



Arttu Saarinen

**Suomalaiset lääkärit ja
Suomen Lääkäriliitto
osana hyvinvointivaltiota
ja sen terveystaloutta**



Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2010

Arttu Saarinen

Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveystaloutta

Summary

***Finnish physicians and the Finnish Medical Association
as part of the welfare state and its health policy***

Kirjoittaja

Arttu Saarinen, VTM, tutkija
Turun yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
aosaar@utu.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittaja ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-847-5 (nid.)

978-951-669-848-2 (pdf)

ISSN 1238-5050

Vammalan Kirjapaino Oy
Sastamala 2010

Tiivistelmä

Saarinen A. **Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114, 2010. 184 s. ISBN 978-951-669-847-5 (nid.), ISBN 978-951-669-848-2 (pdf).

Tässä julkaisussa selvitetään Suomen Lääkäriliiton ideoita (makrotaso) ja lääkäreiden (mikrotaso) mielipiteitä hyvinvointivaltiosta ja sen terveyspolitiikasta. Makrotason aineiston muodostavat erilaiset julkiset dokumentit. Aineistot ovat pääosin vuosilta 1970–2007. Dokumentteja analysoidaan sekä määrällisen että laadullisen sisällönanalyysin tai erittelyn keinoin. Mikrotason aineiston muodostaa vuonna 2007 kerätty kyselyaineisto (n = 1 092). Sitä analysoidaan kuvailevin tilastollisin menetelmin ja logistisen regressioanalyysin keinoin. Tulosten perusteella Suomen Lääkäriliitto koki julkisen vallan puuttumisen uhkaksi rakennettaessa universaalia terveydenhuoltojärjestelmää. Uhka kuitenkin väheni julkisen sektorin jatkuvasti laajentuessa. Toisaalta jatkuvana vaatimuksena Lääkäriliiton dokumenteissa esiintyvä 1970-luvulta lähtien yksityisen sektorin roolin lisäämisvaateet. 1990-luvun laman jälkeisenä aikana yksityiseen sektoriin liittyvät ideat ovat tulleet yhä selkeämmiksi ja konkreettisemmiksi. Argumenteissaan Lääkäriliitto ei tuo juurikaan esille omia taloudellisia intressejään vaan vetoaa useammin yleiseen hyvään. Kyselyaineistosta tehtyjen analyysien mukaan lääkärit kokevat sosiaaliturvan muuta väestöä useammin liian laajaksi. Lääkärit eivät kuitenkaan halua erityisen voimakkaasti markkinoistaa terveydenhuoltoa, jopa verrattaessa muuhun väestöön. Parhaiten lääkäreiden mielipiteitä sosiaaliturvasta ja terveydenhuoltojärjestelmästä selittävät poliittinen orientaatio ja työskentelysektori. Nuorten lääkäreiden mielipiteet sosiaaliturvasta ja terveydenhuoltojärjestelmästä eivät ole erityisen radikaaleja. Lopuksi tutkimuksessa verrattiin mikro- ja makrotasoa keskenään. Tulosten perusteella Suomen Lääkäriliitto on selvästi radikaalimpi näkemyksissään markkinoistumisesta kuin lääkärit keskimäärin.

Asiasanat: Suomen Lääkäriliitto, lääkärit, professiot, instituutiot, terveydenhuolto, terveyspolitiikka, mielipiteet

Sammandrag

Saarinen A. **Finska läkare och Läkärförbundet som en del av välfärdsstaten och dess hälsopolitik**. Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 114, 2010. 184 s. ISBN 978-951-669-847-5 (hft.), ISBN 978-951-669-848-2 (pdf).

I den här publikationen redogörs för Finlands Läkärförbunds idéer (på makronivå) och läkarnas åsikter om välfärdsstaten och dess hälsopolitik. Doktorsavhandlingens material på makronivå består av olika offentliga handlingar. Största delen av materialet är från åren 1970–2007. Dokumentens innehåll analyseras både kvantitativt och kvalitativt. Doktorsavhandlingens material på mikronivå består av en enkät för vilken material samlades in år 2007 (n = 1 092). Enkätmaterialen analyseras med beskrivande statistiska metoder och med logistisk regressionsanalys. Enligt resultaten upplevde Finlands Läkärförbund det som ett hot att den offentliga makten var inblandad då det universala hälsovårdssystemet konstruerades. Hoten blev dock mindre då den offentliga sektorn blev allt större. Å andra sidan kan man i Läkärförbundets dokument ända sedan 1970-talet finna ett ständigt krav på en större roll i hälsovårdssystemet för den privata sektorn. Efter 1990-talets depression har idéerna om den privata sektorn blivit allt mera konkreta och tydliga. I sina argument framför Läkärförbundet sällan sina egna ekonomiska intressen, utan appellerar mera till allmänt välmående. Enligt enkätens resultat upplever läkarna att socialskyddet är för högt oftare än människorna i genomsnitt (i enkäter som omfattar hela befolkningen). Läkarna vill inte marknadsanpassa hälsovården särskild starkt, även jämfört med hela befolkningen. De bästa förklaringarna till läkarnas åsikter om socialskyddet och hälsovårdssystemet lär vara deras politiska inriktning och sektorn där enskilda läkare arbetar. De unga läkarnas åsikter om socialskyddet och hälsovårdssystemet inte var speciellt radikala. Till slut jämfördes mikro- och makronivån med varandra. Enligt resultaten är Läkärförbundet betydligt radikalare i sina synpunkter om marknadsanpassning i hälsovårdssystemet än läkarna i genomsnitt.

Nyckelord: Finlands Läkärförbund, läkare, professioner, institutioner, hälso- och sjukvård, hälsopolitik, opinioner

Abstract

Saarinen A. **Finnish physicians and the Finnish Medical Association as part of the welfare state and its health policy.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 114, 2010. 184 pp. ISBN 978-951-669-847-5 (print), ISBN 978-951-669-848-2 (pdf).

This publication clarifies Finnish Medical Association ideas (macro level) and individual physicians' (micro level) opinions on the welfare state and its health policy. Different public documents form the material of the macro level. The documents are mainly from the years 1970–2007. The documents are analysed with the methods of quantitative analysis and qualitative content analysis. The main micro level data come from survey material collected in 2007 (n = 1092). The survey data were analysed using descriptive methods and logistic regression analysis. On the basis of the results the Finnish Medical Association regarded the government as a threat when the universal health care system was built. However, the threat from the public sector declines when the welfare state expands. On the other hand, since the 1970s the Finnish Medical Association has consistently advocated the importance of the private sector alongside the public sector. After the economic depression of the 1990s, the ideas about the role of the private sector have become clearer and sharper. Rather than advocating its own (especially economic) interests, the Association makes strong reference in its argumentation to the “common good”. According to the analyses that have been done on the basis of the survey, the physicians think that the level of social security is too high. It also seems that compared with the total population, physicians are somewhat less supportive of increasing marketization. The most important background variables explaining doctors' opinions are political orientation and working sector. Young physicians' opinions about the welfare state are not particularly radical. Finally, the micro level was compared with the macro level. The Finnish Medical Association is distinctly more radical in its views about marketization than the average physician. – Summary pp. 67–70.

Key words: Finnish Medical Association, physicians, professions, institutions, health care, health policy, opinions

ALKUSANAT

Väitöskirja sai alkunsa tiistaina 24.1.2006 kello 10.54, kun pro gradu -työni ohjaaja Pauli Forma lähetti minulle sähköpostia, jossa tiedusteli kiinnostustani tehdä väitöskirja lääkäreiden suhteesta hyvinvointivaltioon. Olin juuri valmistumassa maisteriksi ja aloittelemassa väitöskirjaa alueellisesta eri-arvoisuudesta ja palvelujärjestelmistä. Pauli kuitenkin tiesi minun olevan kiinnostunut myös hyvinvointivaltion eri ammattiryhmien tutkimisesta. Lääkäriammattikunta tuntui kiinnostavammalta aiheelta ja tutkimussuunnitelma uudesta aiheesta valmistui nopeasti Paulin hyvässä ohjauksessa. Keväällä 2006 olimmekin jo Suomen Lääkäriliiton toimistolla neuvottelemassa yhteistyöstä kyselyaineiston keräämisen onnistumiseksi. Muistan Paulin ohjeistaneen minua tapaamista edeltävänä päivänä: ”älä sitten tule hevipaidassa”. Tapaaminen sujui hyvin (ilman hevipaitaa), ja alkuvuodesta 2007 keräsin yli tuhannen lääkärivastaajan kyselyaineiston. Vuodeksi 2008 siirryin töihin eläkelaitokseen Helsinkiin tekemään hieman konkreettisempaa tutkimusta sekä kehittämistyötä, ja väitöskirjaa tein lähinnä kaukojunassa. Vuoden 2009 alussa palasin takaisin yliopistolle (tosin eri oppiaineeseen kuin lähtiessäni) tekemään väitöskirjani valmiiksi.

Haluan kiittää työpaikkojeni Kuntien eläkevakuutuksen tutkimus- ja työelämän kehittäminen -toiminnon sekä Turun yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen oppiaineiden henkilökuntaa.

Kaksi tärkeintä henkilöä työni valmistumisen kannalta ovat olleet dosentti Pauli Forma ja VTT Johanna Kallio. Pauli on ollut kannustava, reilu ja asiantunteva ohjaaja sekä esimies. Neuvot ovat aina olleet eteenpäin vieviä, ”asiakaslähtöisiä” ja poikkeuksellisen hyvin perusteltuja. Johanna on antanut erittäin paljon asiantuntevia neuvoja hyvine perusteluineen. Todella iso kiitos teille molemmille!

Useat muutkin henkilöt ovat antaneet apuaan sekä tukeaan. Erikseen haluan nimenomaisesti suuresti kiittää seuraavia: dosentti Mikko Niemelä, VTT Ilpo Airio, emeritusprofessori Seppo Pöntinen, professori ja toinen ohjaajani Hannu Ruona-vaara, osastosihteeri Jaana Tähti, dosentti Hannu Halila, VTM Jukka Vänskä, professori Heikki Ervasti, dosentti Raija Julkunen, dosentti Leena Koivusilta, dosentti Sakari Suominen, professori Leo Nyqvist, dosentti Seppo Poutanen, KT Tuomas Zacheus,

VTM Jarkko Rasinkangas, VTL Heikki Suhonen ja VTK Toni Pekka.

Asiantuntevia ja kannustavia esitarkastajia tutkimusprofessori Olli Kangasta ja professori Juhani Lehtoa kiitän erinomaisista muutosehdotuksista.

Rahoituksesta kiitän Emil Aaltosen säätiötä, Turun yliopisto-säätiötä ja Koneen säätiötä. Kiitos kaikille kyselyyn vastanneille lääkäreille ja Suomen Lääkäriliiton koulutus- ja tutkimus-toimialan henkilökunnalle avusta kyselyn toteuttamisessa! Kiitos Kai Hakalalle, Johanna Kalliolle, isälleni ja vaimolleni osallistumisesta kentälle lähtevien kyselylomakkeiden postitukseen. VTM Markus Kainulle kiitos aineiston huolellisesta tallennustyöstä. Kelan tutkimusosaston julkaisutoimitukselle suurkiitos kirjan julkaisukuntoon saattamisesta.

Äidilleni Hannelelle, isälleni Matille ja veljelleni Iirolle iso kiitos kaikesta tuesta ja avusta.

Maailman parhaalle vaimolleni Lauralle mittava kiitos kielenhuollosta ja tiivistelmän ruotsinnoksesta sekä kokonaisvaltaisesta kannustuksesta ja erityisesti yhteisestä kivasta elämästä. Maailman ihanimmille lapsillemme Otsolle ja Sisulle kiitos olemassaolostanne.

Turussa syksyllä 2010

Arttu Saarinen

SISÄLTÖ

ALKUPERÄISET JULKAISUT	9
1 JOHDANTO	11
2 SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ	15
2.1 Järjestelmän kehittyminen – julkisen sektorin kasvukausi	18
2.2 Markkinoistumisen kasvukausi	19
3 TERVEYSTALOUTTIIKKA JA LÄÄKÄRIT	23
3.1 Lääkäriprofession ominaispiirteet	23
3.2 Miten lääkäreitä on tutkittu?	27
3.2.1 Kansainvälinen tutkimus	27
3.2.2 Suomalainen tutkimus	30
3.2.3 Yhteenveto aiemmista tutkimuksista	33
3.3 Intressien taustatekijät	33
3.3.1 Makrotaso	33
3.3.2 Mikrotaso	36
4 TUTKIMUSASETELMA	38
4.1 Tutkimuskysymykset ja osakokonaisuuksien sisältö	38
4.2 Makrotason aineisto ja menetelmät	42
4.3 Mikrotason aineisto ja menetelmät	44
5 OSATUTKIMUSTEN TULOKSET	49
5.1 Makrotaso	49
5.2 Mikrotaso	52
6 YHTEENVETO TULOISTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	55
SUMMARY	67
LÄHTEET	71
ALKUPERÄISET ARTIKKELIT	89

ALKUPERÄISET JULKAISUT

- I** Ammatinharjoittajasta virkamieheksi. Suomen Lääkäriliitto ja universaalin terveydenhuoltojärjestelmän kehitys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008; 45 (2): 98–110.
- II** Markkinat ja lääkäriprofessio. Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005. Yhteiskuntapolitiikka 2007; 72 (2): 121–136.
- III** Terveyspolitiikka Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007. Yhteiskuntapolitiikka 2010; 75 (3): 241–251.
- IV** The opinions of Finnish physicians on social security system. International Journal of Sociology and Social Policy 2009; 29 (7–8): 426–440.
- V** Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta. Yhteiskuntapolitiikka 2007; 72 (6), 599–612.
- VI** Young physicians and the Finnish welfare state. International Journal of Health Care Quality Assurance 2009; 22 (2): 135–144.

1 JOHDANTO

Terveydenhuolto kiinnostaa ja koskettaa jollain tavoin kaikkia kansalaisia. Terveydenhuoltojärjestelmä on muodostanut 1960-luvulta lähtien universaalin hyvinvointivaltion ytimen¹. Suomen sosiaaliturvajärjestelmän kehityksen kannalta merkittävimmät uudistukset ovat olleet vuoden 1948 lapsilisälaki, vuoden 1956 kansaneläkeuudistus, vuoden 1959 työttömyysvakuutus, vuoden 1964 sairausvakuutusjärjestelmä, 1960-luvun työeläkelait ja vuoden 1972 kansanterveyslaki. Suomalainen terveydenhuolto ja osin koko hyvinvointivaltio on muihin Pohjoismaihin verrattaessa myöhään kehittyneet. Esimerkiksi julkinen sairausvakuutusjärjestelmä saatiin luoduksi myöhään kansainvälisesti verraten (ks. Kangas 1991). Toisaalta laaja-alaisen perusterveydenhuollon palvelujärjestelmä kehitettiin melko aikaisessa vaiheessa: esimerkiksi Norja ja Ruotsi säätivät perusterveydenhuoltomyönteiset lait vasta kymmenen vuotta Suomea myöhemmin (Vuori 1983, 18).

Lääketieteen jatkuvan teknologisen kehityksen seurauksena terveydenhoito on yhä kalliimpaa (Tuomainen ym. 1999; Ryyänänen ym. 2006). Lisäksi väestön ikääntyminen ja lääkemenojen voimakas kasvu lisäävät kustannuksia (esim. Saltman ja Figueras 1997; Aronen ym. 2001, 69). Väestön terveydenhuoltoon kohdistuvat odotukset ovat samalla kasvaneet ja lääketiede on levinnyt yhä useammalle yhteiskunnan osa-alueelle (esim. Ryyänänen ym. 2006). Yhteiskunnan taloudelliset voimavarat ovat kuitenkin aina olleet rajallisia.² Menojen hallitsemiseksi on julkisessa keskustelussa vaadittu, erityisesti viimeisen muutaman vuosikymmenen aikana, palveluiden kilpailuttamista ja kansalaisten omavastuun lisäämistä. Terveydenhuollon uudistaminen liittyy laajempaan ajattelutapojen murrokseen ja sen ympärillä käytävään keskusteluun (Saltman ja Figueras 1997, 5). Murroksen olennainen piirre Pohjoismaissa on ollut se, että markkinoille tarjotaan suurempaa roolia julkisten palveluiden tuotannossa (esim. Forma ym. 2006).

Terveydenhuollon järjestäminen ei ole vain objektiiviseen tietoon nojaavaa toimintaa vaan myös politiikkaa. Terveydenhuollon uudistamiseen pyrkivät osallistumaan lukuisat tahot, kuten esimerkiksi erilaiset intressiryhmät. Terveydenhuollon järjestämiseen, tuotantoon ja rahoittamiseen liittyvien mielipiteiden ja kantojen taustalla ovat toimijan eettiset ja ideologiset näkemykset sekä intressit.

Aikaisempi hyvinvointivaltion kehitystä työntekijöiden (ammattijärjestöjen) ja työnantajien voimasuhteita ja sitä kautta poliittista valtaa korostava suuntaus eli valta-resurssiteoria (ks. Korpi 1983; Pierson 1996, 150–151) sekä talouskasvun seurauksena syntynyt hyvinvointivaltiotiede eli taloudellinen determinismi (Pierson 1996, 148)

1 Luonnollisesti koulutusjärjestelmä on toinen merkittävä universaalin hyvinvointivaltion osajärjestelmä.

2 Terveydenhuollon kustannukset ovat kasvaneet jatkuvasti laman jälkeen sekä lääketiede kehittyä (ja sitä myöten kallistuu) erityisesti teknologialtaan edelleen kovaa vauhtia. Samaan aikaan verojen alentamiseen on suurempi paine kuin niiden lisäämiseksi. Tästä syntyy joidenkin arvioiden mukaan ristiriita lääketieteen mahdollisuuksien ja rahoituksen välille. (Ryyänänen ym. 2006, 7.)

ovat osin korvautuneet tai täydentyneet viimeisen kahden vuosikymmenen aikana selitysmalleilla, joissa korostetaan politiikan tekemistä rajoittavien ehtojen eli instituutioiden tarkastelua (ks. Kangas 2003, 95–96; Saari ja Kananen 2009)³. Tämä tarkoittaa sitä, että hyvinvointivaltion kehityksen polkuriippuvuutta aiheuttavat formaalit instituutiot, kuten lainsäädäntöjärjestelmät tai voimakas federalismi, mutta myös informaalit instituutiot, kuten hyvinvointikulttuuri (ks. Torfing 2001, 283; Barich ja Béland 2009, 255).⁴ Tässä väitöskirjassa hyvinvointikulttuuri (ks. termistä Pfau-Effinger 2005) käsitetään informaaliksi instituutioksi. Viitataan hyvinvointikulttuurin käsitteellä vallitsevaan ajattelutapaan siitä, kuinka sosiaaliturva ja hyvinvointivaltioon liittyvät palvelut ja tulonsiirtojärjestelmät tulisi järjestää. Esimerkiksi laman jälkeen ns. markkinoistumisen aikakaudella hyvinvointikulttuuri on erilainen kuin julkisen sektorin kasvukaudella 1970–1980-luvuilla.

Instituutiot vaikuttavat siihen, kuinka lääkäriprofessio⁵ voi toimia terveystaloutta. Lääkäriammattin historiallista kehitystä ja hyvinvointivaltion historiaa ei olekaan mahdollista tarkastella toisistaan erillisinä. Esimerkiksi kun maahamme toisen maailmansodan jälkeen alettiin luoda universaalia terveydenhuoltojärjestelmää, piti myös lääkärikoulutusta uudistaa (Puro 1973, 180–181; Henriksson ja Wrede 2004, 9, 13–14; Jauho 2004, 90, 95–96). Suomalaisessa julkisessa järjestelmässä terveydenhuolto on pääosin julkisen sektorin tuottamaa ja järjestämää. Lääkärit ovat olleet valtaosin julkisen sektorin työntekijöitä. Julkisen terveydenhuollon uudistaminen on tarkoittanut meillä usein markkinoistumisen lisäämistä. Siksi tässä väitöskirjassa keskiössä on markkinoistuminen. Markkinoistumisella viitataan siihen kehitykseen, jossa julkisesti järjestettyjen palveluiden tehokkuutta pyritään lisäämään eri tavoin, erityisesti yksityisen sektorin avulla sekä toisaalta tuomalla uudenlaisia toimintatapoja julkisesti tuotettuihin palveluihin. Markkinoistumiseksi voidaan nähdä, hieman näkökulmasta riippuen, esimerkiksi erilaiset tilaaja-tuottajamallien sovellukset kunnissa tai palveluiden järjestämisalueiden (kuntakoon) laajentaminen.

Väitöskirjassa tutkitaan Lääkäriliiton (makrotaso) ja lääkäreiden (mikrotaso) suhdetta hyvinvointivaltion terveystaloutta. Kyseessä on terveystaloutta erikoisalaan kuuluva väitöskirja⁶. Lääkäriliitto on terveystaloutta asiantuntija mutta ennen

3 Hyvän yleisesityksen sosiaalipolitiikan kehitysteorioista (rakenteiden, politiikan ja instituutioiden merkitys) saa Kankaan (2006, 180–184), Skocpolin (1992), Orlofin (2004) sekä Bélandin ja Hackerin (2004) tutkimuksista. Lisäksi esimerkiksi Maioni (2002) on käsitellyt federalismin merkitystä Kanadan terveydenhuoltojärjestelmän rakentumisessa.

4 Instituutio on moniulotteinen termi. Siksi voidaan ymmärtää esimerkiksi käyttäytymistä koskevat säännöt. Instituutiot samaistetaan laitoksiin. Ominaispiirteensä on yhdenmukainen käyttäytyminen, joka on toistuvaa sekä normien ja rooli-odotusten säätelemää. (Allardt ja Luttunen 1972, 27.) Instituutiolle ominaista on toistuvuus. Juuri institutionalisoinnilla viitataan jonkin toiminnan vakiintumiseen (esim. Berger ja Luckmann 1994, 65–81). Tässä väitöskirjassa instituutioilla viitataan olemassa oleviin konkreettisiin järjestelmiin, kuten lakiin valtionapujärjestelmästä. Toiseksi instituutio voi olla vakiintunut ajattelutapa ja normijärjestelmä, kuten hyvinvointikulttuuri.

5 Professio tarkoittaa ammattikuntaa, jolla on arvostettu yhteiskunnallinen asema ja teoreettiseen (tutkittuun) tietoon pohjautuvaa erityisosaamista, jota millään muulla ammattikunnalla ei ole.

6 Kankaan ym. (2000, 7) mukaan ”terveystaloutta on terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon kohdistuvaa sosiologista tutkimusta, jota harjoitetaan sekä laadullisten että määrällisten menetelmien avulla”.

kaikkea intressi- eli eturyhmä⁷. Intressiryhmät pyrkivät käyttämään valtaresurssejaan nostaakseen niille tärkeitä teemoja politiikan asialistoille sekä toisaalta sulkeakseen joitain muita ulkopuolelle (Saari ja Kananen 2009, 22). Eturyhmät voivat vaikuttaa harjoitettuun politiikkaan a) pyrkimällä muokkaamaan yleistä mielipidettä, b) haikutumalla yksittäisten puolueiden lähelle ja pyrkien vaikuttamaan niiden tavoitteenasetteluun ja c) painostamalla viranomaisia heidän päätöksissään ja toimenpiteissään (vrt. Nousiainen 1998). Järjestöjen toiminnassa on periaatteessa kaksi puolta: yhtäältä julkinen, toisaalta kulissien takana tapahtuva toiminta. Julkinen toiminta on yleensä järjestön virallista toimintaa, kun taas kulissien takana käytetään hyväksi henkilökohtaisia suhteita. (Huuska 1968, 6, 77.) Painostuksessa merkittävä keino on lausuntojen antaminen terveydenhuoltoon liittyvistä teemoista.

Tutkimuksessa ei olla kiinnostuneita siitä, millaisin eri tavoin tai kuinka tehokkaasti Lääkäriliitto on terveyspolitiikassa vaikuttanut. Huomio kohdistetaan pikemminkin lääkäriprofession ideoihin ja lääkäreiden mielipiteisiin. Campbellin (2001 ja 1998) mukaan ideat voivat toimia normatiivisella tai kognitiivisella tasolla. Normatiivisella tasolla vaikuttavat kehykset, jolloin käytetään tietynlaista retoriikkaa ja kielikuvia, jotta saadaan legitimoitua jokin poliittinen kanta. Toiseksi normatiivisella tasolla poliittisiin vaihtoehtoihin vaikuttaa yleinen mielipide eli moraaliset näkemykset ja uskomukset. Kognitiivisella tasolla ideoilla viitataan ensinnäkin sellaisiin kannanottoihin, joihin sisältyy konkreettisia toimintamalleja. Toiseksi kognitiivisella tasolla toimivat paradigmat. Niillä tarkoitetaan erilaisten eliittiryhmien taustaolettamuksia, ja nämä rajoittavat poliittisia vaihtoehtoja. (Campbell 2001.) Väitöskirjassa ideoita lähestytään ensisijaisesti kannanottojen kautta eli ideat ymmärretään ohjelmallisina toimintasuosituksina. Suomen Lääkäriliiton kannanotoissa esitetään erilaisia ideoita terveydenhuoltojärjestelmästä. Toki työssä tutkitaan lisäksi ohjelmallisten ideoiden taustalla olevia kehyksiä. Asioiden esittäminen vaikuttaa selvästi siihen, kuinka ideat otetaan vastaan (Saari ja Kananen 2009, 23). Lääkäriliitto pyrkii kehystämään terveyspoliittisia kannanottojaan itselleen edullisesti paitsi sisällöllisin myös kielellisin keinoin.

Kohteena väitöskirjassa on palvelujärjestelmään laajassa mielessä liittyvä terveyspolitiikka. Eri intressiryhmien roolista terveyspolitiikassa on vain joitain tutkimuksia ja nämä kohdistuvat yleensä aikaan ennen 1990-luvun lamaa (esim. Vuolio 1995). Useissa terveydenhuollon historiaa tarkastelevissa tutkimuksissa on toki sivuttu lääkäreiden ja Lääkäriliiton roolia eri järjestelmämuutoksissa (esim. Suonoja 1992; Niemelä 2004).

Terveydenhuolto on hyvinvointivaltion merkittävin toimintasektori ja lääkärit terveydenhuollon johtava ammattiryhmä. Suhde lääkäreiden ja hyvinvointivaltion välillä on

7 Intressi-käsitteellä viitataan tässä tutkimuksessa toimijan etuun. Intressiryhmä on sinänsä monimerkityksinen termi, mutta käytännössä sillä viitataan joukkoon organisoituja toimijoita, jotka ajavat intressejään politiikan kentällä esimerkiksi lobbaamalla ja painostamalla poliittisten päättäjien suuntaan (Petracca 1992, 5).

jatkuvassa muutostilassa⁸. Terveydenhuollon toimivuuden kannalta ei ole samantekevää, kuinka sen työntekijät kokevat järjestelmän toimivan tai millaista järjestelmää he ylipäättään kannattavat. Lääkäreillä on käytännön kliinisen työn tekijöinä sekä terveydenhuollon johtajina paljon sellaista tietoa ja valtaa, jota kellään muulla järjestelmän sisällä ei ole. Muun muassa näiden syiden vuoksi on tärkeää tutkia lääkäreitä ja lääkäriprofessiota. Väitöskirjan yhteenveto-osion rakenne on seuraavanlainen: Luvussa 2 selvitetään tiiviisti, millainen on suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä. Luvussa 3 käsitellään, mitä tarkoittaa professio, miten lääkäreitä on tutkittu sekä millaisia intressejä lääkäreillä on mikro- ja makrotasolla. Teorettisessa osiossa tuodaan myös esille, että professiolla on aina omat intressinsä, joita kuitenkin rajoittavat institutionaaliset ehdot. Teoriaosan jälkeen esitellään tutkimukselliset valinnat, artikkeleiden tulokset ja yhteenveto tuloksista sekä johtopäätökset.

8 Esimerkiksi suomalaisessa perusterveydenhuollossa on syntynyt uusia sopimusmuotoja vuokralääkäriyriytysten tullessa mukaan tuottamaan julkisia palveluja (Mäkitalo-Keinonen ym. 2005).

2 SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

Esping-Anderssenin (1990) klassinen hyvinvointivaltiotypologia perustuu voimakkaasti tulonsiirtojärjestelmille. Useimmissa hyvinvointivaltiovertailuissa ei itse asiassa ole mukana terveydenhuollon palvelujärjestelmän syvällisempää analyysia (ks. kuitenkin Arts ja Gelissen 2002; Bambra 2005; Wendt ym. 2009). Kansainvälisissä terveydenhuollon luokitteluissa karkein jaottelu on yleensä järjestelmien erottelu vakuutusperusteisiin ja palveluperusteisiin. Ensimmäisessä järjestelmä nojaa julkisiin tai joissain maissa yksityisiin vakuutuksiin (esim. Saksa, Ranska) ja jälkimmäisessä verorahoitteisiin julkisiin palveluihin (esim. Pohjoismaat, Espanja). (Rothgang ym. 2008; Wagstaff 2009.) Olennaista on julkisen ja yksityisen suhde terveydenhuollon rahoituksessa, tuotannossa tai järjestämisessä ja sääntelyssä.

Jossain tutkimuksissa on eroteltu kolme ideaalimallia (joista on useita yhdistelmiä edellä mainituilla ulottuvuuksilla): valtiollinen terveydenhuoltojärjestelmä, sosiaalisoitu terveydenhuoltojärjestelmä, yksityinen terveydenhuoltojärjestelmä (Wendt ym. 2009). Suomi kuuluu valtiollisen terveydenhuoltojärjestelmän ryhmään muiden Pohjoismaiden kanssa. Pohjoismaissa julkisella rahoituksella ja palvelutuotannolla on edelleen suurin rooli terveydenhuollossa (ks. laskelmista Bambra 2005), mutta myös yksityisektorilla on vakiintunut asemansa.

Terveydenhuoltojärjestelmät luovat perustan sille, minkälaisissa organisaatioissa lääkärit työskentelevät. Esimerkiksi Suomessa valtaosa työskentelee julkisessa sairaalassa tai terveysasemalla, kun taas useassa Euroopan maassa lääkärit toimivat itsenäisinä ammatinharjoittajina. Terveydenhuoltojärjestelmämme rakentuu useista rahoittamis- ja järjestämistavoista, ja järjestelmä on kehittynyt nykyiseen muotoonsa toisen maailmansodan jälkeen vähitellen. Järjestelmän peruspilari on kunnalliset perusterveydenhuollon palvelut, jotka järjestetään terveyskeskusten kautta. Varsinaiseen erikoissairaanhoidon voi lähetteen laatia työterveys-, terveyskeskus-, tai yksityislääkäri. Palvelut voidaan tuottaa itse tai naapurikuntien kanssa tai ostaa muilta kunnilta, kuntayhtymiltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Valtaosalla terveyskeskuksista on terveyskeskuksen vuodeosasto, joissa hoidetaan äkillisesti sairastuneita sekä erikoissairaanhoidosta kuntoutukseen ja jatkohoitoon siirrettyjä potilaita. Perusterveydenhuollon merkittäviä osia ovat myös maksuttomat työterveyshuollon palvelut sekä yksityiset lääkäripalvelut. Erikoissairaanhoidon hankitaan pääasiassa sairaanhoitopiireiltä. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on järjestää alueensa kuntien erikoissairaanhoidon. (Willberg ja Valtonen 2007.)

Suomen terveydenhuolto eroaa tietyin osin Pohjoismaista. Ominaista Suomen järjestelmälle on se, että verojen kautta rahoitetun kunnallisen järjestelmän lisäksi pakollisen sairausvakuutusjärjestelmän avulla tuetaan yksityiseltä sektorilta hankittujen palveluiden käyttöä (Häkkinen 2005, 101). Muissa Pohjoismaissa lääkärit ovat perusterveydenhuollossa tavallisemmin itsenäisinä ammatinharjoittajina ja kansa-

laisten valinnanvapaus hoitopaikan sekä lääkärin osalta on tietysti osin suurempi (ks. Willberg ja Valtonen 2007).^{9, 10}

Suomalainen hyvinvointivaltio laajeni hieman muita Pohjoismaita myöhemmin. Maatamme on usein pidetty pohjoismaisen mallin rajatapauksena, sosiaalimenot kun eivät ole yhtä suuret eivätkä sosiaalipalvelut sekä erityisesti terveydenhuoltojärjestelmä ole yhtä laajoja menoilla mitattuna (ks. tarkemmin Kangas 2009). Lisäksi Suomen julkisen sektorin osuudet kaikista työntekijöistä ovat erityisesti Pohjoismaihin ja osin myös muihin Euroopan maihin verrattuna pienet (Saarinen 2009). Kuviossa 1 on vertailtu¹¹ terveydenhuollon menoja bruttokansantuotteesta. Yhdysvaltojen osuus on selvästi suurin ja kasvanut voimakkaammin. Suomen menot ovat pienemmät kuin Pohjoismaissa ja vanhoissa Euroopan unionin maissa (EU15). Suomen terveydenhuoltomenot myös laskivat voimakkaammin taloudellisen laman aikana 1990-luvun ensimmäisellä puoliskolla. Juuri 1980-luvun lopulla menot kasvoivat selvästi nopeammin kuin EU-maissa keskimäärin, mutta laman myötä osuus on pysyvästi jäänyt pienemmäksi¹². Menojen pienuudesta huolimatta suomalaiset ovat tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmäänsä. Kymmenen vuoden takaisessa mittauksessa 74 prosenttia ilmoitti olevansa melko tai erittäin tyytyväinen terveydenhuoltojärjestelmään. Tässä suhteessa Suomi on länsimaiden kärjessä, esimerkiksi Ruotsissa vastaava osuus oli 59 prosenttia (Blendon ym. 2001).

Suomen julkisten menojen osuus on 2000-luvulla pysynyt vakiona, mutta ero vanhoihin EU-maihin on kasvanut, koska niissä julkisen sektorin osuus on aivan muutaman viime vuoden aikana lisääntynyt.¹³ Tosin vuoden 1990 tasolle ei ole enää palattu uudelleen Pohjoismaissa ja Suomessa. (OECD-maiden vertailutiedoista ks. laskelmat Street 2008, 21.) Kuviossa 2 käy ilmi, että Yhdysvaltojen järjestelmässä julkisten menojen osuus on selvästi pienin, kun taas Pohjoismaissa se on suurin.

9 Valinnanvapautta selvittäneessä tutkimuksessa todettiin, että selvästi yli puolet kansalaisista kokee valinnanvapauden periaatteellisella tasolla tärkeäksi terveydenhuollossa. Tutkimus myös tuo esille, kuinka sairausvakuutuksen korvaustaso koetaan liian pieneksi. (Jäntti 2008, 144, 150.)

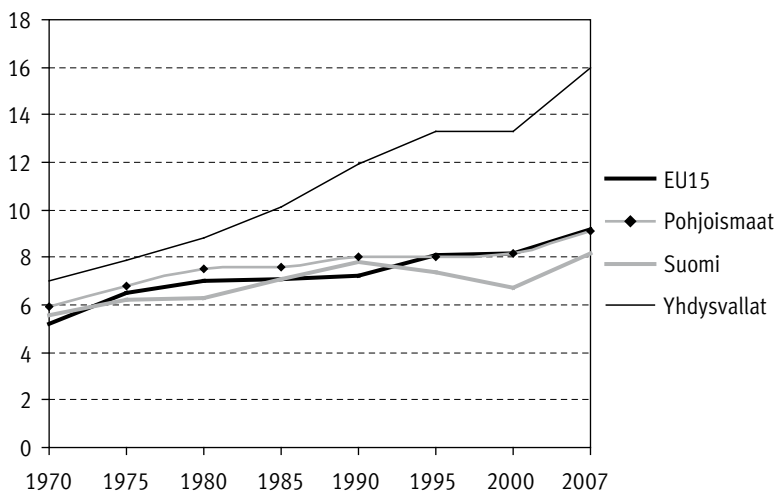
10 Hyvän kokonaisnäkömyksen suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteesta antavat Häkkinen (2005) sekä Häkkinen ja Lehto (2005).

11 EU15-maiden ja Pohjoismaiden luvut ovat maiden keskiarvoja. Joiltain mailta ei ollut kyseiseltä vertailuvuodelta tietoa, jolloin otettiin lähin vuosi. Lääkärimäärien osalta Suomesta ei ole tietoa ennen vuotta 1995, siksi aikajakso on lyhyempi. On selvää, että bruttokansantuotteeseen perustuva vertailu ei ole ongelmaton, koska se kertoo suhteellisen osuuden, muttei absoluuttisia terveydenhuoltoon laitettuja resursseja. Lisäksi on esitetty Suomen pienen osuuden johtuvan hoitohenkilökunnan palkoista (Ryynänen ym. 2006, 33). Tässä on kuitenkin tarkoitus esittää karkeaa taustoittavaa ajallista vertailua, joten bruttokansantuoteosuus soveltuu käyttöön (ks. terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuuden ongelmista Gertham ja Jönsson 1994).

12 On tuotu esille kriittisiä arvioita siitä, että terveydenhuollon menojen jatkuva kasvu ei enää tee kansalaisista yhtään terveempiä vaan kansalaisia ylihoidetaan ja medikalisoidaan jo nyt liikaa (Myllykangas 2009). Voidaan joidenkin näkemysten mukaan kysyä, ovatko saavutetut hyödyt jatkuvasta lääketieteen kehityksestä enää suuremmat kuin haitat (Ryynänen ym. 2006).

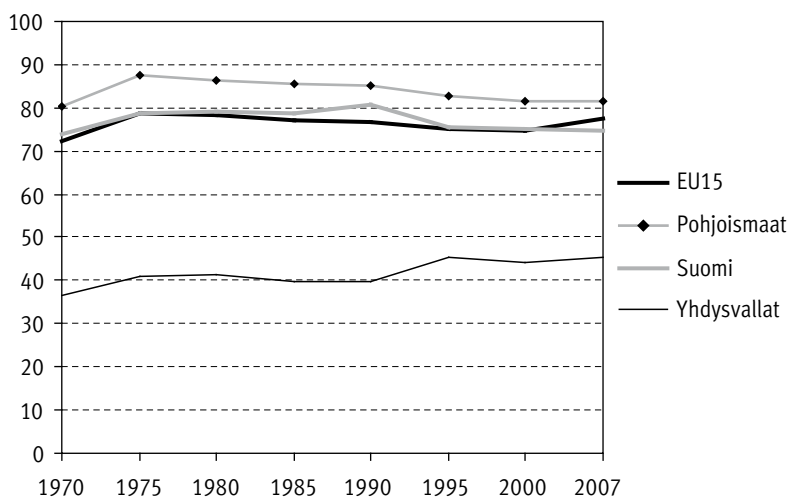
13 Toisaalta joissakin useita eri mittareita käyttäneissä tutkimuksissa on saatu sellainen tulos, että Suomen terveydenhuollossa julkisella palvelutuotannolla on jopa suurempi osuus kuin muissa Pohjoismaissa (Rothgang ym. 2008).

Kuvio 1. Terveystalouttomenojen bruttokansantuoteosuus, tiedot kunkin vuoden (esim. 1975) poikkileikkaushetkeltä.



Lähteet: OECD 2009; tutkijan omat laskelmat kyseisestä lähteestä.

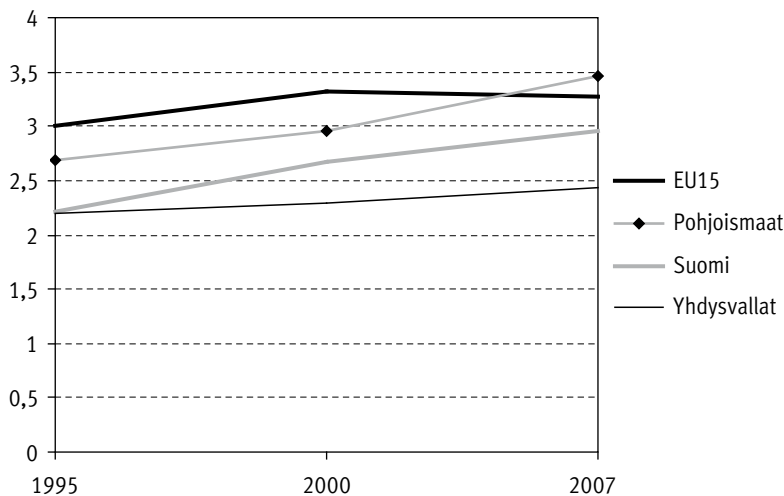
Kuvio 2. Julkisten menojen osuus kaikista terveystalouttomenoista, tiedot kunkin vuoden (esim. 1975) poikkileikkaushetkeltä.



Lähteet: OECD 2009; tutkijan omat laskelmat kyseisestä lähteestä.

Merkittävä terveydenhuollon resurssihin ja terveystalouteen vaikuttava tekijä on lääkärimäärä. Lääketieteen rooli on jatkuvasti kasvanut yhteiskunnan eri osaluilla, mikä näkyy muun muassa lääkärimäärien kasvussa (esim. Conrad 2007). Lääkärien määrä suhteessa väestöön on kasvanut tasaisesti Suomessa. Varhaisimmat tiedot lääkärimääristä ovat vuodelta 1900, jolloin yhtä lääkäriä kohden oli 7 143 henkilöä, vastaava luku vuonna 1960 oli 1 573 ja vuonna 1980 enää 530 (Hyppölä 2001, 46). Kehitys on samantyyppistä kaikissa OECD-maissa (ks. kuvio 3), mutta volyymissa ja nykymäärissä on silti selviä eroja (OECD 2009 -tilastoissa on useiden maiden osalta vertailutiedot vuodesta 1960 saakka). Ammatissa toimivien lääkärien määrät Pohjoismaissa ovat kasvaneet 2000-luvulla eniten. Suomessa kasvu on ollut samansuuntaista muiden Pohjoismaiden kanssa, mutta lähtökohtaeröjen vuoksi määrät ovat edelleen pienemmät. Vaikka lääkäripulaa on ollut jossain määrin koko viime vuosisadan ajan niin 2000-luvulla hoitotakuujärjestelmän, muuttoliikkeen ja terveydenhuollon tarpeen kasvun vuoksi, työvoiman saatavuus on muodostunut yhä suuremmaksi ongelmaksi Suomessa. Tilanteen helpottamiseksi lääketieteen opiskelijoiden sisäänottomääriä on kasvatettu voimakkaasti vuodesta 1997 lähtien (ks. Vänskä ym. 2005, 16, 19).

Kuvio 3. Ammatissa toimivien lääkärien määrä 1 000:ta asukasta kohti.



Lähteet: OECD 2009; tutkijan omat laskelmat kyseisestä lähteestä. Suomen osalta ei ole mahdollista saada OECD:n tilastoista vertailukelpoisia lukuja ennen vuotta 1995.

2.1 Järjestelmän kehittyminen – julkisen sektorin kasvukausi

Ensimmäinen ja koko maan kattava yhtenäinen asetus terveydenhoidosta annettiin vuonna 1879 (Pesonen 1980, 344; Tiitta 2009, 46–49). Varsinaista nykymuotoista terveydenhuoltoa alettiin kehittää vasta myöhemmin. Erityisesti vuoden 1943 kes-

kussairaalain myötä sairaanhoitoa kehitettiin yhä enemmän, ja sairaalaverkoston rakentaminen ajoittuu vuosille 1951–1963 (Martikainen ja Uusikylä 1997, 19; Tiitta 2009, 152–156). 1960-luvulle tultaessa kuitenkin havaittiin, että avohuollon palveluille on yhä suurempi tilaus. Sairaalalaitoksen laajentaminen alettiin vähitellen nähdä taloudellisesti ongelmalliseksi, koska osa maan alueista jäi edelleen hoidon kattavuuden ulkopuolelle ja sairaalahoito oli kallista (Harjula 2006, 105).¹⁴

1960-luvun alussa tehtiin päätös pakollisesta julkisesta sairausvakuutuksesta, joka hieman helpotti avosairaanhoidon tilannetta. Merkittävin uudistus oli kuitenkin vuoden 1972 kansanterveyslaki.¹⁵ Vaikka kansanterveyslakia vastaavia hankkeita oli aikanaan myös muissa hyvinvointivaltioissa, koko maan kattavana kunnallisena palvelujärjestelmänä se oli ainutlaatuinen innovaatio jopa maailmanlaajuisesti (Rimpelä 2005). Hyvinvointivaltion keskittäminen saavutti eräänlaisen huippunsa, kun samaan aikaan uudistettiin terveydenhuollon suunnittelujärjestelmä (Martikainen ja Uusikylä 1997, 21). Terveyskeskusten perustamisen myötä katosivat lääkäri-instituutiosta loputkin vapaan ammatin piirteet (Rinne ja Jauhiainen 1988, 116–117). Kunnanlääkärijärjestelmästä siirryttiin terveyskeskuslääkärijärjestelmään, ja keskimääräinen perustyöaika lääkäreillä muuttui 52 tunnista 37 tuntiin (Uotila 2004, 16).

1970- ja 1980-luvuilla kiinnitettiin lisäntyvää huomiota myös työterveyshuoltoon. Vuonna 1979 tuli voimaan laki, jonka mukaan työnantajien tuli järjestää työntekijöilleen työterveyshuolto. Myös muita merkittäviä hienosäätöjä tehtiin 1980-luvulla, kun aloitettiin omalääkärijärjestelmien kokeilut. Vuonna 1984 tehtiin ns. Valtava-uudistus, jossa tarkasteltiin uudelleen sosiaali- ja terveydenhuollon välistä roolia (Tsupari ja Lappi 1987). Valtava-uudistuksessa myös tarkasteltiin uudelleen keskushallinnon ja kuntien roolijakoa sekä yksityisiä palveluita, kuten vuoden 1989 vapaakuntakokeiluissakin (lisää reformeista Niemelä 2008; Niemelä ja Saarinen 2010).

2.2 Markkinoistumisen kasvukausi

Maailmanlaajuisesti tarkastellen 1980-luvulla alkanut julkisen sektorin muutos kiteytyy uuden julkisjohtamisen (*new public management*) paradigmaan. Paradigman muutokseen kuuluu asiakasohjautuvuuden, tehokkuuden, laadun ja valinnanvapauden korostaminen (Pollitt 2000). *New public management*- tai managerialismi-termeissä mukana on myös johtaminen ja ylipäätään työn organisointi ja laskentatoimi (esim. Kurunmäki 2000; Lähdesmäki 2003; Pollitt ja Bouckaert 2004; Torppa 2007), kun taas markkinoistuminen käsittää rajatummin palvelujärjestelmän uudistamisen

14 Hyvän yleisesityksen terveydenhuollon varhaisista kehitysvaiheista on tehnyt Sirpa Wrede (2000).

15 Kansanterveyslaki on myös muuttunut reilun kolmenkymmenen vuoden aikana, ja siitä on karsittu useita säädöksiä. Erityisesti vuoden 1993 valtioapujärjestelmä uudistus muutti kansanterveystyön reunaehdoja, kun normiohjaus väheni. Lisäksi myös 2000-luvun alussa alkanut kansallinen terveydenhuoltohanke ja siihen liittyvät hoitopäätöksensäännökset ovat vaikuttaneet kansanterveystyöhön. Kaikkiaan on mahdollista nähdä, että kun erikoissairaanhoido vie yhä enemmän resursseja, asiakasmaksujen osuus on lisääntynyt ja toisaalta normiohjaus on vähentynyt, kansanterveyslain alkuperäinen idea ja merkitys on lähes kadonnut. (Rimpelä 2005.)

erityisesti yksityisen sektorin avulla.¹⁶ Suomessa yksityisen sektorin roolia julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä voidaan lisätä joko sairausvakuutuksen taksoihin vaikuttamisen tai kunnallisten palveluiden ulkoistamisen kautta. Suomalaisessa järjestelmässä erikoisuutena on ollut se, että julkisesti tuotettujen palveluiden rinnalla on ollut julkisesti tuettu ”markkinavaihtoehto” eli sairausvakuutusjärjestelmä.

Uuden julkisjohtamisen oppi näkyy eri maissa hyvin eri tavoin riippuen kohteesta lähtökohdista ja järjestelmästä.^{17, 18} Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kannalta olennaisin muutos osana NPM-paradigmaa on ollut palvelujärjestelmän markkinoistuminen, jonka on mahdollistanut erityisesti valtionapujärjestelmän uudistus vuonna 1993 sekä osin hankintalainsäädännön muutokset vuodesta 1994 lähtien. Ylipäätään 1990-luvulla alettiin vastuuta julkisten palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta antaa yhä enemmän kunnille (esim. Niemelä ja Saarinen 2010; ks. myös Wrede 2000; Rimpelä 2005).¹⁹ Kaikissa Pohjoismaissa järjestelmää on uusittu selvästi 1980-luvulta lähtien, Suomen tullessa hieman muista jäljessä (Forma ym. 2006). Usein terveydenhuollon uudistukset ovat peräisin yleisen julkisen hallinnon uudistamispaineista. Nämä paineet tulevat usein sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisten toimijoiden sekä sosiaali- ja terveystalouden ulkopuolelta, kuten elinkeinoelämän piiristä (Koivusalo ym. 2008). Uuden julkisjohtamisen hengessä tehdyt terveydenhuollon reformit ovat joidenkin tulkintojen mukaan merkinneet lääkäriprofessionille aiempaa tiukempaa taloudellista valvontaa sekä ohjausta (esim. Viitanen ym. 2006, 87).

Terveydenhuolto perustuu palveluihin. Terveydenhuollon markkinoistuminen ei kuitenkaan tarkoita yksityistämistä, koska markkinoistaa voidaan ilman yksityistämistäkin. Aiemmat tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että hyvinvointivaltioissa on karsittu ja muutettu juuri palveluja voimakkaammin kuin tulonsiirtoja. Erilaiset järjestelmää karsivat toimenpiteet eivät näy sosiaali- ja terveystaloutuksissa samalla tavalla suoraan kuin tulonsiirroissa. Palveluissa muutokset voivat usein näkyä esi-

16 Tarkkaa yksityisen ja julkisen sektorin erottamista on terveydenhuollossa hankala tehdä (Beland ja Gran 2008, 7–8). Julkisella sairaalalla saattaa olla esimerkiksi yksityisen sektorin hoitopaikkoja tai toisin päin. Aikaisemmissa väestötason tutkimuksissa on havaittu, että suurin osa kansalaisista kannattaa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön lisäämistä, kun kysytään, tulisiko hyvinvointiyhteiskuntaa kehittää nykyistä tiiviimmässä yhteistyössä yksityisen sektorin kanssa (Haavisto ym. 2007, 75–76). On mahdollista, että vaikka kansalainen haluaa lisää yksityistä palvelua, haluaa hän myös lisää julkista. Toisaalta jossain palvelumuodossa kansalainen voi haluta lisää yksityistä palvelutuotantoa ja toisessa enemmän julkista. (Forma, Kallio ja Saarinen 2008, 14.)

17 Suomalaisessa terveydenhuollossa on eriarvoisuutta useaan muuhun maahan verrattuna hoitopäässä yleislääkäreille tai erikoislääkäreille. Osasyynä on ilmainen työterveyshuolto sekä terveystalouden asiakasmaksut. (OECD 2005.) Kuntien välillä on 2000-luvulla ollut merkittäviä eroja terveystalouden saatavuudessa. Syynä tähän on se, että Itä- ja Pohjois-Suomessa terveystalouksilla on ollut hankaluuksia tuottaa tarvittavia palveluita, erityisesti terveystalouksen puolelta. (Manderbacka ym. 2006.)

18 Julkisen sektorin kohdalla ulkoistaminen tarkoittaa, että julkisyhteisö siirtää itse hoitamansa toiminnon ulkopuolisen hoidettavaksi. Näin ollen ulkoistaminen on rinnastettavissa alihankintaan. Käsitteinä yksityistämistä ja ulkoistamista käytetään rinnakkaisesti. Ulkoistamisen ja yksityistämisen ero on kuitenkin siinä, että jälkimmäisessä julkinen laitos siirretään kokonaan yksityiseen omistukseen tai valvontaan. Palvelujen ulkoistaminen taas edellyttää tilaajan ja tuottajan erottamista toisistaan. (Sutela 2003, 13–16.)

19 Julkisen sektorin järjestelmämuutoksista kattavan esityksen 1970-luvun lopulta vuoteen 2007 ovat tehneet Niemelä (2008) sekä Niemelä ja Saarinen (2010).

merkiksi laadun heikkenemisenä tai pidentyneinä jonoina, mutta eivät välttämättä objektiivisesti mitattavana suurena, kuten esimerkiksi työttömyysturvan euromääräisinä muutoksina. (Clayton ja Pontusson 1998, 95–96.)²⁰ Kaikkiaan kunnallinen perusterveydenhuolto on 1990-luvulta lähtien menettänyt resurssejaan verrattaessa erikoissairaanhoidon (Larivaara ym. 2009, 243).

Toki palvelujärjestelmän sisällä voidaan tehdä objektiivisesti mitattavia muutoksia, jotka näkyvät suoraan potilaalle. Merkittävä keino hienosäätää, ja joidenkin näkemysten mukaan myös karsia, nykyistä järjestelmää ovat omavastuuosuudet. Yksityishenkilöiden maksuosuus on Suomessa nykyisellään noin 20 prosenttia terveydenhuollon kokonaisuudesta (esim. OECD 2009). Kansalaisten omavastuuosuuksiin voidaan pyrkiä vaikuttamaan verorahoitteen järjestelmän puitteissa asiakasmaksujen kautta ja sairausvakuutusjärjestelmässä taas korvaustaksojen säätelyn kautta. Vuonna 1993 voimaan tullut asiakasmaksulaki antoi kunnalle mahdollisuuden periä sen päättämä maksu (tietyn euromääräisin rajoituksin) kunnallisen terveydenhuollon palveluista. Asiakasmaksujen osuus on Suomessa EU-maiden vertailussa suhteellisen korkea. (Klavus ym. 2004.)

Markkinoiden mukaantulo on muuttanut terveydenhuoltoa myös siten, että viime vuosina on näkynyt aiempaa voimakkaammin konsumerismi eli potilaan aseman ja valinnanvapauden korostaminen. Toisin sanoen potilaasta on tullut yhä enemmän kuluttaja. Kuluttajavaatimusta luodaan voimakkaasti potilas-lääkärisuhteen ulkopuolelta ja samalla tämä kaupallistuminen kohdistaa itse lääkärintyöhön uudenlaisia odotuksia. (Toiviainen 2007.)²¹ Samoin koko yhteiskunnan lääketieteellistyminen eli medikalisaatio on varmasti eri tavoin muuttanut potilas-lääkärisuhdetta. Lukuisista asioista tehdään sairauksia, jolloin lääketieteen odotetaan tulevan apuun (Szasz 1974, 33–34). Tosiasiassa kuitenkin jonkin luokittelu sairaudeksi on osin tulkinnanvaraista. Kriitikoiden, osin polemisoivien, väitteiden mukaan lääketiede laajenee yhä useammalle yhteiskunnan osa-alueelle ja sitä kautta sen valta kasvaa edelleen (ks. Tuomainen ym. 1999, 14, 27; Ryytänen ym. 2006).²² Tämä ei välttämättä tarkoita sitä, että lääkäreiden valta kasvaisi vaan kyseessä voi olla yhtä hyvin esimerkiksi lääkeyhtiöiden vallan lisääntyminen.

20 Terveydenhuollossa kunnat sekä kuntayhtymät eivät ole yhtä suuri palveluiden ostaja kuin sosiaalihuollossa. Terveydenhuollossa Kelan sairausvakuutuskorvaukset vaikuttavat siihen, että kotitaloudet sekä työnantajat ostavat suuremman osan palveluista. (Hyvärinen ja Lith 2008, 78–79.)

21 Kaikkiaan lääkärintyön yhtenä selkeänä piirteenä on sen henkinen rasittavuus. Stressi ja työperäinen uupumus ovatkin verrattuna kuntatyöntekijöihin keskimäärin yleisiä lääkäreiden keskuudessa. Lisäksi kokemus siitä, että työmäärä uhkaa lisääntyä, on yleinen. (Esim. Forma ym. 2004, 8, 15, 17, 29–31.)

22 Irving Zola (1972) oli myös ensimmäisiä, jotka toivat esille medikalisaation merkityksen. Zolan pääväite oli, että lääketieteen valta eri elämän alueilla kasvaa jatkuvasti. Ivan Illich taas esitti (1975) muutama vuosi myöhemmin, kuinka lääketiede estää ihmisiä näkemästä sairauksien yhteiskunnallisia ja kulttuurisia syitä. Lääketiede on laajentanut toimivaltaansa liikaa kaikille yhteiskunnan osa-alueille sekä tehnyt ihmiset liian riippuvaisiksi terveydenhuollosta, ja näin koko yhteiskunta on medikalisoitunut. (Illich 1975.)

Markkinoiden merkityksen kasvu terveydenhuollossa näkyy työntekijämäärissä. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä noin neljäsosa työskentelee yksityisellä sektorilla, jolla työskentelevien osuus on kasvanut jatkuvasti aina 1990-luvun puolestavälisestä lähtien. (Stakes 2007.) Yksityisellä sektorilla työskentelevien lääkäreiden määrä sekä myös suhteellinen osuus on lisääntynyt selvästi nopeammin 1990-luvulta lähtien kuin kuntasektorilla (ks. kehityksestä ja vertailuista eri ammattiryhmiin Saarinen 2009, 451–453). Kaikkiaan vuonna 2006 lääkäreistä 22,5 prosenttia työskenteli päätoimisesti yksityissektorilla. Vuonna 1996 osuus oli 16,6 prosenttia. (Suomen Lääkäriliitto 2006, 7.) Viime vuosina uudenlaisena yksityissektorin toimintamuotona ovat mukaan tulleet henkilöstövuokrausyritykset (esim. Mäkitalo-Keinonen ym. 2005). Vuonna 2005 terveyskeskuksista 70 prosenttia ilmoitti käyttäneensä lääkärinpulaan vuokralääkäreitä (Eronen ym. 2006, 64).

Suomessa ei ole laajemmin tutkittu, kuinka yksityisten palveluiden lisääntyminen on vaikuttanut laatuun, tehokkuuteen tai valinnanvapauden lisääntymiseen. Joitain tutkimuksia on tehty yksittäisissä kunnissa. Esimerkiksi Karjaalla (kuuluu nykyään Raaseporiin), jossa perusterveydenhuolto on ulkoistettu, havaittiin asukkaiden mielipiteiden yksityisiä palvelutuottajia kohtaan muuttuneen positiivisemmiksi vuosien 2000 ja 2002 välillä (Laamanen ym. 2008, 172). Aiempi tutkimus myös osoittaa, että mitä enemmän terveydenhuollon ammattilaisilla ja palveluiden käyttäjillä on kokemuksista samantyyppisistä yksityisistä ja julkisista terveystalouksista, sitä vähemmän uskotaan olevan eroja palveluiden laadussa (Vuori 2008, 202). Itse asiassa eri tahot, kuten median tai elinkeinoelämän edustajat, usein viestittävät yleisellä tasolla, että esimerkiksi laadussa yksityisen ja julkisen sektorin välillä on eroja. Kuitenkin organisaatiotutkijat ovat löytäneet kyseisten organisaatioiden toiminnasta enemmän yhtäläisyyksiä kuin eroja (Rainey ja Chun 2007; Vuori 2008, 202).

Suomalaisen hyvinvointivaltion muutos on tapahtunut 1990-luvulta lähtien enemmän ideoiden tasolla, vaikka itse järjestelmääkin on muutettu. Merkittävin markkinoistumisen keino on ollut vastuun siirtäminen paikallistasolle (esim. Niemelä ja Saarinen 2009).²³ Käytännössä tärkeimpiä uudistuksia markkinoistumisen lisäämiseksi vuoden 1993 valtionapujärjestelmän lisäksi ovat olleet 2000-luvulla toteutetut palvelusetelikoelut ja niihin liittyneet lakimuutokset, Paras-hanke ja muutokset hankintalainsäädännössä. Lisäksi merkittävästi terveydenhuoltoa on muuttanut vuonna 2005 voimaan tullut laki hoitotakuusta. Kattavamman kuvan erityyppisistä ideoista julkisen sektorin uudistamiseksi sekä pienistä ja isommista julkisen sektorin järjestelmämuutoksista saa Julkusen (2001 ja 2006), Kallion (2010, 30–35), Niemelän ja Saarisen (2010), Niemelän (2008) ja Saaren (2001 ja 2006a ja b) tutkimuksista.²⁴

23 Yksi, joskin hieman populistinen, selitys vastuun siirrosta paikallistasolle on se, että näin valtakunnan tason politiikkojen ei ole tarvinnut tehdä ikäviä päätöksiä terveydenhuollosta. Siten varmistetaan oma kannatus kansan keskuudessa ja maksimoidaan mahdollisuus tulla valituksi seuraavallekin edustajakaudelle. Äkilliset muutokset ovat hankalasti perusteltavissa ja niiden tekeminen lisää riskiä, että poliitikosta tulee epäsuosittu. (Vrt. Pierson 2001.)

24 Suomalaisessa terveydenhuollossa on meneillään useita kehittämishankkeita, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011.

3 TERVEYSPOLITIIKKA JA LÄÄKÄRIT

Politiikan ratkaisuihin vaikuttavat monet ulkopuoliset tekijät, kuten media, poliitikot, virkamiehet, muut ammattijärjestöt, rahoittajat (julkiset ja yksityiset), terveydenhuoltoa valvovat viranomaiset, työmarkkinaosapuolet, yritykset ja elinkeinoelämä, sosiaalisektori ja koulutussektori. Terveystaloutta rakentuu tieteellisen tiedon, aatteiden, arvojen, yhteiskunnan rakenteen sekä ihmisten arkisen elämän vuorovaikutuksessa (ks. terveystalouden muutoksesta Harjula 2006, 101). Esimerkiksi 1990-luvun vaihteesta lähtien ovat terveystaloudessa korostuneet ajan hengen mukaisesti voimakkaammin yksilönvapaus ja vastuu, kun taas tätä edeltäviä vuosikymmeniä luonnehti yhteiskuntapolitiikan ja palvelujärjestelmien kehittäminen. (Harjula 2007, 9–11.)

Laajasti ottaen terveystaloutta on yhteiskunnan pyrkimys vaikuttaa väestönsä terveyteen. Suomessa terveystaloutta -termiä alettiin käyttää 1960-luvulla. Terveystalouden taustalla on ajatus, että yhteiskunnallisia toimia tarvitaan terveysongelmien ratkaisemiseksi. Tässä tutkimuksessa kiinnostaa erityisesti terveydenhuollon palveluiden organisoimista koskeva osa terveystaloutta. Terveystaloutta tehdään tiettyjen institutionaalisten rajoitteiden puitteissa. Uusinstitutionalismissa korostetaan politiikan tekemistä rajoittavien ehtojen tarkastelua (ks. Kangas 2003, 95–96). Yksilöt sosiaalistuvat tiettyihin instituutioihin ja omaksuvat samalla niiden normit ja tämä taas vaikuttaa käyttäytymiseen sekä mielipiteisiin (vrt. Hall ja Taylor 1996, 948).

3.1 Lääkäriprofession ominaispiirteet

Professiolle tunnusomaisia piirteitä ovat seuraavat: 1) se perustuu laajaan oman alan teoreettiseen tietoon, 2) jäsenet toimivat pitkälle erikoistuneissa tehtävissä, 3) toiminta liittyy yhteisön tärkeään arvopohjaan, 4) sisäinen järjestelmä on kollegiaalinen, 5) jäsenillä on erikoisvaltuutus ammattinsa tehtävien hoitamiseen, 6) oma eettinen ohjeistus, 7) hallitsee ainakin osittain ammatillista rekrytointiaan, 8) määrittelee itse tietonsa ja taitonsa, 9) sillä on vakiintunut koulutusjärjestelmä ja 10) jäsenten taloudellinen sekä sosiaalinen asema on tyypillisesti korkea. (Vuori 1979, 147; myös Rinne ja Jauhiainen 1988, 7, 24.)²⁵ Voidaan erottaa neljä professiotyyppiä: vapaa professio, akateeminen professio, hyvinvointivaltio-professio ja pääoman professio. Ensimmäiseen luetaan esimerkiksi pitkälle erikoistuneet käsityöläiset, toiseen tietentekijät, kolmanteen lääkärit sekä opettajat ja neljänteen esimerkiksi lakimiehet sekä insinöörit. (Brante 1990, 81–82.)

Kansainvälisessä tutkimuksessa on käytetty termiä hyvinvointivaltion professiot (*welfare state professions*). Termillä tarkoitetaan sellaisia vakiintuneita ammattiryhmiä, jotka työskentelevät pääosin julkisen sektorin palkollisina ja ovat kasvaneet julkisen sektorin laajentuessa. Tällaisia ovat esimerkiksi lääkärit. Useat myöhemmin

²⁵ Esimerkiksi median tekemien kyselyiden mukaan lääkäri on vuodesta toiseen ollut kärjessä ammattien arvostusasteikolla (esim. Lappalainen 2004).

professionalisoituneet ja alemman koulutustason omaavat ammattiryhmät, kuten fysioterapeutit, ovat naisvaltaisia, kun taas vanhat, ylemmän koulutustason omaavat ammattiryhmät, erityisesti lääkärit, ovat olleet miesvaltaisia. Hyvinvointivaltio on toiminut näille profesioille paitsi vakautta sekä uusia mahdollisuuksia tuovana myös jarruna profesioautonomian kannalta. (Esim. Evertsson 2000.)²⁶ Ylipäätään valtion toimilla on merkittävä vaikutus profesioon ja sen autonomiaan, erityisesti profesioiden koulutuksen kautta (Abbot 2005, 323).

Aiemmat terveydenhuollosta tehdyt ratkaisut ovat ehdollistamassa hyvinvointivaltiossa tehtäviä tulevaisuuden uudistuksia (ks. muutoksesta Immergut 1992; Mahoney 2000; Campbell 2002). Tästä käytetään termiä polkuriippuvuus. Muutokset saattavat olla hankalasti toteutettavissa ja polkuriippuvuuksien vuoksi nykyinen järjestelmä voi tehottomuudestaan huolimatta jatkaa (ks. Mahoney 2000). Näin ollen esimerkiksi tiettyjä terveydenhuollon institutionaalisia rakenteita on hankala muuttaa radikaalisti. Syynä tähän on se, että instituutiot ja kansalaiset ovat sitoutuneet järjestelmän lohkoihin jo pelkästään omien intressiensä kautta. Kuitenkin poliittisten instituutioiden eli pelisääntöjen muutokset mahdollistavat polkujen murtokohdat ja politiikan suunnan muuttamisen (Mahoney 2000). Murtokohtana voi toimia muun muassa taloudellinen lama (Pierson 1996).

Yhtenä syynä polkuriippuvuudelle ovat järjestelmää kohtaan syntyneet intressit, kuten lääkärin pysyvä työsuhde julkiseen terveydenhuoltoon. Usinstitutionalismin taustalla on rationaalisen valinnan teoria. Toimijaa, kuten lääkäriprofessiota tai lääkäriä, ei tässä väitöskirjassa nähdä vain itsekkääksi tai altruistisesti toimivaksi, vaan hän voi tavoitella sekä omaa etua (Eggertson 1990; Julkunen 2003, 24–25; Kangas 1997) että yhteistä hyvää. Omaa etuaan rationaalisesti ajatteleva toimija pyrkii ja on pakotettu kollektiiviseen toimintaan (Julkunen 2003, 25). Esimerkiksi ammattiliittotoiminta on kollektiivista, mutta taustalla on usein yksilön omat edut. Rationaalisen yksilön piirre onkin toimia järkevästi eri konteksteissa (Swedberg ja Granovetter 2001).

Lääkäriprofession olennainen pyrkimys on maksimoida oma autonomia suhteessa ulkopuolisen vallan puuttumiseen. Se tapahtuu oman asiantuntijatiedon monopoli-soinnin kautta (Wolinsky 1993, 13; Salter 2007). Autonominen asema vakiinnutetaan erilaisin lakien ja asetusten avulla. Autonomia on kuitenkin vaikeasti saavutettavissa, koska sen edellytyksenä on laaja yhteiskunnallinen erityisosaamisen tunnustus. Autonomia ei tarkoita vain vapautta muiden kontrollista vaan myös vapautta kontrolloida muiden toimintaa. (Hermanson 1986, 15–16, 18–19.)

Aiemmin lääkäriprofessiota tutkittaessa autonomia on jaettu mikro-, makro- ja mesotasoon. Mikrotasolla viitataan erityisesti autonomiaan valita sopivaan hoitoon ja diagnoosiin liittyvät tekijät sekä autonomiaan suhteessa omiin taloudellisiin ansioi-

²⁶ Uusi julkisjohtaminen ja palvelujärjestelmän markkinoistuminen merkitsevät myös hyvinvointivaltion profesioiden keskuudessa hajontaa, erityisesti alemman statuksen naisvaltaiset ammattikunnat joutuvat uusien vaatimusten eteen rakentaessaan omaa profesioautonomiaansa. Esimerkiksi yhä suurempi osa kotisairaanhoidon tai kotiavun piirissä olevista hoitajista joutuu toimimaan yrittäjänä kantaen itse taloudelliset riskit. (Henriksson ym. 2006.)

hin. Mesotasolla viitataan julkisen sektorin (valtion ja kunnan) ja lääkäriprofession välisiin suhteisiin. Makrotasolla taas viitataan siihen, kuinka lääkäriprofession tulee olla autonomia suhteessa sairauden biomedikaaliseen eli hoidolliseen puoleen (Schultz ja Harrison 1986; Marjoribanks ja Lewis 2003). Tässä väitöskirjassa ollaan kiinnostuneita lääkäriprofession ja julkisen sektorin suhteista. Tällöin viitataan kuitenkin termiin makrotason autonomia, ei mesotason, kuten Schultz ja Harrison (1986) ovat tehneet. Ylipäätään väitöskirjassa puhutaan makro- ja mikrotasosta myös aineistojen ja toimijan osalta. Makrotasossa toimijana on Lääkäriliitto tai sen aktiivit ja mikrotasossa yksittäinen lääkäri. Käytännössä olennaisin jako lääkärintyön kannalta on se, että vapaus (autonomia) koskee itse kliinistä työtä eli esimerkiksi hoitomuotojen kontrollointia tai sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä, kuten palkkaan liittyviä. Merkittävä huomio on, että autonomia ja sen osat merkitsevät eri asioita riippuen maan historiallisesta, sosiaalisesta ja institutionaalisesta kontekstista (Marjoribanks ja Lewis 2003).

Aiemmassa kirjallisuudessa on esitetty lääkäriprofession ja erityisesti sen valta-asemaa koskevia jakoja eri teoreettisista koulukunnista. Esimerkiksi Riskan (2005) mukaan on löydettävissä seitsemän perspektiiviä, joiden kautta tarkastellaan terveydenhuollon professioita. En erikseen käsittele tarkemmin koulukuntien välisiä eroja ja käytettyjä termejä vaan tuon esille päälinjat siitä, kuinka lääkäriprofession suhdetta yhteiskuntaan voidaan käsitellä. Klassisen professiokäsityksen mukaan lääkäri toimii vain potilaansa parhaaksi ja nojaa universaaleihin hyveisiin, kuten altruismiin, toimien rationaalisesti sekä uhrautuen potilaansa hyväksi (Parsons 1951). Tässä yhteydessä on puhuttu niin sanotusta funktionalistisesta koulukunnasta. Myöhemmin Freidson (1970) kehitti oman teoriansa eli niin sanotun kriittisen professiotutkimuksen, missä lääkäriprofession nähtiin oman edun ajajana, muita ammattikuntia kontrolloivana, itsesääntelyyn pyrkivänä (myös Zola 1972). Valta-aseman taustalla on lääketieteellinen asiantuntijatieto, jolla voidaan pyrkiä perustelemaan esimerkiksi, miksi terveydenhuolto tulee järjestää tietyin tavoin (esim. Navarro 1989²⁷).^{28, 29} Asiantuntijatietoon vedottaessa professio voi käyttää retoriikkaa ja kielikuvia. Näin Lääkäriliitto voi pyrkiä muuttamaan terveystaloutta suuntaa ja perustella omia ratkaisujaan sekä niiden paremmuutta suhteessa toisten tahojen esittämiin. Perusteluja voidaan ”paketoita” eli käyttää hyväksi normatiivisia ja hyväksytyjä käsitteitä, kuten tasa-arvoa (Hiilamo ja Kangas 2009, 68).

27 Navarro (1976) tuli 1970-luvulla tunnetuksi poliittisen taloustieteen edustajana, joka piti lääketieteen tehtävänä kapitalistisen luokkarakenteen uusintamista (ks. kokoavasti Karisto ja Rahkonen 2000, 41). Navarron (1986) mukaan lääketieteen voimakas teknologinen ja hallinnollinen kehitys on tuonut enemmän haittaa kuin hyötyä yhteiskunnalle ja sen kansalaisille.

28 Brante (1988) kuvaa parsonsilaista näkökulmaa naivistiseksi traditioksi ja kriittistä professiotutkimusta kyyniseksi. Kriittistä professiotutkimusta on nimetty toisinaan uusweberiläiseksi professiotutkimukseksi. Toki luokittelussa on myös erotettu toisistaan kriittinen professiotutkimus ja uusweberiläinen näkökulma (Riskan 2005), mutta en paneudu näihin termien käsitteilyihin tarkemmin.

29 Samat tutkimussuuntaukset funktionalistinen ja sitä seurannut uusweberiläinen koulukunta ovat yleistettävissä myös muuhun professiotutkimukseen (ks. yleisestä professiotutkimuksen jaottelusta Haapakorpi 2009, 12–17).

1970-luvulla tuotiin esille, kuinka lääkäreiden valta on vähentynyt, koska on tapahtunut deprofessionalistumista (Haug 1973) ja proletarisaatiota (McKinlay 1973) sekä korporatisoitumista. Proletarisaatio viittaa siihen, kuinka lääkäreistä on tullut yhä enemmän palkkatyöläisiä. He toimivat julkisen sektorin tai suuren yksityisen työnantajan palveluksessa ja työ on voimakkaasti säänneltyä. Korporatisoituminen viittaa siihen, että lääkärit ovat osa isojen organisaatioiden koneistoa, joiden harjoittama sääntely vaikuttaa esimerkiksi potilastyöhön. Deprofessionalistuminen tarkoittaa, että lääkärit ovat menettämässä monopolinsa tietoon muun muassa vaihtoehtolääketieteen nousun ja tiedon lisääntymisen (tietokoneet) myötä. (Ks. kokoavasti Light ja Levine 1988; Light 1995.) Näistä lähinnä deprofessionalisaatio uhkaa teoreettisesti lääkärien valta-asemaa Suomessa nykyaikana, muilta osin kehitys on tapahtunut jo vähitellen koko 1900-luvun ajan. Tiedon lisääntyminen, lääketieteen leviäminen eri yhteiskunnan osa-alueille ja sitä kautta syntynyt konsumeristinen kulttuuri, jossa potilas voi esimerkiksi internetissä tehdä itse diagnooseja, haastaa perinteisen lääkäriasiantuntijuuden erityisesti perusterveydenhuollossa (ks. Conrad 2007, 153–161 Toiviainen 2007; ks. myös Freidson 2001).

1980-luvulla kansainvälinen keskustelu autonomian heikkenemisestä ja profession vallasta jatkui (ks. kokoavasti Hafferty ja Light 1995). Toisaalta tuotiin esille, että lääkäriprofession ei ole voinut menettää valta-asemaansa, koska sillä ei ole sitä koskaan ollutkaan. Myös koko termiä ”proletarianisaatio” kritisoitiin. (Navarro 1988.) Keskustelu autonomian heikkenemisestä ja vallasta on jatkunut vielä 1990–2000-luvuillakin (Filc 2006). On keskusteltu myös siitä, että markkinoistuminen, kuten voiton maksimointi, haastaa lääkäriprofession perinteiset arvot ja etiikan (esim. Freidson 2001).

Uudemman (1990-luvulla tai sen jälkeen tehdyn) tutkimuksen perusteella tärkein professioita koskeva tutkimuksellinen lähtökohta tämän väitöskirjan kannalta on se, että eri maissa professioiden rooli ja mahdollisuudet toimia vaihtelevat selkeästi riippuen kulttuurista ja maan instituutioista (Hafferty ja Light 1995, 135, 148). Ns. rakennesosiologiselle lähestymistavalle perustunut kriittinen professiotutkimus (ei vain lääkäreihin kohdistunut) ajautui kriisiin 1990-luvulle tultaessa (ks. tarkemmin ja kokoavasti Haapakorpi 2009, 15). Kriittistä professiotutkimusta alettiin arvostella juuri universalistisuudesta sekä siitä, ettei se ottanut huomioon kulttuurisensitiivisyyttä. Kriittikkiä kohdistettiin myös siihen, ettei historiallisia ja yhteiskunnallisia prosesseja nähty professioiden kehityksen taustalla riittävän hyvin. (Evetts 2006.) Tästä uudesta näkemyksestä koko professiotutkimuksen kentällä voidaan käyttää esimerkiksi termiä historialliskulttuurisensitiivinen käänne (ks. Haapakorpi 2009, 15). Valtion rakenteita ja ammatillistumista ei voida erottaa kokonaan toisistaan, kuten kansainvälinen professiotutkimus on usein tehnyt, ammattikunnat ovat toisaalta valtion ulkopuolella, mutta myös sen sisällä (Jauho 2004, 86–87).

Tärkein instituutio ja osin kulttuurisensitiivisyyden huomioiva tutkimus on Ellen Immergutin (1992) kolmen maan vertailu. Immergutin mukaan lääkärit ovat yleisesti nähneet kansalliset sairausvakuutusohjelmat uhkana profession itsenäisyydelle. Kun hallitukset alkavat maksaa terveydenhuoltopalveluista, alkaa niiden hintojen

kontrollointi ja lääkäreiden tuloihin vaikuttaminen.³⁰ Esimerkiksi suomalainen lääkäriprofession ei ole suhtautunut kielteisesti julkisen vallan harjoittamaan sääntelyyn (lähinnä sairausvakuutusjärjestelmä) kuten useissa maissa, vaan tilanne on enemmän samankaltainen muiden Pohjoismaiden kanssa (Riskä 1988)³¹.

3.2 Miten lääkäreitä on tutkittu?

Lääkäreitä on tutkittu sekä mikro- että makrotasolla. Makrotason tutkimus on yleensä teoreettista tai tapaustutkimuksellisesti orientoitunutta kohteenaan lääkäriprofession kokonaisuutena. Edellinen tutkimussuuntaus taas perustuu usein kyselyihin tai joissain tapauksissa laadullisiin haastatteluihin. Informanttina on usein yksittäinen lääkäri.

Seuraavaksi käydään läpi kotimaisen tutkimuksen lisäksi myös ulkomaista tutkimusta, koska muissa maissa toteutettujen tutkimusten johtopäätökset auttavat hahmottamaan, kuinka lääkäreitä voidaan tutkia Suomessa. Seuraavassa ei käydä läpi kaikkia tehtyjä tutkimuksia vaan mukaan on poimittu väitöskirjan kannalta merkitykselliseksi koetut.

3.2.1 Kansainvälinen tutkimus

Lääkäriammattikuntaa on kansainvälisesti tutkittu lähinnä professionäkökulmasta (Freidson 1970) ja osin painostusryhmänä eli intressinäkökulmasta (esim. Eckstein 1960; Immergut 1992). Professionäkökulmalla viitataan siihen, että kiinnostus on lääkäriprofession autonomiassa tai valta-aseman tutkimisessa. Intressinäkökulma on kiinnostunut siitä, miksi ja miten lääkärit ovat vaikuttaneet terveydenhuollon kehitykseen. Erityisesti yhdysvaltalaisessa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa lääkärit ja heidän ammattijärjestönsä ovat olleet merkittävä tutkimuskohde (esim. Starr 1982). Myös Elianne Riskä (1985) on käsitellyt yhdysvaltalaisen lääkäriprofession roolia terveystaloutissa. Tutkimuksessa tuodaan esille, kuinka Yhdysvalloissa ja amerikkalaisen lääkäriliiton (American Medical Association, AMA) piirissä ajateltiin, että julkisesti organisoitu lääketiede on tuhonnut potilas-lääkärisuhteen ja näin myös profession itsessään. AMAn johtopöytä esitti uhkakuvia siitä, kuinka terveydenhuollon ”sosialisointi” johtaa koko yhteiskunnan sosialisointiin. (Riskä 1985.) AMAn vahvuus kansallisen sairausvakuutuksen vastustuksessa on ollut se, että merkittävät tahot – kuten suuret työllistäjät, ammattiliitot ja vakuutusyhtiöt – ovat olleet samoilla linjoilla. Lääkärit ovat järjestäneet mittavia kampanjoita sairausvakuutuksen vastustamiseksi. Tärkein tavoite taustalla on ollut, että hallitus ei pääse vaikuttamaan lääkäreiden tuloihin. (Quadagno 2004.) Joitain tutkimuksia lääkäriprofession vallasta

30 Professionitutkimuksesta Suomessa hyvän yhteenvedon laajassa mielessä on tehnyt Haapakorpi (2009, 17–21).

31 Sairausräkutuslaki antoi toisaalta myös mahdollisuuden yksityisen lääkärihoidon lisäämiselle, koska nyt potilaan lisäksi maksajaksi tuli julkinen sektori.

terveystaloutta on tehty. Herzlichin (1982) mukaan juuri lääkärikunnan koheesiolla ja sen valta-asemalla on yhteys. Kun Ranskassa lääkärikunta oli yhtenäinen, myös sen valta-asema oli parempi.

Tämän väitöskirjan kannalta keskeinen makrotason tutkimus on Ellen Immergutin (1992) institutionaalista näkökulmasta tekemä analyysi lääkäriprofessionien vaikuttamispyrkimyksistä julkisen sairausvakuutusjärjestelmien perustamiseen eri maissa. Immergut osoittaa Ranskan, Sveitsin ja Ruotsin vertailussa, kuinka institutionaaliset tekijät, kuten lainsäädännön turvaama veto-oikeus, vaikuttavat siihen, miten sairausvakuutusreformit on saatu läpi kyseisissä maissa. Ruotsissa kehitys vietiin pisimmälle eli kansalliseen terveystalouttjärjestelmään. Ranskassa luotiin pakollinen sairausvakuutusjärjestelmä. Sveitsissä ei ole toteutettu lainkaan kansallista järjestelmää. Ruotsissa pystyttiin luomaan järjestelmä poliittisten voimasuhteiden sekä vahvan hallituksen vuoksi. Hallitus pystyi luottamaan parlamenttiin, sillä hallituspuolueilla oli riittävän suuri enemmistö. Koska luottamus oli riittävä, eivät ulkopuoliset tekijät eli tässä tapauksessa lääkäriliitot pystyneet vaikuttamaan lain läpiviemiseen. Ruotsin kannalta olennaista oli, että yksikamarisessa eduskunnassa oli helpompi viedä päätös läpi kuin kaksikamarisessa. Ranskassa ja Sveitsissä enemmistö parlamenttissakaan ei riittänyt lain toimeenpanoon ja vähemmistö pystyi estämään veto-oikeudellaan lain voimaantumisen. Samalla ulkopuoliset tahot pystyivät vaikuttamaan päätöksentekoon. Ranskassa uusi perustuslaki 1960-luvulla loi mahdollisuuden lain läpiviemiseksi, koska parlamentin vähemmistön veto-oikeus poistui. Sveitsissä perustuslaki antoi taas mahdollisuuden intressiryhmille, sillä kun laki hyväksyttiin parlamentissa, voitiin ehdotus viedä kansanäänestykseen. Intressiryhmät pystyivät kampanjoimaan lakia vastaan ja se hylättiin, vaikka parlamentti sekä hallitus sitä kannattivatkin. (Immergut 1992.)

Ensimmäisiä mikrotason empiirisiä lääkäreiden ja terveystalouttajan suhteita selvittäviä tutkimuksia olivat Colombotoksen (1968) ja Goldmanin (1974) kyselyihin perustuneet tutkimukset. Goldmanin (1974) tutkimuksen keskiössä olivat lääkäreiden lääketieteelliset ja poliittiset asenteet. Tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin ongelmallisia tekotavan vuoksi, koska otos on vain 278 eikä tuloksia voitu yleistää mihinkään perusjoukkoon, kuten yhdysvaltalaisiin lääkäreihin. Yksi tutkimussuuntaus on selvittänyt lääkäreiden työtyytyväisyyttä (Janus ym. 2007). Saksalaisen tutkimuksen mukaan ei-rahallisilla tekijöillä kuten omilla kehittymismahdollisuuksilla, kollegoiden tuella tai työturvallisuudella, on jopa merkittävämpi rooli kuin rahallisilla kannustimilla. Tutkimuksessa tyytymättömyyttä mitattiin taloudellisilla ja ei-taloudellisilla tekijöillä. Ei-taloudellisia tekijöitä olivat esimerkiksi kouluttautumismahdollisuudet. Ei-taloudelliset tekijät osoittautuivat analyysissä huomattavan merkittäviksi tyytymättömyyttä selittäviksi tekijöiksi. (Janus ym. 2007.)

Norjalaisessa tutkimuksessa on lisäksi selvitetty muun muassa, miten työskentelysektorin (yksityinen/julkinen) valinta on yhteydessä työarvoihin. Työarvotekijät jaettiin tutkimuksessa ulottuvuuksiin: professionalismi, tulot tai etuudet sekä autonomia. Autonomiaan liittyy erityisesti työn joustavuus. Professionaalaisia arvoja ovat esimer-

kiksi ammatilliset haasteet. Yksityisellä sektorilla työskentelevät näkivät autonomian tärkeäksi, kun taas julkisen alan työskentelysektorikseen valitsevilla professionaaliset arvot olivat merkittävämpiä. Vain palkka ei siis ratkaise sektorivalintaa vaan yksityislääkärit (päätoimiset) arvostavat juuri joustavuutta. (Midttun 2007.)

Muutamissa kansainvälisissä kyselyissä on tutkittu lääkäreiden asenteita markkinoistumiseen (esim. Williams ym. 1995). Kanadalaisen tutkimuksen mukaan naislääkärit ovat selvästi vähemmän halukkaita markkinoiden suureen rooliin terveydenhuoltopalveluiden järjestämisessä kuin mieslääkärit. Naiset eivät myöskään halua palata vapaiden markkinoiden terveydenhuoltojärjestelmään yhtä usein kuin miehet vaan kannattavat valtiollista sairausvakuutusta (Medicare-järjestelmää useammin) ja uskovat sen vaikuttaneen positiivisesti kansalaisten terveyteen. (Williams ym. 1995.) Sudit (1988) on tutkinut yhdysvaltalaisen lääkäriopiskelijoiden asenteita kansallista sairausvakuutusta kohtaan.³² Tutkimuksen mukaan juuri ideologia ja omat intressit määräävät suhtautumisen julkisen ja yksityisen sektorin rooliin (Sudit 1988).

Olennessa mikrotason kyselytutkimus tämän väitöskirjan kannalta on norjalaisten erikoislääkäreiden mielipiteitä yksityisestä sektorista selvittänyt artikkeli (n = 1 246, vastausprosentti 52). Tutkimuksen tärkeimmät tulokset ovat seuraavat: erikoislääkärit vastustavat yksityistämistä. Julkisella sektorilla työskentelevät vastustavat enemmän, mutta vastustus yksityistämistä kohtaan on selvä myös yksityisen sektorin erikoislääkärien keskuudessa. Selvimmin taustamuuttujista mielipiteitä selittää ideologia ja omat intressit (kuten palkan tärkeys). Vasemmistolaiseksi itsensä luokittelevat erikoislääkärit ovat vähiten halukkaita yksityistämään terveydenhuoltoa. (Martinussen 2008.) Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan olettaa, että instituutiot vaikuttavat mielipiteisiin. Yksityissektorilla työskentelevät ovat voimakkaammin ”institutionalisoituneet” yksityissektoriin omien intressiensä kautta sekä toimivat kyseisen instituution sisällä. Näin he ovat innokkaampia lisäämään yksityistä terveydenhuoltoa.

Toki lääkäreiden suhdetta hyvinvointivaltioon ja terveydenhuollon järjestämiseen on tutkittu myös muilla kuin survey-aineistoilla, kuten laadullisin haastatteluin. Ruotsalaisessa laadulliseen haastatteluun perustuvassa tutkimuksessa tuotiin esille, kuinka markkinoistumisen myötä tehdyt uudistukset ovat vähentäneet lääkäreiden kliinisen työn autonomiaa ja lisänneet paperityötä (Quaye 1997). Markkinoistuminen voikin lisätä kontrollia ja paperityötä, koska työstä pyritään tekemään mitattavaa ja näkyvää.

32 Myös muita professioita ja niiden yhteyttä sosiaaliturvajärjestelmään on tutkittu jonkin verran. Kansainvälisesti on tehty muutama mielenkiintoinen kyselytutkimus sosiaalityöntekijöiden mielipiteistä sosiaaliturvaan kohtaan, esimerkiksi tutkimus, jossa on selvitetty israelilaisten sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä (n = 422) julkisista menoista ja sosiaaliturvasta. Tutkimuksen mukaan universaaliin sosiaaliturvaan liittyvien menojen kannatus on kohtalaisen suuri. (Weiss-Gal ja Gal 2007.)

3.2.2 *Suomalainen tutkimus*

Kotimaiset lääkäreitä koskevat tutkimukset perustuvat yleensä laajoihin kyselyihin. Toki Suomessa on tutkittu lääkäreitä professiotutkimuksen näkökulmasta tai hieman teoreettisemmin (Rinne ja Jauhiainen 1988; Konttinen 1991; Riska 1993 ja 2001; Vuolio 1995; Jauho 2004). Läkäreitä koskevaa tutkimustietoa on myös Suomen Lääkäriliitosta tehdyissä kahdessa historiikissa (Suomen Lääkäriliitto 1985; Nyström 2010).³³ Lisäksi Lääkäriliitto tutkii itse jäsenistöään. Merkittävin vuosittain tehtävä tutkimus tai ennemminkin selvitys on Lääkäriliiton itse keräämä lääkärikyselely, jonka avulla päivitetään tietoja lääkäreistä (esim. Suomen Lääkäriliitto 2009).

Merkittävä, osin kotimaisen tutkimuksen teoreettinen jatkokehitemä on Konttisen (1991, 14–18) kontinentaalisen kehitystien malli. Sen mukaan kotimaisten lääkäreiden organisoitumisessa on selkeitä yhtymäkohtia manner-eurooppalaisten maiden ammattikuntien kehityslinjojen kanssa. Tässä traditiossa valtiolla on ollut suuri rooli professionalistumisessa ja se toimii koulutus- ja pätevyysvaatimusten tuottajana. Näin professionalistuminen on tapahtunut voimakkaammin ylhäältä päin, kun taas yhdysvaltalaisessa traditiossa professio on legitimoitunut itsensä enemmän markkinoilla ja professionalistuminen on tapahtunut alhaalta päin eli järjestöjen kautta. (Konttinen 1991.)

Valtaosa Suomessa tehdyistä kyselyistä on tehty ulkopuolisten toimijoiden ja Lääkäriliiton yhteistyönä. Merkittävä syy tähän lienee se, että koska ulkopuolisilla ei ole pääsyä jäsenrekisteriin, ulkopuolisen tutkijan on hankalampaa saada riittävän suuri vastausprosentti. Laajoja ja osin säännöllisesti tehtyjä kyselyjä on tehnyt myös sosiaali- ja terveysministeriö yhteistyössä Suomen Lääkäriliiton sekä yliopistojen kanssa (ks. Kataja 1989; Hyppölä ym. 2000; Vänskä ym. 2005; Heikkilä ym. 2009). Esimerkiksi Lääkäri 2008 -tutkimus on jatkoa jo ensimmäisen kerran 1988 toteutetulle tutkimukselle. Vuoden 2008 kyselyn mukaan havaittiin muun muassa työn merkityksen vähentyneen nuorilla lääkäreillä ja perheen sekä harrastusten merkityksen kasvaneen (Heikkilä ym. 2009). Lääkäriliiton ja muiden toimijoiden yhteistyönä on tehty muutama tutkimus lääkäreiden työoloista ja terveydestä. Suomalaisten lääkäreiden työolot ja hyvinvointi ovat hyvät ja kehittyneet kohtalaisen myönteisesti viimeisen parin vuosikymmenen aikana. (Elovainio ym. 2007.)

Klassinen sosiaalitieteellinen lääkäritutkimus Suomessa on Haavio-Mannilan (1964) projekti, jossa tarkastellaan lääkäreiden urasuuntatuneisuutta, arvoja ja sosiaalista taustaa. Kyselyn pohjalta julkaistiin muun muassa kaksitoista artikkelia Suomen Lääkärilehdessä (ks. kootusti koko projektista Haavio-Mannila 1964 ja 1965). Laajan

³³ Suomen Lääkäriliiton 100-vuotishistoriikin toimittanut historioitsija Samu Nyström otti minuun yhteyttä 7.4.2009 ja kertoi juuri kirjoittavansa lukua Lääkäriliiton terveyspolitiikasta. Lähetin hänelle käsikirjoituksiani, koska aihepiirimme oli osin hyvin samanlainen. Kaikki tämän väitöskirjan artikkelit, lukuun ottamatta artikkelia 6, oli tuolloin jo julkaistu. Sain valmiin historiikin (ja näin tällöin ensimmäisen kerran Nyströmin toimittaman kirjan tutkimustulokset) muutamaa päivää ennen kuin olin lähettämässä omaa väitöskirjaani esitarkastukseen. En siis harmikseni ehtinyt hyödyntää enää sen tuloksia (ks. Nyström 2010).

hankkeen tuloksia ei käydä läpi tässä väitöskirjassa niiden vanhentuneisuuden vuoksi. Uudemmissa kotimaisissa tutkimuksissa on tarkasteltu esimerkiksi lääkäreiden arvomaailmaa hyvin yleisellä tasolla (esim. Hyppölä ym. 2000, 63). Yleisiä arvoja on tutkittu Suomessa usein kysymällä, mikä on tärkeää elämässä. Aiemman tutkimuksen mukaan lääkäreiden arvoista tärkeimmät ovat perhekeskeisyys sekä terveys (esim. Mattila ja Lääkäri 98 -tutkimusryhmä 2003). Merkittävä tulos on myös se, että lääkäreiden arvot vastaavat muiden suomalaisten arvoja (Puohiniemi 1995).

Yleisten arvojen lisäksi on tarkasteltu ammatillista identiteettiä (esim. Löyttyniemi 2004)³⁴. Ammatillista identiteettiä on kuvattu kyselylomakkeessa muun muassa termeillä sosiaalityöntekijä, teknikko, shamaani, auttaja. Ammatillinen identiteetti oli erilainen toimipaikoittain. Sairaaloissa työskentelevät kokivat itsensä enemmän parantajiksi ja tiedemiehiksi. Perusterveydenhuollossa työskentelevät kokivat olevansa enemmän humanisteja, virkamiehiä ja terveydenedistäjiä. (Löyttyniemi 2004.) Hyppölän ym. (2000, 67) tutkimuksessa eri sukupuolia edustavat vastaajat näkivät ammatti-identiteettinsä erilaisina. Mieslääkärit kokivat (annetuista vastausvaihtoehdoista) olevansa enemmän teknikoita, parantajia, yrittäjiä ja johtajia, kun taas naiset kokivat olevansa enemmän kutsumuslääkäreitä, lohduttajia, kuuntelijoita tai sosiaalisen työn tekijöitä. Kyselyiden mukaan naiset korostavat enemmän uravalintansa syinä kiinnostusta ihmiseen, kun taas miehillä uravalintaan vaikuttavina seikkoina ovat ammatin suuri arvostus sekä korkeat tulot (Hyppölä ym. 1998; Neittaanmäki ym. 1999). Tutkittaessa lääkärin työskentelysektorin valintaan vaikuttavia tekijöitä, havaittiin, että ne lääkärit, joille palkka oli tärkeä, olivat vähemmän halukkaita valitsemaan julkisen työskentelysektorin. Kuitenkaan vain taloudelliset tekijät, kuten palkka, eivät vaikuttaneet siihen, kumpi työskentelysektori valittiin. (Kankaanranta ym. 2006.) Yksityisellä sektorilla työskentelevät pitävät joustavia työskentelyolosuhteita poikkeuksellisen tärkeänä (Saarinen 2008a).

Aiemmassa lääkäriopiskelijoiden arvomaailmaa selvittäneessä tutkimuksessa on tuotu esille, että kiinnostus ihmiseen on merkittävin vaikuttaja ammatinvalinnassa. Myös ammatin arvostus, monipuoliset työmahdollisuudet sekä koulumenestys olivat enemmistölle syitä lääkäriammattin valinnalle. Vastaavasti palkka tai kutsumus olivat vain alle puolelle merkittäviä motiiveja ammatinvalintaan. (Hyppölä 2001.) Selvästi tärkeintä lääkärille työssään on mahdollisuus auttaa muita ihmisiä. Myös joustavat työskentelyolosuhteet, mahdollisuus toteuttaa itseään ja työn itsenäisyys ovat keskimäärin tärkeitä. (Saarinen 2008b.)

Muutamissa kyselyissä on selvitetty terveydenhuollon eri osa-alueiden säästöihin ja yleisemmin priorisointiin liittyviä tekijöitä (Rintala 1998)³⁵. Myllykangas ym. (2000)

34 Löyttyniemen tutkimus on poikkeuksellinen jo pelkästään sen vuoksi, että aineisto oli laadullinen.

35 Lammintakanen ym. (2006, 131) ovat määritelleet eri tutkimusten pohjalta tekemänsä käsitteanalyysin perusteella, että: ”Terveydenhuollon priorisointi on eri vaihtoehtojen välillä tapahtuvaa, oikeudenmukaista ja perusteltua päätöksentekoa, jonka tavoitteena on ohjata terveyspalvelujen järjestämistä muuttuvassa toimintaympäristössä”. Priorisointia tekevät niin yksittäiset lääkärit kuin lainsäätäjätkin. Priorisointi ei siis ole säästöajattelua vaan terveydenhuollon rahojen tarkoituksenmukaista käyttöä (Ryynänen ym. 2006, 11).

ovat tutkineet lääkäreiden, hoitajien ja johtajien asenteita terveydenhuollon muutoksiin (kuten priorisointiin) (n = 1 015 ja vastausprosentti 59). Lääkärit laittoivat etusijalle samat palvelut kuin hoitajat, kansalaiset tai poliitikot.

Tutkimuksissa on selvitetty, miten lääkärit suhtautuvat Euroopassa laajasti käytössä olevaan ammatinharjoittajamalliin tai lääkäripalvelujen yksityistämiseen (ks. Mäntyselkä ym. 2006). Aiemman tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon lääkärit eivät ole innokkaita siirtymään ammatinharjoittajamalliin. Suurin osa ei ole valmis yksityistämään terveyskeskustyötä ja katsoo, että terveyskeskustyön tulee olla tulevaisuudessa kunnallista toimintaa. Vain 25 prosenttia mieslääkäreistä ja 14 prosenttia naislääkäreistä kannattaa terveyskeskusten yksityistämistä (Mäntyselkä ym. 2006). Yhtenä syynä skeptisyyteen voidaan pitää sitä, että kun lääkäristä tehdään enemmän yksityinen ammatinharjoittaja, kasvavat myös hänen taloudelliset riskinsä.

Tämän väitöskirjan artikkeleiden lisäksi samasta kyselyaineistosta on tehty muitakin lääkäreitä mikrotasolla käsitteleviä tutkimuksia. Lääkäreistä lähes puolet on valmis uudistamaan terveydenhuoltojärjestelmää huomattavasti. Osuus on suurempi kuin väestötason mittauksissa. Vajaa puolet on halukkaita korottamaan asiakasmaksuja, mutta maksujen porrastamista tulojen mukaan kannattaa vain viidesosa. Sairausvakuutuksen korvaustaksoja pidetään liian pieninä, ja selvästi yli puolet haluaa korottaa niitä. Yksityissektorilla työskentelevät ja poliittisen kentän oikeaan laitaan itsensä sijoittavat lääkärit ovat halukkaampia uudistamaan terveydenhuoltoa. Vasemmistoon itsensä sijoittavat ovat vähemmän halukkaita korottamaan asiakasmaksuja mutta halukkaampia porrastamaan niitä. Vastaavasti sairausvakuutuksen korvaustaksoja haluavat korottaa yksityislääkärit ja poliittiseen oikeistoon itsensä sijoittavat. (Saarinen 2007a.) Lääkäreiden kriittinen suhtautuminen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen on mielenkiintoinen tulos, koska heillä voidaan ajatella olevan sellaista arkipäivän tietoa järjestelmän toiminnasta, joka ei näy potilaille.³⁶

Ne lääkärit, jotka pitävät sosiaaliturvan tasoa sopivana, ovat harvemmin sitä mieltä, että terveydenhuoltojärjestelmää tulee uudistaa voimakkaasti. Kriittisesti sosiaaliturvan korkeaan tasoon suhtautuvat ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamista kannattavat lääkärit haluavat useammin nostaa asiakasmaksuja, antaa suuremman palvelutuotantoroolin yksityissektorille sekä korottaa sairausvakuutuksen korvaustaksoja. Kriittiset lääkärit työskentelevät useammin yksityisellä sektorilla. (Saarinen 2008a.) Työn merkityksen ja sosiaaliturvamielipiteiden yhteyksien osalta tärkein tulos on se, että ne, jotka pitävät joustavia työskentelyolosuhteita tärkeinä, haluavat selvästi useammin lisätä yksityistä terveydenhuoltoa. (Saarinen 2008b.) Erikoisaloittain tarkasteltuna radiologit ja erityisesti kirurgit suhtautuvat kriittisemmin sosiaaliturvaan, kun taas psykiatrit ovat vähiten valmiita alentamaan sosiaaliturvan tasoa (Saarinen 2008c). Lisäksi on olemassa tutkimuksia lääketieteen opiskelijoiden asennoitumisesta hyvinvointivaltiota kohtaan. Lääketieteen opiskelijat suhtautuvat kriittisemmin

36 Sosiaalipalvelujen osalta on tiedossa, että niiden käyttäjät suhtautuvat kriittisemmin niiden toimintaan kuin ne joilla ei ole omia käyttökokemuksia (Muuri 2008).

sosiaaliturvan tasoon kuin muiden oppialojen korkeakouluopiskelijat. Lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat eivät kuitenkaan näe yksityisen sektorin mahdollisuuksia aivan yhtä positiivisena kuin korkeakouluopiskelijat keskimäärin. (Saarinen 2008d.)

3.2.3 Yhteenvedo aiemmista tutkimuksista

Karkeana yhteenvedona voidaan todeta, että lääkäreiden suhdetta terveystalouteen on kyllä tutkittu, mutta Pohjoismaissa vain vähän. Pohjoismaissa on selvitetty esimerkiksi lääkäreiden työhyvinvointia tai suhdetta työhön sekä kertaalleen suhdetta markkinoistumiseen (Martinussen 2008). Kotimaisissa tutkimuksissa lääkäreitä on tutkittu erityisesti mikrotasolla, mutta suhdetta terveydenhuoltojärjestelmään tai sen muutoksiin on tutkittu vain muutamassa artikkelissa (Mäntyselkä ym. 2006). Ulkomaisessa tutkimuksessa on käytetty intressejä ja ideologiaa mittaavia taustamuuttujia (Sudit 1988; Martinussen 2008), joita on voitu soveltaen käyttää myös tämän väitöskirjan tutkimusasetelmaa operationalisoitaessa. Aiemmin kotimaisessa lääkäritutkimuksessa ei ole käytetty hyväksi intressejä ja ideologiaa kuvaavia taustamuuttujia.

Ulkomaisten ja kotimaisen tutkimuksen laajana johtopäätöksenä voidaan esittää, että taloudelliset seikat eivät vaikuta olevan ensisijaisen tärkeitä lääkärin työn motivaatiotekijöinä. Tutkimusten mukaan autonomia on esimerkiksi tärkein tekijä sekä Suomessa että ulkomailla valittaessa työskentelysektoriksi yksityinen (Kankaanranta ym. 2006; Janus ym. 2007). Toinen merkittävä yhteinen huomio ja rohkeahko johtopäätös tutkimuksista on se, että naiset haluavat markkinoistaa terveydenhuoltoa vähemmän kuin miehet (Williams ym. 1995; Mäntyselkä ym. 2006).

3.3 Intressien taustatekijät

Seuraavaksi tuodaan esille lääkäreiden intressien taustatekijöitä makro- ja mikrotasolla. Makrotasolla esitellään Lääkäriliitto paitsi terveystalouttana myös voimakkaana intressitoimijana. Lisäksi tuodaan esille, miten Lääkäriliitto voi ylipäätään vaikuttaa politiikassa. Lähtökohtaletuksena on, että intressien uskotaan näkyvän ideoiden sisällössä ja perusteluissa. Mikrotason intressejä käsittelevässä kappaleessa tavoitteena on esitellä yleisen väestötasolla tehdyn sosiaaliturvaa koskevan mielipidetutkimuksen avulla, kuinka lääkäreiden mielipiteitä voidaan selittää muun muassa intresseillä.

3.3.1 Makrotaso

Tässä väitöskirjassa intressien ajatellaan olevan ideoiden eli esitettyjen julkisten kannanottojen taustalla. Ammattijärjestö ei esitä ideoitaan vain kehittääkseen terveydenhuoltoa kokonaisuudessaan. Taustalla ovat myös sen omat intressit. Kun kyseessä on professio, intressit liittyvät usein taloudelliseen autonomiaan (esim. Freidson 2001, 3).

Se, miten lääkäreiden intresseihin suhtaudutaan, on osin kiinni siitä, nähdäänkö yksilö taloustieteellisestä näkökulmasta omia etujaan maksimoivana homo economicuksena vai altruistisena toimijana. On selvää, että lääkäreiden tulee terveydenhuollon asiantuntijaryhmänä pystyä tuomaan esille näkemyksiään terveydenhuollosta. Demokraattisuus ei nimittäin tarkoita tietyn poliittisen ryhmän oikeutta päättää kaikesta vaan lisäksi eri intressiryhmille (maksajat, työntekijät ja potilaat) tulee olla paikka vaikuttaa päätöksentekoon (Saarni ja Vuorenkoski 2003). Lääkäri ei ole ensisijaisesti lojaali järjestelmää vaan potilasta kohtaan (Saarni ja Vuorenkoski 2003). Toisaalta potilaan parhaan lisäksi voidaan samaan aikaan ajaa oman profession intressejä. Yhtä lailla on mahdollista, että lääkäriprofession itselleen asettamat arvot, joita löytyy muun muassa Hippokrateen valasta, ovat ristiriidassa sen intressien kanssa.

Lääkäriliiton terveystalouttisten näkökulmien taustalla on osin jäsenkunnan ammatillisten etujen ajaminen. Vuonna 1949 liiton sääntöihin lisättiin, että lääkäreiden taloudellisten etujen ja yhteiskunnallisen aseman parantamisen lisäksi tavoitteena oli myös terveydenhoidon kehittäminen Suomessa (Susitaival 1960, 23, 204).³⁷ Tehokas edunvalvonta edellyttää ryhmän sisäistä kontrollia ja hyvän ammattitoiminnan kriteereiden luomista (Konttinen 1991, 220). Tätä kollegiaalisuutta on luomassa erityisesti ammattijärjestö (Wilsford 1989, 139). Vaikka lääkäriammattikuntaa kuvataan usein yhteisölliseksi ja kollegiaaliseksi, on sen sisältä löydettävissä hajontaa, valtakamppailuja lääkäriryhmien välillä ja erilaisia intressejä (Allsop 1995, 75). Lääkäriliiton vahvuus intressiryhmänä on perustunut usein juuri siihen, että lääkärit ovat ammattikuntansa sisällä pystyneet neuvottelemaan ja saavuttamaan yksimielisyyden olennaisista kysymyksistä (ks. Vuolio 1995, 126).

Lääkäriliittoon kuuluu 95 prosenttia lääkäreistä (Suomen Lääkäriliitto 2005, 3)³⁸. Yhdistystoiminnassa lääkärit ovat uranuurtajina: Lääkäriliitto on perustettu jo vuonna 1910 (Ikonen 2003, 12).³⁹ Järjestäytymisaste on pysynyt korkeana koko liiton olemassaolon ajan. (ks. Suomen Lääkäriliitto 1985, 354). Esimerkiksi verrattaessa Lääkäriliittoa sen keskusliittoon eli Akavaan⁴⁰ on ero järjestäytymisasteessa selkeä,

37 Yleisesti yhteiskunnan valtarakennetta on tarkasteltu eliittejä tutkimalla (Ruostetsaari 1992, 11). Eliitillä viitataan vähemmistön valtaan enemmistöön nähden (Zannoni 1978, 7). Yksinkertaisimmillaan eliitti tarkoittaa ryhmää, jolla on korkea yhteiskunnallinen status (Bottomore 1964, 7). Professionia ei perinteisesti samaisteta poliittisiin eliittiryhmiin. Kuitenkin professionia on pidetty klassisissa eliittitutkimuksissa ryhminä, jotka täyttävät eliitin tunnuspiirteitä. Taustalla on se ajatus, että professionit synnyttävät valtakeskuksia, joita poliittinen vallankäyttö tai ohjaus ei pysty tavoittamaan. (Helander 1993, 11–12.) Eliitiksi voidaan määritellä lähinnä hallinnollisesti johtavassa asemassa olevat lääkärit sekä tässä tutkimuksessa erityisesti Lääkäriliiton aktiivitoimijat.

38 Esimerkiksi Amerikkalaiseen lääkäriliittoon (AMA) kuului 1980-luvulla alle puolet kaikista ammatinharjoittajista (Björkman 1989, 37). Myös Ranskassa järjestäytymisaste on ollut selvästi alhaisempi (Wilsford 1989, 139). Toisaalta Immergut (1992, 7) tuo esille, kuinka järjestäytymisaste ei sinänsä ole määräävä tekijä vaikuttamisen tehokkuudessa. Esimerkiksi vertailtaessa Ruotsia ja Ranskaa on jälkimmäisen maan ammattijärjestö ollut tehokkaampi lobbaamaan omia etujaan, vaikka sen järjestäytymisaste on ollut selvästi alhaisempi (Immergut 1992).

39 Lääkäreiden varsinainen ammatillinen järjestäytyminen alkoi jo vuonna 1835 Finska Läkäresällskapetin muodossa. Seuraa on pidetty Suomen Lääkäriliiton edeltäjänä. (Suomen Lääkäriliitto 1985, 21–22.) Samalla Finska Läkäresällskapet oli ensimmäinen Suomeen valtakunnallisesti perustettu profesiojärjestö (Konttinen 1991, 256).

40 Lääkärit olivat yhdessä oppikoulunopettajien kanssa vuonna 1950 perustamassa akateemisten alojen erikoisliittoa Akavaa (Rinne ja Jauhiainen 1988, 347).

arvioiden mukaan 80 prosenttia Akavan potentiaalisista jäsenistä kuuluu ammattiliittoon (Ahtiainen 2003, 30–31)⁴¹.

Lääkäriliiton organisaatio on melko tavanomainen. Sillä on vaalein valittu valtuuskunta. Hallitus johtaa liiton toimintaa ja lisäksi toimivat valtuuskunnat ja tilapäiset projektiryhmät. Paikallis- ja aluetasolla olennaisempia ovat kymmenet paikallisosastot. (Henriksson 1998.) Tämän väitöskirjan postikyselyssä esitettyjen taustakysymysten vastausten mukaan kuusi prosenttia lääkäreistä arvioi olevansa melko tai erittäin kiinnostuneita liittonsa toiminnasta. Keskimääräinen kiinnostus liiton terveystalouttista toimintaa kohtaan oli suuri (asteikolla 0–10 keskiarvo oli 6,2). Aktiivijäseniksi erottautuivat yleisemmin miehet. (Saarinen 2008e.) Aktiivit uskovat enemmän liittonsa terveystalouttisen toiminnan tehokkuuteen ja kokevat positiivisemmin toiminnan esimerkiksi sen perusteella, tekeekö liitto riittävästi yhteistyötä ulkopuolisten tahojen kanssa (Saarinen 2007a).

Anu Kantolan (2002, 234) mukaan eri intressiryhmien jäsenet eivät yleisesti katso varsinaisesti tekevänsä politiikkaa vaan näkevät itsensä ulkopuolella olevina asian tuntijoina. Lääkäriprofession on myös intressiryhmä. Liiton terveystalouttinen toiminta on moninaista: se ottaa kantaa yksittäisiin terveydenhuollon uudistuksiin, tuo esille kantojaan ajankohtaisiin teemoihin tai osallistuu esimerkiksi komiteatyöskentelyyn. Itse edunvalvontaa ja terveystalouttista toimintaa on toisinaan hankala erottaa toisistaan (Ora 2007). Erottaminen on hankalaa jo pelkästään sen vuoksi, että professio haluaa ”pestä” omat intressinsä näkymättömiin (esim. Goodin 1986). Esimerkiksi Yhdysvalloissa paikallinen lääkäriliitto on pyrkinyt vaikuttamaan politiikkaan korostamalla neutraaliutta, yleistä hyvää ja teknisyyttä, mutta tosiasiaa taustalla ovat olleet oman jäsenryhmän intressit. (Riskä 1985, 53, 58; Navarro 1988.)

Uusintalouttisuuden myötä on havaittu, että muutosta ja politiikan tuotoksia ei pystytä selittämään vain intressien kautta vaan lisäksi muiden esittämät ideat muokkaavat toimijoiden käytöstä (Campbell 2002). Makrotasolla Lääkäriliitto voi käyttää professionaalista muun muassa antamalla erilaisia terveyspalveluiden rahoitukseen liittyviä suosituksia ja kannanottoja.⁴² Ideoiden avulla pystytään vakuuttamaan muut toimijat muutosten ja ratkaisujen välttämättömyydestä (Björklund 2008, 10–12). On käytetty termiä ”sidottu rationaalisuus”, jolla viitataan esimerkiksi kulttuurin vaikutukseen ideoiden osalta (Campbell 2004, 16). Näin ollen professionit eivät siis toimi tyhjiössä vaan instituutioiden puitteissa. Ideoiden diffuusion voivat laittaa alkuun merkittävää asiantuntijatietoa omaavat ryhmät, kuten ammattijärjestöt. Diffuusion ajatellaan olevan voimakasta yhteiskunnallisissa murrosvaiheissa, kuten taloudellisen

41 Ammattiliiton järjestäytymistavan mittaamisessa on eri tapoja, ja luvut eivät ole koskaan täysin vertailukelpoisia (ks. Ahtiainen 2003, 4, 22). Siksi luvut ovat vain vahvasti suuntaa antavia.

42 Varsinaisena lääkäreiden työehtosopimusten taustalla on Eläinlääkäriliiton, Hammaslääkäriliiton ja Lääkäriliiton muodostama neuvottelujärjestö Lääkärikartelli (Suomen Lääkäriliiton hallituksen toimintakertomus 2003, 9).

laman aikana (esim. Campbell 2004). Diffuusiolla viitataan periaatteiden tai toimintojen leviämiseen pienin muutoksin toimijoiden välillä (Strang ja Meyer 1993).⁴³

Paitsi että lääkäriprofession uusintaa jatkuvasti itseään suhteessa julkiseen sektoriin, tapahtuu uusintamista profession sisällä. Profession sisällä pyritään myös jatkuvuuteen, josta esimerkkinä on opiskelijoiden integroiminen eri tavoin liittoonsa. Yksi uusintamisen ja jatkuvuuden keino on ammattikunnan oma jäsenlehti. Instituutiot vaikuttavat myös ryhmän sisällä. Puoluejohdon ja sen kannattajakunnan välillä on havaittu olevan selkeitä mielipide-eroja hyvinvointivaltiokysymyksissä (Forma 1999). Näin ollen voidaan rohkean tulkinnan mukaan olettaa, että myös ammattijärjestön aktiivien ja perusjäsenen välillä on joitain eroja mielipiteissä. Taustana hypoteesille on se, että ammattijärjestöaktiivien näkökulma terveystieteeseen oletetaan olevan erilainen ja laajempi, koska he toimivat selvemmin instituution sisällä.^{44, 45}

3.3.2 Mikrotaso

Mielipiteitä voidaan pitää osana ammatillista identiteettiä ja sen rakentamista. Ammatillinen identiteetti on osin oppimisen tulosta, koska jo lääketieteen opiskelun aikana opiskelijat sosiaalistuvat ammattiin sisäistämällä taitojen ja tietojen lisäksi asenteita terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, käyttäytymismalleja sekä eettisiä ja moraalisia arvoja. Arvojen konkreettisia ilmentymiä ovat mielipiteet. Arvoilla viitataan ympäristöstä opittuihin, pysyviin valintatapamuksiin (Roe ja Ester 1999, 5). Mielipiteet ovat linkittyneet enemmän tiettyyn kohteeseen ja arvot ovat tällöin mielipiteiden taustalla (Hollander 1971). Mielipiteet siis eivät ole yhtä pysyviä ominaisuuksia kuin arvot. On myös mahdollista, että intressit ovat ristiriidassa arvojen kanssa.

Tässä luvussa tuodaan esille mielipiteiden taustatekijöitä. Siksi joudutaan selvittämään, kuinka intressejä on mitattu tutkittaessa väestön mielipiteitä hyvinvointivaltiosta. Ammatti ja sen kautta saavutettu yhteiskunnallinen asema ovat merkittäviä intressejä muokkaavia taustatekijöitä (Allardt ym. 1992, 40). Lukuisilla muuttujilla – kuten iällä, perhetilanteella tai koulutustasolla – on merkitystä sille, millaiset intressit henkilöllä on suhteessa hyvinvointivaltion eri lohkoihin (esim. Forma ja Saarinen 2008; Kallio 2010). Esimerkiksi iän myötä on havaittu sosiaaliturvan tarveharkinnan

43 Lääkäriliittoa voidaan kutsua myös episteemiseksi yhteisöksi. Tällaisiksi ymmärretään julkisen vallan tai poliittisen puoluekentän ulkopuolelta ideoitavat asiantuntijat, kuten järjestöt, media, tutkijat. Poliittisessa diskurssiavaruudessa syntyneet ideat tosin harvoin pystytään palauttamaan johonkin tiettyyn episteemiseen yhteisöön. (Ks. kokoavasti Björklund 2008, 14–15.)

44 Ammattiyhdistyksiä tutkittaessa on havaittu, että aktiivien ja rivijäsenten välillä on intressieroja. Aktiivit painottavat voimakkaammin keskinäistä solidaarisuutta ja kollektiivisuutta, kun taas rivijäsenet painottavat enemmänkin erityisetujaan (Jokivuori 1997, 31).

45 Eliitillä ajatellaan tavallisesti olevan enemmän vastuuta ja informaatiota tietystä asiasta ja siksi mielipiteet saattavat poiketa kansan mielipiteestä (Julkunen 2001, 83). Lääkäriliiton aktiiveja voidaan pitää eliittinä, jolla on valta toisaalta vaikuttaa jäsenistönsä terveystieteeseen mielipiteenmuodostukseen, mutta sen lisäksi se pystyy muokkaamaan myös muiden kansalaisten mielipiteitä sen vahvaan professionaaliin nojautuen.

kannatuksen kasvavan (Sihvo 1997, 143). Kun tarkastellaan yhtä ajankohtaa, yksilön mielipiteiden vaihtelua on selitetty karkeasti kahden eri vaikuttimen eli poliittisen samaistumisen ja intressien kautta (esim. Pöntinen ja Uusitalo 1986, 8; Jæger 2006). Poliittinen samaistuminen on osin riippuvainen intresseistä (Pöntinen ja Uusitalo 1986, 8; Martinussen 1988). Itse asiassa merkittävin hyvinvointivaltiomielipiteitä ja myös yksityisten palveluiden käyttöä selittävä tekijä eri tutkimuksissa on vastaajan ideologia eli poliittinen suuntautuminen (esim. Kallio 2010).

Tutkijat eivät ole olleet erityisen kiinnostuneita hyvinvointipalveluiden työntekijöiden mielipiteistä. Mielipidetutkimus on tavallisesti tarkastellut väestöä kokonaisuutena (esim. Forma ja Saarinen 2008). Poikkeuksena tässä suhteessa on Ervastian ja Kankaan tutkimus, jossa yhtenä ammattiryhmänä ovat Tehyn jäsenet. Kyselyn mielenkiintoisin tulos on, että kahdeksasta ammattiryhmästä Tehyn jäsenet kannattivat vähiten palvelujen yksityistämistä (Ervasti ja Kangas 1994, 67).

Joissain kyselytutkimuksissa on selvitetty erikseen mielipiteitä terveydenhuollosta. Kansalaiset preferoivat eri palveluista juuri terveydenhuollon tärkeimmäksi (Forma ym. 2007; Fredriksson ja Martikainen 2008). Esimerkiksi neljä viidesosaa on valmis korottamaan tuloveroa, jos rahat käytettäisiin terveydenhuoltoon (Forma ym. 2007). Erityisesti terveyskeskuspalvelut ovat tärkein palvelumuoto, ja ne koetaan riittämättömiksi (Fredriksson ja Martikainen 2008).

2000-luvulla on kotimaisissa sosiaalitieteellisissä mielipidetutkimuksissa kiinnostuttu yhä enemmän yksityisen ja julkisen sektorin roolijaosta (esim. Kallio 2010). Tulosten perusteella suomalaisten mielipiteet yksityisestä palvelutuotannosta ja palveluiden ulkoistamisesta ovat 2000-luvulla jopa muuttuneet hieman myönteisemmäksi (Forma ja Saarinen 2008; Haavisto ja Kiljunen 2009). Noin puolet suomalaisista on valmiita lisäämään yksityistä palvelutuotantoa sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista halutaan säilyttää kunnilla (Forma ja Saarinen 2008; Forma ym. 2008, 41).⁴⁶

46 Kuitenkin kun on kysytty kaikkien kunnallisten palveluiden markkinoistumisesta, on suhtautuminen muuttunut kielteisemmäksi 2000-luvulla (Kallio 2010, 81). Kyse on pitkälti siitä, miten kysytään ja mistä palveluista on kyse. On eri asia ulkoistaa teknisen sektorin kuin terveydenhuollon palveluita.

4 TUTKIMUSASETELMA

4.1 Tutkimuskysymykset ja osakokonaisuuksien sisältö

Väitöskirjassa ollaan kiinnostuneita a) kannanotoista eli ideoista (makrotaso), b) instituutioista (makrotaso), c) mielipiteistä (mikrotaso), d) mikro- ja makrotason intresseistä sekä e) intressien välittymisestä makro- ja mikrotason välillä. Makrotaso tarkoittaa lääkäriprofessiota, jota edustaa Suomen Lääkäriliitto. Mikrotasolla tarkoitetaan yksittäisiä lääkäreitä. Kiinnostuksen kohteista johdetaan seuraavat viisi yleistä tutkimuskysymystä. Konkreettiset 13 tutkimuskysymystä löytyvät artikkeleista sekä taulukoista 1 ja 2.

- 1) *Millaisia ideoita lääkäriprofessionilla on hyvinvointivaltion terveydenhuoltojärjestelmästä (artikkelit 1, 2, 3)?* Kohteena on erityisesti markkinoistuminen (artikkeleissa 2 ja 3) ja perusterveydenhuolto. Artikkelissa 1 tarkastellaan, kuinka Lääkäriliitto toimii universaalina terveydenhuoltojärjestelmää rakennettaessa.
- 2) *Millainen on lääkäriprofession esittämien ideoiden ja instituutioiden välinen suhde (artikkelit 1, 2, 3)?* Ensisijaisesti ollaan kiinnostuneita siitä, kuinka formaalit ja erityisesti informaalit instituutiot (voimakkaimmin hyvinvointikulttuuri) on vaikuttanut lääkäreiden esittämiin ideoihin eri aikakausina.
- 3) *Millaisia mielipiteitä lääkäreillä on hyvinvointivaltiosta ja erityisesti sen terveydenhuoltojärjestelmästä (artikkelit 4, 5, 6)?* Kohteena on yleinen sosiaaliturva ja erityisesti markkinoistuminen.
- 4) *Mitä intressejä ideoiden ja mielipiteiden taustalla on (kaikki artikkelit)?* Makrotasolla tarkastellaan ideoiden taustalta löytyviä intressejä erityisesti käytettyjen perustelujen avulla. Mikrotasolla intressejä tutkitaan perinteisten taustamuuttujien (kuten työskentelysektorin tai iän) kautta.
- 5) *Miten intressit ovat välittyneet mikro- ja makrotason välillä (kaikki artikkelit)?* Intressien välittymistä tutkitaan vertaamalla makro- ja mikrotason artikkelien tuloksia keskenään.

Ydinkäsitteenä tutkimuksessa on markkinoistuminen. Se on mukana jopa ensimmäisessä artikkelissa, jossa käsitellään Lääkäriliittoa ja universaalina terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä^{47, 48}. Tässä artikkelissa on käsitelty markkinoistumisen vastakohtaa eli julkista puuttumista ja lääkäreiden suhdetta siihen. Väitöskirjassa terveystaloutta ymmärretään rajatusti. Terveystaloutta tässä tutkimuksessa on se, mikä liittyy palvelujärjestelmään. Neljännessä artikkelissa terveystaloutta ja terveydenhuoltojärjestelmä on vähiten edustettuna. Terveydenhuolto on siinä mukana vain yhtenä sosiaaliturvan osana. Kyseisen artikkelin tarkoitus on antaa

47 Molempien lakien sisältöä on pyritty viime vuosina muuttamaan. Uusi kansanterveyslaki tuli voimaan vuoden 2006 alussa. Uudessa laissa korostetaan aikaisempaa voimakkaammin ennaltaehkäisyn merkitystä. Myös sairausvakuutusjärjestelmää on uudistettu 2000-luvulla, niin että se olisi aikaisempaa yksinkertaisempi.

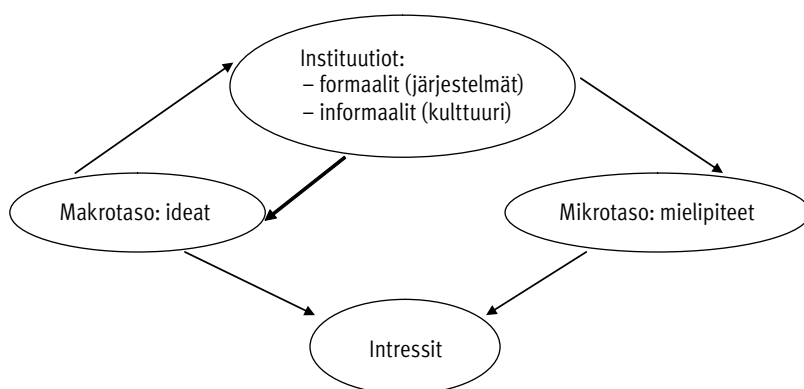
48 Tutkimuksessa on piirteitä myös historiallisesta sosiologiasta, erityisesti ensimmäisessä artikkelissa. Historiallista sosiologiaa ja sen erityispiirteitä ei tässä kirjassa kuitenkaan käsitellä tarkemmin.

yleiskuva lääkäreiden suhtautumisesta sosiaaliturvan laajuuteen (jonka merkittävä osa terveydenhuolto on).

Kuviossa 4 on eritelty, kuinka tutkimuksessa nähdään ideoiden, intressien, mielipiteiden ja instituutioiden suhde tutkimuskohteeseen. Ensimmäinen väitöskirjassa instituutiot ymmärretään sekä formaaleina että informaaleina. Formaali instituutio on esimerkiksi sairausvakuutusjärjestelmä. Informaali instituutio on esimerkiksi pohjoismainen hyvinvointikulttuuri ja sen taustalla vaikuttavat arvot, kuten palveluiden saannin universaalisuus. Instituutiot eivät kuitenkaan determinoi käyttäytymistä, vaan ainoastaan luovat toiminnalle viitekehyksen.

Terveydenhuoltojärjestelmän muutokset aiheuttavat jatkuvasti lääkäriprofession eräänlaisia uhkia ja mahdollisuuksia. Siksi lääkäriprofession täytyy tuoda julkiseen keskusteluun omia ohjelmallisia ideoita. Ideoiden kautta pystytään ajamaan omia intressejä, jotka voivat olla esimerkiksi taloudelliseen autonomiaan liittyviä. Formaali ja informaali instituutiot vaikuttavat voimakkaimmin Suomen Lääkäriliiton esittämiin makrotason ideoihin⁴⁹. Osin Lääkäriliiton ideat muokkaavat instituutioita, mutta tässä väitöskirjassa ei olla varsinaisesti kiinnostuneita Lääkäriliiton toiminnan vaikutuksesta instituutioiden muutokseen. Instituutiot vaikuttavat myös mielipiteisiin. Ne synnyttävät erilaisia intressejä yksilöille ja intressit ovat merkittävä tekijä mielipiteiden taustalla. Väitöskirjassa lähtökohdana nähdään, että makrotason ideat vaikuttavat mikrotason mielipiteisiin instituutioiden kautta, esimerkiksi Suomen Lääkärilehden pääkirjoitukset muovaavat sekä tietoisesti että tiedostamattomasti yksittäisten lääkäreiden mielipiteitä instituutionaalisten reunaehto- jien puitteissa.

Kuvio 4. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat.



⁴⁹ Kuviossa ei erikseen ole arvoja, vaan yhteiskunnallisen arvoilmaston ymmärretään olevan yksi informaalin instituution osa.

Taulukoissa 1 ja 2 on esitetty tarkemmin ja tiivistäen kunkin artikkelin tutkimuskysymykset, aineistot, menetelmät, analyysitaso ja ajanjakso. Taulukoista havaitaan, että tutkimuksessa käytetyt aineistot ja menetelmät ovat monipuolisia⁵⁰.

Taulukko 1. Makrotason artikkeleiden tutkimuskysymykset, aineistot, menetelmät ja ajanjakso.

Artikkeli	Tutkimuskysymykset	Aineistot	Menetelmät	Ajanjakso
Ammatinharjoittajasta virkamieheksi – Suomen Lääkäriliitto ja universaalinen terveydenhuoltojärjestelmän kehitys	1) Kuvataan universaalisen terveydenhuoltojärjestelmän synnyn kautta, kuinka lääkärinä tuli virkamies 2) Miten Suomen Lääkäriliitto on tässä historiallisessa prosessissa toiminut?	Aiempi tutkimuskirjallisuus ja Lääkärilehden artikkelit (yhteensä 24 kappaletta), politiikkadokumentit, esim. komiteamietinnöt (yhteensä 14 kpl) ja Suomen Lääkäriliiton dokumentit (yhteensä 22 kpl).	Laadullinen sisällönanalyysi/erittely	1900-luvun alku–1972
Markkinat ja lääkäri-professio – Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoinnukseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005	1) Minkälaisia ideoita Suomen Lääkäriliitolla on julkisen terveydenhuollon markkinoinnuksesta? 2) Miten Lääkäriliitto on institutionalisoitunut julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään?	Pääasiallisena aineistona liiton julkiset kannanotot sekä osin muut dokumentit, kuten kokouspöytäkirjat (yhteensä 88 kpl)	Laadullinen sisällönanalyysi/erittely	1970–2005
Terveystaloutta Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007	1) Mitä terveystalouttisia teemoja pääkirjoituksissa nostetaan esille? 2) Miten eri teemat vaihtelevat eri ajanjaksoina? 3) Millaista retorikkaa ja perusteluja pääkirjoituksissa esiintyy?	Suomen Lääkärilehden pääkirjoitukset, joissa aiheena terveystaloutta (n = 389)	Laadullinen ja määrällinen sisällönanalyysi/erittely	1970–2007

50 2000-luvulla sosiaalitieteissä on ”keksitty” uusi tutkimussuuntaus tai menetelmällinen lähestymistapa: *mixed methods research* (Tashakkori ja Teddlie 2003). *Mixed methods* -koulukunta näkee itsensä uutena paradigmatena eikä vain menetelmällisenä lähestymistapana. Sen tieteenfilosofinen tausta on pragmatismissa (esim. Johnson ym. 2007). Tämä väitöskirjatyö voisi edustaa *mixed method* -lähestymistavalla tehtyä tutkimusta siinä mielessä, että kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia aineistoja ja niiden tuloksia on hyödynnetty keskenään. Tosin väitöskirjassa ei ole tarkkarajaisesti operationaalistamisvaiheessa hyödynnetty kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksia kvantitatiivisessa analyysissä tai toisin päin, kuten on pidetty ominaisena *mixed methods* -lähestymistavalle (Sosulski ja Lawrence 2008, 132). Tieteenfilosofisesti tutkimus ei myöskään edusta pragmatismia. Toki voidaan mieltää, mitä uutta *mixed methods* -suuntaus oikein tuokaan sosiaalitutkimukselle, kun kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia aineistoja on käytetty rinnan jo 1920-luvulta lähtien ns. Chicagon koulukunnan esimerkistä (esim. Riska 2000, 29). Onkin esitetty näkemyksiä siitä, että kyse on sittenkin vain aiemmin menetelmä- tai aineistotriangulaation nimellä tehdystä tutkimuksesta (triangulaatiosta Denzin 1978).

Taulukko 2. Mikrotason artikkeleiden tutkimuskysymykset, aineistot, menetelmät ja ajanjakso.

Artikkeli	Tutkimuskysymykset	Aineistot	Menetelmät	Ajanjakso
Lääkäreiden mielipiteet sosiaaliturvasta	1) Miten lääkärit suhtautuvat nykyiseen sosiaaliturvan tasoon? 2) Mitkä taustatekijät selittävät eroja asennoitumisessa?	Kyselyaineisto (n = 1 092, vastausprosentti 54,6). Lisäksi kuvailevia vertailutietoja Stakesin HYPÄ 2006 -kyselystä	Kuvailevat tilastolliset menetelmät ja regressioanalyysi	2007
Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoitumisesta	1) Miten lääkärit suhtautuvat terveyspalvelujen markkinoitumiseen? 2) Mitkä taustatekijät selittävät eroja asennoitumisessa?	Kyselyaineisto (n = 1 092, vastausprosentti 54,6). Lisäksi kuvailevia vertailutietoja Stakesin HYPÄ 2006 -kyselystä	Kuvailevat tilastolliset menetelmät ja regressioanalyysi	2007
Nuorten lääkäreiden mielipiteet suomalaisesta hyvinvointivaltiota	1) Miten nuoret lääkärit suhtautuvat nykyiseen hyvinvointivaltion laajuuteen ja erityisesti terveydenhuoltoon verrattuna vanhoihin lääkäreihin, kaikkiin lääkäreihin ja vastaavaan nuoreen väestöön? 2) Mitkä taustatekijät selittävät eroja asennoitumisessa?	Kyselyaineisto (n = 1 092, vastausprosentti 54,6). Lisäksi kuvailevia vertailutietoja Stakesin HYPÄ 2006 -kyselystä	Kuvailevat tilastolliset menetelmät ja regressioanalyysi	2007

Mikrotason artikkeleissa on varsinaisen kyselyaineiston lisäksi otettu vertailutietoja väestötasoon myös HYPÄ 2006 -aineistosta. Aineiston on kerännyt Tilastokeskus Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskukseksi puhelinhaastatteluna. Aineisto edustaa suomalaista 18–79-vuotiasta väestöä (n = 4 530).⁵¹

Lukijan työn helpottamiseksi on lopuksi vielä syytä selvittää, mitä tässä tutkimusprojektissa ei ole tutkittu. Kun työ on väitöskirja, on sillä tietyt ajalliset, sivumäärälliset ja osin tutkimusekonomiset rajat. Siksi esitetään seuraavat olennaisimmat rajaukset. Ensisijainen kiinnostus väitöskirjassa on kohdistunut siihen terveystalouteen, jolla on tekemistä palvelujärjestelmän kanssa⁵². Tutkimuksessa ei erikseen tarkemmin käsitellä valtaa teoreettisena käsitteenä, koska tarkoituksena ei ole selvittää, kuinka tehokasta Suomen Lääkäriliiton terveystalouttinen toiminta on ollut. Väitöskirjassa ei tutkita niitä epävirallisia kulussien takana olevia vaikutuskeinoja, joita Lääkäriliitolla on. Väitöskirjassa ei myöskään tuoda esille, miten terveystalouttiset kannat muodostettiin Lääkäriliiton sisäisen kamppailun perusteella. Väitöskirjassa ei tutkita sitä, kuinka esimerkiksi kuluttajat (potilaat), vakuutusyhtiöt, terveyspalveluiden tilaajat, lääkeyhtiöt, muut ammattiryhmät tai sairaalat vaikuttavat lääkäriprofession terveystalouteen.

51 Dosentti Pasi Moisio toimitti alunperin HYPÄ-kyselyn tiedot tätä väitöskirjaa varten, joita on muokattu tähän väitöskirjaan. Myöhemmin kyseisestä aineistosta on tehty myös varsinaisia analyyseja Suomalaisten hyvinvointi 2008 -kirjaa varten (Forma ja Saarinen 2008).

52 Jotkut mukana olevista teemoista, kuten koulutusmäärät, liittyvät välillisesti palvelujärjestelmään. Esimerkiksi koulutusmäärien lisäämisellä pyritään ratkaisemaan työvoimapulaa (erityisesti perusterveydenhuollossa). Nythän terveyskeskuksia on markkinoitettu osin pakon sanelemana, kun työvoimaa ei ole saatu muuten kuin vuokratilakäriyritysten avulla.

politiikkaan. Huomiota ei kohdisteta etiikkaan eikä myöskään medikalisaatio ei ole tutkimuskohteena. Etiikka on toki aina jollain tavalla taustalla, kun tutkitaan mielipiteitä ja intressejä. Professioita tutkittaessa sukupuoli on merkittävässä asemassa, mutta tässä tutkimuksessa ei ole feminististä näkökulmaa⁵³. Vaikka terveystaloutta tehdään huomattavasti myös paikallistasolla (kunnat tai kuntayhtymät tai sairaanhoitopiirit), tässä väitöskirjassa keskitytään valtakunnalliseen tasoon. En käsittele tutkimuksessani erikseen hammashuollon osuutta terveydenhuoltojärjestelmässä. Yhteiskunta on tukenut hammashoitoa selvästi vähemmän kuin muita terveyspalveluita (Keskimäki ym. 2002, 288). Markkinoita käsiteltäessä ei oteta huomioon työterveyshuoltoa, jota vuoden 1978 työterveyshuoltolain jälkeen alkoi yhä enemmän hoitaa yksityinen sektori. Työssä ei keskitytä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suhteisiin vaan terveydenhuoltoa käsitellään enemmän kokonaisuutena tai avohoidon lääkärintyön eli perusterveydenhuollon kautta (esim. artikkeli 1).

4.2 Makrotason aineisto ja menetelmät

Dokumenttiaineisto on käsitteenä laaja ja yleisesti sellaisiksi ymmärretään esittävät kirjalliset tuotteet. Ne voivat olla julkisia tai yksityisiä (Pietilä 1973, 7–8). Väitöskirjassa käytetään sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä dokumenttien sisältöä analysoitaessa. Tutkittaessa Suomen Lääkäriliiton politiikkaa universaalien terveydenhuoltojärjestelmän rakentumisprosessissa (artikkeli 1) ja Suomen Lääkäriliiton ideoita markkinoistumisesta (artikkeli 2) eritellään erityyppisten dokumenttien sisältöä laadullisesti. Osa dokumenteista saatiin käyttöön käymällä läpi Lääkäriliiton arkistoja, muutama toimitettiin Lääkäriliiton toimesta suoraan ja osa kerättiin Lääkäriliiton nettisivuilta (julkiset lausunnot) sekä Lääkärilehdestä.

Osa ensimmäisen artikkelin dokumenteista on selvemmin historiallisia. Kyseessä ei kuitenkaan ole niin sanottua historiallista sosiologiaa edustava väitöskirja, koska tulkinta on voimakkaasti aineistolähtöistä. Tutkimuksen voidaan väittää edustavan historiallista sosiologiaa vasta sitten, kun historiallinen analyysi on keskiössä. Voidaan väittää, että tärkein ero sosiologian ja historiatutkimuksen välillä on suhde teoriaan. (Ruonavaara 1993, 11–12.) Historiallinen sosiologia tekee, erotuksena perinteisestä historiatutkimuksesta, teorian käytöstä näkyvää. Historiallisen sosiologian tutkimuksessa mallintaminen on voimakkaasti teoriapohjaista, kun taas historiallinen tutkimus ei ole käyttänyt teoriaa hyväkseen erityisen näkyvästi. (Anttila 2005, 202–203, 207.) Tässä väitöskirjassa osin historiallisiksi luokiteltavia dokumentteja analysoidaan sisällönanalyysin keinoin. Teoreettinen lähestymistapa aineistoon artikkelissa 3 ja osin myös artikkelissa 2 on lähimpänä kriittistä diskurssianalyysia. Näin ollen ollaan kuvailevan tiedon lisäksi kiinnostuneita retoriikasta.⁵⁴ Artikkeleissa

53 Kotimaisesta perspektiivistä on tehty joitain lääkäriprofessiota sukupuolten välisestä työnjaosta tarkastelevia melko teoreettisia tutkimuksia (esim. Riska 2001).

54 Pääkirjoitukset ovat useimmiten kirjoittaneet liiton johtoon kuuluvat yksittäiset henkilöt, jolloin kyseessä on mikrotaso. Kuitenkaan artikkelissa ei olla kiinnostuneita siitä, kuka kirjoittaja nimenomaisesti on, vaan kirjoittajien ajatteluaan

ollaan kiinnostuneita perusteluista ja niiden kehystämisestä sekä puhetavoista eli siitä, millaista kieltä perusteluissa käytetään. Samaa ilmiötä voidaan tarkastella eri näkökulmista riippuen esimerkiksi toimijan valta-asemasta. Kieli on vallan väline, jolla pyritään oikeuttamaan tietty kanta (Parker 2005). Esimerkiksi tekemällä jostain terveystalouttisesti ratkaisusta ”luonnollinen” häivytetään samalla sen taustalla olevat intressit ja ideologiat (esim. Fairclough 1995, 41–42).

Tutkittaessa terveystaloutta Suomen Lääkärilehdissä (artikkeli 3) analysoidaan pääkirjoituksia laadullisen analyysin ohella määrällisin keinoin. Lääkäreitä ammatteittien kautta on tutkittu sekä laadullisesti (Löyttyniemi 2004) että määrällistä ja laadullista analyysia yhdistellen (Marjoribanks ja Lewis 2003). Yhteiskuntatutkimuksen piirissä kvantitatiivinen sisällönerittely on kuitenkin melko harvinainen, joskin vanha tapa lähestyä aineistoa. Sen juuret ovat mediatutkimuksessa (Krippendorff 1980, 13–15). Joitain sosiaalitieteellisiä lehtiaineistoihin perustuvia, määrällistä ja laadullista analyysia yhdistäviä tutkimuksia on tehty (esim. Blomberg-Kroll 1999; Kroll 2005). Merkittävä osa viimeisen kahden vuosikymmenen aikana määrällistä sisällön analyysia metodina käyttäneistä tutkimuksista on journalismin tutkimusta ja aineistona on laajalevikkiset sanomalehdet (esim. Ader 1995; Kensicki 2004). Näissä tutkimuksissa on oltu usein kiinnostuneita retoriikasta jonkin tietyn aihealueen osalta. Toki samassa tutkimuksessa voidaan olla kiinnostuneita retoriikan lisäksi itse tekstien kuvailusta aihealueittain (tällaista edustaa esimerkiksi Rahkonen 2006; Rönkä 2009).

Artikkelin 3 analyysin kulusta tai menetelmällisistä valinnoista on kerrottu seikka-peräisemmin liiteartikkelissa. Käytännössä laadullinen analyysi merkitsi sitä, että määrällisen analyysin pohjalta muodostettujen ulottuvuuksien, joita voi yhtä hyvin nimittää teemoiksi (markkinoistuminen, terveydenhuollon resurssointi, retoriikka), sisältöä luetaan tarkemmin. Kyse on näin ollen edelleen kirjallisen materiaalin sisällönanalyysistä (ks. esim. Tuomi ja Sarajärvi 2002, 86, 93–95). Tarkemmassa analyysissä eli tekstien lähiluvussa pystytään selvittämään paremmin erilaisia tapahtumia, joita tutkimusajankohtana on tapahtunut. Osa lähiluvusta tehtiin jo koodirunkoa muodostettaessa. Tällöin tehtiin tarkkoja muistiinpanoja pääkirjoitusten sisällöstä. Näihin muistiinpanoihin palattiin, kun koko aineisto oli luokiteltu.

Kaikessa tutkimuksessa tulee pyrkiä analyysin läpinäkyvyyteen ja toisaalta siihen, että tehdyt valinnat perustellaan. Määrällisessä sisällönerittelyssä korostuvat tavallistakin voimakkaammin nämä valinnat. (Krippendorff 1980, 25, 49; Scott 1990, 32.) Merkittävä aineiston luokittelun onnistuneisuuden mitta määrällisessä sisällönerittelyssä on reliabiliteetti. Luokitteluun liittyvää tulkintaproblematiikkaa pystytään helpottamaan reliabiliteetin tarkastelemisella. Siksi tehtiin niin sanottu intrapersoonallinen uudelleenluokittelu eli tutkija luokitteli aineiston itse uudelleen muutaman

heijastavan Lääkäriliitossa ja lääkäreiden keskuudessa käytävää keskustelua ja kantoja, joita liiton johto haluaa tuoda esille sekä koko yhteiskunnalle että jäsenilleen. Artikkelin ei näin edusta oikeastaan mesotasoakaan vaan enemmän makrotasoa ja täydentää sekä laajentaa näin artikkelin 2 tuloksia.

viikon kuluttua varsinaisesta luokittelusta (Marjoribanks ja Lewis 2003, 2232). Uudelleenkoodaus tehtiin 37 pääkirjoitukselle, jokaiselta vuodelta otettiin mukaan yksi satunnaisesti valittu pääkirjoitus. Uudelleenkoodauksessa samankaltaisesti luokiteltujen muuttujien osuus oli 85,5 prosenttia, jota voidaan pitää suhteellisen suurena.⁵⁵

Taulukossa 3 on vielä eritelty artikkelin 3 muuttujat. Aineiston 18 muuttujasta neljä eli ”ilmestymisaika”, ”perus/erikoissairaanhoido”, ”kirjoittaja” ja ”mikä uudistus kyseessä” ovat aineistoa kuvaavia taustamuuttujia. Muuttujista neljä kuvaa selvemmin markkinoistumista (yksityis sektorin lisääminen, valinnanvapaus, asiakasmaksut, tehokkuus). Viisi muuttujaa liittyy terveydenhuollon resursointiin (terveydenhuollon toimivuus, resurssien riittävyys, palkka, koulutusmäärät, lääkäripulan keinot). Edellisten muuttujien lisäksi kolmas ulottuvuus (neljä muuttujaa) kuvaa retoriikkaa terveystalouden taustalla.

Taulukko 3. Määrälliset dokumenttiaineistot.

Artikkeli	Taustamuuttujat	Kuvailevat muuttujat
Terveystaloutta Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007	1) Ilmestymisaika 2) Perus/erikoissairaanhoido 3) Kirjoittaja 4) Mikä uudistus kyseessä	<i>Markkinoistuminen</i> 1) Yksityis sektorin lisääminen 2) Valinnanvapaus 3) Asiakasmaksut 4) Tehokkuus <i>Terveydenhuollon resursointi</i> 5) Terveydenhuollon toimivuus 6) Resurssien riittävyys 7) Palkka 8) Koulutusmäärät 9) Lääkäripulan keinot <i>Retoriikka</i> 10) Terveystaloutta ja asiantuntijuus 11) Professionaalisuus uhka 12) Epäluulo päättäjiä kohtaan 13) Perustelut terveystalouttillisille ratkaisuille

4.3 Mikrotason aineisto ja menetelmät

Makrotason lisäksi tarvittiin tietoa yksittäisiltä lääkäreiltä. Sopivin keino saada yleistettävissä oleva aineisto oli kerätä tieto kyselylomakkeella (artikkelit 4–6). Kyselylomakkeella kerättävää tietoa voidaan kritisoida esimerkiksi siitä, että se lopulta kertoo itse tutkijan eli tiedon kerääjän ajatuksista (Ylöstalo 2004, 110). Tässä kyselyssä laatu on pyritty lisäämään, niin että lomakkeen suunnittelu- ja muokkausvaiheessa,

⁵⁵ Reliabiliteetin laskemiseen sovellettiin kaavaa $(ab \times 2) / (a + b) \times 100$. *ab* on niiden luokitusyksiköiden määrä, joiden esiintymisestä ollaan oltu yhtä mieltä molemmilla kerroilla. *a* ja *b* taas ovat niitä yksiköitä, joissa eri luokituskerroilla on katsottu kyseisen ominaisuuden esiintyneen (ks. Pietilä 1973, 238–247; Kangas 1986, 39).

joka kesti vajaan vuoden, lomaketta kommentoivat henkilöt, jotka edustivat yhteiskuntatieteitä ja lääketiedettä. Näin lomakkeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman neutraali ja pyritään varmistamaan se, että eri toimialoilla ja tehtävissä toimivat lääkärit pystyvät vastaamaan siihen. Lomaketta myös esiteltiin ja siitä pyydettiin kommentteja kahdessa tiedeseminaarissa. Lisäksi sitä testattiin muutamalla lääkäri-vastaajalla. Lomakkeen ja aineiston teknisestä laadusta on tehty erillinen raportti ja sen liitteenä on kyselylomake kokonaisuudessaan (Saarinen 2007b).

Lomakkeen laatimisessa käytettiin apuna myös aikaisempia kyselytutkimuksia ja niiden teoreettisia viitekehyksiä (esim. Forma 1998). Näin osa selittävistä tekijöistä on samoja kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Lisäksi on valittu muutamia kysymyksiä (selitettävät muuttujat) aikaisemmasta, silloisen Stakesin toteuttamasta hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksesta (HYPA), joita käytetään sanatarkasti (esim. Forma 2006). Näin pystytään vertaamaan lääkäreiden mielipiteitä hyvinvointivaltiosta koko väestöön.

Kysely olisi ollut mahdollista suorittaa ilman Suomen Lääkäriliiton apua muiden rekisteritietojen kautta. Tällöin ongelmaksi olisi luultavasti tullut pieni vastausprosentti. Siksi päädyttiin poimimaan Lääkäriliiton rekisteristä otos, jolle kysely liiton logoin varustettuna lähetettiin. Prosessin aikana oli kuitenkin selvää, että vain tutkija laatii lomakkeen eikä mukaan oteta kysymyksiä, jotka eivät ole alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa. Yhteistyö sujui tältä osittain hyvin ja Suomen Lääkäriliiton edustajat vain kommentoivat kysymyksiä ja saatekirjettä. Lisäksi Lääkäriliiton ATK-suunnittelija toimitti vastaajien osoitetiedot.

Lomakkeen kaikki kysymykset jakaantuvat karkeasti kolmeen osaan: taustatekijöihin, mielipiteisiin hyvinvointivaltiosta (sisältää kysymykset terveydenhuollosta) ja liiton toimintaa koskeviin kysymyksiin. Tässä väitöskirjassa käytetään taustakysymyksiä ja kysymyksiä mielipiteistä hyvinvointivaltiosta. Kun tutkimuksen kohteena on yhden väestöryhmän mielipiteet, taustakysymykset eroavat joiltain osin perinteisistä väestökyselyissä käytetyistä. Kyselyssä ei erikseen kysytä sosiaalista taustaa (perhetaustalla mitattuna), koska sen selitysvoima on heikko. Aikaisempien tutkimusten mukaan valtaosa lääkäreistä ja lääketiedettä opiskelevista on lähtöisin perheistä, joilla on hyvä sosiaalinen asema (Hyppölä ym. 1998; Lahelma ym. 2003). Perinteisten taustamuuttujien lisäksi käytetään lääkärispesifisiä muuttujia, kuten erikoisalaa. Kysymykset hyvinvointivaltiosta jakaantuvat viiteen ulottuvuuteen: julkisen sektorin laajuus (kysymykset 21–23 lomakkeessa), terveydenhuollon tuotantovastuu (kysymykset 25–26, 35–38 lomakkeessa), terveydenhuollon rahoitusvastuu (kysymykset 27–30, 33–34 lomakkeessa), terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus (kysymykset 24 ja 39 lomakkeessa) ja käsitykset yksityissektorin eduista (kysymykset 31–32 lomakkeessa).

Lomakkeita lähetettiin 2 000 kappaletta ja niitä palautui yhteensä 1 092. Vastausprosentiksi saatiin näin 54,6. Vastausprosenttia voi pitää kohtuullisena ja se on samansuuruinen, kun verrataan sitä muihin lääkäreille suunnattuihin kyselyihin (esim. Midttun 2007; Whynes ja Baines 2002). Vuosien 1985–1995 aikana julkaistujen terveydenhuollon alan artikkeleiden, joissa oli vastaajina lääkäreitä, keskimääräinen

vastausprosentti yli tuhannen otoksissa oli 52 prosenttia (Cummings ym. 2001). Toisen metatutkimuksen mukaan lääkäreille tehdyissä kyselyissä keskimääräinen vastausprosentti oli 54 (Asch ym. 1997). Kotimaisista lääkäreille suunnatuista kyselyistä viimeisimmässä ennen tätä kyselyä vastausaktiivisuus oli kolmen kierroksen jälkeen 56,8 prosenttia (Elovainio ym. 2007).

Lomakkeeseen vastasi suhteellisesti tarkastellen varsin suuri osuus työikäisistä Suomessa asuvista lääkäreistä. Lääkäreitä oli yhteensä otoksen muodostamisajankohtana 17 134 (tieto saatu liiton rekisteristä). Vastaajia oli 1 092, mikä tarkoittaa, että vastaajissa on mukana 6,37 prosenttia kaikista työikäisistä lääkäreistä.⁵⁶ Eri kysymyksiin jätettiin vastaamatta erittäin vähän, joten sisäinen kato oli käytännössä olematon. Pienin vastausprosentti oli kysymyksessä, jossa tiedusteltiin poliittista suuntautumista. Tähän kysymykseen vastasi 1 066 lääkäriä (53,3 %). Keskimäärin kysymyksiin vastasi 1 085 (54,3 %) lääkäriä.

Aineiston edustavuutta on aiemmin mitattu tarkasti neljän taustamuuttujan (sukupuoli, ikä, työnantajasektori, erikoistumistilanne) avulla. Analyysin perusteella otos on edustava suhteessa perusjoukkoon, eikä suuria vinoumia ole. Merkittävin vinouma otoksen ja perusjoukon välillä on erikoistuneiden lääkärrien osalta. Erikoistuneet vastasivat kyselyyn aktiivisemmin. Tässäkin kyselyssä naiset vastasivat hieman miehiä aktiivisemmin, mutta ero on pieni. (Saarinen 2007b.) Sama tilanne on ollut usein muissakin kyselyissä, myös lääkäreille tehdyissä (esim. Elovainio ym. 2007).

Artikkeleissa on käytetty kuvailevia tilastollisia menetelmiä eli suoria jakaumia ja ristiintaulukointeja sekä selittävässä analyysissä monimuuttujamenetelmänä logistista regressionanalyysia. Itse teknisistä menetelmävalinnoista on kerrottu tarkemmin kunkin alkuperäisartikkelin yhteydessä. Taulukossa 4 on esitetty kyselyaineistoon perustuvien artikkelien muuttujat tarkemmin. Selittävät muuttujat jakautuvat kolmeen osaan: intressejä, ideologiaa ja lääkärikohtaisia intressejä kuvaaviin. Kaikissa artikkeleissa ei ole käytetty täysin samoja selittäviä muuttujia tai selittävien muuttujien luokitteluja johtuen siitä, millaisia tarkoituksia artikkeleissa on ollut ja millaisia tuloksia on alustavissa tilastoanalyysissä saatu. Esimerkiksi artikkelissa 5 on toimipaikkaluokittelua käytetty erittäin tarkasti, kun taas artikkeleissa 4 ja 6 on vain jaottelu yksityinen/julkinen sektori⁵⁷. Syynä on se, että artikkelissa 5 selitettäviä muuttujia on enemmän ja ne liittyvät selvästi vain terveydenhuoltoon, jolloin karkea työskentelysektori-muuttuja ei ollut sovelias. Artikkelin 6 taustamuuttujat taas valittiin selvästi artikkelien 4 ja 5 tulosten perusteella (ks. operationalisoinnista tarkemmin itse liiteartikkelista). Lisäksi apuna käytettiin erästä aiemmin julkaistua artikkelia (Saarinen 2007b). Näin ollen taustamuuttujia on vähemmän. Artikkelin 6 tarkoitus on suhteellisen yleisellä tasolla tuoda esille, kuinka lääkärrien mielipiteet tulevaisuudessa muuttumaan. Siksi nuoret lääkärit on otettu erityistarkasteluun.

56 Sinänsä Suomessa asuvalla lääkärillä ei tarvitse olla Suomen kansalaisuutta. Kuitenkin aineisto koostuu yksittäistapauksia lukuun ottamatta suomalaisista lääkäreistä.

57 Työskentelysektori-muuttujassa yksityiseen sektoriin kuuluvat myös ammatinharjoittajina tai yrittäjinä toimivat.

Taulukko 4. Kyselyaineiston muuttujat (tarkemmat vastausvaihtoehdot liitteenä olevasta kyselylomakkeesta).
Suluissa taustamuuttuja: int = intressit, ide = ideologia, lääkint = lääkärispesifi intressimuuttuja.

Artikkeli	Selittävät muuttujat	Selittävät muuttujat
Lääkäreiden mielipiteet sosiaaliturvasta	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sosiaaliturvan taso on... 2) Veroja pitäisi alentaa vaikka sosiaaliturvan kustannuksella 3) Jos valtion ja kuntien on karsittava menojaan, mistä menoista voidaan mielestänne säästää ja mistä ei? (vaihtoehdot: työttömyysturvasta, terveyden- ja sairaanhoidosta, tulonsiirroista, sosiaalipalveluista) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sukupuoli (int) 2) Ikä (int) 3) Erikoisala (lääkint) 4) Työskentelysektori (int) 5) Päätoimen työn mielekkyyks (lääkint) 6) Tyytyväisyys päätoimen ansiotasoon (lääkint) 7) Poliittinen orientaatio (ide) 8) Kiinnostuneisuus Lääkäriliiton terveystalouteen (lääkint)
Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta	<ol style="list-style-type: none"> 1) Yksityistä terveyden-/sairaanhoitoa tulisi lisätä 2) Yksityiset yritykset pystyvät tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja tehokkaammin kuin julkinen sektori 3) Julkista perusterveydenhuoltoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan 4) Julkista erikoissairaanhoitoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan 5) Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulee lisätä, jotta vapautta valita lääkäri voidaan parantaa 6) Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulee lisätä, jotta vapautta valita hoitopaikka voidaan parantaa 7) Mikä alueellinen kokonaisuus on sopivin järjestämään kuntalaisille perusterveydenhuollon 8) Mikä alueellinen kokonaisuus on sopivin järjestämään kuntalaisille erikoissairaanhoidon 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sukupuoli (int) 2) Ikä (int) 3) Toimipaikka (int) 4) Poliittinen orientaatio (ide) 5) Erikoisala (lääkint) 6) Kiinnostuneisuus Lääkäriliiton terveystalouteen (lääkint) 7) Aktiivisuus Lääkäriliitossa (lääkint) 8) Päätoimen työn mielekkyyks (lääkint) 9) Tyytyväisyys päätoimen ansiotasoon (lääkint) 10) Työn itsenäisyyden merkitys (lääkint)
Nuorten lääkäreiden mielipiteet suomalaisesta hyvinvointivaltiosta	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sosiaaliturvan taso on... 2) Mikä seuraavista väittämistä on lähimpänä mielipidettänne? (terveydenhuollon toimivuus) 3) Yksityistä terveyden/sairaanhoitoa tulisi lisätä 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sukupuoli (int) 2) Työskentelysektori (int) 3) Päätoimen työn mielekkyyks (lääkint) 4) Tyytyväisyys päätoimen ansiotasoon (lääkint) 5) Poliittinen orientaatio (ide) 6) Kiinnostuneisuus Lääkäriliiton terveystalouteen (lääkint)

Artikkelin 4 tarkoitus on luoda pohjaa artikkelille 5. Artikkelin numero 5 lääkäreiden mielipiteistä terveydenhuollon markkinoistumista kohtaan on osatutkimuksista tärkein ja siinä tarkastellaan vain terveydenhuoltoa. Yleensä markkinoistumista on mielipidetutkimuksissa mitattu kysymyksellä yksityisen palvelutuotannon lisäämisestä ja moniulotteisia operationalisointeja on hyvin vähän tai suomalaisessa kontekstissa ei lainkaan. Tässä käytetään moniulotteista mittaustapaa, kun kysytään yksityisen sektorin tehokkuudesta, omavastuuosuuksista sekä valinnanvapaudesta, tilaajan ja tuottajan erottamisesta ja siitä, minkälainen alueellinen kokonaisuus on sopiva järjestämään terveydenhuollon.

5 OSATUTKIMUSTEN TULOKSET

5.1 Makrotaso

1) Ammatinharjoittajasta virkamieheksi. Suomen Lääkäriliitto ja universaalien terveydenhuoltojärjestelmän kehitys

Artikkelissa kuvataan universaalien terveydenhuoltojärjestelmän synnyn ja kehityksen kautta, kuinka lääkärinä tuli virkamies ja miten Suomen Lääkäriliitto tässä prosessissa on toiminut. Aineistona ovat erilaiset dokumentit.

Huomio kiinnitetään kolmeen olennaiseen järjestelmämuutokseen: 1) vuoden 1943 laki yleisestä lääkärinhoidosta, 2) vuoden 1964 sairausvakuutuslaki ja 3) vuoden 1972 kansanterveyslaki. Nämä kolme järjestelmämuutosta muodostavat yhdessä polun, jonka päätepisteenä on universaali terveydenhuoltojärjestelmä. Järjestelmämuutoksista juuri kansanterveyslaki teki lääkärinä tiukasti säädellyn virkamiehen. Artikkelin taustalla on kansainvälisen lääkäritutkimuksen väite, että lääkärit pitävät julkista puuttumista uhkana autonomialleen ja siksi vastustavat uudistuksia, joilla terveydenhuollosta tehdään julkisesti vahvemmin järjestettyä.

1990-luvulta lähtien on tuotu yhä enemmän esille, kuinka olennaista lääkäriprofession politiikkaan vaikuttamisen kannalta on paitsi sen valta-asema myös toimintaa ehdollistavat instituutiot. Eri maissa lääkärit toimivat erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä ja erilaisten institutionaalisten reunaehtojen sisällä. Julkinen puuttuminen nähtiin analyysin perusteella uhkaksi lääkäreiden taholta, mutta se koettiin yhä pienemmäksi hyvinvointivaltion laajentuessa. Kansainvälisen tutkimuksen väite lääkäreiden selvästi kriittisestä suhtautumisesta julkisen sektorin puuttumiseen ei näin pidä paikkaansa Suomen tapauksessa. Kun julkinen terveydenhuoltojärjestelmä laajeni, myös hyvinvointikulttuuri muuttui. Samalla lääkäriprofession vakiintui yhä tiukemmin osaksi julkista sektoria. Näin sen intressinä ei ollut enää vastustaa tai suhtautua erityisen kriittisesti valtion toimenpiteisiin terveydenhuollon laajentamisesta. Itse asiassa valtio on taannut lääkäreille pysyvyyttä työsuhteen ja tulojen muodossa. Lääkäriliitto on vain osittain jarruttanut terveydenhuollon järjestelmämuudistuksia kolmenlaisin argumentein: potilaiden etu, kannustinongelmat ja lääkäreiden riittämättömyys. Perustelut pysyivät samana koko tarkasteluajanjakson, mutta argumentit eivät olleet enää yhtä kärjistyneitä julkisen terveydenhuollon laajentuessa, vaan epäilykset nousivat esille vain satunnaisesti tietyissä yksityiskohdissa.

2) Markkinat ja lääkäriprofession – Suomen Lääkäriliiton ideat julkisesta terveydenhuoltojärjestelmästä vuosina 1970–2005

Artikkelissa tutkitaan Suomen Lääkäriliiton esittämiä ideoita terveydenhuoltojärjestelmästä ja sen markkinoinnista dokumenttiaineistojen avulla. Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat kohdanneet 1980-luvulta lähtien lisääntyneitä muutospaineita. Tämä on merkinnyt markkinoiden kasvua julkisessa palvelutuotannossa.

Tarkasteluajanjaksona artikkelissa ovat vuodet 1970–2005. Tulokset esitetään kahdessa osassa: 1970- ja 1980-luvuilla viitataan julkisen sektorin aikakauteen ja 1990- ja 2000-luvuilla markkinoistumisen aikakauteen.

Tulosten perusteella Suomen Lääkäriliitto on pyrkinyt koko tarkasteluajanjakson tuomaan esille yksityisen sektorin merkitystä julkisen sektorin rinnalla. Merkittävänä keinona liitolle ovat olleet vaatimukset sairausvakuutuksen korvaustaksojen korottamiseksi sekä toisaalta kannustavien palkkausjärjestelmien lisääminen. Kaikkiaan eri vuosikymmeninä Lääkäriliiton toiminnassa tuodaan esille, että terveydenhuoltojärjestelmästä tulisi saada yhä tehokkaampi ja tätä kautta myös esimerkiksi saataisiin lisättyä kansalaisten valinnanvapautta. Perusteluissa uudistusvaateille vedotaan voimakkaasti ”yleiseen hyvään”, kuten tasa-arvoon, eikä omia intressejä tuoda esille. Liiton esittämät ideat ovat kuitenkin saaneet eri painotuksia riippuen hyvinvointivaltion institutionaalisesta tilanteesta. 1990-luvun alun laman toimiessa murrosvaiheena markkinoistuminen voimistui ja Suomen Lääkäriliiton esittämät ideat muuttuivat yhä konkreettisemmiksi. Ideoissa pyrittiin erityisesti tuomaan esille, kuinka tilaaja ja tuottaja tulisi erottaa selkeästi toisistaan. Kuitenkin merkittävää on se, että Suomen Lääkäriliiton esittämät ideat eivät ole lopulta erityisen radikaaleja. Liitto on selvästi institutionalisoitunut universaaliin verorahoitteiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja pohjoismaiseen hyvinvointivaltiokulttuuriin.

3) Terveystaloutta Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007

Artikkelissa analysoidaan terveystaloutta lääkäreiden ammattilehden pääkirjoitusten näkökulmasta vuosien 1970 ja 2007 välillä. Artikkelin lähtökohtaletuksena on ajatus siitä, että lausujan viiteriymä eli tässä tapauksessa Suomen Lääkäriliitto määrittää, mitä pääkirjoittaja pystyy sanomaan ja miten kirjoittaja voi ottaa retorisesa mielessä kantaa. Toisaalta lääkäreiden intressien ajatellaan tulevan esille siinä, miten konstruoidaan ja tuotetaan mielikuvia terveydenhuollon ongelmista ja ratkaisuisista.

Artikkelissa terveystaloutta ymmärretään koostuvan kahdesta osasta: näkemyksistä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ja toisaalta retoriikasta objektiivisen terveystaloutta taustalla. Tulokset esitetään niin, että 1970- ja 1980-luvuilla viitataan julkisen sektorin kasvun aikakauteen ja 1990- ja 2000-luvuilla markkinoistumisen kasvun aikakauteen. Aineiston 18 muuttujasta neljä ovat aineistoa kuvaavia taustamuuttujia. Varsinaisista muuttujista neljä kuvaa selvemmin markkinoistumista, viisi muuttujaa liittyy terveydenhuollon resursointiin ja neljä muuttujaa kuvaa retoriikkaa terveystaloutta taustalla.

Pääkirjoituksissa tuodaan toistuvasti esille resurssien olevan liian vähäiset erityisesti markkinoistumisen aikakaudella ja tällä on suoraan vaikutusta lääkärintyöhön. Samoin pelko professioautonomian vähenemisestä näkyy 1990-luvulta lähtien, kun aiheena on johtaminen. Lääkäreiden mukaan vain kollegat voivat toimia terveydenhuollon yksiköiden johtajina. Vasta laman jälkeen alettiin pääkirjoituksissa voimakkaam-

min vaatia terveydenhuoltojärjestelmän rakenteiden muuttamista. Julkisen sektorin kasvun aikakaudella taas oltiin enemmän huolissaan siitä, että ideologia määrää liikaa terveystaloutta tekemistä ja näin yksityissektorin roolia ei olla valmiita lisäämään. Yksi merkittävä osa professioautonomiasta on taloudellinen puoli. Pääkirjoituksissa ei korostu erityisen voimakkaasti lääkäreiden taloudellisten intressien ajaminen. Pääkirjoituksissa vedotaan siihen, kuinka jokin tietty terveydenhuollon uudistus tai muutos tulisi toteuttaa sen vuoksi, että kyseessä on muiden kuin lääkäreiden etu. Taulukossa 5 esitetään tiivistetysti kaikkien makrotason artikkelien päätulokset.

Taulukko 5. Makrotason artikkelien päätulokset.

Artikkeli	Päätulokset
Ammatinharjoittajasta virkamieheksi – Suomen Lääkäriliitto ja universaalin terveydenhuoltojärjestelmän kehitys	<ul style="list-style-type: none"> – Julkinen puuttuminen ja sen nopeus koettiin liitossa uhkaksi sairausvakuutusjärjestelmää luotaessa. Uhka koettiin pienemmäksi julkisen sektorin ja sen terveydenhuollon laajetessa. Lääkärit suhtautuivat kansanterveyslakiin alusta asti myönteisesti ja olivat jopa itse vaatimassa sekä innovoimassa järjestelmää. – Kansainvälinen ja erityisesti yhdysvaltalainen väite lääkäreiden huomattavan kriittisestä suhtautumisesta julkisen sektorin kasvuun ei pidä Suomessa paikkaansa. Lääkärit eivät ole Suomessa koskaan olleet ”vapaa” markkinaprofessio. – Liitto argumentoi järjestelmäuudistusten jarruttamista potilaiden edulla, kannustinongelmilla ja lääkäreiden riittämättömyydellä.
Markkinat ja lääkäriprofessio – Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005	<ul style="list-style-type: none"> – Liitto on pyrkinyt tuomaan esille yksityisen sektorin merkitystä julkisen sektorin rinnalla. Merkittäviä keinoja ovat olleet vaatimukset sairausvakuutuksen korvaustaksojen korottamiseksi sekä kannustava palkkausjärjestelmä. – 1970-luvulta lähtien on esitetty, että terveydenhuoltojärjestelmää tulisi tehostaa. Näin saataisiin lisättyä esim. kansalaisten valinnanvapautta. – Uudistusvaateiden perusteluissa vedotaan voimakkaasti ”yleiseen hyvään”, kuten tasa-arvoon, eikä omia intressejä tuoda esille. – Liiton ideat ovat saaneet eri painotuksia hyvinvointivaltion institutionaalisen tilanteen mukaan. 1990-luvun alun laman murroksessa markkinoistuminen voimistui ja liiton ideat konkreettistuivat lisää: erityisesti esitettiin, että tilaaja ja tuottaja tulisi erottaa selkeästi toisistaan. – Ideat eivät ole erityisen radikaaleja, esim. verorahoitus halutaan säilyttää. Liitto onkin selvästi institutionalisoitunut universaaliin verorahoitteiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja pohjoismaiseen hyvinvointivaltiokulttuuriin.
Terveystaloutta Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007	<ul style="list-style-type: none"> – Pääkirjoituksissa esitetään toistuvasti resurssien olevan liian vähäiset erityisesti markkinoistumisen (1990–2007) aikakaudella, ja tämä vaikuttaa suoraan lääkärintyöhön. – Pelko professioautonomian vähenemisestä näkyy 1990-luvulta lähtien: lääkäreiden mukaan vain kollegat voivat johtaa terveydenhuollon yksiköitä. – 1990-luvun laman jälkeen alettiin voimakkaammin vaatia terveydenhuoltojärjestelmän rakenteiden muuttamista. Julkisen sektorin kasvun aikakaudella oltiin enemmän huolissaan siitä, kuinka ideologia määrää liikaa terveystaloutta. Siksi yksityissektorin roolia ei olla valmiita lisäämään. – Talous on merkittävä osa professioautonomiasta. Pääkirjoituksissa ei korostu erityisen voimakkaasti lääkäreiden taloudellisten intressien ajaminen. Niissä vedotaan usein siihen, kuinka jokin tietty terveydenhuollon uudistus tai muutos tulisi toteuttaa, koska kyseessä on muiden kuin lääkäreiden etu.

5.2 Mikrotaso

4) Lääkäreiden mielipiteet sosiaaliturvasta (*The opinions of Finnish physicians on social security system*)

Artikkelissa selvitetään lääkäreiden mielipiteitä sosiaaliturvasta yleisellä tasolla sekä tarkastellaan, mitkä tekijät selittävät heidän mielipiteitään. Tietyin osin verrataan lääkäreitä väestötasoon.

Tulosten perusteella lääkärit pitävät yleisemmin sosiaaliturvan tasoa Suomessa liian korkeana kaikkiin vertailuryhmiin verrattaessa. Ero säilyy samansuuntaisena, mutta erot eivät ole yhtä selkeät, kun kysymys ehdollistetaan eli kysytään verojen alennusta sosiaaliturvan kustannuksella. Selkein jakolinja näyttää olevan siinä, että palveluihin eli universaalien hyvinvointivaltion olennaisimpaan osaan ollaan valmiita panostamaan selvästi enemmän kuin rahaetuuksiin eli tulonsiirtoihin ja työttömyysturvaan. Kuitenkaan yllättäen sosiaali- ja terveystalouten välillä ei ole eroa, lääkärit haluavat säästää yhtä vähän sosiaalipalveluista kuin terveydenhuollostakin. Naislääkärit kannattavat selvemmin laajempaa sosiaaliturvaa. Tämä näkyy kysyttäessä sosiaaliturvan leikkaamista ehdollistettuna verotuksella. Vakiointi osoittaa myös, että erikoislääkärit pitävät sosiaaliturvaa yleisemmin liian suurena verrattuna ei-erikoistuneisiin. Yllättävä tulos on se, että työskentelysektori ei ole erityisen hyvä selittäjä. Selkeimmäksi selittäjäksi nousee lääkärin poliittinen suuntautuminen. Vasemmistoon itsensä identifioivat ovat selvästi nykyisen laajuisen sosiaaliturvan kannalla. Erityisesti sosiaalipalveluiden osalta miehet kannattavat selvästi enemmän säästöjä. Nuoret vastustavat enemmän säästöjä palveluissa kuin vanhemmat ikäluokat, kun taas tulonsiirtojen ja työttömyysturvan osalta tilanne on päinvastainen. Edelleen selkeimmäksi ennustajaksi säästöjen osalta nousee poliittinen suuntautuminen. Vasemmistoon itsensä identifioivat lääkärit vastustavat säästöjä eniten, tosin tulonsiirtojen osalta keskustan kannattajat vastustavat säästöjä voimakkaammin. Lääkäriliiton terveystalouttisesti toiminnasta kiinnostuneet kannattavat enemmän säästöjä työttömyysturvaan ja sosiaalipalveluihin.

5) Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta

Artikkelissa tutkitaan lääkäreiden mielipiteitä terveydenhuollon markkinoistumisesta sekä tarkastellaan, mitkä tekijät selittävät heidän mielipiteitään.

Tulosten perusteella väestötasoon verrattaessa lääkärit kannattavat varovasti tulkiten jopa hieman vähemmän yksityisen hoidon lisäämistä. Lisäksi yksityisen sektorin tehokkuuteen suhteessa julkiseen sektoriin suhtaudutaan melko varauksellisesti, kun verrataan lääkäreiden mielipiteitä aiempiin väestötason tutkimustuloksiin. Lääkäreistä noin puolet on sitä mieltä, että yksityiset yritykset toimivat tehokkaammin kuin julkinen sektori. Tilaajan ja tuottajan erottamista nykyistä selvemmin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa kannattaa suhteellisen suuri osa lääkäreistä.

Vähemmistö lääkäreistä on sitä mieltä, että omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulisi lisätä, jotta valinnanvapautta hoitopaikan tai lääkärin suhteen voidaan parantaa. Selvästi yli puolet lääkäreistä on sitä mieltä, että kunta tai kuntayhtymä on sopivin alue järjestämään perusterveydenhuollon eli ei kaivata muutosta nykyiseen. Myös erikoissairaanhoidon nykytilannetta kannattaa suurehko osa vastaajista.

Olennessa mielipiteitä selittävä taustatekijä on tässä, kuten viimeaikaisissa väestötasonkin tutkimuksissa, juuri ideologia eli vastaajan poliittinen suuntautuminen. Toinen merkittävä selittävä tekijä on yksityisellä sektorilla toimiminen. Oikeistoon itsensä sijoittavat sekä yksityissektorilla toimivat lääkärit ovat valmiimpia markkinoistamaan terveydenhuoltoa. Lääkärintyöhön liittyvät muuttajat eivät lopulta nouse erityisen merkittäviksi selittäviksi tekijöiksi. Kaikkiaan artikkelin havainnot markkinoistumisesta ovat merkittäviä. Lääkärit tuntevat sekä julkisen että yksityisen sektorin toimintatavat ja ominaisuudet erittäin hyvin, sillä merkittävä osa julkisella sektorillaakin työskentelevistä lääkäreistä on töissä sivutoimisesti yksityisellä sektorilla.

6) Nuoret lääkärit ja sosiaaliturvajärjestelmä (Young physicians and the Finnish Welfare State)

Artikkelissa tutkitaan, miten nuoret lääkärit kokevat olemassa olevan hyvinvointivaltion roolin ja laajuuden. Nuorten lääkäreiden mielipiteitä verrataan vanhempiin lääkäreihin, samanikäiseen väestöön ja kaikkiin lääkäreihin. Artikkelissa on kolme tasoa. Ensimmäinen tarkastellaan sosiaaliturvan tason sopivuutta, sitten tarkastellaan, miten toimivana nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää pidetään. Kolmanneksi tarkastellaan, mitä mieltä nuoret lääkärit ovat yksityissektorin lisäämisestä.

Vanhemmat lääkäri-ikäluokat ovat työskennelleet hyvin erityyppisissä olosuhteissa, esimerkiksi sodan jälkeen 1940- ja 1950-luvuilla syntyneet ovat olleet työuransa alussa rakentamassa nykyistä järjestelmää. Nuoret ovat saaneet ensikosketuksensa lääkärityöhön silloin, kun sitä on vähitellen alettu markkinoistaa. Tulosten perusteella nuoret lääkärit, kaikkiin vertailuryhmiin verrattaessa, suhtautuvat kriittisemmin tämän hetken sosiaaliturvaan taseon eli pitävät sitä useammin liian korkeana. Nuoret lääkärit haluavat antaa selvästi nykyistä enemmän vastuuta yksityiselle palvelutuotannolle kuin vanhat lääkärit. Toisaalta nuoret lääkärit suhtautuvat vähemmän kriittisesti terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen. Kaikkiaan voidaan tehdä johtopäätös, etteivät nuorten lääkäreiden mielipiteet ole erityisen radikaaleja eikä järjestelmän kannatusperusta tule muuttumaan lääkäreiden keskuudessa tulevaisuudessa. Kuten aiemmissakin artikkeleissa, myös nuorten osalta juuri poliittinen orientaatio selittää mielipiteitä parhaiten. Taulukossa 6 esitetään tiivistetysti kaikkien mikrotason artikkelien päätulokset.

Taulukko 6. Mikrotason artikkelien päätulokset.

Artikkeli	Päätulokset
Lääkäreiden mielipiteet sosiaaliturvasta	<ul style="list-style-type: none"> – Verrattuna väestötasoon, korkeakoulutettuihin ja korkeatuloiseen väestöön lääkärit pitävät sosiaaliturvan tasoa selvästi useammin liian korkeana. – Lääkärit haluavat kohdistaa säästöt sosiaaliturvassa muualle kuin sosiaali- ja terveydenhuoltoon. – Naislääkärit kannattavat korkeampaa sosiaaliturvan tasoa kuin miehet. – Selkein mielipiteitä selittävä tekijä on kuitenkin poliittinen suuntautuminen: vasemmistoon itsensä sijoittavat lääkärit ovat laajemman sosiaaliturvan kannalla.
Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta	<ul style="list-style-type: none"> – Tulosten perusteella väestötasoon verrattaessa lääkärit kannattavat varovasti tulkiten jopa hieman vähemmän yksityisen hoidon lisäämistä. Lisäksi yksityisen sektorin tehokkuuteen suhteessa julkiseen sektoriin suhtaudutaan melko varauksellisesti, kun verrataan lääkäreiden mielipiteitä aiempiin väestötason tutkimustuloksiin. – Tilaajan ja tuottajan erottamista nykyistä selvemmin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa kannattaa melko suuri osa lääkäreistä. Vähemmistö lääkäreistä on sitä mieltä, että omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulisi lisätä, jotta valinnanvapautta hoitopaikan tai lääkärin suhteen voidaan parantaa. Selvästi yli puolet lääkäreistä on sitä mieltä, että kunta tai kuntayhtymä on sopivin alue järjestämään perusterveydenhuollon eli ei kaivata muutosta nykyiseen. Myös erikoissairaanhoidossa nykytilanteella on suurehko kannatus. – Olennaisin mielipiteitä selittävä taustatekijä on tässä, kuten viimeaikaisissa väestötasonkin tutkimuksissa, juuri ideologia eli vastaajan poliittinen suuntautuminen. Toinen merkittävä selittävä tekijä on yksityisellä sektorilla toimiminen.
Nuorten lääkäreiden mielipiteet suomalaisesta hyvinvointivaltiosta	<ul style="list-style-type: none"> – Nuoret lääkärit pitävät sosiaaliturvan tasoa selvästi enemmän liian korkeana verrattuna vastaavaan nuoreen väestöosaan, kaikkiin lääkäreihin tai vanhempiin lääkäreihin. – Nuoret lääkärit haluavat antaa enemmän vastuuta yksityissektorille kuin vanhat lääkärit. – Nuoret lääkärit eivät ole yhtä kriittisiä terveydenhuollon toimivuutta kohtaan kuin vanhat. – Tulokset eivät kuitenkaan ole erityisen radikaaleja vaan mukailevat vastaavia eroja vanhojen ja nuorten välillä, mitä on väestötasossa. – Mielipiteiden eroja selittää myös nuorilla parhaiten poliittinen suuntautuminen.

6 YHTEENVETO TULOKSISTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Lopuksi käydään kootusti läpi tulokset. Seuraavassa kolmessa luvussa vastataan tutkimuskysymyksiin. Lisäksi koko työn lopuksi esitetään tutkimuksen rajaukset.

Ideat, instituutiot ja intressit

Instituutioilla, ideoilla ja intresseillä on yhteys. Ideat luodaan ja esitetään aina tietyssä institutionaalisessa kehyksessä. Intressit taas ovat ideoiden taustalla ja samalla instituutiot muokkaavat sekä ideoita että niiden taustalla olevia intressejä. Seuraavaksi käydään läpi, millaisia ideoita Lääkäriliitto on esittänyt, millaisia intressejä niiden taustalta on löydettävissä ja millainen on instituutioiden ja Lääkäriliiton terveyspoliittisten ideoiden suhde.

Yhdysvaltojen esimerkki universaalien valtiollisen sosiaaliturvan kehittymisestä tuo hyvin esille, kuinka politiikalla (ja taustalla olevilla intresseillä) ja modernisaatiolla (mukaan lukien taloudellinen determinismi) ei pystytä yksinään kattavasti selittämään hyvinvointivaltioiden kehitystä tai kehittymättömyyttä. Selityksiä tulee lähteä hakemaan pitkältä historiallisista tapahtumista, jotka ovat muokanneet kulttuuria ja ajatustapoja. Esimerkiksi Yhdysvalloissa yksityisellä terveydenhuollolla on historiallisesti voimakas rooli ja tämä aiheuttaa polkuriippuvuutta. (Skocpol 1992; Béland ja Hacker 2004.) Tämän väitöskirjatyön tutkimusasetelmassa korostettiin, että on tärkeää tutkia lääkäriprofессиota historiallisesti. Perusterveydenhuollon lääkäreiden autonomiaan puuttumisen kannalta ensimmäinen merkittävä muutos oli vuonna 1943 voimaan tullut laki yleisestä lääkärihoidosta. Se muutti kunnanlääkärin asemaa virkamiesmäisemmäksi, mutta vapaan profession piirteet säilyivät edelleen. Tässä väitöskirjassa vaihetta nimitetään ensimmäiseksi institutionalisoitumiseksi julkiseen sektoriin. Toisella institutionalisoitumisella julkiseen sektoriin viitataan sairausvakuutuslain syntyyn vuonna 1964. Sairausvakuutus oli merkittävä, koska sen myötä julkinen sektori pystyi välillisesti säätelemään hintoja korvaustaksojen säätelyn kautta. Kolmas institutionalisoituminen julkiseen sektoriin tapahtui vuoden 1972 kansanterveyslain myötä, kun lääkäristä tuli tarkoin säädelty virkamies perusterveydenhuollossa.

Artikkelissa 1 tuodaan esille, kuinka lääkärit pitivät julkista puuttumista uhkana erityisesti vuoden 1964 sairausvakuutusjärjestelmää luotaessa. Muissakin Pohjoismaissa, kuten Ruotsissa, on havaittu, että lääkäriliitot ovat kokeneet yleisen sairausvakuutuksen uhkana autonomialle, ja on vedottu järjestelmän ylikuormittuneisuuteen eli liian vähäisiin resursseihin (Lindqvist 1990, 101–102). Uhka kuitenkin koettiin Suomessa yhä pienemmäksi hyvinvointivaltion laajentuessa ja samalla pohjoismaisen hyvinvointikulttuurin vakiintuessa. Kansanterveyslakia luotaessa lääkäriprofession suhtautuminen oli jo näin huomattavan myönteistä, joskin tiettyihin lain yksityiskohtiin haluttiin puuttua.

Väitöskirjan johdannossa tuotiin esille Campbellin (1998 ja 2001) jako, jossa ideat toimivat ohjelmallisina kannanottoina, kehyksinä, yleisinä käsityksinä tai paradigmoina. Väitöskirjassa tarkastellaan ideoita ensisijaisesti kannanottoina, mutta toki on kiinnitetty huomiota myös ideoihin kehyksinä. Ohjelmallisissa ideoissa tulee selvästi esille, kuinka markkinoistumista tulee lisätä. Taustalla on Lääkäriliiton päättäjien yleinen käsitys yksityisen sektorin tehokkuudesta. Suomalaisen hyvinvointivaltion formaalit (kuten valtionapujärjestelmä) ja informaaliset instituutiot (erityisesti hyvinvointikulttuuri) ovat muuttuneet 1990-luvun jälkeen selvästi. Toisin sanoen ideoiden taustalla vaikuttava paradigma muuttui. Esimerkiksi poliittisten puolueiden dokumentteja analysoitaessa on havaittu, että 1980-luvun lopulta ja erityisesti 1990-luvulta lähtien suhtautuminen markkinoistumiseen on ollut Suomessa aiempaa myönteisempää (ks. Nygård 2006). Artikkelissa 2 esitetään, kuinka Lääkäriliitto pystyikin 1990-luvulta lähtien tuomaan entistä paremmin esille ideoitaan, jotka liittyvät markkinoiden merkityksen kasvattamiseen julkisessa terveydenhuollossa johtuen juuri instituutioiden muutoksesta. Ajoituksella on suuri merkitys sille, kuinka jokin idea omaksutaan (esim. Béland ja Hacker 2004, 47). Suomessa hyvinvointikulttuuri muuttui ja terveydenhuoltojärjestelmään tehtiin markkinoistumisen mahdollistavia muutoksia uuden valtionapujärjestelmän ja hankintalainsäädännön myötä.

Artikkeleiden 1–3 taustalta on löydettävissä kolmenlaisia perusteluja, joihin vedotaan, kun Lääkäriliitto tekee omaa terveystaloutta. Lääkäriliitto on viitannut eri aikakausina argumenteissaan siihen, että julkisen sektorin palveluiden käyttö ilman omavastuuosuuksia merkitsee turhien käyntien lisääntymistä. Omavastuuosuuksilla taas kannustetaan oikeanlaiseen palveluiden käyttöön. Myös lääkärin riittämättömyys on ollut Lääkäriliiton kestoargumentti. Kolmanneksi perusteluna on käytetty sitä, että jokin tietty uudistus ei ole tosiasiaa potilaiden edun mukainen. Erityisesti perustelu potilaan edusta on ominaista professionille. Profession hanteen mukaisesti lääkäri toimii aina ensisijaisesti potilaan hyväksi eikä anna kolmannen osapuolen, kuten valtion, haitata tätä luottamuksellista suhdetta (esim. Konttinen 1991). Perusteluissa oma kliinisen työn kautta syntynyt asiantuntijavalta liitetään objektiivisuuteen ja tuodaan esille, että epäterve politiikka terveydenhuoltojärjestelmässä ei johda potilaan parhaaseen. Vastaavasti perusteluissa häivytetään esimerkiksi eri kehystämisen tapojen kautta se, kuinka Lääkäriliitto on ensisijaisesti intressiryhmä, joka tekee myös itse terveystaloutta eli politiikkaa. Lääkäriliiton ideoissa ei juuri tuoda esille, kuinka markkinoiden lisääntyneen roolin myötä potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen vaikuttavat kolmannet osapuolet, kuten vuokralääkäriyrityksen omistajat tai vakuutusyhtiöt.

Perustelujen taustalla on se, että ideoita pyritään kehystämään eri tavoin (vrt. Campbell 1998 ja 2001). Aikaisemman tutkimuksen mukaan parhaiten omia intressejä voi oikeuttaa ”pesemällä” ne näkymättömiin (Béland 2005). Tämä strategia on esillä myös Suomen Lääkäriliiton toiminnassa. Ideoiden perusteluissa ei vedota omiin työmarkkinaintresseihin, vaan taustalla on ”yhteisen hyvän” lisääminen, minkä maksimoimiseksi palvelutuotantoa tulee tehostaa. Retoriikassa on jotain tuttua: Raija Julkusen

(2001, 288) mukaan suomalaisen sosiaaliturvan säästöjä ja leikkauksia perusteltiin 1990-luvulla välttämättömyytenä, jotta hyvinvointivaltio voidaan ”pelastaa”.

Markkinoistumista voidaan ajatella tapahtuvan joko rahoituksessa tai palvelutuotannossa. Lääkärit eivät makrotasollakaan tarkasteltuna halua markkinoistaa rahoitusta eli siirtyä pois verorahoituksesta. Kuitenkin palveluita halutaan markkinoistaa eli verorahoitteisia palveluita siirtää yksityisen sektorin tuottamiksi. Ehkä yhtenä syynä markkinoistumisen lisäämishalukkuudelle on se, että näin uskotaan saavutettavan nykyistä parempi autonomia työajoissa ja taloudellisissa kysymyksissä. Esimerkiksi ammatinharjoittajat ja vuokralääkäriyrityksen palveluksessa toimivat kun pystyvät keskimäärin vapaammin säätämään työaikojaan ja sitä kautta vaikuttamaan tulonmuodostukseen kuin julkisella sektorilla työskentelevät.

Dokumenttiaineistoja käyttäneissä tutkimuksissa on havaittu selviä eroja puolueiden suhtautumisessa esimerkiksi yksityisen sektorin mahdollisuuksiin ja julkiseen vastuuseen (Kangas 1986; Nygård 2003). Sosiaalidemokraattiset arvot omaksuneet ovat olleet epäilevämpiä markkinavoimien mahdollisuuksia kohtaan ja kannattaneet laajemmin hyvinvointivaltiota (Boréus 1994, 15). Poliittisen oikeiston on havaittu suhtautuvan kriittisemmin julkisen sektorin ”tasapäistävään” palvelutuotantoon ja myönteisemmin yksityiseen sektoriin (Nygård 2003) sekä toisaalta olevan huolissaan sosiaaliturvan kannustavuudesta (Kangas 1986). Lääkäriliiton kannanotot muistuttavat voimakkaimmin juuri kokoomuslaista retoriikkaa ja ideoita. Myös Suomen suurin oikeistopuolue Kokoomus on institutionalisoitunut yhä selvemmin hyvinvointivaltioon 1970-luvun alusta lähtien. Kaikkiaan suomalaista oikeistoa voidaankin luonnehtia liberalismiin sijasta sosiaaliliberalismin käsitteellä. (Smolander 2000.) Suomalaisesta poliittisesta kulttuurista on hankala löytää rajoittamatonta markkinataloutta kannattavaa poliittista puoluetta. Samoin voidaan olettaa olevan myös intressiryhmien osalta. Instituutit ovat niin vakiintuneita, että mikään toimijataho tuskin tuo poliittiselle agendalle erityisen radikaaleja ideoita nykyisen hyvinvointivaltion muuttamisesta.

Yksi artikkelin 3 tarkoitus oli laajentaa artikkelin 2 tuloksia. Tulosten perusteella markkinoistuminen ei pääkirjoitusten mukaan ole ollut erityisen suuri uhka profesioautonomialle. Määrällisten tarkastelujen perusteella juuri ajanjaksona 1970–1989 profesioautonomian uhka koettiin suuremmaksi. Ehkä syynä on se, että 2000-luvulla lääkäristä on tullut taas vähemmän julkisen sektorin virkamies, kun esimerkiksi vuokralääkäreiden määrä on kasvanut. Myös palkkausjärjestelmässä ovat korostuneet paikalliset ratkaisut (esim. Vänskä 2006). Tässä mielessä on palattu hieman 1970-lukua edeltävään aikaan ja lääkäriprofession autonomia on lisääntynyt.

Väitöskirjassa on keskitytty vuosiin 1970–2007, mutta artikkelissa 1 on historiaa tarkasteltu hivenen pidemmällä aikavälillä tutkittaessa, kuinka perusterveydenhuollon lääkäreistä tuli virkamiehiä. Kuviossa 5 on esitetty tärkeimmät terveydenhuoltoon vaikuttaneet julkisen sektorin järjestelmämuutokset. Lisäksi kuviossa vuosilukujen alapuolella on esitetty Lääkäriliiton tärkeimmät ideat. Mitä lähempänä järjestel-

mämuutos tai idea on vuosilukuja, sen tärkeämmästä asiasta on kyse (eli ilmiö esiintyy useammin artikkeleissa). Karkeasti tarkastellen 1970-luvulla suurin teema oli kansanterveyslaki ja sen myötä julkisen järjestelmän laajentumiseen liittyvät seikat, kuten uhka yksityissektorin pienenevästä roolista. 1980-luvulla suurin teema oli autonomian uhka, erityisesti taloudellisessa mielessä lääkärit kokivat olevansa ahtaalla. Uhka oli alkanut voimistua jo 1970-luvulla solidaarisen palkkapolitiikan myötä. 1980-luvulla lääkäreitä arvosteltiin myös paljon julkisuudessa. Uhkaa myös lisäsi ns. Valtava-uudistus (uudistus sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevasta lainsäädännöstä). Valtava-uudistuksessa oli Lääkäriliiton mukaan uhkana terveydenhuollon resurssien vähentyminen suhteessa sosiaaliseksiin. 1990-luvun puolessavälissä nousivat esille yhä enemmän terveydenhuollon vähentyneet resurssit, ja resurssien pienuus on tuotu toistuvasti esille myös 2000-luvulla. Aina 1970-luvun kansanterveyslaista lähtien Lääkäriliitto toi esille, että yksityissektoria ei saa unohtaa julkisen palvelujärjestelmän yhtenä osana ja parhaiten tämä onnistuu sairausvakuutuksen korvaustaksojen nostamisella. Kuitenkin vasta 1980-luvun lopun vapaakuntakokeilujen ja sen jälkeen tehtyjen muutosten, kuten ennen kaikkea vuoden 1993 valtionapujärjestelmäuudistuksen, jälkeen on alettu tuoda esille laajemmin, kuinka markkinoistumista tulee lisätä erilaisin strategisin mallein. Samalla on esitetty toistuvasti, että terveydenhuollon rakenteet ovat vanhanaikaisia ja niitä tulisi uudistaa esimerkiksi Paras-hankkeen (kunta- ja palvelurakennemuutoksen) yhteydessä. (Ks. kuvio 5.)

Kuvio 5. Olennaiset julkisen sektorin terveydenhuoltoon vaikuttaneet järjestelmämuutokset (vuosilukujen yläpuolella) ja Lääkäriliiton tärkeimmät yleiset ideat (vuosilukujen alapuolella).

				Vapaakuntakokeilu			
				VALTAVA			
Laki yleisestä lääkärinhoidosta: 1. institutionalisoituminen	Sairausvakuutuslaki: 2. institutionalisoituminen	Kansanterveyslaki: 3. institutionalisoituminen	Valtionapujärjestelmän uudistus	PARAS			
1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2007
Markkinoistumista tulee lisätä							
				Yksityissektoria tulee lisätä	Liian pienet resurssit		
				Autonomian vähenemisen uhka			

Mielenkiintoista dokumenttien analysoinnissa on tarkastella niitä teemoja, joita ei tuoda esiin. Tällainen teema on eriarvoisuus suomalaisessa terveydenhuollossa. Teemaa käsitellään vain muutamaan kertaan lähinnä 2000-luvulla. Toki se nousee esille, kun vaaditaan sairausvakuutuksen taksojen korottamista. Tällöin vedotaan siihen, että kaikilla tulisi olla mahdollisuus käyttää yksityisiä palveluja. Vastaavasti potilasmaksujen korotusta tai käyttöönottoa käsiteltäessä ei epätasa-arvoa terveyspalveluiden käytössä tuoda esille. Merkittävä huomio Suomen Lääkäriliiton ideoissa on se, että niissä ei oteta erikseen kantaa siihen ajatukseen, että myös myyjän hintoihin on järkevää yrittää vaikuttaa välillisesti näennäismarkkinoita luotaessa. Aikaisemmissa lääkäreiden ja julkisen sektorin suhdetta selvittäneissä tutkimuksissa on havaittu, että myyjien hintoihin puuttumista on pidetty uhkana vapaalle ammatinharjoittamiselle (Immergut 1992). Vähäinen kiinnostus myyjän hintoihin ja erityisesti kaksikanavaisen järjestelmän ongelmiin ilmentää liiton taloudellisia intressejä ideoiden taustalla. Lääkäriprofession haluaakin estää liiallisen kilpailun syntymistä esimerkiksi koulutusmääriä säätelemällä (Conrad ja Schneider 1985, 10). Tällöin esimerkiksi palkkakäytön myksistä neuvottelemisen on helpompaa, koska työvoiman tarjonta on vähäisempää.

Liitto on toisinaan voimakkaastikin kritisoinut tehtyjä terveystalouttisia ratkaisuja sekä edellyttänyt isompaa roolia markkinoille. Merkittävää liiton politiikassa kuitenkin on, että se kannattaa pohjoismaisen mallin olennaisinta peruspiirrettä eli verorahoitettua terveydenhuollossa. Syynä voimakkaalle kannatusperustalle on se, että hyvinvointivaltiolliset instituutiot ovat saaneet aikaan järjestelmän ja luoneet rakenteita, joihin Lääkäriliitolla on voimakkaita intressejä, ja siksi esitetyt ideat eivät ole erityisen radikaaleja. Suomalainen verorahoitettu palvelutuotantjärjestelmä sekä pakollinen julkinen sairausvakuutusjärjestelmä ovat tarjonneet lääkäreille mahdollisuuden palkkatyösuhteen ja yritysmäisen ammatinharjoittamisen yhdistämiseen. Kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä on merkinnyt sitä, että todellisuudessa julkisen ja yksityisen sektorin jaottelu ei olekaan erityisen voimakas ainakaan lääkärin näkökulmasta. Noin kolmasosa julkisella sektorilla (erityisesti sairaaloissa) päätoimisesti työskentelevistä on sivutoimisesti yksityisellä sektorilla työsuhteessa tai ammatinharjoittajana (Suomen Lääkäriliitto 2009). Jos lääkärit olisivat puhtaasti markkinatoimijoita, universaalien terveydenhuollon kannatus olisi heikompi. Saattaa myös olla niin, että kaksikanavaisuus tuntuu lääkäriprofession mielestä paremmalta ratkaisulta kuin yksityissektorin radikaalista laajentamisesta seuraava tilanne, jossa lääkäri joutuisi valitsemaan vain yhden sektorin nykyisen kahden sektorin sijasta.

Lopuksi on syytä todeta, että on selvää, että lääkärit ajattelevat myös potilaan parasta ja heillä on voimakas eettinen normisto potilastyössään. Toki mikrotasolla on eroja siinä, onko lääkäriyksilö enemmän homo economicus vai altruistisesti toimiva auttaja (vrt. Andersen 2009). Ajatus objektiivisesta, kaikkien etua ajavasta ammattijärjestöstä tai professiosta tuntuu kuitenkin absurdilta. Usein yleiseen hyvään verhotun retriikan taustalta on mahdollista löytää raadollista ryhmätalouttitaikaa. Jäsenillä on erilaisia intressejä, mutta ammattiliittoon liitytään paitsi yhteenkuuluvuuden vuoksi myös erityisesti sen vuoksi, että joku valtaa käyttävä taho ajaisi omia etuja. Toki on myös selvää, että profession olennainen piirre on vahvaan etiikkaan perustuva toimin-

ta (vrt. Parsons 1951). Profession edunvalvojana ei Lääkäriliitto voi ajaa ensisijaisesti potilaiden vaan jäsenistönsä etuja. Toisaalta on tärkeää huomioida, että mikrotasolla lääkärin etiikan mukaisesti ei lojaalisuus kohdistu ensisijaisesti työnantajaan (tai johonkin suurempaan instituutioon) vaan nimenomaan potilaaseen (vrt. Saarni ja Vuorenkoski 2003; Andersen 2009). Kuitenkaan terveystaloutta tutkittaessa ei olla kiinnostuneita mikrotasosta tässä mielessä vaan makrotasosta eli lääkäriprofessiosta ryhmänä. Mikrotasolla lääkäri on ensisijaisesti ”auttaja”, ei asiantuntija (Saarni ja Vuorenkoski 2003), mutta makrotasolla lääkäriprofessio ja sen etujärjestö eivät voi olla ”auttaja” vaan nimenomaan asiantuntijoita.

Mielipiteet

Seuraavaksi esitetään mikrotason tulokset eli lääkäreiden mielipiteet hyvinvointivaltiosta ja sen terveydenhuoltojärjestelmästä. Lisäksi esitetään, kuinka lääkäreiden keskuudessa mielipiteet eroavat taustamuuttujittain. Tulokset perustuvat artikkeleihin 4–6.

Artikkelin 4 tulosten mukaan lääkärit suhtautuvat kriittisesti sosiaaliturvan tasoon: he pitävät sitä selvästi useammin liian korkeana verrattaessa koko väestöön, korkeakoulutettuihin ja korkeatuloiseen väestönosaan. Lääkäreiden mielipiteet ovat voimakkaammin samankaltaisia suomalaiseen kunnalliseen eliitin, kuten kunnanjohtajien, kanssa (Blomberg ja Kroll 1999). Yhtenä syynä tuloksiin voidaan pitää sitä, että lääkärit voivat olla keskimääräistä kansalaista vähemmän riippuvaisia sosiaaliturvasta käyttäjänäkökulmasta. Toinen selitys lienee se, että he ovat keskimääräistä suomalaista parempituloisia ja maksavat enemmän tuloveroja. Ehkä he kokevat, että huolimatta maksamistaan korkeista veroista sosiaaliturva ei hyödytä heitä riittävästi. Kolmanneksi ehkä lääkärit ylipäätään näkevät sosiaaliturvan olevan vain yksinkertaisesti liian laaja suhteessa siitä saatuihin tuloksiin.

Terveydenhuollon merkittävä ammattiryhmä on valmis säästämään vain vähän sekä terveystalouksista että sosiaalipalveluista. Tätä voidaan selittää sillä, että suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on tiukasti linkittynyt yhteen ja lääkäreillä on laaja-alainen eturivin näkemys hyvinvointipalveluista, eivätkä he siksi preferoi vain terveydenhuoltoa. Myös väestö uskoo, että terveyden- ja sosiaalihuollon osalta voidaan säästää vähiten, kun taas työttömyysturva on suosituin säästökohde. Lääkäreiden ja väestön erona on se, että kokonaisuutena lääkärit ovat väestöä valmiimpia säästämään kaikista osa-alueista (Forma 2006, 172).

Aiemman ulkomaisen tutkimuksen mukaan lääkärit kokevat kustannusten jatkuvan kontrolloinnin heikentävän heidän autonomiaansa (Marjoribanks ja Lewis 2003). Mikrotasolla tarkasteltuna lääkärit suhtautuvat varsin maltillisesti markkinoistumisen lisäämiseen. Kun verrataan lääkäreitä muihin korkeakoulutettuihin, väestön ylimpään tuloviidennekseen ja koko väestön keskiarvoon, lääkärit kannattavat varovasti tulkiten jopa hieman vähemmän yksityisen terveydenhuollon lisäämistä. Myös

yksityisen sektorin tehokkuuteen suhteessa julkiseen sektoriin suhtaudutaan varauksellisesti verrattaessa väestöön (ks. Forma 2006). Niukka enemmistö lääkäreistä ei ole valmis lisäämään lääkärin tai hoitopaikan valinnanvapautta, jos omavastuuosuuksia kasvatetaan. Palveluiden tilaaja ja tuottaja haluttaisiin nykyistä useammin erottaa toisistaan. Palveluiden nykyiset järjestämisalueet taas nähdään yleisesti sopivina sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tosin väestötasoon verrattuna lääkärit ovat useammin valmiimpia kasvattamaan järjestämisalueiden kokoa (ks. Kunnallisanalyytiikki 2005). Markkinoistumiseen liittyvät havainnot ovat mielenkiintoisia, koska lääkärit tuntevat sekä julkisen että yksityisen sektorin toimintatavat ja ominaisuudet erittäin hyvin. Merkittävä osa julkisellakin sektorilla työskentelevistä lääkäreistä on töissä yksityisellä sektorilla sivutoimisesti (Suomen Lääkäriliitto 2009) ja siten heillä on käytännöstä saatua vertailutietoa.

Väitöskirjassa (artikkeli 6) tutkittiin nuorten lääkäreiden mielipiteitä erikseen, jotta voidaan ennustaa, minkälainen kannatusperusta nykyisellä järjestelmällä on jatkossa. Nuoret, laman jälkeen valmistuneet työskentelevät kovin erilaisessa ympäristössä kuin vanhemmat ikäluokat: uutta on järjestelmän markkinoistuminen ja sen myötä tulleet uudet organisaatiot, kuten vuokralääkäriyritykset. Nuoret lääkärit, kuten vastaava väestönosa koko populaatiossakin, kannattavat vanhempia enemmän yksityisen terveydenhuollon lisäämistä ja pitävät sosiaaliturvan tasoa yleisesti liian korkeana. Toisaalta nuorten lääkäreiden mielipiteet eivät ole erityisen radikaaleja verrattaessa kaikkiin lääkäreihin tai vanhoihin lääkäreihin. Toki eroja on, mutta emme toisaalta tiedä, kuinka mielipiteet muuttuvat nuorten ikääntyessä. Aiemman väestötasolla tehdyn mielipidetutkimuksen viesti tuntuu olevan, että nuorten radikaalit mielipiteet sosiaaliturvasta muuttuvat sovinnaisiksi iän myötä. Tämä päätelmä on mahdollista tehdä, koska sosiaaliturvaan liittyvät mielipide-erot nuorten ja vanhempien ikäluokkien välillä ovat säilyneet suhteellisen samoina eri vuosikymmeninä (esim. Forma ja Saarinen 2008; Kallio 2010).

Tässä väitöskirjassa, kuten väestötasolla ja ulkomaisissa lääkäritutkimuksissakin, poliittinen orientaatio selittää mielipiteiden vaihtelua parhaiten (Sudit 1988; Martinussen 2008; Kallio 2010). Poliittiseen oikeistoon itsensä sijoittavat lääkärit ovat innokkaampia markkinoistamaan terveydenhuoltoa ja pitävät sosiaaliturvaa liian laajana. Toinen merkittävä selittävä tekijä on yksityisellä sektorilla toimiminen. On tuotu esille, että terveystaloutta mielipiteitä tarkasteltaessa työskentelysektorilla on selvä merkitys (Williams ym. 1995). Tässä väitöskirjassa työskentelysektori ei näy, kun sosiaaliturvan laajuutta selvitetään laaja-alaisilla yleiskysymyksillä. Kun taas tutkitaan suhtautumista terveydenhuollon markkinoistumiseen, nousee työskentelysektori esille.

Osin työskentelysektorin merkitystä selittävänä muuttujana voi selittää sillä, että yksityislääkärin intressinä on järjestelmän markkinoistaminen. Kun julkista sektoria markkinoistetaan, mahdollistuu myös yksityisellä sektorilla päätoimisesti työskentelevälle lääkärille yhä monipuolisemmat mahdollisuudet toimia erilaisissa tehtävissä juuri yksityisessä toimipaikassa. Lääkärintyöhön liittyvät intressimuuttujat eivät

lopulta nouse merkittäviksi selittäviksi tekijöiksi lukuun ottamatta erikoisalamuuttujaa: erikoistumattomat tai parhaillaan erikoistumassa olevat lääkärit kannattavat enemmän markkinoistumisen lisäämistä.

Artikkeleissa 4–6 oltiin kiinnostuneita perinteisten intressejä ja ideologioita kuvaavien taustamuuttujien lisäksi lääkärintyöstä nousevia intressejä kuvaavista muuttujista. Lääkärispesifiset muuttujat eivät lopulta olleet erityisen hyvin mielipiteitä selittäviä. Ehkä tämä viittaa siihen, että lääkärinammatti ei itsessään vaikuta mielipiteisiin mikrotasolla erityisen paljon vaan enemmänkin muut tekijät, kuten poliittinen samastuminen. Tai sitten on mahdollista, että lääkärinammatti on vaikuttanut poliittiseen samastumisen siten, että ammatin tuoman varallisuuden ja yhteiskunnallisen aseman myötä on poliittinen käyttäytyminen muuttunut ja tämä näkyy myös mielipiteissä. Poliittiset puolueethan ajavat kannattajakuntansa intressejä. Lienee niin, että lääkärintyöhön liittyvät intressimuuttujat saattavat nousta merkittävimmiksi mielipiteitä selittäviksi tekijöiksi vasta sitten, kun kysymykset ovat konkreettisia ja koskevat arkipäiväistä työtä. Kun taas kysytään mielipiteitä yleisemmällä tasolla, on lääkärikohtaisten muuttujien selitysvaikutus melko heikko. On myös mahdollista, että esimerkiksi tietynlaisen poliittisen orientaation omaavat lääkärit ajautuvat tietyille erikoisaloille. Tästä on olemassa tiettyjä viitteitä, koska esimerkiksi kirurgit sijoittavat itsensä muita lääkäreitä useammin poliittiseen oikeistoon (Saarinen 2008c).

Mielenkiintoinen tulos lääkärintyötä kuvaavien intressien osalta on se, että Lääkäriliiton aktiivit ja terveyspoliittisesta toiminnasta kiinnostuneet ovat muita lääkäreitä halukkaampia leikkaamaan sosiaalipalveluja. Voidaan olettaa, että ne jotka ovat kiinnostuneita Lääkäriliiton terveyspoliittisesta toiminnasta tai ovat aktiivisia liitossa, ovat myös enemmän mukana itse terveydenhuollon kehittämistyössä ja priorisoivat sitä muiden sektoreiden kustannuksella. Yhtenä syynä on se, että juuri aktiivit toimivat paljon terveydenhuollon kehittämisen piirissä eivätkä käytännön työssä (jossa sosiaalipalveluja käyttävät ovat yksi suuri potilasryhmä) ja siksi he ovat fakkiintuneempia terveydenhuoltoon.

Markkinoistumisen on todettu aiheuttavan profession keskuudessa kerrostumista (Filc 2006). Tämän voisi olettaa näkyvän siinä, että eri sektoreiden, kuten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon, välillä syntyy hajontaa mielipiteissä. Artikkelin 5 mukaan hajonta mielipiteissä ei ole erityisen suurta, mutta tiettyjä pieniä eroja on. Merkittävin ero on se, että terveyskeskuksissa työskentelevät ovat skeptisimpiä yksityisen terveydenhuollon tehokkuutta ja lisäämistä kohtaan. 2000-luvulla julkisen terveydenhuollon uusin ilmiö ovat vuokralääkäriyitykset, jotka tavallisemmin toimivat nimenomaan terveyskeskuksissa. Esimerkiksi yhden selvityksen mukaan 47 prosenttia terveyskeskuksista on vuokrannut lääkäreitä jatkuvasti (Eronen ym. 2007). Näyttääkin siltä, että siellä missä markkinoistumista on tapahtunut eniten, on suhtautuminen yksityisen sektorin tehokkuuteen ja lisäämiseen kielteisintä. Vuokralääkäritoiminta saattaa myös hajaannuttaa lääkärikumtaa ja entisestään heikentää perusterveydenhuollon huokuttelevuutta työpaikkana. Kun samasta työstä saa eri palkkaa jopa saman yksikön sisällä, ei tämä ole omiaan lisäämään työhyvinvoin-

tia, varsinkaan jos suurempaa palkkaa saava henkilö ei ole erityisen kokenut⁵⁸ tai sitoutunut työpaikkaansa. Näin markkinoistuminen saattaa itse asiassa uhata myös profession yhtenäisyyttä ja arvopohjaa (vrt. Freidson 2001).

Kokonaisuutena lääkärit haluavat siis lisätä yksityissektoria väestöä keskimääräistä vähemmän. Yksi syy tähän lienee se, että suurin osa lääkäreistä työskentelee julkisella sektorilla ja näin instituutio on luonut merkittävän intressin lääkäreille. Toisaalta Suomessa on helppo työskennellä sivutoimisesti yksityisellä sektorilla, koska julkinen valta tukee yksityissektoria sairausvakuutusjärjestelmän kautta ja tämäkin lienee lisäämässä julkisen sektorin palvelutuotannon kannatusta. Laaja julkinen sektori merkitsee myös lääkärien laajaa sitoutumista olemassa olevaan järjestelmään ja sen kannatusta.

Intressien välittyminen

Tässä tutkimuksessa intressien välittymisellä viitataan siihen, kuinka makrotason kannanotot eli ideat ja mikrotason mielipiteet kohtaavat. Seuraavassa esitetään tulokset, jotka perustuvat artikkeleiden 1–3 ja 4–6 keskinäiseen vertailuun. Yksi syy sekä mikro- että makrotason tarkasteluun on ollut se, että näin pystytään tarkastelemaan intressien välittymistä. Sitä voidaan tarkastella kahdella tavalla. Ensinnäkin vertaamalla lääkäreille tehdyn kyselyn keskiarvoja Lääkäriliiton esittämiin ideoihin. Kun esimerkiksi kysytään kunnallisesta vastuusta, voidaan tarkastella, onko lääkärien tahto sama kuin Lääkäriliiton kannanotoissa esitetyissä ideoissa. Toinen tapa tarkastella mielipide-eroja on vertailla pelkästään kyselyn avulla jakaumia aktiivien ja rivijäsenten välillä. Aiemmassa tutkimuksessa mielipiteissä aktiivien ja rivijäsenten välillä havaittiin tiettyjä eroja vakioinnin jälkeen. (Ks. Saarinen 2007a ja Seppä 2007.) Yleisesti noin kolmasosa liiton jäsenistä uskoo, että terveystalouttiset mielipiteet välittyvät tehokkaasti paikallistasolta valtakunnan tasolle ja juuri aktiivit uskovat välittymisen olevan selvästi tehokkaampaa sekä kokevat liiton terveystalouttisen toiminnan rivijäseniä myönteisemmin (Seppä 2007).

Kun verrataan väitöskirjan kolmea ensimmäistä artikkelia (makrotaso) kolmen viimeisen keskiarvotuloksiin (mikrotaso) havaitaan eroja. Lääkäriliiton kannanotot eivät ole useinkaan samoja kuin liiton keskivertojäsenen mielipide. Makrotason kannanotoissa korostetaan selvästi voimakkaampaa markkinoiden roolia terveydenhuollossa kuin liiton keskivertojäsenen mielipiteissä. Vaikuttaa enemmän siltä, että tässä suhteessa radikaaleimmat näkemykset ovat juuri makrotason toimijoilla. Tämä näkyy myös kyselytutkimuksen taustamuuttujia tarkasteltaessa. Artikkelin 5 mukaan juuri aktiivisuus liitossa tai kiinnostuneisuus Lääkäriliiton terveystalouttiseen toimintaan indikoi myös halukkuutta markkinoistaa nykyistä järjestelmää enemmän. Arkityönsään lääkäri saattaa tuntea uudistukset terveydenhuollon rakenteissa ahdistavana ja siksi mikrotasolta tarkasteltuna muutoshalukkuus esimerkiksi markkinoistamiseen

58 Vuokralääkäreinä toimivat ovat useammin juuri nuoria (Mäkitalo-Keinonen ym. 2005).

ei ole yhtä voimakasta kuin makrotasolla. Aiemman ulkomaisen tutkimuksen perusteella tiedämme, että uudistuksia saatetaan pitää ydintyötä häiritseväksi (esim. Quaye 1997).

Lääkärit eivät mikrotasolla tarkasteltuna ole erityisen halukkaita kasvattamaan yksityisen sektorin roolia tai ylipäätään markkinoistamaan julkista terveydenhuoltoa. Lääkäriliiton pitkänä linjana taas on nimenomaan ollut lisätä yksityissektorin roolia sekä markkinoistaa tätä kautta järjestelmää. Tulos voi johtua esimerkiksi siitä, että Lääkäriliiton johtavissa elimissä on enemmän sellaisia lääkäreitä (kuten yksityissektorilla päätoimisesti toimivia), jotka haluavat muutettavan järjestelmää markkina-orientoituneemmaksi. Lääkäriliiton ylimmässä johdossa ei esimerkiksi⁵⁹ juurikaan ole naisia ja juuri naiset ovat vähemmän halukkaita markkinoistamaan järjestelmää. Toki sukupuolen selitysvaikutus on alhainen ja erot pieniä, kuten tulee esille artikkelissa 5. Naisten skeptisempi suhtautuminen yksityiseen sektoriin on tullut esille aiemmissa lääkäreistä tehdyissä tutkimuksissa (Williams ym. 1995).

Toisaalta yleisellä tasolla Lääkäriliiton dokumenteissa ja pääkirjoituksissa on eri vuosikymmeninä tuotu esille, kuinka resursseja sosiaaliturvaan on rajallisesti ja sosiaaliturva ei saa olla liian laaja-alaista. Tämä näkyy myös mikrotason mielipiteissä. Yllättävä tulos on se, että mikrotasolla lääkärit eivät ole valmiimpia säästämään sosiaalipalveluista kuin terveydenhuollosta, mutta taas makrotasolla (erityisesti pääkirjoituksissa) näkyy se, kuinka terveydenhuolto tulisi nostaa selvästi tärkeimmäksi sosiaaliturvan muodoksi. Ehkä lääkäreiden halukkuus mikrotasolla säästää yhtä vähän sosiaalipalveluista kuvastaa suomalaisen järjestelmän piirteitä. Meillä on jo pitkään pyritty integroimaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhteen ja osin niitä onkin hankala erottaa, esimerkiksi vanhusten palveluissa. Osa lääkäreistä työskentelee sosiaalipuolella esimerkiksi psykiatrian piirissä. Lääkärit myös näkevät päivittäin työssään potilaita, jotka ovat usean sosiaalipalvelun asiakkaita. Lisäksi lääkärit, heidän kotitaloutensa tai lähiomaisensa käyttävät itse sosiaalipalveluita ja tämä voi osin selittää mielipiteitä.

Tutkimuksen rajoitteet

Lopuksi pohditaan tämän väitöskirjan rajoituksia. Aiemmassa tutkimuksessa markkinoistumista on mitattu yksilötasolla lähinnä kysymällä, kuinka paljon haluttaisiin yksityistää palveluja. Tässä väitöskirjassa taas on mitattu markkinoistumista monitulkintaisesti. Tämä on myös sen teoreettinen anti yleiselle hyvinvointivaltiota koskevalle mielipidetutkimukselle. Voidaan kuitenkin pohtia, miten hyvin kyselylomakkeen operationalisoinnissa on onnistuttu. Pienenä ongelmana operationalisoinnissa on se, että julkisen järjestelmän uudelleenmuotoiluun ja markkinoistumiseen liittyvät termit ovat monitulkintaisia. Vastaajille ei tule samasta termistä välttämättä samoja

59 Tässä kohdassa tarkoitan Lääkäriliiton toimistossa työskenteleviä. Erikseen valtuuskunnan tai hallituksen sukupuolijakoa ei ole laskettu.

mielleyhtymiä. Eroja saattaa olla esimerkiksi eri ikäryhmien tai eri toimipaikoissa työskentelevien välillä. Aikaisempi hyvinvointivaltiota koskeva mielipidetutkimus on tuonutkin esille, kuinka tulokset ovat riippuvaisia kysymysten sanamuodoista (Kangas 1997).

Kuitenkin voidaan ajatella, että lääkärit asiantuntijaryhmänä ovat kokonaisuutena paremmin perillä terveystaloutta terminologiasta eivätkä siksi ole erityisen sensitiivisiä kysymysten sanamuotojen vaikutukselle. Toisaalta osassa kysymyksistä en osaa sanoa -vastausten osuus on suurehko, mikä myös viestii ilmiön operationalisoinnin hankaluudesta. Tavalliselle rivilääkärille terveydenhuollon organisaatioon tiukasti liittyvät kysymykset, kuten tilaaja-tuottajamalli, eivät välttämättä ole erityisen läheisiä.

Väitöskirjan artikkeleiden perusteella ei voida sanoa varmasti, mikä lopulta on Suomen Lääkäriliiton vaikutusvalta poliittisiin päätöksiin tai muihin toimijatahoihin, koska tutkimuskohteena ovat olleet ideat. Toinen tekijä, jota ei ole tutkittu, on markkinoistumisen vaikutus lääkäreiden työhön tai lääkäriprofession autonomiaan. Markkinoistumisen voidaan suomalaisessa järjestelmässä olettaa lisäävän lääkäreiden autonomiaa esimerkiksi vuokralääkäritoiminnan kautta, koska työstä tulee joustavampaa ja palkoista neuvotellaan yhä enemmän paikallisesti. Toisaalta osana markkinoistumista työstä voidaan tehdä entistä mitattavampaa, koska tehokkuuteen kiinnitetään enemmän huomiota ja tämä taas kaventaa autonomiaa. Olennaista tietysti on se, että markkinoistuminen voi näkyä aivan eri tavoin esimerkiksi perusterveydenhuollossa verrattuna erikoissairaanhoidon.

Työ kohdistuu voimakkaammin perusterveydenhuoltoon kuin erikoissairaanhoidon. Erityisesti artikkeleista ensimmäisessä tutkitaan perusterveydenhuollon lääkäreitä. Sairaalalaitoksessa julkisen sektorin virkamiehistyminen on alkanut jo hyvin aikaisessa vaiheessa suomalaisen terveydenhuollon historiaa. Tärkein syy perusterveydenhuollon korostumiseen on se, että artikkeleissa 2 ja osin 3 perusterveydenhuoltoa käsiteltiin enemmän. Syynä on tietysti se, että suomalaisen terveydenhuollon ongelmat, kuten työvoimapula, ovat enemmän keskittyneet perusterveydenhuoltoon.

Tutkimusta on selkeästi rajoittanut se, että mielipiteitä on tutkittu vain yhdeltä poikkileikkaushetkeltä. Jos haluttaisiin selvittää, kuinka markkinoistuminen vaikuttaa lääkäreiden mielipiteisiin, tarvittaisiin pitkäaikaisia aineistoja tai ainakin tietoja useammalta poikkileikkaushetkeltä. Toisaalta makrotason tarkastelussa on etsitty jatkuvuuksia. Näin ollen pienet yksityiskohdat ja yksittäisinä hetkinä ajankohtaiset teemat ovat jääneet vähäiselle huomiolle. Lisäksi on tarkasteltu eri teemoista kaikkein ajankohtaisimpia eli niitä, joista Lääkäriliitto on julkisuudessa esittänyt kantojaan. Lisäksi osa kaikkein uusimmista terveydenhuollon uudistamishankkeista, kuten ”uusi terveydenhuoltolaki”, ei ole ehtinyt tutkimuksen tarkasteluun mukaan. Erikseen ei myöskään ole haluttu lähteä tutkimaan sitä, kuinka Lääkäriliiton sisäisessä päätöksentekojärjestelmässä on keskusteltu siitä, mihin asioihin julkisuudessa otetaan kantaa ja mihin ei.

Tutkimuksen tuloksia voidaan varovaisesti yleistää muihin Pohjoismaihin ja osin muihinkin verorahoitteisiin julkisiin palveluihin perustuviin järjestelmiin. Norjalais-ten lääkäreiden mielipiteiden yksityisiä palveluita kohtaan on havaittu olevan samankaltaisia kuin suomalaisten (Martinussen 2008). Toki kaksikanavaisen rahoituksen vuoksi saattaa olla jopa niin, että Suomessa julkisen järjestelmän kannatus on suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Tulevaisuudessa olisi tärkeää vertailla paitsi maittain myös muiden hyvinvointivaltioprofessioiden, kuten opettajien, sosiaalityöntekijöiden ja hoitajien, mielipiteitä⁶⁰. Järjestelmän toimivuuden kannalta on potilaiden lisäksi myös työntekijöiden mielipiteillä merkittävä rooli. Jos työntekijä ei koe järjestelmää toimivaksi, tämä väistämättä vaikuttaa myös hänen työmotivaatioonsa ja työhönsä.

60 Parhaillaan on käynnissä Helena Blomberg-Krollin johtama hanke, jossa tutkitaan pohjoismaalaisten sosiaalityöntekijöiden mielipiteitä tietyillä sosiaaliturvan sektoreilla.

SUMMARY

Saarinen A. **Finnish physicians and the Finnish Medical Association as part of the welfare state and its health policy.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 114, 2010. 184 pp. ISBN 978-951-669-847-5 (print), ISBN 978-951-669-848-2 (pdf).

Background

The health care system in Finland is mainly tax-funded but it also includes a national health insurance system. The Finnish public health care system was built primarily after the Second World War. Traditionally, the public sector has been the most important producer of health and social care services in Finland. Still, there have been justified demands for reform of the public sector since the early 1990s. This has led to the adoption of market mechanisms such as competitive contracting for public services.

Various interest groups institutionalized within the welfare state have been thought to maintain the structure of the health care system. An important interest group in terms of public health care is the Finnish Medical Association. The profession of physicians has been seen as a monopoly which operates primarily to promote its own interests. The most essential feature of the profession of physicians is the aim to retain autonomy in relation to the public sector. Autonomy comprises several dimensions, but maybe the most important part for the trade union is the economic dimension of autonomy. Economic autonomy is essentially related to the degree of control that the trade union has regarding economic factors which are related to its members' work.

Physicians are a traditional and recognised occupational group. They also have substantial power in different political issues concerning the welfare state. This is the reason why they can recreate the welfare state system by manipulating public opinion. An important lobby method of the Finnish Medical Association is to render ideas about the health care system and its function. Basically, the types of ideas can be divided into four categories: ideas as paradigms, ideas as frames, ideas as general ideas and ideas as programmes. The thesis explores ideas mostly as programmes which are policy prescriptions that help to chart a clear course of policy action. Ideas provide specific programmatic solutions to policy problems but also constitute symbols that enable actors to construct frames with which to legitimize their policy. The ideas and the actors' interests have been formed through the establishment of institutions. The theoretical starting point of this study is that there are always formal and informal institutions behind ideas. Institutions, then, include both formal and informal establishments. Whereas the health insurance system is an example of a formal institution, the Nordic welfare culture and the related normative values, such as the demand for equality, are examples of informal institutions.

Study design

This thesis clarifies a) Finnish Medical Association ideas (macro level) and b) individual physicians' (micro level) opinions on the welfare state and its health policy. The study questions are: 1) What kind of ideas does the physician profession have about the welfare state's health care system? 2) What is the relationship between the medical profession and institutions? 3) What kind of opinions do physicians have on the welfare state and especially its health care system? 4) What kind of interests are there behind the ideas and opinions? 5) How have the interests been conveyed between the micro level and the macro level? Different public documents form the material of the macro level in articles 1–3. The focus is mainly on the years 1970–2007, but in article 1 the time period is much longer.

The first article describes how physicians became public servants at the same time as the Finnish health care system developed into a universalistic system. The article also describes how the Finnish Medical Association has made its own politics in this process. Article 1 pays attention to the following reforms: (1) The Law on Medical Treatment in 1943, (2) The National Sickness Insurance System in 1964, (3) The Primary Health Care Act in 1972. In consequence of these reforms physicians were transformed into tightly controlled civil servants for primary health care. The method is qualitative content analysis.

The second article reviews the ideas put forward by the Finnish Medical Association on the health care system and its marketization by using qualitative content analysis. In articles 2 and 3 the results are presented in two parts: 1) the 1970s and 1980s are described as the golden era of the public health care system and 2) the 1990s and 2000s as the period of the growth of marketization. The third article explores Finnish health policy as reflected in 389 editorials published in the Finnish Medical Journal. The documents are analysed with the methods of quantitative analysis and qualitative content analysis.

Articles 4–6 are based on micro level survey material collected in 2007 ($n = 1092$, response rate 54.6 percent). Data were collected in cooperation with the Finnish Medical Association at the beginning of 2007. On some items the opinions of physicians are compared with those of the population. The information compared with the citizen-level groups is from the HYPA survey which was conducted by Statistics Finland for the National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes) in autumn 2006. The survey data were analysed using descriptive methods and logistic regression analysis.

The purpose of article 4 is to analyse physicians' opinions on social security. The fifth article explores the views and opinions of medical doctors on the trends of marketization and discusses the factors that explain their opinions. The sixth article aims to focus on how young physicians in general see the role of the welfare state. The earlier population-based opinion studies of the welfare state can be utilised when we are

creating a theoretical background to explain physicians' opinions. At the population level, explanatory factors of opinions on the welfare state have usually consisted of variables describing interests or ideology. In the case of an individual professional group, however, interests and ideologies do not alone suffice, but the analysis must also include explanatory variables that are specific to the occupation.

Results

On the basis of the results the Finnish Medical Association regarded the government as a threat when the universal health care system was built. However, the threat from the public sector declines when the welfare state expands. Since the period of the growth of the public sector (1970–1980s) the Medical Association has suggested health policy solutions that have spread the ideas of the expanding role of the private sector. A key point in the ideas put forward by the Association is that the health care system should be improved with a view to greater efficiency and people's freedom of choice. Among the means proposed by the Association for the achievement of this goal are raising the levels of health insurance compensation, using different purchaser-provider models and the wider introduction of incentive-based wage schemes. The weight given to the different ideas by the Association has varied depending on the institutional situation in the welfare state. In the wake of the recession in the early 1990s, marketization gathered momentum and the Association's ideas became more concrete. The Finnish Medical Association was indeed able to bring out its ideas better than before because of the change of formal and especially informal institutions in the 1990s and 2000s.

The physician profession repeatedly refers to the scarcity of resources, especially during the marketization period. This has a direct impact on the medical profession. Fears of dwindling professional autonomy are also evident from the 1990s onwards on the subject of management. The physician profession takes the view that only colleagues can take charge of health care units. It can be concluded that the physician profession wants to marketize in its own way. The option of intensification or marketization of public services from the inside (as by new management systems) had been exhausted. In addition to internal intensification, the effects should be investigated with help from the private sector. Rather than advocating its own (especially economic) interests in their ideas, the Association makes strong reference in its argumentation to the "common good". The Association does not take a stand regarding the fact that in the private production of services, the provider's market often dominates. Hence, we can argue that the Association wanted marketization as long as the provider's autonomy was not too much threatened. However, it is significant that the Finnish Medical Association has also strongly supported the most essential basic feature of the Nordic health care model, which is tax-based financing. The reason for its position is that the welfare state institutions have created a system where the Association itself holds strong interests, which in turn goes to explain why its ideas are not particularly radical.

According to the analyses that have been done on the basis of the survey, the physicians think that the level of social security is too high. Physicians are most resistant to savings in social services and health services. This can be explained by the fact that in Finland social welfare and public health services are linked tightly together and that doctors have a broad view of welfare services. Therefore they do not prefer health services alone. It also seems that compared with the total population, physicians are somewhat less supportive of increasing marketization. The observations carry considerable weight, since physicians have an intimate knowledge of both the public and private sector principles and logic. In the thesis, young doctors' opinions also examined separately so that the future development could be predicted. Young physicians' opinions about the welfare state are not particularly radical. The most important background variables explaining doctors' opinions are working sector and especially political orientation. Variables related to the medical profession do not in the end emerge as particularly significant explanatory factors. Finally, the micro level was compared with the macro level. The Finnish Medical Association is distinctly more radical in its views about marketization than the average physician.

LÄHTEET

Abbot Andrew. Sociology of work and occupations. Julkaisussa: Smelser Neil J, Swedberg Richard, toim. The handbook of economic sociology. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2005: 307–330.

Ader Christine R. A longitudinal study of agenda setting for the issue of environmental pollution. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 1995; 72 (2): 300–311.

Ahtiainen Lasse. Palkansaajien järjestäytyminen Suomessa vuonna 2001. Helsinki: Työministeriö, Työpoliittinen tutkimus 246, 2003.

Allardt Erik, Littunen Yrjö. *Sosiologia*. Helsinki: WSOY, 1972.

Allardt Monica, Sihvo Tuire, Uusitalo Hannu. Mitä mieltä hyvinvointivaltiosta? Suomalaisen sosiaaliturva-mielipiteet 1975–1991. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, Tutkimuksia 17, 1992.

Allsop Judith. Shifting spheres of opportunity. The professional powers of general practitioners within the British National Health Service. Julkaisussa: Johnson Terry, Larkin Gerry, Saks Mike, toim. Health professions and the state in Europe. London: Routledge, 1995: 75–85.

Andersen Lotte Bøgh. What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences* 2009; 75 (1): 79–97.

Anttila Anu-Hanna. Yleistettävyyden ongelmat historiallisen sosiologian tutkimuksessa. Julkaisussa: Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna, Melin Harri, toim. Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaali-tutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Jyväskylä: PS-kustannus, 2005: 201–218.

Arts Will, Gelissen John. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art-report. *Journal of European Social Policy* 2002; 12 (2): 137–159.

Asch David A, Jedrzejewski Kathryn, Christakis Nicholas A. Response rates to mail surveys published in medical journals. *Journal of clinical epidemiology* 1997; 50 (10): 1129–1136.

Babich Kristina, Béland Daniel. Policy change and the politics of ideas. The emergence of the Canada/Quebec pension plans. *Canadian Review of Sociology* 2009; 46 (3): 253–271.

Bambra Clare. Cash versus services. Worlds of welfare and the de-commodification of cash benefits and health care services. *Journal of social policy* 2005; 34 (2): 195–213.

Béland Daniel. Ideas and social policy. An institutionalist perspective. *Social Policy and Administration* 2005; 29 (1): 1–18.

Béland Daniel, Hacker Jacob S. Ideas, private institutions and American welfare state 'exceptionalism'. The case of health and old-age insurance, 1915–1965. *International Journal of Social Welfare* 2004; 13 (1): 42–54.

Béland Daniel, Gran Brian. Introduction. Public and private? Julkaisussa: Béland Daniel, Gran Brian, toim. Public and private social policy. Health and pension policies in a new era. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008: 1–14.

Berger Peter L, Luckmann Thomas. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Helsinki: Gaudeamus, 1994.

Björklund Liisa. Ideat politiikan muutoksessa. *Janus* 2008; 16 (1): 4–18.

Björkman James Warner. Politicizing medicine and medicalizing politics. Physician power in the United States. Julkaisussa: Freddi Giorgio, Björkman James Warner, toim. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London: Sage, 1989: 28–73.

Blendon Robert J, Kim Minah, Benson John M. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs* 2001; 20 (3): 10–20.

Blomberg Helena, Kroll Christian. Who wants to preserve the Scandinavian service state? Attitudes to welfare services among citizens and local government elites in Finland 1992–1996. Julkaisussa: Svallfors Stefan, Taylor-Gooby Peter, toim. The end of welfare state? Responses to state retrenchment. London: Routledge, 1999: 52–86.

Blomberg-Kroll Helena. Kosta vad det kosta vill? Attitydmönster och attitydförändringar hos befolkning och eliter beträffande välfärdstjänsten i nedskärningarnas tid. Helsingfors: Universitetsstryckeriet, 1999.

Boréus Kristina. Högervåg. Nyliberalism och kampen om språket i svensk offentlig debatt 1969–1989. Stockholm: Tidens Förlag, 1994.

Bottomore Tom. Élités and society. London: Routledge, 1993.

Brante Thomas. Sociological approaches to the professions. *Acta Sociologica* 1988; 31 (2): 119–142.

Brante Thomas. Professional types as a strategy of analysis. Julkaisussa: Burrage Michael, Torstendahl Rolf, toim. Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions. London: Sage, 1990: 75–93.

Campbell John L. Institutional analysis and the role of ideas in political economy. *Theory and Society* 1998; 27 (3): 377–408.

Campbell John L. Institutional analysis and the role of ideas in political economy. Julkaisussa: Campbell John L, Pedersen Ove L, toim. The rise of neoliberalism and institutional analysis. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2001: 159–189.

- Campbell John L. Ideas, politics, and public policy. *Annual Review of Sociology* 2002; 28 (1): 21–38.
- Campbell John L. Institutional change and globalization. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2004.
- Clayton Richard, Pontusson Jonas. Welfare-state retrenchment revisited. Entitlement cuts, public sector restructuring, and inegalitarian trends in advanced capitalist societies. *World Politics* 1998; 51 (1): 67–98.
- Colombotos John L. Physicians' attitudes toward medicare. *Medical Care* 1968; 6 (4): 320–331.
- Conrad Peter. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press, 2007.
- Conrad Peter, Schneider Joseph W. Deviance and medicalization. From badness to sickness. Columbus, OH: Merril, 1985.
- Cummings Simone M, Savitz Lucy A, Konrad Thomas R. *Health Services Research* 2001; 35 (6): 1347–1355.
- Denzin Norman. The research act. A theoretical introduction to sociological methods. New York, NY: McGraw-Hill, 1978.
- Eckstein Harry. Pressure group politics. The case of the British Medical Association. London: Allen and Unwin, 1960.
- Eggertsson Thráinn. Economic behavior and institutions. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Elovainio Marko, Heponiemi Tarja, Vänskä Jukka, ym. Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? *Suomen Lääkärilehti* 2007; 62 (20–21): 2071–2076.
- Eronen Anne, Londén Pia, Perälahti Anne, Siltaniemi Aki, Särkelä Riitta. Sosiaalibarometri 2006. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2006.
- Eronen Anne, Londén Pia, Perälahti Anne, Siltaniemi Aki, Särkelä Riitta. Sosiaalibarometri 2007. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2007.
- Ervasti Heikki, Kangas Olli. Ammattiryhmät ja hyvinvointivaltio. Tutkimus kahdeksan etujärjestön jäsenten sosiaalipoliittisista asenteista. Turku: Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitos, Sarja B: 3, 1994.
- Esping-Andersen Gøsta. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press, 1990.
- Evertsson Lars. The Swedish welfare state and the emergence of female welfare state occupations. *Gender, Work and Organization* 2000; 7 (4): 230–241.

Evetts Julia. Trust and professionalism. Challenges and occupational changes. *Current Sociology* 2006; 54 (4): 515–531.

Fairclough Norman. *Critical discourse analysis. The critical study of language.* London: Longman, 1995.

Filc Dani. Physicians as ‘organic intellectuals’. A contribution to the stratification versus deprofessionalization debate. *Acta Sociologica* 2006; 49 (3): 273–285.

Forma Pauli. Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuosina 1992 ja 1996. Helsinki: Stakes, Raportteja 222, 1998.

Forma Pauli. Interests, institutions and the welfare state. Studies on public opinion towards the welfare state. Helsinki: Stakes, Research report 102, 1999.

Forma Pauli. Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina. Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004. Julkaisussa: Kautto Mikko, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 2006: 160–184.

Forma Pauli, Saarinen Arttu. Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006. Julkaisussa: Moisio Pasi, Karvonen Sakari, Simpura Jussi, Heikkilä Matti, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 2008: 162–177.

Forma Pauli, Väänänen Janne, Saari Pirjo. Työhyvinvointi kuntasektorin toimialoilla vuonna 2003. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, 2004.

Forma Pauli, Niemelä Mikko, Saarinen Arttu. Julkisen sektorin uudistus ja hyvinvointipalvelujen muutos muissa Pohjoismaissa. Julkaisussa: Fredriksson Sami, Martikainen Tuomo, toim. Kilpailuttamisen kokemukset. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätö, Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 1, 2006: 39–51.

Forma Pauli, Kallio Johanna, Pirttilä Jukka, Uusitalo Roope. Kuinka hyvinvointivaltio pelastetaan? Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 89, 2007.

Forma Pauli, Kallio Johanna, Saarinen Arttu. Kansalaisten mielipiteet sosiaali- ja terveystalouksista. *Hyvinvointikatsaus* 2008; 18 (2): 10–18.

Fredriksson Sami, Martikainen Tuomo. Julkista vai yksityistä. Kuntalaisten palveluita koskevat valinnat. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätö, 2008.

Freidson Eliot. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge.* New York, NY: Harper and Row, 1970.

Freidson Eliot. *Professionalism. The third logic.* Chicago, IL: University of Chicago Press, 2001.

Gerdtham Ulf-G, Jönsson Bengt. Health care expenditure in the Nordic countries. *Health Policy* 1994; 26 (3): 207–220.

Goldman Lee. Factors related to physicians' medical and political attitudes. A documentation of intra-professional variations. *Journal of Health and Social Behavior*, 1974; 15 (3): 177–187.

Goodin Robert E. Institutions and their design. Julkaisussa: Goodin Robert E, toim. *The theory of institutional design*. New York, NY: Cambridge University Press, 1986: 1–53.

Haapakorpi Arja. Sulkeuman ja neuvottelun ehdoilla. Asiantuntija-aseman rakentuminen työelämässä. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2009.

Haavio-Mannila Elina. Lääkärit tutkittavina. Sosiologinen tutkimus Suomen lääkäreiden ammattiin liittyvistä tavoitteista ja niiden saavuttamisesta. Helsinki: Helsingin yliopisto, Sosiologian laitoksen tutkimuksia N:o 41, 1964.

Haavio-Mannila Elina. Tietoja Suomen lääkärin ammattikunnan rakenteesta ja osallistumisesta avosairaanhoidon. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiologian laitos, Julkaisuja 34, 1965.

Haavisto Ilkka, Kiljunen Pentti. Kapitalismi kansan kärkeillä. EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2009. Helsinki: Yliopistopaino, 2009.

Haavisto Ilkka, Kiljunen Pentti, Nyberg Martti. Satavuotias kuntotestissä. EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus. Helsinki: Yliopistopaino, 2007.

Hafferty Frederic F, Light Donald W. Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 35 (Extra issue): 132–153.

Hall Peter, Taylor Rosemary CR. Political science and the three new institutionalisms. *Political Studies* 1996; 44 (5): 936–957.

Harjula Minna. Suomalainen terveystaloutta 1900-luvulla. Muuttuvat uhkat ja ratkaisut. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2006; 43 (2): 101–110.

Harjula Minna. Terveystaloutta jäljellä. Suomalainen terveystaloutta 1900-luvulla. Tampere: Tampere University Press, 2007.

Haug Marie R. Deprofessionalization. An alternative hypothesis for the future. *Sociological Review Monographs* 1973; 20: 195–211.

Heikkilä Teppo, Vänskä Jukka, Hyppölä Harri, ym. Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveystaloutta ministeriö, Julkaisuja 19, 2009.

Helander Voitto. Professiot ja julkisvalta. Valtionhallinnon kehittämiskeskus, Helsinki, 1993.

Henriksson Lea, Wrede Sirpa. Hyvinvointityön ammattien tutkimus. Julkaisussa: Henriksson Lea, Wrede Sirpa, toim. *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 2004: 9–19.

Henriksson Lea, Wrede Sirpa, Burau Viola. Understanding professional projects in welfare service work. Revival of old professionalism? *Gender, Work and Organization* 2006; 13 (2): 174–192.

Henriksson Marit. Tunnetko Lääkäriliiton organisaation? *Suomen Lääkärilehti* 1998; 53 (31): 3562–3563.

Hermanson Terhi. Professionalismin ilmeneminen terveydenhuollon johtosääntökiistassa. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen julkaisuja M 96, 1986.

Herzlich Claudine. The evolution of relations between French physicians and the state from 1880 to 1980. *Sociology of Health and Illness* 1982; 4 (3): 241–253.

Hiilamo Heikki, Kangas Olli. Lasten kotihoidon tuki. Miksi idea menestyi Suomessa, mutta ei Ruotsissa? Julkaisussa: Kananen Johannes, Saari Juho, toim. Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa. Jyväskylä: Minerva, SoPhi 113, 2009: 65–95.

Hollander Edwin P. Principles and methods of social psychology. New York, NY: Oxford University Press, 1971.

Huuska Väinö. Etujärjestöjen painostuspolitiikka Suomessa. Tutkimus Maataloustuottajain Keskusliiton, Suomen Ammattiyhdistysten Keskusliiton, Suomen Työnantajain Keskusliiton, Toimihenkilö- ja Virkamiesjärjestöjen Keskusliiton ja Suomen Ammattijärjestöjen poliittisista toimenpiteistä vuosina 1945–1964. Porvoo: WSOY, Valtiotieteellinen yhdistys, Poliitiikan tutkimuksia 9, 1968.

Hypölä Harri. Development and evaluation of undergraduate medical education in Finland. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2001.

Hypölä Harri, Kumpusalo Esko, Neittaanmäki Liisa, ym. Becoming a doctor. Was it the wrong career choice? *Social Science and Medicine*, 1998: 47 (9): 1383–1387.

Hypölä Harri, Virjo Irma, Mattila Kari, ym. Lääkäri 98. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987–1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aikaisemmin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 10, 2000.

Hyvärinen Olli, Lith Pekka. Kilpailuttamisen laajuus ja taustatekijät Suomen kunnissa. Helsinki: Kunnallisan kehittämissätiö, 2008.

Häkkinen Unto. The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics* 2005; 14 (Suppl): 101–118.

Häkkinen Unto, Lehto Juhani. Reform, change, and continuity in Finnish health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2005; 30 (1–2): 79–96.

Ikonen Kimmo. Ammattilaisten asialla. Nuorten Lääkärien Yhdistys 1928–2003. Helsinki: Nuorten Lääkärien Yhdistys, 2003.

- Illich Ivan. *Medical nemesis. The expropriation of health*. New York, NY: Bantam Books, 1975.
- Immergut Ellen M. *Health politics. Interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Jæger Mads Meier. What makes people support public responsibility for welfare provision. Selfinterest or political ideology? A longitudinal approach. *Acta Sociologica* 2006; 49 (3): 321–338.
- Janus Katharina, Amelung Volker, Gaitanides Michael, Schwartz Friedrich. German physicians “on strike”. Shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 2007; 82 (3): 357–365.
- Jauho Mikko. Valtion rakentaminen, lääkärinkunnan ammatillistuminen ja valistuneen maallikon synty. Julkaisussa: Henriksson Lea, Wrede Sirpa, toim. *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 2004: 84–109.
- Johnson Burke R, Onwuegbuzie Anthony J, Turner Lisa A. Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007; 1 (2): 112–133.
- Jokivuori Pertti. Millaisia ovat ammattiyhdistysaktiivit? Tutkimus SAK:n, STTK:n ja Akavan ay-osallistujista ja rivijäsenistä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Sosiologian julkaisuja 62, 1997.
- Julkunen Raija. *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino, 2001.
- Julkunen Raija. Uusinstitutionalismen jäljillä. Julkaisussa: Saari Juho, toim. *Instituutit ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2003: 19–40.
- Julkunen Raija. *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes, 2006.
- Jäntti Satu. Kansalainen terveystaloutta valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Kuopio: Kuopion yliopisto, Julkaisuja E Yhteiskuntatieteet 154, 2008.
- Kallio Johanna. *Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108, 2010.
- Kangas Ilka, Karvonen Sakari, Lillrank Annika. Johdanto. Julkaisussa: Kangas Ilka, Karvonen Sakari, Lillrank Annika, toim. *Terveystaloutta suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 2000: 7–11.
- Kangas Olli. *Luokkaintressit ja hyvinvointivaltio*. Helsinki: Helsingin kauppakorkeakoulu, Julkaisuja D 84, 1986.
- Kangas Olli. *The politics of social rights. Studies on the dimensions of sickness insurance in OECD countries*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research, 1991.

Kangas Olli. Metsä vastaa miten huudetaan. Kysymysten muotoilun vaikutus mielipiteisiin. *Politiikka* 1997; 37 (2): 128–137.

Kangas Olli. Instituutiot ja ajoitus. Lainsäädäntötavan vaikutus sosiaalivakuutuksen ajoitukseen. Julkaisussa: Saari Juho, toim. Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2003: 93–111.

Kangas Olli. Suuret linjat vai tarkat yksityiskohdat. Sairausvakuutuksen institutionaalinen kehittyminen OECD-maissa 1930–2000. Julkaisussa: Saari Juho, toim. Historiallinen käänne. Johdatus pitkän aikavälin historian kirjoitukseen. Helsinki: Gaudeamus, 2006: 178–216.

Kangas Olli. Onko Suomi enää Pohjoismainen hyvinvointivaltio? Julkaisussa: Taimio Heikki, toim. Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin. Helsinki: Työväen Sivistysliitto TSL, 2009: 23–42.

Kankaanranta Terhi, Vainiomäki Jari, Autio Ville, ym. Factors associated with physicians' choice of working sector. A national longitudinal survey in Finland. *Applied Health Economics and Health Policy* 2006; 5: 125–136.

Kantola Anu. Markkinakuri ja managerivalta. Poliittinen hallinta Suomen 1990-luvun talouskriisissä. Helsinki: Loki-Kirjat, Pallas-sarja, 2002.

Karisto Antti, Rahkonen Ossi. Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa. Kriittinen terveystutkimus Suomessa. Julkaisussa: Kangas Ilka, Karvonen Sakari, Lillrank Annika, toim. Terveystutkimuksen suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 2000: 38–52.

Kataja Vesa. Nuori lääkäri 88. Kyselytutkimus vuosina 1977–1986 laillistetuille lääkäreille. Helsinki: Sosiaali- ja terveystaloutministeriö, 1989.

Kensicki Linda Jean. No cure for what ails us. The media-constructed disconnect between societal problems and possible solutions. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 2004; 81 (1): 53–73.

Keskimäki Ilmo, Koskinen Seppo, Teperi Juha. Terveystalouten mahdollisuudet kaventaa terveystaloutta. Julkaisussa: Kangas Ilka, Keskimäki Ilmo, Koskinen Seppo, ym., toim. Kohti terveystalouten tasa-arvoa. Helsinki: Edita Prima, 2002: 281–299.

Klavus Jan, Järvelin Jutta, Pekurinen Markku, Mikkola Hennamari. Asiakasmaksut terveystalouten rahoituksessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2004; 100 (4): 440–456.

Koivusalo Meri, Ollila Eeva, Tritter Jonathan. Kansalaiset, asiakkuus ja Euroopan unionin vaikutukset terveystalouten rahoitukseen. Julkaisussa: Ashorn Ulla, Lehto Juhani, toim. Tutkijapuheenvuoroja terveystalouten rahoituksesta. Helsinki: Stakes, 2008: 215–234.

Konttinen Esa. Perinteisesti moderniin. Profioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa. Tampere: Vastapaino, 1991.

Korpi Walter. *The democratic class struggle*. Lontoo: Routledge, 1983.

Krippendorff Klaus. *Content analysis. An introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1980.

Kroll Christian. *Välfärdspolitikens offentliga ansikte i Finland och Sverige. Gemensamma förändringar och bestående nationella särdrag i den offentliga diskussionen under 1980- och 1990-talen*. Helsinki: Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet, Skrifter 19, 2005.

Kunnallisan kehittämissäätiö. *Kansalaismielipide ja kunnat*. Ilmapuntari 2005. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö, Polemia 60, 2005.

Kurunmäki Liisa. *Power relations in the health care field. Accounting, accountants, and economic reasoning in the new public management reforms in Finland*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2000.

Laamanen Ritva, Koponen Anne M, Simonsen-Rehn Nina, Linna Miika, Suominen Sakari. *Palvelutuotantotapa ja perusterveydenhuollon palvelujen toimivuus neljässä kunnassa*. Julkaisussa: Ashorn Ulla, Lehto Juhani, toim. *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Helsinki: Stakes, 2008: 166–179.

Lahelma Eero, Broms Ulla, Karisto Antti. ”Pienestä pitäen olen halunnut lääkäriksi”. *Läketieteen opiskelijoiden tausta ja suuntautuminen*. Suomen Lääkärilehti, 2003; 58 (44): 4491–4496.

Lammintakanen Johanna, Kinnunen Juha, Kylmä Jari. *Terveydenhuollon priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä*. *Sosiaaliläketieteellinen aikakauslehti* 2006; 43 (2): 124–133.

Lappalainen Tuomo. *Ammattien arvostus 2004*. Suomen Kuvalehti 2004; (18):18–27.

Larivaara Meri, Manderbacka Kristiina, Keskimäki Ilmo. *Terveydenhuollon uudistukset ja oikeudenmukaisuus*. Julkaisussa: Taimio Heikki, toim. *Kurssin muutos. Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin*. Helsinki: Työväen Sivistysliitto TSL, 2009: 241–258.

Lindqvist Rafael. *Från folkhälso- till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemets utveckling 1900–1990*. Lund: Arkiv, Arkiv avhandlingsserie, 1990.

Light Donald. *Countervailing powers. A framework for professions in transition*. Julkaisussa: Johnson Terry, Larkin Gerry, Saks Mike, toim. *Health professions and the state in Europe*. London: Routledge, 1995: 25–41.

Light Donald, Levine Sol. *The changing character of the medical profession. A theoretical overview*. *The Millbank Quarterly* 1988; 66 (Suppl 2): 10–32.

Löyttyniemi Varpu. *Auscultatio medici. Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli*. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Electronica Universitatis Tampensis 347, 2004.

Lähdesmäki Kirsi. New public management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittämisestä valtion keskuks-hallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Vaasa: Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia No 113, 2003.

Mahoney James. Path dependence in historical sociology. *Theory and Society* 2000; 29 (4): 507–548.

Maioni Antonia. Roles and responsibilities in health care policy. Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion paper 34, 2002. Saatavissa: <<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-34-2002E.pdf>>. Luettu 24.5.2010.

Manderbacka Kristiina, Gissler Mika, Husman Kaj, ym. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Julkaisussa: Teperi Juha, Vuorenkoski Lauri, Manderbacka Kristiina, Ollila Eeva, Keskimäki Ilmo, toim. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 2006: 42–55.

Marjoribanks Tim, Lewis Jenny M. Reform and autonomy. Perceptions of the Australian general practice community. *Social Science and Medicine* 2003; 56 (10): 2229–2239.

Martikainen Tuomo, Uusikylä Petri. Reforming health policy in Finland. A critical assessment. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13, 1997.

Martinussen Pål E. Self-interest or ideology? The attitude of Norwegian medical specialists towards private welfare services. *Scandinavian Political Studies* 2008; 31 (2): 149–172.

Martinussen Willy. Solidaritetens grenser. En undersøkelse av oppslutningen om velferdsstatens verdier og virkemidler. Oslo: Universitetsforlaget, 1988.

Mattila Kari, Lääkäri 98 -tutkimusryhmä. Suomalaisten lääkärien arvoalinnat. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58 (10): 1199–1201.

McKinlay John B. On the professional regulation of change. *Sociological Review Monographs* 1973; 20: 61–84.

Midttun Linda. Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. *Social Science and Medicine* 2007; 64 (6): 1265–1277.

Muuri Anu. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Helsinki: Stakes, 2008.

Myllykangas Markku. Rahan raiskaama terveydenhuolto. Helsinki: Rasalas, 2009.

Myllykangas Markku, Rynänen Olli-Pekka, Kinnunen Juha, Takala Jorma. Lääkäreiden, hoitajien ja johtajien asenteet terveydenhuollon muutoksiin. Osa II: Toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset. *Suomen Lääkärilehti* 2000; 55 (30): 2913–2915.

Mäkitalo-Keinonen Tiina, Virtanen Pekka, Saloniemi Antti, Vänskä Jukka, Parmanne Piitu. Vuokralääkärit – keitä he ovat? Suomen Lääkärilehti 2005; 60 (48): 5007–5010.

Mäntyselkä Pekka, Aira Marja, Myllykangas Markku, Vehviläinen Arto, Kumpusalo Esko. Ammatinharjoittajaksi perusterveydenhuoltoon – vai ei? Suomen Lääkärilehti 2006; 61 (23): 2511–2517.

Navarro Vicente. *Medicine under capitalism*. London: Croom Helm, 1976.

Navarro Vicente. *Crisis, health, and medicine. A social critique*. New York, NY: Tavistock Publications, 1986.

Navarro Vicente. Professional dominance or proletarianization? Neither. *The Milbank Quarterly* 1988; 66 (Suppl 2): 57–75.

Neittaanmäki Liisa, Gross Edith B, Virjo Irma, Hyppölä Harri, Kumpusalo Esko. Personal values of male and female doctors. *Gender aspects. Social Science and Medicine* 1999; 48: 559–568.

Niemelä Heikki. Suomen sairausvakuutusjärjestelmän synty. Julkaisussa: Hellsten Katri, Helne Tuula, toim. *Vakuuttava sosiaalivakuutus?* Helsinki: Kela, 2004: 90–116.

Niemelä Mikko. *Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen*. Helsinki: Kela, 2008.

Niemelä Mikko, Saarinen Arttu. *The role of ideas and the institutional change in Finnish public-sector reform. Policy and Politics, 2010* (hyväksytty julkaistavaksi).

Nousiainen Jaakko. *Suomen poliittinen järjestelmä*. Helsinki: WSOY, 1998.

Nygård Mikael. *Välfärdstaten, partierna och marknaden. Den välfärdsideologiska förändringen inom fyra finländska partier under 1990-talet*. Åbo: Åbo Akademi, 2003.

Nygård Mikael. *Welfare-ideological change in Scandinavia. A comparative analysis of partisan welfare state positions in four Nordic Countries, 1970–2003*. *Scandinavian Political Studies* 2006; 29 (4): 356–385.

Nyström Samu, toim. *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010. Suomen Lääkäriliiton 100-vuotishistoriikki*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 2010.

OECD. *OECD reviews of health systems*. Paris: OECD, 2005.

OECD. *OECD health data 2009*. Paris: OECD, 2009. Saatavissa: <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html>. Luettu 4.1.2010.

Ora Janne. Kari Pylkkänen: Edunvalvonta ja terveystaloutta on nivottava yhteen. (Kari Pylkkäsen haastattelu.) Suomen Lääkärilehti 2007; 62 (5): 445.

Orloff Ann Shola. Social provision and regulation. Theories of states, social policies and modernity. Evanston, IL: Northwestern University, Institute for Policy Research, Working Paper Series, 2004.

Parker Ian. Qualitative psychology. Introducing radical research. Maiden Head: Open University Press, 2005.

Parsons Talcott. Social structure and dynamic process. The case of modern medical practice. Julkaisussa: Parsons Talcott, toim. The social system. London: Routledge, 1991: 288–323.

Petracca Mark P. The rediscovery of interest group politics. Julkaisussa: Petracca Mark P, toim. The politics of interests. Interest group transformed. Boulder, CO: Westview Press, 1992: 3–31.

Pfau-Effinger Birgit. Culture and welfare state policies. Reflections on a complex interrelation. Journal of Social Policy 2005; 34 (1): 3–20.

Pierson Paul. The new politics of the welfare state. World Politics 1996; 42 (2): 143–179.

Pierson Paul. Post-industrial pressures on the mature welfare states. Julkaisussa: Pierson Paul, toim. The new politics of the welfare state. New York, NY: Oxford University Press, 2001: 80–104.

Pietilä Veikko. Sisällön erittely. Helsinki: Gaudeamus, 1973.

Pollitt Christopher. Is the emperor in his underwear? An analysis of the impacts of public management reform. Public Management: An International Journal of Research and Theory 2000; 2 (2): 181–199.

Pollitt Christopher, Bouckaert Geert. Public management reform. A comparative analysis. Oxford: Oxford University Press, 2004.

Pöntinen Seppo, Uusitalo Hannu. The legitimacy of the welfare state. Social security opinions in Finland 1975–1985. Helsinki: Finnish Gallup, Report n:o 15, 1986.

Puuhiniemi Martti. Values, consume attitudes and behaviour. An application of Schwartz's value to the analysis of consumer behaviour and attitudes in two national samples. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos, 1995.

Puro Kari. Terveystaloutta perusteet. Helsinki: Tammi, 1973.

Quadagno Jill. Why the United States has no national health insurance. Stakeholder mobilization against the welfare state, 1945–1996. Journal of Health and Social Behavior 2004; 45 (Extra issue): 25–44.

Quayle Randolph K. Swedish physicians' perspectives on the introduction of the Stockholm model. Journal of Management in Medicine 1997; 11 (4): 246–255.

Rahkonen Juho. Printattu hyvinvointivaltio. Sosiaali- ja terveystalouttaisten aiheiden käsittely Ilkassa, Aamulehdessä ja Helsingin Sanomissa 1986, 1996, 2006. Yhteiskuntapolitiikka 2006a; 71 (5): 459–470.

Rainey Hal G, Chun Young Han. Public and private management compared. Julkaisussa: Ferlie Ewan, Lynn Jr Laurence E, Pollitt Christopher, toim. *The Oxford handbook of public management*. New York, NY: Oxford University Press, 2007: 72–102.

Rimpelä Matti. Onko kansanterveyslaki tehtävänsä tehnyt? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2005; 42 (2): 261–265.

Rinne Risto, Jauhiainen Arto. Koulutus, professionalistuminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa. Turku: Turun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta, Julkaisusarja A:128, 1988.

Rintala Eija. Priorisointi julkisessa terveydenhuollossa. Erikoislääkäreiden kliiniseen ja hallinnolliseen priorisointiin vaikuttavat arvot. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 1998.

Riska Elianne. Power, politics and health. Forces shaping american medicine. Helsinki: The Finnish Society of Sciences and Letter, *Commentationes Scientiarum Socialium* 27, 1985.

Riska Elianne. The professional status of physicians in the Nordic countries. *The Milbank Quarterly* 1988; 66 (Suppl 2): 133–147.

Riska Elianne. The medical profession in the Nordic countries. Julkaisussa: Hafferty William, McKinlay John B, toim. *The changing medical profession. An international perspective*. New York, NY: Oxford University Press, 1993: 150–161.

Riska Elianne. Interaktionismin teoreettiset juuret ja kehitys terveystieteissä. Julkaisussa: Kangas Ilka, Karvonen Sakari, Lillrank Annika, toim. *Terveystieteiden suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 2000: 27–37.

Riska Elianne. Towards gender balance. But will women physicians have an impact on medicine? *Social Science and Medicine* 2001; 52 (2): 179–187.

Riska Elianne. Health professions and occupations. Julkaisussa: Cockerham William C, toim. *The Blackwell companion to medical sociology*. Oxford: Blackwell, 2005: 144–158.

Roe Robert A, Ester Peter. Values and work. Empirical findings and theoretical perspective. *Applied Psychology: An International Review* 1999; 48 (1): 1–21.

Rönkä Anu-Liisa. Vaaraa vai ei? Matkapuhelinsäteilyn terveysriskit julkisen määrittelykamppailun aiheena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2009; 46 (4): 231–243.

Rothgang Heinz, Cacace Mirella, Frisina Lorraine, Schmid Achim. The changing public-private mix in OECD health-care systems. Julkaisussa: Seeleib-Kaiser Martin, toim. *Welfare state transformations. Comparative perspectives*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008: 132–146.

Ruonavaara Hannu. Omat kodit ja vuokrahuoneet. Sosiologinen tutkimus asunnonhallinnan muodoista Suomen asutuskeskuksissa 1920–1950. Turku: Turun yliopisto, Annales Universitatis Turkuensis C 97, 1993.

Ruonavaara Hannu. Teoria ja historia. Keskustelua historiallisen sosiologian dilemmasta. Sosiologia 1995; 32 (4): 253–262.

Ruostetsaari Ilkka. Vallan ytimessä. Tutkimus suomalaisesta valtaeliitistä. Tampere: Gaudeamus, 1992.

Ryynänen Olli-Pekka, Kukkonen Jarmo, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna, Kinnunen Juha. Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa. Helsinki: Talentum, 2006.

Saari Juho. Reforming social policy. A study on institutional change in Finland during the 1990s. Turku: University of Turku, Publications of Social Policy Association, 2001.

Saari Juho. Suomen mallin institutionaalinen rakenne. Julkaisussa: Saari Juho, toim. Suomen malli. Murroksesta menestykseen? Helsinki: Yliopistopaino, 2006a: 66–134.

Saari Juho. Suomen mallin tulevat haasteet. Julkaisussa: Saari Juho, toim. Suomen malli. Murroksesta menestykseen? Helsinki: Yliopistopaino, 2006b: 326–378.

Saari Juho, Kananen Johannes. Sosiaalipolitiikan ideat. Julkaisussa: Kananen Johannes, Saari Juho, toim. Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa. Jyväskylä: Minerva, SoPhi 113; 2009: 13–30.

Saarinen Arttu. Lääkäreiden näkemykset terveydenhuoltojärjestelmästä. Hoitotakuujärjestelmä on tuonut riittävästi resursseja harvojen lääkäreiden mielestä. Suomen Lääkärilehti 2007a; 62 (47): 4441–4444.

Saarinen Arttu. Raportti suomalaisten lääkäreiden terveystalouttisia mielipiteitä kartoittavan kyselyaineiston keruusta ja teknisistä seikoista. Turku: Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja B:33, 2007b.

Saarinen Arttu. Kriittisesti terveydenhuoltojärjestelmään ja sosiaaliturvan tasoon suhtautuvien lääkäreiden halukkuus uudistaa ja hienosäätää terveydenhuoltoa. Hallinnon tutkimus 2008a; 27 (2): 68–76.

Saarinen Arttu. Työn merkitys lääkäreille ja yhteydet hyvinvointivaltiomielipiteisiin. Työelämän tutkimus 2008b; 6 (3): 251–262.

Saarinen Arttu. The opinions of Finnish specialist on social security system. Italian Journal of Public Health 2008c; 6 (5): 53–59.

Saarinen Arttu. Lääketieteellisen opintoalan opiskelijoiden näkemykset sosiaalipolitiikasta. Yhteiskuntapolitiikka 2008d; 73 (3): 304–309.

Saarinen Arttu. Lääkäreiden suhtautuminen liittonsa terveystaloutta on yhteydessä mielipiteisiin terveydenhuoltojärjestelmästä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008e; 45 (4): 155–158.

Saarinen Arttu. Julkisen sektorin laajentumisen jälkeinen aika? Hyvinvointivaltion kehitys työntekijämäärien kautta tarkasteltuna. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 2009; 37 (4): 447–456.

Saarni Samuli, Vuorenkoski Lauri. Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 2003; 119 (10): 993–1000.

Salter Brian. Governing UK medical performance. A struggle for policy dominance. *Health Policy* 2007; 82 (3): 263–275.

Saltman Richard B, Figueras Joseph. European health care reform. Analysis of current strategies. Geneva: WHO, WHO Regional Publications, European Series 72, 1997.

Schulz Rockwell, Harrison Stephen. Physician autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *International Journal of Health Planning and Management* 1986; 1 (5): 335–355.

Scott Richard W. *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.

Seppä Minna. Terveystaloutta lisää yhteistyötä ja kentän ääntä. (Arttu Saarisen haastattelu.) *Suomen Lääkärilehti* 2007; 62 (49–50): 4674–4675.

Sihvo Tuire. Hyvinvointivaltiota koskevien asenteiden taloudelliset ja kulttuuriset selittäjät. *Sosiologia* 1997; 34 (2): 139–146.

Skocpol Theda. *Protecting soldiers and mothers. The political origins of social policy in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992.

Smolander Jyrki. Suomalainen oikeisto ja “kansankoti”. Kansallisen Kokoomuksen suhtautuminen pohjoismaiseen hyvinvointivaltiomalliin jälleenrakennuskaudelta konsensusajan alkuun. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, *Bibliotheca Historica* 63, 2000.

Sosulski Marya R, Lawrence Catherine. Mixing methods for full-strength results. *Journal of Mixed Methods Research* 2008; 2 (2): 121–148.

Stakes. *Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004*. Helsinki: Stakes, SVT, 2007.

Starr Paul. *The social transformation of American medicine*. New York, NY: Basic Books, 1982.

Strang David, Meyer John W. Institutional conditions for diffusion. *Theory and Society* 1993; 22 (4): 487–511.

Street Debra. Balancing acts. Trends in the public-private mix in health care. Julkaisussa: Béland Daniel, Gran Brian, toim. Public and private social policy. Health and pension policies in a new era. New York, NY: Palgrave Macmillan, 2008: 15–44.

Sudit Myriam. Ideology or self-interest? Medical students' attitudes toward national health insurance. *Journal of Health and Social Behavior* 1988; 29 (4): 376–384.

Suomen lääkäriiiton hallituksen toimintakertomus 2003. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Suomen Lääkäriliitto. Suomen Lääkäriliitto 1910–1985. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 1985.

Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely, tilastoja. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 2005.

Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely, tilastoja. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 2006.

Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely, tilastoja. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 2009.

Suonoja Kyösti. Kansalaisen parhaaksi-yhteistuntoa ja politiikkaa. Julkaisussa: Haatanen Pekka, Suonoja Kyösti, toim. Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveystalouttministeriö 75 vuotta. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalouttministeriö, 1992: 323–739.

Susitaival Paavo. Suomen Lääkäriliitto 1910–1960. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 1960.

Sutela Marja. Sosiaali- ja terveystalouttvelujen ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot. Helsinki: Edita Prima, 2003.

Swedberg Richard, Granovetter Mark. Introduction. Julkaisussa: Swedberg Richard, Granovetter Mark, toim. The sociology of economic life. Boulder, CO: Westview Press, 2001: 1–28.

Szasz Thomas S. The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct. New York, NY: Harper and Row, 1974.

Tashakkori Abbas, Teddlie Charles. Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.

Tiitta Allan. Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991. Helsinki: Terveystaloutt ja hyvinvoinnin taloutt, 2009.

Toiviainen Hanna. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 160, 2007.

Torfin Jacob. Path-dependent Danish welfare reforms. The contribution of the new institutionalism to understanding evolutionary change. *Scandinavian Political Studies*, 2001; 24 (4): 277–309.

- Torppa Kaarina. Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Oulu: Oulun yliopisto, Acta Universitas Ouluensis D 951, 2007.
- Tsupari Pekka, Lappi Hannu. Ostopalvelujärjestelmä ja yksityinen palvelutuotanto. VALTAVAn seuranta-tutkimus. Osa 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, SVT, Sosiaalisia erikoistutkimuksia 128, 1987.
- Tuomainen Raimo, Myllykangas Markku, Elo Jyrki, Ryytänen Olli-Pekka. Medikalisaatio. Aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino, 1999.
- Tuomi Jouni, Sarajärvi Anneli. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2002.
- Uotila Eila. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 3, 2004.
- Vänskä Jukka, Hyppölä Harri, Halila Hannu, ym. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 9, 2005.
- Vänskä Jukka. Ajankohtaista tietoa lääkärien palkoista. Suomen Lääkärilehti 2006; 61 (40): 4132–4136.
- Viitanen Elina, Lehto Juhani, Tampus-Jarvala Tiina, ym. Doctor-managers as decision makers in hospitals and health centres. *Journal of Health Organization and Management* 2006; 20 (2): 85–94.
- Vuolio Vesa. Kunnanlääkärit, autonomia ja professionaaliset strategiat. *Janus* 1995; 3 (2): 117–133.
- Vuori Hannu. Lääketieteen historia. Sosiaalishistoriallinen näkökulma. Jyväskylä: Gummerus, 1979.
- Vuori Hannu. Perusterveydenhuolto – haaste lääkärikoulutukselle. Julkaisussa: Koskinen Seppo, Rimpelä Matti, toim. Perusterveydenhuollon opetus lääkärikoulutuksessa. Opetusministeriön järjestämä seminaari Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksella 16.–17.12.1982. Helsinki: Opetusministeriö, Korkeakoulu- ja tiedeosaston julkaisusarja, 1983: 18–26.
- Vuori Jari. Julkisesti, yksityisesti vai tilatusti tuotettu terveys. Kansalaisen valinnat terveystalouteissa. Julkaisussa: Ashorn Ulla, Lehto Juhani, toim. Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 2008: 194–214.
- Wagstaff Adam. Social health insurance vs. tax-financed health systems. Evidence from the OECD. Washington, DC: The Development Research Group, World Bank, Policy Research Working Paper 4821, 2009
- Weiss-Gal Idit, Gal John. Social workers' attitudes towards social welfare policy. *International Journal of Social Welfare* 2007; 16 (4): 349–357.

Wendt Claus, Frisina Lorraine, Rothgang Heinz. Healthcare system types. A conceptual framework for comparison. *Social Policy and Administration* 2009; 43 (1): 70–90.

Whynes David K, Baines Darrin L. Primary care physicians' attitudes to health care reform in England. *Health Policy* 2002; 60 (2): 111–132.

Willberg Mirja, Valtonen Hannu. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.

Williams Paul A, Vayda Eugene, Cohen May L, Woodward Christel A, Ferrier Barbara M. Medicine and the Canadian state. From the politics of conflict to the politics of accommodation? *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 36 (4): 303–321.

Wilsford David. Physicians and the State in France. Julkaisussa: Freddi Giorgio, Björkman Warner, toim. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London: Sage, 1989: 130–156.

Wolinsky Fredric D. The professional dominance, deprofessionalization, proletarianization, and corporatization perspectives. An overview and synthesis. Julkaisussa: Hafferty Frederic W, McKinlay John B, toim. The changing medical profession. An international perspective. Oxford: Oxford University Press, 1993: 11–24.

Wrede Sirpa. Suomalainen terveydenhuolto. Jännitteitä ja murroksia. Julkaisussa: Kangas Ilka, Karvonen Sakari, Lillrank Annika, toim. Terveyst sosilogian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 2000: 189–205.

Ylöstalo Pekka. Sitä saa, mitä kysyy. Pohdintoja soveltavan empiirisen sosiaalitutkimuksen asemasta nykyaikaisessa työorganisaatiossa. Julkaisussa: Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna, Melin Harri, toim. Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Jyväskylä: PS-kustannus, 2004: 103–122.

Zannoni Paolo. The concept of elite. *European Journal of Political Research* 1978; 6 (1): 1–30.

Zola Irving Kenneth. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 1972; 20 (4): 487–504.

ALKUPERÄISET ARTIKKELIT

Saarinen Arttu. Ammatinharjoittajasta virkamieheksi. Suomen Lääkäriliitto ja universaalien terveydenhuoltojärjestelmän kehitys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008; 45 (2): 98–110.

Ammatinharjoittajasta virkamieheksi — Suomen Lääkäriliitto ja universaalin terveydenhuolto- järjestelmän kehitys

Artikkelissa kuvataan universaalin terveydenhuoltojärjestelmän synnyn kautta kuinka lääkäristä tuli virkamies ja miten Suomen Lääkäriliitto tässä prosessissa on toiminut. Huomio kiinnitetään kolmeen olennaiseen järjestelmämuutokseen: (1) vuoden 1943 laki yleisestä lääkärinhuollosta, (2) vuoden 1964 sairausvakuutuslaki ja (3) vuoden 1972 kansanterveyslaki. Aineistona käytetään historiallisia dokumentteja, joiden sisältöä eritellään kontekstissaan. Julkinen puuttuminen nähtiin analyysin perusteella uhkaksi lääkäreiden taholta, mutta se koettiin yhä pienemmäksi hyvinvointivaltion laajentuessa. Kansainvälisen tutkimuksen väite lääkäreiden ehdottoman kriittisestä suhtautumisesta julkisen sektorin puuttumiseen ei pidä paikkaansa Suomessa.

Lääkäriliitto on ollut argumenteillaan vain osittain jarruttamassa terveydenhuollon järjestelmämuudistuksia kolmenlaisin argumentein: potilaiden etu, kannustinongelmat ja lääkäreiden riittämättömyys.

ARTTU SAARINEN

JOHDANTO

Kehittyneiden maiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat pääasiallisesti kahdentyyppisiä. Vakuutusperusteiset mallit ovat joko sosiaalivakuutusperusteisia tai markkinoilta hankittuihin vakuutuksiin perustuvia. Verorahoitteisessa mallissa on kansalaisille kattavat palveluedut, joiden kustannukset katetaan valtaosin veroin (Freeman 1999: 82–86). Verorahoitteisessa mallissa lääkäri on pääasiallisesti palkkatyösuhteessa valtioon, kun taas useassa vakuutusperusteisen mallin maassa lääkäri on itsenäinen ammatinharjoittaja (Immergut 1992: 51–52).

Hyvinvointivaltiotutkimuksen keskiössä on ollut selitysten hakeminen sille, miksi järjestelmät ovat kehittyneet eri tavoin eri maissa (Kangas 1991). Kun hyvinvointivaltiota rakennettiin, selityksiä haettiin funktionalististen teorioiden kautta, jolloin järjestelmien kehitys nähtiin seurauksena yhteiskunnan rakennemuutoksista (Wilensky 1975). Toisaalta selitysteorioissa on korostettu

vasemmiston ja ammattiyhdistysliikkeen merkitystä (Korpi 1983). Nykyisin voimakkaasti vallalla olevan uusinstitutionalistisen teoriaperinteen mukaan sosiaaliturvajärjestelmiä rakennettaessa menneisyys ehdollistaa tulevaisuutta. Toisin sanoen uusia järjestelmiä muodostetaan aikaisempien järjestelmien päälle (Pierson 2004). Uusinstitutionalismi ei poista rakenteiden ja politiikan merkitystä, mutta selittää järjestelmien kehitystä voimakkaasti instituutioiden ehdollistavuuden kautta.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän peruspiirteet luotiin toisen maailmansodan jälkeen. Perusterveydenhuollon ongelmat olivat toki olleet esillä jo 1800-luvun lopulta lähtien: keinona oli tuolloin kunnanlääkärijärjestelmän kehittäminen. Lainsäädännön kautta kunnanlääkärijärjestelmä vakiintui kun vuonna 1943 tuli voimaan laki yleisestä lääkärinhuollosta. Merkittävä muutos tapahtui vuonna 1964 kun perustettiin sairausvakuutusjärjestelmä, joka oli erittäin kattava (Kan-

gas 1991). Pakollisen sairausvakuutusjärjestelmän yhtenä olennaisena tavoitteena oli lisätä avosairaanhoidon palveluja. Sairausvakuutusjärjestelmä lisäsin avoterveydenhuollon palvelujen käyttöä pienituloisten ryhmässä, mutta ei poistanut niukasta palvelutarjonnasta aiheutuvia eroja (Komiteamietintö 1987:34). Universaali terveydenhuoltojärjestelmä syntyi lopullisesti kun vuodesta 1972 alkaen rakennettiin kattava julkinen perusterveydenhuollon palvelujärjestelmä kansanterveyslain kautta. Nämä kolme suomalaisen terveydenhuollon järjestelmämuutosta vaikuttivat voimakkaasti lääkäriprofession ja julkisen sektorin suhteeseen.

Erityisesti yhdysvaltalaisessa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa lääkärit ja heidän ammattijärjestönsä ovat olleet merkittävä tutkimuskohde. Tutkimuksissa professorit on totuttu Weberiläisittäin näkemään intressejään ajavina ryhminä (Freidson 1994). On tuotu esille, että lääkäriprofession olennainen pyrkimys on säilyttää oma autonomisuutensa suhteessa julkiseen puuttumiseen esimerkiksi oman asiantuntijatietonsa monopolisoinnin kautta (Konttinen 1991: 13, Wolinsky 1993: 13, Lewis 1998, Salter 2007). Autonomia on taas voimakkaasti yhteydessä taloudellisiin intresseihin (Tousijn 2002).

1990-luvulta lähtien lääkäreitä on alettu tutkia näkökulmasta, jossa ei kiinnitetä huomiota vain profession valtaan vaan myös toimintaa mahdollistaviin instituutioihin. Esimerkki lähestymistavasta on Immergutin (1992) kolmen maan vertailu, jossa tarkasteltiin instituutioiden vaikutusta ja osoitettiin kuinka lääkäreiden valta ei itsessään ole merkityksellistä lopputuloksen kannalta, vaan painostuspolitiikan onnistuminen on riippuvainen formaalien poliittisten instituutioiden tarjoamista veto-mahdollisuuksista. Lait ovat esimerkki formaalista, kun normatiivinen hyvinvointikulttuuri on esimerkki informaalista instituutiosta (Pfau-Effinger 2005). Professorit argumentoivat aina instituutioiden mahdollistamisessa puitteissa. Tässä tutkimuksessa informaali instituutio on pohjoismainen hyvinvointikulttuuri. Hyvinvointikulttuurilla viitataan vallalla olevaan ajatteluun siitä kuinka sosiaaliturvaa tulisi kansalaisille tarjota. Formaaleja instituutioita artikkelissa ovat lainsäädäntöjärjestelmän rakenne ja poliittisen järjestelmän vakaus.

Immergutin (1992) klassisessa tutkimuksessa laajaa julkista sektoria edusti Ruotsi. Kotimaisessa professoritutkimuksessa lääkäreitä on tutkittu muutamassa yhteydessä (Rinne ja Jauhiainen

1988, Konttinen 1991, Riska 1993, Vuolio 1995, Jauho 2004). Aiempi kotimainen tutkimus on tuonut esille, että suomalainen lääkäriprofession ei ole koskaan ollut voimakkaasti ajamassa ”liberaalia ajatusta lääkärinhoidosta”. Lääkäriprofession ja julkisen sektorin suhde on siis ollut suhteellisen harmoninen (Riska 1993). Tavoitteena artikkelissa on tarkemmin kuvata tätä suhdetta pitkällä aikavälillä universaalin terveydenhuoltojärjestelmän synnyn kautta.

LÄÄKÄRIPROFESSION VAIKUTTAMISMAHDOLLISUUDET POLITIIKASSA

Vaikka lääkäriammattikuntaa kuvataan usein kollegiaaliseksi, on myös sen sisältä löydettävissä hajontaa ja erilaisia intressejä. Lääkäriliiton vahvuus intressiryhmänä on perustunut siihen, että se on ammattikuntansa sisällä pystynyt neuvottelemaan ja saavuttamaan yksimielisyyden olennaisista kysymyksistä (ks. Vuolio 1995: 126). Aiemmassa tutkimuksessa on tuotu esille kuinka lääkäriprofession tehtävänä on ollut toimia etujärjestönä erityisesti suhteessa valtioon (esim. Vuolio 1995). Tosin tätä näkökulmaa on myös kritisoitu ja on tuotu esille, että valtiota ei voi erottaa ulkoiseksi tekijäksi ammattikunnasta. Päinvastoin niiden välillä on riippuvuus (Konttinen 1991, Evetts ja Dingwall 2002, Jauho 2004).

Jotta lääkäriprofession voi ajaa omia intressejään, tulee sen pystyä vaikuttamaan viralliseen poliittiseen päätöksentekoprosessiin. Poliittisen päätöksentekoprosessin ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan jokin ongelma ja asetetaan poliittisen debattiin (Howlett ja Ramesh 1995: 11–12). Itse debatin alullepanijaa ja sen ajankohtaa on usein hankala saada tarkasti selville. Debatissa intressiryhmät muotoilevat ja kehystävät vaihtoehtoja olemassa olevia instituutioita hyödyntäen.

Suomalaisessa järjestelmässä eduskunta käsittelee hallituksen lakiesitystä ensimmäisen kerran lähetekeskustelussa, jonka jälkeen se toimitetaan valiokuntaan, joka voi pyytää lausuntoja muilta valiokunnilta ja asiantuntijoilta (Hidén 2006: 125–128). Sosiaali- ja terveyspalveluiden kannalta olennaisia ovat sosiaali- ja terveysvaliokunta sekä talousvaliokunta. Lääkärikansanedustajia on toisen maailmansodan jälkeen ollut jäsenenä erityisesti talousvaliokunnassa, lähes kolmasosa on edustanut lääkäriprofessionia. Myös sosiaali- ja terveysvaliokunnassa profession edustajia on ollut keskimääräistä enemmän (Forsten 2005: 9, 13, 72–73).

Valiokuntien työtä on siis edeltänyt työläs lain valmisteluvaihe, joka tapahtuu esimerkiksi erilaisissa ministeriöiden tai valtioneuvoston asettamissa toimikunnissa ja komiteoissa, joissa voi olla jäseniä laajalti eri tahoilta. Mietinnöistä pyydetään yleensä lausuntoja myös eri intressiryhmittä, joita uudistukset koskevat (Nousiainen 1998: 274, 347). Komitealaitoksen kautta etujärjestöt pystyvät osallistumaan päätöksentekoon (Helander 1979: 11–12, 20–21). Valiokunnan lopullisessa mietinnössä esitetään lakiehdotuksen hyväksymistä tai hylkäämistä tai hyväksymistä valiokunnan osoittamin muutoksin. Tämän jälkeen alkaa eduskunnan kolmivaiheinen päätöksenteko. Merkittävää on, että suomalaisessa järjestelmässä eduskunnassa käsitellyssä olevia lakialoitteita on voitu siirtää lepäämään kansanedustajien kolmasosan äänillä (Hidén 2006: 125–128). Veto-oikeus taas antaa institutionaalisen mahdollisuuden uudistuksien vastustajille viivyttää ja siirtää pois poliittiselta agendalta ei-toivotut uudistukset (Kangas 2003: 97–99, 109).

Lääkäreiden vaikutusmahdollisuudet ovat vaihdelleet eri aikoina. Hallitusten vaihtuessa jatkuvasti ja ollessa vähemmistöpohjaisia, myös lääkäriprofession vaikuttaminen on ollut tehokkaampaa (Immergut 1992: 82, Arter 1999: 219). Yksittäisten edustajien kantoja pystytään epävarmuuden oloissa paremmin muuttamaan. Lääkäriprofession on Suomessa ollut selkeät yhteydet politiikkaan. Lääkärit on terveydenhuollon merkittävien asiantuntijaryhmä sekä potilastyössä että terveydenhuollon hallinnossa. Siksi se voi esittää järjestelmä uudistuksiin liittyen uskottavia argumentteja. Suomen oloissa yksi merkittävä perustelu on ollut lääkärimäärien riittämättömyys (esim. Vuolio 1995).¹

Taulukossa 1 on kuvattu lääkärimäärien kehitystä vuoteen 1980 saakka, jolloin kansanterveyslaki tuli täysimääräisesti voimaan. Kokonaisuudessaan lääkärimäärät ovat olleet pitkään pienet eurooppalaisessa vertailussa (esim. Immergut 1992: 152–153, Riska 1993: 151), vaikka määrät Suomessa ovat kasvaneet jatkuvasti (ks. Hyppölä ym. 2000: 2). Samalla julkisella sektorilla olevien suhteelliset osuudet työntekijöistä ovat kasvaneet (Riska 2001). Vuonna 1950 41,6

prosenttia lääkäreistä toimi päätoimessaan yksityisellä sektorilla ja vuonna 1965 oli osuus 5,6 prosenttia (Rinne ja Jauhiainen 1988: 378–379).

Taulukko 1.

Lääkärimäärien kehitys (Lähde: Hyppölä 2001, 46)

Vuosi	Määrä	Väestö/lääkäri
1900	373	7143
1910	523	5875
1920	657	4756
1930	1000	3463
1940	1394	2680
1950	2034	2018
1960	2915	1573
1970	4965	958
1980	9517	530

TUTKIMUSASETELMA

Suomen Lääkäriliittoon kuuluu 95 prosenttia lääkäreistä ja osuus on pysynyt vakaana lähes koko sen olemassaolon ajan eli vuodesta 1910 lähtien (ks. Kauttu ja Kosonen 1985: 354). Tutkimuskysymyksenä artikkelissa on universaalin terveydenhuoltojärjestelmän synnyn kautta kuvata kuinka lääkäristä tuli virkamies ja miten Suomen Lääkäriliitto tässä prosessissa on toiminut. Artikkelissa painotus on perusterveydenhuollossa ja sairaalasektorin erikoislääkärit ovat mukana vain sivujuonteissa.

Aineistona käytetään aiempaa tutkimuskirjallisuutta, politiikkadokumentteja kuten komiteamietintöjä ja Suomen Lääkäriliiton dokumentteja. Kannanottojen tukena käytetään tietyn osin myös Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksia. Lehti on liiton pää-äänenkannattaja. Myös aiempi professiotutkimus on käyttänyt hyväkseen ammattilehtiä (Konttinen 1991). Sinänsä pääkirjoitukset eivät itsessään anna luotettavaa kuvaa Lääkäriliiton kannoista, mutta kun mukana on myös muuta materiaalia, voidaan tulkintoja tehdä luotettavasti.

Artikkelissa eritellään historiallisten aineistojen sisältöjä kontekstissaan kolmen lääkäreiden autonomian kannalta olennaisen järjestelmämuutoksen osalta: 1) vuoden 1943 laki yleisestä lääkärinhoidosta, 2) vuoden 1964 sairausvakuutuslaki ja 3) vuoden 1972 kansanterveyslaki. Tosin tässä tullaan pitkän aikavälin historian kirjoittamisen problematiikkaan: vaikka kontekstit ovat merkityksellisiä, niin niiden yksityiskohtainen kuvaaminen ei ole mahdollista luottavuuden ja

¹ Vasta 1970-luvulta lähtien koulutustarvetta on pyritty säännöllisesti kartoittamaan laskentatyöryhmien avulla, joissa on valtiovalan edustajien lisäksi ollut myös järjestöedustus (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 1979)

artikkelin pituuden vuoksi. Siksi kirjoittaja joutuu luottamaan lukijan historiatuntemukseen tietyn kohdin, kuten kuvattaessa eri poliittisten puolueiden roolia (myös Julkunen ja Vauhkonen 2006: 298–301).

Artikkelin kolme pääjaksoa muodostavat yhdessä polun, jonka alkukohtana on kunnanlääkärjärjestelmä ja päätepiteenä universaali terveydenhuoltojärjestelmä. Olennaista on, että jokainen näistä kolmesta järjestelmämuutoksesta on ollut edellistä selvästi voimakkaampi julkisen puuttumisen muoto. Järjestelmät ovat syntyneet toisaalta positiivisten palautteiden, mutta myös edellisten järjestelmien riittämättömyyden vuoksi (Pierson 2004). Merkityksellinen huomio on, että kolme institutionalisoitumista liittyy osin ajallisesti toisiinsa eivätkä ole kronologisesti täysin selvärajaisia. Esimerkiksi kunnanlääkärin asemaa parannettiin samaan aikaan kun eduskunnassa oli käsiteltävänä sairausvakuutusehdotuksia. Painotus analyysissä on sairausvakuutuksen ja kansanterveyslain kuvauksessa, koska ne ovat varsinaisesti olleet voimakkaimpia julkisen puuttumisen muotoja.

Bucher ja Strauss (1961) ovat tuoneet esille, että professiot muodostuvat tavoitteiltaan erilaisista segmenteistä, jotka keskenään kamppailevat kentän hallinnasta. Tässä artikkelissa ei kuitenkaan keskitytä tutkimaan sitä, miten liitto on kantansa muodostanut. Artikkelissa ei erikseen käytetä Lääkäriliitossa vaikuttavan erikoissalaryhmän eli kunnallislääkäreiden dokumentteja, vaikka kunnanlääkärit ja heidän vuonna 1920 perustamansa yhdistys suurimpana lääkäriyryhmänä on ollut merkittävästi vaikuttamassa liiton kantoihin (Vuolio 1995).

Ennen varsinaista tulokappaletta on syytä tehdä myös kolme muuta tärkeää rajausta. Ensinnäkin artikkelissa ei tarkemmin käsitellä muiden toimijoiden politiikkaa, kuten lääkintöhallituksen suhdetta Lääkäriliittoon vaikka sen merkitys on tietyn osin merkittävä. Toinen merkittävä huomio on, että vaikka Suomen terveydenhuolto kehittyi kansainvälisesti vertaillen myöhään ja siksi mallioppimista kiistatta tapahtui, ei tutkimuksessa erikseen käsitellä muiden maiden, kuten Pohjoismaiden vaikutusta. Kolmas analyysin rajausta on, että erikseen ei käsitellä yksittäisten lääkäreiden vaikutusta politiikkaprosessissa kuten lääkeriksanedustajien toimia liittonsa puolesta.

VAPAAT AMMATINHARJOITAJAT JULKISESSA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

ENSIMMÄINEN INSTITUTIONALISOITUMINEN JULKISEEN SEKTORIIN

1800-luvun lopussa ja 1900-luvun alussa potilas joutui maksamaan avosairaanhoidon palveluista enemmän kuin sairaalapalveluista. Potilaita ohjautui sairaalahoitoon vaikka hoito olisi voitu antaa avoterveydenhuollossa (Suonoja 1992: 519). Vuonna 1879 annetussa terveydenhoitoasetuksessa oli lisätty aiempaa enemmän kuntien vastuuta terveydenhoidosta. Yhtenäisiä säädöksiä ja valtionapujärjestelmää ei kuitenkaan saatu luotua. Ongelmana oli, että valtion antamat taloudelliset resurssit kunnille olivat edelleen vähäiset. Valtio esimerkiksi vastusti voimakkaasti piirilääkäreille suunnattuja panostuksia taloudellisiin syihin vedoten. Kunnat alkoivatkin itse perustaa piirilääkärivirkoja kunnanlääkärinvirkojen rinnalle (Lavonius 1959: 9–10, 23).

1900-luvun alkupuolen tilanne ei ollut erityisen hyvä kunnanlääkäreiden työolosuhteiden kannalta. Lääkärit pyrkivätkin yhdenmukaistamaan sopimuksia siitä mitä kunnanlääkärin työn tulee sisältää ja millaiset ovat palkkaus ja muut työehdot. Kunnanlääkärin tilannetta saatiin hieman parannettua yhdessä Maalaiskuntien liiton kanssa laaditussa kunnanlääkärin ohjesäännössä vuonna 1921 (Lavonius 1959: 70–73).

Merkittävimpänä keinona kunnanlääkärin työn kehittämisessä oli varsinainen lainsäädäntötyö. Lakia yleisestä lääkärihoidosta, jossa tunnustetaan selkeästi lääkäreiden autonominen asema oli lääkäreiden puolelta pyritty ajamaan jo 1800-luvun lopulta saakka erityisesti Duodecimseuran kautta (Kauttu ja Kosonen 1985: 135–136, Konttinen 1991: 244). Suuntaviivat kunnanlääkärin aseman parantamiselle lainsäädännön kautta oli luotu jo vuonna 1906 Salzmanin komitean ehdotuksessa (Konttinen 1991: 245). Valmistelu oli julkisen vallan taholta hidasta, osin esimerkiksi 1930-luvun pula-ajan vuoksi. Laki saatiin lopulta säädetyksi vuonna 1939 ja se tuli voimaan vuonna 1943 (Lavonius 1959: 91).²

Uusi laki osaltaan mahdollisti lääkärivirkojen lisäämisen. Toisaalta laki ei erityisesti lisännyt

² Vuoteen 1910 mennessä olivat kunnanlääkärit suurin lääkäriyryhmä (Kauttu ja Kosonen 1985, 14). Vaikka kunnanlääkärit alkoivatkin yleistyä 1900-luvun alussa oli heistä edelleen krooninen pula. Esimerkiksi vuonna 1937 puuttui 118 kunnasta lääkäri (Komiteamietintö 1939:9).

kaivattua aputyövoimaa tai määrärahoja (Pesonen 1980: 417). Se selvensi lääkäreiden ammatillista asemaa ja takasi riittävän määrän liikkumattilaa ja itsenäistä päätäntävaltaa suhteessa kuntaan ja valtioon (Vuolio 1995, Jauho 2004). Lääkärillä oli nyt virkavelvollisuuksia, mutta samalla he olivat säätelystä vapaita ammatinharjoittajia (Vuolio 1995, Jauho 2004). Toimeentuloa saatiin entiseen verrattuna enemmän valtionavuin tuetun peruspalkan muodossa (Komiteamietintö 1939: 9).

Autonomian kannalta olennaista oli, että lais- ja yleisestä lääkärinhoidosta ei kuitenkaan voimakkaasti puututtu taloudellisiin kysymyksiin kuten erilliskorvausten perimismahdollisuuksiin. Jauhon (2004) mukaan lääkäriprofession autonominen asema oli mahdollista säilyttää kun kunnan ja valtion suhteet olivat epäselvät. Kun kunnille annettiin yhä enemmän velvollisuuksia päättää terveydenhuollostaan, mahdollisti tämä lääkäreille paikallisen sopimisen ja valtion määräysvallan välttelemisen. Samalla kunnanlääkäreiden asema selveni. Nyt lääkärit pystyivät vetoamaan yksiselitteisesti koko valtiota kattavaan lakiin, jos sopimus kunnan kanssa oli ongelmallinen (Vuolio 1995).

ENSIMMÄISET SAIRAUSVAKUUTUSEHDOTUKSET AIHEUTTAVAT LÄÄKÄREISSÄ PELKOA AMMATIN SOSIALISOINNISTA

Merkittävä mittari hyvinvointivaltion kehitystä tarkasteltaessa on pakollinen sairausvakuutusjärjestelmä. Vaikka Suomen sairausvakuutusjärjestelmä tuli voimaan poikkeuksellisen myöhään, niin itse lakia koskevia aloitteita ja komiteamietintöjä on tehty jo 1800-luvun lopusta lähtien (1921:22). Ennen lain voimaantuloa esillä olleista mietinnöissä ja ehdotuksissa osassa sairausvakuutus kattoi vain työssä olevan väestön (Niemi 2004: 91–94, Kangas 2006: 315).

Ensimmäiset hankkeet sairausvakuutuksen aikaansaamiseksi olivat yhtenä sysäyksenä sille, että liitto perustettiin vuonna 1910 (Äärimaa 1989: 475). Nyt ammattikunnalla oli yksi selkeä edunvalvoja (Rinne ja Jauhiainen 1988: 97). Linjat, jotka olivat nähtävissä myöhemminkin, alkoivat hahmottua heti liiton perustamisen jälkeen. Liitto toi esille lausunnoissaan ensimmäisiin sairausvakuutusehdotuksiin, kuinka ulkopuolelta tulevan määräysvallan katsottiin johtavan lääkäripalvelujen sosialisointiin, joka voi johtaa muun muassa palveluiden ylikäyttöön (Mannio 1967: 75–76, 143). Yhteistä kansallista tahtoa ei 1900-luvun kahtena ensimmäisenä vuosikymmenenä

kuitenkaan sairausvakuutuksen osalta ollut. Muut valtiolliset kysymykset kuten torppareiden asema olivat etualalla (Niemi 2004: 93). Liiton pelot terveydenhuollon sosialisoinnista olivat siis toistaiseksi turhia.

POLIITTINEN JÄRJESTELMÄ MAHDOLLISTAA LÄÄKÄRILIITON PAINOSTUSPOLITIIKAN

Vuonna 1926 perustettiin Väinö Tannerin vähemmistöperustettu sosiaalidemokraattihallitus. Se antoi vuoden 1927 alussa esityksen eduskunnalle sairausvakuutuksesta työväenvaltuutusmuotoisena (Niemi 2004: 94–99). Ehdotusta voi pitää ensimmäisenä vakavasti otettavana esityksenä sairausvakuutusjärjestelmän aikaansaamiseksi. Istuva eduskunta ei kuitenkaan ehtinyt käsitellä sitä. Vielä samana vuonna annettiin Tannerin hallituksen toimesta uusi vain pieniä muutoksia edelliseen verrattuna sisältänyt esitys (Haatanen 1992, 178–182).

Tannerin hallituksen hajottua joulukuussa 1927 tilalle tuli maalaisliittolainen hallitus. Maalaisliittolainen hallitus antoi loppuvuodesta 1928 oman ehdotuksensa vanhuus- ja työkyvyttömyyslaista. Tannerin hallituksen esitys sairausvakuutuksesta oli edelleen eduskunnassa käsiteltävänä. Nyt eduskuntakeskustelussa nousi esiin kysymys siitä, oliko Suomella taloudellisia mahdollisuuksia toteuttaa näitä kahta uudistusta samaan aikaan. Lopulta sairausvakuutuslaki kuitenkin hyväksyttiin eduskunnan äänestyksessä vuonna 1929 maalaisliiton voimakkaasta vastustuksesta huolimatta, mutta se joutui lepäämään määrävähemmistön vastustaessa ehdotusta lain kolmannessa käsittelyssä (Haatanen 1992: 178–182, Niemi 2004: 95–99).

Seuraavaksi sisäpoliittinen levottomuus lisääntyi, eduskunta hajotettiin ja uudet vaalit olivat tulossa syksyllä 1929. Ennenaikaisia vaaleja odotettaessa keskustelu kiihtyi myös valtakunnan tasolla ja puhuttiin jopa sairausvakuutusvaaleista (Haatanen 1992: 180–182). Lääkäriliitto puuttui keskusteluun syyskuussa 1929 tuomalla esille kielteisen kantansa sairausvakuutusesitykseen (Palmén 1930). Liitto ei toki suoralta kädeltä kieltänyt sairausvakuutuksen merkitystä, mutta totesi julkilausumassaan, että kyseessä olevaa lakiehdotusta ei tule hyväksyä (Susitaival 1960: 81–84). Lääkärikunnan puolelta epäiltiin, onko lain toteutumiselle taloudellisia voimavaroja. Eri-tyisesti taustalla olivat epäilyt lain aiheuttamista käyttäytymismuutoksista. Uhkaksi koettiin myös, että esityksen mukainen sairausvakuutus olisi este

vapaalle ammatinharjoittamiselle (Äärimaa 1989: 476).

Eduskunnassa parhaillaan olevaa esitystä vastustaakseen kutsuttiin saksalainen asiantuntija-lääkäri Specklin esitelmöimään Lääkäriliiton kokoukseen sairausvakuutuksesta vuoden 1929 syksyllä (Susitaival 1960: 84, 86–87). Esitelmä jaettiin myös eduskuntaan (Haatanen 1992: 181). Specklinin (1929) mukaan Saksan kokemus sairausvakuutuksesta osoitti, että lääketieteen yhteiskunnallistuminen synnyttää väärinkäytöksiä, kuten sairauksien teeskentelyä. Tämä taas johtaa menojen äkilliseen kasvuun. Kun liitto esitti lisäksi ajatuksen siitä, ettei lääkäreitä ole riittävästi, alkoivat eduskunnassa epäilyt (Kauttu ja Kosonen 1985, Haatanen 1992, 181). Eduskunnan pyytäessä lepäämään jätetystä laista lausunnon lokakuussa 1929 työväenasianvaliokunnalta, vastusti valiokunta voimaansaattamista. Yhtenä syynä työväenasianvaliokunnan kielteiselle suhtautumiselle pidettiin Suomen Lääkäriliiton lausunnon aiheuttamaa muutosta ajattelutavoissa (SLL 1960: 86–87, Mannio 1967: 75). Vielä samana vuonna juuri valittu eduskunta hylkäsi lain (Salmela 1967: 6–7).

SAIRAUSSVAKUUTUSKESKUSTELU RAUHOITUU HETKEKSI

1930-luvulle tultaessa siirryttiin jo aavistuksen vakaampiin hallitusoloihin, kun vuonna 1937 alkoi keskustan ja vasemmiston yhteistyö Cajanderin enemmistöhallituksessa (Nousiainen 2006: 206–207). Hallitusyhteistyötä on jopa pidetty merkittävänä perustana kansallisen konsensuspolitiikan synnylle (Paavonen 2006: 27). Sairausvakuutuksen ympärillä käytävä keskustelu oli kuitenkin selvästi työntynyt (Kangas 2006: 318–319). Terveydenhuollossa valmisteltiin sairaalalakeja ja kunnanlääkärin aseman parantamista.

Voimakkaasti uudelleen poliittiselle agendalle sairausvakuutus otettiin vuonna 1949 Mannion sosiaalivakuutuskomiteamietinnön valmistuttua (Komiteamietintö 1947:1 ja 1949: 23). Asiasta oli kuultu eri intressitahoja jo vuonna 1945, jolloin liitto oli esittänyt osittain kielteisen kantansa (Suonoja 1992: 466–467). Varsinaisesta valmiista mietinnöstä annetussa lausunnossa liitto toteaa, että vakuutus tulee toteuttaa asteittain huomioiden sen rasitus työkykyiselle kansanosalle. Liitto korosti myös potilaan valinnanvapautta lääkärin suhteen, jotta luottamuksellisen suhteen rakentaminen potilaan ja lääkärin välille olisi mahdollista. Edelleen pelkona olivat kansalaisten käyttäytymismuutokset. Siksi Lääkäriliiton kannan mu-

kaan potilaiden tulee osallistua hoitomenoihin ainakin osittain (Susitaival 1960: 130).

Vuonna 1949 valmistuneen komiteamietinnön perusteella tehty lakiehdotus annettiin eduskunnalle vasta vuonna 1954, mutta sitä ei ehditty käsitellä istuvassa eduskunnassa (Komiteamietintö 1959:6, Salmela 1967: 21–22). Lakiehdotuksen mukaan vakuutuksen oli tarkoitus kattaa vain yli 50 hengen työpaikat ja se tulisi voimaan asteittain. Ehdotusta pidettiin siksi liian kapealajaisena erityisesti sosiaalidemokraattien piirissä. Lopulta päädyttiin asettamaan Jylhän sairausvakuutuskomitea (Niemelä 1993: 90–91, 2004, 102). Komitea jätti mietintönsä vuonna 1959. Ehdotuksen mukaisesti sairausvakuutus tulisi nyt kattamaan koko väestön, mutta riittämättömien taloudellisten resurssien vuoksi olisi vakuutuksen piirissä ensimmäiset viisi vuotta vain työssäkäyvät (Komiteamietintö 1959: 6).

YLEINEN HYVINVOINTIKULTTUURIN MUUTOS VAIKUTTAA LÄÄKÄRILIITTOON

Vaikka toisen maailmansodan jälkeen tavoitteeksi Suomessa tuli yhä enemmän enemmistöparlamentarismi muiden Pohjoismaiden mallia seuraten, myös vähemmistöhallituksia muodostettiin (Nousiainen 2006: 219). Lisäksi 1950-luvun loppupuolella yhteiskunnallinen tilanne oli edelleen herkkä ja parlamentaarinen järjestelmä epävakaa (esim. Bergholm 2007: 475, 478). Vuonna 1956 oli yleislakko ja vuonna 1958 voimakkaita mielenosoituksia sosiaaliturvan puolesta sekä hallituksen kaatuminen (esim. Uljas 2005). Toisaalta hyvinvointikulttuuri alkoi muuttua kun poliittinen oikeisto luopui taloudellisen liberalismin periaatekannastaan (Paavonen 2006: 28). Lisäksi paine sosiaalipoliittisen lainsäädännön uudistuksiin oli ylipäätään voimakas ja työmarkkinajärjestöjen suhteet muutoksessa (Bergholm 2007).

Hyvinvointikulttuurin vähittäinen muutos 1950-luvulla vaikutti kiistatta myös Lääkäriliittoon. Se suhtautui entistä myönteisemmin sairausvakuutuslakiin (Pesonen 1973: 162–163). Lääkäriliiton periaateohjelmassa vuonna 1959 todetaan, että sairausvakuutusta ei tule vastustaa, mutta se tulee järjestää maamme oloihin soveltuvaiksi. Liiton lausunnossa Jylhän sairausvakuutuskomitean mietintöön esitettiin vain muutamia muutoksia esimerkiksi karensiajan pidentämisen osalta (Komiteamietintö 1959:6). Toisaalta vanhat uhkakuvat nousivat esille vielä 1950-luvun loppupuolellakin. Liiton toiminnanjohtaja Jäämeri (1956) toi esille, että lääkärinkunnan kanta

sairausvakuutusta kohtaan on yleisesti myönteinen ja kysymys on lähinnä siitä kuinka vakuutus toteutetaan ilman että kansalaisten keskuudessa syntyy vapaamatkustusta tai yleistä moraalin hölymystä.

TOINEN INSTITUTIONALISOITUMINEN JULKISEEN SEKTORIIN

Jylhän vuonna 1959 valmistuneeseen mietintöön tarvittiin lisää tarkennuksia ja siksi vuonna 1961 asetettiin Mäkelän pikakomitea valmistelemaan hallituksen esitystä (Komiteamietintö 1959: 6, 37, Suonoja 1992: 468–469). Eduskunnan hajottaminen keskeytti lainvalmistelun taas hetkeksi (Suonoja 1992: 468–469).³ Vuonna 1962 valittiin Karjalaisen enemmistöhallitus, jossa oli suurimista puolueista Maalaisliiton ja Kokoomuksen edustus (Uljas 2005: 196). Uusi hallitus otti ohjelmaansa yleisen sairausvakuutuksen ja antoi eduskunnalle marraskuussa 1962 esityksen. Tässä vaiheessa kysymys oli enää organisointitavasta, koska lailla oli eduskunnan enemmistön kannatus (Salmela 1967: 22, Kangas 2006: 320–321). Aikaisemmat komiteat olivat ehdottaneet toimeenpanijoiaksi kassoja. Lopulta hallituksessa enemmistö kannatti virastolinjaa ja sellaisena lähti myös ehdotus eduskunnalle. Lakia ei enää eduskunnan käsittelyssä muutettu ja se sai hyväksynnän 4.7.1963 tullen voimaan asteittain (Salmela 1967: 22).

Lopullisessa hallituksen esityksessä eduskunnalle liiton aiemmin mainitsemat epäkohdat oli osin otettu huomioon (SLL 1962). Lääkärin riittämättömän määrän vuoksi vakuutus päätettiin toteuttaa asteittain. Olennaisista vaatimuksista toteutui myös vapaa lääkärinvalinnan periaate sekä väärinkäytösten estämiseksi vaaditut karensisajat päivärahan saannissa ja omavastuut maksuissa (SLL 1963). Liitto ei suoranaisesti ottanut kantaa organisointitapaan, vaikkakin työpaikkakassat tulisi sen mukaan säilyttää (SLL 1963). Toisaalta liitto toi esille kuinka virastolinjan kautta mahdollistuisi varojen käyttäminen myös yleisempään sairauksien ehkäisyyn (Sosiaalivaliokunnan pöytäkirjat 1963).

Ruotsissa sosiaalidemokraattien voimakasta politiikkaa on pidetty tärkeänä tekijänä sairausvakuutusjärjestelmän läpiviemiseksi (Immergut 1992: 17). Suomessa tilanne ei ollut aivan näin

yksiselitteinen. Vuosien 1957–1967 välisenä aikana hallitusvalta siirtyi nimittäin oikealle (Nousiainen 2006: 222). Yleisesti merkittävänä syynä lain läpimenoille on nähty Maalaisliiton muuttunut suhtautuminen. Maalaisliiton mielenkiintoa alun perin vähentävä tekijänä oli, että kaikissa esityksissä vakuutusta ei haluttu toteutettavan univertsaalisti (Kangas 1991). Toisaalta kansaneläkeuudistukset ja työeläkejärjestelmän luominen vähensivät kiinnostusta sairausvakuutukseen (Niemelä 2004: 95). Lisäksi syynä sairausvakuutuksen myöhäisyydelle voidaan pitää, että sisäpolitiikka oli pitkään ailahtelevaista ja modernisoituminen tapahtui myöhään (Niemelä 2004: 111). Näin perustelut siitä, että maan taloudellisten voimavarojen ja lääkäriytyövoiman ei uskottu olevan riittäviä, olivat vakuuttavia (Salmela 1967: 20–21).

Toisaalta suomalaiset lääkärit toivat pian sairausvakuutuksen voimaantumisen jälkeen esille, kuinka se oli toiminut paremmin kuin etukäteen odotettiin (SLL 1965 ja 1965a). Olennaista oli, että vaikka sairausvakuutus vahvisti julkisen sektorin puuttumista lääkäriprofession toimintaan, samaan aikaan järjestelmän perustaminen merkitsi tukea yksityisen sektorin hoidolle.

PERUSTERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENTUMINEN

PERUSTERVEYDENHUOLTOA TULEE KEHITTÄÄ

Ensimmäisen kerran ajatus varsinaisesta kansanterveysjärjestelmästä oli eduskunnassa esillä vuonna 1950, kun tehtiin aloite kansanterveyspalveluiden edistämiseksi (Pesonen 1980: 487, 689). Aloitetta ei vielä tuolloin käsitelty eduskunnassa laajemmin. Sairausvakuutuksen ohella sairaalajärjestelmän rakentaminen oli heti toisen maailmansodan jälkeen merkittävämmässä roolissa terveydenhuollon kehittämisessä.

Vaikka vuoden 1943 laki yleisestä lääkärinhoidosta paransi lääkäreiden asemaa, niin itse perusterveydenhuollon järjestelmä oli edelleen kehittymätön. Järjestelmän ongelmat merkisivät, että lääkäreiden taholta kunnanlääkärijärjestelmä alettiin nähdä kestävämmänä jo 1950-luvulla (Kauttu ym. 1983: 14). Osin syynä oli aliresursoitu perusterveydenhuolto. 1950–1960-luvuilla Suomen Lääkäriliitto ehdottikin useaan otteeseen, että sairaanhoidon eri muotoja eli sairaalahoitoa ja avohoitoa ei tulisi erottaa hallinnollisesti (Kauttu ja Kosonen 1985: 152). 1960-luvulla liit-

³ Merkittävää oli, että sairausvakuutusta käsittelevä erityisvaliokunta oli ehditty perustaa. Erityisvaliokunta toimi sairausvakuutuksen valmistelijana kansanedustajien lakialoitteiden pohjalta (Suonoja 1992, 468).

to toi myös esille kuinka sairausvakuutusvaroista tulisi varata rahaa ennaltaehkäisyyn. Tehokkaalla avohoidolla voitaisiin keventää sairaalalaitoksen paineita (SLL 1968).

KANSANTERVEYSLAKIA VALMISTELLAAN

Suomalainen yhteiskunta oli 1960-luvun alussa modernisoitumassa voimakkaasti. Vuonna 1961 oli tullut voimaan kattava työeläkejärjestelmä ja vuonna 1964 sairausvakuutusjärjestelmä (Julkinen ja Vauhkonen 2006). Sekä työeläkejärjestelmän että erityisesti sairausvakuutuksen taustalla oli pitkä poliittinen kamppailu. Niiden voimaantumisen voidaan lopulta ajatella heijastaneen yhteiskunnallisen konsensuksen vahvistumista.

Koko maan kattava terveydenhuoltojärjestelmä oli kuitenkin edelleen kehittymätön. Merkittävänä keskustelunherättäjä toimi 1960-luvun alussa Pekka Kuusi (1961: 253–282), joka toi esille kuinka terveystaloudellisuus on merkittävä keino vaikuttaa sosiaaliseen ja alueelliseen tasa-arvoon. Kuusi näki merkittävänä ongelmana juuri sairaalainvointisuuden ja ehdotti kunnanlääkärin virkojen poistamista sekä terveysasemien perustamista, joissa toimisi 4–6 lääkärinä.

Terveydenhuollon uudenlaista kohdentamista varten oli vuonna 1960 asetettu kansanterveyskomitea. Lääkäriliitto reagoi kansanterveyskomitean mietintöön kun vuonna 1964 se ja Maalaiskuntien Liitto asettivat työryhmän. Tarkoituksena oli esittää komitealle ehdotuksia työn alla olevan lainsäädännön muokkaamiseksi. Käytyjen neuvottelujen myötä tuotiin esille kuinka 1960-luvun alun kunnallinen jaoitus ei kaikoin osin ole tarkoituksenmukainen tehokkaan palvelutuotannon kannalta ja siksi kunnanlääkäripiirissä tulisi olla vähintään kaksi virkaa. Tulisi myös huolehtia siitä, että lääkärit eivät suorita muita kuin työn ytimeen kuuluvia tehtäviä (SLL 1965b).

Varsinainen kansanterveyskomitean mietintö (1965: B 72) valmistui vuonna 1965. Mietinnössä ei otettu huomioon sairausvakuutuksen rahoituksen olemassaoloa vaan jo alusta alkaen kansanterveysjärjestelmä muutoutui erilliseksi. Komiteamietinnössä tuotiin esille, että tarkoituksenmukaisinta olisi uudelleenjärjestää kunnanlääkärilaitos muodostamalla neljän tai viiden lääkärin asemia ja luopua yhden lääkärin piireistä, mikäli maantieteelliset syyt eivät ole esteenä. Komitea myös ehdotti, että lääkärit luopuvat ei-sairahoidollisista tehtävistä, jotka eivät vaadi lääkärin ammattipätevyyttä. Näin ollen katsottiin olevan tarpeen myös palkata riittävästi apuhenkilökun-

taa kuten hoitoapulaisia. Lisäksi koulutusmäärien lisäämistä suositeltiin.⁴

Valmiiseen mietintöön liittyvä lausuntokierros oli kokonaisuudessaan pitkä (Pesonen 1973: 202). Liitto oli tutkinut tehdyt ehdotukset ja pyytänyt lausuntoja asiantuntijoilta ja jäsenistöltään (Kosonen 1965). Lausuntojen mukaan liitto ei varsinaisesti vastustanut kansanterveyslakia (SLL 1965c). Liiton mukaan komitean mietintö liikkui liian yleisellä tasolla. Siinä esitettiin vain miten vastuu sekä kustannukset tulisi jakaa, mutta ei sitä, kuinka kansanterveyttä konkreettisesti parannetaan (SLL 1966). Merkittävin asia lausunnossa oli perustelu siitä, että kansanterveyslain syntyminen komitean esittämässä muodossa joutaisi mahdollisesti lääkärinkunnan ja valtion väliseen konfliktiasemaan, koska laki tekisi lääkäreistä virkamiehiä (SLL 1965c). Erityisesti kunnanlääkäriltäksän sitomista sairausvakuutuksen palautustaksaan pidettiin arveluttavana toimenpiteenä, koska se mitätöi yhden sairausvakuutuksen olennaisista periaatteista eli puuttumattomuuden lääkärin ja potilaan väliseen suhteeseen (SLL 1965c). Yksi osa luottamuksellista potilaan ja lääkärin suhdetta kun oli, että lääkäri voi määrätä itse taksansa (Suonoja 1992: 523).

Lopulta vuoden 1965 komitean ehdotus sai julkisessa poliittisessa debatissa osakseen niin paljon arvostelua, että sen aikaansaannoksia korjaamaan asetettiin toimikunta sisäasiainministeriön toimesta vuonna 1967. Toimikunnan tuli saattaa työnsä päätökseen vuoden 1969 toukokuun loppuun mennessä (Vauhkonen 1978: 66–67). Varsinainen mietintö jätettiinkin vuonna 1969. Mietinnössä oli konkreettisesti esitetty kansanterveystyön järjestäminen. Siinä painotettiin enemmän hallinnon keskittämisen merkitystä kansanterveystyön toimeenpanossa. Terveyskeskuksen toimintapiiriin tuli sen mukaan kuulua 10 000–13 000 asukasta, mutta jossain tapauksissa katsottiin alle 8 000 asukasta olevan riittävä määrä (Komiteamietintö 1969: A 3). Kansanterveystoimikunnan mietinnön pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö laati vuonna 1970 lakiluonnoksen. Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti luonnoksen intressiryhmille, kuten Lääkäriliitolle (Suono-

⁴ Terveydenhuoltoa kehittääkseen liitto oli myös alkanut suorittaa vuonna 1962 avohoitoa koskettavaa tutkimusta (SLL 1962a). Myöhemmin 1960-luvun puolivälissä se perusti ns. avohoitotoimikunnan (Kosonen 1966). Lisäksi vuonna 1969 perustettu lääkärikeskusten yhdistys ajoi avohoidon kehittämistä (SLL 1966, 1971, Karvonen 1969).

ja 1992: 525). Lääkäriliiton antaman lausunnon mukaan lakiluonnoksen merkittävin kohta oli, että kiinnitettiin huomiota riittävän suurien toimintayksiköiden luomiseen (SLL 1970).

Hallitus ei voinut valmistaa lakiluonnosta eduskuntaan heti (Suonoja 1992: 526).⁵ Osin syynä oli eduskunnan kevään 1971 kriisi, jonka yhteydessä sosiaalidemokraatit asettivat ehdoksi hallitukseen tulolleen ilmaispalveluperiaatteen perusterveydenhuollossa. Vaatimus hyväksyttiin ja sosiaali- ja terveystoimi asetti työryhmän tutkimaan ilmaispalveluperiaatteen mukaista ratkaisua ja sen pohjalta hallitus antoi esityksensä eduskunnalle syksyllä 1971 (Suonoja 1992: 525–526). Eduskuntakeskustelussa oli erimielisyyksiä siitä miten kauan lakia oli todellisuudessa valmisteltu. Osa edustajista oli sitä mieltä, että laki tuli voimaan liian pian. Lisäksi erityisesti kokoomuksessa epäiltiin, että samanaikaisesti toteutettavalla lääkäreiden kokonaispalkkauksella ja ilmaispalveluiden tarjonnalla ei ole taloudellisia toteuttamismahdollisuuksia (Valtiopäivien pöytäkirjat 1971 II ja III, Suonoja 1992: 526–527). Toisaalta tiedostettiin, että sairausvakuutuslaki oli riittämättömän avoimuuden tavoitteisiin nähden (Eduskunnan sosiaalivaliokunta 1971).

LIITTO SULJETTIIN ULOS PÄÄTÖKSENTEKO-PROSESSISTA

1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alussa alkoi mediassa esiintyä kritiikkiä, joissa esitettiin, että Lääkäriliitto on pyrkinyt tarkoituksenmukaisesti rajoittamaan lääkärimäärää. Yleisemminkin negatiivinen mediajulkisuus lääkäreitä kohtaan lisääntyi (SLL 1968a ja 1968b) eikä Lääkäriliitto saanut käsityksiään lehtien palstoille (SLL 1972). Osin syynä oli, että puoluepolitiikan voimistuminen vaikutti myös julkisen sanan eli toimittajien suhtautumiseen liittoon (SLL 1971, 1972, Rokkanen 1985).

Liitto pelkäsi, että kansanterveyslakiin on viimeisissä käsittelyissä kytketty seikkoja, jotka eivät siihen alun perin kuuluneet (SLL 1971 a ja d). Vuoden 1971 aikana liitto ei nimittäin useaan kuukauteen saanut tietoa lakiesityksen sisällöstä ja aikataulusta (SLL 1971c). Lopulta kun hallituksen esitys eduskunnalle kansanterveystyöstä annettiin, lakiehdotus oli muuttunut niin, että

terveyskeskusten palveluista kaavailtiin valtaosin ilmaisia (SLL 1971).

Vasta syksyn 1971 eduskuntakäsittelyn aikana liiton edustajat kutsuttiin antamaan lausunnot (SLL 1971). Liitto toi esille kuinka ilmaispalvelut johtavat lääkäri työvoiman epätarkoituksenmukaiseen käyttöön ja siksi tulisi tutkia, että mikä on omavastuuosuuksien merkitys palveluiden kysynnän säätelyssä. Myös lääkäreiden työn kasvu ja toisaalta työvoimapula esitettiin yhdeksi ongelmaksi. Lain kokeilutoiminnan ei myöskään katsottu olleen vielä riittävää ja toimeenpanoa haluttiin siirtää vuodelle eteenpäin (SLL 1971b ja 1971 c).

Lokakuussa 1971 eduskunta hajotettiin, mutta lausunnot talous- ja sosiaalivaliokunnilta ehdittiin pyytää, koska esitys haluttiin käsitellä ennen helmikuun vaaleja (Eduskunnan sosiaalivaliokunta 1971; Eduskunnan talousvaliokunta 1971). Valiokuntien lausunnoissa puollettiin maksuttomuutta. Seuraavaksi eduskunta hyväksyi lain heti vuoden alussa ja se astui voimaan 1.4.1972 (Valtiopäivien pöytäkirjat 1971 II ja III, myös Suonoja 1992: 526–527). Näin lainsäädäntövaihe oli erittäin nopea aikataulultaan, vaikka poliittisista puolueista SMP, SKDL ja Kokoomus esittivät ponsiesitykset lakiehdotukseen. Kyseisten puolueiden muutosehdotuksissa oli joiltain osin otettu myös huomioon liiton näkökohtia, mutta ehdotukseen ei kuitenkaan tehty lopulta muutoksia (SLL 1972c). Kun laki oli saatu valmiiksi, liiton kannanotoissa oli havaittavissa epäilyä lähinnä sen vuoksi, että kustannusten katsottiin olevan suuret (Kosonen 1972).

KOLMAS INSTITUTIONALISOITUMINEN JULKISEEN SEKTORIIN

Kansanterveyslain hyväksymisen yhdeksi syyksi voidaan laskea, että vuosien 1964–1972 välisestä kahdeksasta hallituksesta kuusi oli enemmistökoalitioita ja poliittiset instituutiot osin vakiintuivat, vaikka hallitukset vielä vaihtuvat usein. Lisäksi sairausvakuutuslain kokemukset olivat myönteisiä, mutta samalla se todettiin riittämättömäksi. Tässä suhteessa kyse on luotujen instituutioiden synnyttämästä palautevaikutuksesta: sairausvakuutus oli sinänsä toimiva, mutta riittämättömän perusterveydenhuollon toimivuuden kannalta.

Kansanterveyslaki oli puitelaki, ja sen sisältö koski kansanterveystyön hallinnon ja rahoittamisen järjestämistä, mutta vastuu toteuttamisesta oli paikallisella tasolla. Laki merkitsi, että siirryttiin terveyskeskuslääkärijärjestelmään ja samalla

⁵ Vuosien 1970 ja 1971 valtiopäivien aikana tehtiin 25 laki- tai toivomusaloitetta terveydenhuoltoon liittyen. Aloitteita käsiteltiin talousvaliokunnassa yhtä aikaa hallituksen esityksen kanssa ja todettiin, että ne kattoivat lakiesityksen ehdotukset (Vauhkonen 1978, 67).

perustyöaika lääkäreillä muuttui 52 tunnista 37 tuntiin. Käyttöön otettiin lisätyöajan ja päivistyksen käsitteet (Laki kansanterveystyön voimaantulo 1972). Myös lääkärien määrän lisäämiseen kohdistui vielä aiempaakin suuremmat paineet. Lisäksi kansanterveyslain voimaantulo merkitsi, että naislääkäreistä tuli perusterveydenhuollon voimakkaasti kasvava ryhmä (Riskä 1993: 157).

Kansanterveyslain voimaantulo viimeisteli terveydenhuollon yhteiskunnallistumiskehityksen ja terveyskeskusten perustamisen myötä katosi lääkäri-instituutiosta loputkin vapaan profession piirteet (Rinne ja Jauhiainen 1988: 116–117). Liiton piirissä huolta kannettiin siitä, että lääkärintyön luonne muuttuisi osana terveydenhuoltokoneistoa (SLL 1972b). Toisaalta nyt kokonaisuutena oli mahdollisuus vaikuttaa, vaikka samalla taloudellinen autonomia osin heikkeni. Erityisesti palkkauskykyksen ympärillä käytiinkin keskustelua liiton piirissä vielä sen jälkeen kun lain voimaantulo oli päätös. Jo lakia suunniteltaessa koettiin kokonaispalkkausjärjestelmään siirtyminen ongelmalliseksi (Kosonen 1971, Rokkanen 1985).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomen perusterveydenhuollossa lääkäreiden autonomian kannalta merkittävä muutos oli vuonna 1943 voimaantullut laki yleisestä lääkärinhoidosta. Se muutti kunnanlääkärin asemaa virkamiesmäisemmäksi, mutta vapaan profession piirteet säilyivät edelleen. Tässä artikkelissa tätä vaihtoa nimitetään ensimmäiseksi institutionalisoitumiseksi julkiseen sektoriin. Toisella institutionalisoitumisella julkiseen sektoriin viitataan sairausvakuutuslain syntyyn vuonna 1964. Sairausvakuutus oli merkittävä, koska sen myötä julkinen sektori pystyi välillisesti säätelemään hintoja korvaustaksojen säätelyn kautta. Kolmas institutionalisoituminen julkiseen sektoriin tapahtui vuoden 1972 kansanterveyslain myötä, kun lääkäristä tuli säädely virkamies.

Tulkintani mukaan julkinen puuttuminen nähtiin uhkaksi lääkäreiden taholta, mutta se koettiin yhä pienemmäksi hyvinvointivaltion laajentuessa ja samalla pohjoismaisen hyvinvointi-

kulttuurin vakiintuessa. Näin kansainvälisen tutkimuksen väite lääkärien ehdottoman kriittisestä suhtautumisesta julkisen sektorin puuttumiseen ei pidä paikkaansa Suomen tapauksessa (myös Riskä 1993). Enemminkin kyse on ollut siitä, että Lääkäriliitto on ollut argumenteillaan vain osittain jarruttamassa terveydenhuollon järjestelmä uudistuksia. Liitto on toiminut osittaisena jarruttajana kolmenlaisin argumentein: potilaiden etu, kannustinongelmat ja lääkärien riittämättömyys. Perustelut pysyivät samana koko tarkasteluajanjakson, mutta argumentit eivät olleet enää yhtä kärjistettyjä julkisen terveydenhuollon laajetessa, vaan epäilykset nousivat lähinnä esiin satunnaisesti.

Erityisesti perustelu potilaan edusta on ominaista professionille. Professionihanteen mukaisesti lääkäri toimii aina ensisijaisesti potilaan hyväksi eikä anna kolmannen osapuolen kuten valtion haitata tätä luottamuksellista suhdetta (esim. Konttinen 1991). Korkeaan ammattietiikkaan kuuluu ryhmän sisäinen kontrolli ja sen ajatellaan osin korvaavan ulkoisen kontrollin (Jauho 2004: 88). Lääkäriliitto viittasi eri aikakausina argumenteissaan siihen kuinka julkisen sektorin palveluiden käyttö ilman omavastuuosuuksia merkitsee turhien käyntien lisääntymistä. Omavastuuosuuksilla taas kannustetaan oikeanlaiseen palveluiden käyttöön. Myös lääkärien riittämättömyys oli Lääkäriliiton kestoargumentti.

On selvää, että lääkäreiden välillä oli eroja suhtautumisessa sairausvakuutukseen ja kansanterveyslakiin. Lääkäreillä, jotka hoitivat vähemmän maksukykyisiä potilaita, oli suurempi hyöty valtion maksamista sairausvakuutuskorvauksista tai palkasta (myös Immergut 1992: 48). Suomessa ei myöhään modernisoituneena maana ollut sellaista keskiluokkaa, jonka kautta lääkärit olisivat laajalti voineet toimia menestyksekkäästi vain työskentelemällä yksityisillä markkinoilla (esim. Julkunen 1994: 203). Näin valtio on itse asiassa taannut lääkäriprofession riittävän tulonmuodostuksen erityisesti maaseudulla. Varjopuolena oli, että samalla julkinen sektori pystyi välillisesti säätelemään lääkäreiden tulonmuodostusta.

The Finnish public health care system was built primarily after the Second World War. This article describes how physicians became public servants at the same time as The Finnish health care system developed universalistic. The article also describes how The Finnish Medical Association has made its own politics in this process. We pay attention to the following reforms: (1) The Law on Medical Treatment in 1943, (2) The National Sickness Insurance System in 1964, (3) The Primary Health Care Act in 1972. Since these reforms physicians were transformed into tightly controlled civil servants for primary health care. The theoretical part of the article discusses the relationship between a medical profession and the institutions. The main data consists of differ-

ent historical documents. The method is historical content analysis. Throughout the period under review, the results suggest that The Finnish Medical Association has been critical towards these three reforms. The threat from the public sector declines when the welfare state enlarges. The international study argues that physician associations are very critical towards public health care sector reforms (especially in the case of mandatory sickness insurance). This is not true in the case Finland. The Finnish Medical Association has been partially restraining public health care reforms using three different arguments: the patients' best, incentive problems and the low number of physicians.

KIRJALLISUUS

- Arter D. Scandinavian politics today. Manchester University Press, Manchester 1999.
- Bergholm T. Suomen mallin synty. Yhteiskuntapolitiikka 2007:72:475–492.
- Bucher R, Strauss A. Professions in Process. American Journal of Sociology, 1961:66:325–334.
- Eduskunnan sosiaalivaliokunta. Lausunto n:o 3 hallituksen esityksen johdosta kansanterveystyöstä ja sen voimaannapanosta annettaviksi laiksi, 1971.
- Eduskunnan talousvaliokunta. Lausunto n:o 1 hallituksen esityksen johdosta kansanterveystyöstä ja sen voimaannapanosta annettaviksi laiksi, 1971.
- Evetts J, Dingwall R. Professional occupations in the UK and Europe: legitimation and governmentality. International Review of Sociology 2002:12:159–171.
- Forsten T. Valiokuntapalapelit eduskunnassa. Valiokuntajäsenyydet 1945–2002. Turun yliopisto, Turku 2005.
- Freeman R. Institutions, States and Cultures: Health Policy and Politics in Europe. Teoksessa Clasen J. (toim.) Comparative Social Policy. Concepts, Theories and Methods. Blackwell Publishers, Oxford 1999, 80–94.
- Freidson E. Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy. Polity Press, Cambridge 1994.
- Haatanen P. Elämän varjopuolelle joutuneiden parissa. Sosiaaliministeriö 1917–1939. Teoksessa Haatanen P, Suonoja K. (toim.) Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. Sosiaali- ja terveysministeriö & VAPK-kustannus, Helsinki 1992, 17–319.
- Helander V. Etujärjestöt ja komitealaitos. Tutkimus etujärjestöjen korporatiivisuontoisesta osallistumisesta valtiohallintoon komitealaitoksen kautta toisen maailmansodan jälkeisessä Suomessa. Statsvetenskapliga institutionen vid Åbo Akademi & Turun yliopiston politiikan tutkimuksen ja sosiologian laitos, Turku 1979.
- Hidén M. Juridiikkaa ja muoroja eduskuntatyössä. Teoksessa Hidén M, Honka-Hallila H. Miten eduskunta toimii. Edita Prima Oy & Suomen Eduskunta, Helsinki 2006, 9–180.
- Howlett M, Ramesh M. Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems. Oxford University Press, Oxford 1995.
- Hyppölä H. Development and Evaluation of Undergraduate Medical Education in Finland. Kuopion yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Kuopio 2001.
- Hyppölä H, Virjo I, Mattila K, Kumpusalo E, Kujala S, Halila H, Luhtala R, Neittaanmäki L, Isokoski M. Lääkäri 98. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987–1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aikaisemmin. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2000.
- Immergut E M. Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge University Press, Cambridge 1992.
- Jauho M. Valtion rakentaminen, lääkärikunnan ammatillistuminen ja valistuneen maallikon synty. Teoksessa Henriksson L, Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Gaudeamus, Helsinki 2004, 84–109.

- Julkunen R. Hyvinvointivaltiollisen profession katkos. *Tiede & Edistys*, 1994:19:190–213.
- Julkunen R, Vauhkonen J. Suomalainen ihme – työeläkejärjestelmän synty. Teoksessa Saari J. (toim.) Historiallinen käänne. Johdatus pitkän aikavälin historian tutkimukseen. Gaudeamus, Tampere 2006, 289–319.
- Jäämeri K.E.U. Sairausvakuutuksesta. Suomen Lääkärilehti, 1956:11:542–552.
- Kangas O. Poliittikka ja sosiaaliturva Suomessa. Teoksessa Paavonen T, Kangas O. Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana. Suomen eduskunta ja Edita, Helsinki 2006, 9–187.
- Kangas O. Instituutiot ja ajoitus – lainsäädäntötavan vaikutus sosiaalivakuutuksen ajoitukseen. Teoksessa Saari J. (toim.) Instituutiot ja sosiaalipoliittikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki 2003, 93–111.
- Kangas O. The Politics of Social Rights. Studies on the Dimensions of Sickness Insurance in OECD Countries. Tukholman yliopisto, Swedish Institute for Social Research, Tukholma 1991.
- Karvonen M. J (Suomen Lääkäriliiton hallituksen puheenjohtaja 1969). Avohoito 1975. Suomen Lääkärilehti 1969:33:3080–3081.
- Kauttu K, Reinilä A-M, Voutilainen A. Kunnanlääkärin työ ja elämä. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki 1983.
- Kauttu K, Kosonen T. Suomen Lääkäriliitto 1910–1985. Suomen Lääkäriliitto & Gummerus Oy, Helsinki 1985.
- Konttinen E. Perinteisesti moderniin. Profioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa. Vastapaino, Jyväskylä 1991.
- Komiteamietintö 1921:22. Sosiaalivakuutuskomitean mietintö sairaus- ja eläkevakuutuksen järjestämiseksi Suomessa, 1921.
- Komiteamietintö 1939: 9. Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen, 1939.
- Komiteamietintö 1947:1. Sosiaalivakuutuskomitean mietintö n:o. Sosiaalivakuutuksen kehittämisestä ja laajentamisesta, 1947.
- Komiteamietintö 1949: 23. Sosiaalivakuutuskomitea, 1949.
- Komiteamietintö 1959:6. Sairausvakuutuskomitean mietintö, 1959.
- Komiteamietintö 1965: B 72. Kansanterveyskomitean mietintö, 1965
- Komiteamietintö 1969: A3. Kansanterveystoimikunnan mietintö, 1969.
- Komiteamietintö 1987:34. Sairausvakuutuksen kehittämis-toimikunnan mietintö, 1987.
- Korpi W. The Democratic Class Struggle. Routledge, Lontoo 1983.
- Kosonen T (Suomen Lääkäriliiton toiminnanjohtaja 1969–1982). Yksi vaikeus vähemmän (pääkirjoitus). Suomen Lääkärilehti 1972:27:994–995.
- Kosonen T. Kunnallislääkärit ja kokonaispalkkaus (pääkirjoitus). Suomen Lääkärilehti 1971:26: 3346.
- Kosonen T. Työtä yksityispraktiikan ja avohoidon kehittämiseksi (pääkirjoitus). Suomen Lääkärilehti 1966:20.
- Niemelä H. Suomen sairausvakuutusjärjestelmän synty. Teoksessa Hellsten K, Helne T. (toim.) Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2004, 90–116.
- Nousiainen J. Suomalainen parlamentarismi. Teoksessa Jyräni A, Nousiainen J. Eduskunnan muuttuva asema. Suomen eduskunta ja Edita Prima, 179–335, 2006.
- Nousiainen J. Suomen poliittinen järjestelmä. WSOY, Helsinki 1998.
- Paavonen T. Talouden kehitys ja talouspolitiikka hyvinvointivaltion kaudella. Teoksessa Paavonen T, Kangas O. Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana. Suomen eduskunta ja Edita, Helsinki, 9–187, 2006.
- Palmén A.J. Piirteitä pakollisen sairausvakuutuksen varjopuolista, etupäässä lääkärin näkökannalta. Sosiaalinen aikakauskirja 1930:20:363–369.
- Pesonen Niilo. Terveiden puolesta – sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. WSOY, Porvoo 1980.
- Pesonen Niilo. Lääkärinä ja virkamiehenä. Lääkintöhallituksen entinen pääjohtaja muistelee. WSOY, Porvoo 1973.
- Pfau-Effinger B. Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation. *Journal of Social Policy* 34:2005:3–20.
- Pierson, P. Politics in Time. History, institutions and social analysis. Princeton University Press., Princeton & Oxford, Oxford 2004.
- Rinne R, Jauhainen A. Koulutus, professionaalistuminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, Turku 1988.
- Riska E. Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Social Science and Medicine* 2001:52:179–187.
- Riska E. The Medical Profession in the Nordic Countries. Teoksessa Hafferty W, McKinlay J B. (toim.) The Changing Medical Profession. An International Perspective. Oxford University Press, New York 1993, 150–161.
- Rokkanen P (Suomen Lääkäriliiton hallituksen puheenjohtaja 1970–1972). Kansanterveyslain toteuttamisen kulohälytystilä (pääkirjoitus). Suomen Lääkärilehti 1972:27:2210–2211.
- Rokkanen P. (Lääkäriliiton hallituksen puheenjohtaja 1970–1972). Haastattelu, kirjoittaja Marjut Reivilä. Kausi kansanterveyslain katveessa. Suomen Lääkärilehti 1985:40:470–471.
- Salmela A. Kansaneläkelaitos 1937–1967. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1967.
- Salter B. Governing UK medical performance: A struggle for policy dominance. *Health Policy* 2007:82:263–275.
- Sosiaali- ja terveystoiministeriö. Lääkäriksi ja hammaslääkäriksi koulutettavien määrä ja työttöisyydet vuoteen 2000. Lääkäri- ja hammaslääkäri-

- työvoiman laskentatyöryhmän muistio. Työryhmämuistio 1979:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1979.
- Sosiaalivaliokunnan lausunto. Lausunto talousvaliokunnalle, 1971.
- Sosiaalivaliokunnan pöytäkirjat 28.11.1962–23.4.1963.
- Susitaival P. Suomen Lääkäriliitto 1910–1960. Suomen Lääkäriliitto, Vammala 1960.
- Specklin P. Kaksi esitelmää sairausvakuutuksesta. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki 1929.
- Suomen sosiaaliturvajärjestelmien synty 1945–1990. Teoksessa Haapala P. (toim.) Hyvinvointivaltio ja historian oikut. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Tampere 1993, 88–110.
- Suonoja K. Kansalaisen parhaaksi – yhteistuntoa ja politiikkaa. Teoksessa Haatanen Pekka, Suonoja Kyösti. (toim.) Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. Sosiaali- ja terveysministeriö & VAPK-kustannus, Helsinki 1992, 323–739.
- Tousijn W. Medical Dominance in Italy: A Partial Decline, *Social Science & Medicine* 55 2002:55:733–741.
- Työväenasiainvaliokunnan mietintö nro 2, II valtiopäivät, 1929.
- Uljas P. Taistelu sosiaaliturvasta. Ammattiyhdistysväen toiminta sosiaaliturvan puolesta 1957–1963. Like, Helsinki 2005.
- Valtiopäivien pöytäkirjat, II & III, 1971.
- Vauhkonen O. Yleiskatsaus lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja nykytilaan. Teoksessa Vauhkonen O, Laurinkari J, Bäckman Guy. Suomalaista terveyspolitiikkaa. WSOY, Porvoo 1978, 7–122.
- Vuolio, V. Kunnanlääkärit, autonomia ja professionaaliset strategiat. *Janus* 1995:3:117–133.
- Wilensky H. L. *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*. University of California Press, Berkeley 1975.
- Wolinsky F. D. *The Professional Dominance, Deprofessionalization, Proletarianization, and Corporatization Perspectives: An Overview and Synthesis*. Teoksessa Hafferty W, McKinlay J B. (toim.) *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. Oxford University Press, New York 1993, 11–24.
- Äärimaa M. Lääkärikunta ja sairausvakuutuksen toteuttaminen. Teoksessa Helminen O, Huunan-Seppälä A, Karapuu He, Kämäräinen M, Rantamäki, J. (toim.) *Ihminen ja yhteiskunta*. Juhlakirja Jaakko Pajula I. Kansaneläkelaitos, Keuruu 1989, 475–480.
- LÄÄKÄRILIITON DOKUMENTIT:**
- SLL. Toiminnanjohtajan katsaus valtuuskunnan kokouksessa, 1972.
- SLL. Toiminnanjohtajan katsaus valtuuskunnan syyskokouksessa, 1972a.
- SLL. Valtuuskunnan ylimääräinen kokous (M. Sulamaa), 1972b.
- SLL. Lääkäriliiton hallituksen toimintakertomus, 1971.
- SLL. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle kansanterveyslain valmistelusta, 1971a.
- SLL. Lausunto eduskunnan talousvaliokunnalle kansanterveystyöstä ja sen voimaapanosta annettaviksi laeiksi, 1971b.
- SLL. Avohoitovaliokunnan muistio n:o 1/71, 1971c.
- SLL. Hallituksen pöytäkirja n:o 10, 1971d.
- SLL. Lääkäriliiton hallituksen toimintakertomus, 1970.
- SLL. Lääkäriliiton lausunto kansanterveystoimikunnan mietinnöstä sosiaali- ja terveysministeriölle, 1969.
- SLL. Lääkäriliiton hallituksen toimintakertomus, 1968.
- SLL. Suunnittelutoimikunnan työryhmän muistio 5, 1968a.
- SLL. Suunnittelutoimikunnan työryhmän muistio 3, 1968b.
- SLL. Lausunto sisäasiainministeriölle kansanterveyskomitean mietinnöstä, 1966.
- SLL. Katsaus Lääkäriliiton toimintaan vuoden 1965 alkupuolella (M. J. Karvonen). Liite D, 1965.
- SLL. Katsaus Lääkäriliiton toimintaan vuoden 1965 jälkipuoliskolla. (M. J. Karvonen) Liite C, 1965a.
- SLL. Lääkäriliitto ja Maalaiskuntien Liitto yhteisillä linjoilla maaseudun terveyden- ja sairaanhoito-olojen kehittämisessä. Suomen Lääkärilehti 1965b:20:26, 1790–1796.
- SLL. Pöytäkirja hallituksen kokouksesta, 1965c.
- SLL. Lausunto sairausvakuutuksesta eduskunnan sosiaalivaliokunnalle, 1963.
- SLL. Sairausvakuutus. Hallituksen tiedonanto Suomen Lääkäriliiton valtuuskunnalle, 1962.
- SLL. Suomen lääkäreille! Ilmoitus lääkäreille avosairaanhoidon tilaa koskehtavan kyselytutkimuksen teosta. Suomen Lääkärilehti 1962a:17:329.
- SLL. Lääkäriliiton periaateohjelma, 1959.

ARTTU SAARINEN

Jatko-opiskelija

Turun yliopisto

Sosiaalipolitiikan laitos

Saarinen Arttu. Markkinat ja lääkäriprofessio. Suomen Lääkäri-
liiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveyden-
huoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005. Yhteiskuntapolitiikka
2007; 72 (2): 121–136.

Markkinat ja lääkäriprofessio

Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005

ARTTU SAARINEN

Johdanto

Pohjoismaiseen hyvinvointikulttuuriin on kuulunut pyrkimys sosiaaliseen ja alueelliseen oikeudenmukaisuuteen riippumatta yksilöiden henkilökohtaisista ominaisuuksista, kuten maksukyvyistä. Merkittävänä keinona oikeudenmukaisuustavoitteiden saavuttamiseksi on ollut uni-versaali terveydenhuoltojärjestelmä, jossa palvelut on pääosin rahoitettu ja tuotettu julkisen sektorin kautta.

1980-luvulta lähtien terveydenhuoltojärjestelmät ovat olleet rahoitusongelmissa Pohjoismaissa sekä myös muissa länsimaissa useiden tekijöiden, kuten ikääntymisen, vuoksi (esim. Rosén 2006; Saltman & Figueras 1997, 1). Rakenteellisten paineiden lisäksi reformivaatimusten taustalla ovat mentaalisten mallien muutokset, ja samalla järjestelmän kehittämistä esittävät ideat ovat muuttuneet. Tämä ilmenee ajatuksena, että terveydenhuollon tehokkuutta tulee lisätä markkinoiden avulla (esim. Cabiedes & Guillén 2001; Chernichovsky 2002; Propper & al. 2006). Näin ajatellaan saavutettavan paitsi alhaisemmin kustannuksin toimiva palvelutuotantojärjestelmä myös laatua ja käyttäjien valinnanvapauden lisääntymistä.

Länsimaissa terveydenhuollon markkinoistamisreformit on omaksuttu hieman poikkeavin painoituksin sekä eri aikoina. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän markkinoistaminen alkoi näkyvämmiin vasta 1990-luvun myötä. Hyvinvointivaltioiden rakenteissa tapahtuneet muutokset ovat kuitenkin kautta linjan olleet maltillisia, ja suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenteita ei ole muutettu radikaalisti, vaikka eri tahot ja asiantuntijat ovatkin esittäneet

omia rahoitusmallejaan. Järjestelmän rakenteita ovat ylläpitäneet esimerkiksi intressiryhmät, jotka ovat institutionalisoituneet osaksi hyvinvointivaltiota (Pierson 2001).

Merkittävä hyvinvointivaltion intressiryhmä ovat lääkärit ja heidän professio-organisaationsa. Hyvinvointivaltioiden rakentamisaikakauteen huomion kohdistaneissa lukuisissa tutkimuksissa lääkärikunnan ja hyvinvointivaltion suhteen on havaittu olevan jännitteinen (ks. Erichsen 1995, 188; Immergut 1992, 2, 15). Kuitenkaan lääkärikunnan ja terveystalouden suhdetta ei ole tarkasteltu tarkemmin hyvinvointivaltion karsinnan kaudella laajan julkisen sektorin maassa.

Artikkelissa tutkitaan dokumenttiaineistoin Suomen Lääkäriliiton ideoita suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005.

John Campbell (1998) jakaa ideatyyppit neljään osaan: ideat paradigmoina, ideat kehyksinä, ideat yleisinä käsityksinä ja ideat ohjelmina. Tässä artikkelissa ideat ymmärretään ensisijaisesti ohjelmina eli toimijoiden kannanotoissaan esille nostamina asioina. Lähtökohtana artikkelille on, että politiikka on kamppailua, jossa sisältöjen lisäksi ratkaisee se, minkälaiset ovat sen toimijan valtaressurssit, joka ideat poliittiselle agendalle vie (Béland 2005; Chard 2004). Lääkäriprofession vahvuus on, että sillä on sekä teknistä hoitoon liittyvää tietoa että terveystalouden asiantuntemusta (esim. Filc 2006, 273). Siksi on merkittävää tarkastella valtaa omaavan intressiryhmän ideoita, koska ne ovat tärkeä osa sitä ”puheavaruutta”, joka muokkaa laajemmin ulkopuolisen maailman käsityksiä siitä, kuinka terveydenhuolto tulisi järjestää.

Ideoilla on yhteys intresseihin (Campbell

1998). Artikkelin teoreettisessa osassa tarkastellaan markkinoistumista ja intressejä. Intressien ajatellaan nousevan toiminnasta eli ideoiden pohjalta. Ideat ovat riippuvaisia myös rakenteellisista tekijöistä, ja siksi ennen tutkimusasetelmaa artikkelissa tarkastellaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmän suhdetta muiden maiden vastaviin järjestelmiin. Empiirisessä osassa ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä on selvittää, minkälaisia ideoita Suomen Lääkäriliitolla on julkisen terveydenhuoltojärjestelmän markkinoistumisesta. Toisena tutkimuskysymyksenä on, miten liitto on institutionalisoitunut suomalaisen julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Empiirisessä osassa esitettävät ideat pyörivät tehokkuuden ympärillä. Johtopäätöksissä tehdään yhteenveto sekä palataan pohtimaan instituutioiden, intressien ja ideoiden suhdetta.

Julkisen terveydenhuollon markkinoistuminen ja intressit

Markkinoistuminen tapahtuu purkamalla erilaisia rajoittavia rakenteita. Keinona on päätösvallan siirtäminen keskushallinnolta paikallistalolle ja näin mahdollistetaan vaihtoehtoisen palvelutuotannon lisääminen. Tavoitteena on voimakkaimmillaan näennäismarkkinoiden kaltainen tilanne, jossa yksityinen sektori on yhtäläisessä kilpailuasetelmassa julkisten palvelutuottajien kanssa, minkä ajatellaan johtavan tehokkaimpaan lopputulokseen. Samalla julkisen sektorin rooli muuttuu yhä enemmän palveluiden tuottajasta niiden järjestäjäksi (Pollitt 2000). Varsinaisena kilpailuttajana voi toimia julkisen tilaajayksikön lisäksi myös asiakas esimerkiksi palvelusetelimallin kautta.

Eri maissa on sovellettu markkinoistamisesta omantyyppisiä ratkaisuja, joiden taustaidea on kuitenkin sama eli kilpailun lisääminen ja sitä kautta tehokkuuden maksimointi. Euroopalaisille tuttu esimerkki markkinoiden käytäntöön soveltamisesta on Isossa-Britanniassa 1980-luvulla alkanut julkisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen (ks. Taylor-Gooby 1999, 103–107). Tunnettuja ovat myös Alankomaissa ja Ruotsissa 1980- ja 1990-luvulla toteutetut uudistukset, joissa tilaaja ja tuottaja erotettiin toisistaan ja samalla lääkäreiden palkkaustapoja muutettiin (ks. Andersen & al. 2001; Lieverdink 2001). Empiirinen tutkimus markkinoiden tuottamista tu-

loksista julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on kuitenkin antanut vaihtelevia tuloksia liittyen sellaisiin tavoitteisiin kuin laadun¹, tehokkuuden² tai valinnanvapauden³ lisäämiseen (ks. Andersen & al. 2001; Le Grand 1999; Lieverdink 2001; Propper & al. 2006).

Toisaalta 1990-luvulta lähtien esimerkiksi edellä mainituissa maissa on ollut havaittavissa kehitystä, jossa markkinoiden mahdollisuuksiin on alettu suhtautua jossain määrin realistisemmin. Taustalla realistisemmalle suhtautumiselle ovat eri maiden kokemukset tilaaja–tuottaja-mallien sekä palvelusetelimallien sovelluksista. Kilpailuttamista ei enää usein nähdä itseisarvona. Olenaisemmaksi kysymykseksi on noussut se, kuinka kilpailutetaan. Siksi ostajat eli julkisen sektorin organisaatiot ovat pyrkineet yhä enemmän panostamaan omaan hankintaosaamiseensa, laaduntarkkailuun sekä paremman tilaajan ja tuottajan välisen ohjaussuhteen luomiseen (esim. Harrison & Calltorp 2000; Le Grand 1999).

Myös Suomessa on pyritty lisäämään yksityisen palvelutuotannon toimintamahdollisuuksia erityisesti 1990-luvulta eteenpäin (esim. Jämsén & Pekurinen 2003). Kuitenkin varsinaiset tilaaja–tuottaja-mallit ovat itse asiassa suhteellisen harvoin käytössä Suomessa. Enemmänkin yksityistä sektoria on käytetty muiden vaihtoehtojen puuttuessa ja markkinatoimijat ovat edelleen enemmän paikkaamassa vain julkista tuotantoa ja sen ongelmia. Esimerkiksi terveyskeskuksista 70 prosenttia käytti vuonna 2005 hyväkseen vuokra-lääkäreitä juuri työvoimapulan helpottamiseksi (Eronen & al. 2006). Myös kotimaisessa hoitotakuujärjestelmässä yhtenä tausta-ajatuksena on, että yksityisiä palvelutuottajia käytetään hyväksi erityisesti kysyntäpiikkien tasaamiseen valikoituja leikkauksia ostamalla. Näin ollen suomalainen palvelujärjestelmä ei ole toistaiseksi radikaalisti muuttunut ja markkinoistuminen on ollut voi-

1. Laatu on käsitteenä monimerkityksinen ja sitä voidaan tarkastella eri tasoilta. Yksinkertaisimmillaan laadukkaaksi määritellään hoito, jossa kustannukset on minimoitu ja potilastyytyväisyys maksimoitu (ks. laadusta Øvretveit 1998).

2. Toiminta on tehokasta, jos yhteiskunnan voimavarat ovat optimaalisessa käytössä. Eli tehokkuus voidaan määritellä vaikuttavuuden ja kustannusten välisen suhteen kautta.

3. Valinnanvapaudella viitataan vapautteen valita lääkäri, hoitopaikka tai hoitomuoto (Propper & al. 2006, 538).

makkainta vain ajatusmallien tasolla, vaikka yksityinen sektori onkin kasvanut terveydenhuollossa kokonaisuudessaan (ks. kasvusta Yksityinen ..., 2007).

Vaikka markkinoiden merkityksen kasvua on kokonaisuutena tapahtunut länsimaissa, niin edelleen eri toimijoiden suhtautuminen terveydenhuollon markkinoistumiseen on voimakkaasti riippuvainen intresseistä⁴. Toimijoiden intressit ovat muodostuneet instituutioiden rakentamisen kautta (Campbell 1998; Pfau-Effinger 2005). Toimijoiden suhde instituutioihin vaihtelee ja siksi on olemassa eri näkemyksiä terveydenhuollon järjestämisestä. Instituutiot taas voidaan käsitellä sekä formaaleiksi että informaaleiksi. Lainsäädäntöjärjestelmä on esimerkki formaalista instituutiosta, kun taas pohjoismainen hyvinvointikulttuuri sekä siihen liittyvät normatiiviset arvot ovat esimerkki informaalista instituutiosta. (Ks. Pfau-Effinger 2005.)

Hyvinvointivaltiolliset instituutiot aiheuttavat polkuriippuvuutta, mikä merkitsee yksinkertaisimmillaan sitä, että tämän hetken ratkaisuja ovat voimakkaasti ehdollistamassa menneisyyden ratkaisut (Mahoney 2000). Kuitenkin polun murto-kohtana voi toimia jokin ulkoinen muutos, kuten taloudellinen lama, jolloin intressiryhmät näkevät tilaisuutensa koittaneen ja pystyvät aikaisempaa voimakkaammin ajamaan läpi omia ideoitaan poliittisessa järjestelmässä, mikä merkitsee instituutioiden ositaista muokkaamista (ks. Torfing 2001, 288–291).

Artikkelin tutkimuskohde eli Suomen Lääkäriliitto edustaa lääkäriprofessiota (ks. Filc 2006). Nykyisen tutkimuksen mukaan professiot nähdään monopolina, joiden ajatellaan ensisijaisesti toimivan intressiensä ajamiseksi (Hafferty & Light 1995, 135). Näin professiotoimija on itse asiassa ensisijaisesti intressitoimija. Intressitoimijaa tutkittaessa voidaan soveltaa julkisen valinnan teorian toimijakäsitystä. Julkisen valinnan teoria

näkee toimijan homo economicuksen kaltaisena utilitaristina, joka maksimoi hyötynsä olemassa olevan järjestelmän mahdollistamissa rajoissa (ks. Barr 1998, 92).⁵ Tässä artikkelissa Suomen Lääkäriliiton intresseihin palataan johtopäätöksissä. Tuloksia esiteltäessä intressien sisältöön ei erikseen puututa vaan ideoiden ajatellaan vain kuvastavan intressejä.

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän peruspiirteet

Kehittyneiden maiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat jaettavissa karkeasti kahteen tyyppiin: vakuutus- ja verorahoitteisiin malleihin. Vakuutusperhaiset mallit ovat joko sosiaalivakuutusperhaisia, kuten Saksan malli, tai markkinoilta hankittuihin vakuutuksiin perustuvia, kuten Yhdysvalloissa. Verorahoitteisissa mallissa kustannukset taas katetaan valtaosin veroin kuten Suomessa. (Esim. Barr 1998, 301; Freeman 1999, 82.) Terveydenhuollon organisointimallit tarjoavat lääkäriammattiryhmille erilaiset institutionaaliset reunaehdot (ks. Freeman 1999, 86). Esimerkiksi suomalaisessa verorahoitteisessa mallissa lääkäri on pääasiallisesti palkkatyösuhteessa julkiseen sektoriin eli valtaosin kuntiin, kun taas useissa vakuutusperhaisen mallin maissa lääkäri on itsenäinen ammatinharjoittaja.

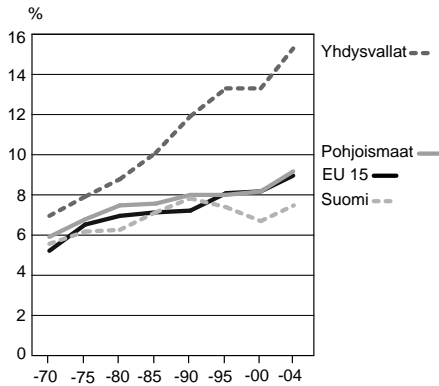
Suomen ominaispiirteenä on, että verojen kautta rahoitetun kunnallisen järjestelmän lisäksi pakollisen sairausvakuutusjärjestelmän avulla tuetaan myös yksityiseltä sektorilta hankittujen palveluiden käyttöä (ks. Häkkinen 2005, 103; Mattila 2006). Yksityistä terveydenhuoltoa sairausvakuutuksen tukemana käyttävät enemmän korkeammassa sosioekonomisissa asemassa olevat ja suurin käyttäjäryhmä suhteellisesti ovat kaupungeissa asuvat (Häkkinen 2005, 103).⁶

Suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää alettiin luoda laajalti vasta toisen maailmansodan jäl-

4. *Intressit ovat tavoitteita, joiden taustalla ovat hyödyt eli edut. Etujen ajamiseksi toimija pyrkii tietoisesti käyttämään hyväksi myös rakenteita (ks. Giddens 1979). Näin kyse on eri puolista kaksisuuntaisessa prosessissa, jossa rationaalinen toimija toimii tietyssä institutionaalisisessa ja rakenteellisessa ympäristössä hyötyjensä maksimoimiseksi. Merkittävää on, että hyötyä ei tule ajatella kapealaisesti, vaan myös altruistinen toiminta voi olla toimijan kannalta rationaalista (Julkunen & Vauhkonen 2006, 296).*

5. *On selvää, että selittäminen intressien kautta on yksinkertaistus. Yksilötasolla intressien selitysvoima mielipiteiden vaihtelussa ei ole saanut tukea kuin osassa tutkimuksista (ks. tästä Forma 1999, 65). Kuitenkin intressien avulla on hedelmällistä lähteä tarkastelemaan makrotason edunvalvontaryhmää, koska toimijat ovat liittyneet yhteen omien etujen ajamiseksi. Toki lääkäriprofessio toimii myös muiden tekijöiden, kuten eettisten periaatteiden, ohjaamina.*

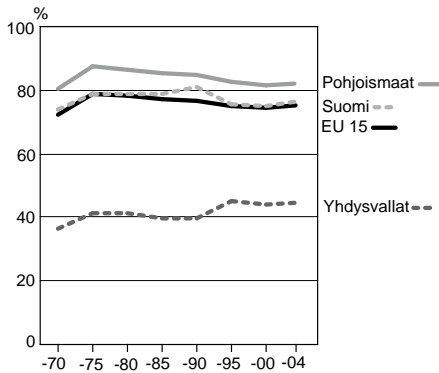
Kuvio 1. Terveydenhuoltomenot BKT:stä, %



Lähde: OECD Health Data, 2006

EU 15 -maiden ja Pohjoismaiden keskiarvot on laskenut tutkija. Joidenkin maiden osalta on käytetty lähimpänä vertailuvuotta saatavilla olevia lukuja. Lisäksi muutaman osalta vuoden 2004 luvut ovat ennustearvoja. Kreikan osalta ei ole saatu vuoden 1975 lukuja ja Italiasta ei vuosien 1970 ja 1980 välin lukuja. Saksan luvut ennen vuotta 1990 viittaavat Länsi-Saksaan.

Kuvio 2. Julkisten menojen osuus terveydenhuoltomenoista, %



Lähde: OECD Health Data, 2006

6. Sairausvakuutuksen palautustaksoja tarkistettiin viimeksi vuonna 1989. Tosin vuoden 1989 korotus ei edelleenkaan nostanut korvaustasoja lakitasolle. (Mattila 2006, 112.) Korvausperusteena olevat taksat ovat siis jääneet merkittävästi jälkeen laisasa alkujaan edellytetystä 60 prosentin tasosta (SLL 2005). Sairausvakuutusjärjestelmän ja julkisen verorahoitteen palvelujärjestelmän synnyttämä kaksikanavaisuus on herättänyt keskustelua jatkuvasti ja myös 2000-luvulla. Uusi sairausvakuutuslaki tuli voimaan vuonna 2005. (Mattila 2006.)

keen, kun vuonna 1943 syntyi keskussairaalaalaki ja sen myötä aloitettiin sairaalaverkoston rakentaminen. Kuitenkin olennaisimpina uudistuksina ovat olleet vuoden 1964 sairausvakuutuslaki ja vuoden 1972 kansanterveyslaki. Suomi saavutti muiden Pohjoismaiden tason terveydenhuoltomenojen osalta vasta 1980-luvun loppuun mennessä. Laman myötä menoja pienennettiin ja erot taas kasvoivat, mutta 2000-luvulla ero muihin Pohjoismaihin on hieman tasaantunut. (Kuvio 1.) Suomen terveydenhuoltomenot ovat keskimäärin pienet. Terveydenhuolto on pääasiallisesti julkisesti rahoitettua. Tosin julkisten menojen osuus on pienentynyt lamaa edeltävään aikaan verrattuna ja osuudet ovat pienemmät kuin Pohjoismaissa. (Kuvio 2.)

Nykyisellään suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä jaetaan karkeasti perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Julkinen palveluorganisaatio on jakaantunut 20:een erikoissairaanhoidosta vastaavaan sairaanhoitopiiriin ja perusterveydenhuollosta vastaavat kunnalliset terveyskeskukset. Merkittävänä erityispiirteenä on, että terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen keskimääräinen väestöpohja on kansainvälisesti verrattuna pieni. (Esim. Häkkinen 2005, 101.)

Tutkimuskohde ja -asetelma

Lääkäreiden professionaalisen etujen ajajana on Suomen Lääkäriliitto. Se puolustaa ammatillisia, taloudellisia ja yhteiskunnallisia päämääriä ja on monin tavoin kehittämässä terveydenhuoltojärjestelmää. Liitto on kaikkien lääkärien asianajaja ja panostaa siksi myös yksityisen sektorin työntekijöiden etujen valvontaan (SLL 1999a). Järjestäytymisaste on korkea, koska liittoon kuuluu 95 prosenttia lääkäreistä (esim. SLL 2005c, 3). Ylintä päätösvaltaa käyttää valtuuskunta ja toimintaa johtaa hallitus. Liittotason lisäksi on paikallisorganisaatio, jonka kautta jokainen lääkäri on yhteydessä liittotasolle. (SLL 1998b.) Lääkäriliiton merkittävänä vaikutuskeinona on valiokuntaorganisaation ja työryhmien laatimien kannanottojen antaminen lähinnä valtiollisille tahoille, kuten ministeriöille ja eduskunnan valiokuntakäsitteilyyn. Lisäksi se antaa kannanottojaan myös Akavalle liittyen etenkin työmarkkina-asioihin. (Esim. SLL 2005b, 32–36.)⁷

Artikkelin tarkasteluajanjaksona ovat vuodet 1970–2005. Ensimmäisenä tutkimuskysymykse-

nä on selvittää, minkälaisia ideoita Suomen Lääkäriliitolla on julkisen terveydenhuoltojärjestelmän markkinoistumisesta. Toisena tutkimuskysymyksenä on, miten liitto on institutionalisoitunut suomalaisen julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Pääasiallisena aineistona ovat liiton kannanotot, mutta joiltain osin tarkastellaan myös muita dokumentteja, kuten kokouspöytäkirjoja. Aineistoa on analysoitu sisällön erittelyn keinoin, niin että dokumenteista haetaan jatku-
moja (ks. Mahoney 2000).

Syynä valitulle aikajänteelle on, että vuonna 1972 tuli voimaan kansanterveyslaki ja että terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteeksi muodostui 1970-luvulta lähtien universaalisuuden periaate ja sitä alettiin kehittää suunnitelmallisesti ja lainsäädäntöön nojaten⁸. Samalla lääkäreiden suhde julkiseen sektoriin muodostui tiiviimmäksi. Suhde on kuitenkin taas viime vuosina muotoutunut uudelleen, koska markkinoiden merkitystä on alettu korostaa uudella tavalla erityisesti men-
taalistien mallien tasolla. On kuitenkin otettava huomioon, että yksityisen sektorin roolin korostaminen on vain yksi osa Suomen Lääkäriliiton terveyspoliittista toimintaa. Tässä artikkelissa yksityissektorilla viitataan yritystoimintaan.

Tutkimuksessa ei ole ensisijaisena tavoitteena mennä toimijoiden ”selän taakse”. Tavoitteena on kuvailla ”objektiivisesti” dokumentteja.⁹ Artikkelin tulokset esitetään kahtena osana: 1970- ja 1980-luvulla viitataan ”julkisen sektorin kasvun” aikakauteen, 1990- ja 2000-luvun ajalla viitataan ”markkinoistumisen kasvun” aikakauteen.¹⁰ Artikkelissa ei käsitellä muiden toimijoiden vaikutusta julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Näin ollen kyse ei ole varsinaisesti poliitiik-

7. Liitto on aktiivisesti järjestänyt eri sidosryhmille terveydenhuoltoon liittyviä seminaareja. Seminaareihin on pyydetty kuultavaksi asiantuntijoita sekä kotimaasta että ulkomailta (esim. SLL 1987; 1993b; 1994; 1998; 2002b).

8. Kansanterveyslain myötä poistuivat esimerkiksi käyttäjämaksut vuoteen 1980 mennessä (Teperi 2005, 64).

9. On lopulta niin, että käytännössä intressejä ei sinänsä voi määrittellä pelkästään objektiivisesti, koska subjektilla on toimijana merkittävä tieto omasta toimintaympäristöstään (ks. rakenteistumisen teoriasta Giddens 1979).

10. Tuloksissa ei eritellä erikoissairaanhoidtoa ja perusterveydenhuoltoon koskevia ideoita, koska liiton kannanotoissa on vahvasti ajatuksena, että eri sektoreiden välistä suhdetta tulee joustavoittaa (esim. SLL 1996a; 1999a).

kaprossin eli eri tahojen vuorovaikutuksen tutkimisesta vaan ideoiden tutkimisesta.

Julkisen sektorin kasvun aikakausi

Yksityissektoria ei saa unohtaa...

1970- ja 1980-lukua on pidetty suomalaisen julkisen palvelutuotannon valtakautena. Suomen Lääkäriliitto pyrki näinä vuosikymmeninä johdonmukaisesti nostamaan esille yksityissektorin merkitystä terveydenhuollossa (SLL 1971; 1971a; 1975; 1976; 1977; 1978; 1978a; 1979; 1980; 1982; 1985; 1987a). Yksityisen sektorin uskottiin pystyvän tuottamaan osan terveyspalveluista edullisemmin kuin julkisen (SLL 1982; myös SLL 1992). Keinona edellytysten parantamiseksi tulisi yksityiseen sektoriin kiinnittää enemmän huomiota myös koulutuksessa (SLL 1982) ja myös mahdollisuuksia paikallisten olosuhteiden huomioon ottamiseen palvelutuotantoratkaisuissa lisätä (SLL 1976).¹¹ Tärkeimpänä perusteluna yksityissektorin korostamiselle oli (SLL 1977a), että näin uskottiin saatavan lisää resursseja:

”Koska terveydenhuoltoon käytettävät voimavarat ovat jo tähän mennessä osoittaneet rajallisuutensa ja koska niistä kiristyneen taloudellisen kokonaistilanteen huomioon ottaen tulee olemaan jatkuvaa puutetta, tuntuu epärealistiselta rajoittaa tarkastelunäkökulma sellaiseksi, että yksityissektorin tarjoamat terveydenhuoltopalvelut jätetään huomiotta.”

Vaikka liitto ehdotti tuolloin, että kuntien mahdollisuutta ostaa palveluita yksityissektorilta tulee lisätä (SLL 1989; 1990c; 1990d; 1991a), niin suurimpana käytännön keinona yksityissektorin kasvattamiseksi liitto esitti sairausvakuutuksen korvaustasojen nostoa (SLL 1975a; 1981; 1989; 1989a; myös SLL 1991; 1992e; 2001a; 2002e; 2004b; 2005).¹² Korotusvaatimusten avulla liitto pyrki huolehtimaan valinnanvapauden mahdollisuuden säilymisestä (SLL 1987a; 1989a). Yksityislääkäritoiminnan kasvun esteenä nähtiin ole-

11. Yksityisten palvelutuottajien etujen ajamiseksi perustettiin vuonna 1969 Lääkäripalvelusten yhdistys, jonka tavoitteena oli toisaalta edistää avo-
hoitoa ja parantaa yksityisten palvelutuottajien asemaa (SLL 1969).

12. Liitto on kiinnittänyt huomiota myös itse hoitorvausten lisäksi sairausvakuutuksen lääkekorvaustasojen alhaisuuteen (esim. SLL 1980b).

van korvaustaksojen jälkeensäneisyys, koska inflaatio heikensi todellista korvaustasoa. Lisäksi kannustimien luomiseksi ja yksityissektorin toimintamahdollisuuksien parantamiseksi liitto ehdotti sairauskulujen verovähennysoikeuden korottamista (SLL 1982). Toisaalta samaan aikaan sairausvakuutusten korotusvaatimusten kanssa liitto vastusti politiikkaa, joka tavoitteli terveyskeskuskasvun poistamista (SLL 1987b)¹³. Perusteluna käytettiin, että näennäinen ilmaisuus voi lisätä resurssien turhaa käyttöä, ja siksi käyntimaksujen avulla voidaan ohjata tehokkaaseen palveluiden käyttöön (SLL 1983). Ajatuksen taustalla oli, että tilanteesta seuraisi yksityissektorin roolin kasvu, koska kun sairausvakuutuskorvauksia korotettaisiin ja samalla perittäisiin terveyskeskuskasvun, niin myös julkisen ja yksityisen sektorin todelliset hinnat lähentyisivät.

... ja paikallisuutta tulee lisätä...

1970-luvun loppuun mennessä terveydenhuollon peruspiirteet, kuten terveyskeskusjärjestelmä, oli rakennettu (Häkkinen 2005, 104). Vaikka 1970- ja 1980-lukua on pidetty julkisen palvelutuotannon kultakautena, niin havaittiin, että pääpiirteissään hyvin toimivassa terveydenhuoltojärjestelmässä oli ongelmia, kuten perusterveydenhuollon palveluiden kysynnän jatkuva kasvu. Vastauksena ongelmiin alettiin varovaisesti pohtia yksityissektorin roolin lisäämistä julkisessa järjestelmässä hallintoa hajauttamalla. Kuntapalveluja nimittäin edellytettiin tuolloin tuotettavan kuntien omien organisaatioiden kautta ja terveyspalveluiden kohdalla ostopalvelulupia myönnettiin kunnille vain erityisesti perustelluissa tilanteissa. (Tsupari & Lappi 1987, 23.)

1970-luvun lopussa alettiin suunnitella valtionosuusjärjestelmän uudistusta VALTAVA-hankkeen nimellä (Heuru 2000, 145). Uudistuksessa oli havaittavissa vahvoja pyrkimyksiä lisätä kuntien päätösvaltaa ja myös yksityissektorin roolia, vaikka sen myötä hyvinvointivaltiollinen suunnittelujärjestelmä vietiinkin joiltain osin äärimilleen. Uudistukseen liittyi laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudes-

ta. Sitä voidaan pitää ensimmäisenä yksityistämiseen viittaavana lakina kunnallishallinnossa (Heuru 2000, 331). Tosin edelleen kansanterveysasetuksen kuudenteen pykälään sisällytettiin ostopalveluiden käyttöä rajoittavia säädöksiä (Kärkkäinen 1989). VALTAVA-uudistuksessa oli sisään rakennettuna edelleen suhteellisen voimakas usko keskushallinnollisen politiikan voimaan. Liitto (1982) suhtautuikin uudistukseen juuri sen vuoksi osin kriittisesti, koska kuntien erityisolosuhteita ei otettu tarpeeksi hyvin huomioon:

”Valiokunta ei pitänyt myöskään onnistuneena ehdotukseen sisältyvää ministeriöiden ja keskusvirastojen sitovaa soveltamisohjausta, jonka se katsoi olevan kunnallishallintoa liiaksi alistavan. Valiokunnan mielestä valtakunnallisista suunnitelmista pitäisi voida poiketa, jos alueelliset erityisolosuhteet tekevät sen perustelluksi.”

Uhkaksi nähtiin myös terveydenhuollon valtionosuusien vähentyminen, sillä uudistuksen taustalla olivat juuri suuremmat panostukset sosiaalihuoltoon (SLL 1982; 1982a). Terveydenhuollon rahoituksen kannalta kyseessä ei siis ollut suuri muutos, koska uudistus koski enemmän sosiaalisektoria. Tosin uudistukseen liittyi piirteitä, joita liitto oli ajanut, kuten yksityisen sektorin roolin osittainen lisääminen (SLL 1976; 1978). Kuitenkin koska kyseessä olivat vain varovaiset ja sektorikohtaiset yksityissektorin lisäämispyrkimykset, niin liitto toi esille, kuinka tietyt rajoitteet kuntien ostopalveluissa tulee poistaa. (SLL 1982; 1982a.)

VALTAVA:n jälkeen seuraava merkittävä askel kohti vähemmän keskitettyä järjestelmää olivat vuonna 1989 käynnistetyt vapaakuntakokeilut. Tarkoituksena oli vähentää normeja kokeilukunnissa ja sitä kautta etsiä uudenlaisia palveluntuotamistapoja (Oulasvirta 1996, 158). Liitto suhtautui kokeiluihin myönteisesti ja piti oikeana suuntana sitä, että kuntien itsehallintoa vahvistettiin. Toisaalta se korosti, että kokeilun yhteydessä tulee pyrkiä mahdollisimman ennakkoluu-lottomiin ratkaisuihin myös palvelutuotannossa, jotta toimintaa voidaan tehostaa. (SLL 1987c.)¹⁴

13. Jo kansanterveyslakia suunniteltaessa liitto toi esille, kuinka ilmaisupalvelut voivat luoda tilanteen, jossa kysyntä ylittää tarjonnan, ja näin palvelujärjestelmää on hankala ylläpitää. Siksi maksuosuudella pystyttäisiin ohjaamaan palveluja tarkoituksenmukaisemmin. (SLL 1971b; ks myös 1991b.)

14. Tähän liittyen vuonna 1988 se toi esille, kuinka keskusjohtoisuuden monumentti eli 5-vuotissuunnitelmajärjestelmä on yleisesti vanhentunut ja kuntien omaehtoista kehitystä liiaksi sitova (SLL 1988; 1989b; ks. myös 1977).

... sekä palkkauksen kannustavuutta parantaa Keskushallinnon vallan hajauttamiseen kuuluu paikallisen sopimisen lisääminen palkkasyntymyksissä; tästä voidaan näkökulmasta riippuen ajatella hyötävän toisaalta työntekijän ja toisaalta työnantajan. Selkeästi keskimääräistä korkeampaa palkkaa nauttivana ammattiryhmänä lääkärit kärsivät tulojensa alenemisesta 1970-luvulla harjoitetun keskitetyn solidaarisen palkkapolitiikan seurauksena, ja tästä seurannut tyytymättömyys johti lakkoon vuonna 1984 (Jäättelä 1984). Vahvana professiona Suomen Lääkäriliiton linjana onkin ollut pyrkimys paikalliseen sopimiseen. Esimerkiksi vapaakuntakokeilujen yhteydessä tuli liiton mielestä kokeilla entistä kannustavampien palkkausjärjestelmien käyttöönottoa (SLL 1987c):

”Vapaakuntakokeilun tulisi mahdollistaa kunnissa todellinen toiminnan uudelleenarviointi ja hallintokäytäntöjen muutos. Toiminnan tehostamista suunniteltaessa tulisi asioita voida tarkastella ennakkoluulottomasti ilman mihinkään kaavoihin tai säädöksiin liikaa tuijottamista. Kokeilussa tulisi voida kokeilla myöskin kannustavia palkkausjärjestelmiä, jotka takaisivat tehdyistä työstä kunnan palkan.”

Kannustavampaa palkkausjärjestelmää alettiin kokeilla Suomessa omalääkärijärjestelmän muodossa 1980-luvulla, ja tämä järjestelmä opittiin 1990-luvulla tuntemaan väestövastuun nimikkeellä (Häkkinen 2005, 109). Liitto on tuonut esille oma/perhelääkärijärjestelmän merkitystä 1970-luvulta lähtien (esim. SLL 1980; 1981a) ja ajanut kannustavampaan palkkaukseen perustuvaa väestövastuujärjestelmää myöhemminkin (SLL 1989b; 1990b; 1998a). Omalääkäriin valinta-oikeus on liiton mukaan yksi keino siihen, että hallittua kilpailua pystytään lisäämään julkisessa järjestelmässä (SLL 1999a).

Väestövastuujärjestelmäkokeilut olivat eräänlainen liiton tavoitteiden osasaavutus, koska vuodesta 1985 lähtien kokeiltiin neljässä kaupungissa myös yksityislääkäreiden käyttöä omalääkäriinä (Aromaa & al. 1998). Kaikkiaan merkittävänä taustatekijöinä uusille kokeiluille oli paitsi terveyskeskusten kasvanut lääkäripula myös kannustavuuden ja sitä kautta tehokkuuden lisääminen julkisessa palvelutuotannossa (Aro 1993, 15; SLL 1992d; 2000b; 2003).¹⁵

15. Ajatus väestövastuusta on ollut esillä jo 1970-luvun lopusta, ja 1980-luvulla alettiin ensin kehittää

Markkinoistumisen kasvun aikakausi

Terveystuotojärjestelmää sopeutetaan...

1980-luvun lopulle tultessa oli siis havaittavissa pyrkimyksiä markkinoiden merkityksen kasvun lisäämiseen. Olennaisinta muutosta markkinoistumisen kannalta eli valtionosuusjärjestelmän uudistusta alettiin valmistella vuonna 1989, kun asetettiin ns. Hiltusen komitea. Ehdotusta valtionosuusjärjestelmän kehittämiseksi Suomen Lääkäriliitto piti oikeansuuntaisena. Sen mukaan oli kannatettavaa vähentää valtion yksityiskoh- taista ohjausta ja lisätä kuntien itsenäistä päätän- tävaltaa, mutta itse uudistus oli komitean esit- tämässä muodossa liian suuri kerralla toteutet- tavaksi. (SLL 1989c; 1990.) Valtionosuuksien maksuennettelyjen ja perusteiden lisäksi uudis- tus oli merkittävä, koska siihen sisältyi suunnitte- lu- ja ohjausjärjestelmän desentralisaatio. Esimer- kiksi kansanterveystyön keskusjohtoinen suunnit- telmajärjestelmä lopetettiin (Mattila 2006, 132). Uuden järjestelmän voimaansaattamista vuon- na 1993 liitto piti oikeansuuntaisena askeleena (SLL 1992c)¹⁶. Uudistus oli alku sen politiikan toteuttamiselle, jota oli ajettu 1970-luvulta lähti- en (SLL 1976; 1978a; 1990d; 1992a).

Uudistus toimi murtokohtana terveydenhuol- tojärjestelmän muutospyrkimyksille (esim. Häk- kinen 2005). Ennen vuoden 1993 uudistusta kuntien ja kuntainliittojen ostopalvelujen mää- rä oli kiintiöity valtionosuuksilainsäädännössä ra- hamääräisesti ja joissakin laeissa oli edelleen osto- palveluja rajoittavia säännöksiä (Sosiaali- ja terve- ydenhuollon ..., 1996, 47). Uudistuksen yhtey- dessä kunnat saivat uusia vapauksia myös palvelu- tuotantoon ja palveluita oli mahdollista alkaa kil- pailuttaa entistä vapaammin. Tosin kilpailuttami- sen suhteen oli edelleen rajoitteita: jokaisen kun-

tää perhelääkärijärjestelmää sekä myöhemmin omalääkärijärjestelmää ja tämän jatkona vuoden 1988 alusta aloitettiin terveyskeskusten väestövastuukokeilut (Liukko & al. 1991). Liitto on esittänyt kannustavampaan palkkaukseen siirtymistä myö- hemmin myös sairaaloissa (SLL 1997c). 2000-luvulla kunnista hieman alle puolet on organisoinut oma- lääkärijärjestelmän. Syy siihen, että moni kunta ei ole omaksunut järjestelmää, on se, että sen aihe- uttavat kustannukset ovat suuremmat kuin sil- loin, kun kunnan lääkärit ovat normaalin palkka- työsuhteen piirissä. (Häkkinen 2005, 109.)

16. Vuodesta 1994 laki julkisista hankinnoista (1505/1992) on lisäksi määritellyt, että kuntien tu- lee kilpailuttaa ne palvelut, joita se ei tuota itse.

nan tuli kuulua sairaanhoitopiiriin. (Kokko 1998, 432.) Tätä pakottavaa säädöstä liitto kritisoi, koska näin sairaanhoitopiiri oli monopoliasemassa sekä tilaajana että tuottajana (SLL 1996a).

Vaikka valtionapujärjestelmän uudistus oli merkittävin muutos markkinoistumisen kannalta, niin myös muut laman aikana tehdyt muutokset vaikuttivat joiltain osin terveydenhuoltojärjestelmään (ks. Simpura & al. 2001). Esimerkiksi kunnille annettiin lainsäädännössä oikeus ottaa käyttöön terveystakeskukset (Sairaanhoitovakuutustoimikunnan ..., 1993, liite 1). Laman aikana ja sen jälkeen potilaiden maksuosuudet ovat lisääntyneet huomattavasti (Häkkinen 2005, 107). Kaikkiaan muutokset ovat merkinneet, että terveydenhuoltokustannukset ovatkin suhteellisesti katsoen nousseet pienituloisilla, jotka myös sairastavat keskimäärin enemmän (Keskimäki & al. 2002, 284–285). Käytännössä asiakasmaksujen käyttöönotto voidaan tulkita merkiksi universalismin heikentymisestä, koska se rajoittaa joidenkin väestöryhmien todellisia palvelunkäyttömahdollisuuksia (Cox 2004)¹⁷. Liitto kannatti maksujen käyttöönottoa (SLL 1992a)¹⁸. Perusteluna oli vanha tuttu: näennäinen ilmaisuus voi lisätä resurssien turhaa käyttöä, ja siksi maksujen avulla voidaan ohjata tehokkaaseen palveluiden hyödyntämiseen (SLL 1991b; 1992c; 2005b).

Lama sinänsä tarjosi paremmat institutionaaliset olosuhteet yksityissektorin hyödyntämiseksi, mutta todellisuudessa se merkitsi osin ongelmia käytännössä. Laman myötä terveydenhuollon resurssit nimittäin heikkenivät ja yksityispalveluiden ostojen määrä väheni (Häkkinen 2005). Liitto esitikin lama-ajan kannanotoissaan, että valtio pakoilee vastuutaan. Taustana väitteelle oli, että kun valtion talousarvioesityksessä ei terveydenhuoltoon kohdistettu erityisiä leikkauksia, mutta valtionosuuksia leikattiin poikkeuslailla, niin tosiasiallisesti kunnat joutuivat toteuttamaan leikkaukset. (SLL 1993.) Tehostamisen tie julkisen sisällä saattoi olla osin jo kuljettu loppuun, kos-

ka vastaan tulee muussa tapauksessa henkilöstön jaksaminen (SLL 1995a). Näin ollen tuli saada lisää taloudellisia resursseja (SLL 1993; 2001). Pelkästään julkisen sektorin sisäinen tehostaminen ei siis liiton mukaan auttanut, vaan myös yksityistä sektoria tuli hyödyntää voimakkaammin.

Suomen Lääkäriliiton ideat oli siis periaatteessa entistä helpompi esittää 1990-luvun poliittisessa ympäristössä, koska lama toimi murtokohdaksi uudenlaiselle hyvinvointivaltioajattelulle ja merkitsi pohjoismaisen normatiivisen perinteen osittaista heikkenemistä. Liiton kannanotossa sosiaali- ja terveystakeskusten vuosien 1991–1995 suunnitelmaan todetaan, että viime vuosien kehitys on ollut positiivista, koska keskusvallan ohjausta on vähennetty ja paikallistasolle on annettu yhä enemmän vastuuta. (SLL 1990a; 1993a.) Tietynlainen ennakkoluulottomuus suhteessa vanhan järjestelmän uudistamiseen oli laman myötä siis saanut kasvuvalustan ja tämä polku näyttäytyi positiivisena liitolle (SLL 1995a):

”Rahoitus- ja maksupolitiikkaa koskeva jähmettyneisyys on hiljalleen lievenemässä. Ehkäpä jatkosuunnitelmissa voitaisiin terveydenhuollon rahoitus ottaa vapaammankin tarkastelun kohteeksi.”

... ja samalla Suomen Lääkäriliiton ideat terävöityvät...

Uudessa institutionaalisessa ympäristössä Suomen Lääkäriliiton omaksuma uudistajan rooli näkyi siinä, että esitetyt ideat olivat entistä konkreettisempia ja että niitä tehtiin tiiviisti. Kun institutionaaliset reunaehdot muuttuivat, sairausvakuutusten korostusvaatimusten lisäksi alettiin yhä enemmän tuoda esille, kuinka julkisen sektorin tuotantoa tulee markkinoistaa voimakkaammin siirtymällä puolittaismarkkinaratkaisuihin. Sairausrakuutukseen kohdistetut panostukset eivät olleet nimittäin kasvaneet ja laman myötä vuonna 1992 sitä jopa heikennettiin, kun sairauskulujen verovähennysoikeus poistui. Näin oli järkevämpää suunnata uudistusvaatteet itse julkisiin palveluihin. Esimerkkejä terävöityneestä linjasta olivat vuonna 1992 julkaistu ”perusturva ja valinnanvapaus terveydenhuollossa” -kannanotto sekä vuonna 1993 julkaistu ”rahoitus ja palvelut” -kannanotto.

Kuitenkin vasta laman jälkeen julkiseen terveydenhuoltoon ja sen markkinoistamiseen voitiin paneutua strategisesti järkevällä tavalla. Näin liiton varsinaisen pohjan uudelle terävöityneelle roolille muodostivat ”terveydenhuollon teesit”

17. *Asiakasmaksujen käyttöönoton ohella myös sairausvakuutuskorvausten korvaustaksojen jäädymisellä on kansalaisten omavastuuosuuksia kasvattava vaikutus.*

18. *Myöhemmin, kun maksut otettiin käyttöön, liiton mukaan olisi syytä harkita asiakasmaksujen korottamista erityisesti perusterveydenhuollossa (SLL 2003).*

vuodelta 1995. Kannanotossa korostetaan yksilön omatoimisuutta, kansalaisten tasa-arvoisia mahdollisuuksia, potilaan valinnanvapautta, laatua, tilaajan ja tuottajan eriyttämistä sekä omavastuuseisuuden merkitystä ohjauksena (SLL 1995). Seuraava askel oli, kun vuoden 1995 loppupuolella asetettiin TORA-työryhmä (terveydenhuollon toiminta ja rahoitus), joka jätti raporttinsa vuoden 1997 alussa (SLL 1997; 1997a; 1997d). Raportin mukaan sairaanhoitopiirille tulee luoda uudenlainen rooli, niin että siitä tulee terveydenhuollon rahoitusta ohjaava kuntayhtymä ja että sen rinnalla toimii erillinen kunnallinen kiinteistöyhtiö. Rahoituksen ohjaamiseen tarkoitettu kuntayhtymä myös määritteli palautustaksojen osuudet palveluille. Laatua eri yksiköissä valvotaisiin ottamalla käyttöön laatujärjestelmiä. (SLL 1996a; 1997b).¹⁹

TORA-työryhmän pohjalta kehittäminen ns. rahkeet-työryhmässä (terveydenhuollon rahoituksen kehittämisen ja edistämisen työryhmä), ja malli esiteltiin vuonna 1999 julkaisussa ”Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa”. Mallissa kunnat ohjaisivat terveydenhoitonsa varat kuntayhtymän käytettäväksi koko alueen väestölle. Alueen julkiset terveydenhuoltoyksiköt olisivat tulovastuullisia yksiköitä yhdenvertaisina yksityisten tuottajien kanssa, koska tuottajat saisivat mallissa tulonsa ostettujen palveluiden perusteella. Asiakkaat maksaisivat osan itse ja saisivat osan hoitotuloina. Lisäksi suuria kustannuksia asiakas voisi vähentää verotuksessa.²⁰ Liitto käytti mallin yhteydessä termiä hallittu kilpailu, joka viittaa siihen, että palveluiden käyttäjä saa vapauden valita eri yksityisistä ja julkisista palvelutuottajista (SLL 1999a). Vuoden 2000 kunnallisvaaleihin tehdyn ohjelman ”10 askelta parempaan terveydenhuoltoon” sisällössä korostettiin samoja periaatteita (SLL 2000a; 2000b; myös 2002e, 10) kuin Rahkeet-työryhmän esityksessä.²¹ Lisäksi liitto (2000b) toi edelleen esille, kuinka Suomen terveydenhuoltomenot ovat liian alhaiset:

”Terveydenhuollon julkinen rahoitus on merkittävästi hiljalleen lisääntynyt, mutta suhteessa kansantalouteen se on jäänyt jälkeen. Bruttokansantuotteella

19. Suomen Lääkäriliitto on perustellut yksityissektorin roolin lisäämistä myös juuri laadulla (ks. SLL 1992b; 1996; 2003b; 2004; 2005a).

20. Liitto on myös esittänyt eri yhteyksissä, kuinka veroja tulisi yleisesti alentaa (SLL 1979; 1989; 1991; 2003a).

mitattuna on panostuksemme EU-maista toiseksi alhaisin. Voidaan sanoa, että Suomi vaurastuu tällä hetkellä terveydenhuollon kustannuksella.”

... sekä tavoitteet osin toteutuvat

2000-luvulle tultaessa terveydenhuollossa on toteutettu useita kansallisia uudistuksia. Myös taloudellisia resursseja on pyritty parantamaan. Merkittävin on kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Suurin yksittäinen käytännön muutos on ollut vuoden 2005 maaliskuusta voimaan tullut hoitotakuu. Sen avulla on ollut pyrkimyksenä parantaa kiireettömän hoidon saatavuutta sekä perus- että erikoissairaanhoidossa (Klavus & al. 2006, 185–186, 198).²² Liitto toi esille jo 1990-luvun alussa, kuinka terveydenhuollon asemaa tulisi vahvistaa lakien ja hoitotakuujärjestelmän avulla. Perusteluna oli paitsi tasa-arvon lisääminen myös tehokkuuden parantaminen. (SLL 1994, 1995; 1999.) Hoitotakuulla onkin osittaiset yhteydet yksityissektorin lisäämisen logiikkaan. Jollei hoitoa saa määrättyinä aikana kunnalta tai kuntayhtymältä, täytyy se hankkia ulkopuoliselta palvelutuottajalta asiakasmaksun muuttumatta.

Liitto piti kansallista terveysprojektia kokonaisuudessaan positiivisena avauksena ja näkee erityisen myönteisenä juuri hoitotakuun ja pyrkimyksen rahan lisäämiseen terveydenhuoltoon (SLL 2002a; 2002c). Tosin rakenteita ei ole käytännössä muutettu liiton (SLL 2002c) mukaan tarpeeksi, ja tästä syntyy ongelmia niin yksilön kuin järjestelmän kannalta:

”Potilas on edelleen terveydenhuollon objekti, joka ei voi itse päättää hoitopaikkaansa. Vasta potilaan aito mahdollisuus itse valita hoitopaikkansa ja lääkärin, takaa terveyspalveluiden tehokkaan ja taloudellisen käytön.”

Vanhat rakenteet aiheuttivat siis sen, että edelleen

21. Myös teknisessä mielessä kunnallisvaaleihin tehdyssä ohjelmassa oli samat tavoitteet kuin rahkeet-työryhmän kannanotossa (SLL 2006a; 2005b). Kuitenkin erotuksena oli, että esitys oli siinä mielessä tarkempi, että siinä määriteltiin järjestäjälle minimiväestöpohja, jonka tulisi olla 150 000 asukasta (SLL 2002b; 2003b). Myöhemmin liitto kannattaa mallia, jonka asukasmäärä on 200 000–250 000 (SLL 2005b; 2006a).

22. Vuonna 2004 tuli voimaan myös palvelusetelilaki, joka antaa kunnille mahdollisuuden käyttää palveluseteliä myös terveyspalveluissa tietyn ehtojen mukaan.

kuntien kaksoisrooli ostajana ja myyjänä on voimakas (SLL 2000b; 2002a; 2002c; 2004a). Kansallinen terveysprojekti on liiton mukaan myös liian järjestelmäkeskeinen, koska siinä ei ollut kiinnitetty lainkaan huomiota potilaan valinnanmahdollisuuksiin. Uudistukseen liittyi myös erikoismaksuluokan poistaminen asiakasmaksulain muuttamisella vuoteen 2008 mennessä. Päätös erikoismaksuluokan poistosta oli väärä, koska järjestelmän lopettamisen myötä poistui ainoa vaihtoehto hoidon valinnasta julkisen terveydenhuollon sisällä. (SLL 2000b; 2002c; 2004; 2004a).²³

2000-luvulla liitto on tuonut myös esille, että nykyinen hajautettu kuntajärjestelmä on synnyttänyt epätasa-arvoa, koska kansallisesti ohjattua terveyspolitiikkaa ei enää ole (SLL 2002b). Hallintoa jossain mielessä keskittävään hankkeeseen eli kunta- ja palvelurakennuudistukseen liitto on suhtautunut periaatteessa myönteisesti, vaikkakin uudistukseen tulisi liittää mukaan veropolitiikan, rahoituskanavien sekä asiakasmaksujen kehittäminen (SLL 2005a). Lisäksi liiton mukaan ongelmana uudistuksessa on, että se ei ole rahoituksen vakauden kannalta riittävä, koska puitelain mukainen 20 000 asukkaan minimiväestöpohja palveluiden järjestäjän kannalta on edelleen aivan liian pieni riskien hallintaan. Myös eräitä vaativia palveluja tulisi liiton mukaan keskittää valtiollisesti. (SLL 2006b; 2006c.) Riittäväksi rahoituspohjaksi liitto oli aikaisemmin tarjonnut esimerkiksi noin 150 000 asukkaan aluetta (SLL 2002b).

Johtopäätökset

Suomalaista terveydenhuoltoa on pyritty markkinoistamaan erityisesti laman myötä. Tavoitteena on ollut resurssien maksimointi, eli artikkeleissa käsitellyt teemat ovat kiertyneet tehokkuuden lisäämisen ympärille. Pienempinä keinoina tehokkuuden lisäämiseksi ovat olleet kannustavat rakenteet palkkauksessa sekä vaatimukset hoitoon pääsyn enimmäisajoista. Myös liitto on ajanut eri tavoin kannustavampien palkkausjärjestelmien kehittämistä sekä tuonut esil-

le, kuinka lakiin tulee kirjata vaatimukset hoitoon pääsyn enimmäisajoista. Kuitenkin pääasiallisena poliittisena keinona tehokkuuden lisäämiseen on ollut keskushallinnon hajauttaminen, jolloin vaihtoehtoisille palveluntuottamistavoille eli markkinoille on paikallistasolla tarjottu suuremmat mahdollisuudet. Liiton suhtautuminen keskushallinnon ja paikallisen itsemääräämisoikeuden väliseen rooliin on kuitenkin ollut hieinan ristiriitainen. Se on yleisesti kaivannut lisää paikalliset olosuhteet huomioon ottavia ratkaisuja ja ajanut siksi omia alueellisia terveydenhuollon rahoitusmalleja. Toisaalta liitto on eräissä tapauksissa tuonut myös esille, kuinka juuri kansallisen terveyspolitiikan puuttuminen on synnyttänyt epätasa-arvoa kansalaisten välille.

Poliittisten puolueiden dokumentteja analysoitaessa on havaittu, että 1980-luvun lopulta ja erityisesti 1990-luvulta lähtien suhtautuminen markkinoistumiseen on ollut Suomessa entistä myönteisempää (ks. Nygård 2006). Liitto pystyikin 1990-luvulta lähtien tuomaan entistä paremmin esille ideoitaan liittyen markkinoiden merkityksen kasvattamiseen julkisessa terveydenhuollossa. Kun liitto arvioi kuudetta valtakunnallista terveystuennitelmaa, niin siinä esille tuodut asiat ovatkin osaksi juuri niitä, joita liitto on ajanut 1970-luvulta lähtien. Esimerkiksi tilaajan ja tuottajan erottamiseen kiinnitetään suunnitelmassa yhä enemmän huomiota (SLL 1998a). Lisäksi 2000-luvulla liukumat palkoissa ovat lisääntyneet ja virkaehtosopimustason ylittäviä sopimuksia on tehty entistä useammin paikallistasolla (Vänskä 2006, 4133). Toisaalta liiton ajama valinnanvapauden lisäämistä hoitopaikkaa tai lääkäriä valittaessa ei ole erityisesti otettu huomioon (esim. SLL 2002a). Myös sairausvakuutuksen korvaustasot ovat jääneet alhaisiksi, koska taksoja ei ole nostettu vuoden 1989 jälkeen (esim. SLL 2005). Merkittävää myös on, että yksityisen sektorin rooli julkisten palveluiden tuottajana ei ole lopulta kasvanut erityisen voimakkaasti koko terveydenhuollossa, vaikka rakenteita on muutettu kilpailun lisäämiseksi.

Aikaisemmissa lääkäreiden ja julkisen sektorin suhdetta selvittäneissä tutkimuksissa on havaittu, että myyjien hintoihin puuttuminen on nähty uhkana vapaalle ammatinharjoittamiselle (Immergut 1992). Merkittävä huomio Suomen Lääkäriliiton ideoissa on, että niissä ei oteta erikseen kantaa siihen ajatukseen, että myös myyjän hintoihin onärkevää yrittää vaikuttaa välillisesti nä-

23. Liitto oli jo aikaisemmin tuonut esille erikoismaksuluokan merkitystä, koska se mahdollistaa hoitavan lääkärin valinnan sairaalajärjestelmässä (SLL 1970; myös 1980a).

ennäismarkkinoita luotaessa (esim. SLL 1996a; 1997d; 1999a; 2002b). Esimerkiksi kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän aiheuttamiin ongelmiin ei varsinaisesti oteta kantaa, vaikka järjestelmä, jossa sama lääkäri toimii usein sekä julkisella että yksityissektorilla, ei luo aktiivisesti tuottajien välistä kilpailua. Sitä kautta syntyy tehokkuustappioita ja kaksikanavaisuus on näin esteenä kunnallisten palvelujen kokonaisvaltaiselle kehittämiselle ja kannustaa vastuun siirtoon julkiselta yksityiselle sektorille esimerkiksi kustannusten välttämiseksi (esim. Häkkinen 2005).²⁴

Suomen tapauksessa liitto ei siis ota erityisesti kantaa siihen, että yksityisessä palvelutuotannossa vallitsee usein myyjän markkinat ja että tästä aiheutuu tehokkuusongelmia. Enemminkin liitto on halunnut autonomisesti itse määritellä sopivat hintahaarukat. Perusteluna on käytetty esimerkiksi sitä, että liiallinen hintakilpailu saattaisi johtaa liiton mukaan vääristymiin palveluiden markkinoinimisessa (SLL 1991c). Vähäinen kiinnostus myyjän hintoihin ja erityisesti kaksikanavaisen järjestelmän ongelmiin ilmentää liiton taloudellisia intressejä ideoiden taustalla. Aikaisemman tutkimuksen mukaan parhaiten omia intressejä voi oikeuttaa ”pesemällä” omat intressit näkymättömiin (Béland 2005). Tämä strategia on esillä myös Suomen Lääkäriliiton toiminnassa. Ideoiden perusteluissa ei vedota omiin työmarkkinaintresseihin, vaan taustalla on ”yhteisen hyvän” lisääminen, jonka maksimoimiseksi palvelutuotantoa tulee tehostaa. Esimerkkinä tällaisesta ”yleisen hyvän” perustelusta on, että nykyinen rahoitusrakenne on liiton mukaan huono tasarvon kannalta, koska yksityinen hoito tulee paljon kalliimmaksi ja vaarana on kansan jakaantuminen. (SLL 2002; 2002b & 2002c.)

24. Ruotsissa toteutettiin ns. DAGMAR-uudistus vuonna 1985. Kun yksityisiä palvelutuottajia oli aikaisemmin rahoitettu korvausperiaattein sosiaalivakuutuskeskuksista, niin uudistuksen myötä vastuuta siirrettiin alueellisille maakuntatyypin organisaatioille, jotka myös asettivat rajoitteita: palveluita ostetaan vain niiltä palvelutuottajilta, jotka noudattavat tiettyä hinnoittelua. Näin pyrittiin esimerkiksi vaikuttamaan kustannuksiin hintasäännöstelyllä. (Hjortsberg & Ghatnekar 2001, 15–23.)

Liitto on julkisen sektorin kasvun aikakaudelta lähtien kritisoinut ajoittain voimakkaastikin tehtyjä terveystaloudellisia ratkaisuja, mutta merkittävää liiton politiikassa kuitenkin on, että se kannattaa pohjoismaisen mallin olennaisinta peruspiirrettä eli verorahoitettavuutta terveydenhuollossa (esim. SLL 1996a). Syynä voimakkaalle kannatusperustalle on, että hyvinvointivaltiolliset instituutiot ovat aikaansaaneet järjestelmän, johon liitolla on voimakkaita intressejä, ja että esitetyt ideat eivät ole erityisen radikaaleja (ks. Freeman 1999; Pfau-Effinger 2005). Suomalainen verorahoitteinen palvelutuotantojärjestelmä sekä pakollinen julkinen sairausvakuutusjärjestelmä ovat tarjonneet lääkäreille mahdollisuuden palkkatyösuhteen ja yritysmäisen ammatinharjoittamisen yhdistämiseen. Jos lääkärit olisivat puhtaasti markkinatoimijoita, niin myös kannatus universaalille terveydenhuoltojärjestelmälle olisi heikompaa (ks. Immergut 1992). Julkisella terveydenhuoltojärjestelmällä on siis makrotasolta tarkasteltuna edelleen kannatusta lääkäreiden keskuudessa. Kuitenkin eri toimijat pyrkivät jatkuvasti muokkaamaan järjestelmää omien intressiensä mukaisesti. Myös Suomen Lääkäriliitto on merkittävä uudenlaisten ideoiden levittäjä. Se on omien ideoidensa esille tuomisen kautta mukana siinä kehityksessä, jossa ”vanha järjestelmä” on haastettu.

Tämän artikkelin perusteella ei voida sanoa varmasti, mikä lopulta on Suomen Lääkäriliiton vaikutusvalta poliittisiin päätöksiin tai muihin toimijatahoihin, koska tutkimuskohteena ovat olleet ideat. Huomioon otettavaa on myös, että dokumenttiaineistoja analysoitaessa ei pystytä tuomaan esille eroja Suomen Lääkäriliiton jäsenkunnan sisällä. Voidaan olettaa, että liiton jäsenkuntaan on muodostunut esimerkiksi työskentelysektorin mukaan ryhmiä, joilla on myös erilaisia intressejä ja joiden esittämät ideat ovat näin virallisista kannanotoista poikkeavia. Siksi tarvitaan myös erityyppistä lähestymistapaa, kuten kattavaa kyselyä jäsenistölle koskien liiton valta-asemaa ja sitä, kuinka terveydenhuoltojärjestelmää tulee rakentaa. Näin pystytään tutkimaan myös intressien välittymistä.

KIRJALLISUUS

- ANDERSEN, RONALD A. & SMEDBY, BJÖRN & VÄGERÖ, DENNY: Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas. *Social Science & Medicine* 52 (2001): 8, 1195–1204
- ARO, SEPPO: Kansanterveyslaista väestövastuukokeiluihin. S. 13–19. Teoksessa: Aro, Seppo & Liukko, Matti (toim.): VPK – väestövastuun perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Mikä muuttui? Raportteja 105. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 1993
- AROMAA, ARPO & LINNALA, AARNO & MALJANEN, TIMO & MATTILA, KARI: Yksityislääkärit omalääkereinä. Raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärinkokeilusta. Tutkimuksia 39. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1998
- BARR, NICHOLAS: *The Economics of the Welfare State*. Oxford 1998
- BÉLAND, DANIEL: Idea and Social Policy: An Institutional Perspective. *Social Policy & Administration* 39 (2005): 1, 1–18
- CABIEDES, LAURA & GUILLÉN, ANA: Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe. *Social Science & Medicine* 52 (2001): 8, 1205–1217
- CAMPBELL, JOHN N.: Institutional analysis and the role of ideas in political economy. *Theory and Society* 27 (1998): 3, 377–408
- Chard, Richard E.: *The Mediating Effect of Public Opinion on Public Policy. Exploring the Realm of Health Care*. State University of New York Press, 2004
- CHERNICHOVSKY, DOV: Pluralism, Public Choice, and the State in the Emerging Paradigm in Health Systems. *The Milbank Quarterly* 80 (2002): 1, 5–39
- COX, ROBERT: The Path-dependency of an Idea: Why Scandinavian Welfare States Remain Distinct. *Social Policy & Administration* 38 (2004): 2, 204–219
- ERICHSEN, VIBEKE: State traditions and medical professionalization in Scandinavia. P. 187–199. In: Johnson, Terry & Larkin, Gerry & Saks, Mike (eds): *Health professions and the state in Europe*. Routledge, 1995
- ERONEN, ANNE & LONDÉN, PIA & PERÄLAHTI, ANNE & SILTANIEMI, AKI & SÄRKELÄ, RIITTA: *Sosiaalibarometri 2006*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2006
- FILC, DANI: Physicians as 'Organic Intellectuals'. A Contribution to the Stratification versus Deprofessionalization Debate. *Acta Sociologica* 49 (2006): 3, 273–285
- FORMA, PAULI: *Interests, Institutions and the Welfare State. Studies on Public Opinion Towards the Welfare State*. Research Report 102. Helsinki: Stakes, 1999
- FREEMAN, RICHARD: *Institutions, States and Cultures: Health Policy and Politics in Europe*. P. 80–94. In: Clasen, Jochen (ed.): *Comparative Social Policy. Concepts, Theories and Methods*. Blackwell Publishers, 1999
- GIDDENS, ANTHONY: *Central Problems in Social Theory Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*. University of California Press, 1979
- HAFFERTY, FREDERIC F. & LIGHT, DONALD W.: Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work. *Journal of Health and Social Behavior* 35 (1995): extra-issue (Forty Years of Medical Sociology), 132–153
- HARRISON, MICHAEL I. & CALLTORP, JOHAN: The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy* 50 (2000): 3, 219–240
- HEURU, KAUKO: Kunnan päätösvalvan siirtyminen. Oikeudellinen tutkimus kunnanvaltuuston vallasta suomalaisen kunnallishallinnon demokraattisten arvojen ja tehokkuusarvojen ristipaineessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 760. Tampere: Tampereen yliopisto, 2000
- HJORTSBERG, CATHERINA & GHATNEKAR, OLA: *Health Care Systems in Transition – Sweden*. Copenhagen: European Observatory on Health Care, 2001
- HÄKKINEN, UNTO: The Impact of Changes in Finland Health Care System. *Health Economics* 14 (2005): Supplement, 101–118
- IMMERGUT, ELLEN M.: *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge 1992
- JULKUNEN, RAJJA & VAUHKONEN, JUSSI: Suomalainen ihme – työeläkejärjestelmän synty. S. 289–319. Teoksessa: Saari, Juho (toim.): *Historiallinen käänne. Johdatus pitkän aikavälin historian tutkimukseen*. Tampere: Gaudeamus, 2006
- JÄMSÉN, RAIMO & PEKURINEN, MARKKU: Terveystenhuollon 1990-luvun uudistusajon tulokset. *Suomen Lääkärilehti* 58 (2003): 9, 1067–1070
- JÄÄTTÄLÄ, ANTTI: Lääkärinkunnan yhteiset tavoitteet. *Suomen Lääkärilehti* 39 (1984): 36, 3138
- KESKIMÄKI, ILMO & KOSKINEN, SEPPO & TEPERI, JUHA: Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. S. 281–299. Teoksessa: Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.): *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita Prima Oy, 2002
- KLAVUS, JAN & PEKURINEN, MARKKU & NGUYEN, LIEN & HÄKKINEN, UNTO: Väestön kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. S. 185–201. Teoksessa: Kautto, Mikko (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki: Stakes, 2006
- KOKKO, SIMO: Jäävuori-ilmio terveydenhuollossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 63 (1998): 5–6, 432–444
- KÄRKKÄINEN, REIJO: Ostopalvelujen rajoitukset kansanterveysasetuksen 6 §:ssä. *Suomen Lääkärilehti* 44 (1989): 19–20, 2059–2060
- LE GRAND, JULIAN: Competition, Cooperation, or Control? Tales from The British National Health Service. *Health Affairs* 18 (1999): 3, 27–39
- LIEVERDINK, HARM: The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 52 (2001): 8, 1183–1194
- LIUKKO, MATTI & VOUTILAINEN, SEPPO & ARO, SEPPO: Lääkärin työ väestövastuuissa perusterveydenhuollossa. S. 21–46. Teoksessa: Aro, Seppo (toim.):

- VPK – väestövastuisten perusterveydenhuollon keikeilit. Väiliraportti lääkäreiden ja terveydenhoitajien työstä, työterveyshuollosta sekä terveydenhuollon yhteistyöstä. Raportteja 24/1991. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, 1991
- MAHONEY, JAMES: Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society* 29 (2000): 4, 507–548
- MATTLA, YRJÖ: Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat. ”Yhteisestä pohjasta eri poluille.” Julkaisuja D:2. Turku: Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitos, 2006
- OECD Health Data. Tiedot kerätty 29.10.2006. http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html
- NYGÅRD, MIKAEL: Welfare-Ideological Change in Scandinavia: A Comparative Analysis of Partisan Welfare State Positions in Four Nordic Countries, 1970–2003. *Scandinavian Political Studies* 29 (2006): 4, 356–385
- OULASVIRTA, LASSE: Kuntien valtionapujärjestelmä. Vertaileva arviointitutkimus kahdesta valtionapujärjestelmästä. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 494*. Tampere: Tampereen yliopisto, 1996
- PEAU-EFFINGER, BIRGIT: Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation. *Journal of Social Policy* 34 (2005): 1, 3–20
- PIERSON, PAUL: Post-Industrial Pressures on the Mature Welfare States. P. 80–104. In: Pierson, Paul (ed.): *The New Politics of the Welfare State*. Oxford 2001
- POLLITT, CHRISTOPHER: Is the Emperor in his Underwear? An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management: an international journal of research and theory* 2 (2000): 2, 181–199
- PROPPER, CAROL & WILSON, DEBORAH & BURGESS, SIMON: Extending Choice in English Health Care: The Implications of the Economic Evidence. *Journal of Social Policy* 35 (2006): 4, 537–557
- ROSÉN, PER: Public dialogue on healthcare prioritisation. *Health Policy* 79 (2006): 1, 107–116
- SAIRAANHOITOVAKUUTUSTOIMIKUNNAN MIETINTÖ. Komiteamietintö 1993: 29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1993
- SALTMAN, RICHARD B. & FIGUERAS, JOSEPH: European health care reform: analysis of current strategies. WHO, alueelliset julkaisut, Euroopan sarja, nro 72. World Health Organization, 1997
- SIMPURA, JUSSI & BLOMSTER, PETER & HEIKKILÄ, MATTI & HÄKKINEN, UNTO & KAUTTO, MIKKO & KESKIMÄKI, ILMO & LEHTO, JUHANI & RASTAS, MERJA & RISSANEN, PEKKA & VALTONEN, HANNU: The Survival of the Finnish Health Care and Social Service System During the Economic Depression of the 1990s. P. 130–167. In: Kalela, Jorma & Klander, Jaakko & Kivikuru, Ullamaija & Loikkanen, Heikki A. & Simpura, Jussi (eds): *Down from the Heavens, up from the Ashes. The Finnish economic crisis of the 1990s in the light of economic and social research*. Helsinki: Government Institute for Economic Research & The Academy of Finland, 2001
- SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALTIONOSUUSUUDISTUKSEN VAIKUTUKSIA SELVITTELEVÄN TYÖRYHMÄN MUISTIO. Työryhmämuistioita 1996: 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1996
- TAYLOR-GOOPY, PETER: Markets and Motives. Trust and Egoism in Welfare Markets. *Journal of Social Policy* 28 (1999): 1, 97–114
- TEPERI, JUHA: Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? S. 60–91. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko & Teperi, Juha: *Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Julkaisuja 5/2005. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2005
- TORFING, JACOB: Path-Dependent Danish Welfare Reforms: The Contribution of the New Institutionalism to Understanding Evolutionary Change. *Scandinavian Political Studies* 24 (2001): 4, 277–309
- TSUPARI, PEKKA & LAPPI, HANNU: Ostopalvelujärjestelmä ja yksityinen palvelutuotanto. VALTAVAN seurantalutkimus. Osa 8. Suomen virallinen tilasto. Sosiaalisia erikoistutkimuksia 128. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1987
- VÄNSKÄ, JUUKA: Ajankohtaista tietoa lääkäreiden palkoista. *Suomen Lääkärilehti* 61 (2006): 40, 4132–4136
- YKSIYTYINEN PALVELUTUOTANTO SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA 2004. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Stakes, 2007
- ØVRETVETT, JON: *Evaluating Health Interventions*. Open University Press, 1998.

Suomen Lääkäriliiton (SLL) dokumentti-lähteet

- SLL 1969. Suomen Lääkäriliiton hallituksen kertomus.
- SLL 1970. Pöytäkirja valtuuskunnan sääntömääräisestä syyskokouksesta.
- SLL 1971. Suunnitteluvaliokunnan työryhmä.
- SLL 1971a. Avohoitovaliokunnan muistio.
- SLL 1971b. Lausunto kansanterveyslain lainsäädännön valmistelusta sosiaali- ja terveysministeriölle.
- SLL 1975. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle lääkintöhallituksen laatimista valtakunnallisista viisivuotissuunnitelmista vv. 1977–81.
- SLL 1975a. Lausunto Kansaneläkelaitokselle sairausvakuutuksen palautustaksoista.
- SLL 1976. Lausunto lääkintöhallituksen laatimista terveydenhuollon valtakunnallisista viisivuotissuunnitelmista vv. 1978–82.
- SLL 1977. Suunnitelmat realistiselle pohjalle. Lausunto lääkintöhallituksen esityksestä terveydenhuollon suunnitelmiksi. *Suomen Lääkärilehti* 32 (1977): 1–2, 39–40.
- SLL 1977a. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle lääkintöhallituksen laatimista valtakunnallisesta suunnitelmasta sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1979–83.
- SLL 1978. Hallituksen kokouksen pöytäkirja.
- SLL 1978a. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle lääkintöhallituksen laatimista valtakunnallisesta suunnitelmasta kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1980–1984.
- SLL 1979. Kirjeen 289/11/21/79/JK/ss johdosta liitto

- esittää seuraavaa: Sosiaalipoliittinen ohjelma.
- SLL 1980. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunnan mietinnöstä.
- SLL 1980a. Pöytäkirja valtuuskunnan varsinaisesta kevätkokouksesta.
- SLL 1980b. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle laista sairausvakuutuslain muuttamisesta.
- SLL 1981. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle sairausvakuutuksen taksaperusteiden tarkistamisesta.
- SLL 1981a. Toiminnanjohtaja Tapani Kososen katsaus valtuuskunnan kokouksessa.
- SLL 1982. Terveyspoliittisen valiokunnan kokous.
- SLL 1982a. Muistio terveyspoliittisen valiokunnan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valti-onosuutta koskevan mietinnön uudistamishdo-tuksesta.
- SLL 1983. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle ter-veydenhuollon maksutoimikunnan mietinnöstä.
- SLL 1985. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle pitkän aikavälin terveyspoliittisen tavoiteohjelman luonnoksesta.
- SLL 1987. Lääkäriliiton seminaari: terveydenhuollon hallinnon uudet haasteet. Suomen Lääkärilehti 42 (1987): 30, 2815–2817.
- SLL 1987a. Luonnos liiton terveyspoliittisesta toimin-nasta.
- SLL 1987b. Liite liiton vuoden 1979 lausunnosta ter-veyspoliittisen valiokunnan kokouksen pöytäkir-jasta.
- SLL 1987c. Lausunto Akavalle vapaakuntaryöryhmän mietinnöstä.
- SLL 1988. Lääkäriliiton kannanotto valtakunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmasta.
- SLL 1989. Kannanotto valtion vuoden 1990 budjet-tiin.
- SLL 1989a. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle sairauskuluvähennyksen korvaamisesta.
- SLL 1989b. Luonnos sosiaali- ja terveysministeriölle ja lääkintöhallitukselle lausunnosta terveydenhuollon valtakunnallisesta viisivuotissuunnitelmasta.
- SLL 1989c. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle selvitysmies Teemu Hiltusen ehdotuksesta valtion-apujärjestelmän uudistamiseksi.
- SLL 1990. Lääkäriliitto: Valtionapujärjestelmä uu-distettava vaiheittain. Suomen Lääkärilehti 45 (1990): 5, 397.
- SLL 1990a. Lääkäriliitto: Ostopalvelujen käyttö vapaam-aksi. Suomen Lääkärilehti 45 (1990): 10, 967.
- SLL 1990b. Lääkäriliitto kannattaa väestövastuujärjes-telmää. Suomen Lääkärilehti 45 (1990): 15, 1457–1459.
- SLL 1990c. Lausunto Akavalle komiteamietinnöstä ”Järjestöt voimavarana vanhustyössä”.
- SLL 1990d. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle ja lääkintöhallitukselle vuosien 1991–1995 suun-nitelmaa valmisteltaessa.
- SLL 1991. Lausunto ehdotuksesta Akavan sosiaalipo-liittisiksi suuntaviivoiksi vuosille 1991–1995.
- SLL 1991a. Lausunto Akavalle sosiaali- ja terveysi-ministeriön ehdotukseen valtakunnalliseksi suunni-telmaksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämi-sestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosi-na 1992–96.
- SLL 1991b. Lausunto eduskunnan sosiaali- ja terveysi-valiokunnalle esityksistä laeiksi terveyskeskumak-sukokeilusta ja kansanterveyslain 21 §:n ja erikois-sairaanhoidon 37 §:n muuttamisesta.
- SLL 1991c. Lääkäriliitto: Kilpailulainsäädännön tiu- kentamiseen ei aihetta. Suomen Lääkärilehti 46 (1991): 19–20, 1922.
- SLL 1992. Lehtiartikkeli Lääkäriliiton johtaville lääkä-reille järjestämästä seminaarista 8.10.1992 otsikol-la Valtionosuusuudistuksen pelisääntöjä pohdit-tiin. Suomen Lääkärilehti 47 (1992): 31, 2945.
- SLL 1992a. Lääkäriliiton hallituksen lausunto budjet-tipäällikkö Sailaksen ohjelmasta ja hallituksen pe-riaatapäätöksestä julkisen talouden tasapainotta-miseksi.
- SLL 1992b. Artikkelii liiton hallituksen suunnitteluko- kuksesta otsikolla Lama ei lamaa Lääkäriliittoa. Suomen Lääkärilehti 47 (1992): 30, 2845–2846.
- SLL 1992c. Lääkäriliitto: Valtionosuusuudistuksen yleistavoitteet oikeansuuntaiset. Suomen Lääkäri-lehti 47 (1992): 13, 1262.
- SLL 1992d. Lama tai kateus eivät kaada omalääkäri-järjestelmää. Suomen Lääkärilehti 47 (1992): 31, 2943–2944.
- SLL 1992e. Pöytäkirja (yhteenvedo) terveyspoliittisen valiokunnan kokouksesta.
- SLL 1993. Lääkäriliitto valtion talousarvioesityksestä: Valikoimatonta kurjistamista, vastuun pakoilua. Suomen Lääkärilehti 48 (1993): 28, 2697.
- SLL 1993a. Lääkäriliitto sairaanhoitovakuutustoimi-kunnan mietinnöstä: Potilaan valinnanvapaus tur-vattava. Suomen Lääkärilehti 48 (1993): 28, 2699.
- SLL 1993b. Terveydenhuollon rahoitusongelmia poh-dittiin Lääkäriliiton seminaarissa. Suomen Lääkä-rilehti 48 (1993): 28, 2701–2702.
- SLL 1994. Lääkäriliitto: Hoitotakuujärjestelmä Suo-meen. Vuospäiväseminaari. Suomen Lääkärilehti 49 (1994): 9, 957–958.
- SLL 1995. Hallituksen päätöksiä 11.4.95. Terveyden-huollon teesit hyväksyttiin. Suomen Lääkärilehti 50 (1995): 13, 1544–1545.
- SLL 1995a. Lausunto ehdotuksesta vuosia 1996–1999 koskevaksi valtakunnalliseksi suunnitelmaksi.
- SLL 1996. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle laaditusta ehdotuksesta vuosia 1997–2000 koske-vaksi valtakunnalliseksi suunnitelmaksi.
- SLL 1996a. Tilaa- ja tuottajamallin kokeilu terveyden-huollossa – esitys kokeilumalliksi (TORA-työryh-mä).
- SLL 1997. Lääkäriliiton hallitus 6.2.97. Tilaa- ja tuotta-jamallin linjaukset hyväksyttiin. Suomen Lääkäri-lehti 52 (1997): 7, 745.
- SLL 1997a. Hallituksen toimintakertomus 1997.
- SLL 1997b. TORA-työryhmä. Tilaa- ja tuottajamallin kokeilu terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 52 (1997): 7, 749–751.
- SLL 1997c. Lääkäriliitto esittää suoritepalkkauksen käyttöönottoa. Suomen Lääkärilehti 52 (1997): 15, 1864.
- SLL 1997d. Lääkäriliiton hallitus 6.2.97: Tilaa- ja tuo-

tajamallin linjaukset hyväksyttiin. Suomen Lääkärilehti 52 (1997): 7, 745–746.

SLL 1998. Lääkäriliiton seminaari poliitikoille: Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä korjattava. Suomen Lääkärilehti 53 (1998): 31, 3560–3561.

SLL 1998a. Lausunto Sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotuksesta vuosia 1999–2002 koskevaksi valtakunnalliseksi suunnitelmaksi 15.7.98.

SLL 1998b. Tunnetko Lääkäriliiton organisaation? Suomen Lääkärilehti 53 (1998): 31, 3562–3563.

SLL 1999. Lääkäriliitto ehdottaa terveydenhuoltoon uutta rahoitusmallia. Suomen Lääkärilehti 54 (1999): 9, 1138–1140.

SLL 1999a. Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa.

SLL 2000. Hallituksen päätöksiä 30.3.2000: Työryhmä selvittämään kokeilevia rahoitusmalleja. Suomen Lääkärilehti 55 (2000): 12, 1407.

SLL 2000a. Hallituksen kokous 12.10.2000. Suomen Lääkärilehti 55 (2000): 40, 4083.

SLL 2000b. Kunnallisvaalit ovat terveysvaalit! Lääkäriliiton kymmenen askelta parempaan terveydenhuoltoon. Suomen Lääkärilehti 55 (2000): 37, 3742–3744.

SLL 2001. Suomen panostus terveydenhuoltoon EU-maiden alhaisin. Suomen Lääkärilehti 56 (2001): 24, 2692.

SLL 2001a. Hallituksen toimintakertomus 2001.

SLL 2002. Terveydenhuollon rahoittajan kokoa tulee kasvattaa. Tiedotuksia.

SLL 2002a. Lääkäriliiton seminaarissa pohdittiin ulkoistamista ja ostopalveluja. Suomen Lääkärilehti 57 (2002): 51–52, 5242–5244.

SLL 2002b. Liiton terveystalouden seminaari: Rahoittajan kokoa tulee kasvattaa terveydenhuollosa. Suomen Lääkärilehti 57 (2002): 5, 572–573.

SLL 2002c. Lääkäriliitto kansallisesta terveystaloudesta: Pelkällä verorahoituksella ei terveydenhuoltoa voida turvata. Suomen Lääkärilehti 57 (2002): 16, 1842–1843.

SLL 2002d. Hallituksen kokous 16.10.2002: Valtionsektorin lääkärin edunvalvonnan kehittäminen esillä. Suomen Lääkärilehti 57 (2002): 43, 4396–

4397.

SLL 2002e. Suomen Lääkäriliiton toimintakertomus 2002.

SLL 2003. Terveyskeskusten työolosuhteita kehitettävä. Suomen Lääkärilehti 58 (2003): 45, 4630–4631.

SLL 2003a. Lausunto Akavalle kilpailukykyiseen verotukseen -muistion ehdotuksesta.

SLL 2003b. Lausunto Sosiaali- ja terveysministeriölle luonnoksesta hallituksen esitykseksi laeiksi yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

SLL 2004. Liiton lausunto jonotyöryhmän raportista: Rahoituskysymykset ja potilaan valinnanvapaus jäävät vähälle huomiolle. Suomen Lääkärilehti 59 (2004): 9, 954–955.

SLL 2004a. Lääkäriliiton terveystaloudelliset teemat kunnallisvaaleihin. Suomen Lääkärilehti 59 (2004): 42, 4054–4055.

SLL 2004b. Suomen Lääkäriliiton hallituksen toimintakertomus 2004.

SLL 2005. Liiton lausunto lääkäripalkkioiden perusteista: Korvaustason lasku pysäytettävä. Suomen Lääkärilehti 60 (2005): 1, 85.

SLL 2005a. Lääkäriliitto selkeyttäisi terveydenhuollon maksupolitiikkaa: Tasamaksuja, liukuvaa omavastuuta ja hintajoustoa. Suomen Lääkärilehti 60 (2005): 49–50, 5173–5174.

SLL 2005b. Suomen Lääkäriliiton hallituksen toimintakertomus.

SLL 2005c. Lääkärinkysely. Tilastoja. <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/laakaritilastot/tyopaikat.html>.

SLL 2006a. Lääkäriliiton valtuuskunta. Potilaan valinnanvapautta lisättävä. Suomen Lääkärilehti 61 (2006): 19, 2149.

SLL 2006b. Lääkäriliitto tiedottaa 12.06.2006: Terveyspalvelut edellyttävät 200 000–250 000 asukkaaseen väestöpohjaa.

SLL 2006c. Lääkäriliitto: Palvelurakennemuutosten tulee keskittää vaativampia palveluja. Suomen Lääkärilehti 61 (2006): 44, 4626.

ENGLISH SUMMARY

Arttu Saarinen: Markets and the medical profession. Ideas of the Finnish Medical Association about marketisation in the public health care system in 1970–2005 (Markkinat ja lääkäriprofession. Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005)

The Finnish public health care system was built primarily in the 1970s and into the 1980s. During the 1990s, the system came under mounting pressure with increasing calls for a greater role of market forces. This article reviews the ideas put forward by one major stakeholder, i.e. the Finnish Medical Association, on the health care system by using document materials. The theoretical part of the article discusses the process of marketisation as well as the relationship between in-

terests and institutions. It also provides an overview of the Finnish health care system and its general structure. The period under review in the article extends from 1970 to 2005. Two main questions are addressed: 1) What kinds of ideas has the Medical Association proposed with regard to the public health care system, and 2) How has the Medical Association become institutionalised as part of the welfare state's health care system? Data analysis aims to search for continuities by means of the method of content analysis. The results are presented in two parts: the 1970s and 1980s are described as the public sector period, the 1990s and 2000s as the period of marketisation.

Throughout the period under review, the results suggest that the Finnish Medical Association has consistently advocated the importance of the private sector alongside the public sector. A key point in the ideas

put forward by the Association is that the health care system should be improved with a view to greater efficiency. Among the means proposed by the Association for the achievement of this goal are to raise levels of sickness insurance compensation, the use of different purchaser-provider models and the wider introduction of incentive-based wage schedules. This would help to increase people's freedom of choice, for example. The main focus of the Association's ideas about marketisation are mainly on the demand side; they do not separately take a stance on the "mature competition" view that it also makes sense to regulate the seller's prices when an artificial market is being created.

Rather than advocating its own interests, the Association makes strong reference in its argumentation to the "common good". One example is provided by the Association's argument that the present funding structure is not conducive to equality because private health care is far more expensive and there is a real risk of polarisation in the population. The weight given to the

different ideas put forward by the Association has varied depending on the institutional situation in the welfare state. In the wake of recession in the early 1990s, marketisation gathered momentum and the Association's ideas assumed a more concrete shape. However it is noteworthy that in terms of their content the ideas proposed by the Medical Association are not in fact particularly radical. The Association is clearly and firmly in favour of a service production system that is funded from tax revenue sources. The reason for its position is that the welfare state institutions have created a system where the Association itself holds strong interests, which in turn goes to explain why its ideas are not particularly radical.

KEY WORDS

Finnish Medical Association, ideas, interests, markets, health care system, Finland

Saarinen Arttu. Terveyspolitiikka Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007. Yhteiskuntapolitiikka 2010; 75 (3): 241–251.

Terveyspolitiikka Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007

ARTTU SAARINEN

Johdanto

Maa-ilmanlaajuisesti tarkastellen 1980-luvulla alkanut julkisen sektorin kritiikki kiteytyy uuden julkisjohtamisen (*new public management*, NPM) paradigmaan (esim. Pollitt 2000). Siihen kuuluu tehokkuuden, laadun ja valinnanvapauden korostaminen (Pollitt 2000). Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kannalta olennaisin muutos osana NPM-paradigmaa on ollut palvelujärjestelmän markkinoistuminen. Toistaiseksi terveydenhuollon palvelujärjestelmän markkinoistuminen on kuitenkin ollut 1990-luvun alusta saakka kohtuullisen vähäistä. Se on kohdistunut tiettyihin organisaation osiin, kuten terveyskeskuksiin. Uudet strategiset tilaaja–tuottaja-mallit ovat olleet harvinaisia. Useammin yksityisiä palvelutuottajia on käytetty kunnissa pakon edessä, esimerkiksi työvoimapulaa helpottamaan.

Markkinoistumisen merkitys lääkärin ammattikunnalle voi olla suomalaisessa institutionaalisessa kontekstissa kaksisuuntainen. Se voi lisätä lääkäreiden autonomiaa esimerkiksi työaikajousten kautta (vuokralääkäriyritykset), mutta samalla se voi kahlita esimerkiksi tuottavuusvaatimusten lisääntymisen kautta. Aiemman erityyppisessä terveydenhuoltojärjestelmässä kuin Suomessa tehdyn tutkimuksen perusteella lääkärit kokevat uhkaksi reformit, joissa heidän työstään tehdään ”mitattavaa” (esim. Marjoribanks & Lewis 2003). Kilpailutuksen lisäämisen ehkä ajatellaan siirtävän valtaa hyvinvointityön ammattikunnilta ”harmaatakeille” eli laskemisen ja johtamisen ammattilaisille (Julkunen 2004, 173).

Voidaan olettaa, että Lääkäriliiton aktiivit pyrkivät viemään terveyspolitiikkaan koko jäsenis-

tönsä yleistä mielipidettä. Toisaalta aktiivit pyrkivät muokkaamaan tuota mielipidettä esimerkiksi kirjoittamalla Lääkärilehteen. Tässä artikkelissa analysoidaan terveyspolitiikkaa lääkäreiden ammattilehden näkökulmasta vuosien 1970 ja 2007 välillä. Artikkelin lähestymistapa edustaa sosiaalikonstruktivismia¹. Tämä tarkoittaa sen tutkimista, kuinka lääkärit konstruoivat ja tuottavat mielikuvia terveydenhuollon ongelmista ja ratkaisuisista pääkirjoituksissa (myös Rahkonen 2006b, 89).

Aiemmissa tutkimuksissani Lääkäriliiton terveyspolitiikasta olen puhunut 1970- ja 1980-luvuista julkisen sektorin kasvun aikakautena ja 1990- ja 2000-luvuista markkinoistumisen kasvun aikakautena (Saarinen 2007a). Julkinen terveydenhuolto alkoi laajentua voimakkaasti vuoden 1972 kansanterveyslain myötä. Tämä kehitys jatkui vielä 1980-luvulla, mutta 1990-luvulla hyvinvointivaltio ja terveydenhuoltojärjestelmä alkoivat markkinoistua. Merkittävin muutos oli valtionapujärjestelmän uudistus vuonna 1993. Se mahdollisti kuntien ostopalvelujen käytön aiempaa laajemmin.

Vertailen tässä artikkelissa Lääkärilehden kannanottoja näinä kahtena aikakautena. Aiemmin olen tutkinut lääkäreiden suhdetta markkinoistumiseen mikrotasolla (kyselytutkimus yksittäisille lääkäreille) ja makrotasolla (dokumentit Suomen Lääkäriliitosta). Makrotason tutkimuksessa erittelin Lääkäriliiton ideoita terveyspolitiikasta sekä retoriikkaa ja intressejä näiden ideoiden taus-

1. Yhtä hyvin voidaan ajatella artikkelin tietenteoreettisen näkökulman pohjautuvan semioottiseen sosiologiaan. Olennaista on se, että sosiaalista todellisuutta tuotetaan ja ylläpidetään puhetoissa (Sulkunen 1997).

talla (Saarinen 2007a). Mikrotason tutkimuksessa tarkastelin markkinoistumista eri ulottuvuuksilla (esim. valinnanvapaus) (Saarinen 2007 b) sekä terveydenhuollon toimivuutta lääkärien näkökulmasta (Saarinen 2007c). Aiemmat tutkimukset vaikuttivat siihen, mitä teemoja etsin Lääkärilehden pääkirjoituksista.

Seuraavassa tarkastelen ensin lääkäriprofession ja ammattilehden välistä suhdetta instituution uusintamisessa. Sitten kuvaan tutkimuksellisia valintojani ja tutkimusaineistoani. Sisällönanalyysin tulokset esitän kolmessa osassa. Ensin kuvailen sitä, kuinka Lääkärilehden pääkirjoituksissa on tuotu esille terveydenhuoltojärjestelmän resurssointia, toiseksi sitä, miten niissä on käsitelty markkinoistumiseen liittyviä kysymyksiä, ja lopuksi käyn läpi retoriikkaa ja perusteluja lehden terveyspoliittisissa kannanotoissa.

Lääkäriprofessio ja ammattilehden rooli instituution uusintamisessa

Erityisesti yhdysvaltalaisessa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa lääkärit ja heidän ammattijärjestönsä ovat olleet merkittävä tutkimuskohde, ehkä osin sen vuoksi, että eturyhmät ovat Yhdysvalloissa ylipäätään merkittäviä vaikuttajia. Tutkimuksissa professorit on totuttu weberiläisittäin näkemään intressejään ajavina ryhminä (Freidson 1970). Lääkäriprofession olennaiseksi pyrkimykseksi on todettu oman autonomisuuden säilyttäminen suhteessa julkiseen puuttumiseen esimerkiksi asiantuntijatietoaan monopolisoimalla (Wolinsky 1993).

Professioautonomia tarkoittaa legitimiä kontrollia, joka ammattiryhmällä on työhönsä ja myös organisaatioonsa (esim. Freidson 1970). Erityisesti valtio, mutta myös muut rahoitukseen liittyvät instituutiot, kuten markkinoilla toimivat vaakuutusyhtiöt, voivat rajoittaa tai lisätä lääkäreiden autonomiaa. Autonomia jakaantuu mikro- ja makrotasoon sekä jossain luokittelussa myös mesotasoon. Mikrotasolla tarkoitetaan lääkärin autonomiaa käytännön potilastyössä, esimerkiksi hoitomuotojen valinnassa. Makro- ja mesotasolla taas tarkoitetaan profession ja valtion välistä suhdetta. (Marjoribanks & Lewis 2003.)² Huomatta-

2. Useissa luokitteluisissa valtion ja profession suhteeseen viitataan käsitteellä mesotaso, mutta näen luonnollisemmaksi käyttää termiä makrotason autonomia.

va osa autonomiasta makrotasolla liittyy taloudellisiin tekijöihin (esim. Immergut 1992).

Profession autonomia liittyy tietysti valtaan. Lääkäreiden valta on joidenkin tutkijoiden mukaan viimeisten vuosikymmenten aikana vähentynyt, tosin nämä tutkimukset on tehty erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmän maissa kuin Suomi (esim. Navarro 1988; Schelesinger 2002; Tousijn 2002). Vallan vähenemisen taustalla ovat muun muassa markkinatalouden merkityksen lisääntyminen terveydenhuollossa, koulutustason nousu, lääkäreiden määrän kasvu, lääkäreiden palkkatyöläistyminen sekä lääketieteellisen tiedon lisääntyminen ja popularisoituminen.

Ulkomaisessa kirjallisuudessa on käytetty käsitteitä proletarisatio, korporatisatio ja deprofessionalisoituminen. Ensimmäinen tarkoittaa sitä, että lääkäristä tulee yhä enemmän palkollinen ja säädelty virkamies. Toinen viittaa siihen, että lääkäri työskentelee yhä monimutkaisemmissa organisaatioissa, hänen hallinnolliset tehtävänsä lisääntyvät ja organisaatioiden sääntely vaikuttaa potilassuhteeseen. Deprofessionalisoituminen merkitsee muiden ammattiryhmien tuleamista lääketieteen alueelle ja toisaalta lääketieteellisen tiedon yhä helpompaa saatavuutta. (Ks. Filc 2006; Light & Levine 1988; Tousijn 2002.) Suomalaisessa terveydenhuollossa taloudellinen ja hallinnollinen päätäntävalta on kuitenkin ollut pääasiallisesti lääkäreillä eikä esimerkiksi ulkopuolisilla ammattijohtajilla (Vähäaho 2002, 61). Tutkimusten mukaan suomalaisen lääkäriprofession suhde julkiseen sektoriin on ollut suhteellisen harmoninen (Riskä 1988).

Profession sisällä pyritään jatkuvuuteen. Yksi uusintamisen ja jatkuvuuden turvaamisen keino on ammattikunnan oma jäsenlehti ja sen pääkirjoitukset. Ammattilehtien pääkirjoitukset ja niissä esitetyt ideat on tuotettu kontekstissaan: vaikka todellisuutta luodaan kirjoituksissa, taustalla vaikuttaa rakenteellinen eli objektiivinen todellisuus ja historia (esim. lehden omistaja). Tämä objektiivinen todellisuus määrittää sosiaalisten käytäntöjen toteutumismahdollisuuksia (ks. Rahkonen 2006a, 463).

Lääkäreiden pääkirjoituksissa siis nostetaan esiin niitä asioita, joita Lääkäriliitto pitää tärkeinä. Pääkirjoitusta ei ole mahdollista julkaista, jos siinä esitetyt kannanotot ovat ristiriidassa Lääkäriliiton linjan kanssa (Kosonen 1977). Niinpä Lääkärilehti on selkeästi edustanut sitä, mitä ammattikunnan kannalta on pidetty oikeana

terveydenhuollon kehittämisessä. Koska professiot toimivat ennen kaikkea omien etujensa ajamiseksi (Hafferty & Light 1995, 135), pääkirjoitusten taustalla voidaan ajatella olevan myös edunvalvonnallisia intressejä.

Journalistiikan puolelta tutun ”agenda setting”-tutkimusperinteen (päiväjärjestystutkimus) viesti on, että nostamalla tiettyjä teemoja julkiselle asialistalle niistä tehdään aiheita, joita pidetään tärkeinä (McCombs & Shaw 1993, 62). Tiedotusvälineiden tuottama informaatio ei vaikuta vain ihmisten mielipiteitä muokkaavasti, vaan enemmänkin siihen, mistä ilmiöistä ja asioista ihmisillä on ylipäättään mielipiteitä (McCombs & Shaw 1972, 176–177). Seuraavassa esiteltävän tutkimuksen toteuttamiseen on vaikuttanut myös se mediatutkimuksen havainto, että ihmiset muistavat paremmin yleiset tulkinnat kuin pienet yksityiskohdat (Graber 1988; Kensicki 2004). On siis perustellumpaa tutkia suuria linjoja määrällisesti mittavasta joukosta pääkirjoituksia kuin paneutua pienen näytteen analysointiin.

Tutkimusasetelma ja aineiston rakenne

Merkittävä osa määrällistä sisällönanalyysia metodina käyttäneistä tutkimuksista on journalismin tutkimusta (esim. Ader 1995; Kensicki 2004). Lääkäreitä ammattilehtien kautta on tutkittu sekä laadullisesti (Löyttyniemi 2004) että määrällistä ja laadullista analyysia yhdistellen (Marjoribanks & Lewis 2003). Tässä artikkelissa aineistona ovat Lääkäriliiton julkaiseman Suomen Lääkärilehden vuosien 1970–2007 pääkirjoitukset. Artikkelissa on kolme tutkimuskysymystä: 1) Mitä terveyspoliittisia teemoja pääkirjoituksissa nostetaan esille? 2) Miten eri teemat vaihtelevat eri ajanjaksoina 3) Millaista retoriikkaa ja perustelua pääkirjoituksissa esiintyy?

Suomen Lääkäriliittoon kuuluu noin 94 prosenttia lääkäreistä, joten sen lehti tulee lähes kaikille lääkäreille (esim. Suomen Lääkäriliitto 2008). Yli 90 prosenttia liiton jäsenistä lukee säännöllisesti Suomen Lääkärilehteä ja 70 prosenttia sen pääkirjoituksia (Pekkarinen 2002; ks. samansuuntaisista tuloksista myös Pekkarinen 1992a). Lääkäreiden (69 %) lisäksi Suomen Lääkärilehden levikissä on lääketieteen opiskelijoita (16 %), terveydenhuollon muita ammattiyhteistyökijöitä (3 %), vapaakappaletilaaajia (4 %) ja muita tilaaajia (8 %) (Suomen Lääkärilehti 2009).

Lääkärilehti on vuosien 1970–2007 välisenä aikana lisännyt selvästi levikkiään, ja sen ilmestymistiheys on nykyisin selvästi suurempi kuin vuonna 1970. Vaikka lehti on ensisijaisesti suunnattu lääkärikunnalle, se on tehty helposti hahmotettavaksi eikä ole vain tiedelehti. Jo 1970-luvulta lähtien se on sekä ajanut ammattiyhdistysten ja ammattikunnan etuja että osallistunut yhteelliseen ja terveyspoliittiseen keskusteluun.

Suurin osa lehden pääkirjoitusten kirjoittajista on esiintynyt vain kerran koko tarkasteluajanjaksolla. Kirjoittajissa on ollut esimerkiksi päätoimittajia, valtuuskunnan puheenjohtajia tai varapuheenjohtajia ja palkallisessa työsuhteessa liittoon olevia työntekijöitä, kuten neuvottelupäälliköitä ja toiminnanjohtajia / varatoiminnanjohtajia.³ Yli kymmenen kertaa yksin on pääkirjoituksen kirjoittanut vain neljä lääkäriä: Heikki Pälve – Lääkäriliiton puheenjohtaja vuosina 2001–2003 ja toiminnanjohtaja vuodesta 2005 (17 kertaa, 4,4 %); Markku Äärimaa – Lääkäriliiton toiminnanjohtaja vuosina 1982–2005 (38 kertaa, 9,8 %); Taito Pekkarinen – Lääkärilehden päätoimittaja vuosina 1991–2007 (138 kertaa, 35,5 %) ja Tapani Kosonen – Lääkärilehden päätoimittaja vuosina 1963–1971 ja Lääkäriliiton toiminnanjohtaja vuosina 1968–1982 (44 kertaa, 11,3 %).

Lähdin käsittelemään aineistoa lukemalla kaikki vuosien 1970–2007 pääkirjoitukset useaan kertaan tehden samalla muistiinpanoja. Pääkirjoituksia oli alun perin noin 1 300 kappaletta⁴. Poistin niistä ensin sellaiset, jotka eivät käsitelleet terveyspolitiikkaa. Tämän jälkeen karsin aineistoa vielä lisää lähiluennan avulla. Lopulta aloin muodostaa pääkirjoitusten luokitusrunkoa niiden pääaihealueiden mukaan. Tässäkin vaiheessa poistin pienen määrän pääkirjoituksia. Lopul-

3. Kaikkien kirjoittajien statuksesta ei ollut tarkkaa tietoa lehden ilmestymishetkellä. Näiden osalta käytin apuna Lääkäriliiton historiikkaa, Lääkärilehden muuta sisältöä, Lääkäriliiton arkistomateriaalia, Internetin hakukoneita ja Suomen Lääkärit 2007 -teosta (Kauttu & Kosonen 1985). Voidaan olettaa, että ainakin osassa pääkirjoituksista, jotka on kirjoitettu yksin, on taustalla myös muita kirjoittajia. Useinhan suurempien instituutioiden johtajien puheita, kannanottoja jne. valmistelee/luokkaa jokin merkittävä asiantuntijasta omaava alainen/lalaiset, kuten viestinnän ammattilainen.

4. Vuosina 1970–1999 ilmestyi 36 numeroa. Näistä 32 oli erillisiä numeroita. Vuonna 2000 lehteä alettiin julkaista viikottain. Näin ollen vuonna 2000 tuli 42 erillistä numeroa ja vuodesta 2001 48 erillistä numeroa (52 kertaa teoriassa). Tästä ilmestymistiheydestä laskettuna lehtiä on ilmestynyt ajanjaksolla 1 338 kappaletta.

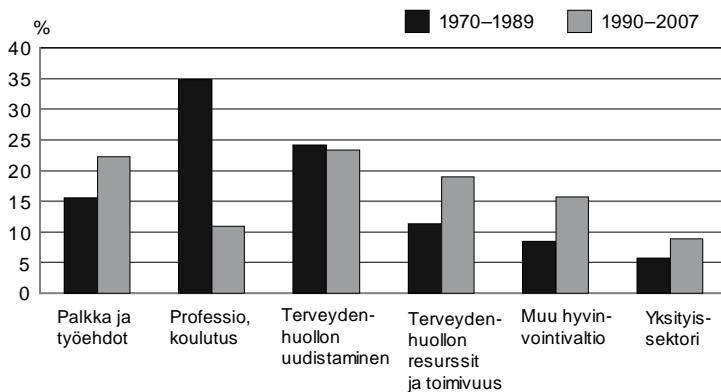
ta jäljelle jäi 389 pääkirjoitusta.⁵

Vuosien 1970–1989 kaikista pääkirjoituksista reilussa viidesosassa (22%) ja vuosien 1990–2007 pääkirjoituksista hieman yli kolmasosassa (36 %) oli terveystieteellinen teema. Terveystieteellisten pääkirjoitusten määrä ja osuus ovat siis viime vuosikymmeninä kasvaneet. Näitä pääkirjoituksia lähiluvin samalla muistiinpanoja tehden ja muuttujia muodostaen. Aluksi muuttujia oli noin kolmekymmentä, mutta osan niistä poistin toimimattomuuden eli liian vähäisten havaintomäärien vuoksi vielä koodausvaiheessa.

Koko aineiston koodaukseen tarvittiin 7 002 ”koodausvalintaa” (389 pääkirjoitusta, 18 muuttujaa). Muuttujista neljä eli ”ilmestymisaika”, ”perus/erikoissairaanhoido”, ”kirjoittaja” ja ”mikä uudistus kyseessä” on aineistoa kuvaavia taustamuuttujia, neljä kuvaa markkinoitumista (yksityissektorin lisääminen, valinnanvapaus, asiakasmaksut, tehokkuus), viisi liittyy terveydenhuollon resurssointiin (terveydenhuollon toimivuus, resurssien riittävyys, palkka, koulutusmäärät, lääkärripulan ratkaisemisen keinot), ja neljä muuttujaa kuvaa retoriikkaa terveystieteellisen taustalla. Retoriikkaa kuvatessani en tee retoriikan syväanalyysiä, vaan olen kiinnostunut perusteluista ja puhetoista eli siitä millaista argumentaatiota perusteluissa käytetään.

Käsittelin aineistoa sekä määrällisesti että laadullisesti. Käytännössä laadullinen analyysi merkitsi sitä, että luin määrällisen analyysin pohjalta muodostettujen ulottuvuuksien (markkinoituminen, terveydenhuollon resurssointi, retoriikka) sisältöä tarkemmin. Tekstien lähiluvussa pysyin myös selvittämään paremmin niitä tapahtumia, joihin pääkirjoitukset liittyivät. Osa lähiluvusta tapahtui jo luokitusrunkoa muodostettaessa. Tällöin tein tarkkoja muistiinpanoja pääkirjoitusten sisällöstä. Palasin näihin muistiinpanoihin, kun koko aineisto oli luokiteltu.

Pääkirjoitukset jakautuivat kuuteen eri luokkaan pääaihealueensa mukaan: 1) palkka ja työehdot, 2) professio, koulutus, 3) terveydenhuollon uudistaminen, 4) terveydenhuollon resurssit ja toimivuus, 5) yksityissektori, 6) muu hyvinvointivaltio.⁶ Kuvio 1 kertoo pääaiheiden esiintyvyyden. Kokonaisuudessaan eniten oli vuosina 1970–2007 esillä terveydenhuollon uudistaminen. 2000-luvulla se on ollut suosituin aihealue. Vuosina 1970–1989 eniten pinnalla sen sijaan olivat professioon liittyvät kysymykset. Terveydenhuoltoa rakennettiin tuolloin voimakkaasti ja alan koulutusta lisättiin ja ammattikunnan piti reagoida muuttuneeseen tilanteeseen. Vuosina 1990–2007 taas korostuivat enemmän tervey-



Kuvio 1. Pääaihealueiden %-osuus kyseisellä ajanjaksolla ilmestyneistä lehdistä

5. 2000-luvulta lähtien lehdessä on julkaistu myös tieteellisiä pääkirjoituksia. Nämä olen rajannut aineistosta pois. Myöskään supplementtinumeroita ei ole mukana. On mahdollista, että yhdessä lehdessä on 2000-luvulla julkaistu jopa neljä pääkirjoitusta eli kaksi ”yleistä” ja kaksi ”tieteellistä”.

6. Mukaan ei otettu esimerkiksi lääkepolitiikka/teollisuutta, etiikkaa, teknologiaa, työssä jaksamista, työterveyshuoltoa tai mielenterveyshuoltoa tai muita erikoisaloja, ympäristöterveydenhuoltoa, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä pääsääntöisesti käsitteleviä pääkirjoituksia.

denhuoltoon uudistamiseen liittyvät asiat, kuten resurssit ja toimivuus, yksityissektori sekä palkka ja työehdot.⁷

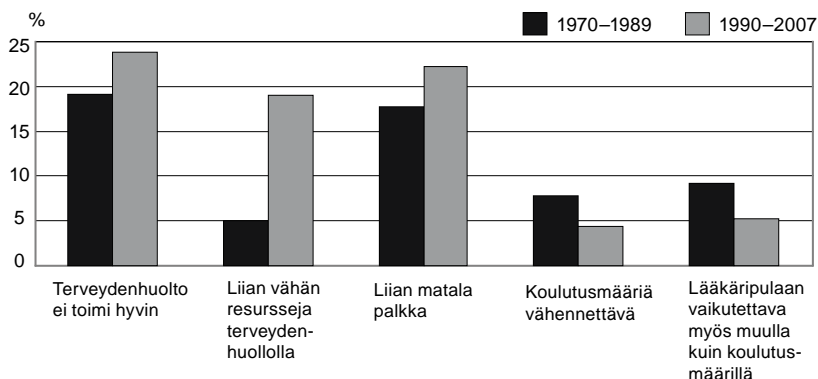
Luokituksen reliabiliteetin selvittämiseksi tein niin sanotun intrapersonallisen uudelleenluokittelun eli luokittelin aineiston itse uudelleen muutama viikko ensimmäisen luokittelun jälkeen (Marjoribanks & Lewis 2003, 2232). Menettely kohdistui 37:ään pääkirjoitukseen: otin jokaiselta tutkimusvuodelta mukaan yhden satunnaisesti valitun pääkirjoituksen. En luokitellut uudelleen taustamuuttujia, sillä niiden osalta tulkinnallisuutta ei ollut, enkä niitä neljää muuttujaa, joissa oli vähän (alle 50) koodauksia. Näin ollen tein uudelleenkodeauksessa 333 koodausvalintaa (37 pääkirjoitusta, 9 muuttujaa). Samalla tavalla luokiteltujen muuttujien osuus oli 85,5 prosenttia, mitä voidaan pitää suhteellisen korkeana. Esimerkiksi Olli Kankaan (1986) tutkimuksessa vastaava arvo oli 90,6 prosenttia. Alhaisin yhdenmukaisuus oli terveydenhuollon re-

surssien kohdalla (66,6 %) ja korkein yksityissektorin kohdalla (100 %).⁸

Terveydenhuollon resurssit

Terveydenhuollon toimivuuden kritisointi lisääntyi selvästi ajanjaksona 1990–2007 (ks. kuvio 2). Pääkirjoitusten mukaan toimimattomuuden taustalla ovat olleet terveydenhuollon vanhanaikaiset rakenteet. Ne ovat aiheuttaneet korkeat omavastuuosuudet, mutta samaan aikaan potilaiden valinnanvapaus on ollut pientä. Eriytisesti 2000-luvulla pääkirjoituksissa on tuotu esille, että muutos terveydenhuoltojärjestelmän rakenteissa on ”välttämätön”.

Toisaalta myös resurssit on koettu liian pieniksi. Ensimmäisen kerran terveydenhuollon alhainen osuus bruttokansantuotteesta mainittiin vuonna 1986. Kuitenkin vasta laman jälkeen alkoi voimakkaampi puhe liian pienistä resurssis-



Kuvio 2. Terveydenhuollon resurssimuuttujien kannanottojen %-osuus kaikista kyseisellä tarkasteluajanjaksolla ilmestyneistä pääkirjoituksista, vuosina 1970–1989 yhteensä 141 ja vuosina 1990–2007 yhteensä 248.

7. Vuosien 1970–1989 kirjoituksista 18,4 prosentissa käsiteltiin julkista perusterveydenhuoltoa, 8,5 prosentissa erikoissairaanhoidtoa, 24,1 terveydenhuoltoa kokonaisuudessaan ja 8,5 prosentissa yksityissektoria. Vuosien 1990–2007 kirjoituksista 6,5 prosentissa käsiteltiin julkista perusterveydenhuoltoa, 3,2 erikoissairaanhoidtoa, 44,8 prosentissa terveydenhuoltoa kokonaisuudessaan ja 8,9 prosentissa vain yksityissektoria. Kaikista pääkirjoituksista 76,3 prosentissa ei käsitelty mitään tiettyä uudistusta. Niissä, joissa oli pääteemana jokin uudistus (yhteensä 22 uudistusta), eniten käsiteltiin kansanterveyslakia (4,1 prosenttia kaikista), väestövastuujärjestelmää (3,3 prosenttia kaikista) ja kolmanneksi hoitotuota (2,6 prosenttia kaikista).

8. Reliabiliteetin laskemiseen sovelsin kaavaa $(ab * 2) / (a+b) * 100$. ab on niiden luokitusyksiköiden määrä, joiden esiintymisestä olen ollut yhtä mieltä molemmilla keroilla. a ja b taas ovat niitä yksiköitä, joissa eri luokituskerroilla on katsottu ko. ominaisuuden esiintyneen (ks. Kangas 1986, 39; Pietilä 1973, 238–247).

ta. Esimerkiksi 2000-luvun alun lakon perusteissa vedottiin siihen, että terveydenhuoltoon on kurjistettu liikaa ja näin ”lääkärit ovat lakossa pakosta”. Toisaalta pääkirjoituksissa on tuotu esille, että resursseja itse asiassa on riittävästi, mutta niiden kohdistus on väärä (8,5 %, tuloksia ei kuviossa 2).

Lääkäreiden palkkojen mataluutta koskevat kannanotot ovat olleet yleisiä Lääkärelehden pääkirjoituksissa koko tutkimani ajanjakson ajan. Palkka on tärkeä profession arvostuksen mittana (Löyttyniemi 2000, 238). Proletarisointi ja sitä kautta autonomian heikkenemisen taustalla on nähty olevan lääkärin ylitarjonta (esim. Hafferty & Light 1995, 137). Koulutusmäärien kasvu saattaa merkitä työvoiman ylitarjontaa. Kun työvoimasta on ylitarjontaa, palkkaa on hankalampi pitää mahdollisimman korkealla.⁹ Koulutusmäärien säätelyä kautta siis pystytään olennaisesti säätelemään myös markkinoita ja markkinahintoja (Tousijn 2002). Suomessa koulutusmäärien kasvu on jatkuvasti ollut kiistanalainen kysymys lääkärin ammattikunnalle.

Lääkärikoulutuksen vähentäminen ja se, että myös koulutuksen laatuun tulee panostaa, olivat voimakkaammin esillä vuosien 1970–1989 välillä. 1990-luvun alun lääkäriytyttömyyden jälkeen työvoimapula on jatkuvasti pahentunut. Toki selkeänä ja jatkuvana linjana pääkirjoituksissa on myös 1990-luvulta lähtien vastustettu koulutusmäärien suurta lisäämistä vedoten esimerkiksi koulutuksen laadun heikkenemiseen ryhmäkojojen kasvaessa.

Australialaisessa tutkimuksessa on tuotu esille, kuinka lääkärit ovat 1980-luvulta lähtien joutuneet käyttämään entistä enemmän voimavarojaan taloudellisten resurssien pohtimiseen. Tämä on vähentänyt heidän kokemaansa autonomiaa. (Ks. Lewis & Marjoribanks 2003.) Tutkimistani pääkirjoituksista ilmeni, että lääkärin ammattikunta joutui myös Suomessa 1980-luvulla keskittymään erityisen voimakkaasti edunvalvontaan. Vuoden 1984 lakon yhteydessä vaadittiin lisää palkkaa. Perusteena oli jo 1970-luvun alusta jatkunut solidaarinen palkkapoliittikka ja sitä kaut-

9. *Eriytyisen luotettavia menetelmiä siihen, kuinka työvoimatarvetta tulisi laskea, ei ole pystytty kehittämään. Kuitenkin 1970-luvulta lähtien tilannetta on pyritty säännöllisesti kartoittamaan laskentatyöryhmien avulla, joissa on valtiotieteen edustajien lisäksi ollut myös järjestöedustus (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 1979).*

ta lääkäreiden huono tulokehitys. Reaaliansioiden alentuminen johtui pääkirjoitusten mukaan myös 1970-luvulta lähtien tapahtuneesta verotuksen kiristymisestä.

Lääkäreiden proletarisointi ei siis näkynyt vain koulutusmäärien kasvussa vaan myös palkkauksessa. Edunvalvonta ei kuitenkaan liittynyt 1970- ja 80-luvuilla pelkästään palkkaukseen ja koulutusmääriin. Pääkirjoituksissa myös torjuttiin median taholta lääkäreihin kohdistettua kritiikkiä.

Terveydenhuollon markkinoistuminen

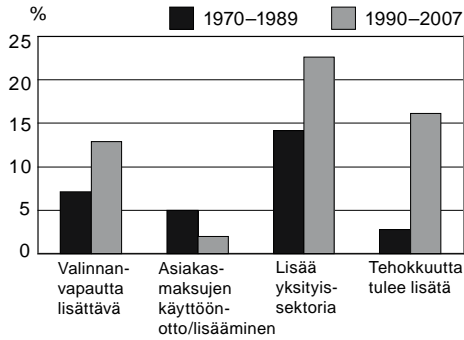
Seuraavaksi käyn läpi terveydenhuollon markkinoistumiseen liittyviä pääkirjoitusten kannanottoja (ks. kuvio 3). Edellä käsittelemäni resurssikysymykset liittyvät osin markkinoistumiseen, sillä markkinoistumisen taustalla voidaan nähdä olevan ajatus hyödyntää resursseja tehokkaasti.

Tavallisesti valinnanvapaudella terveydenhuollossa tarkoitetaan mahdollisuutta valita yleislääkäri ja avohoidon hoitopaikka. Osassa maata on mahdollista valita yleislääkäri, jos paikkakunnalla on omalääkärijärjestelmä. Vapaus valita sairaalalääkäri taas on vähäinen. (Pekurinen & al. 1997.) Pitkänä linjana pääkirjoituksissa on vedottu valinnanvapauden lisäämiseen. Erityisesti 2000-luvulla on tuotu voimakkaasti esille, että Suomi on ainoa Euroopan maa, jossa potilaalla ei ole valinnanvapautta hoitopaikan suhteen.

Yksi edellytys valinnanvapaudelle on riittävä suuri väestöpohja. Pääkirjoituksissa korostettiin jo kansanterveyslakia luotaessa, kuinka toimintayksiköiden ja niiden väestöpohjan täytyy olla riittävän suuria. Myös kunta- ja palvelurakennemuutosten yhteydessä pääkirjoituksissa kannatettiin suurta väestöpohjaa.

Pääkirjoitusten toisena pitkänä linjana on ollut ilmaisupalveluiden kritisointi ja kolmantena vaatimus korottaa sairausvakuutustaksoja. 1970-luvulla tuotiin esiin, että on eletty osin yli varojen, mistä esimerkkinä oli ilmaisupalveluihin pyrkiminen. Asiakasmaksujen tai oikeiden omavastuiden kautta saataisiin pääkirjoitusten mukaan lisää resursseja ja myös valinnanvapauden lisäämismahdollisuuksia. 1990-luvun lopulta lähtien pääkirjoituksissa on ehdotettu useaan otteeseen, että jonkinlainen hoitoseteli tulisi ottaa käyttöön valinnanvapauden turvaamiseksi.

Kun 1990-luvun alussa keskusteltiin terveys-



Kuvio 3. Terveydenhuollon markkinoistumuuttujien kannanottojen %-osuus kaikista kyseisellä tarkasteluajanjaksolla ilmestyneistä pääkirjoituksista, vuosina 1970–1989 yhteensä 141 ja vuosina 1990–2007 yhteensä

keskusten käynti-/asiakasmaksuista, korostettiin että ne eivät aiheuta ongelmia tasa-arvon kannalta, vaan niiden vastustamisessa kyse on pelkästään vanhasta poliittisesta uskomuksesta. Useammas- pääkirjoituksessa viitattiin ”breznevilaïsyyteen” Suomen terveydenhuollossa. Vasta vuonna 1999 tuotiin pääkirjoituksissa ensimmäisen kerran esille ajatus, että palvelumaksujen lisäämisen tie on kuljettu loppuun ja potilaiden maksuosuudet terveydenhuollossa ovat liian suuret. Tämä näkyy myös kuviossa 3: vuosina 1990–2007 ei enää niin paljon kuin vuosina 1970–1989 vaadittu korottaa asiakasmaksuja.

1980-luvun loppupuolella alettiin politiikassa puhua tuottavuuden ja ylipäätään tehokkuuden lisäämisestä, ja tämä trendi jatkui 1990-luvulta lähtien entistä voimakkaampana (Lehto & Blomster 1999). Pääkirjoituksissa korostettiin 1980-luvun lopulta eteenpäin yhä vahvemmin yksityissektorin merkitystä terveydenhuollon kokonaisuudessa. Vuonna 1987 mainittiin ensimmäisen kerran, että negatiivinen suhtautuminen yksityistä sektoria kohtaan oli jo hieman lientynyt ja oli tapahtunut pieni siirtyminen markkinahenkisyyttä kohti.

Laman jälkeen vuonna 1995 pääkirjoituksissa esitettiin, ettei voida palata 1980-luvulle, jolloin julkisella sektorilla oli löysää rahaa. 1990-luvun alun lama toimi alkusysäyksenä terveydenhuollon kriisikeskustelulle, ja lainsäädäntöä muutettiin kilpailun mahdollistamiseksi, kun valtion-apujärjestelmää, kuntalakeja ja kilpailulainsäädäntöä uudistettiin. Samalla keskustelu monipuolis-

tui huomattavasti: mukaan tulivat muun muassa talusjohtamiseen liittyvät teemat. Tässä kohtaa voidaan puhua deprofessionalistumisesta: muut ammattiryhmät, erityisesti talusammattilaiset ovat tulleet lääkäreiden asiantuntija-alueelle (ks. Navarro 1988, 59; myös Tousijn 2002).

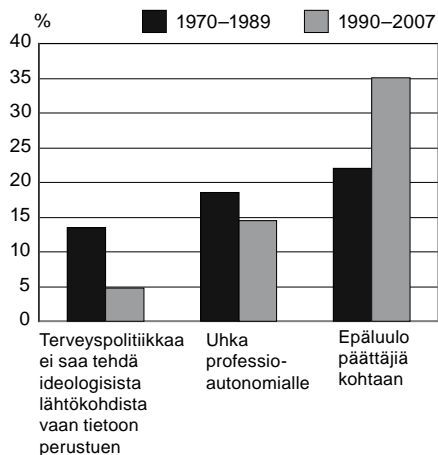
Pyrkimällä lisäämään tehokkuutta yksityissektorin avulla voidaan pääkirjoitusten mukaan kasvattaa resursseja. Vuosien 1970–1989 aikana tehokkuuden lisäämisen vaatimus oli vielä melko harvinainen, ja pääkirjoituksissa esiintyi myös kannanottoja, joiden mukaan tehokkuus ei sellaisenaan sovi mittariksi terveydenhuoltoon. Suurin kritiikki tehokkuuden esteistä on pääkirjoituksissa kohdistunut siihen, että tilaaja ja tuottaja ovat edelleen eriyttämättä eikä strategiaa innovaatioita juuri ole. 1990-luvun loppuun tultaessa pääkirjoituksissa ei enää tuotu esille erityisen voimakkaasti sitä, kuinka valtiolliset tahot ovat esteenä yksityisen sektorin kasvulle. Sen sijaan ongelmaiseksi koettiin paikallistason eli kuntien viranhaltijoiden ja poliitikkojen asennemaailma.

Retoriikka ja perustelut pääkirjoituksissa

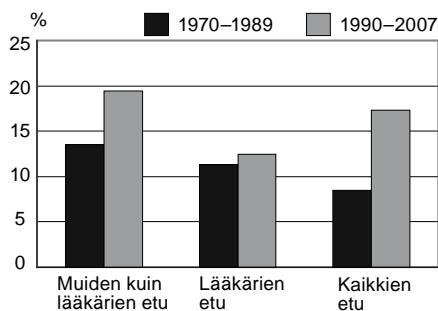
Retoriikka pyrkii saamaan muut vakuuttuneiksi esitetyistä asioista. Intressiryhmän merkittävä retorinen keino on ”pestä” omat intressit näkyvämmiin (esim. Goodin 1986). Tällöin käytetään erilaisia retorisia vaikutuskeinoja, kuten asian luonnolliseksi/välttämättömäksi tekemistä tai vetoamista yhteisiin arvoihin/yhteiseen hyvään. Merkittävä keino on myös vetoaminen ulkoiseen pakkoon tai vain yhden vaihtoehdon mahdollisuuteen, jolloin politiikasta pyritään saamaan epäpoliittista. (Rahkonen 2006b, 90–101.) Aiemman tutkimuksen mukaan lääkärit ovat pyrkineet perustelemaan kantojaan ensisijaisesti potilaiden hyvinvoinnilla, vaikka taustalla ovatkin olleet ammattiryhmän taloudelliset ja muut materiaaliset intressit (Navarro 1988, 72).

Kuviossa 4 esitän analyysini tulokset terveyspoliittiseen retoriikkaan liittyvien muuttujien osalta ja kuviossa 5 pääkirjoituksissa esitetyt etuperustelut muutokselle¹⁰ terveydenhuoltojärjestelmässä.

10. Eli on otettu kaikki lausumat, joissa on esitetty jokin muutos ja eritelty niiden sisältöä. Tarkoittaa mitä tahansa muutosta, kuten vaatimusta korottaa sairausvakuutuksen korvaustaksoja



Kuvio 4. Terveyspoliittiseen retoriikkaan liittyvien muuttujien esiintymisen, %-osuus kaikista kyseisellä ajanjaksolla ilmestyneistä pääkirjoituksista, vuosina 1970–1989 yhteensä 141 ja vuosina 1990–2007 yhteensä 248



Kuvio 5. Pääkirjoituksissa esiintyvät perustelut muutokselle terveydenhuoltojärjestelmässä, %-osuus kaikista kyseisellä ajanjaksolla ilmestyneistä pääkirjoituksista, vuosina 1970–1989 yhteensä 141 ja vuosina 1990–2007 yhteensä 248

Pääkirjoituksissa todettiin, että terveyspolitiikan tulee perustua objektiivisuuteen ja asiantuntijatietoon eikä ideologiaan. Pääkirjoitusten mukaan juuri lääkäreillä on asiantuntijätietoa, ja vain lääkärit voivat olla päättämässä tietyistä terveydenhuoltoon liittyvistä asioista. Usein sanottiin, että terveydenhuollosta ”ei saa kiihkoilla” ja politikoida, vaan ratkaisut tulee tehdä tietoon perustuen. Erityisesti yksityisen sektorin kasvattamisen ja lääkärimäärien osalta vedottiin siihen, että päätöksissä käytettävän tiedon tulee olla neutraalia.

Objektiivisuuden vastakohta eli ideologiaan perustuva terveyspolitiikka näkyi pääkirjoitusten mukaan 1970–1980-luvuilla sillä tavoin, että virkoihin nimitettiin puoluepoliittisin perustein. Toisaalta todettiin, että politisoituminen on siinä mielessä myönteinen ilmiö, että se lisää kansanvaltaa. 1970-luvun loppua ja 1980-luvun alkua leimasivat pääkirjoitusten mukaan myös lääkärin ammatin arvostuksen lasku ja kielteinen julkisuus. Lääkäreitä ja Lääkäriliittoa kritisoitiinkin erityisen voimakkaasti 1970- ja osin 1980-luvulla. Tuolloin myös ammattikunnan sisällä oli hajontaa.

Professioautonomian pienenemisen uhka koettiin voimakkaimmaksi ajanjaksolla 1970–1989. Syynä oli se, että julkinen sektori laajeni tuolloin poikkeuksellisen nopeasti eivätkä lääkärit olleet vielä institutionalisoituneet järjestelmään yhtä voimakkaasti kuin myöhemmin vuosien 1990–2007 välisenä aikana. Byrokratian määrä lisääntyi julkisen terveydenhuollon laajentuessa. Juuri byrokratia nähtiin uhkaksi potilaan ja lääkärin väliselle suhteelle. 1980-luvulla ongelmana pidettiin erityisesti sitä, että lääkärin täytyy yhä enemmän toimia rahakirstun vartijana.

Professioautonomian pienenemisen uhka tuli ajankohtaiseksi johtamiseen liittyen 1990-luvun alusta lähtien, esimerkiksi johtosääntökeskustelussa Helsingin terveysjohtajaa valittaessa vuonna 1990. Teknokraattijohtajien nousu ja valta-asema lisäävät pääkirjoitusten mukaan terveydenhuollon ongelmia. Tämä merkitsi keskustelua siitä, voivatko myös muut kuin lääkärit toimia johtajina. Ongelmallisena pidettiin sitä, jos terveydenhuollon johtajan virkaan valitaan jonkin muun kuin lääkärikoulutuksen saanut henkilö. Pääkirjoituksissa korostettiin, että lääkärit itse päivittäisivät asiantuntemustaan talous- ja johtamisasioissa. Liisa Kurunmäen (2004) mukaan lääkäriprofessio onkin laajentunut 1990-luvulta lähtien hybridiksi professioksi eli ammattikuntaan on tullut yhä enemmän laskentatoimeen ja talousasiantuntijuuteen liittyvää tietämystä.

Toisella tarkasteluajanjaksolla eli vuosina 1990–2007 ideologiset vastakkainasettelut ovat pääkirjoitusten mukaan hieman lieventyneet. Tämä on näkynyt erityisesti siinä, että suhtautuminen yksityis sektoriin on alkanut vähitellen muuttua. Muutos on pääkirjoitusarvioiden perusteella kuitenkin erittäin vähittäistä ja vähäisempää kuin haluttaisiin. 2000-luvulla useassa pääkirjoituksessa on todettu, että Suomi elää edelleen brezne-

viläisyydessä. Esimerkiksi palvelusetelilakia laadittaessa huomautettiin, että holhoavassa yhteiskunnassa on hankala antaa kilpailuttamisoikeus potilaalle.

Vuosina 1990–2007 lähes joka viidennessä pääkirjoituksessa tuotiin esille, että jokin muutos tai uudistus terveydenhuollossa olisi muiden kuin lääkäreiden (viitataan yleensä potilaisiin) etu. Vain reilussa kymmenessä prosentissa pääkirjoituksista todettiin, että kyseessä on myös lääkärin etu. Näissä tapauksissa oli kyse yleensä palkkauksesta. Lähes viidessätoista prosentissa pääkirjoituksista taas tuotiin esille, että kyseessä olisi ”kaikkien etu”.

Kaikkiaan etuperusteluita esitettiin ajanjaksona 1990–2007 enemmän kuin vuosien 1970–1989 aikana. Erityisesti laman jälkeen terveydenhuollon rakenteiden uudistamisen yhteydessä korostettiin, ettei kyse ole lääkäreiden vaan potilaiden tai sekä lääkäreiden että potilaiden edusta. Jonkin verran pääkirjoituksissa vedottiin myös tasa-arvoon. Pääkirjoitusten mukaan esimerkiksi sairausvakuutuksen taksoja tulisi nostaa, koska muuten pienituloisten omavastuuosuudet ovat liian korkeat.

Lopuksi

Lääkärilehden pääkirjoitusten sisältöä ”sitovat” paitsi hyvinvointivaltion instituutiot myös itse lääkäriprofession instituutioina. Suomen Lääkäriliitto edustaa lääkäreitä professiona ja sillä on vahva historia ja sitä kautta vakiintuneet normit ja arvot. Näin ollen pääkirjoituksissa ei voida esittää mitään radikaalisti liiton linjasta poikkeavaa. Analyysini tuloksissa ei olekaan suurta ristiriitaa verrattaessa niitä Lääkäriliiton virallisiin kannanottoihin (Saarinen 2007a).

Vasta 1990-luvun alun laman jälkeen alettiin Lääkärilehdessä voimakkaammin vaatia terveydenhuoltojärjestelmän rakenteiden muuttamista ja vedota asiantuntemukseen. 1970-luvulla taas oltiin enemmän huolissaan professioautonomi-

asta. Julkinen sektori laajeni 1970-luvulla ja osin vielä 1980-luvullakin, eivätkä lääkärit vielä olleet vahvasti institutionalisoituneet hyvinvointivaltioon. Näin myös professioautonomian pienene-
misen uhka koettiin tuolloin suuremmaksi.

Toki professioautonomian ongelmat ovat tulleet esille myös markkinoistumisen aikakaudella, mutta vain ajoittain. Pelko professioautonomian vähenemisestä näkyi erityisesti silloin, kun kannanottojen aiheena oli johtaminen. Lääkäreiden mukaan vain kollegat voivat toimia terveydenhuollon yksiköiden johtajina. Terveydenhuoltoa ei voi johtaa esimerkiksi talousjohtajan tai muiden ammattiryhmien logiikalla (myös Hafferty & Light 1995).

Pääkirjoituksissa ei siis haluta ”ostaa” uuden julkisjohtamisen opeista muuta kuin ajatus palveluiden markkinoistumisesta. Esimerkiksi tehokkuuteen suhtaudutaan moniulotteisesti. Tehokkuutta tulee lisätä yksityisen sektorin kautta, mutta ei vain julkisen sektorin työn tuottavuutta (lisää potilaita henkilökuntaa kohden) lisäämällä.

Pääkirjoituksissa on todettu, että jokin tietty terveydenhuollon uudistus tai muutos tulisi toteuttaa sen vuoksi, että kyseessä on muiden kuin lääkäreiden etu. Ajatus muiden etua ajavasta ammattijärjestöstä tai professiosta tuntuu kuitenkin absurdilta. Jäsenillä on erilaisia intressejä, mutta ammattiliittoon liitytään erityisesti sen vuoksi, että se ajaa etujasi. Profession edunvalvojana Lääkäriliitto ei voi ajaa ensisijaisesti potilaiden etuja vaan jäsenistönsä etuja.

Toisaalta lääkäriprofession olennainen piirre on vahvaan etiikkaan perustuva toiminta (vrt. Parsons 1951). Mikrotasolla lääkärin etiikan mukaisesti lojaalisuus ei kohdistu ensisijaisesti työnantajaan (tai johonkin suurempaan instituutioon) vaan nimenomaan potilaaseen (vrt. Andersen 2009; Saarni & Vuorenkoski 2003). Mikrotasolla lääkäri on ensisijaisesti auttaja, ei asiantuntija (Saari & Vuorenkoski 2003). Sen sijaan makrotasolla lääkäriprofession ja sen etujärjestö eivät voi olla auttajia vaan nimenomaan asiantuntijoita.

KIRJALLISUUS

Ader, Christine R.: A Longitudinal study of agenda setting for the issue of environmental pollution. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 72 (1995): 2, 300–311

Andersen, Lotte Bøgh: What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences* 75 (2009): 1, 79–97

- Filc, Dani: Physicians as 'Organic Intellectuals' A Contribution to the Stratification versus Deprofessionalization Debate. *Acta Sociologica* 49 (2006): 3, 273–285
- Freidson, Eliot: *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row, 1970
- Goodin, Robert E: 1986. Laundering preferences. Teoksessa: Elster, Jon & Hylland, Aanund (toim.): *Foundations in Social Choice Theory*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986
- Graber, Doris A: *Processing the News: How People tame the information tide*. New York: Longman, 1988
- Hafferty, Frederic W & Light, Donald W: *Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work*. *Journal of Health and Social Behavior* 35 (1995): extra issue, 132–153
- Immergut, Ellen M: *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Yhdysvallat: Cambridge University Press, 1992
- Julkunen, Raija: *Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka*. Teoksessa: Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.): *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 2004
- Kauttu, Kyllikki & Kosonen, Tapani: *Suomen Lääkärilitto 1910–1985*. Helsinki: Gummerus, 1985
- Kensicki, Linda Jean: No Cure for What Ails Us: The Media-Constructed Disconnect Between Societal Problems and Possible Solutions. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 81 (2004): 1, 53–73
- Kosonen, Tapani: Lehtemme kannanotoista ja pyrkimyksistä. *Suomen Lääkärilehti* 32 (1977): 30, 2186
- Kurunmäki, Liisa. A: Hybrid Profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society* 29 (2004): 3–4, 327–347
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter: 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikan suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (1999): 3, 207–221
- Lewis, Jenny M & Marjoribanks, Tim: The Impact of Financial Constraints and Incentives on Professional Autonomy. *International Journal of Health Planning and Management* 18 (2003): 1, 49–61
- Light, Donald & Levine, Sol: The Changing Character of the Medical Profession: A Theoretical Overview. *The Millbank Quarterly* 66 (1988): supplement 2, 10–32
- Löyttyniemi, Varpu: *Auscultatio Medici: Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli*. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 347. Tampere: Tampereen yliopisto, 2004
- Löyttyniemi, Varpu: *Töitä nuorille kollegoille!-Miten lääkärityöntömyyskeskustelussa rakennettiin lääkäriyttä? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37 (2000): 3, 232–244
- Marjoribanks, Tim & Lewis, Jenny M: Reform and autonomy: perceptions of the Australian general practice community. *Social Science and Medicine* 56 (2003): 10, 2229–2239
- McCombs, Maxwell.E. & Shaw, Donald.L.: The Agenda-Setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly*, 36 (1972): 2, 176–187
- McCombs, Maxwell & Shaw, Donald L: The Evolution of Agenda-Setting Research: twenty-Five Years in the Marketplace of Ideas. *The Journal of Communication* 43 (1993): 2, 58–67
- Navarro, Vicente: Professional Dominance or Proletarianization?: Neither. *The Millbank Quarterly* 66 (1988): 2, 57–75
- Parsons, Talcott: *Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice*. Teoksessa: Parsons, Talcott (toim.): *The Social System*. Iso-Britannia, Routledge, 1951, uudelleenjulkaisu 1991
- Pekkarinen, Taito: *Lääkärilehden lukijatutkimus: Lääkärilehti on lääkärin tärkein tietolähde*. *Suomen Lääkärilehti* 57 (2002): 45, 4634–4635
- Pekkarinen, Taito: *Lääkärilehden 70 vuotta – tiedotteesta ammatilliseksi yleislehdeksi*. *Suomen Lääkärilehti* 92 (1992a): 16, 1552–1553
- Pekurinen, Markku & Punkari, Mika & Pokka, Marja: *Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 34 (1997): 3, 223–235
- Pietilä, Veikko: *Sisällön erittely*. Tampere: Gaudeamus, 1973
- Pollitt, Christopher: Is the Emperor in his Underwear? An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management: an international journal of research and theory* 2 (2000): 2, 181–199
- Rahkonen, Juho: *Printattu hyvinvointivaltio. Sosiaali- ja terveyspoliittisten aiheiden käsittely Ilkassa, Aamulehdessä ja Helsingin Sanomissa 1986, 1996, 2006*. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006a): 5, 459–470.
- Rahkonen, Juho: *Journalismi taistelukenttänä. Suomen Nato-jäsenyydestä käyty julkinen keskustelu 2003–2004*. Tampere: Tampereen yliopisto, 2006b
- Riska, Elianne: The Professional Status of Physicians in the Nordic Countries. *The Millbank Quarterly* 66 (1988): supplement 2, 133–147
- Saari, Samuli & Vuorenkoski, Lauri: *Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli*. *Duodecim* 199 (2003): 10, 993–1000.
- Saarinen, Arttu: *Markkinat ja lääkäriprofessio. Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005*. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007a): 2, 121–136.
- Saarinen, Arttu: *Lääkäreiden näkemykset terveydenhuollon markkinoistumiseen*. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007b): 6, 599–612
- Saarinen, Arttu: *Lääkäreiden näkemykset terveydenhuoltojärjestelmästä. Hoitotakuujärjestelmä on tuonut riittävästi resursseja harvojen lääkäreiden mielestä*. *Suomen Lääkärilehti* 62 (2007c): 47, 4441–4445
- Sandelowski, Margarete & Voils, Corrine I. & Knaff, George: *On Quantitizing*. *Journal of Mixed Met-*

hods Research 3 (2009): 3, 208–222

Schlesinger, Mark J: A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession. *Milbank Quarterly* 80 (2002): 2, 1–45

Sosiaali- ja terveysministeriö: Lääkäriksi ja hammaslääkäriksi koulutettavien määrä ja työtilaisuudet vuoteen 2000. Lääkäri- ja hammaslääkäriytyövoiman laskentatyöryhmän muistio. Työryhmämuistio 1979:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1979

Sulkunen, Pekka: Todellisuuden ymmärrettävyys ja diskurssianalyysin rajat. Teoksessa: Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.): *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*. Tampere: Gaudeamus, 1997

Suomen Lääkärilehti: Mediakortti. [\[rilehti.fi/files/mediakortti2009.pdf\]\(http://www.laakarilehti.fi/files/mediakortti2009.pdf\), 2009

Suomen Lääkäriliitto: Suomen Lääkäriliiton tilastoja, 2008

Tousijn, Willem: Medical Dominance in Italy: a Partial Decline. *Social Science & Medicine* 55 \(2002\): 5, 733–741

Vähäaho, Tarja: Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa: Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan \(toim.\): *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2002

Wolinsky, F. D: The Professional Dominance, Deprofessionalization, Proletarianization, and Corporatization Perspectives: An Overview and Synthesis. Teoksessa: Hafferty, Frederik W. & McKinlay, John B \(toim.\): *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. New York: Oxford University Press, 1993.](http://www.laaka-</p></div><div data-bbox=)

ENGLISH SUMMARY

Arttu Saarinen: Health policy in Finnish Medical Journal editorials in 1970–2007 (Terveyspolitiikka Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007)

The article explores Finnish health policy as reflected in 389 editorials published in the Finnish Medical Journal in 1970–2007. The 1970s and 1980s are described as a period of public sector expansion, and the 1990s and 2000s as one of increasing marketization. Four of the 18 variables are background variables used to describe the dataset. Four of the variables properly describe marketization more clearly, five variables are linked with health care resources and four describe the underlying rhetorics of health policy. The editorials repeatedly refer to the scarcity of resources, particularly during the marketization period, and this has a direct impact on the medical profession. Fears of dwindling professional autonomy are also evident from the

1990s onwards in editorials touching on the subject of management. Physicians take the view that only colleagues can take charge of health care units. Calls for structural change in the health care system only began to gather momentum in the aftermath of recession. During the period of public sector expansion a major concern was with the excessive influence of ideology over health policy making, meaning a reluctance to give the private sector a more prominent role. One major aspect of professional autonomy is its economic side. The editorials do not give very much weight to advocating the economic interests of the medical profession. A common point made in the editorials is how a certain change or reform in the health care system should be carried through because this is in the best interests of other than the medical profession.

KEYWORDS

medical profession, editorial, health care

Saarinen Arttu. The opinions of Finnish physicians on social security system. *International Journal of Sociology and Social Policy* 2009; 29 (7–8): 426–440.



The opinions of Finnish physicians on social security system

Arttu Saarinen

Department of Social Policy, University of Turku, Turku, Finland

Abstract

Purpose – Opinions towards social security reflect the interests and ideologies that individuals have. The earlier population-based opinion studies of the welfare state can be utilised when we are creating a theoretical background for examining the physicians' opinions but also physician-specific indicators are needed. The purpose of this paper is to analyse physicians' opinions on social security. Opinions are compared to those of citizen-level groups.

Design/methodology/approach – The 2,000 working age physicians' random survey sample was picked from the register of the Finnish Medical Association ($n = 1,092$, response rate 54.6 percent). The data were analysed using frequencies and multinomial logistic regression analysis.

Findings – Compared to all other citizen-level groups, the physicians think that the level of social security is too high. Physicians want to target cuts somewhere else than social or health services. Female physicians support higher social security. Young doctors and specialists think more often that social security is too high. Left-wing political orientation is the clearest predictor of all opinions.

Originality/value – The results are important because physicians are a big and powerful occupational group in the welfare state. The opinions of physicians towards the social security have not been studied in countries with large social security systems or countries where physicians are mainly public sector employees.

Keywords Finland, Social security, Doctors, Opinion polls

Paper type Research paper

Introduction

Social security consists of social insurance and welfare services. The Nordic welfare states are distinguished from other welfare states by defining them as "public service states" in contrast to "transfer states" (Lehto, 2000, p. 641; see also Abrahamson, 2000, pp. 32, 54; Bambra, 2007). In public services states same social, health and education service arrangements cover all citizens (Lehto, 2000, p. 641).

Since the 1980s, public welfare systems in the developed world have faced economic concerns due to various factors, such as the ageing populations. Likewise, the ideas presented by different actors for developing the social security system have changed towards more market orientated systems. The demand for marketization of the social security system has also been justified in Northern Europe. Within the five Nordic countries, marketization reform has been implemented at different stages. Sweden, for example, has been a leading reformer (Andersen *et al.*, 2001). Finland, however, has followed some years behind. Here, the marketization of the social security system began more visibly in the 1990s.

In the early 1990s, the Finnish public sector underwent a great economic depression. After the recession, securing economic growth and employment has been on the agenda; as an example, the government has tried to avoid tax increases (Kautto and Uusitalo, 2004). Also, the marketization of the health care system began more visibly. Many of the ideas concerning marketization have been related to decentralization. Also, in social and health care services the role of the private sector has become more central within public health service during the past ten years (see Stakes, 2007). During and after the



depression, the patients' portions of payments have considerably increased (Häkkinen, 2005). A conservative estimate can be made that in the beginning of the 1990s, the universal model of the public health service weakened significantly in Finland. Actually, the health care system became a little bit more regressive (Häkkinen, 2005).

The legitimacy of the current social security system in Finland has traditionally been examined with the help of opinion studies. These studies have usually focused on the citizen level. It has been observed that the current system has been strongly supported by citizens, and support for the welfare state has actually grown between the years 1993-2006 (Forma and Saarinen, 2008). Differences between the opinions of decision-makers and those of citizens have also been studied. The results have shown that there is a gap in opinions between decision-makers and ordinary citizens. Decision-makers are more critical of the current arrangements of the social security system (Blomberg and Kroll, 1999a).

Even though there are many studies regarding attitudes about social security in Finland (e.g. Forma, 1999; Ervasti, 2001; Svallfors, 2004), the opinions of different occupational or interests groups such as physicians have seldom been studied. Physicians are a traditional and recognized occupational group (Filc, 2006, p. 273; Freidson, 1970). Numerous historical studies focusing on the construction of health care systems have shown contention in relationships between physicians' professional associations and the welfare state (Immergut, 1992). The most interesting case for "physician study" has traditionally been the USA health care system (see Brown and Eagan, 2004). Studies which have focused on the aforementioned relationship between physicians and the welfare state usually come from countries where the health care system is based on insurance, not on a tax-financed system. The results of this study can be applied, with care, to other countries where there is a tax-financed system. In particular, we can assume that physicians' opinions are very similar in the various Nordic countries. There are many similarities between Nordic countries when we look at the historical role of the medical profession; a majority of the physicians have been public employees (Riska, 1993).

Finnish physicians are highly organized; the union encompasses 95 percent of all physicians (Finnish Medical Association, 2006). An important lobbying method for the union is delivering statements by boards and committees to state authorities. The Finnish Medical Association has actively organized seminars on the theme of public health service for different interest groups (Saarinen, 2007d). Many surveys about different topics have been conducted for physicians in Finland. It has, for example, been clarified how doctors react to the self-employment system which is widely used in Europe (Mäntyselkä *et al.*, 2006). However, doctors' opinions towards social security have seldom been studied in Finland (see Saarinen, 2007a-c) or in any other country. We know that compared with the average population physicians are more critical of the functionality of the public health care system. Almost half of Finnish physicians would like to see the system reformed (Saarinen, 2007b). On the other hand, it seems that physicians are quite sceptical about marketization of the public health care system. In comparing physicians with the population or high-income earners, physicians are somewhat less supportive of increasing private care provision (Saarinen, 2007c). Also, a Norwegian study has shown that physicians display strong scepticism about leaving services in the hands of the private sector (Martinussen, 2008).

During the era of recalibrating welfare states, the relationship between physicians and the level of social security has not been examined in a country with a wide public sector such as Finland. Therefore, the physicians' opinions will be studied through survey data. It is important to study physicians' opinions because they have so much

“street level know-how” about social security systems through their work experience. Physicians are the leading occupational group in health care and an important “welfare state profession”. They also have a lot of power over various political issues concerning welfare states. This is why they can influence the welfare state system. Of course they are also “clients” of the social security system.

Institutional context, interests and ideologies

The physicians have interests which are also determined by the institutional context they are living in. The health care systems of developed countries can be roughly divided into two types: an insurance-funded model and a tax-funded national health service model. In the insurance-funded model, private producers traditionally have a more significant position than in the tax-funded model. In a tax-financed model, the costs of services are covered mostly by taxes, as in the Nordic countries (Freeman, 1999; van de Ven, 1996). The Finnish social security and its health care system has developed rather late compared to other Nordic countries. It was only in the 1980s that Finland reached the level of other Nordic countries on total expenditures on health. In the 21st century, the difference between Finland and other Nordic countries has decreased yet again. However, Finland's health expenditures are still, on average, quite small (OECD, 2006).

Despite the fact that physicians in Finland have been employed by the public sector since the 1800s, the relationship between medical doctors and municipalities was finally cemented by the 1964 national health insurance system. In 1972, Finland implemented a new primary health care act and physicians were transformed into tightly controlled civil servants for primary health care. The new act focused on reforming administration, finance and design systems. The reforms were organized through municipal health care centres (Häkkinen and Lehto, 2005).

Historical analysis shows that the medical profession had a great deal of power over various political issues concerning the welfare state (Allsop, 1995; Saarinen, 2008). This is why they can influence the welfare state system by manipulating public opinion. Opinions can be considered part of a physician's professional identity. Professional identity has been seen as a result of learning (Freidson, 1970). While still in medical school, students are socialized into the profession by internalizing attitudes about the welfare state. The Finnish Medical Association is an important part of this process. The Medical Association has presented many ideas about restructuring the Finnish public sector (Saarinen, 2008), and this affects individual physicians' opinions. On the other hand, every physician also has his or her own norms and interests which influence opinions about social security.

Opinions about social security reflect the interests (“economic approach”) and ideologies that individuals have (Gevers *et al.*, 2000; Sihvo and Uusitalo, 1995). Issues dealing with the welfare state are ideologically sensitive. Political orientation has been used as an indicator for ideology (Martinussen, 2008; Sihvo and Uusitalo, 1995). Interests have usually been measured through “demographic variables” such as gender or employment sector (e.g. Jæger, 2006; Lupsha, 1975; Svallfors, 2004).

Age-related differences in self-interests have been thought to influence opinions (Blomberg and Kroll, 1999b). For example, an earlier study has shown that younger (25 to 34-year-old) people need more day care services, which explains why they are more opposed to cuts in social services (Forma, 2004, p. 151). In earlier population-level opinion studies, it has been noticed that those employed in the public sector have more positive attitudes about social security (Jæger, 2006; Hoel and Knutsen, 1989). According to an earlier study, people with a high socio-economic status (such as

physicians) are quite critical of the public sector (Forma, 2006; Svallfors, 2004). Self-interests had an effect on attitudes, and high-income people strongly identified with the financiers of the system (Sihvo, 1997).

Earlier opinion studies about the welfare state can be used to create a theoretical background for physicians' opinions. Sears and Funk (1990) pointed out that demographic variables in most cases are actually unsuitable indicators of self-interests. The reason is that those kinds of variables are too far removed from the individual's behaviour (see also Martinussen, 2008). The conclusion is that when we study physicians' opinions we need traditional "interest and ideological" variables, but some physician-specific variables are also needed.

Study design

This article will first describe two general questions regarding how physicians feel about the current level of social security. The opinions will be compared to those of citizen-level groups. After that it will examine where doctors are willing to cut expenditures. Then the article will set out to test empirically how interests, physician-specific interests and ideology affect views on social security and expenditure cuts.

Sample

The empirical analysis in the study is based on a larger postal survey. The whole questionnaire included questions dealing with social security, health policy and the health care system. Data were collected in cooperation with the Finnish Medical Association at the beginning of 2007. Before this, there was a planning period beginning in the summer of 2006. The questionnaire was in comment rounds with various specialists (social scientists, physicians).

The random survey sample was picked from the register of the Finnish Medical Association. Two thousand working-age physicians (born after 1944) resident in Finland were chosen for the survey. After the first round, 815 questionnaires were sent back and then we sent one reminder with a new questionnaire. Completed forms were returned by 1,092 respondents, giving a response rate of 54.6 percent. This is much the same, a relatively high response rate, as in earlier physician surveys (Cummings *et al.*, 2001; Midttun, 2007; Whynes and Baines, 2002). The sample and the data have been presented elsewhere in a more detailed version (Saarinen, 2007a). The most important thing is that the structure of the sample corresponds well with the structure of Finnish physicians with regard to age, working sector and gender. Women were only slightly over-represented among the respondents. Unexpectedly, private sector workers answered very actively (see Saarinen, 2007a, for an analysis of the materials and a more detailed description of the data).

The information compared with the citizen-level groups is from the HYPÄ survey which was collected by Statistics Finland for National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes) in autumn 2006 (see more in Moisio *et al.*, 2008; Moisio, 2007). Statistics Finland gathered the data using a telephone interview method. The systematic random sample is taken from the Statistics Finland population register data and represents the Finnish population between the ages 18 and 79 (excluding the self-governed province of Åland). The response rate (83.7 percent) of the study could be considered good ($N = 4,530$). The data are weighted (by age and gender). The data overall included various questions dealing with subjective well-being, social problems and welfare policy. In this article, we use the following questions from the data:

- Level of social security is: much too high, too high, suitable, too low, much too low.
- Taxes must be cut even at the expense of social security: completely agree, partly agree, cannot say, partly disagree, completely disagree.

Earlier population studies have shown that opinions about social security are greatly influenced by the respondent's income and education (Ervasti and Kangas, 1995; Svallfors, 2004). Social class is assumed by most researchers to be a significant determinant of opinions about the social security system (e.g. Blomberg and Kroll, 1999b; Svallfors, 2004). We can argue that the high-income citizens and citizens with an academic degree belong to the middle class, as do physicians. Three background factors have been taken into consideration in the comparison information: population, citizens with an academic degree and high-income citizens. For education, an international ISCED 1997 classification (International Standard Classification of Education, compare group: academic) has been used. For measuring incomes, a modified OECD equivalence household scale has been used (compare group: highest income quintile). The average Finnish salary per month in 2006 was 2,567 euros (Statistics Finland, 2006). In March 2006, the average income of the physicians was 4,966 euros per month (Vänskä, 2006).

Statistical analysis

The data were analyzed using frequencies and multinomial logistic regression analysis. The odds ratios, statistical significances, 95 percent confidence intervals and the pseudo explanation degrees (Nagelkerke R^2) of models are reported. Statistical significance was determined in logistic regression models as $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$, $p < 0.001^{***}$. In the regression analysis, all variables are at the same time in the models and cross tabulations have not been shown.

Independent variables

Earlier population-based opinion studies of the welfare state can be used when we are creating a theoretical background for examining physicians' opinions. In this article we used:

- traditional "socio-economic interests variables";
- "ideology variables"; and
- "physician-specific variables" (see Table I).

The interest variables are gender, age and employment sector. The ideology variable is political orientation. The physician-specific interest variables are specialization, satisfaction with salary, satisfaction with work and interest in the Medical Association's health policy (see classification of the variables in Table II).

Note that the research design of this article is that physician-specific interest variables are linked to the physicians' work, which is why variables are called "physician-specific". We can assume that specialists have different views towards the welfare state than non-specialists do because they usually work in different places, which is why their experiences are also different. Also, it is possible to make the hypothesis that if a physician is dissatisfied with her or his work and salary, opinions about social security are also more negative. The Medical Association is an active actor in health policy and has many ideas about restructuring the Finnish public sector and

Determinants	Frequencies	(%)	(n)
<i>Gender (I)</i>	Male	43.3	471
	Female	56.7	616
<i>Age (I)</i>	50-63	43.7	474
	35-49	40.2	436
	Below 35	16.1	175
<i>Specialty (PS)</i>	Specialised	64.9	707
	Non-specialised	35.1	382
<i>Employment sector (I)</i>	Municipality	69.5	749
	State	6.7	72
	Private	23.8	256
<i>Satisfaction with work (PS)</i>	Satisfied	92.8	967
	Non-satisfied	7.2	75
<i>Satisfaction with salary (PS)</i>	Satisfied	72.1	744
	Non-satisfied	27.9	288
<i>Political orientation (ID)</i>	Right	19.2	205
	Left	12.2	130
	Centre	68.6	731
<i>Interested in medical association's health policy (PS)</i>	Yes	52.7	571
	No	47.3	513

Notes: I = interest variable, PS = physician specific variable, ID = ideology variable

Table I.
Independent variables

its health care system. Those who are interested in the Association's health policy may also have a different view of social security compared to passive physicians.

Dependent variables

Opinions about the level of social security were originally measured by the following questions:

- Level of social security is: much too high, too high, suitable, too low, much too low.
- Taxes must be cut even at the expense of social security: completely agree, partly agree, cannot say, partly disagree, completely disagree.

Opinions about social security cutbacks were originally measured by the following question:

- If the state and municipalities must cutback on their spending, which expenses in your opinion could be cutback and which not (unemployment support, health care, income transfers, social welfare services): cannot be cut, can be cut somewhat, can be cut considerably, cannot say.

For the multinomial logistic regression model, both dependent variables about social security were divided into three categories. In the logistic regression models, references for the dependent variables are social security is: too low and taxes must be cut even at the expense of social security: disagree. In Table VI, odds ratios are not reported in the text for those who have chosen "cannot say" (see Saarinen (2007a), for an analysis of "cannot say answers"). For the logistic regression models, the variables about cutbacks "If the state and municipalities must cutback on their spending. . ." were divided into two categories. In the logistic regression models, references for the dependent variables are: cannot be cut. There

Determinants	Originally asked	Classification for this article
<i>Gender</i>	(a) Male (b) Female	Male Female
<i>Age</i>	Open question	50-63 35-49 Below 35
<i>Specialty</i>	(a) Specialised (b) Doing specialised studies (c) Non-specialised	Specialised Non-specialised (b + c)
<i>Employment sector</i>	(a) Municipality (b) State (c) Private	Municipality State Private
<i>Satisfaction with work</i>	Claim: I am satisfied with my present work (full-time vacancy). Response options: (a) completely agree, (b) partly agree, (c) cannot say, (d) partly disagree, (e) completely disagree	Satisfied (a + b) Non-satisfied (d + e) ^a
<i>Satisfaction with salary</i>	Claim: I am satisfied with my present salary (full-time vacancy). Response options: (a) completely agree, (b) partly agree, (c) cannot say, (d) partly disagree, (e) completely disagree	Satisfied (a + b) Non-satisfied (d + e) ^a
<i>Political orientation</i>	Scale 0-10: 0 = political left 10 = political right	Right (6-10 in scale) Left (0-4 in scale) Centre (5 in scale)
<i>Interested in medical association's health policy</i>	Scale 0-10: 0 = is not interested at all 10 = is very interested	Yes ^b (7-10) No (0-6)

Table II.
Independent variables,
classification

Notes: ^aCannot say (c) answers were removed; ^bStatistical mean 6.19

were few “cannot say” answers (Frequencies, Unemployment support: 45, Health care: 10, Income transfers: 32, Social welfare services: 23), and these were removed. This solution increases the reliability of the models because otherwise the number of empty cells would have been too large. It is technically possible to do multinomial logistic regression analysis by SPSS program for the two-point dependent variable.

Results

Table III presents descriptive statistics comparing physicians to the high-income citizens, citizens with an academic degree and the population. Compared to all other groups, the physicians think that the level of social security is too high. As can be observed, almost 40 percent of the physicians argue that the level of social security is too high. On the other hand, the differences are not so clear when we ask “taxes must be cut even at the expense of social security”.

Next, physicians were given the opportunity to choose where they would be ready to cut costs (Table IV). The area where physicians were the most willing to cut was unemployment support. In general, physicians wanted to target cuts at something

	Level of social security...				Taxes must be cut even at the expense of social security...				Total			
	Much too high	Too high	Suitable	Too low	Completely agree	Partly agree	Cannot say	Partly disagree		Completely disagree		
Physicians	3.7	33.9	48.3	13.0	1.1	100.0 (n = 1,085)	6.0	20.4	13.9	37.9	21.9	100.0 (n = 1,088)
High-income citizens	1.8	7.6	55.1	31.1	4.4	100.0 (n = 884)	7.0	13.6	10.5	30.7	38.2	100.0 (n = 440)
Citizens with an academic degree	0.7	8.2	55.7	31.3	4.2	100.0 (n = 736)	4.2	14.6	10.4	31.5	39.2	100.0 (n = 355)
Population	1.1	5.8	50.3	35.0	7.8	100.0 (n = 4,381)	7.0	14.0	10.4	30.4	38.3	100.0 (n = 2,222)

Table III.
Opinions about social security, comparison information from the HYPA 2006 survey (National Research and Development Centre for Welfare and Health), %

other than social or health care services. Also, citizen groups think that the fewest cutbacks can be made in public health services and social welfare services, whereas unemployment benefits are the most popular target. The difference between doctors and the rest of the population is, as a whole, that physicians are more ready to save in all sectors (Forma, 2006).

Having now explored physicians' common views on social security, next the scope of social security will be examined using the background variables (Table V). Female physicians support higher social security if we look at the question "taxes must be cut even at the expense of social security". On the basis of age, young doctors think more often that social security is too high. Specialists more commonly consider social security too high in comparison with non-specialists. The surprising result is that employment sector is not significant. All in all, the political ideology of the physician is the most significant background variable (Physicians who work in municipalities are most likely to have left-wing views).

Table VI presents the differences in opinions towards social security cutbacks. Women physicians in particular think that cutbacks cannot be made in the case of social services. Young physicians resist cutbacks in social services more than older ones do. Those who are satisfied with their salaries often want to make cutbacks in health care and social services. Those who show an interest in the Medical Association's health policy want more cutbacks in unemployment benefits and social services. Left-wing political ideology is the clearest predictor. Those who support left-wing political parties are less willing to cut in various public sector areas. (Table VI)

Summary and discussion

As we already know, physicians have experience concerning the functioning of the social security system in practice, at the experiential level. The main result of this article can be summarized quite briefly: Finnish physicians are critical of the current social security system. Also, compared with various citizen-level groups, physicians are more critical. Physicians' opinions are more similar to those of the Finnish local governments' elite (chairs of the executive boards and chief executive officers of Finnish municipalities) (see Blomberg and Kroll, 1999a).

Physicians are especially willing to make cutbacks in unemployment benefits. Unemployment benefits do not generally concern the doctors themselves because in Finland there is no unemployment among physicians. Physicians are most resistant to savings in social services and health services. This can be explained by the fact that in

Table IV.
If the state and municipalities must cutback on their spending, which expenses in your opinion could be cutback and which not, different social security areas, physicians

	Cannot be cut	Can be cut somewhat	Can be cut considerably	Cannot say	Total
Unemployment support	21.2	61.1	13.6	4.1	100.0 (<i>n</i> = 1,090)
Health care	66.5	30.6	2.0	0.9	100.0 (<i>n</i> = 1,089)
Income transfers	56.3	38.4	2.3	2.9	100.0 (<i>n</i> = 1,085)
Social welfare services	66.6	28.8	2.4	2.1	100.0 (<i>n</i> = 1,085)

Notes: (population comparison not available from HYPVA 2006 – survey), %

	Model 1		Model 2	
	Social security is too high	Social security is suitable	Taxes must be cut even at the expense of social security	Taxes must be cut . . . , cannot say
<i>Gender</i>				
Male	1.029 (0.7-1.6)	0.772 (0.5-1.2)	1.753** (1.3-2.4)	1.048 (0.7-1.6)
<i>Age</i>				
35-49	1.148 (0.7-1.9)	1.146 (0.7-1.8)	0.869 (0.6-1.3)	0.794 (0.5-1.2)
Below 35	2.335* (1.1-4.9)	1.666 (0.8-3.3)	1.477 (0.8-2.6)	0.456 (0.2-1.0)
<i>Specialty</i>				
Specialized	1.953* (1.2-3.2)	1.561 (1.0-2.5)	1.419 (0.9-2.2)	1.216 (0.7-2.0)
<i>Employment sector</i>				
Municipality	0.908 (0.5-1.5)	1.032 (0.6-1.7)	1.047 (0.7-1.5)	1.521 (0.9-2.5)
State	0.510 (0.2-1.3)	0.956 (0.4-2.3)	0.852 (0.4-1.7)	1.095 (0.4-2.8)
<i>Satisfaction with work</i>				
Satisfied	1.131 (0.5-2.4)	1.755 (0.8-3.6)	0.567 (0.3-1.0)	0.841 (0.4-1.8)
<i>Satisfaction with salary</i>				
Satisfied	0.949 (0.6-1.5)	1.262 (0.8-2.0)	0.792 (0.6-1.1)	0.958 (0.6-1.5)
<i>Political orientation</i>				
Left	0.068*** (0.0-0.1)	0.402*** (0.3-0.6)	0.052*** (0.0-0.1)	0.336*** (0.2-0.6)
Centre	0.338*** (0.2-0.6)	0.478** (0.3-0.8)	0.489** (0.3-0.8)	0.578 (0.3-1.1)
<i>Interested in medical association's health policy</i>				
Yes	0.945 (0.6-1.4)	1.103 (0.7-1.6)	0.866 (0.6-1.2)	0.845 (0.6-1.3)
<i>N</i>		960		961
Nagelkerke <i>R</i> ²		14.8%		16.4%

Notes: Multinomial logistic regression: odds ratios, level of significances, 95% confidence intervals and explanation degrees. References for the dependent variables: (1) Social security is: too low, (2) Taxes must be cut even at the expense of social security: disagree; References, gender: female, age: 50-63, specialty: non-specialized, employment sector: private, satisfaction with work: non-satisfied, satisfaction with salary: non-satisfied, political orientation: right, interested in Medical Association's health policy: not. Level of statistical significance: **p* < 0.05, ***p* < 0.01, ****p* < 0.001

Table V.
Background variables
and level of social
security

Finland social welfare and public health services are linked tightly together and that doctors have a broad view of welfare services. Therefore they do not prefer health services alone. The universal welfare state also concerns physicians in their everyday lives.

The respondents' own position affects his or her opinions on social security. Based on an earlier population study, a conclusion can be made that women show a stronger tendency to support social security (Forma, 2006; Forma and Saarinen, 2008). This is also the case in this physician study. Age has also been an important predictor in population-based opinion studies. Young physicians generally consider the level of social security too high. However, the young are less willing to support cuts in social services. This can be explained for example by the fact that young physicians are more dependent on social services because they often have small children and use the day care system. In contrast, those who are interested in the Medical Association's health politics are more willing to support cuts on social services and unemployment benefits. One reason for this may be that they are also the biggest developers of public health services and thus prioritize at the expense of other sectors.

	Model 1 Unemployment support must be cut	Model 2 Health care must be cut	Model 3 Income transfers must be cut	Model 4 Social welfare services must be cut
<i>Gender</i>				
Male	1.322 (0.9-1.9)	0.945 (0.7-1.3)	1.198 (0.9-1.6)	1.775*** (1.3-2.4)
<i>Age</i>				
35-49	1.311 (0.9-1.9)	0.816 (0.6-1.1)	1.055 (0.8-1.4)	0.699* (0.5-1.0)
Below 35	1.316 (0.7-2.4)	0.656 (0.4-1.1)	1.025 (0.6-1.7)	0.490* (0.3-0.8)
<i>Specialty</i>				
Specialized	1.117 (0.7-1.7)	1.110 (0.8-1.6)	1.153 (0.8-1.6)	1.253 (0.9-1.8)
<i>Employment sector</i>				
Municipality	0.810 (0.5-1.2)	1.184 (0.8-1.7)	1.144 (0.8-1.6)	1.282 (0.9-1.8)
State	0.517 (0.3-1.1)	0.791 (0.4-1.5)	1.084 (0.6-2.0)	1.188 (0.6-2.3)
<i>Satisfaction with work</i>				
Satisfied	0.777 (0.4-1.5)	1.041 (0.6-1.8)	0.979 (0.6-1.7)	0.769 (0.4-1.3)
<i>Satisfaction with salary</i>				
Satisfied	0.806 (0.5-1.2)	1.405* (1.0-2.0)	1.475* (1.1-2.0)	1.133 (0.8-1.6)
<i>Political orientation</i>				
Left	0.214*** (0.1-0.3)	0.538** (0.4-0.8)	0.735 (0.5-1.0)	0.331*** (0.2-0.5)
Centre	0.421*** (0.3-0.7)	0.749 (0.5-1.2)	0.581 (0.4-0.9)	0.816 (0.5-1.3)
<i>Interested in medical association's health policy</i>				
Yes	1.407* (1.0-2.0)	0.973 (0.7-1.3)	1.096 (0.8-1.4)	1.377* (1.0-1.8)
<i>N</i>	926	952	933	938
<i>Nagelkerke R²</i>	12.7%	3.2%	2.5%	10.5%

Notes: Multinomial logistic regression: odds ratios, level of significances, 95% confidence intervals and explanation degrees (nagelkerke R^2). References for the all four dependent variables: cannot be cut; References, gender: female, age: 50-63, specialty: non-specialized, employment sector: private, satisfaction with work: non-satisfied, satisfaction with salary: non-satisfied, political orientation: right, interested in Medical Association's health policy: not. Level of statistical significance: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Table VI.
Background variables
and cutbacks

All in all, views on social security correlate best with political orientation (see also Colombotos, 1969; Martinussen, 2008; Sudit, 1988). Physicians in the political centre and left wing resist more cutbacks and rarely think that the present level of social security is too high.

One Canadian study has been brought out that working sector is a very significant predictor of social security opinions (Williams *et al.*, 1995). The employment sector is not a significant independent variable in this study. This is a surprising result because earlier studies show that private sector physicians are more supportive towards the marketization of the health care system (Saarinen, 2007a). The reason behind this result could be that the question about the level of social security is more common and distant for physicians than the question about the marketization of the health care system.

Conclusion

During the era of recalibrating welfare states, the relationship between physicians and welfare states has not been examined at the individual (postal survey data) level in a

country with a wide public sector such as Finland. Earlier studies have been historical. One historical international study argues that physician associations are very critical of the public sector (Immergut, 1992). On the other hand, the Finnish study – based on documents – has showed that the threat to physicians from the public sector declines when the welfare state enlarges (Saarinen, 2008).

The main message on this study is that among physicians there is still some scepticism about a large public sector. However, it is significant that the Finnish Medical Association has also strongly supported the most essential basic feature of the Nordic health care model, which is tax-based financing (Saarinen, 2007d). Earlier studies show that physicians are somewhat less supportive of increasing private care provision. Furthermore, when compared with earlier results from population studies, it seems that doctors are rather more sceptical about the efficiency benefits of the private sector (Saarinen, 2007c). The reason behind these results is that most Finnish physicians work in the public sector. It can be concluded that welfare state institutions have resulted in a system where physicians have strong interests. If the doctors were mostly market actors, as they are in many European countries, support for a tax-based universal health care system would also be weaker.

Limitations of the study

This study has certain limitations, which shows a need for further research. Earlier studies of survey data have pointed out that results are always sensitive to how different questions are worded (Kangas, 1997). The questions used in this survey were quite general, and have usually been used in opinion studies concerning the welfare state. In the future, we should use more detailed questions in order to clarify relationships between welfare states and physicians. There is also a need to compare Finnish physicians' opinions with other countries' workers, especially those who work in insurance-based systems. The results of this study can be applied to other countries where there are tax-financed systems. Also, it is important to compare physicians to other "welfare state professionals" such as teachers, social workers or nurses. Professional groups in social and health care are the basis of the welfare state and its legitimacy.

References

- Abrahamson, P. (2000), "The Scandinavian model of welfare", in Bouquet, D. and Palier, B. (Eds), *Comparing Social Welfare Systems in Nordic Europe and France*, Mire, Paris, pp. 31-60.
- Allsop, J. (1995), "Shifting spheres of opportunity. The professional powers of general practitioners within the British National Health Service", in Johnson, T., Larkin, G. and Saks, M. (Eds), *Health Professions And the State in Europe*, Routledge, London, pp. 75-85.
- Andersen, R.A., Smedby, B. and Vägerö, D. (2001), "Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas", *Social Science & Medicine*, Vol. 52 No. 8, pp. 1195-204.
- Bambra, C. (2007), "Sifting the wheat from the chaff" a two-dimensional discriminant analysis of welfare state regime theory", *Social Policy and Administration*, Vol. 41 No. 1, pp. 1-28.
- Bloomberg, H. and Kroll, C. (1999a), "Who wants to preserve the 'Scandinavian Service State'? Attitudes to welfare services among citizens and local Government Elites in Finland 1992-1996", in Svallfors, S. and Taylor-Gooby, P. (Eds), *The End of Welfare State? Responses to State Retrenchment*, Routledge, London, pp. 52-86.
- Bloomberg, H. and Kroll, C. (1999b), "Do structural contexts matter? Macro-sociological factors and popular attitudes towards public welfare services", *Acta Sociologica*, Vol. 42 No. 4, pp. 319-35.
- Brown, L.D. and Eagan, E. (2004), "The paradoxical politics of provider reempowerment", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 29 No. 6, pp. 1045-71.

- Colombotos, J. (1969), "Physicians attitudes toward a county health department", *American Journal of Public Health*, Vol. 59 No. 1, pp. 53-9.
- Cummings, S.M., Savitz, L.A. and Konrad, T.R. (2001), "Reported response rates to mailed physician questionnaires", *Health Services Research*, Vol. 35 No. 6, pp. 1347-55.
- Ervasti, H. (2001), "Class, individualism and the Finnish welfare state", *Journal of European Social Policy*, Vol. 11 No. 1, pp. 9-23.
- Ervasti, H. and Kangas, O. (1995), "Class bases of universal social policy: pension policy attitudes in Finland", *European Journal of Political Research*, Vol. 27 No. 3, pp. 347-67.
- Filc, D. (2006), "Physicians as 'Organic Intellectuals' a contribution to the stratification versus deprofessionalization debate", *Acta Sociologica*, Vol. 49 No. 3, pp. 273-85.
- Finnish Medical Association (2006), "Lääkärikysely 2006", tilastoja (in Finnish) (Physician survey 2006, statistics).
- Forma, P. (1999), *Interests, Institutions and the Welfare State. Studies on Public Opinion Towards the Welfare State*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
- Forma, P. (2004), "Opinions on social security benefits and social services in Finland 2002", in Heikkilä, M. and Kautto, M. (Ed.), *Welfare in Finland*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, pp. 145-62.
- Forma, P. (2006), "Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina – Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004 (in Finnish) (In good and bad times – Opinions towards social policy in the Finland year 2004)", in Kautto, M. (Ed.), *Suomalaisten hyvinvointi 2006 (Welfare in Finland 2006)*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, pp. 160-84.
- Forma, P. and Saarinen, A. (2008), "Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006 (in Finnish) (Population level opinions towards social security in year 2006)", in Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. and Heikkilä, M. (Eds), *Suomalaisten hyvinvointi 2008 (Welfare in Finland 2008)*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, pp. 162-77.
- Freeman, R. (1999), "Institutions, states and cultures: health policy and politics in Europe", in Clasen, L. (Ed), *Comparative Social Policy. Concepts, Theories and Methods*, Blackwell, Oxford.
- Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Harper and Row, New York, NY.
- Gevers, J., Gelissen, J.A.W. and Muffels, R. (2000), "Public health care in the balance: exploring popular support for health care systems in the European Union", *International Journal of Social Welfare*, Vol. 9 No. 4, pp. 301-21.
- Hoel, M. and Knutsen, O. (1989), "Social class, gender and sector employment as political cleavages in scandinavia", *Acta Sociologica*, Vol. 32 No. 2, pp. 181-201.
- Häkkinen, U. (2005), "The impact of changes in finland health care system", *Health Economics*, Vol. 14, supplement, pp. 101-18.
- Häkkinen, U. and Lehto, J. (2005), "Reform, change, and continuity in finnish health care", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30 Nos. 1-2, pp. 79-96.
- Immergut, E.M. (1992), *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA.
- Jæger, M. (2006), "What makes people support public responsibility for welfare provision: self-interest or political ideology? A longitudinal approach", *Acta Sociologica*, Vol. 49 No. 3, pp. 321-38.
- Kangas, O. (1997), "Self-interest and the common good: the impact of norms, selfishness and context in social policy opinions", *Journal of Socio-Economics*, Vol. 26 No. 5, pp. 475-94.
- Kautto, M. and Uusitalo, H. (2004), "Welfare policy and income distribution: the Finnish experience in the 1990s", in Heikkilä, M. and Kautto, M. (Eds), *Welfare in Finland*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, pp. 83-102.

- Lehto, J. (2000), "Universal right to public social and health care services?", in Bouget, D. and Palier, B. (Eds), *Comparing Social Welfare Systems in Nordic Europe and France*, Mire, Paris, pp. 641-59.
- Lupsha, P.A. (1975), "Social position and public regardingness: a new test of an old hypothesis", *Western Political Quarterly*, Vol. 26 No. 4, pp. 618-34.
- Mäntyselkä, P., Aira, M., Myllykangas, M., Vehviläinen, A. and Kumpusalo, E. (2006), "Ammattinharjoittajaksi perusterveydenhuoltoon – vai ei? (in Finnish) (Opinions on provision of primary care services by independent contractors)", *Finnish Medical Journal*, Vol. 61 No. 23, pp. 2511-7.
- Martinussen, P.E. (2008), "Self-interest or ideology? The attitude of Norwegian medical specialists towards private welfare services", *Scandinavian Political Studies*, Vol. 31 No. 2, pp. 149-72.
- Midttun, L. (2007), "Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists", *Social Science & Medicine*, Vol. 64 No. 6, pp. 1265-77.
- Moisio, P. (2007), *HYPÄ 2006 Hyvinvointi & Palvelut – kyselyn aineistokuvaus* (in Finnish) (HYPÄ 2006 Description of the Welfare and services – data), National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
- Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. and Heikkilä, M. (Eds) (2008), *Suomalaisten hyvinvointi 2008 (in Finnish) (Welfare in Finland 2008)*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
- National Research and Development Centre for Welfare and Health (2006), *HYPÄ – Survey*.
- OECD HEALTH DATA (2006), available at: www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html (accessed 29 October).
- Riska, E. (1993), "The medical profession in the Nordic countries", in Hafferty, F.W. and McKinlay, J.B. (Eds), *The Changing Medical Profession. An International Perspective*, Oxford University Press, New York, NY, pp. 150-61.
- Saarinen, A. (2007a), *Raportti suomalaisten lääkäreiden terveystaloudellisia mielipiteitä kartoittavan kyselyaineiston keruusta ja teknisistä seikoista (in Finnish) (Description of the Finnish Physicians' Survey-data)*, University of Turku, Department of Social Policy, Turku.
- Saarinen, A. (2007b), "Lääkäreiden näkemykset terveydenhuoltojärjestelmästä. Hoitotakuujärjestelmä on tuonut riittävästi resursseja harvojen lääkäreiden mielestä (in Finnish) (Physicians' opinions about the Finnish health care system)", *Finnish Medical Journal*, Vol. 62 No. 47, pp. 4441-5.
- Saarinen, A. (2007c), "Lääkäreiden näkemykset terveydenhuollon markkinoistumiseen (in Finnish) (Physicians' opinions on the marketization of health care)", *Yhteiskuntapolitiikka*, Vol. 72 No. 6, pp. 599-612.
- Saarinen, A. (2007d), "Markkinat ja lääkäriprofessio. Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970-2005" (in Finnish) ("Markets and the Medical profession. Ideas of the Finnish Medical Association about marketisation in the public health care system in 1970-2005"), *Yhteiskuntapolitiikka*, Vol. 72 No. 2, pp. 121-36.
- Saarinen, A. (2008), "Ammattinharjoittajasta virkamieheksi. Suomen Lääkäriliitto ja universaalien terveydenhuoltojärjestelmän kehitys" (In Finnish) ("From the practitioner to the civil servant. The Finnish Medical Association and the development of universalistic health care system"), *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, Vol. 45 No. 2, pp. 98-110.
- Sears, D.O. and Funk, C.L. (1990), "The limited effect of economic self-interest on the political attitudes of the mass public", *Journal of Behavioral Economics*, Vol. 19 No. 3, pp. 247-71.

- Sihvo, T. (1997), "Hyvinvointivaltiota koskevien asenteiden taloudelliset ja kulttuuriset selittäjät" (in Finnish) ("Economic and cultural determinants of the Welfare state opinions"), *Sosiologia*, Vol. 34 No. 3, pp. 139-46.
- Sihvo, T. and Uusitalo, H. (1995), "Economic crises and support for the welfare state in Finland 1975-1993", *Acta Sociologica*, Vol. 38 No. 3, pp. 251-62.
- STAKES (2007), *Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004 (Private Service Provision in Social and Health Care 2004)*, Stakes (National Research and Development Centre for Welfare and Health), Helsinki.
- Statistics Finland. (2006), "Information about population incomes", available at: <http://statfin.stat.fi/statweb/start.asp?LA=fi&DM=SLFI&lp=catalog&clg=palkkasummaindeksit>
- Sudit, M. (1988), "Ideology or self-interest? Medical students' attitudes toward national health insurance", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 29 No. 4, pp. 376-84.
- Svallfors, S. (2004), "Class, attitudes and the welfare state: Sweden in comparative perspective", *Social Policy & Administration*, Vol. 38 No. 2, pp. 119-38.
- van De Ven, W.P.M.M. (1996), "Market-oriented health care reforms: trends and future options", *Social Science & Medicine*, Vol. 43 No. 5, pp. 655-66.
- Whynes, D.K. and Baines, D.L. (2002), "Primary care physicians' attitudes to health care reform in England", *Health Policy*, Vol. 60 No. 2, pp. 111-32.
- Williams, P.A., Vayda, E., Cohen, M.L., Woodward, C.A. and Ferrier, B.M. (1995), "Medicine and the Canadian State: from the politics of conflict to the politics of accommodation?", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36 No. 4, pp. 303-21.
- Vänskä, J. (2006), "Ajankohtaista tietoa lääkärin palkoista (In Finnish) (Current information about the doctors' salaries)", *Finnish Medical Journal*, Vol. 61 No. 40, pp. 4132-6.

Corresponding author

Arttu Saarinen can be contacted at: aosaar@utu.fi

Saarinen Arttu. Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta. Yhteiskuntapolitiikka 2007; 72 (6): 599–612.

Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta

ARTTU SAARINEN

Johdanto

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän julkinen palveluorganisaatio on jakaantunut erikoissairaanhoidosta vastaaviin sairaanhoitopiireihin ja perusterveydenhuollosta vastaaviin kunnallisiin terveyskeskuksiin. Jokaisen kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiiriin. Terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen keskimääräinen väestöpohja on kansainvälisesti ja jopa muihin Pohjoismaihin verrattuna pieni. Suomen ominaispiirteenä on, että pääasiallisesti verojen kautta rahoitetun kunnallisen järjestelmän lisäksi pakollisen sairausvakuutusjärjestelmän avulla tuetaan myös yksityiseltä sektorilta hankittujen palveluiden käyttöä. (Esim. Häkkinen 2005, 101.) Suomen terveydenhuolto eroaa myös muilta osin muista Pohjoismaista, joissa lääkärit ovat perusterveydenhuollossa tavallisemmin itsenäisinä ammatinharjoittajina sekä kansalaisten valinnanvapaus hoitopaikan ja lääkärin suhteen on osin suurempi (esim. Willberg & Valtonen 2007).

Terveydenhuollon tehokkuutta on pyritty lisäämään Pohjoismaissa 1980-luvulta ja erityisesti 1990-luvulta lähtien markkinoiden avulla eli alistamalla julkiset palvelut kilpailuasetelmaan yksityisten tuottajien kanssa (Pollitt 2000; Øvretveit 2003). Muun muassa lähtökohtaerojen vuoksi markkinoistuminen näkyy hieman eri tavoin yksittäisissä Pohjoismaissa. Suomessa on pyritty lisäämään yksityisen palvelutuotannon toimintamahdollisuuksia 1990-luvulta eteenpäin (Jämsén & Pekurinen 2003). Merkittävänä keinona on ollut päätösvallan siirtäminen keskuhallinnolta paikallistasolle niin palveluiden järjestämisessä kuin rahoituksessa. Kunnat ovat teoriassa pystyneet aiempaa vapaammin paitsi käyttämään ostopalveluita myös luomaan erilaisia tilaaja-tuottaja-mallien sovelluksia.

Yksityinen sektori on kasvanut terveydenhuollossa kokonaisuudessaan viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana (ks. kasvusta Yksityinen ..., 2007) ja sektorilla työskentelevien lääkäreiden määrä sekä myös suhteellinen osuus ovat lisääntyneet. Kaikkiaan vuonna 2006 lääkäreistä 22,5 prosenttia työskenteli päätoimisesti yksityisellä sektorilla. Vuonna 1996 osuus oli 16,6 prosenttia. (Suomen Lääkäriliitto, 2006, 7.) Kuitenkin varsinaiset tilaaja-tuottaja-mallit ovat edelleen suhteellisen harvoin käytössä Suomessa. Yksityistä sektoria on käytetty yleisemmin muiden vaihtoehtojen puuttuessa ja markkinatoimijat ovat enemmän paikkaamassa julkista tuotantoa ja sen ongelmia. Suomalaisen järjestelmän peruspiirteet eivät ole siis radikaalisti muuttuneet, vaikka yksityisen sektorin merkitys on lisääntynyt.

Terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenteiden muuttaminen on viime vuosina ollut ajankohdainen keskusteluaihe. Erilaisia asiantuntijaehdotuksia terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämistavan muuttamiseksi on tehty useita 1990-luvulta lähtien esimerkiksi tutkimusmaailmasta käsin (ks. Pekurinen & Häkkinen 2007). Myös Suomen Lääkäriliitto on ollut aktiivinen uusien ideoiden levittäjä (Saarinen 2007a). Yhtenä merkittävänä tavoitteena kaikissa esitetyissä malleissa – myös Lääkäriliiton – on ollut riittävän kokoisesta väestöpohjan luominen palveluiden järjestämiseen (Pekurinen & Häkkinen 2007; Saarinen 2007a). Toisaalta esillä on myös ollut 1990-luvulta lähtien valinnanvapauden lisääminen niin hoitopaikan kuin hoitavan lääkärin suhteen (Sairaanhoitovakuutustoimikunnan ..., 1993).

Useissa teoreettisissa tutkimuksissa on tuotu esille, kuinka kilpailun voimistuminen muuttaa lääkäriprofession asemaa ja lisää profession sisäistä hajontaa, koska muutos luo osalle

lääkäreistä uudenlaisia intressejä (esim. Filc 2006; Marjoribanks & Lewis 2003). Lääkäreiden suhdetta markkinoistumiseen ei ole juuri tutkittu. Muissa maissa tehdyissä kyselyissä, joissa sivutaan markkinoistumista, on tutkittu lääkäreiden asenteita terveydenhuoltoreformeihin (Gross & al. 2007; Quaye 1997; Whynes & Baines 2002). Suomessa aihetta on sivuttu tarkastelemalla ammatinharjoittajamallin suosiota (Mäntyselkä & al. 2006). Itse markkinoistumiseen liittyviä kyselytutkimuksia on tehty vähän väestötasolla (ks. kuitenkin Kallio 2007). Markkinoistumista ei ole mitattu väestötasolla yksityiskohtaisesti ja eri ulottuvuuksilla tietyllä sektorilla, vaan on käytetty mittarina vain kysymystä siitä, kuinka palveluja tulisi yksityistää. Tässä artikkelissa tutkitaan lääkäreiden mielipiteitä markkinoistumisesta moniulotteisesti ja tarkastellaan, mitkä tekijät erottelvat heidän mielipiteitään.

Mielipiteiden taustatekijät

Hyvinvointivaltiomieliä tarkasteltaessa on ajateltu, että taustalla ovat joko intressit tai ideologiat (Jæger 2006, 321–322). Instituutiot, kuten hyvinvointivaltion terveydenhuoltojärjestelmä, luovat erilaisia intressejä yksilöille ja tällä on vaikutuksensa mielipiteisiin. Intressinäkökulmaa on tavallisesti mitattu esimerkiksi tulojen, sosiaalisen aseman, iän tai työskentelysektorin kautta (Forma 2006; Jæger 2006).

Nykyisellään lääkärikunta on naisvaltaistunut yhä enemmän (Hyppölä 2001, 46), ja tämä vaikuttanee myös lääkärikunnan mielipiteisiin, koska naisten on perinteisesti nähty suhtautuvan hie-man myönteisemmin julkiseen sektoriin (Forma 2006; Midtun 2007). Tosin yksityistä palvelutuotantoa ja sen kannatusta tarkastelleissa väestötason tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia sukupuolten välisistä eroista (Forma 2002 & 2006; Kallio 2007).

Aiemmissa väestötason mielipidetutkimuksissa on havaittu, että julkisella sektorilla työskentelevät suhtautuvat myönteisemmin sosiaaliturvan eri osiin kuin yksityisellä sektorilla toimivat (Hoel & Knutsen 1989, 196; Williams ym. 1995), mutta tulokset riippuvat usein kysymyksenasettelusta (ks. Ervasti 1998, 179–180). Myös nuoremmilla ikäryhmillä on havaittu olevan myönteisempi suhtautuminen yksityistä sektoria kohtaan (Forma 2002; Kallio 2007). Tosin Pauli For-

man (2006, 175) tutkimuksessa ero oli lähinnä siinä, että nuoremmat uskoivat yksityisten sosiaali- ja terveystalveluiden olevan tehokkaampia, kun taas erot niiden lisäämishalukkuuden suhteen eivät olleet erityisen selviä.

Erilaisissa mielipidekyselyissä sosioekonomista asemaa on pidetty merkittävänä taustamuuttujana. Tutkimusten mukaan lääkärikoulutukseen hakeutuvat tulevat edelleen valtaosaltaan ylempistä yhteiskuntaluokista (Lahelma & al. 2003). Väestötason tutkimuksissa on havaittu, että korkean sosioekonomisen aseman omaavat kannattavat enemmän yksityistä palvelutuotantoa (esim. Ervasti 1994; Forma 2006; Sihvo & Uusitalo 1993). Hyvinvointivaltion ja koulutusekspansioon myötä luokat ovat pirstoutuneempia, eikä voida vetää aivan suoraa johtopäätöstä, että lääkärit olisivat vain yksi homogeeninen ryhmä. Toki lääkärikunnan sisällä voidaan olettaa olevan eroja sen suhteen, missä asemassa henkilö on yhteiskunnan hierarkiassa. Esimerkiksi johtavilla lääkäreillä on keskeinen asema terveydenhuoltoa koskevien päätösten valmistelussa ja tällä voi olettaa olevan vaikutuksensa mielipiteisiin.

Aikaisempien tutkimusten mukaan lääkärin ammatti-identiteetti on erilainen sairaala- ja terveyskeskuslääkäreitä verrattaessa. Sairaalarälääkäreillä korostuvat tekninen ja tutkijapuoli, kun taas terveyskeskuslääkärin identiteetissä ovat korostuneemmin esillä inhimilliset ja sosiaaliset ulottuvuudet. (Kumpusalo & al. 2002.) Näin ollen voidaan olettaa, että markkinoistumista tarkasteltaessa toimipaikalla on vaikutusta mielipiteisiin.

Mittarina ideologian osalta on monissa tutkimuksissa käytetty poliittista suuntautumista (ks. d' Anjou 1995). Vasemmisto on suhtautunut perinteisesti epäilevämmiin markkinavoimien mahdollisuuksiin, ja poliittisen oikeiston on vastaavasti havaittu suhtautuvan myönteisemmin yksityisen sektorin palvelutuotantoon (Ervasti 1994; Forma 1999). Kun tutkitaan yksittäistä ammattiryhmää, intressit ja ideologiat eivät ole riittäviä ja tarvitaan myös ammattiin liitoksissa olevia selettäviä tekijöitä.

Mielipiteitä muokkaavat ne yhteisöt ja viiteryhmät, joihin yksilö kuuluu. Esimerkiksi eroja markkinoistumismielipiteissä voidaan olettaa olevan sen perusteella, mitä erikoisalaa lääkäri edustaa. Lääkäreillä yksi merkittävä viiteryhmä on Suomen Lääkäriliitto. Yksilön asemaa ammattiyhteisössä on mahdollista mitata ammattiyhdistysaktiivisuudella. Tällöin kartoitetaan esi-

merkiksi vastaajan arviota luottamustehtävätoimintaan osallistumisen aktiivisuudesta (Jokivuori 1997, 18). Poliittisten puolueiden johdon ja sen kannattajakunnan välillä on havaittu olevan selkeitä mielipide-eroja hyvinvointivaltiokysymyksissä (Forma 1999). Näin ollen voidaan olettaa, että myös ammattijärjestön aktiivien ja kannattajakunnan välillä on eroja mielipiteissä. Taustana hypoteesille on se, että ammattijärjestöaktiivien näkökulman terveystalouden oletetaan olevan erilainen, koska he toimivat professio-organisaation ytimessä.

Aiemmissa tutkimuksissa on selvitetty, mitkä tekijät selittävät lääkärin tyytymättömyyttä työhönsä. Esimerkiksi yhdessä tutkimuksessa tyytymättömyyttä mitattiin taloudellisilla ja ei-taloudellisilla tekijöillä (Janus & al. 2007). Tyytyväisyyttä selittivät paitsi työn sisältöön myös taloudellisiin seikkoihin liittyvät tekijät. Voidaan olettaa, että työn mielekkyykokemuksilla ja tyytyväisyydellä ansiotasoon on merkitystä myös mielipiteisiin markkinoistumisesta. Kun lääkäri on tyytymätön työhönsä ja ansiotasoonsa, voi yksi selitys löytyä nykyisen järjestelmän ongelmista. Tyytymättömien ja ansiotasonsa riittämättömäksi kokevien voidaan olettaa olevan voimakkaammin muutosalttiita. Merkittävä keino taas muuttaa nykyjärjestelmää on juuri sen markkinoistaminen. Markkinoistuminen merkitsee myös, että julkisen vallan sääteley osittain vähentyy professioihin nähden. Voidaankin olettaa, että ne lääkärit, jotka kokevat työn itsenäisyyden tärkeäksi arvoksi, haluavat myös markkinoistaa terveydenhuoltoa voimakkaammin.

Tutkimusasetelma

Tutkimuskysymys ja aineisto

Artikkelissa on kaksi pääkysymystä: a) miten lääkärit suhtautuvat terveyspalveluiden markkinoistumiseen ja b) mitkä taustatekijät selittävät eroja asennoitumisessa. Markkinoistumista mitataan eri ulottuvuuksilla, jotka ovat yksityissektorin rooli, yksityisen sektorin tehokkuus, tilaa- ja-tuottaja-mallin käyttö, valinnanvapaus ja palveluiden järjestämisalueen koko.

Tutkimuksen aineistona on lääkäreille kohdistettu postikysely, joka kerättiin yhteistyössä Suomen Lääkäriliiton kanssa alkuvuodesta 2007. Otostiedot poimittiin Suomen Lääkäriliiton rekisteristä ja siihen valittiin 2000 Suomessa asu-

vaa työikäistä lääkäreitä. Lomakkeita oli palautunut toisen kyselykierroksen jälkeen yhteensä 1 092. Vastausprosentiksi saatiin näin 54,6. Otos edustaa aiemmin tehdyn analyysin perusteella hyvin työikäisiä lääkäreitä, vaikka pieniä eroja on. Naiset ja hieman yllättäen yksityissektorilla työskentelevät ovat vastanneet aktiivisemmin. (Ks. tarkemmin otoksesta Saarinen 2007b.) Tuoreimmassa kotimaisessa lääkärikyselyssä vastausprosentti oli samaa tasoa kuin tässä kyselyssä (Elovainio & al. 2007). Myös ulkomaisissa lääkärikyselyissä vastausprosentit ovat olleet vastaavia (Janus & al. 2007; Cummings & al. 2001; Midttun 2007; Whyne & Baines 2002).

Tässä artikkelissa käytetään kysymyksiä, jotka mittaavat markkinoistumista monista näkökulmista. Jossain määrin kysymysten operationalisointi tuottaa ongelmia nykyisessä suomalaisessa kontekstissa, koska ajatus palveluiden markkinoistumisesta on niin uusi. Tämä näkyy siinä, että markkinoistumiseen liittyviä termejä käytetään hyvin sekavasti. Esimerkiksi yksityistämistä ja ulkoistamista käytetään usein synonyymeina, vaikka käytännössä edellistä ei ole tapahtunut suomalaisessa terveydenhuollossa, vaan kyse on ennemminkin ulkoistamisesta. Kysymysten operationalisoinnin vaikeus näkyykin osin siinä, että en osaa sanoa -vastausten osuudet olivat paikoin suhteellisen suuria. En osaa sanoa -vastaajien osuutta kartoitettiin aiemmin aineiston sisältöraportissa. Yleisemmin en osaa sanoa -vaihtoehdon valitsivat naiset sekä ne, jotka eivät olleet kiinnostuneita Lääkäriliiton terveystalouden toiminnasta. Kaikkiaan erot eri ryhmien en osaa sanoa -vastaamisen aktiivisuudessa olivat pieniä (Saarinen 2007b).

Tulososio aloitetaan yleisellä kysymyksellä, jossa verrataan lääkäreiden mielipiteitä koko väestöön. Vertailutiedot ovat peräisin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen HYPA 2006 -kyselystä, jossa perusjoukkona on Manner-Suomen suomen- ja ruotsinkielinen 18–79-vuotias väestö (ks. Forma & Saarinen 2008). Kyselystä otetaan vertailutiedoiksi kolme taustatekijää: koko väestö, ylin tuloviidennes ja korkeakoulutetut. Ylin tuloviidennes ja korkeakoulutetut ovat sosiaaliselta asemaltaan lähimpänä lääkäreitä ja siksi sopivat viiteryhmiä. Vuoden 2006 maaliskuussa lääkäreiden säännöllisen työajan keskiansiot olivat bruttona 4 966 euroa kuukaudessa (Vänskä 2006). Kaikkien suomalaisten palkansaajien keskiansio kuukaudessa vuon-

na 2006 oli 2 567 euroa (ks. Palkansaajien ..., 2006). Koulutuksen osalta on käytetty kansainvälistä ISCED-luokitusta, jolloin mukana ovat sekä ammattikorkeakoulutuksen että yliopistokoulutuksen saaneet.

Selittävät muuttajat

Artikkelissa selitettävänä muuttujina käytetään seuraavia:

1. Yksityistä terveyden-/sairaanhoitoa tulisi lisätä.

2. Yksityiset yritykset pystyvät tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja tehokkaammin kuin julkinen sektori.

3. Julkista perusterveydenhuoltoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan.

4. Julkista erikoissairaanhoitoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan.

5. Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulee lisätä, jotta vapautta valita lääkäri voidaan parantaa.

6. Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulee lisätä, jotta vapautta valita hoitopaikka voidaan parantaa.

7. Mikä alueellinen kokonaisuus on sopivin järjestämään kuntalaisille perusterveydenhuollon.

8. Mikä alueellinen kokonaisuus on sopivin järjestämään kuntalaisille erikoissairaanhoiton.

Näiden muuttujien väliset korrelaatiot eivät ole erityisen voimakkaita. Voimakkaimmat yhteydet ovat yksityisen terveydenhuollon lisäämisen ja yksityisen sektorin tehokkuuden, tilaajan ja tuottajan erottamisen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä lääkärin ja hoitopaikan valinnan vapauden välillä (ks. liitetaulukko 1).

Kysymys 1 kuvaa yleisellä tasolla, miten nykyistä järjestelmää tulisi kehittää yksityissektorin kautta. Kysymys 2 mittaa lääkäreiden käsitteitä markkinoistumisen eduista eli yksityissektorin tehokkuudesta. Erikoissairaanhoiton osalta ei erikseen kysytty tehokkuudesta, koska yksityisen sektorin toimintamahdollisuudet ovat useimmiten erikoissairaanhoiton sektoreilla kategorisesti heikohkot, kun yliopistollisella sairaalahoidolla on Suomessa korkeatasoisin teknologia. Kysymyksien 3 ja 4 avulla mitataan hieman tarkemmin, miten nykyistä järjestelmää tulisi markkinoistaa.

Ollennainen perustelu markkinoistumisen taustalla on, että asiakkaiden valinnanvapautta tulee lisätä, koska tällöin myös järjestelmän responsiivisuus ja tehokkuus lisääntyvät.

Näitä on kysytty kysymyksien 5 ja 6 avulla. Kysymykset 5 ja 6 ovat ehdollisia. 1990-luvun lainmuutosten jälkeen asiakasmaksuista on tullut merkittävä keino ohjata palveluiden käyttöä. Jos kysymystä ei olisi ehdollistettu tällä tavalla, niin luultavasti lähes jokainen vastaisi, että valinnanvapautta tulisi lisätä. Merkittävin keino markkinoistumisessa on palveluiden järjestämisalueen koon kasvattaminen, jolloin kilpailu ja tilaaja–tuottaja-mallien luominen mahdollistuvat paremmin. Järjestämisalueen oikeaa kokoa kartoitetaan kysymyksissä 7 ja 8.

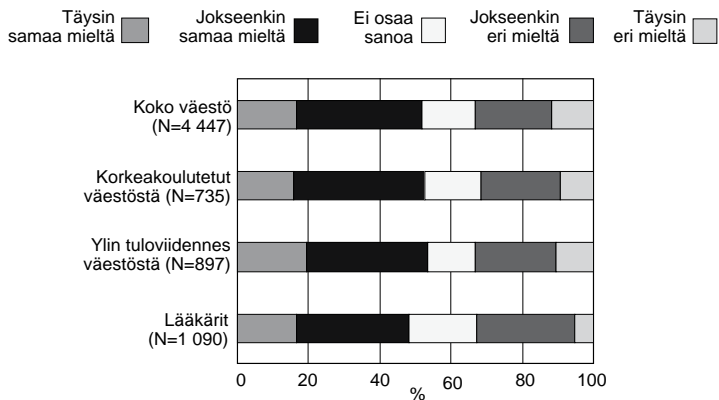
Vaihtoehdot kysymyksille 1–6 olivat täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä. Kysymyksissä 1–6 en osaa sanoa -vaihtoehto oli alkuperäisessä kysymyksessä keskikohdassa, tällöin se voidaan tulkita niin, että vastaaja ei ole samaa eikä eri mieltä eli että kyseessä on aidosti skaalan keskikohta. Monimuuttujamalleja varten näistä viisiluokkaisista muuttujista tehdään kolmiluokkaisia: samaa mieltä, en osaa sanoa, eri mieltä. Ainoastaan samaa mieltä olevien arvot raportoidaan monimuuttujamallien yhteydessä. Vastemuuttujan referenssikategoriana kysymyksissä 1–6 on ”eri mieltä”.

Vaihtoehdot alkuperäisille kysymyksille 7 ja 8 ovat seuraavat: nykyinen kunta rajojensa sisällä, kuntayhtymä, seutukunta, maakunta tai sairaanhoitopiiri, läänitaso. Monimuuttujamalleja varten näistä muuttujista tehtiin kaksiluokkaisia: kannattaa kyselyajankohtana olemassa olevaa järjestämisalueen kokoa tai ei kannata. Kannattaa-luokan muodostaa perusterveydenhuollossa luokka kunta/kuntayhtymä ja erikoissairaanhoidossa luokka maakunta/sairaanhoitopiiri. Vastemuuttujan referenssikategoriana kysymyksissä 7–8 on ”kannattaa nykyistä järjestämisalueen kokoa”.

Selittävät muuttajat

Muuttajat on jaettu melko karkeisiin luokkiin, jotta monimuuttujamalleissa olisi vähemmän pieniä solufrekvenssejä. Osassa selittävien muuttujien luokissa havaintoja on suhteellisen vähän, mutta joitakin luokkia ei voinut enää karkeistaa menettämättä muuttujan antamaa informaatiota. Analyysissä käytetään yhteensä 11:tä selittävää muuttujaa, jotka kuvaavat intressejä, ideologista suuntautumista ja lääkärintyöhön liittyviä intressejä (ks. liitetaulukko 2). Työnimike-muuttujaa ei oteta mukaan niihin monimuuttujamalleihin, joissa kaikki muuttajat on vakioitu toisil-

Kuvio 1. Yksityistä terveyden-/sairaanhoidoa tulisi lisätä



laan. Muuttuja olisi aiheuttanut loogisesti mahdollisuuden tilanteen, koska osa selittävien muuttujien luokista on toisensa poissulkevia.

Yleisiä intressejä kuvaavia ovat sukupuoli ja kolmiluokkainen ikämuuttuja. Sinänsä lääkärintyöhön liittyvät muuttujat kuvastavat myös yleisiä intressejä, mutta tässä ne on jaoteltu itsenäiseksi lääkärintyöhön liittyviksi intressejä mittaaviksi muuttujiksi.¹ Toisaalta taas toimipaikka tai työnimike on liitoksissa lääkärintyöhön. Ne on kuitenkin luokiteltu yleisiä intressejä kuvaaviksi, koska työnimike mittaa vastaajan asemaa yhteiskunnan hierarkiassa ja toimipaikan kohdalla taas tulee parhaiten esille yksityissektorin merkitys. Näin kyse on ensisijaisesti yleisistä intressimuuttujista. Myös aiemmassa väestötason mielipidetutkimuksessa on selittävinä muuttujina käytetty mittareita, joilla on mitattu sosioekonomista asemaa tai työskentelysektorin merkitystä, mutta nyt niitä mitataan hieman eri tavalla ja tarkemmin johtuen tutkimusjoukon erityispiirteistä. Ideologiaa mitataan artikkelissa vastaajan omalla arviolta poliittisesta suuntautumisestaan.

Erikoisalan osalta päädyttiin käyttämään seitsemänluokkaisen muuttujan, jossa on viisi työikäisten lääkäreiden suurinta erikoisalaa ja muut

erikoisalat sekä erikoistumattomat. Kirurgiaan on yhdistetty kaikki pienemmät erikoisalat, kuten lastenkirurgia. Samalla tavalla on tehty myös psykiatrien osalta. Vastaajien suhdetta Lääkäriliittoon tarkasteltiin kiinnostuneisuudella ja aktiivisuudella liitossa. Suhdetta työhön tarkasteltiin päätoimen ansiotason riittävyuden ja mielekkyyden kautta. Analyysissa käytetään myös taustamuuttujaa, jossa mitataan profession olennaista arvoa eli itsenäisyyden merkitystä.

Menetelmät

Kuvailevana menetelmänä artikkelissa ovat prosenttijakaumat ja selittävinä menetelmänä käytetään multinominaalista logistista regressioanalyysia. Kuitenkin huomionarvoista on, että itse asiassa kysymysten 7 ja 8 osalta selitettävä muuttuja on kaksiluokkainen, mutta analyysit tehtiin teknisesti ottaen multinominaalisella logistisella regressioanalyysilla. Lauri Nummenmaa (2004, 319) tuo esille, että multinominaalista logistista regressiota voi käyttää aina binäärisen sijasta ja tämä on useasti jopa suositeltavaa, koska multinominaalinen tarjoaa monipuolisemmat tekniset mahdollisuudet. Multinominaalisessa logistisessa regressioanalyysissa olennaisin tunnusluku on ns. riskisuhde. Kun riskisuhde on alle yhden, todennäköisyys on pienempi kuin referenssikategoriassa (Tabachnick & Fidell 2001, 548). Ennen varsinaisia monimuuttujamallinnuksia yhteyksiä tarkasteltiin yhden selittäjän mallein. Varsinaisiin monimuuttujamallinnuksiin valittiin tilastollisesti merkitsevät muuttujat.

1. Työhistoria jätettiin pois malleista, koska suurella osalla vastaajista työkokemusta eri sektoreilta on vähän ja ikä kuvaa kokemusta yleisellä tasolla. Potilastyön tekemistä mittaava muuttuja jätettiin pois, koska sitä pystyy mittaamaan myös toimipaikkamuuttujalla.

Tulokset

Lääkäreiden asennoituminen markkinoistumiseen

Aluksi tarkastellaan lääkäreiden periaatteellista kantaa yksityisen sektorin roolin lisäämiseksi. Vertailuryhmänä ovat Stakesin HYPÄ-väestökyselyn tiedot korkeatuloisista, korkeakoulutetuista ja koko väestön keskiarvosta. Lääkärit eivät ero tässä vertailuryhmistä. Varovaisen tulkinnan mukaan on jopa niin, että lääkärit kannattavat hie- man vähemmän yksityisen hoidon lisäämistä. Tosin huomionarvoista on, että niiden osuus, jotka eniten vastustavat (täysin eri mieltä) yksityisen terveydenhoidon lisäämistä, on lääkäreiden osalta pienempi kuin vertailuryhmissä. (Kuvio 1.)

Kun julkista palvelutuotantoa markkinoistetaan, on tehokkuus olennainen termi. Tehokkuus voidaan määrittellä vaikuttavuuden ja kustannusten välisen suhteen kautta. Lääkäreistä noin puolet on sitä mieltä, että yksityiset yritykset toimivat tehokkaammin kuin julkinen sektori (taulukko 1). Forman (2006) tutkimuksessa selvästi yli puolet kansalaisista uskoi, että yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat tehokkaammin kuin vastaavat julkiset (ks. samansuuntaista tuloksista Torvi & Kiljunen 2005). Lääkärit uskovat siten väestön keskimääräistä vähemmän yksityisen sektorin tehokkuuteen.

Tehokkuuden lisäämiseen on pyritty erottamalla tilaaja ja tuottaja toisistaan. Periaatteessa tilaajaksi ajatellaan usein julkinen sektori ja tuottaja voi julkisen sektorin ohella olla yksityinen toimija. Sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa järjestelmää tulee lääkäreiden mukaan kehittää yhä selvemmin tilaaja–tuottajamallin suuntaan. Tosin en osaa sanoa -vaihtoehtoon on vastattu voimakkaasti, mikä kertoo epävarmojen suuresta osuudesta, mutta osin myös kysymysten vaikeudesta (taulukko 2). Kun palveluja markkinoistetaan, on tavoitteena myös potilaan valinnanvapauden lisääminen. Valinnanvapaudella viitataan tavallisesti vapautteen valita lääkäri tai hoitopaikka (Propper & al. 2006, 538). Lääkäreiden keskuudessa vähemmistö on sitä mieltä, että valinnanvapautta tulisi lisätä, jos ehdollistetaan kysymys omavastuuosuuksilla. Tosin myös selkeä osa on omavastuuosuuksien lisäämisen kannalla, jotta valinnanvapautta voidaan parantaa (taulukko 3).

Tällä hetkellä merkittävin hanke tulevaisuuden palvelurakenteen kannalta on kunta- ja palvelu-

rakenneuudistus (Konttinen 2007, 264), jossa etsitään tehokasta väestöpohjaa palveluiden järjestämiseen. Valtaosa lääkäreistä on sitä mieltä, että kunta/kuntayhtymä on sopivin alue järjestämään perusterveydenhuollon, eli ei kaipaakaan muutosta nykyiseen. Myös erikoissairaanhoidossa nykytilanteella on suuri kannatus (taulukko 4). Näin siirtyminen selvästi suurempiin palvelutuotantoalueisiin ei lopultakaan saa erityisen suurta kannatusta. Toisaalta, jos tuloksia verrataan kansalisiin, lääkärit kuitenkin kannattavat suurempia palveluiden järjestämialueita kuin väestö (ks. Kunnallisanon kehittämissäätiö, 2005, 27–29, 68).²

Intressit, ideologia ja lääkärityöhön liittyvät intressit selittäjinä

Seuraavaksi analysoidaan, miten markkinoistumiseen suhtaudutaan taustamuuttujittain (taulukko 5). Ennen monimuuttujamallinnuksia tehtiin yksittäistarkastelut, joissa mukana on lisäksi työnimike-muuttuja. Yksittäistarkastelujen tulokset ovat liitetaulukossa 3. Työnimikkeittäin tarkasteltuna havaitaan selkeimmän eron olevan se, että yksityislääkärit kannattavat eniten markkinoistumista suhteessa kaikkiin muihin työnimikkeisiin. Mielenkiintoista on, että lääkärin asemalla ei ole merkitystä, johtotasa edustavat lääkärit eivät ero mielipiteiltään. Seuraavassa raportoidaan vakioitujen mallien tulokset muuttujille, joilla todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys yksittäistarkasteluissa.³

Lääkäreiden osalta sukupuoli ei nouse hyväksi selittäjäksi. Suurin ero on, että miehet ovat valmiimpia kasvattamaan perusterveydenhuollon järjestämialueen kokoa. Iän osalta joitain eroja on. Nuoremmat eivät ole yhtä halukkaita kuin vanhemmat ikäluokat erottamaan tilaajan ja tuottajan toisistaan tai muuttamaan nykyisiä perusterveydenhuollon palveluiden järjestämialueita. Toimipaikkatarkasteluissa yksityinen sektori erottuu. Yksityisellä sektorilla työskentelevät ovat voi-

2. *Terveydenhuollon piirissä vapaaehtoisin kunta-yhtymiin kuuluu valtaosa kunnista, kun esimerkiksi sosiaalitoimen kuntayhtymiin kuuluu noin puolet kunnista (Linnakko 2003, 66, 71).*

3. *Myös työnimike-muuttuja oli alun perin mukana malleissa, mutta vakiointi ei juuri muuta tuloksia yksittäistarkasteluihin nähden. Kuitenkin työnimike-muuttuja poistettiin tässä artikkelissa esitettävistä vakioiduista malleista, koska se aiheuttaa loogisesti mahdollottoman tilanteen selittävien muuttujien välille.*

Taulukko 1. Yksityiset yritykset pystyvät tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja tehokkaammin kuin julkinen sektori, %

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Tehokkaammin	13,7	36,8	17,9	22,8	8,7	100,0 (N = 1 086)

Taulukko 2. Julkista terveydenhuoltoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuotaja erotetaan nykyistä selvemmin, %

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Perusterveydenhuolto	12,1	24,5	37,8	18,7	6,9	100,0 (N = 1 086)
Erikoissairaanhoido	14,6	30,1	33,7	15,9	5,7	100,0 (N = 1 088)

Taulukko 3. Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulee lisätä, jotta valinnanvapautta voidaan parantaa, %

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Valinnanvapaus lääkärin suhteen	7,7	28,7	23,5	28,1	11,9	100,0 (N = 1 084)
Valinnanvapaus hoitopaikan suhteen	6,5	29,6	21,9	31,8	10,2	100,0 (N = 1 083)

Taulukko 4. Sopivin alue järjestämään terveydenhuolto kuntalaisille

	Kunta	Kunta-yhtymä	Seutukunta	Maakunta tai sairaanhoitopiiri	Läänitase	Yhteensä
Perusterveydenhuolto	17,2	46,3	21,5	12,5	2,5	100,0 (N = 1 068)
Erikoissairaanhoido	1,8	9,3	6,7	66,6	15,6	100,0 (N = 1 073)

makkaammin markkinoistamassa nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää. Tosin palveluiden nykyisiä järjestämisalueita ei olla erityisen voimakkaasti muuttamassa. Toimipaikkatarkastelussa joitain muitakin mielenkiintoisia eroja on löydetävissä. Merkittävä tulos on, että terveyskeskuksissa, joissa yksityissektori on voimakkaasti kasvanut 2000-luvulla, ollaan skeptisimpiä yksityisen sektorin tehokkuutta kohtaan. Tosin erot ovat erittäin pieniä.

Puoluekanta on kaikkein selkein mielipiteiden erottelija. Poliittiseen oikeistoon itsensä sijoittavat ovat valmiimpia markkinoistamaan nykyistä

terveydenhuoltojärjestelmää. Erikoisalojen osalta tärkein tulos on, että ei-erikoistuneet lääkärit kannattavat enemmän markkinoistumisen lisäämistä. Selkeimmin erikoisaloista erottuvat yleislääkärit ja kirurgit. Yleislääkärit ovat vähemmän valmiita lisäämään yksityistä terveydenhuoltoa ja myös uskovat harvemmin sen tehokkuuteen. Samalla yleislääketieteen erikoislääkärit kannattavat kuitenkin voimakkaasti perusterveydenhuollon järjestämisalueen muuttamista nykyisestä kuntamallista. Kirurgit taas ovat valmiita lisäämään voimakkaasti valinnanvapautta sekä lääkärin että hoitopaikan suhteen.

Taulukko 5. Monimuuttujamalli: riskisuhteet ja tilastolliset merkitsevyydet (* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$). Vastemuuttujan referenssikategoriana kysymyksissä 1–6: eri mieltä, kysymyksissä 7–8: kannattaa nykyistä järjestämisläueen kokoa. Kysymyksistä 1–6 ei raportoida en osaa sanoa -luokan arvoja									
	Yksityisen lisääminen	Yksityinen tehokkaampi	Tilaaajan ja tuottajan erottaminen perus- terveydenhuollossa	Tilaaajan ja tuottajan erottaminen erikois- sairaanhoidossa	Lääkärin valinnan- vapaus	Hoitopaikan valinnan- vapaus	Uusi perus- terveydenhuollon järjestämisläue	Uusi erikois- sairaanhoidon järjestämisläue	
Sukupuoli (ref. nainen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mies	-	-	1.178	1.115	1.177	1.208	1.529**	-	-
Ikä (ref. 50–63-v.)	-	-	0.460**	0.345**	0.768	0.656	0.566*	-	-
Alle 35	-	-	0.539**	0.575**	1.008	1.011	0.830	-	-
35–49	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toimipaikka (ref. yksityinen)	0.330***	0.218***	0.455**	0.622	0.517**	0.426**	-	-	-
Yliopistollinen sairaala	0.222***	0.262***	0.431**	0.497*	0.434**	0.445**	-	-	-
Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala	0.282***	0.160***	0.406**	0.436*	0.719	0.706	-	-	-
Terveyskeskus	0.396*	0.195***	0.238**	0.300*	0.511	0.550	-	-	-
Muu kunnallinen toimipaikka	0.299**	0.388*	0.561	0.462	0.798	0.578	-	-	-
Yliopisto tai muu tutkimuslaitos	0.270***	0.804	0.599	0.638	0.754	0.646	-	-	-
Muu	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Politiittinen orientaatio (ref. oikeisto)	0.212***	0.337***	0.392***	0.353***	0.356***	0.410***	-	-	-
Vasemmisto	0.324***	0.384***	0.510**	0.390***	0.580*	0.523**	-	-	-
Keskusta	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erikoistumisala (ref. ei erikoistunut)	0.387***	0.427**	-	1.399	1.187	0.911	1.755*	-	-
Yleislääketiede	0.455*	0.519	-	0.739	0.891	0.537	0.730	-	-
Sisätaudit	1.261	1.267	-	0.717	4.151**	3.803**	0.969	-	-
Kirurgia	0.986	1.182	-	0.906	1.052	0.653	0.818	-	-
Psykiaatria	0.577	0.788	-	1.786	0.964	0.806	0.896	-	-
Anestesiologia	0.718	0.793	-	1.240	1.293	1.046	1.581*	-	-
Muu	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiinnostuneisuus liiton terveyspolitiikkaan (ref. ei kiinnostunut)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiinnostunut	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aktiivisuus liitossa (ref. ei aktiivinen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aktiivinen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Päätoimen mielekkäisyys (ref. ei mielekäästä)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mielekäästä	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Päätoimen ansiotasoa (ref. riittämätön)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riittävä	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Työn itsenäisyys (ref. ei tärkeä)	-	-	1.709	2.345*	-	-	-	-	0.672**
Tärkeä	-	-	14.4	17.7	9.9	9.3	6.2	1.0	1.0
Kokonaismallien pseudoselitysaste, %	16,8	16,0	14,4	17,7	9,9	9,3	6,2	1,0	1,0
N	1 056	1 052	979	980	1 044	1 043	1 060	1 016	1 016

Muut lääkärintyöhön liittyvät intressimuuttajat erikoisalaa lukuun ottamatta eivät juuri selitä eroja mielipiteissä. Ne, jotka kokevat työn itsenäisyyden tärkeämpänä, ovat hieman valmiimpia erottamaan tilaajan ja tuottajan toisistaan, erityisesti erikoissairaanhoidossa. Toisaalta työn itsenäisyyden tärkeäksi kokevat ovat vähemmän halukkaita muuttamaan erikoissairaanhoidon nykyistä järjestämistä.

Johtopäätökset

Lääkäreiden mielipiteitä on tärkeää tutkia, koska he toimivat johtavina viranhaltijoina ja ovat toisaalta myös jokapäiväisessä työssään tekemisissä terveydenhuoltojärjestelmän kanssa. Tässä artikkelissa markkinoistuminen operationalisoitiin uudella moniulotteisella tavalla. Tämä on myös sen teoreettinen anti yleiselle hyvinvointivaltiomielipidetutkimukselle.

Tulokset osoittavat, kuinka suhtautuminen tietyllä markkinoistumisen ulottuvuudella positiivisesti ei automaattisesti merkitse positiivista suhtautumista jollain toisella ulottuvuudella. Toisin sanoen ne, jotka kannattavat tilaaja–tuottaja-mallien lisäämistä, eivät välttämättä kannata terveydenhuollon järjestämistä koon kasvattamista. Kuitenkin tietyt jakolinjat on silti mahdollista löytää taustamuuttujatarkastelujen perusteella.

Suomen Lääkäriliitto on aktiivinen terveyspoliittinen toimija. Lääkäriliitto on esittänyt, että palveluiden järjestäjän koon tulisi olla nykyistä suurempi, tilaaja ja tuottaja tulisi erottaa nykyistä selvemmin toisistaan ja valinnanvapautta tulisi lisätä (Saarinen 2007a). Mikrotasolta tarkasteltuna lääkärit suhtautuvat varsin maltillisesti markkinoistumisen lisäämiseen. Kun verrataan lääkäreitä korkeakoulutettuihin, väestön ylimpään tuloviidennekseen ja koko väestön keskiarvoon, lääkärit kannattavat varovasti tulkiten jopa hieman vähemmän yksityisen terveydenhuollon lisäämistä. Myös yksityisen sektorin tehokkuuteen suhteessa julkiseen suhtaudutaan varauksellisesti väestöön verrattuna (ks. Forma 2006). Havainnot ovat merkittäviä, koska lääkärit tuntevat sekä julkisen että yksityisen sektorin toimintatavat ja ominaisuudet erittäin hyvin. Merkittävä osa julkisella sektorilla työkentelevistä lääkäreistä on töissä yksityisellä sektorilla sivutoimisesti (Suomen Lääkäriliitto, 2006) ja siten heillä on käytännöstä kumpuavaa vertailutietoa.

Niukka enemmistö lääkäreistä ei ole valmis lisäämään vapautta valita lääkäri tai hoitopaikka, jos omavastuuosuuksia kasvatetaan. Toisaalta palveluiden tilaaja ja tuottaja haluttaisiin useammin erottaa toisistaan, mutta taas palveluiden nykyiset järjestämistäalueet nähdään yleisemmin sopivina sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tosin väestöön verrattuna lääkärit ovat useammin valmiimpia kasvattamaan järjestämistäalueiden kokoa (ks. Kunnallisanon kehittämiskeskitys, 2005).

Artikkelissa on oltu kiinnostuneita perinteisten intressejä ja ideologioita kuvaavien taustamuuttajien lisäksi lääkärintyöstä nousevia intressejä kuvaavista muuttajista. Aiemmassa väestötason tutkimuksessa on esitetty, että naiset suhtautuvat kielteisemmin yksityiseen palvelutuotantoon (Forma 2002). Toisaalta on saatu myös tuloksia, joissa eroa ei ole (Forma 2006; Kallio 2007). Lääkäreiden osalta sukupuoli ei nouse merkittäväksi selittäjäksi. Aikaisempi väestötason tutkimus on tuonut esille, että nuoremmat suhtautuvat myönteisemmin yksityiseen palvelutuotantoon (Forma 2002; Kallio 2007). Nuoret lääkärit eivät lopulta ole erityisen voimakkaasti markkinoistamassa terveydenhuoltojärjestelmää. Nuoremmat eivät ole yhtä halukkaita kuin vanhemmat erottamaan tilaajan ja tuottajan toisistaan, lisäämään valinnanvapautta tai muuttamaan nykyisiä palveluiden järjestämistäalueita.

Olennessa taustatekijä on tässä kuten viimeaikaisissa väestötasonkin tutkimuksissa juuri ideologia (Kallio 2007). Poliittiseen oikeistoon itsensä sijoittavat lääkärit ovat valmiimpia markkinoistamaan nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää. Toinen merkittävä selittävä tekijä on yksityisellä sektorilla toimiminen. Osin tätä voi selittää sillä, että on yksityislääkärin intressinä, että järjestelmää markkinoistetaan. Kun julkista sektoria markkinoistetaan, myös yksityisellä sektorilla toimivalle lääkärielle avautuvat yhä monipuolisemmat mahdollisuudet toimia erilaisissa tehtävissä juuri yksityisessä toimipaikassa. Lääkärintyöhön liittyvät intressimuuttajat eivät lopulta nouse merkittäviksi selittäviksi tekijöiksi lukuun ottamatta erikoisalaa muuttajaa: erikoistumattomat tai parhaillaan erikoistumassa olevat lääkärit ovat voimakkaammin kannattamassa markkinoistumisen lisäämistä.

Markkinoistumisen on todettu aiheuttavan profession keskuudessa stratifikaatiota eli hajontaa (Filc 2006). Tämän voisi olettaa näkyvän siinä, että eri sektoreiden, kuten erikoissairaanhoidon,

don ja perusterveydenhuollon, välillä syntyy hajontaa mielipiteissä. Hajontaa ei ole aiemmin tutkittu kyselyaineistoin. Tämän tutkimuksen mukaan hajonta mielipiteissä ei ole erityisen suurta, mutta joitakin pieniä eroja on. Merkittävin on, että terveyskeskuksissa työskentelevät ovat skeptisimpiä yksityisen terveydenhuollon tehokkuutta ja lisäämistä kohtaan. 2000-luvulla julkisen terveydenhuollon uusin ilmiö ovat vuokra-lääkäriyritykset, jotka tavallisemmin toimivat nimenomaan terveyskeskuksissa. Esimerkiksi sosiaalibarometrin mukaan 47 prosenttia terveyskeskuksista on vuokrannut lääkäreitä jatkuvasti (Eronen & al. 2007). Näyttääkin siltä, että siellä, missä markkinoitumista on tapahtunut eniten, on myös suhtautuminen yksityisen sektorin tehokkuuteen ja lisäämiseen kielteisintä.

Aiemmassa tutkimuksessa markkinoitumista on mitattu yksilutoteisesti lähinnä kysymällä, kuinka paljon haluttaisiin yksityistä palveluja. Tässä artikkelissa on taas mitattu markkinoitumista moniulotteisesti. Voidaan kuitenkin poh-

tia, onko operationalisoinnissa onnistuttu. Pienenä ongelmana operationalisoinnissa on, että julkisen järjestelmän uudelleenmuotoiluun ja markkinoitumiseen liitoksissa olevat termit ovat sekavia. Vastaajilla ei tule samasta termistä välttämättä samoja mielleyhtymiä. Eroja saattaa olla esimerkiksi eri ikäryhmien tai eri toimipaikoissa työskentelevien osalta. Aikaisempi hyvinvointivaltio-mielipidetutkimus on tuonutkin esille, kuinka tulokset ovat riippuvaisia kysymysten sanamuodoista (Kangas 1997).

Kuitenkin voidaan ajatella, että lääkärit asiantuntijaryhmänä ovat kokonaisuutena voimakkaammin perillä terveyspolitiikan terminologias- ta, eivätkä siksi ole erityisen sensitiivisiä kysymysten sanamuotojen vaikutukselle. Toisaalta osassa kysymyksistä en osaa sanoa -vastausten osuus on suuri, mikä myös viestii ilmiön operationalisoinnin hankaluudesta. Tavalliselle rivilääkärille terveydenhuollon organisaatioon tiukasti liitoksissa olevat kysymykset, kuten tilaaja-tuottaja-malli, eivät välttämättä ole erityisen läheisiä.

KIRJALLISUUS

- D'ANJOU, LEO & ABRAM, STEJIN & VAN AARSEN, DRIES: Social Position, Ideology, and Distributive Justice. *Social Justice Research* 8 (1995): 4, 351–384
- CUMMINGS, SIMONE M. & SAVITZ, LUCY A. & KONRAD, THOMAS R.: Reported Response Rates to Mailed Physician Questionnaires. *Health Services Research* 35 (2001): 6, 1347–1355
- ELOVAINIO, MARKO & HEPONIEMI, TARJA & VÄNSKÄ, JUUKA & SINERVO, TIMO & KUJALA, SANTERO & LAAKSO, ERKKI & JALONEN, PÄIVI & HAKANEN, JARI & HUSMAN, KAJ & TÖYRY, SAARA & HALILA, HANNU: Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? *Suomen Lääkärilehti* 62 (2007): 20–21, 2071–2076
- ERONEN, ANNE & LONDÉN, PIA & PERÄLAHTI, ANNE & SILTANIEMI, AKI & SÄRKELÄ, RIITTA: Sosiaalibarometri 2007. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 2007
- ERVASTI, HEIKKI: Yhteiskuntaluokat, individualistinen kritiikki ja hyvinvointipalvelujen kannatus. *Janus* 6 (1998): 2, 167–187
- ERVASTI, HEIKKI: Yhteiskuntaluokat ja hyvinvointipalvelut. *Sociologia* 31 (1994): 4, 274–287
- FILC, DANI: Physicians as 'Organic Intellectuals'. A Contribution to the Stratification versus Deprofessionalization Debate. *Acta Sociologica* 49 (2006): 3, 273–285
- FORMA, PAULI: Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina. Suomalaisen sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipi-
teet vuonna 2004. S. 160–184. Teoksessa: Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 2006
- FORMA, PAULI: Suomalaisen sosiaaliturvaa ja sosiaalipalveluja koskevat mielipiteet vuonna 2002. S. 292–310. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 2002
- FORMA, PAULI: Interests, Institutions and the Welfare State. *Studies on Public Opinion towards the Welfare State*. Helsinki: Stakes, 1999
- FORMA, PAULI & SAARINEN, ARTTU: Kansan mielestä jakovaraa riittää. Suomalaisen mielipiteet vuonna 2006. Käsikirjoitus, julkaistaan Stakesin artikkelikokoelmassa 2008
- GROSS, REVITAL & TABENKIN, HAVA & BRAMMLI-GREENBERG, SHULI: Factors affecting primary care physicians' perceptions of health system reform in Israel: Professional autonomy versus organizational affiliation. *Social Science and Medicine* 64 (2007): 7, 1450–1462
- HOEL, MARIT & KNUTSEN, ODDBJØRN: Social Class, Gender and Sector Employment as Political Cleavages in Scandinavia. *Acta Sociologica* 32 (1989): 2, 181–201
- HYPPÖLÄ, HARRI: Development and Evaluation of Undergraduate Medical Education in Finland. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2001
- HÄKKINEN, UNTO: The Impact of Changes in Finland's Health Care System. *Health Economics* 14 (2005): S1, S101–S118
- JANUS, KATHARINA & VOLKER, ERIC AMELUNG & GAITA-

- NIDES, MICHAEL & SCHWATZ, FRIEDRICH WILHELM: German physicians "on strike" – Shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 82 (2007): 3, 357–365
- JOKIVUORI, PERTTI: Millaisia ovat ammattiyhdistysaktiivit? Tutkimus SAK:n, STTK:n ja Akavan ay-osallistujista ja rivijäsenistä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1997
- JÆGER, MAD: What Makes People Support Public Responsibility for Welfare Provision: Self-interest or Political Ideology? A Longitudinal Approach. *Acta Sociologica* 49 (2006): 3, 321–338
- JÄMSÉN, RAIMO & PEKURINEN, MARKKU: Terveydenhuollon 1990-luvun uudistusajon tulokset. *Suomen Lääkärilehti* 58 (2003): 9, 1067–1070
- KALLIO, JOHANNA: Kansalaisten asennoituminen kunnallisten palvelujen markkinoistumiseen vuosina 1996–2004. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 3, 239–255
- KANGAS, OLLI: Self-Interest and the Common Good: The Impact of Norms, Selfishness and Context in Social Policy Opinions. *Journal of Socio-Economics* 26 (1997): 5, 475–494
- KONTTINEN, MAUNO: Epilogi – vai tuliko tästä prologi? – Palvelupolitiikan tulevaisuus. S. 259–270. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 2007
- KUMPUSALO, ESKO & LÄÄKÄRI 98 -TUTKIJARYHMÄ: Lääkärin ammatti-identiteetistä. *Suomen Lääkärilehti* 57 (2002): 35, 3395–3396
- KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ: Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2005. Helsinki: Pole-Kuntatieto Oy, 2005
- LAHELMA, EERO & BROMS, ULLA & KARISTO, ANTTI: ”Pienestä pitäen olen halunnut lääkäriksi.” Lääketeen opiskelijoiden tausta ja suuntautuminen. *Suomen Lääkärilehti* 58 (2003): 44, 4491–4496
- LINNAKKO, EERO: Sosiaali ja terveys. S. 64–71. Teoksessa: Lundström, Ilona (toim.): Parasta palvelua. Selvitys kuntapalvelujen järjestämisen vaihtoehdoista. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2003
- MARJORIBANKS, TIM & LEWIS, JENNY M.: Reform and autonomy: perceptions of the Australian general practice community. *Social Science & Medicine* 56 (2003): 11, 2229–2239
- MIDTTUN, LINDA: Private or Public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. *Social Science & Medicine* 64 (2007): 6, 1265–1277
- MÄNTYSELKÄ, PEKKA & AIRA, MARJA & MYLLYKANGAS, MARKKU & VEHVILÄINEN, ARTO & KUMPUSALO, ESKO: Ammatinharjoittajaksi perusterveydenhuoltoon – vai ei? *Suomen Lääkärilehti* 61 (2006): 23, 2511–2517
- NUMMENMAA, LAURI: Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi, 2004
- PALKANSAAJIEN KUUKAUSIANSIOT ANSIOTASOINDEKSIIN MUKAAN. Tilastokeskus. <http://statfin.stat.fi/statweb/start.asp?LA=fi&DM=SLFI&lp=catalog&clg=palkkasummaindeksit>. Tiedot luettu 22.4.2007
- PEKURINEN, MARKKU & HÄKKINEN, UNTO: Terveydenhuollon rahoituksen uudistamiseksi esitetyt ehdotuksia. S. 23–26. Teoksessa: Klavus, Jan (toim.): *Terveystalous*. Helsinki: Stakes, 2007
- POLLITT, CHRISTOPHER: Is the Emperor in his Underwear? An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management: an international journal of research and theory* 2 (2000): 2, 181–199
- PROPPER, CAROL & WILSON, DEBORAH & BURGESS, SIMON: Extending Choice in English Health Care: The Implications of the Economic Evidence. *Journal of Social Policy* 35 (2006): 4, 537–557
- QUAYE, RANDOLPH K.: Swedish physicians' perspectives on the introduction of the Stockholm model. *Journal of Management in Medicine* 11 (1997): 4, 246–255
- SAARINEN, ARTTU: Markkinat ja lääkäriprofessioni. Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 2, 121–136. 2007a
- SAARINEN, ARTTU: Raportti suomalaisten lääkäreiden terveystaloudellisia mielipiteitä kartoittavan tutkimuksen aineiston keruusta sekä teknisistä seikoista. Turku: Turun yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos, 2007. 2007b
- SAIRAANHOITOVAKUUTUSTOIMIKUNNAN MIETINTÖ. Komiteamietintö 1993: 29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1993
- SIHVO, TUURE & UUSITALO, HANNU: Mielipiteiden uudet ulottuvuudet. Suomalaisten hyvinvointivaltiota, sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevat asenteet vuonna 1992. Helsinki: Stakes, 1993
- SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO: Lääkärikysely, tilastoja, 2006
- TABACHNICK, BARBARA G. & FIDELL, LINDA S.: *Using Multivariate Statistics*. USA: Allyn & Bacon, 2001
- TORVI, KAI & KILJUNEN, PENTTI: Onnellisuuden vaikea yhtälö. EVA:n kansallinen arvo- ja asennetutkimus. Helsinki: EVA, 2005
- WHYNES, DAVID K. & BAINES, DARRIN L.: Primary care physicians' attitudes to health care reform in England. *Health Policy* 60 (2002): 1, 111–132
- WILLBERG, MIRJA & VALTONEN, HANNU: Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007
- VÄNSKÄ, JUUKA: Ajankohtaista tietoa lääkärin palkoista. *Suomen Lääkärilehti* 61 (2006): 40, 4132–4136
- YKSITYINEN PALVELUTUOTANTO SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA 2004. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Stakes, 2007
- ØVRETVEIT, JOHN: Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management* 18 (2003): 3, 233–246.

ENGLISH SUMMARY

Arttu Saarinen: Physicians' opinions on the marketization of health care (Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta)

Since the 1990s there has been a growing trend in the Finnish health care sector to encourage and facilitate private service provision. Local governments have had greater latitude to outsource the production of health services to the private sector. However, strategic public-private partnerships continue to remain quite scarce. Most typically, private sector services are used in situations where all other options are exhausted. Therefore, as yet there have been no radical changes in the main distinctive characteristics of the essentially public Finnish health care system, even though there has from time to time been intense public debate on how that system should be developed. In the health care system that remains under constant pressures of change, the key role is played by health care professionals. This article explores the views and opinions of medical doctors on the trends of marketization and discusses the factors that explain their opinions. At the population level, explanatory factors of opinions on the welfare state have usually consisted of variables describing interests or ideology. In the case of an individual professional group, however, interests and ideologies do not alone suffice, but the analysis must also include explanatory variables that are specific to the occupation. In all, this article includes 11 explanatory variables. Marketization is measured on five different dimensions. The data for the research come from a postal questionnaire (N=1 092, response rate 54.6%). The sample is representative of employed doctors. The results are described in the article by percentage distributions, while multinomial logistic regression analysis is used as the preferred method of explanation. On some items the views and

opinions of physicians are compared with those of the total population, the highest income quintile and those with an academic education. In a rather cautious interpretation of the results, it seems that compared with the total population, physicians are somewhat less supportive of increasing private care provision. Furthermore, when compared with earlier results from population studies, it seems that doctors are rather more sceptical about the efficiency benefits of the private sector. About half of the doctors in this study took the view that private businesses run a more efficient operation than the public sector. Most physicians take the view that both specialized health care and primary health care should move towards purchaser-provider models. A minority of doctors take the view that there should be greater freedom of choice if deductibles are included in the equation. Most doctors take the view that primary health care services are ideally provided by local municipalities or joint municipal authorities, i.e. they are content with the existing system. There is also fairly broad support for the existing system in specialized health care provision. As in recent population-level surveys, the most important background variable explaining doctors' opinions is ideology, i.e. the respondent's political orientation. Another significant explanatory variable is employment in the private sector. Variables related to the medical profession do not in the end emerge as particularly significant explanatory factors. All in all the observations made in the article carry considerable weight since physicians have an intimate knowledge of both the public and private sector.

KEY WORDS

Physicians, opinions, marketization, health care, Finland

Liitetaulukko 1. Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimet selitettäville muuttujille, tilastollisesti merkitsevät lihavoitu ($p < 0.05$)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Yksityisen lisääminen							
(2) Yksityinen tehokkaampi	.406						
(3) Tilaaaja-tuottaja/perusterveydenhuolto	.282	.244					
(4) Tilaaaja-tuottaja/erikoissairaanhoido	.237	.204	.742				
(5) Lääkärin valinnanvapaus	.288	.196	.219	.215			
(6) Hoitopaikan valinnanvapaus	.304	.216	.229	.218	.737		
(7) Perusterveydenhuollon järjestämisaalue	.026	.030	-.094	-.097	-.027	-.008	
(8) Erikoissairaanhoidon järjestämisaalue	-.045	-.012	-.024	-.036	-.019	-.018	.027

Liitetaulukko 2. Monimuuttujamallissa mukana olevat selittävät muuttujat kuvaavat päätoimen työtä. Suluissa olevat lyhenteet kuvaavat intressejä (I), ideologiaa (ID) ja lääkirintyöhön liittyviä intressejä (L)

Muuttuja	N	%
Sukupuoli (I)		
Mies	471	43,3
Nainen	616	56,7
Ikä (I)		
Alle 35 vuotta	175	16,1
35–49 vuotta	436	40,2
50–63 vuotta	474	43,7
Työnimike (I)		
Johtotaso	247	22,8
Osastonlääkäri, erikoislääkäri	266	24,6
Erikoistuva lääkäri	142	13,1
Terveyskeskuslääkäri	179	16,5
Työterveyslääkäri	85	7,8
Muu	43	4,0
Opettaja, tutkija, assistentti	29	2,7
Yksityislääkäri	92	8,5
Toimipaikka (I)		
Yliopistollinen sairaala	258	23,8
Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala	234	21,6
Terveyskeskus	253	23,4
Muu kunnallinen toimipaikka	39	3,6
Yliopisto tai muu tutkimuslaitos	46	4,3
Muu	68	6,3
Yksityinen toimipaikka	184	17,0
Poliittinen orientaatio (ID)		
Vasemmisto	205	19,2
Keskusta	130	12,2
Oikeisto	731	68,6
Erikoistuminen (L)		
Yleislääketiede	131	12,0
Sisätaudit	45	4,1
Kirurgia	44	4,0
Psykiatria	86	7,9
Anestesiologia	48	4,4
Muut erikoisalajat	334	30,6
Ei erikoistunut	404	37,0
Kiinnostuneisuus liiton terveystoimintaan (L)		
Kiinnostunut	571	52,7
Ei kiinnostunut	513	47,3
Aktiivisuus liitossa (L)		
Aktiivinen	62	5,8
Ei aktiivinen	1 004	94,2
Päätoimen mielekkyys (L)		
Mielekäs	967	92,8
Ei mielekäs	75	7,2
Päätoimen ansiotaso (L)		
Riittävä	744	72,1
Riittämätön	288	27,9
Työn itsenäisyys (L)		
Tärkeä	945	93,1
Ei tärkeä	70	6,9

1. Mielekkyy-, ansiotaso- ja työn itsenäisyys -muuttujien osalta havaintomäärät ovat hieman pienemmät, koska niistä on poistettu en osaa sanoa -vastausvaihtoehdot, kun muuttujat luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaisiksi.

Litetaulukko 3. Yksittäistarkastelut: riskisuhteet ja tilastolliset merkisyydet (*p < 0,05, **p < 0,01, *p < 0,001). Vastemuuttujan referenssikategoriana kysymyksissä 1–6: eri mieltä, kysymyksissä 7–8: kannattaa nykyistä järjestämisläsnä. Kysymyksistä 1–6 ei raportoida en osaa sanoa -luokan arvoja**

	Yksityisen lisääminen	Yksityinen tehokkaampi	Tilailaan ja tuottajan erottaminen perus- terveydenhuollossa	Tilailaan ja tuottajan erottaminen erikois- valinnan- vapaus	Lääkärin valinnan- vapaus	Hoitoajan valinnan- vapaus	Uusi perus- terveydenhuollon järjestämisläsnä	Uusi erikois- sairaanhoidon järjestämisläsnä
Sukupuoli (ref. nainen)								
Mies	1,290	1,175	1,469*	1,396*	1,349*	1,382*	1,642***	1,151
Ikä (ref. 50–63-v.)								
Alle 35	1,377	0,950	0,395***	0,259***	0,536**	0,541**	0,419***	0,727
35–49	0,903	0,872	0,496***	0,538***	0,927	0,891	0,732*	1,067
Työnimike (ref. yksityislääkäri)								
Johdotaso	0,228**	0,158***	0,279**	0,483	0,363**	0,361**	1,622	1,049
Osoitollääkäri, erikoislääkäri	0,294***	0,221***	0,261***	0,348**	0,299***	0,351**	0,912	1,333
Erikoistuva lääkäri	0,248***	0,150***	0,170***	0,216***	0,262***	0,213***	0,694	1,002
Terveyskeskuslääkäri	0,175***	0,103***	0,184***	0,198***	0,259***	0,351**	0,567*	0,929
Työterveyslääkäri	0,439*	0,396*	0,263**	0,328*	0,242***	0,366**	1,197	1,013
Muu	0,419	0,318*	0,519	0,616	0,312	0,547	1,295	0,811
Opettaja, tutkija, assistentti	0,208*	0,268*	0,142**	0,194**	0,367*	0,393	0,671	1,307
Toimipaikka (ref. yksityinen)								
Yliopistollinen sairaala	0,376***	0,238***	0,345***	0,449**	0,510**	0,417***	0,902	1,303
Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala	0,248***	0,270***	0,358***	0,383**	0,404***	0,394***	0,995	1,167
Terveyskeskus	0,233***	0,136***	0,320***	0,330***	0,522**	0,555**	0,702	0,944
Muu kunnallinen toimipaikka	0,404*	0,204***	0,189**	0,220**	0,403*	0,406*	0,515	0,992
Yliopisto tai muu tutkimuslaitos	0,371*	0,482	0,524	0,440	0,689	0,522	1,182	1,232
Muu	0,308**	0,714	0,589	0,644	0,701	0,586	0,694	1,410
Politiittinen orientaatio (ref. oikeisto)								
Vasemmisto	0,221***	0,319***	0,400***	0,358***	0,362***	0,420***	0,840	0,832
Keskusta	0,345***	0,402***	0,538*	0,437**	0,597*	0,545**	1,414	1,134
Erikoistumisala (ref. ei erikoistunut)								
Yleislääketiede	0,436***	0,431***	0,993	1,774*	1,541	1,300	2,185***	0,923
Sisätaudit	0,523	0,666	0,674	1,163	1,065	0,974	1,146	1,146
Kirurgia	1,503	1,664	0,956	1,505	4,333**	4,008**	1,369	0,779
Psykiaatria	0,867	1,227	0,951	1,080	1,045	0,668	0,904	1,077
Anestesiologia	0,578	0,861	1,574	2,570*	0,943	0,812	1,123	1,177
Muu	0,970	1,218	1,454	2,273***	1,482*	1,246	1,941***	1,137
Kiinnostuneisuus liiton terveyspolitiikkaan (ref. ei kiinnostunut)	0,797	0,791	1,212	1,230	0,930	1,013	1,235	1,002
Kiinnostunut								
Aktiivisuus liitossa (ref. ei aktiivinen)	0,849	0,988	1,217	1,381	1,516	1,134	1,438	0,658
Päätöksen mielekkäisyys (ref. ei mielekkästä)	0,683	0,841	1,310	1,363	0,822	0,694	1,108	0,698
Päätöksen ansiotasoa (ref. riittämätön)	1,018	1,093	1,202	1,270	1,094	1,175	1,096	0,672**
Riittävä								
Työn itsenäisyys (ref. ei tärkeä)	1,337	1,196	2,691**	3,398***	1,440	1,407	0,887	1,184

Saarinen Arttu. Young physicians and the Finnish welfare state. International Journal of Health Care Quality Assurance 2009; 22 (2): 135–144.



Young physicians and the Finnish welfare state

Young
physicians

Arttu Saarinen

Department of Social Policy, University of Turku, Turku, Finland

135

Abstract

Purpose – This article aims to focus on how young physicians in general and different subpopulations, in particular, see the role of the welfare state. The author seeks to compare young physicians' opinions with those of older physicians, a similar age group in the general population and all physicians.

Design/methodology/approach – A random sample was picked from the Finnish Medical Association register ($n = 1,092$). Data were analysed using descriptive statistics and multinomial logistic regression analysis.

Findings – Results show that young physicians – when compared with an overall population of the same age, with physicians overall, or with older physicians – are more critical of the degree of social security currently offered. Young physicians also want to give more responsibility to the private sector than do older physicians. On the other hand, young physicians are not very critical of healthcare system functionality. All in all, young physicians' opinions about the welfare state are not particularly radical. Results indicate that physicians' opinions about the welfare state will not change dramatically in the near future. Views on social security, healthcare system functionality and the role of the private sector correlate best with political orientation.

Originality/value – There are some studies about physicians' attitudes towards the welfare state, but the opinions of young physicians have not been studied in countries with large social security systems. The paper addresses this gap because it is important to study young physicians' opinions because future services will be structured on them.

Keywords Finland, Doctors, Welfare, Health services, Social responsibility

Paper type Research paper

Introduction

Finland belongs to the group of countries known as Nordic welfare states. One essential part of Finnish social policy has been the implementation of broad social and healthcare services and income transfers maintained by means of strong progressive taxation.

Health care service organization has been divided into 20 hospital districts, which are responsible for specialised health care. It should be noted that the districts are administrative federations of the municipalities. Over 200 municipal health centres are responsible for primary health care. Health care centres are owned by municipalities or joint municipal boards. The average size of the population cluster for which public health services are thus organized and financed is small internationally, even compared to other Nordic countries (Häkkinen, 2005; Häkkinen and Lehto, 2005). One special feature of Finnish health care is the use of services acquired from the private sector with the help of the compulsory national health insurance system. The national health insurance scheme is run by the Social Insurance Institution. Fees for private physicians are reimbursed by the NHI up to 60 per cent of the established basic tariff (Järvelin, 2002).

Received 20 August 2007

Revised 8 January 2008

Accepted 12 March 2008



Generally, the Finnish health care system has developed rather late compared with other Nordic countries. It was only in the 1980s that Finland reached the level of other Nordic countries on total expenditure on health. However, with economic depression of the early 1990s Finland was again set back. In the 2000s, the difference between Finland and other Nordic countries has decreased yet again. However, the expenditures of Finland are still small on average. In this sense, Finland is the cheap version of the Nordic model (OECD, 2006).

Since the 1980s, health care systems in the developed world have faced economic concerns due to various factors, such as the ageing populations (Saltman and Figueras, 1997). The demand for privatisation of the public service sector has been justified in many countries (van de Ven, 1996). In the five Nordic countries, public health service privatisation and reform have been implemented in different stages. Sweden, for example, was a leading reformer when health care system privatisation began in the 1980s (Andersen *et al.*, 2001). Finland, however, lagged some years behind and health care system privatisation began more visibly only in the 1990s.

The most essential reform in Finland was the State Subsidy System act of 1993. In the same year, Finland was faced with the reality of an exceptionally deep economic recession. The reform was significant because it included the decentralization of the central administration control system. In the new system, state subsidies are not even earmarked. The key issue of the reform was that on top of increasing local freedom in service production, it also increased deregulation and improved efficiency (Järvelin, 2002).

The State Subsidy Act was theoretically “a big bang” in the quite socialized health care system. However, the strategic purchaser-provider models are still relatively rarely used in Finland. Instead of implementing new systems, the Finnish markets seem often to merely patch up problems arising in the public production. In general, the private sector has been employed when other alternatives have been exhausted. In other words, old structures are still dominating. Privatisation has been strongest at the level of ideas even though the role of the private sector has become more central during the ten last years within public health service (see statistics Finnish Medical Association, 2006; Stakes, 2007).

The present welfare state system’s legitimacy has been examined with the help of opinion studies. These studies have usually focused on the citizens’ level. Forma (2006) observed that the present system has been strongly supported by citizens. There are many studies about attitudes towards the welfare state, but the opinions of specific occupational groups such as physicians have been seldom studied. Saarinen (2007a) was one of the few articles we found. We can argue that opinions are considered part of the physician’s professional identity, which can be considered a result of learning (Freidson, 1970). Along with educational institutions and colleagues, the Finnish Medical Association plays an important agent in the process of becoming a doctor. For example, the Association has many ideas about restructuring the Finnish public sector. Although physicians seem to be a relatively homogeneous group in many ways, we can also assume that there is some internal differentiation in welfare state opinions because individuals have different interests and ideologies.

The most important players behind welfare-state opinions are interests and ideology. Opinions towards social security reflect individuals’ self-interests and

ideologies (Gevers *et al.*, 2000; Jæger, 2006). Political orientation has been used as an indicator of ideology. Measurements of self-interests have usually been grouped by age, gender or employment sector (Forma, 1999; Jæger, 2006). Earlier study tells that compared to other citizen-level groups, physicians believe that the level of social security is too high (Saarinen, 2007a). Physicians are also quite critical towards the functionality of the public health care system (Saarinen, 2007b). Compared to the citizen-level physicians are quite critical about giving the private sector a bigger role (Saarinen, 2007c). This article, therefore, focuses on how young physicians in general and different subpopulations of them in particular see the role of the welfare state.

In earlier population-level opinion studies, we notice that those employed in the public sector have more positive attitudes towards social security (Jæger, 2006; Hoel and Knutsen, 1989). According to an earlier study, people with high socio-economic status are most critical of the public sector (Forma, 2006; Svallfors, 2004). Self-interests had an effect on attitudes and high-income people strongly identified with system financiers (Sihvo, 1997). Earlier opinion studies about the welfare state can be used to create a theoretical framework for examining young physicians' opinions. However, when we study physicians' opinions, some specific indicators are also needed.

Age has been an important variable in population-based opinion studies (e.g. Jæger, 2006). Different generations have grown up in different welfare systems. Those physicians born after the Second World War have seen the post-war "hard times" but also the rise of the welfare system. Those born after 1970 are the children of the welfare state but they, too, have seen a time when the welfare system was under pressure and exposed to market-style reforms. Different generations of physicians have worked in different systems and we can assume that this affects how they see the present welfare state.

Physicians have much professional power and know-how about social security through their work experience. It is important to study young physicians' opinions because future system will be structured on them. Our main question is, therefore, do young physicians feel that the present system does not work well and that it is time for a change?

Materials and methods

The empirical analysis in our study is based on a larger postal survey. The whole questionnaire included questions dealing with social security, health policy and health care system. Data were collected in cooperation with the Finnish Medical Association at the beginning of 2007. A random sample was picked from the Finnish Medical Association register. A total of 2,000 practising physicians residing in Finland were chosen. Completed forms were returned by 1,092 respondents, a response rate of 55 per cent. This can be considered reasonable compared with other postal surveys (Cummings *et al.*, 2001; Midttun, 2007; Whyne and Baines, 2002). The sample and the data were presented elsewhere in a more detailed version (Saarinen, 2007d). Here we compare young physicians' opinions with those of older physicians, a similar age group in the general population, and all physicians. The comparison data for the population overall is from the HYPA (*Hyvinvointi- ja palvelut* in Finnish) survey and were collected in 2006 by the National Research and Development Centre for Welfare and Health (see Forma and Saarinen, 2008).

The age variable is originally asked as in an open question and it is recoded for this article. Table I presents the statistical structure of young and old physicians. The mean age for Finnish male physicians is 48, and the mean age for female physicians is 44. The proportion of female doctors is rising; for example, in 1996 46 per cent of all practicing physicians were women, while in 2006 it was 54 per cent. The majority of new students are female. (Finnish Medical Association, 2006.) From Table I we can see that 17.9 per cent ($n = 196$) of physicians in this sample are 35 years old or younger, and most of them are female. Young physicians work more often in the public sector than older physicians or all physicians. They also seldom place themselves in the political centre. Young physicians are quite satisfied with their work but less satisfied with their salary than older physicians or all physicians on average. Young physicians are not as interested in the Medical Association's health policy as older physicians.

Statistical analysis

Data were analysed using descriptive statistics and multinomial logistic regression analysis. Multinomial logistic regression analysis is suited to this analysis method because the dependent variables are not normally distributed. Actually, the only default in multinomial regression analysis is that the explaining variables cannot be collinear (Tabachnick and Fidell, 2001). The odds ratios, statistical significances, 95 per cent confidence intervals and the explanation degrees (Nagelkerke) of regression models are reported. Statistical significance was determined in this article as $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$, $p < 0.001^{***}$. The statistical analysis was performed using the SPSS for Windows v.14 software package.

	Young physicians (35 and younger)	Old physicians (55 and older)	All physicians in the sample
<i>Gender</i>			
Male	34.7 (68)	63.7 (165)	43.3 (471)
Female	65.3 (128)	36.3 (94)	56.7 (616)
<i>Employment sector</i>			
Public	85.3 (162)	67.6 (173)	76.2 (821)
Private	14.7 (28)	32.4 (83)	23.8 (256)
<i>Political orientation</i>			
Left	20.1 (39)	17.6 (45)	19.2 (205)
Centre	8.8 (17)	14.9 (38)	12.2 (130)
Right	71.1 (138)	67.5 (172)	68.6 (731)
<i>Satisfaction to work</i>			
Satisfied	92.5 (172)	95.2 (237)	92.8 (967)
Non-satisfied	7.5 (14)	4.8 (12)	7.2 (75)
<i>Satisfaction to salary</i>			
Satisfied	68.3 (127)	75.4 (187)	72.1 (744)
Non-satisfied	31.7 (59)	24.6 (61)	27.9 (288)
<i>Interest towards Medical Association's health policy</i>			
Yes	51.5 (101)	56.2 (145)	52.7 (571)
No	48.5 (95)	43.8 (113)	47.3 (513)

Table I.
Young physicians, old
physicians and all
physicians in the sample

Independent variables

Background variables were chosen for the multinomial logistic regression with the help of an earlier physician study (Saarinen, 2007a,b,c) and also by an earlier population-based welfare-opinion study (e.g. Forma, 2006; Jæger, 2006). Independent variables were divided into three parts:

- (1) interests (gender and employment sector);
- (2) ideologies (political orientation); and
- (3) physician-specific (satisfaction with salary, satisfaction with work and interest in the Medical Association's health policy).

All independent variables except political ideology are dichotomous. Employment sector, satisfaction with salary and satisfaction with work are classified by respondents' main place of employment.

The gender variable is used as originally asked. The employment sector was originally asked in a three-point scale: state, municipality, private. In this article, we used a scale: public or private. Political orientation was originally asked by a scale 0-10 where 0 is "left" and 10 is "right". For this article we recode variable on a three-point scale: 0-4 (political left), 5 (political centre) and 6-10 (political right). Variables "satisfaction with salary" and "satisfaction with work" were originally asked on a five-point scale (satisfied to work/salary: completely agree, partly agree, cannot say, partly disagree, completely disagree). For this article we dichotomized the variable. There were few "cannot say" answer and those were deleted. Variable called "interest in the Medical Association's health policy" was originally asked by a scale 0-10 where 0 is "not any interests" and 10 "much interests". We dichotomized the variable by using the mean value 6.19 as a cut point.

Dependent variables

In the article we will use a general question concerning the present level of social security. After this, physicians' opinions concerning the universal health care system's functionality and how much they want to enlarge the private sector will be examined. Doctors' opinions are compared with young citizen-level groups, older physicians and the physician population overall. Opinions will also be analysed against background variables. Originally, questions about social security level and private sector role were presented on a five-point scale. For the multinomial regression model, both variables were classified on a three-point scale. Odds ratios for "cannot say" answers are not reported in the multinomial regression models. The health care system functionality question was originally on a four-point scale. For the regression model, however, this question was divided into a two-point scale. It is technically possible to do multinomial logistic regression analysis for the two-point scale variable.

Results

Table II presents descriptive statistics that compare young physicians with older physicians, the mean of all physicians and the young population. Compared to all other groups, young physicians are more likely to think that the level of social security is too high. There is a large gap between young physicians and young population in general.

Table III presents descriptive statistics about the present health care system functionality. Young physicians are more likely to think that the present health care

system works well. On the other hand, young physicians also think that the system needs minor changes.

Next, we clarify how young physicians see the role of the private sector compared to other groups (Table IV). The differences are quite small when we look at the role of the private sector. The young population is more likely to think that private health care should play a larger role. Actually, on average, compared with other groups, physicians overall generally feel that the private sector does not need to play a larger role. Also, older physicians are quite critical about giving the private sector a bigger role.

Next we clarify the differences between the background variables. Young physicians' opinions have been compared to older physicians using the regression model. In Table V, the first result is that young male physicians are most likely to think that social security is too high. An interesting result is that those young physicians working in the private sector are less likely to think that social security is excessive compared to physicians working in the public sector. Conversely, those in the public sector seldom think that the health care system should be restructured or that the role

Table II.
Opinions regarding the level of social security

	Much too high	Too high	Suitable	Too low	Much too low	Total
Young physicians	3.6	35.6	49.0	10.8	1.0	100 (194)
Old physicians	4.2	32.8	43.6	16.6	2.7	100 (259)
All physicians	3.7	33.9	48.3	13.0	1.1	100 (1,085)
Young population	1.1	6.7	49.4	36.9	5.9	100 (710)

Source: Population comparison from HYP A 2006 survey

Table III.
Health care system functionality

	Health care system works well	Health care system needs only little changes	Health care system needs big changes	The whole health care system must be restructured	Total
Young physicians	3.1	52.0	42.9	2.0	100 (196)
Old physicians	9.3	45.9	41.6	3.1	100 (257)
All physicians	6.6	48.1	42.3	3.0	100 (1,083)

Source: Population comparison not available from HYP A 2006 survey

Table IV.
The role of the private sector in health care

	Completely agree	Partly agree	Cannot say	Partly disagree	Completely disagree	Total
Young physicians	15.4	36.9	18.5	23.1	6.2	100 (195)
Old physicians	16.2	32.8	18.9	26.3	5.8	100 (259)
All physicians	16.5	31.5	19.4	27.3	5.3	100 (1,090)
Young population	15.9	39.4	17.9	20.4	6.4	100 (724)

Source: Population comparison from HYP A 2006 survey

	The level of social security is too high		The health care system needs big changes		The role of the private health care must be bigger	
	Young physicians	Old physicians	Young physicians	Old physicians	Young physicians	Old physicians
<i>Gender</i> (ref. Female)						
Male	2.26 (0.77-6.61)	0.53 (0.23-1.21)	1.02 (0.52-1.99)	0.57* (0.32-1.00)	1.17 (0.53-2.56)	0.81 (0.43-1.55)
<i>Employment sector</i> (ref. private)						
Public	1.62 (0.38-6.95)	1.13 (0.48-2.66)	0.26** (0.10-0.69)	0.36** (0.19-0.65)	0.25* (0.70-0.91)	0.35** (0.17-0.71)
<i>Satisfaction to work</i> (ref. non-satisfied)						
Satisfied	0.69 (0.12-3.94)	0.34 (0.05-2.33)	0.20* (0.05-0.79)	0.79 (0.21-2.90)	0.56 (0.13-2.50)	1.05 (0.27-4.05)
<i>Satisfaction to salary</i> (ref. non-satisfied)						
Satisfied	0.96 (0.29-3.18)	1.06 (0.41-2.76)	0.57 (0.28-1.17)	0.34** (0.17-0.67)	0.74 (0.32-1.72)	1.17 (0.55-2.49)
<i>Political orientation</i> (ref. right)						
Left	0.10** (0.26-0.39)	0.04*** (0.01-0.14)	1.43 (0.65-3.14)	0.92 (0.44-1.95)	0.21*** (0.09-0.50)	0.21*** (0.00-0.49)
Centre	0.22 (0.37-1.34)	0.56 (0.21-1.54)	0.71 (0.21-2.41)	1.23 (0.58-2.64)	0.20* (0.50-0.80)	0.43* (0.19-0.96)
<i>Interest towards Medical Association's health policy</i> (ref. no)						
Yes	0.92 (0.33-2.55)	1.36 (0.62-2.94)	0.92 (0.48-1.74)	0.89 (0.51-1.53)	1.00 (0.48-2.12)	0.94 (0.51-1.75)
<i>N</i>	176	237	177	236	177	237
Explanation degrees for model (Nagelkerke R^2)	21.0%	16.9%	11.3%	12.6%	18.7%	16.9%

Notes: Level of statistical significance: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; References for the dependent variable: Social security is too low; the health care system works well; the role of the private sector must be smaller; Odds ratios and 95 per cent confidence intervals in the parentheses. Odds ratios for "cannot say" answers are not reported

Table V.
Multinomial logistic regression

of the private sector should be larger than it is now. Generally, differences between young physicians' opinions are quite small. The best explanation for this is political orientation; young physicians with left wing and centre political orientations seldom think that the level of social security is too high. The same is true if we look at the physician population overall (Saarinen, 2007a). The left wing or centre physicians are less likely to want to give the private sector a bigger role in healthcare services. Left-wing physicians, however, are more likely to want to restructure the health care system. If young physicians are compared to a model that includes older physicians, the first and the most important observation is that young male physicians more often think that social security is excessive than older physicians do. Older female physicians are more likely than older male physicians to think that the level of social security is excessive, that the healthcare system needs changes and that the role of the private sector should be larger. Young male physicians also think more often than older male physicians that the healthcare system needs major changes and that the role of the private sector in healthcare must be expanded. Also, young physicians who are politically left-oriented are more often in favour of restructuring the healthcare system than older left-oriented physicians.

Conclusions

Our results indicate that young physicians – when compared with an overall population of the same age, with physicians overall, or with older physicians – are quite critical of the degree of social security currently offered. Young physicians also want to give more responsibility to the private sector than do older physicians. In particular, young male physicians' opinions are quite different comparing to older male physicians' opinions. This indicates that a shift in physicians' opinions has taken place. Also, it seems that older female physicians are more critical of the present welfare state than older male physicians are. On the other hand, young physicians are not very critical of the healthcare system's functionality. Generally, young physicians' opinions about the welfare state are not particularly radical. Even though they think that social security is excessive, at the same time they are quite satisfied with the present healthcare system and are not as much in favour of expanding the private sector as the overall population of the same age. Results indicate that physicians' opinions about the welfare state will not change dramatically in the near future.

The differences between background variables are small. An interesting result is that young physicians working in the private sector seldom think that social security is excessive, but at the same time they want to give more responsibility to the private sector and to restructure the healthcare system. In summary, we can argue that private sector physicians want more healthcare marketisation in the Finnish welfare state compared with physicians who work in the public sector. Views on social security, healthcare system functionality and the private sector's role, correlate best with political orientation. An earlier study among a representative physician sample came to the same conclusion (Saarinen, 2007a,b,c). This result is also an established fact in the population-based studies. Young physicians on the political right think that the present level of social security is excessive and they also think that the role of the private health care sector should be larger. Conversely, they are less likely than left-wing physicians to favour large changes in the public health care system.

References

- Andersen, R.A., Smedby, B. and Vågerö, D. (2001), "Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas", *Social Science & Medicine*, Vol. 52 No. 8, pp. 1195-204.
- Cummings, S.M., Savitz, L.A. and Konrad, T.R. (2001), "Reported response rates to mailed physician questionnaires", *Health Services Research*, Vol. 35 No. 6, pp. 1347-55.
- Finnish Medical Association (2006), *Lääkärikysely 2006, tilastoja (Physician Survey 2006, Statistics)*, Finnish Medical Association (in Finnish).
- Forma, P. (1999), *Interests, Institutions and the Welfare State. Studies on Public Opinion towards the Welfare State*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
- Forma, P. (2006), "Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina – Suomalaisten sosiaalipoliittikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004" ("In good and bad times – opinions towards social policy in the Finland year 2004"), in Kautto, M. (Ed.), *Suomalaisten hyvinvointi 2006 (Welfare in Finland 2006)*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, pp. 160-84 (in Finnish).
- Forma, P. and Saarinen, A. (2008), "Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006" ("Population level opinions towards social security in year 2006"), in Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. and Heikkilä, M. (Eds), *Suomalaisten hyvinvointi 2008 (Welfare in Finland 2008)*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, pp. 162-77 (in Finnish).
- Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Harper and Row, New York, NY.
- Gevers, J., Gelissen, J.A.W. and Muffels, R. (2000), "Public health care in the balance: exploring popular support for health care systems in the European Union", *International Journal of Social Welfare*, Vol. 9 No. 4, pp. 301-21.
- Häkkinen, U. (2005), "The impact of changes in Finland health care system", *Health Economics*, Vol. 14 Nos 1/SPI, pp. 101-18.
- Häkkinen, U. and Lehto, J. (2005), "Reform, change, and continuity in Finnish health care", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30 Nos 1-2, pp. 79-96.
- Hoel, M. and Knutsen, O. (1989), "Social class, gender and sector employment as political cleavages in Scandinavia", *Acta Sociologica*, Vol. 32 No. 2, pp. 181-201.
- Jæger, M. (2006), "What makes people support public responsibility for welfare provision: self-interest or political ideology? A longitudinal approach", *Acta Sociologica*, Vol. 49 No. 3, pp. 321-38.
- Järvelin, J. (2002), "Health care systems in transition – Finland", *European Observatory on Health Care Systems*, Vol. 4 No. 1, pp. 1-92.
- Midttun, L. (2007), "Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists", *Social Science & Medicine*, Vol. 64 No. 6, pp. 1265-77.
- OECD (2006), Health data, available at: www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html (accessed 29 October 2006).
- Saarinen, A. (2007a), "Physicians' opinions towards the social security", article manuscript, submitted.
- Saarinen, A. (2007b), "Lääkäreiden näkemykset terveydenhuoltojärjestelmästä. Hoitotakuujärjestelmä on tuonut riittävästi resursseja harvojen lääkäreiden mielestä" ("Physicians' opinions about the Finnish health care system"), *Finnish Medical Journal*, Vol. 62 No. 47, pp. 4441-5 (in Finnish).

- Saarinen, A. (2007c), "Lääkäreiden näkemykset terveydenhuollon markkinoistumiseen" ("Physicians' opinions on the marketization of health care"), *Yhteiskuntapolitiikka*, Vol. 72 No. 6, pp. 599-612 (in Finnish).
- Saarinen, A. (2007d), *Raportti suomalaisten lääkäreiden terveystaloudellisia mielipiteitä kartoittavan kyselyaineiston keruusta ja teknisistä seikoista (Description of the Finnish Physicians' Survey-data)*, Department of Social Policy, University of Turku, Turku (in Finnish).
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, World Health Organization, Spain.
- Sihvo, T. (1997), "Hyvinvointivaltiota koskevien asenteiden taloudelliset ja kulttuuriset selittäjät" ("Economic and cultural determinants of the Welfare state opinions"), *Sosiologia*, Vol. 34 No. 3, pp. 139-46 (in Finnish).
- STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health) (2007), *Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004 (Private Service Provision in Social and Health Care 2004)*.
- Svallfors, S. (2004), "Class, attitudes and the welfare state: Sweden in comparative perspective", *Social Policy & Administration*, Vol. 38 No. 2, pp. 119-38.
- Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2001), *Using Multivariate Statistics*, Allyn & Bacon, Boston, MA.
- van de Ven, W.P.M.M. (1996), "Market-oriented health care reforms: trends and future options", *Social Science & Medicine*, Vol. 43 No. 5, pp. 655-66.
- Whynes, D.K. and Baines, D.L. (2002), "Primary care physicians' attitudes to health care reform in England", *Health Policy*, Vol. 60 No. 1, pp. 111-32.

Corresponding author

Arttu Saarinen can be contacted at: aosaar@utu.fi

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 113 Suoyrjö H.** Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. 2010. ISBN 978-951-669-845-1 (nid.), ISBN 978-951-669-846-8 (pdf)
- 112 Hinkka K, Karppi S-L, toim.** IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. 2010. ISBN 978-951-669-842-0 (nid.), ISBN 978-951-669-843-7 (pdf).
- 111 Grönlund R.** Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. 2010. ISBN 978-951-669-832-1 (nid.), 978-951-669-833-8 (pdf).
- 110 Saarikallio-Torp M, Wiers-Jenssen J, eds.** Nordic students abroad. Student mobility patterns, student support systems and labour market outcomes. 2010. ISBN 978-951-669-834-5 (print), 978-951-669-835-2 (pdf).
- 109 Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A.** Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. 2010. ISBN 978-951-669-829-1 (nid.), 978-951-669-830-7 (pdf).
- 108 Kallio J.** Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. 2010. ISBN 978-951-669-821-5 (nid.), 978-951-669-822-2 (pdf).
- 107 Haavio-Mannila E, Majamaa K, Tanskanen A, Hämäläinen A, Karisto A, Rotkirch A, Roos JP.** Sukupolvien ketju. Suuret ikäluokat ja sukupolvien välinen vuorovaikutus. 2009. ISBN 978-951-669-818-5 (nid.), 978-951-669-819-2 (pdf).
- 106 Heinonen H-M.** Byrokraatti vai asiakaspalvelija? Kelan virkailijan toimintatavat ja roolit Yhteyskeskuksessa palvelukulttuurin muutosten keskellä. 2009. ISBN 978-951-669-816-1 (nid.), ISBN 978-951-669-817-8 (pdf).
- 105 Lind J, Aaltonen T, Autti-Rämö I, Halonen J-P.** Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2003–2006. 2009. ISBN 978-951-669-813-0 (nid.), ISBN 978-951-669-814-7 (pdf).
- 104 Niemelä H, Salminen K.** Kansallisten eläkestrategioiden muotoutuminen ja Euroopan unionin avoin koordinaatiomenetelmä. 2009. ISBN 978-951-669-811-6 (nid.), 978-951-669-812-3 (pdf).