäinen ja paikoin jopa teorian vastainen (Widström ym. 2011).

Markkinoiden empiirisen tutkimisen kenties keskeisin vaihe on relevantin markkinan määrittely, jolla on kolme ulottuvuutta: tuote, alue ja kilpaileva yksikkö. Relevantteihin markkinoihin on luettava mukaan toisilleen vaihtoehtoiset hyödykkeet

siltä alueelta, minkä sisällä hinnanmuutoksella on vaikutusta asiakkaan valintaan. (Gaynor ym. 2013). Aiemman kirjallisuuden mukaan terveystarve on todettu alueittain ja palveluittain segmentoituneiksi ja tavallisesti esimerkiksi erikoisalut luetaan erillisiksi tuotemarkkinoiksi (Kleiner 2012). Lisäksi Suomen julkista ja yksityistä terveyspalvelusektoria on perusteltua käsitellä erillisiä markkinoita, sillä KKV:n kyselyssä vain 10% vastanneista ilmoitti julkisen palvelun relevantiksi vaihtoehdoksi yksityiselle palvelulle (KKV 2020b). Markkina-alueen valinta on lisäksi olennainen, sillä liian pieni markkina-alue näyttää todellisuutta keskittyneemmältä ja päinvastoin. Määrittelyissä hyödynnetään usein tilastollisia aluejakoja tai potilaiden matkustuskäyttäytymistä terveyspalveluja kysyttäessä. Aiemmassa kirjallisuudessa 5 % osuutta markkinarajat ylittävälle matkustamiselle on pidetty vahvan markkina-alueen määritelmällisenä raja-arvona. (Gaynor ym. 2013.) Silti substituutio on aina jossain määrin liukuva käsite ja alueellinen rajanveto jossain määrin keinotekoinen. (Lipczynski ym. 2009). Tehtyjen oletusten suuren vaikutuksen vuoksi tuote- ja aluemarkkinoille lasketut HH-indeksit ovatkin parhaimmillaan aluemarkkinoiden suhteellisten erojen tai muutosten paljastamisessa. (Björkroth ym. 2006.) Kilpailua voidaan käydä terveyspalveluorganisaatioissa myös useilla tasoilla, esimerkiksi lääkäreiden, toimipisteiden tai yritysten välillä.

Lisäksi empiirinen tutkimus useilta markkinoilta osoittaa, että hintainformaation lisääminen alentaa hintoja yleisesti (Brown & Goolsbee 2002, Goldmanis ym. 2010; Mehrotra ym. 2017; Hibbard ym. 2012; Volpp, 2016), sillä yritysten markkinavoima juontaa usein juurensa epäsymmetriseen informaatioon. Myös terveydenhuollon markkinoilla hintatiedon lisääminen on todettu toimivaksi keinoksi hintakilpailun edistämiseksi ja terveystarvejen hillitsemiseksi (Lieber 2017, Husiatynski ym. 2021). Esimerkiksi Lieber (2017) tutki osalle työntekijöistä tarjotun hintavertailupalvelun vaikutuksia Yhdysvaltalaisen suuryrityksen työntekijöiden terveyspalvelukustannuksiin ja havaitsi, että hintojen vertaileminen laski kustannuksia 10–17 %. Hän havaitsi myös, että uuden hintatiedon saatavuus lisäsi todennäköisyyttä vaihtaa uuteen palveluntuottajaan (Lieber 2017). Käyttäen samankaltaista tutkimusasetelmaa, Whaley ym. (2014) havaitsivat 13–14 %:n laskun diagnostisten laboratorio- ja kuvantamistutkimusten hinnoissa hintaa etsineille. Myös Wu ym. (2014) havaitsivat 18 %:n laskun magneettikuvauksen hinnoissa hintojen läpinäkyvyyttä lisäävän ohjelman seurauksena. Whaley (2019) puolestaan tutki selainpohjaisen hintavertailualustan vaikutusta palveluntuottajien hintoihin. Hän havaitsi 1–4 %:n laskun standardoitujen laboratoriotestien hinnoissa, mutta differoituneiden vastaanottokäyntien hintoihin vaikutusta ei ollut. Erilisten hintavaikutusten pääteltiin johtuvan kuluttajien erilaisesta hintojen etsimisestä aktiivisuudesta.

Lisäksi useissa tutkimuksissa on havaittu, että jopa verkossa avoimesti saatavilla olevien hintavertailusivustojen käyttöaste on hyvin alhainen, mitä on pidetty merkkinä matalasta hintajousta (Desai ym., 2016, Chernew ym. 2018, Lieber 2017).

Erityisesti kattava vakuutus vähentää hintojen vertailua ja laskee hintakilpailun todennäköisyyttä, vaikka vakuutusten omavastuut lieventävätkin tätä ongelmaa. Esimerkiksi Lieber (2017) havaitsi, että potilaat, joiden omavastuukatto oli täyttynyt ja omavastuuhinta oli sen seurauksena pudonnut puoleen, etsivät hintatietoa 90 % epätodennäköisemmin kuin muut. Hintojen julkistamisen todettiin vaikuttavan kuluttajien käyttäytymiseen vain, jos kuluttajilla on vahvat taloudelliset kannustimet kustannusten välttämiseen.

3 Aineistot ja menetelmät

3.1 Haastattelututkimus

3.1.1 Eliittihaastattelu

Väitöskirjan ensimmäisessä osajulkaisussa hyödynnettiin otosta yksityisen terveyspalvelualan kilpailuympäristöä kartoittavasta laajasta haastatteluaineistosta, joka kerättiin eliittihaastatteluilla. Eliittihaastattelulle on vakiintunut yhteiskuntatieteissä kaksi rinnakkaista määritelmää: toisaalta sillä viitataan yhteiskunnan ylimpiin kerroksiin kuuluvien, toisaalta mihin tahansa ryhmään kuuluvien erityisen kokeneiden tai asiantuntevien yksilöiden haastattelemiseen. Tässä tutkimuksessa eliittihaastattelulla viitataan jälkimmäiseen ns. valiojoukon haastattelemiseen (Mykkänen 2001). Eliittihaastatteluihin pyritään nimensä mukaisesti tavoittamaan mahdollisimman osaava ja kokenut alansa ”eliitti”, ja saavuttamaan tutkimuskohteesta näin mahdollisimman syvällinen näkemys pienellä haastattelijoukolla. Toisaalta eliitin haastattelu vaati haastattelijoilta erityistä perehtyneisyyttä, joustavuutta ja huolellisuutta (Mykkänen 2001).

Eliitin valikointi voidaan tehdä monin eri perustein, sillä eliitti voidaan käsittää monin tavoin. Tässä tutkimuksessa tukeuduttiin Mykkäsen (2001) tavoin C. Wright Millsin institutionaalisen eliitin määritelmään, minkä mukaan valta-asema saavutetaan yhteiskunnan keskeisten organisaatioiden johdossaa. Eliittiaseman edellytyksinä pidetään etenkin asemaan liittyvää erityistä tietoa tai asiantuntemusta sekä valta-asemaa (ks. tarkemmin määritelmästä Mills 1956). Millsin keskeinen toteamus on, että eliitin rakenne on muuttuva, joten tutkimuskohtainen eliitti on määriteltävä suhteessa aikaansa, kulttuuriinsa ja tutkimuskohteeseensa. Etenkin länsimaisissa demokratioissa sosiaalinen liikkuvuus ja siirtymä eliitin ja ei-eliitin välillä on verrattain hyväksytympää (Mykkänen 2001).

Menetelmällisesti eliittihaastattelu sijoittuu teemahaastattelun ja avoimen haastattelun välimaastoon. Teemahaastattelut etenevät ennakkoon mietittyjen teemojen varassa, mutta haastattelutilanne jättää myös liikkumavaraa. Tällaisen menetelmän käyttöä pidetään hyödyllisenä erityisesti silloin, kun haastateltavia on vähän ja haas-

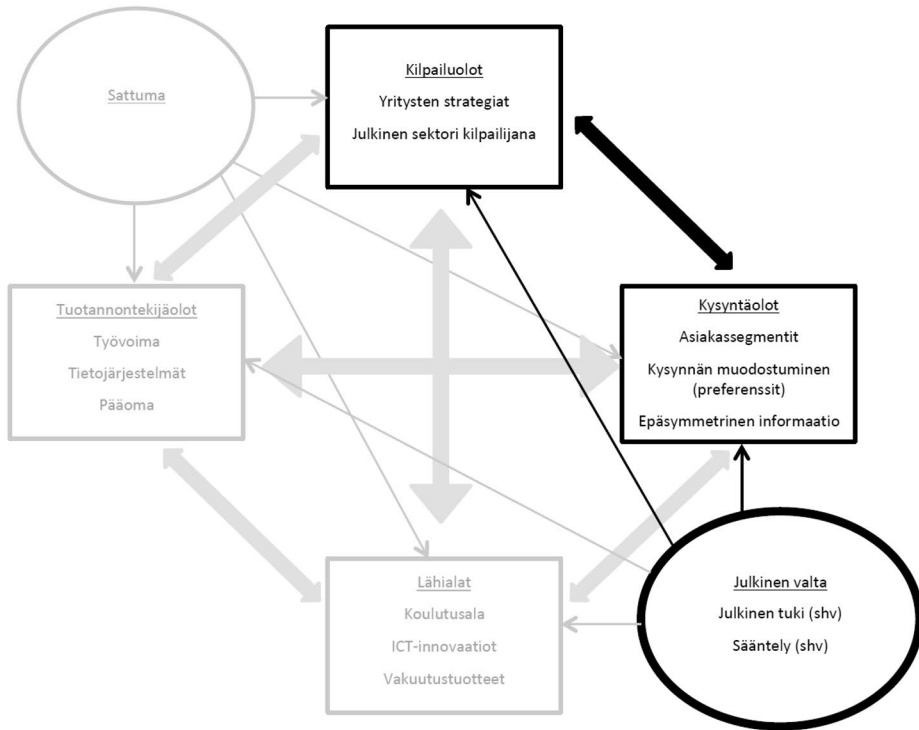
tateltavien kokemukset vaihtelevat paljon. Avoimia kysymyksiä käyttämällä saadaan lisäksi rikasta materiaalia, ja haastattelu tuo usein esille myös asioita, joita haastattelija ei oivalla tai osaa kysyä. (Hirsjärvi ym. 2008).

Lisäksi eliittihaastatteluille tyypillistä on haastateltavien poikkeuksellinen kielellinen lahjakkuus, kouluttautuneisuus ja valmius ilmaista itseään erilaisissa tilanteissa. (Koskinen ym. 2005) Tämä on aineiston rikkauden kannalta suotuisa seikka, mutta toisaalta usein julkisuudessa esiintyvät haastateltavat ovat tottuneet myös sensuroimaan puhettaan. Haasteensa haastatteluihin tuokin se, että haastateltavat saattavat edustaa tilanteessa tiettyä roolia ja ovat tietoisia esimerkiksi statuserosta itsensä ja haastateltavan välillä (Mykkänen 2001). Keskustelun hedelmällisyyttä voidaan edistää anonyymiteetin lupaamisella, joskin tämän ratkaisun myötä tutkimuksen toistettavuus kärsii.

3.1.2 Haastatteluteemat ja rajaus

Eliittihaastatteluihin valmistauduttiin perehtymällä Suomen yksityisen terveystalouden tilastoihin ja ajankohtaislähteisiin sekä tieteelliseen toimiala- ja palvelujärjestelmäkirjallisuuteen. Taustamateriaali tarjosi toimialan kilpailuympäristön nykytilasta ja potentiaalisista kehityssuunnista hyvän pohjan haastattelukysymysten laatimiseksi ja yritysten kilpailuympäristön tarkemmaksi kartoittamiseksi. Kilpailuympäristön jäsentämisessä käytettiin Porterin timanttimalia (1990). Sen mukaan kilpailuympäristö muodostuu neljästä perustekijästä, jotka ovat tuotannontekijäolot, lähialat, kysyntäolot sekä yrityksen strategia, rakenne ja kilpailutilanne. Lisäksi valtiolta ja sattuma ovat keskeiset osatekijät kilpailuympäristössä. Nämä kuusi osatekijää ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja menestyneimmät toimialat ovat todennäköisesti niitä, joissa ”kilpailutimantti” on joka suunnalta edullisin. (Porter 1990). Esimerkiksi suotuisat kysyntäolosuhteet eivät johda kilpailuetuun, mikäli vahva valtiollan sääntely estää yritysten reagoimisen.

Taustamateriaalin havainnoista ja Porterin timanttimalista sovellettua Suomen yksityisen terveystalouden timanttimalia hyödynnettiin mm. haastattelukysymysten jäsentelyssä ja aineiston teemoittelussa (**Kuvio 5**) ja sitä myös tarkennettiin haastattelujen edetessä.



Kuvio 5. Haastatteluaineiston teemat Porterin timanttimallin (1990) mukaisesti jäsenneltynä ja osajulkaisu I:n otoksen rajaus tummennettuna (osajulkaisu I).

Haastateltaville etukäteen lähetettävissä teemoihin johdattelevissa kysymyksissä painotettiin toimialaa koskevassa raportoinnissa toistuvia kilpailuympäristön keskeisiä kilpailuedun osatekijöitä, kuten työvoimapulaa, perusterveydenhuollon ongelmia, tietojärjestelmien merkitystä, toimialan eettisiä kysymyksiä mukaan lukien kansainvälisten ketjujen verosuunnittelun, julkisen sektorin yritystoiminnan, vapaaehtoiset vakuutukset ja vakuutusyhtiöiden omat lääkäriasemat. Osajulkaisussa I tarkastelu rajattiin haastateltavien näkemyksiin shv-korvausten vaikutuksista terveystalvelu yritysten kilpailuympäristössä. Tarkastelun näkökulmina olivat, miten korvaukset vaikuttavat yritysten valintoihin kysyntävaikutusten kautta tai suoraan. Lisäksi keräsimme näkemyksiä shv:n kehittämisen vaihtoehtoista, jotka poimittiin aiemmasta kirjallisuudesta.

3.1.3 Haastattelujen toteutus

Eliittihaastattelun periaatteiden mukaisesti pyrimme tavoittamaan toimialalta mahdollisimman keskeisiä päätöksentekijöitä ja vaikuttajia. Avainhenkilöitä valittiin useasta eri terveyspalvelutoimialan sidosryhmästä monitahoisen näkemyksen muodostamiseksi. Kaikkiin haastattelupyyntöihin vastattiin myönteisesti, mutta kuudessa organisaatiossa pyyntömme ohjattiin eteenpäin paremmin asian tuntevalle henkilölle. Syksyn 2012 aikana tehtiin 13 haastattelua, joista kuusi edusti yrityssektorin ja kolme julkisen erikoissairaanhoidon näkökulmaa. Muita sidosryhmiä eli kuntasektoria, valtion hallintoa, finanssialaa sekä lääkäriammattikuntaa, edusti kutakin yksi haastattelu. Haastattelut tehtiin pääasiassa yksilöhaastatteluina, mutta yhdessä haastattelussa avainhenkilöitä oli kaksi heidän pyynnöstään. Haastattelijoita oli paikalla kaksi tai kolme.

Haastatteluteemat toimitettiin avainhenkilöille etukäteen valmistautumista varten, mutta teemojen painopisteiden annettiin vaihdella haastateltavan edustaman näkökulman mukaisesti. Heille annettiin myös mahdollisuus puhua annettujen teemojen ulkopuolelta avoimesti heille tärkeistä näkökannoista. Lisäksi haastateltaville luvattiin anonymiteetti. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin, jonka jälkeen aineisto redusoidtiin teemoittain ja sisältö analysoitiin teorialähtöisesti. Vastaukset luokiteltiin yritys-, julkis- ja muiden sidosryhmien edustajien vastauksiksi. Tutkimustulokset raportoitiin aineistoa referoiden ja suoria lainauksia käyttäen, kuitenkin tunnistamattomuus varmistuen. Haastattelujen edetessä aineisto alkoi saturoitua, joten haastattelujen määrä todettiin riittäväksi.

3.2 Rekisteritutkimus

3.2.1 Kelan sairaanhoitokorvausrekisteri

Tutkimusaineistot on poimittu Kelan sairaanhoitokorvausrekisteristä, joka sisältää yksityiskohtaiset tiedot korvatuista yksityisen alan lääkärinpalkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista²⁷. Aineisto sisältää vuodesta 2008 alkaen kunkin korvatuksen toimenpiteen (koodi, nimi, toteutus- ja mahdollinen määräysajankohta) korvaustietoineen (hinta, taksa, korvaus ja maksuväylä). Kullekin toimenpiteelle tiedettiin myös potilaan ja lääkärin²⁸ yksilöivät pseudonymisoidut tunnisteet, joihin on

²⁷ Aineistot eivät siis sisällä yksityisesti tuotettua työterveyshuoltoa eivätkä suoraan vakuutusyhtiöille myytäviä vakuutuspalveluja, kuten pakollisten lakisääteisten vakuutusten korvaamia yksityisiä terveyspalveluja.

²⁸ Lääkärinpalkkioaineistoon tiedot kertyvät toimenpiteen suorittaneesta lääkäristä ja tutkimuksen ja hoidon aineistoon ne kertyvät toimenpiteeseen määränneestä lääkäristä. Lisäksi tutkimuksen määräyspäivä kertyy vain tutkimuksen ja hoidon rekisteriin.

yhdistetty potilaan demografiset tiedot: ikä, sukupuoli, ansio- ja pääomatulot, asuinpostinumero, sekä lääkärin ikä, sukupuoli, lääkäriksi valmistumisen vuosi sekä ensimmäinen ja toinen erikoisala. Lisäksi tiedetään palveluntuottajan eli toimipisteen asiakastunnus, joihin saadaan yhdistettyä toimipisteen nimi sekä postinumero, mikäli korvaus on maksettu suorakorvausjärjestelmän kautta. Suorakorvausjärjestelmän käyttö ei ole pakollista, joten osa korvattujen toimenpiteiden palveluntuottajista jää aineistossa ”tuntemattomiksi”. Näiden palveluntuottajien osuus vaihtelee eri tuote- ja aluemarkkinoiden välillä sekä ajassa²⁹. Osajulkaisu II:ssa käytetty aineisto ulottui vuoteen 2012, mutta tutkimuksen edetessä aineistoa täydennettiin III osajulkaisua varten vuoteen 2014 sekä IV osajulkaisua varten vuoteen 2019 asti. Pisimmälle päivitetty aineisto sisälsi yhteensä noin 84 miljoonaa korvattua lääkärinpalkkiota ja 28 miljoonaa tutkimuksen ja hoidon toimenpidettä.

Jotta aineistoa voitiin hyödyntää kilpailun tutkimiseksi, toimipisteet ryhmiteltiin kilpailijoiksi julkisesti saatavilla olevien yritysrekisterien, tiedotteiden ja toimintakertomusten sekä Orbis-tilinpäätöstietokannan avulla. Ryhmittelyssä otettiin huomioon myös yritysten konsernirakenteet³⁰. Lisäksi arvioimme palveluntuottajalle matkustetun etäisyyden yhdistämällä aineiston Paavo-postinumerotietokannasta lasketuihin postinumeroalueiden maantieteellisten keskipisteiden välisiin linnuntie-etäisyyksiin (Tilastokeskus, 2024d). Näiden etäisyyksien avulla muodostimme myös osajulkaisuissa III ja IV käytetyt FTHHI-indeksit (*fixed traveltime Herfindahl-Hirschman -index*), jotka mittaavat palveluntuottajan sijaintiin perustuvaa markkinavoimaa (Kessler & McClellan 2000, Dunn ym. 2014, Dranove 2016). Äärimmäisen keskittyneillä monopolimarkkinoilla FTHHI saa arvon 1, kun taas täysin hajautuneilla markkinoilla se lähestyy nollaa.

Perinteisesti markkinoiden keskittyneisyyttä on mitattu Herfindahl-Hirschman -indeksillä (HHI). Vaikka HHI heijastaa hyvin markkinoiden keskittyneisyyttä, sen käyttäminen hintojen selittäjänä johtaisi harhaisiin estimaatteihin, sillä markkinaosuudet ovat myös hinnasta riippuvaisia. FTHHI lieventää tätä endogeenisuusongelmaa, koska se muodostetaan estimoiduista, ei havaituista, markkinaosuuksista (ks.

²⁹ Esimerkiksi silmätautien erikoisalalla liiketoiminta on usein pienimuotoisempaa, ja suorakorvausjärjestelmän käyttö on harvinaisempaa kuin esimerkiksi ortopediassa, jossa vastaanottopalveluja tarjotaan tyypillisesti suurissa lääkärikeskuksissa kuvantamispalvelujen läheisyydessä. Lisäksi suorakorvausjärjestelmän käyttö yleistyy ajan myötä. Tästä syystä aineiston ensimmäinen vuosi 2007 jätettiin kaikissa tutkimuksissa tarkastelun ulkopuolelle.

³⁰ Mikäli yritysten omistuspohja oli sama vähintään 50-prosenttisesti, niiden katsottiin kuuluvan samaan kilpailijaryhmään. Esimerkiksi Aho Group omisti vuonna 2008 sekä Pikkujätti -lääkäriaseman että Lääkärikeskus Aavan, jotka luettiin siten samaan kilpailuryhmään kuuluvaksi.

Dunn & al. 2014)³¹. Lisäksi FTHHI ei laskentatapansa vuoksi ole relevanttien markkinoiden määritelmälle yhtä herkkä kuin perinteinen HHI. Osajulkaisuissa II, III ja IV käytetyt otokset ja menetelmät kuvataan erikseen seuraavissa alaluvuissa. Tilastolliset analyysit toteutettiin pääosin SAS Enterprise Guide -tilastonkäsittelyohjelmalla.

3.2.2 Lääkäripalvelumarkkinoiden kehityksen kuvailu vuosina 2008–2012

Lääkäripalvelumarkkinoiden kuvailemiseen hyödynnettiin vuosien 2008–2012 lääkäripalkkiorekisteristä muodostettua paneelia, jonka havaintoyksikkö oli relevantti alue- ja tuotemarkkina. Relevanteiksi markkina-alueiksi määriteltiin potilasvirtojen perusteella Manner-Suomen seutukunnat, joita oli yhteensä 67. Relevantit tuotemarkkinat puolestaan rajattiin erikoisaloittain. Tarkasteluun valittiin käyntimääriltään merkittävimmät viisi erikoisalaa, joilla suorakorvausjärjestelmän käyttöaste oli riittävän korkea alueellisen palveluntuottajarakenteen luotettavaksi kuvaamiseksi³²: naistentaudit ja synnytykset, lastentaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, iho- ja sukupuolitaudit sekä ortopedia ja traumatologia. Vuonna 2012 näiden viiden erikoisalan osuus kaikista vastaanottokäynneistä oli 37 % ja näillä tuotemarkkinoilla keskimäärin vain 7 % käynneistä tehtiin palveluntuottajille, joiden sijaintitieto puuttui. Tarkasteltavia alue- ja tuotemarkkinoita oli siten yhteensä 335. Ne jaettiin *varsinaisiin* ja *potentiaalisiiin markkinoihin* sen perusteella, oliko niillä aluerajojen sisäistä palvelukäyttöä. Ajallisessa tarkastelussa ensimmäisen palveluntuottajan tullessa markkinoille määritelmä muuttui yleensä potentiaalisesta varsinaiseksi eli markkinat *perustettiin*. Määritelmän muuttuessa toisinpäin markkinat *poistuivat*.

Markkinoiden kuvailumuuttujina olivat alueen väkiluku, kaupunkimaisuus, toteutuneet vastaanottokäynnit, ja kilpailijoiden määrä. Väestöön suhteutettu palvelujen käyttö ja markkinoiden paikallisuutta kuvaavat LIFO (little-in-from-out) ja LOFI (little-out-from-in) johdettiin käyntimääristä (Gaynor ym. 2013). LIFO tarkastelee asiakkaiden näkökulmasta, kuinka suuri osa seutukunnan väestön käyttämistä lääkäripalveluista on tuotettu kotiseutukunnassa. LOFI taas tarkastelee tuottajien näkö-

³¹ Laskennassa kullekin potilaan postinumeroalueelle estimoidaan potilaiden matkustushalukkuus vaihtoehdoille palveluntuottajille asetetun maksimisäteen sisällä. Palveluntuottajan keskittymisindeksi on maksimisäteen sisällä sijaitsevien potilaan postinumeroalueiden neliöityjen matkustushalukkuuksien volyympainotettu summa.

³² Esimerkiksi silmätautien, yleislääketieteen ja psykiatrian erikoisalat jätettiin suurista käyntimääristä huolimatta tarkastelun ulkopuolelle, koska valtaosalta näiden alojen palveluntuottajista puuttui paikkatieto. Samasta syystä myös Ahvenanmaa sekä ensimmäinen käytettävissä ollut vuosi 2007 jätettiin pääosin tarkastelun ulkopuolelle.

kulmasta, miten suuri osuus seutukunnan palvelutuotannosta menee kotiseutukunnan väestön kulutukseen. Nk. Elzinga-Hogarty menetelmän mukaan alue täyttää heikon markkinan määritelmän, kun vähintään 75 % palvelujen käytöstä suuntautuu paikallisille tuottajille (LIFO \geq 75 %) ja vähintään 75 % palvelujen tuotannosta käytetään paikallisesti (LOFI \geq 75 %). Vahva markkinan määritelmä täyttyy vastaavasti, kun molemmat osuudet ovat vähintään 90 %. (Gaynor ym. 2013, Gaynor & Vogt 2000).

Eri tuote- ja aluemarkkinoiden välisiä eroja analysoitiin soveltuvilla tilastollisilla menetelmillä. Varsinaisia ja potentiaalisia markkinoita vertailemalla selvitettiin, miten niiden markkinaympäristöt eroavat keskenään ja miten markkinaympäristöt kehittyivät vuosina 2008–2012. Toisaalta perustettuja ja poistuvia markkinoita tarkastelemalla selvitettiin, millaisessa ympäristössä markkinat viime vuosina laajenivat tai supistuivat. Tutkimuksessa selvitettiin myös, millainen vaikutus markkinoiden perustamisella tai poistumisella oli mm. palvelujen käyttöön ja sen paikallisuuteen. Lopulta arvioitiin vielä erikoisalojen välisiä eroja kyseisissä markkinamuuttujissa.

Luokkien välisiä eroja analysoitiin Khiin neliö -testillä kategoriselle kaupunkimaisuus-muuttujalle ja epäparametrisella Mann–Whitneyn U-testillä jatkuville numeerisille muuttujille. Kruskal-Wallis -testiä käytettiin erikoisalojen välisten erojen tilastollisen merkitsevyyden testaamiseen. Kaikki varianssianalyysit suoritettiin myös erikoisaloittain, mutta niiden tuloksia raportoitiin vain valikoiduissa tapauksissa.

3.2.3 Markkinarakenteen ja hinnan yhteyden tutkiminen yleislääkäripalveluissa monitasomallinnuksella

Osajulkaisu III:ssa hyödynnettiin lääkäripalkkiorekisterin vuoden 2014 poikkileikkauksista. Relevantteiksi yleislääkäriin vastaanottopalvelujen tuotemarkkinoiksi määriteltiin erikoistumattomien lääkäreiden kaiken mittaiset yleislääkärikäynnit. Vuonna 2014 markkinoilla oli 1827 yleislääkärinä. He työskentelivät 328 toimipisteessä, jotka sijaitsivat 180 eri postinumeroalueella ja kuuluivat 135 eri lääkäripalveluyritykselle. Aineistossa oli ristiin luokitunutta hierarkkista rakennetta, sillä sama potilas voi käydä useilla lääkäreillä ja lääkäri työskennellä useissa eri toimipisteissä ja jopa kilpailevissa yrityksissä. Sen sijaan yksittäiset toimipisteet lukeutuivat vain yhden yrityksen omistukseen ja sijaitsivat yhdessä postinumerosijainnissa. Tästä yleislääkäripalvelujen kokonaismarkkinoiden aineistosta laskettiin jokaiselle lääkärille markkinoiden keskittyneisyyden indeksi, FTHHI, ja muut tuotantoa kuvaavat muuttujat. FTHHI vaihtelee nollassa ja yhden välillä. Äärimmäisen hajautuneilla markkinoilla FTHHI lähestyy nollaa, kun puolestaan täysin keskittyneillä monopolimarkkinoilla se saa arvon yksi.

Hintojen mallinnukseen rajattiin 20 minuutin mittaiset arkena tehdyt ensikäynnit, joissa potilas oli vähintään 69-vuotias. Rajausta tehtiin, jotta vastaanottokäynnit olisivat sisällöltään ja potilailtaan vertailukelpoisempia. Asiakkaiksi valittiin ikäänntyneet, sillä yksityisten sairauskuluvakuutusten käytön tiedetään olevan tässä asiakassektorissa vähäistä, jolloin vakuutusyhtiöiden hintaneuvottelu ei häiritse tuloksia. Mallinnus tehtiin 28 306 vastaanottokäynnillä, mikä vastasi 6,9 % kaikista 20 minuutin yleislääkärikäynneistä. Tässä ikäänntyneiden otoksessa palveluja tuotti 1241 lääkäriä 239 toimipisteessä, 146 postinumeroalueella ja 96 kilpailevassa yrityksessä.

Ikäänntyneet potilaat ja heidän lääkäriinsä eivät merkittävästi eronneet yleislääkäripalvelujen kokonaismarkkinoista. Ikäänntyneiden potilaiden tulot olivat 8 % koko markkinoiden keskiarvoa matalammat, ja lääkärit olivat keskimäärin 3 vuotta vanhempia, mutta muuten otoksen lääkärit ja potilaat vastasivat hyvin kokonaismarkkinoita. Ikäänntyneiden käyttämät toimipisteet ja yritykset olivat hieman kokonaismarkkinoiden keskiarvoa pienempiä palveluvalikoimaltaan ja toimipisteiden määrältään, ja myös lääkärimarkkinarakenteen oli kolmanneksen keskittyneempi. Tämä liittyi siihen, että ikäänntynyt väki asui keskimääräistä harvemman asutuksen ja korkeamman sairastavuuden alueilla. Silti ikäihmiset maksoivat palvelusta 2,4 euroa vähemmän markkinoiden keskiarvoon nähden.

Tutkimuksemme tavoitteena oli ymmärtää markkinarakenteen ja hintojen välistä yhteyttä. Tämä on teorian valossa ilmiö, jolle löytyy useita mahdollisia selityksiä, jotka voivat päteä myös yhtäaikaaisesti. Kun selitettävä ilmiö on monimutkainen ja varmuus taloudellisesta mallista puuttuu, on usein hyödyllisempää käyttää redusoidun muodon mallia rakenteellisen mallin sijaan. Hintavaihtelun selittämiseksi sovelsimme ristiin luokitunutta monitasomallia (CCMM, cross-classified multilevel model, Gelman ym. 2007, Dunn ym. 2015), joka ottaa huomioon vastemuuttujan riippuvuuden kullakin mallin tasolla. Monitasomalli soveltui aineistomme riippuvuuk-sien huomioimiseen klusterointia paremmin, sillä tasomuuttujien havaintomäärissä oli huomattavaa vaihtelua.

Aluksi muodostimme nollamallin (random intercept model), jossa hintavaihtelua selitettiin pelkällä vakiotermillä ja kunkin tason jäännöstermillä. Enimmillään nollamalliin lisättiin viisi tasoa, jolloin se sisälsi yritysten, postinumeroalueiden, toimipisteiden, lääkäreiden ja yksittäisten käyntien jäännöstermit. Tasojen sisäkorrelaatioilla (intraclass correlation, ICC) ja solujen sisäkorrelaatiolla (intracell correlation, IC) mitattiin, kuinka suuri osa lääkäripalkkioiden vaihtelusta selittyy kullakin tasolla (Dunn ym. 2015). Seuraavaksi lisäsimme malliin lääkärimarkkinoiden keskittyneisyysindeksin FTHHI ja kontrollimuuttujat. FTHHI:n laskenta perustui lääkäreiden odotettuihin markkinaosuuksiin, jotka muodostettiin potilaiden ja lääkäreiden välisistä etäisyksistä asetetun maksimietäisyyden sisällä.

Kontrollimuuttujiin lukeutui potilaiden demografisia tekijöitä, palvelun laatua sekä lääkärin liiketoiminnan kustannuksia kontrolloivat muuttujat. Potilaan ikä, sukupuoli sekä yhteenlasketut veronalaiset pääoma- ja ansiotulot kontrolloivat mahdollisia potilaskohtaisia eroja terveystalouden tarpeessa, kysynnässä ja käyntien kuormituksessa. Palvelun laatua selitettiin lääkärin sukupuolella, kokemuksella valmistumisvuodesta, kilpailevien työnantajarytysten määrällä, päätoimisuuden asteella ja palveluvalikoiman laajuudella (ks. Dunn ym. 2014). Yrityksen skaalaetuja ja ketjumaisuutta mitattiin yrityksen toimipisteiden määrällä. Lääkärin ammatinharjoittamisen kustannuksia kontrolloitiin sijaintipostinnumeroalueen keskimääräisellä vuokratasolla (Tilastokeskus 2016). Odotettua kysyntää kontrolloitiin potilaan asuinkunnan sairaanhoitovakuutuksella vakuutetun väestön määrällä (Kelasto 2016), sairastavuusindeksillä (2013, Sotkanet 2016) ja julkisen perusterveydenhuollon yleislääkärikäyntien määrällä suhteessa väestöön (2013, Sotkanet 2016). Muiden muuttujien kanssa vahvasti korreloivat muuttujat, kuten lääkärin ikä ja toimipisteen erikoisalojen lukumäärä, karsittiin mallista.

3.2.4 Hintajulkaisun vaikutuksen tutkiminen difference-in-differences menetelmällä

Neljännessä osajulkaisussa tutkin kahden erilaisen hintainformaatiojulkaisun vaikutuksia magneettikuvausten (MRI) hintoihin hyödyntäen tutkimuksen ja hoidon shv-rekisteriä vuosilta 2008–2017. Ensimmäisessä hintainformaatiojulkaisussa 2.4.2012 Kela avasi hintavertailu-nettisivuston, joka julkaisi valikoitujen palvelujen alueellisia keskihintoja. Toinen hintainformaatiojulkaisu, Lääkärihint.fi-sivuston aukeaminen jouluna 2015, tarjosi kansalaisille palveluntuottajien eli toimipisteiden palveluhinnat vertailtavaksi. Tutkimuksessa käytettiin difference-in-differences (DID) -menetelmää, joka hyödynsi kausaali-vaikutuksen identifioinnissa eri MRI-toimenpiteiden välisiä eroja hintatietojen julkaisussa. Niitä MRI-toimenpiteitä, joista hintatietoja ei julkaistu, käytettiin kontrolliryhmänä sillä taustaoletuksella, että sekä julkaistujen että kontrolliryhmän MRI-toimenpiteiden hinnat olisivat kehittyneet yhteisen trendin mukaisesti ilman hintojen julkaisua.

Mallissa selitettävänä muuttujana oli logaritmoitu MRI-tutkimuksen hinta ja keskeisenä mielenkiinnon kohteena oli hintajulkaisun vaikutusta kuvaavan DID-dummin estimaatti. Koska tutkittavat hintainformaatiojulkaisut erosivat keskenään monin tavoin, niiden vaikutukset tutkittiin erillisillä analyyseillä. Molemmissa analyyseissä tarkasteluajanjakso alkoi 72 viikkoa ennen hintajulkaisua ja päättyi 72 viikkoa sen jälkeen.

Mallinnuksessa hyödynnettiin ensimmäisessä vaiheessa tuote-alue-markkinoiden sisäistä vaihtelua, jolloin DID-estimaatti kuvasi hintojen keskimääräistä muutosta

tuote-aluemarkkinan sisällä. Lisäksi lisäsimme malliin potilaiden, lääkärin sekä palveluntuottajan ominaisuuksia kontrolloivia muuttujia, vaikka muuttujat olivatkin pääsääntöisesti hyvin samanlaisia molemmille ryhmille. Kontrolloidaksemme palveluntuottajien mahdolliset laatuero-erot tutkimus ja kontrolliryhmän välillä, mallinsimme vaikutuksen myös hyödyntämällä vain palveluntuottajien sisäistä hintavaihtelua, jolloin DID-estimaatti kuvasi vakiintuneiden³³ palveluntuottajien keskihintojen muutosta. Kaikki mallit estimoitiin yleistetyllä pienimmän neliösumman menetelmällä klusteroiden keskivirheet palveluntuottajatasolla³⁴.

Lisäksi analysoimme vaikutuksen heterogeenisuutta eri tuote- ja aluemarkkinoilla sekä suhteessa kilpailun kireyteen. Kilpailun kireyttä mitattiin MRI-markkinoiden yritysten FTHHI-indeksillä³⁵. Lisäksi tutkimme vaikutuksen dynamiikkaa kvartaaleittain tapahtumatutkimusanalyysillä (event study) (Angrish ym. 2009). Menetelmän validiutta arvioitiin analysoimalla tutkimus- ja kontrolliryhmien hintajulkaisua edeltäviä hintatrendejä regressioanalyysillä ja tapahtumatutkimusanalyysillä, minkä lisäksi ryhmien potilaiden, palveluntuottajien ja markkinoiden samankaltaisuus kuvailtiin aineistosta saatavilla olevien tietojen valossa.

³³ Vakiintuneilla viitataan palveluntuottajiin, jotka ovat tuottaneet vähintään yhden kuvauksen sekä ennen että jälkeen hintajulkaisun. Osa palveluntuottajista poistui markkinoilta ennen hintajulkaisua ja uusia puolestaan saapui markkinoille julkaisun jälkeen, jolloin näillä palveluntuottajilla ei ole DID-kertoimeen keskeisesti vaikuttavaa ajallista hintavaihtelua.

³⁴ Klusterointi tulee tehdä sillä tasolla, johon interventio todennäköisimmin vaikuttaa. Oletuksemme oli, että hintainformaatioon reagoidaan toimipistetasolla. Toisaalta potilastasolla klusterointia ei ole mahdollista tehdä, sillä valtaosa potilaista ilmenee aineistossa vain kerran tarkasteluajana.

³⁵ FTHHI:n laskentaa varten määrittelimme relevanteiksi tuotemarkkinoiksi kaikki MRI-tutkimukset, sillä tuottajan näkökulmasta sama resurssi voidaan käyttää mihin tahansa MRI-kuvaukseen. Kulutuksen näkökulmasta määrittelimme relevanteiksi aluemarkkinoiksi 150 km säteen, joka sisälsi 95 % aineiston matkustusetäisyyksistä vahvan markkina-alueen määritelmän mukaisesti. Indeksi laskettiin yritystasolla.

4 Yhteenveto tuloksista

4.1 Shv-korvauksen merkitys ja sen tulevaisuus

Shv-korvausten merkitys koettiin yleisesti ottaen vähäiseksi niin potilaan valinnoissa, kuin yritysten liiketoiminnassa matalan korvaustason vuoksi. Näkemykset korvaustason muutosten marginaalisista vaikutuksista kysyntään ja hinnoitteluun kuitenkin vaihtelivat, ja vaikutuksen todettiin riippuvan mm. potilaan yksilöllisistä preferensseistä palvelun hinnan ja nopean saatavuuden suhteen sekä kyseessä olevasta palvelusta, sillä korvaustaso vaihtelee palvelujen välillä. Esimerkiksi magneetikuvauksen korvaus oli verrattain korkea, ja sen poistamisen arvioitiin laskevan palvelujen kysyntää siinä määrin, että yritykset olisivat joutuneet laskemaan hintoja ja sopeuttamaan toimintaansa. Pienten korvausten poiston seurauksena yritysten ei arveltu laskevan hintojaan, mutta korvaustason noston arveltiin johtavan hintojen korotuksiin.

Shv-korvausten nähtiin vaikuttavan paikoin myös yritysten tuotantopäätöksiin, investointeihin ja innovointiin. Korvaukset ohjasivat tuotantoa paremmin korvattuihin palveluihin, minkä arveltiin ylläpitävän palvelujärjestelmässä tehotonta tuotantoa. Shv-korvaus edellyttää lisäksi tietojärjestelmäinvestointeja, jotka olivat merkittäviä etenkin pienyrityksille. Lisäksi shv-korvauksen saaminen asettaa palveluille rakenteellisia vaatimuksia, joiden nähtiin jarruttavan palveluinnovaatioita, mm. kokonaisvaltaisten palvelujen kehittämistä. Korvausjärjestelmän suoriteperusteisuutta kritisoitiinkin vanhentuneeksi. Sairaanhoidon vakuutuksen merkitys yritykselle riippuu viime kädessä yrityksen palveluvalikoimasta ja asiakassegmentistä. Muita kuin yksityisasiakkaita palvelevalla yrityksellä korvausten arvioitiin vastaavan muutamaa % liikevaihdosta, kun taas lääkäriasemilla osuudeksi arveltiin 15–20 %.

Shv-korvausjärjestelmän kehittämistä kartoittavassa osiossa shv-korvauksessa nähtiin sekä hyviä, että huonoja puolia. Shv-korvauksen universaalius sai arvostusta osakseen. Sitä pidettiin merkittävänä terveystalouden julkisen rahoittamisen legitimitietin kannalta, sillä shv:n kautta myös yksityisiä palveluja ensisijaisesti käyttävät kansalaiset ovat oikeutettuja julkiseen rahoitukseen. Useiden haastateltavien mukaan oli hyvä, että potilas voi valita lääkäriinsä ja nopeuttaa hoitoon pääsyä maksamalla suuremman omavastuun. Shv on siten myös keino saada suurituloiset

osallistumaan terveystalvelujen kustannuksiin muita enemmän ja kohdentaa julkisen sektorin rajalliset resurssit niitä enemmän tarvitseville. Toisaalta shv-korvauksia kritisoitiin eriarvoisuuden lisäämisestä, sillä pienituloiset, jotka tarvitsisivat terveystalveluja enemmän, eivät välttämättä pysty hyödyntämään niitä suuren omavastuun vuoksi.

Monikanavainen rahoitus nähtiin sekä vahvuutena että heikkoutena: toisaalta shv tulisi säilyttää, sillä se paikkaa julkisten talvelujen heikkouksia, kun taas toisen näkemyksen mukaan järjestelmä tulisi purkaa sen aiheuttamien intressiristiriitojen vuoksi. Shv-korvausten poistoehtoiuksiin suhtauduttiinkin vaihtelevasti. Suurin osa puolsi järjestelmän säilyttämistä, vaikka myös hallintokulujen osuuden kasvu tunnustettiin ongelmaksi. Korvausten poistaminen ei kuitenkaan automaattisesti säästä julkisia menoja ja kokonaisvaikutusta on vaikea ennustaa. Lisäksi korvausten poiston uskottiin syventävän kansalaisten jakautumista julkisten ja yksityisten talvelujen käyttäjiin, jolloin luottamus julkiseen järjestelmään ja veronmaksuhalukkuus saataisivat heikentyä.

Esityksiä, joissa shv:n varat olisi siirretty järjestymisvastuussa tuolloin olleille kunnille tai kuntien talveluja olisi korvattu shv:sta, pidettiin ongelmallisina. Shv:sta siirrettävä rahoitus olisi ollut kunnan sote-budjetissa varsin pieni, eikä sen uskottu juuri helpottavan perusterveydenhuollon haasteita. Lisäksi kyseiset ehdotukset olisivat edellyttäneet kannustinmalleja kuntien osaoptimoinnin ehkäisemiseksi. Lisäksi haastattelujen mukaan korvaukset tuli priorisoida hoidon alkuvaiheeseen, kalliisiin ja vaikuttaviin tutkimuksiin sekä ennaltaehkäisyyn. Keskeistä priorisoinnissa olisi se, että shv kannustaisi uudistumiseen, eikä ainakaan jarruttaisi vaikuttavuuden tai tehokkuuden kehitystä. Yritykset suhtautuivat myönteisesti myös ehdotukseen, jossa Kela neuvottelisi hinnat talveluntuottajien kanssa, mutta markkinoiden sääntelyn lisäämisen sijaan päätöksentekijöitä kehoitettiin kehittämään malleja, joilla varmistetaan valinnanvapaus ja hintojen nousua hillitsevät kilpailun mekanismit.

4.2 Yksityisten lääkäritalvelujen markkinat ja niiden kehitys vuosina 2008–2012

Vuonna 2012 seutukunnittaisista ja erikoisaloittaisista alue-tuote-markkinoista 68 %:ssa (227) oli alueen sisällä tapahtuneita talvelutapahtumia, eli varsinaisten markkinoiden määritelmä täyttyi. Ne erosivat potentiaalisista markkinoista tilastollisesti merkittävästi jokaisella mitatulla muuttujalla. Varsinaiset markkinat olivat tyypillisesti kaupunkimaisissa väestökeskuksissa, missä potentiaalista kysyntää oli runsaasti. Lisäksi varsinaisilla markkinoilla yksityisten lääkäritalvelujen käyttö oli lähes kolme kertaa yleisempää ja vaihtoehtoisia kilpailijoita oli tarjolla lähes tuplasti potentiaaliisiin markkinoihin nähden. Lisäksi kaupunkimaiset ja maaseutumaiset

markkinat erosivat etenkin palvelukäytön paikallisuudessa: kaupunkimaisissa seutukunnissa 90 % väestön kysynnästä kohdistui paikallisille markkinoille, kun maaseutumaisilla markkinoilla osuus oli vain kolmannes.

Vuoden 2008 ja 2012 välisenä aikana varsinaisten markkinoiden määrä kasvoi yhteensä 24:llä (+12 %) ja varsinaisten markkinoiden alueilla asuva osuus väestöstä kasvoi 3 prosenttiyksikköä 92 %:iin. Uusia markkinoita perustettiin tarkasteluajana seutukuntiin, jotka olivat kaikin mittarein keskimäärin suurempia kuin markkinat, joilla tarjontaa ei ollut. Palvelutarjonta vastaavasti poistui seutukunnista, jotka olivat kaikin mittarein pienempiä, kuin varsinaiset markkinat, joilla tarjontaa oli. Markkinoiden perustaminen tai poistuminen ei merkittävästi muuttanut alueen asukkaiden palvelujen käyttöä tai käytettyjen palveluntuottajien määrää. Palvelukäytön paikallisuuden aste LIFO kasvoi 28 %:iin. Tuottajien näkökulmasta suurin osa asiakkaista tuli paikallisilta markkinoilta sekä perustetuilla (88 %) että poistuvilla markkinoilla (95 %).

Lisäksi tarkastellut erikoisalajat erosivat toisistaan usein eri tavoin vuonna 2012. Erikoisalasta riippuen varsinaiset markkinat oli 54–75 % Manner-Suomen seutukunnista, ja niillä asui 86–94 % Manner-Suomen väestöstä. Maantieteellisesti laajimmalle levittäytyneillä erikoisaloilla myös mediaanimarkkinan väkiluku ja kaupunkimaisten markkinoiden osuus olivat alhaisemmat. Lisäksi eräillä erikoisaloilla oli muista aloista huomattavasti poikkeavia erityispiirteitä. Esimerkiksi naistentautien ja synnytysten erikoisalalla potilaiden käyntimäärät olivat vähintään kaksinkertaiset ja kilpailevien palveluntuottajien määrä oli lähes kaksinkertainen muihin erikoisaloihin nähden. Erot olivat tilastollisesti merkitsevät ($p < 0,001$). Lastentautien erikoisalalla kilpailevia palveluntuottajia oli kaikkein vähiten.

Palvelujen käyttö kotimarkkinoiden ulkopuolella oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää ortopediassa kuin lastentaudeissa ja iho- ja sukupuolitaudeissa. Ortopedian alalla jopa 41 % potilaista käytti palveluja kotiseutukunnan ulkopuolella, kun taas lastentaudeissa suurin osa asiakkaista (86 %) käytti paikallisten markkinoiden palveluntuottajia. Tuotannon näkökulmasta noin 90 % palveluntuottajien asiakkaista asui paikallisilla markkinoilla kaikilla erikoisaloilla.

4.3 Ikääntyneiden potilaiden yleislääkäripalvelujen hintaa selittävät tekijät

Ikääntyneiden potilaiden maksamat yleislääkäripalkkiot vaihtelivat 15,0 ja 112,0 euron välillä. Keskihinta oli 53,6 euroa, ja keskihajonta 10,0 euroa. Keskittyneisyysindeksi FTHHI puolestaan vaihteli 0,1 ja 1 välillä, joista ensimmäinen vastaa erittäin kireää kilpailutilannetta ja jälkimmäinen monopolia. Hinnan ja keskittyneisyysindeksin välillä oli positiivinen lineaarinen yhteys (kulmakerroin 14,14; $p < 0,001$),

jonka mukaan hinta olisi monopolilääkärillä 14 euroa korkeampi kuin täysin hajautuneen markkinarakenteen kohtaavalla lääkäriellä, mikäli muita tekijöitä ei oteta huomioon. Hinnan vaihtelusta 56 % selittyi yritys-, 11 % toimipiste- ja 20 % lääkäritasolla.

Logaritmoitua hintaa selittävässä monitasomallissa FTHHI-indeksi sai tilastollisesti erittäin merkitsevän kertoimen 0,033. Esimerkiksi FTHHI-indeksin ollessa 0,1 lääkäri perii mallin mukaan noin 3,1 euroa vähemmän kuin tilanteessa, jossa FTHHI-indeksi on 0,7. Kertoimen suuruus ja sen tilastollinen merkitsevyys vaihtelivat melko vähän muuttujia lisättäessä malliin.

Potilastason muuttujista vain potilaan ikä ja tulotaso olivat yhteydessä hintoihin, ja vaikutukset olivat vähäisiä. Vanhin potilas maksoi 1,81 euroa enemmän kuin nuorin 69-vuotias ja pienituloisin 1,04 euroa enemmän kuin hyvätuloisin. Laatu selittävästä muuttujista lääkärin kokemus laski ja päätoimisuuden aste nosti hintaa tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Kokemattomin lääkäri peri 3,62 euroa korkeampaa hintaa, kuin kokenein. Päätoimisuuden asteen nousu taas nosti hintaa enimmillään 6,56 euroa. Lääkärin työntajien määrä sekä sukupuoli eivät selittäneet hintaa. Toimipisteen palveluvalikoiman laajuus nosti hintaa enintään 5,60 euroa, mutta kilpailijan toimipisteiden lukumäärällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta hintaan.

Myös vakuutetun väestön koko, sairastavuus ja terveyskeskuksen käyttö vaikuttivat FTHHI-indeksin kertoimeen odotetulla tavalla. Suuri väestö ja korkea sairastavuus houkuttelivat markkinoille tuloon, ja korkea edellisen vuoden terveyskeskuksen käyttö vähensi sitä. Kyseisten kysyntäkontrollimuuttujien lisääminen ei kuitenkaan vaikuttanut merkittävästi lääkäri-, toimipiste- ja yritystason muuttujien kertomiin ja merkitsevyyteen. Lopullinen malli selitti 3,6 % yritysten, 24,5 % toimipisteiden ja 8,4% lääkäreiden välisestä vaihtelusta. Yksittäisten käyntien välistä vaihtelua malli ei selittänyt.

4.4 Hintajulkaisujen vaikutus MRI-hintaan

Alueellisten keskihintojen julkaisulla ei ollut yleistä yhdenmukaista vaikutusta MRI-hintoihin, vaan mallien kertoimet olivat lähellä nollaa ja ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Palveluntuottajien keskihintojen julkaisu sen sijaan laski MRI-tutkimusten hintoja tilastollisesti merkitsevästi niin markkina kuin palveluntuottajakohtaista hintavaihtelua hyödyntävissä malleissa. Markkinoiden hintavaihtelua hyödyntävässä mallissa julkaistut MRI-hinnat laskivat 10,6 % julkaisemattomiin kontrolli-MRI-kuvauksiin nähden ja potilaiden ja lääkäreiden ominaisuuksien sisällyttäminen malliin vahvisti vaikutusta 10,9 %:iin. Palveluntuottajien toimipistetason hin-

tavaihtelua hyödyntävässä mallissa hintajulkaisu laski hintoja 5,2 %. Tässäkään mallissa DID-estimaatti ei ollut herkkä potilas- ja lääkärikontrollien lisäämiselle, sillä vaikutus nousee vain vähän 5,3 %:iin.

Koska alue- tai tuotemarkkinakohtaiset tekijät saattavat vaikuttaa siihen, mikä vaikutus hintojen julkaisulla on, ja vaikutus saattaa myös muuttua ajassa, estimoimme erilliset hintavaikutukset kvartaaleille, maakunnille ja MRI-toimenpiteille. Ensimmäisellä hintajulkaisulla ei ollut toimenpiteittäin ja kvartaaleittain tarkasteltuna tilastollisesti merkitsevää vaikutusta, mutta maakunnittain tulokset vaihtelivat: DID-kerroin oli tilastollisesti merkitsevä ja negatiivinen (-12,5 – -2,6 %) kolmella alueella ja positiivinen (2,1–5,5 %) kolmella alueella. Muilla 12 alueella vaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä³⁶. Myös toisen hintainformaatiojulkaisun vaikutus vaihteli alueellisesti merkittävästi: hinta laski 9 alueella vaikutuksen vaihdellessa -46,5 ja -12,8 % välillä. Hinta nousi yhdellä alueella 10,1 %, ja lopuilla 9 alueella vaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Lisäksi vaikutus oli tilastollisesti merkitsevä kummallekin hintajulkaisuun kuuluvalla MRI-toimenpiteelle erikseen tarkasteltuna ja vaikutus oli määrältään vain hieman suurempi rintarangan MRI:lle (-10,8 %) kuin lannerangan MRI:lle (-10,0 %).³⁷

Toisen hintajulkaisun vaikutus markkinahintoihin oli lisäksi tilastollisesti merkitsevä -4,6 % heti hintajulkaisua seuraavana kvartaalina, ja ero lähes kolminkertaisui sitä seuraavan vuoden aikana -12,7 %:iin. Myös palveluntuottajahinnoissa havaittiin hintajulkaisun jälkeen -4,1 % lasku ja palveluntuottajat laskivat hintojaan vielä seuraavat puoli vuotta -6,1 %:iin. Sen jälkeen hintaero julkaistujen ja julkaisemattomien toimenpiteiden välillä pieneni ja vaikutti tasaantuvan n. -3 %:n tienoille muuttuen samalla tilastollisesti ei-merkitseväksi.

Alueellinen vaihtelu saattaa selittyä alueellisilla eroilla kilpailutilanteessa, joten tutkimme hintajulkaisun ja markkinoiden keskittyneisyyden yhteisvaikutusta palveluntuottajahintoihin. Ensimmäiselle hintajulkaisulle yhteisvaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Toiselle hintajulkaisulle puolestaan yleistä hintajulkaisun vaikutusta kuvaava DID-kerroin oli positiivinen (0,213), ja DID-FTHHI –yhteisvaikutuksen kerroin oli negatiivinen (-0,859). Molemmat vaikutukset olivat tilastollisesti merkittäviä. Keskittyneemmällä markkinoilla palveluntuottajat alen-

³⁶ Palveluntuottajan hintavaihtelua hyödyntävässä mallissa kerroin oli tilastollisesti merkitsevä ja negatiivinen (-5,2 – -2,8 %) neljällä ja positiivinen (2,0 – 4,1 %) neljällä alueella.

³⁷ Palveluntuottajan hintavaihtelua hyödyntävässä mallissa vaikutus oli negatiivinen (-8,7 – -18,3 %) ja tilastollisesti merkitsevä 8 alueella ja positiivinen (11,2 %) 1 alueella. Rintarangan MRI:n kerroin oli -6,1%, kun lannerangan MRI:n oli -4,9 %.

sivat siis hintojaan enemmän hintojen julkaisemisen seurauksena. Julkaisun nettovaikutus hintaan oli negatiivinen FTHHI-indeksin ollessa yli 0,248, mikä kattaa 78 % havainnoista. FTHHI vaihteli välillä 0,072 ja 0,64, ja estimoitu vaikutus hintoihin vaihteli +15,1 % ja -33,5 % välillä. FTHHI-luokittelumuuttuja tuotti hyvin samanlaisia tuloksia. Lisäksi hintajulkaisua edeltävien hintatrendien analyysi osoitti, että sovelletun menetelmän taustaoletus yhdenmukaisista trendeistä on uskottava.

5 Keskustelu

5.1 Shv-korvauksen ohjausvaikutusta on käytetty viime vuosina

Väitöskirjani ensimmäisessä tutkimuksessa selvitettiin haastatteluin toimialan yritysten ja sidosryhmien näkökulmasta Kelan sairaanhoitovakuutuskorvauksen merkitystä kilpailuympäristössä sekä haastateltavien näkemyksiä shv-korvauksen kehittämiseksi. Tulosten mukaan Kelan shv-korvausten vaikutus yksityisten palvelujen kysyntään ja palvelutuotantoon on yleisesti ottaen vähäinen alhaisen korvaustason vuoksi, ja korvaus on merkittävä vain eräissä poikkeustapauksissa. Tulokset shv-korvauksen merkityksestä potilaan päätöksenteossa tai yritysten hinnoittelussa ovat aiempien tutkimusten (Jäntti 2008, Tuominen ym. 2011) suuntaiset: Kelakorvaus oli haastattelujen toteutusajankohtana vuonna 2012 lääkärinpalkkioille noin 22,1 % ja tutkimuksen ja hoidon toimenpiteille 28,4 %, joten ne olivat kaukana 50 %:in tasosta, jonka aiemmassa kyselytutkimuksessa arveltiin aidosti vaikuttavan potilaiden yksityisen sektorin valintaan (Jäntti, 2008). Niille asiakkaille, jotka joka tapauksessa valitsisivat yksityisen palvelun preferenssiensä pohjalta, korvauksella saattaa kuitenkin tulostemme mukaan olla vähäinen kysyntää lisäävä vaikutus. Myös aiemmissa selvityksissä on todettu, että Kela-korvausta ei pidetä kysyntävaikutuksiltaan täysin yhdentekevänä (Jäntti 2008, Tuominen ym. 2011).

Haastattelujen toteutuksen jälkeen yleinen korvaustaso on jatkanut laskuaan lääkärinpalveluissa 7,9 %:iin vuonna 2023 ja tutkimuksen ja hoidon osalta korvaukset poistettiin lähes kokonaan, joten korvausten merkitys yksityisen sektorin valintaan tai yksityisten palvelujen kysynnän määrää väheni huomattavasti. Vuoden 2024 alussa lääkärinpalkkioiden korvauksia kuitenkin korotettiin tuntuvasti, kahdeksasta eurosta 30 euroon, jolloin kysymys korotuksen vaikutuksesta kysyntään tai sen välittymisestä hinnankorotusten kautta yritysten voittomarginaaleihin on noussut ajankohtaiseksi (Toivonen 2024, Lindholm 2024). Tulostemme mukaan palveluntuottajien arvellaan korottavan hintoja, mikäli korvauksia korotettaisiin. Tämä on vakuutusteoriassa yleisesti kuvattu mekanismi, jossa palveluntuottajat korottavat hintojaan ja keräävät osan korotetuista korvauksista omiin voittomarginaaleihinsa monopoli-voiman turvin (mm. Feldstein 1973). Suomen yksityisen hammashuollon markki-

noilla on myös havaittu, että 30–40 % shv-korvauksen korotuksesta välittyi palvelujen hintoihin (Maljanen ym. 2011). Hammashuollossa korvauksen korotuksen vaikutus kuitenkin oletettavasti poikkeaisi terveystarkkainoista mm. siksi, että hammashuollon palveluja ei tavallisesti korvata yksityisestä sairauskuluvakuutuksesta. Kattavat ja alati yleistyvät terveystarkkainoukset heikentävät asiakkaiden kannustimia hintavertailuun ja siten laskevat alalla kysynnän hintajoustoa (Valtonen ym. 2014). Lääkäripalkkiokorvausten korotusten vaikutuksista ei ole toistaiseksi tehty tutkimusta, mutta korotuksen on arveltu lisänneen palvelujen kysyntää vain noin %:lla (Lindholm 2024). Korotuksen on myös kritisoitu hyödyttäneen pääasiassa niitä, jotka joka tapauksessa käyttäisivät yksityisiä palveluja, mutta alustavien laskelmien mukaan muutos on ollut tasainen kaikissa tuloluokissa (Moustgaard ym. 2024). Hallitus suunnittelee vuonna 2025 lääkäripalkkioiden korvauksen korotusta edelleen 50 euroon (Toivonen 2024).

Yleisestä linjasta poiketen shv-korvausten nähtiin kuitenkin lisäävän kysyntää ja nostavan hintatasoa korkean korvaustason toimenpiteiden, kuten MRI-kuvausten tapauksessa, mikä kuvastaa shv-korvausten potentiaalia kysynnän lisäämisen välineenä. Palveluittain vaihtelevien korvaustasojen järjestelmä saattaa ohjata yrityksiä myös suosimaan niitä palveluja, joissa korvaukset ovat suurempia (Christensen ym. 2009). Yleiseen korvaustasoon nähden suhteellisen korkeat MRI-korvaukset ovat mahdollisesti kiihdyttäneet magneettikuvauslaitteinvestointeja sekä markkinoiden kasvua ja alueellista leviämistä. Vuonna 2016 tehtyjen MRI-tutkimusten määrä oli Suomessa (46,5/1000 asukasta) alle OECD-maiden keskiarvon (56,9), mutta Suomessa oli neljänneksi eniten MRI-yksiköitä asukasta kohden: 26 laitetta miljoonaa asukasta kohti, kun OECD:n keskiarvo oli 14,9 (OECD 2017a, OECD 2017b, Hiltunen 2019). Vaikka korvaukset saattavat hintojen kohoamisen myötä heikentää markkinoiden staattista tehokkuutta lyhyellä aikavälillä ja asettaa palveluinnovoinnille rajoitteita, niillä lienee myös potentiaalia vauhdittaa investointeja ja markkinoiden suotuisaa kehittymistä, kuten entistä tehokkaampien tai vaikuttavampien hoitomuotojen leviämistä niihin kohdennettuina.

Lisäksi korvattavuuskriteereillä nähtiin olevan oma ohjausvaikutuksensa yritysten tuotantopäätöksiin ja palvelumuotoiluun. Vaikka korvattavuuden taloudellinen hyöty olisikin potilaalle vähäinen, korvattavuuden kriteereistä ei haluttu poiketa. Kela-korvauksen nähtiin nimittäin signaloivan kuluttajalle ulkopuolisen tahon validoimaa laatua, sillä korvausta maksetaan vain lääketieteellisesti vaikuttavasta terveyspalvelusta. Korvattavuuskriteerit ohjaavat markkinoita siten kohti standardoitua palveluvalikoimaa, joka on tasalaatuisempi, mutta joka saattaa samalla estää entistä tehokkaampien tai vaikuttavampien palvelujen kehittämistä ja toimia siten markkinoiden kehittämisen kannalta tärkeiden innovaatioiden esteinä.

Haastattelujen perusteella esimerkiksi laboratoriotutkimuksissa korvauksen arveltiin ylläpitävän tehotonta tuotantokapasiteettia ja diabeteksen hoitokokonaisuutta

verensokeriseurantoiheen ei haluttu kehittää pidemmälle sen jäätyä shv-korvattavuuden ulkopuolelle. Vuonna 2013 laboratoriotutkimusten korvauksia leikattiin noin kolmanneksella ja vuoden 2023 alussa ne poistettiin kokonaan (HE 237/2022, HE 113/2012). Viime vuosina markkinoille onkin tuotu lukuisia laboratoriotutkimuksiin perustuvia terveydentilan kartoittamisen ja seurannan palveluja (Helsingin Sanomat 72024). Korvausten heikentyminen ja poistuminen onkin saattanut lisätä yritysten mielenkiintoa uudenlaisten laboratoriopalvelupakettien innovointiin. Myös shv-korvauksen suoriteperusteisuutta kritisoitiin, sillä aiemmista tutkimuksista tiedetään, että suoriteperusteisuus saattaa kannustaa toimenpidemäärien lisäämiseen (mm. McGuire 2000) ja pitkittää vanhentuneiden hoitojen tai tehottomien tuotantotapojen käyttöä (Christensen ym. 2009).

Shv-korvauksen kehittämiseksi ehdotettiin sen ohjausvaikutuksen entistä tavoitteellisempaa hyödyntämistä esimerkiksi kohdentamalla korvauksia vaikuttaviin palveluihin ja uusiin palvelumuotoihin. Viime vuosina ohjausvaikutusta onkin hyödynnetty mm. vuonna 2016, kun shv-korvaus ulotettiin myös etäpalveluihin (Sorjainen 2016), sekä koronapandemian aikana, jolloin etäpalvelujen korvauksia korotettiin väliaikaisesti. Tavoitteena oli tukea kansalaisten etäpalvelujen käyttöä pandemian aikana, jolloin kontaktien välttäminen oli tärkeää ja palvelutarpeet muuttuivat nopeasti. (Pakkala 2021, Rissanen ym. 2020.) Toimialan kahden suurimman yrityksen etävastaanottojen määrä yli kaksinkertaistui vuoden 2020 loppuun mennessä pandemiaa edeltäneistä luvuista maalisi–helmikuun taitteessa vuonna 2020 (Jormanainen 2020). Shv-korvaukset ovat mahdollisesti vauhdittaneet alan digitaalista siirtymää osaltaan, vaikka koronapandemian pakote oli kiistatta merkittävin digiloikkaa vauhdittava tekijä (Jormanainen 2020).

Toisaalta osa haastateltavista kannatti myös shv-korvausten lakkauttamista monikanavaisen palvelujärjestelmän selkeyttämiseksi. Korvaukset leikattiinkin vuoden 2023 alussa ennätyksellisen alhaiselle tasolle. Perusteena leikkauksille esitettiin säästöjen osoittaminen hyvinvointialueiden käyttöön kasvavan hoitajamitoituksen rahoittamiseksi (Toivanen 2022). Haastatteluissamme vuonna 2012 kuitenkin esitettiin huoli siitä, että sairaanhoitovakuutuksen korvausmenot olisivat kokonaisuudessaankin ja vain perusterveyshuollon mittakaavassa niin vähäiset, ettei niillä saataisi aikaan mitään vaikutusta.

Tutkimuksessa onnistuttiin kartoittamaan yksityisten terveystalvelujen shv-korvausten merkitystä ja kehittymismahdollisuuksia monipuolisesti. Tutkimusmenetelmät soveltuivat tähän kiitettävästi ja saimme muodostettua tavoitteiden mukaisesti hyvän käsityksen Kelan sairaanhoitovakuutuksen roolista yksityisen terveystalvelualan kilpailuympäristössä. Tuloksiin on kuitenkin syytä suhtautua varauksella pienen havaintomäärän ja haastateltavien vaihtelevien taustojen ja asiantuntemuksen vuoksi. Vastaukset alkoivat satureoitua haastattelujen edetessä, mutta silti tulokset eivät edusta kaikkia näkökulmia toimialalla. Lisäksi tulkinnoissa on otettava huomioon

haastateltavien mahdolliset vaikuttamispyrkimykset, tosin anonyymiteetin turvin uskomme, että haastateltavat uskaltautuivat vastaamaan kysymyksiin organisatorisista tai poliittisista taustoistaan riippumattomasti. Valitettavasti tutkimuksen kaikki tulokset eivät myöskään kestä kovin hyvin aikaa, sillä toimiala muuttuu jatkuvasti ja myös Kelan shv-korvauksiin on tehty muutoksia haastattelujen toteutuksen jälkeen. Toisaalta etenkin shv-korvauksen kehittämisehdotukset priorisointikohteineen ovat tiukentuvan julkisen talouden aikana kenties entistäkin ajankohtaisempia ja haastattelujen jälkeen sairaanhoitokorvausten ohjausvaikutusta on myös hyödynnetty entistä rohkeammin.

5.2 Yleisimmät erikoislääkäripalvelut ovat saatavilla valtaosalle väestöä

Yksityisten lääkäripalvelujen tarjonta on keskittynyt Suomessa kaupunkimaisiin väestökeskittyymiin suuremman potentiaalisen kysynnän luo: Kaupunkimaisten alueiden tulotaso on korkeampi ja yksityisten palvelujen käyttö on sitä yleisempää, mitä suuremmat tulot ovat (Blomgren & Virta 2014 ja 2020). Kaupunkilaisten on myös todettu käyttävän enemmän yksityisiä terveystalouksia (Kleiner ym. 2012). Vaikka tutkituilla erikoisaloilla palvelujen tarjonta kattoi vain 54–75% seutukunnista, vain 6–14% kansalaisista asui vuonna 2012 seutukunnassa, jossa tutkittujen alojen lääkäripalveluja ei ollut tarjolla. Vuosien 2008–2012 aikana yksityiset lääkäripalvelumarkkinat levittäytyivät entistä harvemman asutuksen alueille, joten 7 prosenttiyksikön kasvu markkina-alueiden kattavuudessa paransi palvelujen paikallista saatavuutta vain 3 %:lle kansalaisista. Pienemmän potentiaalisen kysynnän markkinoille laajentuminen viestii alueellisesti kattavan ketjun tuomasta neuvotteluvoimasta. Valtakunnallisuus saattaa olla eduksi tai jopa edellytys esimerkiksi työterveyshuollon merkittäviin valtakunnallisesti toimivien asiakkaiden kilpailutuksiin osallistumiselle (Salonen ym. 2024). Toisaalta ketjumaisen liiketoiminnan tuomat mittakaavaedut saattavat tehdä liiketoiminnasta kannattavaa entistä pienemmän potentiaalisen kysynnän alueilla (Lipszynski ym. 2009).

Kun toimipiste perustettiin uudelle markkina-alueelle, palvelukäyttö seutukunnassa lisääntyi ja huomattava 28 % osa asiakasmarkkinoiden kysynnästä kohdistui uudelle tuottajatulokkaalle markkinoille tuloa seuraavana vuonna. Vaikka kulutustottumusten tiedetään muuttuvan terveystalouksissa hitaasti (mm. Jäntti 2008), läheinen sijainti on olennainen kilpailuetu (Ringel 2002, Kleiner ym. 2012). Epätäydellisen kilpailuteorian mukaan uudelle markkina-alueelle levittäytyvä kilpailija kykenee keräämään alueelta monopolivoittoja, jotka motivoivat alueellista levittäytymistä. Matala julkisen palvelun asiakasmaksu sekä julkisen sektorin tai alueen ulkopuolisten yksityisten palvelujen käyttöä puoltavat aiemmat tottumukset rajoittanevat kuitenkin monopolihinnoittelua. Vuonna 2012 yksityisten palvelujen saatavuuden

ulkopuolella asuva vähemmistö asui seutukunnissa, joiden muuttotappio ja jo entuudestaan pieni asiakaskunta heikentävät yritysten kannattavuusnäkyviä. Harvemmin käytettäville palveluille tarvitaan lisäksi suurempi potentiaalinen kysyntä, joten mitä erikoistuneempi palvelu on kyseessä, sitä epätodennäköisempää on tarjonnan leviäminen koko maahan. Shv-korvattujen palvelujen alueellista saatavuutta ei kuitenkaan ole selvitetty vuoden 2012 jälkeen, joten tietoa markkinoiden alueellisesta leviämisestä sittemmin ei ole.

Tutkimuksen tuloksissa korostuu perinteisen terveystalouden paikkariippuvuus ja sijainnin merkitys kilpailussa. Tutkimuksen toteutusaikana vuonna 2012 digitaalisia terveystalouksia vasta visioitiin (Sorjanen 2016), mutta nykyään ne kuuluvat terveystalouksien tavalliseen palveluvalikoimaan saavuttaen asiakkaat paikasta riippumatta. Etälääkäripalvelujen aikakautena uusia asiakkaita voidaankin tavoittaa toimipisteiden perustamisen ohella myös digitaalisia palveluväyliä rakentamalla. Silti etäpalvelut soveltuvat vain osaan terveystalouksista, joten perinteinen vastaanotto toiminta ja sijainti monopolivoiman lähteenä ovat alalla yhä keskeisiä (Kaihlainen ym. 2021, Salonen ym. 2024).

Palvelun saatavuuden arvioinnissa on lisäksi keskeistä, millä aluerajoituksella palvelu määritellään saatavilla olevaksi. Tämä nk. relevantti markkina-alue on kuitenkin todellisuudessa eri kullekin palveluntuottajalle ja asiakkaalle, joten alueelliset rajanvedot ovat aina jossain määrin keinotekoisia (Gaynor ym. 2013). Tarkastelemalla seutukuntamarkkinoiden rajat ylittävää matkustuskäyttäytymistä havaittiin, että etenkin maaseutumaisissa seutukunnissa asuvat asiakkaat matkustivat lääkärin vastaanotolle kotiseutukunnan ulkopuolelle muita yleisemmin, joten näillä alueilla relevantti markkina-alue saattaa olla seutukuntaa suurempi. Toisaalta palveluntuottajien näkökulmasta seutukunta vastasi markkina-aluetta hyvin, sillä erikoisalasta riippumatta noin 90 % asiakkaista tuli seutukunnan sisältä. Tarkastelutapojen välinen ero selittyy sillä, että palveluntuottajat sijaitsevat tyypillisesti seutukuntakeskuksissa, kun taas asiakkaita asuu myös seutukuntien raja-alueilla, mistä kotiseutukunnan ulkopuolelle matkustaminen on relevantti vaihtoehto. Aiemmissa tutkimuksissa tällainen asiakasmarkkinoiden määrittelyn heikkous on kuitenkin hyväksytty sillä perusteella, että paikallisilla markkinoilla tyydytettäisiin erilaista palvelutarvetta, kuin paikallisten markkinoiden ulkopuolella (Gaynor & Vogt 2000). Lisäksi asiakkaat matkustavat muustakin syystä, kuin terveystalouksia kuluttaakseen, joten palveluntuottajan ja potilaan asuinpostinumeroiden välisen etäisyyden tulkitseminen terveystalouden käytön vuoksi matkustetuksi matkaksi todennäköisesti yliarvioi todellisen palvelujen vuoksi matkustamisen.

Erikoisalojen väliset huomattavat erot tuloksissa tukevat myös teoriaan pohjautuvaa (mm. Kleiner 2012 ja Gaynor 2013) oletusta siitä, että relevantit tuotemarkkinat jakautuvat lääkäripalveluissa erikoisaloittain. Erikoisaloittaiset erot mm. palve-

lutarpeen kiireellisyydessä, asiakkaiden preferensseissä, yksityisen vakuutuksen taloudellisissa kannustimissa, lääkäreiden työmarkkinoissa sekä julkisen sektorin palvelutasossa tarjoavat potentiaalisia selityksiä asiakkaiden kysyntäkäyttäytymisen sekä markkinarakenteen eroihin. Esimerkiksi gynekologian alalla julkisen palvelutarjonnan vähäisyys ja tyypillisen käynnin tarkastuksenomainen luonne saattavat lisätä yksityisten palvelujen käyttöä (Mikkola ym. 2012). Lastentautien erikoisalalla kilpailijoiden vähäinen määrä kysyntään nähden saattaa liittyä raportoituun lääkäripulaan (Kuntatyönantajat 2012), ja palvelukäytön paikallisuus saattaa selittyä lasten sairauskuluvakuutusten yleisyydellä ja palvelutarpeen luonteella. Hintajouston ollessa alhainen kattavan vakuutuksen takia muut tekijät, kuten palvelun sijainti, korostuvat tuottajan valinnassa ja etenkin sairaan lapsipotilaan kanssa palvelun läheisyyden merkitys korostuu. Lisäksi palvelun läheisyys saattaa lisätä vakuutuksenottoa, joka puolestaan lisää palvelukysyntää lähialueen väestössä ja lyhentää matkustetäisyyttä siten entisestään.

Ortopedian erikoisalalla potilaiden runsas markkina-alueen ulkopuolinen palvelukäyttö saattaa johtua palvelutarpeen välttämättömyydestä ja yksityisistä tapaturmavakuutuksista, jotka tavallisesti korvaavat tapaturmavastaanotot ilman omavastuuosuuksia. Nurminen (2021a) havaitsi tutkimuksessaan, että yrityskaupat eivät nostaneet ortopedian hintoja markkinarakenteen keskittymisestä huolimatta. Tämäkin tulos viittaa alan matalaan hintajoustoan, joka saattaa liittyä kattavaan vakuutukseen. Lisäksi ortopedialla on erityinen merkitys lääkärikeskusten liiketoiminnalle, sillä valtaosa kuvantamistutkimuksista tehdään ortopedien lähettämänä (Hiltunen 2017). Vaikka ortopedit toimivat yrityksissä riippumattomina ammatinharjoittajina, on mahdollista, että yritysten intressit vaikuttavat myös markkinarakenteeseen tai hinnoitteluun esimerkiksi pyrkimyksinä pitää ortopediverkosto alueellisesti kattavana ja hinnat matalalla tasolla.

5.3 Yleislääkäripalvelun hinta määräytyy usealla tasolla

Suomen yksityisillä yleislääkärimarkkinoilla lääkärit määrittävät lähtökohtaisesti itse palkkionsa. Tutkimus rajattiin lisäksi ikääntyneiden asiakassegmenttiin, jossa vakuutusyhtiön hintaneuvottelua ei tapahdu. Tutkimuksemme mukaan yleislääkäreiden markkinarakenteen ja hinnan välinen yhteys on epätäydellisen kilpailun teorioiden oletusten suuntainen: Mitä kireämpi lääkärin kohtaama kilpailutilanne on, sitä alhaisemmat ovat lääkärinpalkkiot. Vaikka havaittu yhteys on määrältään vähäinen, se on linjassa aiempien tutkimusten kanssa. Mm. Dunnin ym. (2014) tutkimuksessa 10 % lisäys keskittyneisyydessä oli poikittaistarkastelussa yhteydessä 0,5–1 % korkeampaan hintaan, kun tulostemme mukaan vastaava yhteys Suomen yleislääkäripalveluissa oli hieman alhaisempi 0,33 %. Hausman & Lavetin (2021) tutkimusta

linjailten on syytä huomioida, että keskittyneisyys saattaa liittyä myös lääkäriyön suurempiin mittakaavaetuihin, mikä saattaa laskea hintoja ja aliarvioida keskittyneisyyden todellista vaikutusta hintaan.

Tutkimus antoi viitteitä myös muista lääkäreiden neuvotteluvoiman lähteistä, sillä esimerkiksi toimipisteen laaja palveluvalikoima oli yhteydessä korkeampiin hintoihin. Toisaalta esimerkiksi yrityksen mittakaavaa kuvaavalla toimipisteverkoston laajuudella ei ollut yhteyttä hintaan, mutta muuten lääkärin työskentely-yritys selitti hintavaihtelusta yli puolet. Vaikka lääkärit hinnoittelevat palvelunsa itsenäisesti, yritysten liiketoimintamalleissa ja lääkäreiltä perityissä vuokrissa on yritys-kohtaista vaihtelua, mikä todennäköisesti vaikuttaa lääkäreiden ammatinharjoittamisen kuluihin. Myös aiempien tutkimusten mukaan yrityksen toimintamuoto on keskeinen hinnoittelustrategian selittäjä niin yksityisasiakkaan palveluissa (Buri 2024) kuin työterveyshuollossa (Kankaanpää 2012).

Lisäksi yrityksen lisäpalvelut, kuten sähköiset ajanvarausjärjestelmät ja markkinointipanostukset voivat nostaa asiakkaan kokemaa laatua, minkä turvin yrityksen lääkärit saattavat korottaa hintojaan. Vaikka Burin mukaan itsenäiset ja ketjumaiset yritykset eivät eroa kuluttajan silmissä laadultaan, esimerkiksi digitaalisten palvelujen saatavuus oli tärkeä valintakriteeri niitä arvostavalle (Buri 2024). Samalla lisäpalvelut tuottavat MAR-teorian (Dewers ym. 2003) mukaisesti lääkäreille lisäarvoa, joten yritys voi todennäköisesti kattaa laatupanostusten kuluja perimällä lääkäreiltä korkeampaa vuokraa. Tutkimusaineistoa yritysten lääkäreiltä perimistä vuokrasta ei kuitenkaan ollut saatavilla, joten se, mikä osuus yritystasolla selittyvästä hintavaihtelusta jää vuokratason kautta yrityksen voitoksi ja mikä osuus lääkärin voitoksi, jää epäselväksi.

Lisäksi lääkärin kokemus, jonka oletettiin indikoivan lääkärin laatua, olikin negatiivisessa yhteydessä hintaan. Lääkärin pidemmän kokemuksen ja sivutoimisen yksityisellä alalla työskentelyn hintaa laskevat yhteydet ilmentävätkin todennäköisesti lääkäreiden vaihtelevia voitontavoittelun motiiveja. Aiemmista tutkimuksista tiedetään, että nuoret lääkärit arvostavat työtään iäkkäämpiä vähemmän (Heikkilä ym. 2009), mikä voi ilmetä aktiivisempänä voiton tavoitteluna. Lisäksi sivutoiminen yksityispraktiikan pitäminen tarkoittaa tyypillisesti päätoimista työtä julkisella sektorilla, jolloin yksityispraktiikan lisäansioiden marginaalilyhyty on pienempi kuin yksinomaan yksityisellä sektorilla työskentelevillä. Lisäksi miehet hakeutuvat yksityissektorille useammin kuin naiset korkeampien tulojen motivoimana (Saarinen 2008) ja miesten havaittiinkin tekevän myös keskimäärin enemmän työtä päivässä. Lääkärin sukupuoli itsessään ei selittänyt hintatasoa. Toisaalta kyse voi olla myös valikoitumisharhasta, mikäli kokeneemmat lääkärit ovat muuten erilaisia kokemattomiin verrattuna. Myös lääkärin vastaanottopalkkioiden tasolle jäi yhä vaihtelua, jota potilaiden erot eivät selittäneet. Tämä oli toisaalta odotettavaa, sillä tutkimusotos oli rajattu melko homogeeniseen eläkeikäisten joukkoon.

Tutkimuksen tulokset koskevatkin ikääntyneiden asiakkaiden lääkäripalvelumarkkinoita, joilla yksityinen sairauskuluvakuutus on harvainen, Tulokset eivät ole suoraan ole yleistettävissä koko populaatioon, sillä terveysvakuutusten tiedetään heikentävän potilaiden kannustimia hintavertailuun. Hinta saattaa siten olla ikääntyneille tärkeämpi lääkärin valintakriteeri, ja ikääntyneiden otoksessa yleislääkäreiden keskihinta olikin koko populaatioon nähden hieman matalampi. Mikäli ikääntyneiden palveluntuottajat ja lääkärit ovat samanlaisia kuin koko populaatiossa, yleislääkärit hinnoittelevat kaikenikäisille potilaille samoin ja ikääntyneet tekevät markkinoilla valintoja, kuten muutkin itse maksavat asiakkaat, tulos keskittyneisyyden ja hinnan välisestä yhteydestä voitaisiin yleistää kaikkiin itse maksaviin yleislääkäripalvelujen asiakkaisiin. Ikääntyneiden valitsevat lääkärit olivat kuitenkin koko populaatioon nähden kolmanneksen keskittyneemmiltä markkinoilta ja ikääntyneiden päätöksenteko saattaa myös erota koko populaatiosta. Markkinat eroavat tunnetusti merkittävästi myös erikoisaloittain (osajulkaisu II, Nurminen 2021a), joten tulosten yleistäminen muille erikoisaloille ei ole mahdollista. Tutkimus olisikin hyötynyt analyysin laajentamisesta useisiin asiakasryhmiin tai erikoisaloihin, jolloin se olisi osoittanut myös erot ja yhtäläisyydet eri potilasryhmien ja palvelujen välillä.

Tutkimusasetelmamme ei mahdollistanut kausaalipäätelmien tekemistä, sillä on mahdollista, että mallista puuttuu markkinoiden houkuttelevuuteen sekä hintatasoon vaikuttavia taustamuuttujia. Terveyspalvelusektorivalinnan ja yksityisten terveyspalvelujen käytön määrän on todettu liittyvän etenkin tulotasoon, mutta myös ammattiluokkaan ja jossain määrin myös koulutukseen (Blomgren & Virta 2020). Mikäli asiakkaiden kysynnän hintajousto on tietyllä alueella esimerkiksi alhaisempi, se saattaa houkutella tuottajia markkinoille, ja johtaa hajautuneempaan markkinarakenteeseen sekä korkeampiin hintoihin. Mikäli keskeinen kysynnän erilaisuutta selittävä taustamuuttuja puuttuu selitysmallista tai kustannustason kontrollina käytetty alueellinen vuokrataso ei kuvaa yritysten alueittain vaihtelevia kustannuksia, FTHHI-kertoimemme yli- tai aliarvioisi keskittyneisyyden todellista yhteyttä hintaan.

FTHHI kuitenkin lieventää keskittyneisyyden ja hinnan välisen yhteyden tutkimiseen liittyvää endogeenisuusongelmaa, joka johtuu tuottajien välisistä piilevistä laatueroista. Potilaan kokemaa laatua ei kyetä mittaamaan ikinä täydellisesti, mutta parempi koettu laatu nostaa samanaikaisesti sekä tuottajien markkinaosuuksia, että palvelujen hintoja, aiheuttaen keskittyneisyyden kertoimen yliestimoitumista hintaa selitettäessä. FTHHI muodostetaan toteutuneiden markkinaosuuksien sijaan matkustusetäisyyksien perusteella estimoiduista markkinaosuuksista, jolloin ongelma lieventyy (Dunn ym. 2014) Kausaalipäätelyn parantamiseksi jatkotutkimuksissa olisi kuitenkin hyödyllistä tarkastella markkinarakenteen ja hintojen kehitystä ajallisesti, jolloin alueelliset ajassa suhteellisen muuttumattomat erot markkinoille tulon hou-

kuttelevuudessa eivät vaikeuta kausaalipäätelyä. Erityisesti luonnollisessa koeasetelmassa, jossa markkinarakenteen muutos on eksogeeninen, kausaalipäätelyn luotettavuus olisi parhaimmillaan (vrt. Hausman & Lavetti 2021).

Lisäksi markkinoiden määrittely on aina haastavaa. FTHHI on kuitenkin laskentatapansa vuoksi hyvin vakaa määrittelystä markkinan koosta riippumatta ja palvelualoittainen tarkastelu on aiemmankin tutkimuksen valossa hyvin perusteltua (mm. Kleiner 2012, KKV 2020b). Lääkäreiden välinen kilpailu on todennäköisesti relevantti kilpailun taso, tosin yritystasolla on myös huomattava vaikutus. Aiemmassa kotimaisessa tutkimuksessa Nurminen ja Saxell (2020) havaitsivat yleislääkärin vastaanottopalkkioiden nousevan vain hieman yrityskaupan seurauksena ja gynekologian erikoisalalla, jossa hinta nousi eniten, n. 5 %, vaikutusmekanismiksi tulkittiin lääkäreiden työpaikan vaihtaminen, joka nosti lääkäreiden neuvotteluvoimaa osteuteissa yrityksissä. Tämä tukee oletustamme lääkäritason relevanttiudesta lääkäripalvelukilpailun tutkimuksessa. Tutkimus olisi kuitenkin saattanut hyötyä lääkäri- ja yritystason keskittyneisyyden yhtäaikaisesta tarkastelusta.

Tulostemme perusteella voidaan pitää todennäköisenä, että yleislääkärit hyödynävät markkinavoimaa epätäydellisen kilpailuteorian oletusten mukaisesti hinnoittelussaan vähäisissä määrin. Tarvittaessa markkinahintoihin voitaisiin siis todennäköisesti myös vaikuttaa markkinarakenteen keskittymistä rajoittavin kilpailupoliittisin toimin, mutta nykyisellään niihin ei ole tarvetta, sillä lääkärimarkkinat ovat hyvin hajautuneet ammatinharjoittajalääkäreiden runsaan lukumäärän ja itsenäisen hinnoittelun vuoksi. Lisäksi lääkäripalvelujen hinnoitteluun vaikuttavia tekijöitä ei tietävästi ole aiemmin selitetty monitasomallinnuksella, joka kykeni osoittamaan myös kullekin tuotantotasolle jääneen selittämättömän vaihtelun. Yritys- ja toimipistetasoihin liittyvillä laatu- ja kustannustekijöillä havaittiinkin olevan hintaan lääkäreiden välistä kilpailua huomattavasti suurempi yhteys. Hinnan vaihtelua selittivät todennäköisesti myös lääkäreiden erilaiset voitontavoittelun motiivit.

5.4 Hintainformaatiojulkaisulla voidaan lisätä kilpailun painetta

Neljännessä osajulkaisussa tutkittiin kahden erilaisen hintajulkaisun vaikutuksia yksityisten magneettikuvauksen (MRI) markkinoilla ja arvioitiin vaikutuksen yhteyttä markkinarakenteeseen difference-in-differences (DID)-menetelmällä. Tulosten mukaan Kelan vuonna 2012 julkaisemat kuntatason keskihinnat eivät laskeneet MRI-hintoja, mikä viittaa siihen, että aloite ei edistänyt kilpailua tai saavuttanut kustannussäästöjä. Lääkärihint.fi:n palveluntuottajien keskihintojen julkaisu joulukuussa 2015 sen sijaan laski julkaisussa mukana olleiden MRI-tutkimusten hintoja 10,6 % ja palveluntuottajahintoja 5,2 % niihin MRI-kuvauksiin nähden, jotka eivät olleet julkaisussa mukana. Aiemmissa tutkimuksissa esimerkiksi Wu (2014) havaitsi 18 %:n

ja Whaley ym. (2014) 13 %:n hinnan laskun MRI-hinnoissa niille, jotka hyödynsivät hintavertailusivustoja. Tulokset eivät kuitenkaan ole suoraan vertailukelpoisia, sillä tutkimuksemme altistusryhmä sisälsi kaikkien potilaiden käynnit riippumatta siitä, onko hintavertailusivustoa käytetty. Tällaisella asetelmalla estimoitu vaikutus on oletettavastikin vähäisempi, sillä aiemman kirjallisuuden perusteella vain pieni osa kuluttajista hyödyntää tarjolla olevaa vertailutietoa (Kumpulainen 2014, Desai ym. 2016; Chernew ym. 2018).

Kahden hintajulkaisun erilaisia tuloksia voidaan selittää mm. vertailutyökalujen eroilla, sillä julkistetun tiedon määrällä ja esittämistavalla on tärkeä rooli siinä, miten kuluttajat ja palveluntuottajat siihen reagoivat (Montag & Winter 2020). Kuluttajat eivät pysty käyttämään Kelan tarjoamaa kuntien keskihintatietoa palveluntuottajien vertailuun suoraan. Sen sijaan Lääkärihinta.fi listasi MRI-palveluntuottajat ja hinnat alueittain ja palveluittain ja mahdollisti suoran palveluntuottajien vertailun. Toisaalta mm. Desain ym. (2016) mukaan tärkeä syy siihen, miksi hintatiedon lisääminen ei johtanut säästöihin, oli tiedon vähäinen käyttöaste. Meillä ei ollut tietoa sivustojen käytöstä, mutta Lääkärihinta.fi-sivustoa käytettiin todennäköisesti enemmän, sillä se oli kaupallisen yrityksen tarjoama ja markkinoitu tuote. Lisäksi markkinoilla, joilla hintojen läpinäkyvyys on lähtötilanteessa hyvin alhainen ja palveluntuottajat ovat taipuvaisia kartelleihin, hintajulkaisu saattaa jopa heikentää kilpailua (Montag & Winter 2020). Jos hinnoittelu on ollut yhdenmukaista, palveluntuottajat saattavat ottaa julkaistun keskihinnan uudeksi kartellihinnaksi ja yksinkertaisesti nostaa tai laskea hintojaan sen tasolle. Havaitimmekin Kelan hintajulkaisulle alueellisia vaikutuksia, jotka vaihtelivat sekä kilpailua edistävään, että sitä heikentävään suuntaan 8 maakunnassa. Jopa kuntien keskihintojen julkaisu saattoi siten luoda palveluntuottajille painetta joko nostaa tai laskea hintoja niin, että ne paremmin vastaavat kollusiivista hintatasoa.

Toisen hintajulkaisun osalta sekä palvelu- että aluekohtaiset hintavaikutukset olivat yleisemmin kilpailua edistäviä, mutta alueellisten vaikutusten suuruudessa oli silti huomattavaa vaihtelua. Lisäksi hinnat laskivat enemmän keskittyneillä markkinoilla, joilla palveluntuottajilla oli siis enemmän monopolivoimaa ennen hintatiedon julkistamista. Tulos on linjassa aiemman kirjallisuuden kanssa, jonka mukaan hintajulkaisu edistää kilpailua tehokkaammin, jos lähtötilanteessa markkinoiden suorituskyky on alhainen (Montag & Winter 2020). Kelan hintajulkaisussa markkinarakenne ei ollut yhteydessä hintavaikutukseen. Tämä tukee epäilyämme kollusiivisesta hinnoittelusta, joka määritelmän mukaan ei reagoi pieniin muutoksiin kilpailutilanteessa ja on todennäköisempi, kun hintojen läpinäkyvyys on heikkoa. Yksi mahdollinen selitys kahden hintajulkaisun erilaisille vaikutuksille onkin julkaisuhetken erilainen kilpailutilanne. Ensimmäinen hintajulkaisu ei lisännyt hintatietoja riittävästi yhdenmukaisen hinnoittelun rikkoutumiseksi. Markkinahäirikön markkinoille tulo kuitenkin muutti hintakilpailun logiikan olennaisesti ennen toista hintajulkaisua.

Dynaamisten vaikutusten analyysi paljasti myös, että Lääkärihinta.fi:n julkaisemien MRI-kuvausten hinnat jatkoivat laskuaan saavuttaen n. -12 %:n eron kontrol-litoimenpiteisiin nähden tutkimusjakson loppuun mennessä. Palveluntuottajakohtai-sella vaihtelulla estimoituna hinnat olivat n. 4–6 % alhaisemmat julkaisua seuraavan vuoden ajan, mutta vaikutus muuttui tilastollisesti ei-merkitseväksi tämän jälkeen. Koska jälkimmäisessä tarkastelussa palveluntuottajien kiinteiden vaikutusten lisää-minen malliin kontrolloi ajassa muuttumattomia piileviä eroja palveluntuottajien vä-lillä, emme voi täsmällisesti nimetä, mistä erot lähestymistapojen välillä johtuvat. Uskottavin selitys on se, että jälkimmäinen mallinnus ei ota hintavaikutuksen esti-moinnissa huomioon ennen hintajulkaisua markkinoilta poistuneita tai julkaisun jäl-keen markkinoille tulleita palveluntuottajia, vaikka tuottajien vaihtuvuudella tiede-tään olevan keskeinen merkitys markkinoiden uudistumisessa. Uudet markkinoille tulevat toimijat joutuvat todennäköisesti ottamaan hinnan markkinoilta annettuna, sillä heillä ei ole vakiintuneen asiakaskunnan tuomaa hinnoitteluvoimaa, joten va-kiintuneemmille tuottajille estimoidut hintavaikutukset ovat oletetusti maltillisem-pia.

Myös palveluntuottajien piilevät laatuero-erot verrokkiryhmien välillä saattavat se-littää eroja. Standardoiduissa MRI-palveluissa lääketieteellinen laatu tuskin on tär-keä tekijä potilaiden päätöksenteossa, mutta esimerkiksi yrityksen brändi ja maine saattavat vaikuttaa palveluntuottajan valintaan. Lisäksi vakuutusyhtiön tai lähettävän lääkäriin suositus voidaan ottaa hinnan lisäksi huomioon. Esimerkiksi Chernew ym. (2018) tarjoavat vaihtoehdoisen selityksen hintavaikutuksen lähteelle, sillä he havaitsivat, että 51 % MRI-hintojen vaihtelusta selittyi lähettävällä lääkärillä. Kuvailevien analyysien mukaan käyttämämme tutkimusaineiston hintavaihtelusta kuitenkin vain muutaman prosenttiyksikkö selittyi tutkimukseen lähettävän lääkärin tasolla, joten lääkäreiden roolia MRI-tuottajien hintavertailijana voidaan pitää vähäisenä. Myös Nurminen havaitsi, että potilaat olivat pikemminkin taipuvaisia valitsemaan labora-toriotutkimuksilleen saman palveluntuottajan, missä lähettänyt lääkäri työskenteli (2021a).

Estimoidut hintavaikutukset voivat johtua kysynnästä, tarjonnasta tai jopa pal-velujen alennetusta laadusta. Koska MRI-palvelut ovat standardoituja, on epäoden-näköistä, että hintojen lasku saavutettiin alentamalla lääketieteellistä laatua. Aineis-tomme ei kuitenkaan sisältänyt laatutietoja, joten hyvinvointivaikutuksia koskevia johtopäätöksiä ei tulisi tehdä. Hinnan ja laadun yhdistelmätiedon puute onkin yleinen vertailusivustojen kehityskohde, sillä se auttaisi potilaita tekemään entistä valis-tuneempia päätöksiä ja estämään palveluntuottajia alentamasta julkaistuja hintoja laadun kustannuksella. Lisäksi vertailusivustot tarjoavat usein potilaille hintoja vain osasta hoitoprosessia, mikä antaa palveluntuottajille mahdollisuuden laskea julkais-tuja hintoja ja nostaa hintoja siellä, missä hinnat ovat yhä piilossa. (Anzai ym. 2020.)

Myös meidän tutkimuksessamme on mahdollista, että palveluntuottajat nostivat hintoja muissa palveluissa.

Aiemmat tutkimukset perustuvat usein tutkimusasetelmaan, joka hyödyntää eroja vertailutiedon saatavuudessa tai käytössä potilasryhmien välillä (Wu 2014, Lieber 2017). Tutkimuksemme lähestyy tutkimuskysymystä aiempaan kirjallisuuteen nähden uniikilla kvasikokeellisella tutkimusasetelmalla, joka hyödyntää eroa hintatietojen julkaisussa läheisesti samankaltaisten toimenpiteiden välillä. Tutkimusasetelmamme etuna on potilaiden ja palveluntuottajien samankaltaisuus verrokiryhmien välillä ja mahdollisuus sisällyttää kaikki potilaat ja palveluntuottajat analyysiin. Lisäksi verrokkiryhmien hintatrendien todettiin kehittyvän yhdenmukaisesti ennen hintajulkaisua, mikä tukee käytetyn menetelmän validiutta. Toisaalta identifikaatiostrategiamme rajoituksena ovat mahdolliset ylivuotovaikutukset hintajulkaisun kohde- ja kontrollitoimenpiteiden välillä. MRI-tutkimukset ovat hyvin samankaltaisia, ja kuluttajat saattavat esimerkiksi olettaa julkaistujen MRI-hintojen kuvaavan palveluntuottajan yleistä MRI-hintatasoa. Tällöin potilaat saattaisivat tehdä myös kontrollitoimenpiteiden kulutuspäätöksiä julkaistujen hintatietojen perusteella. Jos tämä pitää paikkansa, menetelmämme saattaisi yli- tai aliarvioida todellista hintavaikutusta.

Lisäksi shv-korvauksen leikkaus vuoden 2015 lopussa on nostanut omavastuuosuutta ja siten todennäköisesti lisännyt potilaiden kannustimia hintavertailuun samanaikaisesti Lääkärihint.fi:n hintajulkaisun kanssa. Tämä ei heikennä tulosten sisäistä validiteettia, sillä shv-korvauksen muutos on verrokkiryhmille täsmälleen sama, mutta korostaa ajassa muuttuvien kannustimien vaikutusta tulosten yleistämiseen. Toisaalta yksityisten vakuutusten lisääntyminen on todennäköisesti lisännyt vakuutettujen palvelunkäyttäjien määrää. Tutkimus olisikin hyötynyt siitä tiedosta, milloin potilas saa korvausta yksityisestä vakuutuksesta, sillä tiedämme aiemmista tutkimuksista, että vakuutus alentaa kuluttajien kannustimia hintavertailuun huomattavasti (Lieber 2017, Tynkkynen ym. 2018).

6 Yhteenveto johtopäätöksistä

Suomen yksityinen terveystaloudellinen palveluala on kasvanut voimakkaasti suhteessa muuhun elinkeinoelämään, ja sen rooli kansalaisten terveyden tuottajana on korostunut viime vuosikymmeninä. Samalla on kasvanut myös huoli toimialan keskittymisestä ja siitä mahdollisesti johtuvasta kilpailun heikentymisestä, monopolivoiman vuoksi kohovista hinnoista ja kaikkien palveluista maksavien tahojen kasvavista terveydenhuollon kustannuksista. Vastaavaa kehitystä on tapahtunut myös globaalissa mittakaavassa: Julkisten talouksien kestävyysasteet yhdessä kasvavien terveydenhuollon kustannusten kanssa sekä kilpailun mekanismien yleistymisen terveystaloudellisten järjestelmässä kustannusten hillitsemisen keinona ovat lisänneet mielenkiintoa alaa ja kilpailun toimivuutta kohtaan niin päätöksentekijöiden kuin tutkijoiden keskuudessa. Tutkimusta on kansainvälisesti runsaasti, mutta kotimaisessa kontekstissa verrattain vähän siitäkin huolimatta, että Suomessa yksityisen alan tutkimukseen on käytettävissä poikkeuksellisen laadukas rekisteriaineisto. Väitöskirjani vastaa tähän tietotarpeeseen osaltaan tuottamalla uutta tutkimustietoa Suomen yksityisten terveystaloudellisten markkinoiden kilpailuympäristöstä, markkinarakenteen muutoksesta, hintaan vaikuttavista tekijöistä sekä hintakilpailun edistämisestä.

Ensimmäisenä selvitin näkemyksiä Kelan sairaanhoitovakuutuksen vaikutuksista yritysten kilpailuympäristössä. Shv-korvauksella tunnistettiin olevan vakuutus-teorioiden mukainen, mutta matalaa korvaustasoa linjaillen vähäinen vaikutus kysyntään ja hintoihin. Eräissä korkean korvaustason palveluissa kysyntää tukevaa vaikutusta, joka johtanee myös korkeampiin hintoihin, pidettiin kuitenkin yhä merkittävänä. Lisäksi korvauksella tunnistettiin haitallisia markkinoiden uudistumista hidastavia vaikutuksia, mutta myös potentiaalia ohjata markkinoiden kehitystä entistä tavoitteellisemmin. Kelalle ehdotettiin korvauksen ohjausvaikutuksen entistä tavoitteellisempaa hyödyntämistä. Korvausten priorisoinnista on sittemmin nähty esimerkkejä mm. koronapandemian ajalta, jolloin etäpalvelujen korvausten nostamisella tuettiin siirtymää etäpalveluihin. Vastaava ohjausvaikutuksen hyödyntäminen kustannusvaikuttavien hoitojen ja palvelumuotojen tai uusien teknologioiden käyttöönoton nopeuttamiseksi on suositeltavaa myös tulevaisuudessa. Mikäli shv-korvausta voitaisiin kohdentaa vain osalle väestöä, sitä voitaisiin hyödyntää myös luotettavan kausaalipäättelyn mahdollistavien koeasetelmien järjestämiseksi.

Vaikka menetelmän heikkoutena oli teemahaastatteluille tyypillinen pieni otoskoko, vastaukset saturoituivat keskeisten kysymysten osalta haastattelujen loppua kohden. Muu lähdekirjallisuus myös tuki saatuja tuloksia, mikä tukee niiden luotettavuutta. Tuloksia ei voida yleistää muihin terveystarkkainoihin Suomen uniikin kilpailuympäristön vuoksi ja tulosten soveltamisessa nykypäivään tulee käyttää varovaisuutta. Silti tulokset tarjoavat arvokasta uutta näkemystä sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseksi ja sen ohjausvaikutuksen paremmaksi hyödyntämiseksi.

Seuraavaksi tutkin shv-rekisteriä hyödyntäen, miten markkinat muuttuivat yleisimpien lääkäripalvelujen aloilla vuosina 2008–2012. Yksityisten lääkäripalveluyritysten kilpailun todettiin olevan alueellista ja seutukunnan vastaavan aluemarkkinaa melko hyvin. Markkinat levittäytyivät vuosina 2008–2012 alueellisesti lisäten tarjontaa entistä syrjäisemmille alueille. Lääkäripalvelujen saatavuuden paraneminen oli myös yhteydessä palvelujen käytön kasvuun, mikä korostaa palvelun läheisyyden merkitystä potilaalle tuottajan valintakriteerinä ja monopolivoiman lähteenä.

Shv-rekisterin erinomaisen kattavuuden vuoksi markkinoiden kuvailu voitiin sen avulla toteuttaa erittäin luotettavasti ja yksityiskohtaisesti. Aineistosta puuttuviin palveluntuottajiin liittyvä epävarmuus lieventyy kohti tarkastelun loppuvuosia. Toisaalta alue- ja tuotemarkkinoiden heterogeenisuus aiheuttaa sen, että tuloksia voidaan yleistää tarkastelun ulkopuolelle jääneisiin erikoisaloihin tai muihin terveyspalveluihin vain harkiten. Lisäksi tutkimuksen jälkeen yleistyneet etälääkäripalvelut ovat tuoneet markkinoille myös sijainnista riippumattomia vaihtoehtoja, minkä seurauksena käsitys kilpailusta alueellisena ilmiönä ei nykypäivänä enää täysin päde. Tämä edellyttää terveystarkkainoiden tutkimukselta uudenlaisia lähestymistapoja. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan soveltaa mm. kilpailuviranomaisen yrityskauppa- ja valvonnassa.

Kolmanneksi selvitin markkinarakenteen, ja muiden tekijöiden yhteyttä yleislääkäreiden hintaan ikääntyneiden asiakassegmentillä. Lääkäreiden välisen kilpailun kiireydellä oli teorian suuntainen hintaa laskeva, joskin määrältään pieni yhteys. Lisäksi toimipisteen laaja palveluvalikoima liittyi korkeampaan hintaan, mikä voidaan tulkita merkiksi palveluvalikoiman lisäämästä markkinavoimasta. Lisäksi etenkin yritystasolle jäi vielä runsaasti selittämätöntä vaihtelua, mikä saattaa johtua esimerkiksi yritysten erilaisista ominaisuuksista, jotka lisäävät myös lääkäreiden hinnoitteluvoimaa, tai yritysten erilaisista liiketoimintamalleissa ja lääkäreiden liiketoiminnan harjoittamisen kustannuksissa. Havaitimme myös viitteitä lääkäreiden erilaisista voitontavoittelun motiiveista.

Tulosten tulkintaa hankaloitti se, että estimoiduille yhteyksille oli lukuisia mahdollisia vaikutusmekanismeja, jotka saattavat olla voimassa samanaikaisesti. Hinnan ja markkinoiden keskittyneisyyden välisen yhteyden mallintamiseen liittyvää endogeenisuusongelmaa pyrittiin lieventämään käyttämällä matkustusetaisyyksistä joh-

dettua keskittyneisyysindeksiä. Silti malli saattaa kärsiä puuttuvien muuttujien aiheuttamasta harhasta. Tutkimusaineisto mahdollisti kuitenkin poikkeuksellisen tarkan yleislääkäripalvelujen hinnan määräytymisen tutkimisen, ja ilmiön tarkastelu monitasomallinnuksen keinoin antoi lisäksi hyvän käsityksen eri tuotantotasojen merkityksestä hinnoittelussa. Tutkimuksemme myös täydentää kansainvälistä aiempaa tutkimusta lääkäreiden välisestä kilpailusta, jota on aineiston saatavuushaasteiden vuoksi tehty vain rajallisesti.

Neljäntenä tutkin kvasikokeellisella tutkimusasetelmalla kahden eksogeenisen, vain osaan markkinoita kohdennetun hintajulkaisun kausaalivaikutuksia magneettikuvausten hintoihin. Tulosten mukaan hintojen julkaisulla voidaan edistää magneettikuvausmarkkinoiden hintakilpailua, mutta on myös mahdollista, että näin ei tapahdu, mikäli julkaisu ei aidosti helpota palveluntuottajien hintojen vertailua tai yritysten hinnoittelu on kollusiivista. Tulokset viittaavat aiemman kirjallisuuden suuntaisesti siihen, että hintatiedon tarjoamisella on potentiaalia markkinoiden hintakilpailun tehostamiseksi ja kustannussäästöjen tekemiseksi, ainakin standardoiduissa diagnostisissa palveluissa.

Tutkimusmenetelmä tuotti luotettavia tuloksia, mutta niiden sovellettavuus muihin terveystalouden palvelujärjestelmiin, kilpailuympäristöihin ja terveystalouteen on rajallista. Lisäksi tulosten tulkintaa heikentää yksityisten vakuutusten käyttöä koskevan tiedon puuttuminen, sillä vakuutus heikentää potilaiden kannustimia hintavertailuun ja saattaa siten heikentää hintajulkaisun vaikutusta merkittävästi. Diagnostisten palvelujen palvelutuottajahintoja julkaissut sivusto lääkärihint.fi suljettiin vuonna 2023, mutta lääkäripalvelujen osalta hintatietoja on yhä tarjolla rajat ylittävän terveydenhuollon yhteispisteen sivustolla. Lisäksi Kela on julkaissut uuden alueellisten hintojen vertailutyökalun keväällä 2024 tarjotakseen laadukasta tietoa päätöksentekijöille ja medialle toimialan hintakehityksen seurantaan (Kela 2024b). Tutkimuksessa vertailtiin tiettävästi ensimmäistä kertaa kahden erilaisen hintainformaatiojulkaisun vaikutuksia samoilla tuotemarkkinoilla. Asetelma mahdollisti aiempaa paremmin teoriassa esitettyjen hintavaikutusta välittävien tekijöiden arvioinnin.

Väitöskirjani vahvuutena oli siinä käytetty Kelan sairaanhoitokorvausrekisteri, joka on poikkeuksellisen hienojakoinen, ja mahdollistaa markkinoiden tutkimisen päivä-, potilas-, lääkäri-, toimipiste-, yritys- ja aluetasoilla. Lisäksi aineisto kattaa koko shv-korvatun segmentin, ja on siten myös poikkeuksellisen laaja. Aineisto on toistaiseksi tarjonnut markkinoiden tutkimiseksi kansainvälisellä tasolla erinomaisen pohjan. Viime vuosina tehdyt shv-korvausten poistot kuitenkin tarkoittavat samalla rekisterin kertymisen päättymistä korvauksen ulkopuolelle suljettujen toimenpiteiden osalta. Esimerkiksi magneettitutkimusmarkkinoita koskevaa tutkimusta (osajulkaisu IV) ei voida enää nykypäivänä toistaa. Shv-korvaus kattaa kuitenkin markkinat yhä keskeisiltä osin ja etenkin lääkäripalveluista kertyvä aineisto on kan-

sainvälisesti harvinaista, joten se tarjoaa hyvät edellytykset terveystalvumarkkinoiden tutkimiseksi ja kansainvälisen tieteellisen kontribuution tekemiseksi myös jatkossa.

Väitöskirjani uutuusarvo liittyy etenkin osajulkaisuihin III ja IV. Vaikka yleislääkäreiden hinnoittelun tutkimusasetelma heikensi kausaalipäättelyn mahdollisuuksia, käytetty monitasomallinnus paljasti, että lääkäreiden välistä kilpailua voimakkaammin hintaan vaikuttavat etenkin yritystason tekijät. Neljäs osajulkaisu puolestaan osoitti, että myös Suomessa hintojen julkaisemisella voidaan edistää hintakilpailun toimivuutta, ainakin standardoiduissa MRI-tutkimuksissa, minkä lisäksi se tarjosi tiettävästi ensimmäistä kertaa vertailuasetelman kahden erityyppisen hintainformaatiojulkaisun välillä. Lisäksi väitöskirjani eroaa tyypillisistä terveystaloustieteen tutkimuksista hyödyntämällä sekä laadullista että määrällistä tutkimusta: Toimialaa kartoittavat haastattelut toimivat ensimmäisen osajulkaisun aineiston lisäksi myös tärkeänä taustatietona koko väitöskirjalle ja muodostetuille hypoteeseille sekä tukena rekisteritutkimuksissa tehdyille johtopäätöksille. Tämä lisää väitöskirjani johtopäätösten luotettavuutta.

Väitöskirjallani on suoria sovelluskohteita mm. Kelan sairaanhoitovakuutuksen kehittämisesssä, kilpailu- ja kuluttajaviranomaisen yrityskauppavalvonnassa ja yksityisten terveystalvuntalvuttajien ohjaamisessa tai kilpailun edistämisesssä markkinaehtoisessa terveystalvuntalvutannossa. Useita kilpailun toimivuuden näkökulmia ja palvelualoja on kuitenkin yhä tutkimatta ja terveystalvumarkkinoiden nopea muutos haastaa tutkimuksen ajantasaisuutta. Esimerkiksi tämän väitöskirjan tutkimusten tarkasteluaikana palvelut tuotettiin yhä lähes täysin paikallisesti, jolloin sijainnin merkitys kilpailussa oli keskeinen, mutta viime vuosina digitaalisten palvelujen yleistyminen on muokannut perinteistä terveystalvumarkkinaa.

Tulevaisuudessa olisikin tärkeää tutkia, missä määrin etäpalvelut korvaavat perinteistä palvelukäyttöä ja miten ne vaikuttavat alan kilpailuun. Toinen alalle keskeinen tutkimuskohde on yksityisten vakuutusten yleistymisen vaikutus alan kysyntään ja kilpailuun. Kysymys on keskeinen ja hankaloittaa johtopäätösten tekemistä tässäkin väitöskirjassa, sillä vakuutuksilla tiedetään olevan keskeinen vaikutus potilaiden taloudellisiin kannusteisiin ja palveluntalvuttajien hinnoitteluun. Aiheen tutkiminen on kuitenkin haasteellista, sillä vakuutusyhtiöiden rekistereitä ei ole avattu tutkimuskäyttöön. Lisäksi yksityisiä terveystalvumarkkinoita olisi tärkeää tutkia tarkemmin osana koko terveystalvujärjestelmää (vrt Blomgren & Jäppinen 2020). Poliittiset päätökset sektoreiden julkisesta rahoituksesta perustuvat usein vahvoihin oletuksiin sektoreiden välisistä substituutiovaikutuksista tai markkinoiden toiminnasta, vaikka niistä ei ole juuri tietoa. Esimerkiksi Kela-korvauksen korotusta vuonna 2024 perusteltiin julkisen sektorin hoitajajonon purkamisella, vaikka KKV:n selvityksen (2020b) mukaan alojen välinen substituutio on alhainen.

Poliittisen ilmapiirin aiheuttamasta epävarmuudesta riippumatta yksityisen sektorin rooli suomalaisten terveystuotannossa on kasvanut tasaisesti ja kasvun voidaan odottaa jatkuvan tulevaisuudessakin. Tietoa yksityisen terveystuotannon toiminnasta tarvitaan siten jatkossa entistäkin enemmän markkinoiden ja koko palvelujärjestelmän tietoperustaiseksi ohjaamiseksi.

Lyhenteet

CCMM	Cross-classified multilevel model
DID	Difference-in-differences
FKL	Finanssialan keskusliitto
FTHHI	Fixed traveltime Herfindahl-Hirschman index
HE	Hallituksen esitys
HHI	Herfindahl-Hirschman index
ICC	Intraclass correlation
IC	Intracell correlation
IO	Industrial organization
Kela	Kansaneläkelaitos
KKV	Kilpailu- ja kuluttajavirasto
LIFO	Little-in-from-out
LOFI	Little-out-from-in
MAR	Medical arms race
MRI	Magnet resonance imaging, magneettikuvaus
NEIO	New empirical industrial organization
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
SCP	Structure-conduct-performance
Shv	Sairaanhoitovakuutus
STM	Sosiaali- ja Terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Lähteet

- Angeli, F. & Maarse, H. 2012. Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations. *Health Policy*, 105(2), 265–272.
- Angrist, J. D., & Pischke, J. S. 2009. *Mostly harmless econometrics: An empiricist's companion*. Princeton University Press.
- Anzai, Y., Delis, K., & Pendleton, R. C. 2020. Price transparency in radiology—a model for the future. *Journal of the American College of Radiology*, 17(1), 194–199.
- Akerlof, G. 1970. The market for lemons: Quality uncertainty and the market mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84, 488–500.
- Arrow, K. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 947–965.
- Asker, J. & Noeke, V. 2021. Collusion, mergers, and related antitrust issues. *Handbook of Industrial Organization* Vol. 5, toim. K. Ho, A. Hortaçsu, & A. Lizzeri. Elsevier. 177–279.
- Austin, D. R., & Baker, L. C. 2015. Less physician practice competition is associated with higher prices paid for common procedures. *Health Affairs*, 34(10), 1753–1760. <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0412>>.
- Bain, J. S. 1956. *Barriers to new competition: Their character and consequences in manufacturing*. Harvard University Press.
- Bain, J. 1951. Relation of profit rate to industry concentration: American manufacturing, 1936–1940. *Quarterly Journal of Economics*, 65, 293–324.
- Bain, J. 1956. *Barriers to new competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bain, J. 1959. *Industrial organization: A treatise*, 2. painos. John Wiley.
- Baker, L., Bundorf, K., Royalty, A., & Levin, Z. 2014. Physician practice competition and prices paid by private insurers for office visits. *Journal of the American Medical Association*, 312(16), 1653–1662.
- Barney, J. B., & Clark, D. N. 2007. *Resource-based theory: Creating and sustaining competitive advantage*. OUP Oxford.
- Besanko, D., Dranove, D., & Garthwaite, C. 2020. Insurance access and demand response: Pricing and welfare implications. *Journal of Health Economics*, 73, 102329.
- Björkroth, T., Koponen, A., Pohjola, M., & Virtanen, M. 2006. Kilpailun seurantamenetelmien kehittäminen I: Kilpailuseurannan toteuttamisen toimenpiteet. *Kauppa- ja teollisuusministeriön julkaisuja 2/2006*.
- Blomgren, J., & Jäppinen, S. 2020. Sosiaali- ja terveystalouden ja etuuksien käyttö Oulussa 2013–2018: Tutkimushankkeen aineiston yleiskuvaus.
- Blomgren, J., & Virta, L. 2014. Tuloryhmien erot yksityislääkäripalvelujen käytössä eivät kasvanee vuosina 2006–2011. *Suomen Lääkärilehti*, 69(8), 560–565.
- Blomgren, J. 2016. Transition to retirement and use of private health care: Evidence from a universal public health care system. *International Journal of Health Services*, 47(2), 312–332.
- Blomgren, J., & Virta, L. J. 2020. Socioeconomic differences in use of public, occupational, and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. *PLOS ONE*, 15(4), e0231792.

- Bresnahan, T. 1987. Empirical studies of industries with market power. *Handbook of Industrial Organization* Vol. 2, toim. R., Schmalensee & R., Willig. Elsevier, 1012–1057.
- Brommels, M., Aronkytö, T., Kananaja, A., Lillrank, P., & Reijula, K. 2016. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa: Selvityshenkilöryhmän loppuraportti.
- Brown, J., & Goolsbee, A. 2002. Does the internet make markets more competitive? Evidence from the life insurance industry. *Journal of Political Economy*, 110, 481–507. <<https://www.nber.org/papers/w7996>>.
- Buri, R. 2023. *Essays on competition policy*. Aalto University Publication Series, Doctoral Theses, 127/2023.
- Buri, R., Heinonen, M., & Pietola, M. 2024. The ones that got away? Stealth consolidation in the Finnish private healthcare market. *Working papers* 1/2024. Finnish Competition and Consumer Authority.
- Chamberlin, E. 1933. *The theory of monopolistic competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chandra, A., Gruber, J., & McKnight, R. 2010. Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. *American Economic Review*, 100(1), 193–213.
- Chernew, M., Cooper, Z., Larsen-Hallock, E., & Morton, F. S. 2018. Are health care services shoppable? Evidence from the consumption of lower-limb MRI scans. Working paper 24869, National Bureau of Economic Research. <<https://www.nber.org/papers/w24869>>.
- Christensen, C., Grossman, J., & Hwang, J. 2009. *The innovator's prescription: A disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill.
- Cooper, Z., Craig, S., Gaynor, M., & Van Reenen, J. 2019. The price ain't right? Hospital prices and health spending on the privately insured. *The Quarterly Journal of Economics*, 134(1), 51–107. <<https://doi.org/10.1093/qje/qjy020>>.
- Croell, K., Hetemaa, T., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Suomela, T., Syrjä, V., & Syrjänen, T. 2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, kevät 2023.
- Cutler, D., & Dafny, L. 2011. Designing transparency systems for medical care prices. *New England Journal of Medicine*.
- Dadi, L., Heikki, H., & Hennamari, M. 2011. Yksityisten terveys- ja hammashoitopalvelujen hintatietojen tarve ja käyttö. *Nettityöpapereita* 25. <<http://hdl.handle.net/10138/26488>>
- Desai, S., Hatfield, L., Hicks, A., Chernew, E., & Mehrotra, A. 2016. Association between availability of a price transparency tool and outpatient spending. *JAMA*, 315(17), 1874–1881.
- Devers, K., Brewster, L., & Casalino, L. 2003. Changes in hospital competitive strategy: A new medical arms race? *Health Services Research*, 38(1p2), 447–469.
- Dranove, D., Shanley, M., & White, W. 1993. Price and concentration in hospital markets: The switch from patient-driven to payer-driven competition. *The Journal of Law and Economics*, 36(1), 179–204.
- Dranove, D., & Ody, C. 2016. Evolving measures of provider market power. *American Journal of Health Economics*, 2(2), 145–160.
- Dranove, D., & Satterthwaite, M. 2000. The industrial organization of health care markets. *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, toim. A. J., Culyer & J. P., Newhouse. Elsevier, 1093–1139.
- Dunn, A., & Shapiro, A. 2012. Physician market power and medical care expenditures. *BEA Working Papers* 0084, Bureau of Economic Analysis, U.S. Department of Commerce.
- Dunn, A., & Shapiro, A. 2014. Do physicians possess market power? *The Journal of Law and Economics*, 57(1), 159–193.
- Dunn, E., Richmond, T., Milliren, C., & Subramanian, S. 2015. Using cross-classified multilevel models to disentangle school and neighborhood effects: an example focusing on smoking behaviors among adolescents in the United States. *Health & Place*, 31, 224–232.

- Einav, L., Finkelstein, A., Ryan, S., Schrimpf, P., & Cullen, M. 2013. Selection on moral hazard in health insurance. *American Economic Review*, 103(1), 178–219.
- Einav, L., & Finkelstein, A. 2018. Moral hazard in health insurance: What we know and how we know it. *Journal of the European Economic Association*, 16(4), 957–982.
- Evans, R. 1974. Supplier-induced demand. *The Economics of Health and Medical Care*, toim. M., Perlman. London: Macmillan. 162–173.
- Feldstein, M. 1970. The rising price of physicians' services. *Review of Economics and Statistics*, 52(2), 121–133.
- Feldstein, M. 1971. Hospital cost inflation: A study in nonprofit price dynamics. *American Economic Review*, 61(5), 853–872.
- Feldstein, M. 1973. The welfare loss of excess health insurance. *Journal of Political Economy*, 61, 251–280.
- Finkelstein, A. 2007. The aggregate effects of health insurance: Evidence from the introduction of Medicare. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 1–37.
- FKL 2021. Tilasto sairauskuluvakuutus 2012-2022. <<https://www.finanssiala.fi/julkaisut/tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-2020/>> (luettu 23.2.2024).
- FKL 2023a. Tilasto sairauskuluvakuutus 2014-06/2023. <<https://www.finanssiala.fi/julkaisut/tilasto-sairauskuluvakuutus-2014-06-2023/>> (luettu 23.2.2024).
- FKL 2023b. Sairauskuluvakuutustilastot. <<https://www.finanssiala.fi/aiheet/sairauskuluvakuutustilastot/#/>> (luettu 23.2.2024).
- Forma, P., & Saarinen, A. 2008. Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006. *Suomalaisten hyvinvointi 2008*, toim. P., Moisio, S., Karvonen, J., Simpura, & M., Heikkilä. Helsinki: Stakes, 162–177
- Franzini, L., White, C., Taychakoonavudh, S., Parikh, R., Zezza, M., & Mikhail, O. 2014. Variation in inpatient hospital prices and outpatient service quantities drive geographic differences in private spending in Texas. *Health Services Research*, 49(6), 1944–1963. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1475-6773.12192>>.
- Fuchs, V. 1978. The supply of surgeons and the demand for operations. *Journal of Human Resources*, 13, 35–56.
- Fulton, B. D. 2017. Health care market concentration trends in the United States: Evidence and policy responses. *Health Affairs*, 36(9), 1530–1538.
- Gaynor, M., & Town, R. 2012a. Competition in health care markets. *Handbook of Health Economics*, Vol. 2, toim. M., Pauly, T., McGuire, & P., Barros. Elsevier. 499–637.
- Gaynor, M., & Town, R. 2012b. The impact of hospital consolidation—Update. Robert Wood Johnson Foundation.
- Gaynor, M., Kleiner, S., & Vogt, W. B. 2013. Structural approach to market definition with an application to the hospital industry. *The Journal of Industrial Economics*, 61, 243–289.
- Gaynor, M., & Vogt, W. 2000. Antitrust and competition in health care markets. *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, toim. A. J., Culyer & J. P., Newhouse. Elsevier, 1405–1487.
- Gaynor, M., Ho, K., & Town, R. J. 2015. The industrial organization of health-care markets. *Journal of Economic Literature*, 53(2), 235–284.
- Gelman, A., & Hill, J. 2007. *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models*. Cambridge University Press.
- Goldmanis, M., Hortaçsu, A., Syverson, C., & Ö, E. 2010. E-commerce and the market structure of retail industries. *The Economic Journal*, 120(545), 651–682.
- Grossman, M. 1972. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Haavisto, I. 2023. Johan on markkinat. Elinkeinoelämän valtuuskunta (EVA). <<https://www.eva.fi/wp-content/uploads/2023/02/eva-analyysi-no-118-1.pdf>> (luettu 18.4.2024).
- Hallituksen esitys 2012. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta 113/2012.

- Hallituksen esitys 2022. HE 237/2022 Hallituksen esitys eduskunnalle sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta. <<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2022/20220237>> (luettu 10.9.2023).
- Handel, B., & Ho, K. 2021. Industrial organization of health care markets. Working Paper 29137. National Bureau of Economic Research. <<http://www.nber.org/papers/w29137>> (luettu 30.3.2024).
- Hartman, S. 2011. Terveyspalvelut. Työ- ja elinkeinoministeriö, Toimialaraportti 10/2011.
- Hartman, S. 2012. Toimialapäälliköiden rahoitusnäkemykset 2012. TEM Toimialapalvelu 2012, s. 149–168.
- Hausman, N., & Lavetti, K. 2021. Physician practice organization and negotiated prices: Evidence from state law changes. *American Economic Journal: Applied Economics*, 13(2), 258–296.
- Helsingin Sanomat 2024. Ilman lähetettä tehtävät laboratoriotutkimukset ovat entistä suosittumia. <<https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000010342935.html>> (luettu 5.8.2024).
- Heikkilä, T., Vänskä, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Mattila, K., Kujala, S., & Isokoski, M. 2009. Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriö, *Julkaisuja* 19.
- Hibbard, J. H., Greene, J., Sofaer, S., Firminger, K., & Hirsh, J. 2012. An experiment shows that a well-designed report on costs and quality can help consumers choose high-value health care. *Health Affairs*, 31(3), 560–568.
- Hiltunen, R. 2017. Markkina-analyysi Varsinais-Suomen yksityisistä sosiaali- ja terveyspalvelualoista. Sote- ja maakuntaudistus Kimpassa/ Allihopa. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021042717298>>.
- Hiltunen, R., & Saarni, J. 2014. Miten yksityisten lääkäripalvelujen markkinarakenne on kehittynyt 2008–2012? S. 66–69. *Terveystaloustiede 2014*, toim. J. Klavus. THL.
- Hiltunen, R. 2019. Yksityisten magneettikuvausmarkkinoiden muutos kilpailun näkökulmasta vuosina 2008–2017. *Terveystaloustiede 2019*: Terveystaloustieteen päivä 1.2.2019.
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Holmström, B. 1979. Moral hazard and observability. *Bell Journal of Economics*, 10, 74–91.
- Holtari, S., & Vanhanen, A. 2014. Valtio työntää nurkkaan. *Terveystalous 2014. Talouselämä*, 5.9.2014.
- Hurley, J. 2000. An overview of the normative economics of the health sector. *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, toim. A. J., Culyer & J. P., Newhouse. Elsevier, 55–118.
- Husiatynski M., Klein T J & Mikkers M. 2021. Increasing price transparency in the Dutch health care market does not affect provider choice. *Three essays on individual behavior and new technologies*, toim. M., Husiatynski. Doctoral dissertation. Tilburg: Tilburg University, School of Economics and Management.
- Jurvelin, K., & Felt, E. 2023. Terveiden synkkä vuosi. *Terveystalous 2023. Talouselämä* 31/2023.
- Jormanainen, V. 2020. Etäkäynnit yksityisillä palvelujentuottajilla nousussa. Teoksessa *Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen*. THL:n seurantaraportti, viikot 49-50/2020, 16.12.2020. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020052038462>>.
- Jääntti, S. 2008. Kansalainen terveyspalveluja valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Kuopion yliopiston julkaisuja, *Yhteiskuntatieteet*, 154. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1064-5>>
- Kaihlanen, A., Virtanen, L., Valkonen, P., Kilpinen, J., Hietapakka, L., Buchert, U., ym. 2021. Haa-voittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä: kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta.
- Kankaanpää, E. 2012. *Studies on purchasers and providers of occupational health services in Finland*. Doctoral dissertation. Itä-Suomen yliopisto.
- Kankaanranta, T., Vainiomäki, J., Autio, V., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M. & Vänskä, J. 2006. Factors associated with physician's choice of working sector. A national longitudinal survey in Finland. *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(2), 125–136.
- Kapiainen, S., Seppälä, T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roine, R. & Korppi-Tommola, M. 2010. Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 3.

- Kela 2011. Aktuaari- ja tilasto-osasto. Kelan hoitama sosiaaliturva 2010–2060. Aktuaarijulkaisuja 9, 2011.
- Kela 2012. Yksityisten sairaanhoitopalvelujen hinnat vertailtavissa. <<https://www.kela.fi/-/yksityisten-sairaanhoitopalvelujen-hinnat-vertailtavissa>> (luettu 9.5.2022).
- Kela 2023. Yksityisen sairaanhoidon Kela-korvaukset suurenevät. <<https://www.kela.fi/ajankohtaisten-kiloasiakkaat/5715243/yksityisen-sairanhoidon-kela-korvaukset-suurenevät>>.
- Kelasto 2016. <<http://www.kela.fi/kelasto>> (luettu 4.9.2016).
- Kelasto 2023. Sairaanhoitokorvausten saajat ja maksetut korvaukset. <http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT127AL> (luettu 7.9.2023).
- Kela 2024. Sairaanhoitokorvausten saajat/Erikoislääkärit 2016–. <https://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet> (luettu 3.8.2024).
- Kela 2024b. Yksityiset lääkäripalvelut ovat kallistuneet, kertoo Kelan uusi sovellus – alueelliset erot hinnoissa merkittäviä. <<https://www.kela.fi/ajankohtaista/yksityiset-laakaripalvelut-ovat-kallistuneet-kertoo-kelan-uusi-sovellus-alueelliset-erot-hinnoissa-merkittavia>> (luettu 23.8.2024).
- Kessler, D., & McClellan, M. 2000. Is hospital competition socially wasteful? *The Quarterly Journal of Economics*, 115(2), 577–615.
- KKV 2020a. KKV esittää Mehiläisen ja Pihlajalinnan välisen yrityskaupan kieltämistä. Tiedote 29.9.2020. <<https://www.kkv.fi/ajankohtaista/tiedotteet/kkv-esittaa-mehilaisen-ja-pihlajalinnan-valisen-yrityskaupan-kieltamista/>> (luettu 17.11.2023).
- KKV 2020b. Liite 1 KKV:n taloustieteellinen analyysi Mehiläisen ja Pihlajalinnan välisessä yrityskaupassa Dnro KKV/1233/14.00.10/2019. <<https://www.kkv.fi/uploads/sites/2/2022/04/r-2019-10-1233-liite-1.pdf>> (luettu 17.11.2023).
- KKV 2020c. Esitys Dnro KKV/1233/14.00.10/2019. <<https://www.kkv.fi/uploads/sites/2/2022/04/r-2019-10-1233.pdf>> (luettu 17.11.2023).
- Kleiner, S., Lyons, S., & White, W. 2012. Provider concentration in markets for physician services for patients with traditional Medicare. *Health Management, Policy and Innovation*, 1(1), 3–18.
- Kleiner, S., White, W., & Lyons, S. 2015. Market power and provider consolidation in physician markets. *International Journal of Health Economics and Management*, 15(1), 99–126. <<https://doi.org/10.1007/s10754-014-9160-y>>.
- Kokko, O. 2023. Kela-korvaus nousee – näin se voi näkyä yksityislääkärin hinnassa. Saatavilla: <<https://www.is.fi/taloussanomart/art-2000009940994.html>> (luettu 10.12.2023).
- Koskinen, I., Alasuutari, P., & Peltonen, T. 2005. *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Vastapaino, Gummerus Jyväskylä.
- Kumpunen, S., Trigg, L., & Rodrigues, R. 2014. Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. World Health Organization.
- Kuntatyönantajat 2012. Sairaalanlääkärien virat vuonna 2012. <<http://www.kuntatyönantajat.fi/ajankohtaista/tilastot/tiedustelut-ja-selvitykset/Tyovoimatiedustelut/kuntasektorin-tyovoimatilanne-2012/Sivut/default.aspx>> (luettu 4.11.2014).
- Lieber, E. M. 2017. Does it pay to know prices in health care? *American Economic Journal: Economic Policy*, 9(1), 154–179.
- Lindholm, P. 2024. Professori kuvailee hallituksen uudistuksen tuloksia masentaviksi: Verorahaa uppoaa kaksinkertaisesti, hyöty olematon. Yle. <<https://yle.fi/a/74-20107221>> (luettu 10.9.2024).
- Lipczynski, J., Wilson, J., & Goddard, J. 2009. *Industrial Organization. Competition, Strategy, Policy*, 3. painos. FT Prentice Hall.
- Lith, P. 2013. Yksityiset sosiaali- ja terveystalot. Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämisestä sosiaali- ja terveystaloluissa. Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 34/2013. <https://www.tem.fi/files/37584/TEMrap_34_2013_30092013.pdf> (luettu 3.10.2023).
- Lith, P. 2018. Sote-palvelujen markkinat. *Tilastollinen raportti*. <<https://view.24mags.com/mobilev/21aff60faf0b2ac8859f6dd6b5877d#/page=1>> (luettu 3.10.2023).

- Lääkärelehti 2023. Yksityisvastaanottoa pitävät kokeneet erikoislääkärit. 21.6.2023. <<https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/yksityisvastaanottoa-pitavat-kokeneet-erikoislaakarit/>> (luettu 29.9.2023).
- Lääkäriliitto 2015. Lääkärit Suomessa 2014. <https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/l114_vuositilasto_net2_151117.pdf> (luettu 27.1.2017).
- Lääkäriliitto 2023. Työmarkkinatutkimus 2022. Yksityisvastaanotto ja perityt palkkiot. <https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/tyomarkkinatutkimus_2022_yksityisvastaanotto_verkkoon.pdf> (luettu 29.9.2023).
- Manning, W., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E., & Leibowitz, A. 1987. Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment. *The American Economic Review*, 77(3), 251–277.
- Manning, W. M., & Marquis, S. 1996. Health insurance: The trade-off between risk pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics*, 15(5), 609–640.
- Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M., & Mossialos, E. 2009. *Primary Care in Europe*. European Commission, Brussels.
- Maljanen, T., Koskinen, H., & Mikkola, H. 2013. Hintasääntely yksityisissä lääkäripalveluissa – paljonko potilaat voitaisivat? *Terveyystaloustiede 2013*, toim. J. Klavus. THL – Työpäpaperi 11/2013, 50–54.
- Maljanen, T., Komu, M., & Mikkola, H. 2011. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärien perimiin palkkioihin. *Terveyystaloustiede 2011*, toim. J. Klavus. THL, Helsinki, 28–33.
- Marshall, A. 1890. *Principles of Economics*. Unabridged eighth edition, 2009, Cosimo, Inc.
- Mason, E. S. 1939. Price and production policies of large scale enterprise. *American Economic Review*, 29, 61–74.
- Mason, E. S. 1949. The current state of the monopoly problem in the United States. *Harvard Law Review*, 62, 1265–1285.
- Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116*. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- McGuire, T. 2000. Physician agency. *Handbook of Health Economics*, Vol 1, toim. A. J., Culyer, & J. P., Newhouse. Elsevier, 461–536.
- Mehrotra, A., Dean, K. M., Sinaiko, A. D., & Sood, N. 2017. Americans support price shopping for health care, but few actually seek out price information. *Health Affairs*, 36(8), 1392–1400.
- Miettinen, J., Tervola, J., Virta, L., Koskinen, H., Tuominen, U., Maljanen, T., & Mikkola, H. 2013. Sairaanhoidovakuutuksen korvaamien yksityisten terveystalvelujen käytön kehitys ja hintaverailu. *Kelan tutkimusosasto, Työpäporeita 45/2013*.
- Mills, C. Wright 1956. *The Power Elite*. New York: Oxford University Press.
- Mikkola, H., Vesivalo, A., & Widström, E. 2007. An outlook of dental practices – Drivers, barriers and scenarios. *Liiketaloudellinen aikakauskirja*, 2, 167–192.
- Mikkola, H., & Virta, L. 2012. Miten sairaanhoidovakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkäripalkkioita? *Kansallista vai paikallista?* toim. H. Mikkola, J. Blomgren, & H. Hiilamo. Tampere.
- Montag, F., & Winter, C. 2020. Price transparency against market power. <SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3256476>>.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. 2016. *International Profiles of Health Care Systems*, 2015. Commonwealth Fund pub. 1857. <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf>, (luettu 22.2.2024).
- Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. 2020. *International Profiles of Health Care Systems*, 2020. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf> luettu 26.2.2024.

- Moustgaard, H., Blomgren, J., & Nurminen, M. 2024. Yksityislääkärikäynnit eivät juuri lisääntyneet Kela-korvausten noston jälkeen – näin lisäeurot kohdentuivat eri tuloryhmille. *Kelan tutkimusblogi*, 3.9.2024. <<https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1086536/yksityislaakarikaynnit-eivat-juurilisaantyneet-kela-korvausten-noston-jalkeen-nain-lisaeurot-kohdentuivat-eri-tuloryhmille>> (luettu 11.9.2024).
- Mykkänen, J. 2001. Eliittihaastattelu. <<http://elektra.helsinki.fi/se/p/politiikka/43/2/eliittih.pdf>> (luettu 1.12.2020).
- Määttä, K., & Reimavuo, S. 2015. Kilpailuvirasto kilpailupolitiikan suunnannäyttäjänä. *Kilpailu- ja Kuluttajaviraston selvityksiä*, 4. <<http://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2015/kkv-selvityksia-4-2015-kilpailuvirasto-kilpailupolitiikan-suunnannayttajana.pdf>> (luettu 10.1.2017).
- Nurminen, M. 2021a. *Essays in Health Economics*. Annales Universitatis Turkuensis, Series Oeconomica, 77.
- Nurminen, M. 2021b. Mergers and Acquisitions in the Markets for Diagnostic Services: Evidence from the Finnish Private Health Care Sector, Discussion paper No. 139, Aboa Centre for Economics, Turku.
- Nurminen, M., & Saxell, T. 2020. Physician Prices and Competition: Evidence from Acquisitions in the Private Health Care Sector. VATT Institute for Economic Research *Working Papers*, 130.
- Newhouse, J. 1993. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. *Harvard University Press*, Cambridge, MA.
- OECD 2013. Health at a Glance 2013. OECD Indicators. <<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>> (luettu 18.2.2024).
- OECD 2017a. OECD Health Statistics 2016: Frequently Requested Data. Medical technology, Magnetic Resonance Imaging units, total, Per million population.
- OECD 2017b. OECD Health Statistics 2016: Frequently Requested Data. Diagnostic exams, Magnetic Resonance Imaging exams, Per 1 000 population.
- OECD 2021. Finland: Country Health Profile 2021 State of Health in the EU. /European Observatory on Health Systems and Policies, OECD Publishing, Paris. <<https://doi.org/10.1787/2e74e317-en>>.
- OECD 2023. Dataset: Health expenditure and financing. OECD Health Statistics. <OECD.Stat> (luettu 4.12.2023).
- OECD 2024. Suomi: Maan terveystilanne 2023. European Observatory on Health Systems and Policies, OECD Publishing, Paris. <<https://doi.org/10.1787/dcbda54d-fi>>.
- Okko, P., Björkrooth, T., Koponen, A., Lehtonen, A., & Pelkonen, E. 2007. Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat. *Kunta ja kilpailu*, 2.
- Pakkala, E. 2021. Yksityislääkärien etävastaanottojen määrä moninkertaistui – Kela maksoi viime vuonna niistä ennätysmäärän korvauksia. *Mediuutiset*, 20.1.2021. <<https://www.medi uutiset.fi/uutiset/yksityislaakarien-etavastaanottojen-maara-moninkertaistui-kela-maksoi-viime-vuonna-niista-ennatysmaaran-korvauksia/83bb2f98-d007-4dcf-a486-d97dac497d75>> (luettu 18.12.2023).
- Pauly, M. 1968. The Economics of Moral Hazard: Comment. *American Economic Review*, 58(3), 531–537.
- Pauly, M., & Satterthwaite, M. 1981. The pricing of primary care physicians' services: A test of the role of consumer information. *Bell Journal of Economics*, 12(2), 488–506.
- Pekola, P. 2018. The effects of competition and regulation on quality in physiotherapy. *Studies in social security and health* 148. Kela, Helsinki.
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P. M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E., & Vuorenkoski, L. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. *THL Raportti*, 4/2011.
- Pitkänen, V., & Pekola, P. 2016. Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa. *Työpapereita*, 86/2016. Kelan Tutkimusosasto.

- Pitkänen, V. 2023. *Competition and Public Procurements in Health Services*. Tampere University Dissertations 769. Yliopistopaino, Joensuu.
- Porter, M. E. 1981. The Contributions of Industrial Organization to Strategic Management. *The Academy of Management Review*, 6(4), 609–620. <<https://doi.org/10.2307/257639>>.
- Porter, M. E. 1990. *The Competitive Advantage of Nations*. London: The Macmillan Press LTD.
- Propper, C. 2012. Competition, incentives and the English NHS. *Health Economics*, 21(1), 33–40.
- Ringel, J., Hosek, S., Vollaard, B., & Mahnovski, S. 2002. 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.
- Rice, T., & Unruh, L. 2009. The Economics of Health Reconsidered. Chicago, IL: *Health Administration Press*.
- Rissanen, P., Parhiala, K., Kestilä, L., Härmä, V., Honkatukia, J., & Jormanainen, V. 2020. COVID-19-epidemiaan vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: nopea vaikutusarvio. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-496-7>>.
- Roberts, P., & Eisenhardt, K. 2003. Austrian insights on strategic organization: From market insights to implications for firms. *Strategic Organization*, 1, 345–352.
- Robinson, J. 1933. *The Economics of Imperfect Competition*. London: McMillan.
- Saarinen, A. 2008. Kriittisesti terveydenhuoltojärjestelmään ja sosiaaliturvan tasoon suhtautuvien lääkäreiden halukkuus uudistaa ja hienosäätää terveydenhuoltoa. *Hallinnon tutkimus*, 27(2), 68–76.
- Sairausvakuutuslaki 1224/2004. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>> (luettu 5.11.2023).
- Salonen, E., Hiltunen, R., & Mikkola, H. 2024. Kilpailuedun muodostuminen yksityisellä terveystalvialalla. Kelan Tutkimuksia. hyväksyty julkaistavaksi 10/2024.
- Salop, S. 1979. Monopolistic competition with outside goods. *Bell Journal of Economics*, 10, 141–156.
- Satterthwaite, M. A. 1979. Consumer information, equilibrium industry price, and the number of sellers. *The Bell Journal of Economics*, 10, 483–502.
- Satterthwaite, M. 1985. Competition and equilibrium as a driving force in the health services sector. *Managing the Service Economy: Prospects and Problems*. Cambridge University Press.
- Schmalensee, R. C. 1990. Empirical studies of rivalrous behaviour. *Industrial Structure in the New Industrial Economics*, toim. G., Bonanno & D., Brandolini. Oxford: Clarendon Press.
- Schneider, J., Li, P., Klepser, D., Peterson, A., Brown, T., & Scheffler, R. 2008. The Effect of Physician and Health Plan Market Concentration on Prices in Commercial Health Insurance Markets. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 8(1), 13–26.
- Schultz, C. 2009. Transparency and product variety. *Economics Letters*, 102(3), 165–168.
- Schumpeter, J. 1928. *The instability of capitalism*. *Economic Journal*, 30, 361–386.
- Schumpeter, J. 1942. *Capitalism, Socialism, and Democracy*. New York: HarperCollins.
- Shigeoka, H. 2014. The effect of patient cost sharing on utilization, health, and risk protection. *American Economic Review*, 104(7), 2152–2184.
- Sintonen, H., & Pekurinen, M. 2006. *Terveystaloustiede*. WSOY.
- Sotkanet 2016. THL:n ikävakioiden sairastavuus-indeksi ja Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit / 1 000 asukasta 2013. <<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?g=284>> (luettu 1.9.2016).
- Sraffa, P. 1926. The laws of returns under competitive conditions. *Economic Journal*, 36, 535–550.
- Stigler, G. 1964. Public regulation of the securities markets. *Business Law*, 19, 721.
- STM 2016a. Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen linjaukset, neuvottelutulos 5.4.2016. <<http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/2287640/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+ja+aluehallintouudistuksen+linjaukset+5.4.2016/7382c141-45aa-433f-af74-6fc579e76de0>> (luettu 7.10.2021).
- STM 2016b. Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö. Valinnanvapauden toteuttamisen ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamisen jatkovalmistelu.

- <<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/12.+Valinnanvapaus+ja+monikanavarahoituslinjaus+2016-06-27>> (luettu 7.10.2021).
- STM 2016c. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen. <http://stm.fi/documents/1271139/1979378/Valinnanvapaus_ja_monikanavarahoituksen_yksinkertaistaminen.pdf/07f40bf7-3c9e-4208-87c0-f963da12e6b0> (luettu 7.10.2021).
- STM 2021a. Sote-uudistuksen lait on vahvistettu – ensimmäiset voimaan 1. heinäkuuta 2021. <<https://stm.fi/-/sote-uudistuksen-lait-on-vahvistettu-ensimmaiset-voimaan-1.heinakuuta-2021>> (luettu 7.10.2021).
- STM 2021b. STM: Monikanavarahoituksen purkamista valmistelemaan parlamentaarinen työryhmä. <<https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/stm-monikanavarahoituksen-purkamista-valmistelemaan-parlamentaarinen-tyoryhma>> (luettu 7.10.2021).
- STM 2023. Hoitotakuun tiukentaminen. <<https://stm.fi/hoitotakuu/ukk>> (luettu 9.8.2024).
- THL 2024a. Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy. Aikasarja. <https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/eshjono/jonotilanne/summary_aikasarja> (luettu 12.8.2024).
- THL 2024b. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Ennakkotiedot 2022. <[https://thl.fi/documents/155392151/0/Terveystieteiden_tutkimuskeskus+ennakkotiedot+2022,+ennakkotiedot_v2024_06_27+\(1\).xlsx/bf2f83ab-7dc0-b8a4-bb53-48f7a8597095?t=1719474968417](https://thl.fi/documents/155392151/0/Terveystieteiden_tutkimuskeskus+ennakkotiedot+2022,+ennakkotiedot_v2024_06_27+(1).xlsx/bf2f83ab-7dc0-b8a4-bb53-48f7a8597095?t=1719474968417)> (luettu 15.8.2024).
- Tilastokeskus 2015. Statistical grouping of municipalities 2015. <http://www.stat.fi/meta/kas/til_kuntaryhmit_en.html> (luettu 1.9.2024).
- Tilastokeskus 2016. Keskimääräiset kk-vuokrat alueittain, koko vuokra-asuntokanta.
- Tilastokeskus 2023. Yritysten rakenne- ja tilinpäätöstilasto.
- Tilastokeskus 2024a. Kansantalouden tilinpito. <https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vtp/> (luettu 22.2.2024).
- Tilastokeskus 2024b. Väestörakenteen ennakkotiedot alueittain, 2023M01*-2024M03*. <https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vamuu/statfin_vamuu_pxt_11lj.px/table/tableViewLayout1/> (luettu 1.4.2024).
- Tilastokeskus 2024c. Toimialaluokitus 2008. <<https://stat.fi/fi/luokitukset/toimiala/>> (luettu 9.8.2024).
- Tilastokeskus 2024d. Paavo - tilastoja postinumeroalueittain. Saatavilla: <<https://stat.fi/tup/paavo/index.html>> (luettu 1.9.2024).
- Tevameri, T. 2020. Missä mennään sote-toimiala? Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2020:1. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-480-8>>.
- Tevameri, T. 2021. Katsaus sote-alan työvoimaan. Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. TEM toimialaraportit 2021:2. Työ- ja elinkeinoministeriö. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-812-7>>.
- Tiusanen, T. 2023. Kela-korvausten leikkaus tuli voimaan käsittämättömän huonossa tilanteessa. <<https://www.ts.fi/lukijoilta/5873670>> (luettu 3.12.2023).
- Toivanen, O. 2022. Hallitus esittää leikkauksia yksityisen sairaanhoidon Kela-korvauksiin: seuraukset näkyisivät erityisesti suurilla hyvinvointialueilla. <<https://yle.fi/a/3-12663913>> (luettu 11.9.2024).
- Toivonen, J. 2024. Kelan tiedot: Vain harva on siirtynyt yksityiselle sen jälkeen, kun hallitus nosti lääkärikäyntien Kela-korvausta. YLE. S<<https://yle.fi/a/74-20105923>> (luettu 11.9.2024).
- Tuominen, U., Hiilamo, H., Dadi, L., & Mikkola, H. 2011. Kela-korvausten merkitys yksityisten terveyspalveluiden käytössä. *Terveystaloustiede 2011*, toim J., Klavus. THL. Helsinki 2011; 34–38.
- Tuominen, U., Ruuska, H., Tervola, J., & Maljanen, T. 2016. Yksityissektorin erikoislääkärien vastaanottopalkkioiden hintavertailu. *Suomen Lääkärelehti*, 71(7), 499–506.
- Tuorila, H. 2019. Aikuisten vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset suomalaisilla terveystalustoilla. *Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä*, 2/2019.
- Tynkkynen, L., Alexandersen, N., Kaarbøe, O., Anell, A., Lehto, J., & Vrangbæk, K. 2018. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy*, 122, 485–492.

- Valtioneuvosto 2023a. Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma. <urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8> (luettu 25.2.2024).
- Valtioneuvosto 2023b. Hallitus nostaa Kela-korvauksia hoitojonojen purkamiseksi. sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Tiedote 22.9.2023 <<https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/hallitus-nostaa-kela-korvauksia-hoitojonojen-purkamiseksi>> (luettu 29.9.2023).
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011. Sairaanhoidon vakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset, Tuloksellisuustarkastuskertomus 228/2011.
- Valtonen, H., Kempers, J., & Karttunen, A. 2014. Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behaviour. *Kela Working papers* 2014: 65. <<http://hdl.handle.net/10138/135958>>.
- Virtanen, M., Järvelä, K., Kaakkola, J., Luukkinen, A., Pöyry, L., Rajas, A., Saastamoinen, M., Tuorila, H., & Vuorio, L. 2016. Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa.
- Välimäki, K., Hansson, A.-I., Salo, P., ym. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen: Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. STM:n julkaisuja 7/2011.
- Whaley, C., Chafen, J. S., Pinkard, C. S., Kellerman, G., Bravata, D., Kocher, R., & Sood, N. 2014. Association Between Availability of Health Service Prices and Payments for These Services. *Journal of the American Medical Association*, 312(16), 1670–1676.
- Whaley, C. 2019. Provider responses to online price transparency. *Journal of Health Economics*, 66, 241–259.
- Widström, E., Väisänen, A., & Mikkola, H. 2011. Pricing and competition in the private dental market in Finland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(2), 123–127.
- Widström, E., & Mikkola, H. 2012. Industry structures in private dental markets in Finland. *Community Dental Health*, 29(4), 309–314.
- Wolinsky, A. 1983. Prices as signals of product quality. *The Review of Economic Studies*, 50: 4, 647–658.
- Wu, S.-j., Sylwestrzak, G., Shah, C., DeVries, A. 2014. Price transparency for MRIs increased use of less costly providers and triggered provider competition. *Health Affairs* 33 (8), 1391–1398.
- Young, G., Smith, K.G. & Grimm, C.M. 1996. Austrian and industrial organization perspectives on firm level activity and performance, *Organization Science*, 7, 243-254.
- Zweifel, P., & Manning, W. G. 2000. Moral hazard and consumer incentives in health care. *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, toim. A. J., Culyer & J. P., Newhouse, Elsevier. 409-459.



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

ISBN 978-951-29-9859-3 (Painettu)
ISBN 978-951-29-9860-9 (PDF)
ISSN 2343-3159 (Painettu)
ISSN 2343-3167 (Sähköinen)