

Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa

Katsoin muutama viikko sitten dokumentin hiihtäjälegenda Marja-Liisa Kirvesniemestä. Kirvesniemi on itse ollut koko elämänsä tekemisissä terveyden kanssa ensin huippu-urhelijana, sitten kuntohoitajana. Kirvesniemi on myös avoimesti kertonut julkisuudessa terveytensä pettämisestä sairastuttuaan vakavaan masennukseen. Dokumentti päättyy Kirvesniemen lauseisiin: ”Mikä täällä maailmassa on tärkeämpää kuin ihmisen terveys. Sen tärkeämpää asiaa ei ole, raha tulee hirvittävän pitkällä perässä”.

Yksilön terveyteen vaikuttaa omien elintapojen lisäksi perimä sekä ulkoiset olosuhteet. Ulkoisiin olosuhteisiin vaikutetaan terveyspolitiikalla. Laajasti ottaen terveyspolitiikka on yhteiskunnan pyrkimystä vaikuttaa väestönsä terveyteen (ks. terveyspolitiikan termistä esim. Harjula 2006). Terveyspolitiikkaa on esimerkiksi yleinen elinolosuhteisiin vaikuttaminen, mutta erityisesti terveydenhuoltojärjestelmään liitoksissa olevat asiat (esim. Purola 1986, STM 2001). Uimahallien saunojen vanhojen viisaiden miesten keskustelua seurattaessa terveydenhuoltojärjestelmä tuntuu olevan aina kriisissä. Usein samaa rummuttaa myös media. Rahaa on näiden näkemysten mukaan aina liian vähän, jonot liian pitkiä ja niin edelleen. Viime syksynä TNS-gallupin tekemään kyselyn mukaan heti työttömyyden jälkeen terveydenhuolto oli suomalaisten suurin huolenaihe. Taakse jäivät esimerkiksi

rikollisuus, sosiaalipalvelut, ilmastomuutos, maahanmuuttoasiat tai talouskasvu (STTK 2010). Toisaalta kansainvälisten vertailujen mukaan suomalaiset ovat 2000-luvulla olleet keskimääräistä eurooppalaista tyytyväisempiä terveydenhuoltoonsa kokonaisuutena (Blendon ym. 2001). Voidaan todeta, että Suomessa on teknologialtaan, hoitokäytännöiltään ja henkilökunnaltaan vähintäänkin hyvin toimiva erikoissairaanhoido. Työterveyshuolto toimii hyvin, mutta terveyskeskuksissa on selkeitä alueellisia ongelmia erityisesti työvoimapulan vuoksi. Itse asiassa kansalaisille tehdyn kyselyn mukaan mihinkään muuhun julkisen sektorin osajärjestelmään ei haluta laittaa niin paljon lisää resursseja perusterveydenhuoltoon (Fredriksson ja Martikainen 2008). Jos järjestelmän perusta ei toimi voidaan kysyä toimiiko terveydenhuolto ylipäättään tehokkaasti? Vai onko sittenkin niin, että perusterveydenhuoltokin toimii lopulta kohtalaisen hyvin, mutta osasta kansalaisista tai mediasta on vain tullut liian vaativia.

Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana terveydenhuollon asema yhteiskunnassa on muuttunut edelleen radikaalisti. Puhutaan siitä kuinka yhteiskunta on läpilääketieteellistynyt (ks. lisää esim. Ryyänen ym. 2006). Eräs Suomen eduskunnassa istuvista puolueista mainitsee medikaalisaation jopa yhdeksi terveydenhuollon suuremmista uhkista (Vihreä liitto 2010). Erilaiset elintasosairaudet ovat nousseet niin sanotuiksi kansansairauksiksi. Taustalla on medikalisaation lisäksi useita tekijöitä kuten elämänrytmin muuttuminen yhä kiireisemmäksi ja sen myötä syntyneet lieveilmiöt kuten arkiliikunnan vähentyminen. Uudet sairaudet ovat osin korvanneet vanhat ja tuntuu kuin ikiliikkuja ei koskaan pysähtyisi. Kuten suomalaisten liikuntasuhteen muut-

tumista väitöskirjassaan käsitellyt Tuomas Zacheus (2008) on tuonut esille ”Kun aiemmin suurin osa sairauksista johtui liian huonoista oloista, alkoi suurin osa sairauksista johtua liian hyvistä oloista.”

Suomalainen terveydenhuolto kehittyi voimakkaimmin nykyisen kaltaiseen muotoonsa 1960 ja 1970-lukujen aikana (esim. Harjula 2006, Martikainen ja Uusikylä 1997). Toki jo tätä ennen oli tehty merkittäviä uudistuksia julkisen sairaalahoidon osalta sekä perustettu esimerkiksi maksuton neuvolajärjestelmä vuonna 1944. Tämä ei kuitenkaan riittänyt. Terveydenhuollon tuli 1960 ja 1970-luvuilla vastata voimakkaaseen yhteiskunnan modernisaatioon sekä toisaalta jatkuvaan pulaan terveyspalveluiden saatavuudesta maaseudulla. Syrjäseuduilla oli usein saatavilla kättilön tai terveysisaren palveluita, mutta lääkärihoidon saatavuus oli huomattavasti heikompi (esim. Kauttu ja Kosonen 1985, 152).

Suomessa hegemoniseksi ajatelluksi nousi näin vähitellen muita Pohjoismaita osin seuraten ja osin samaan aikaan kehittäen, että terveydenhuolto tulee rahoittaa ja tuottaa julkisesti. Terveydenhuollon kehitys ja ylipäättään yleinen modernisaatio muutti myös huomattavasti lääkäreiden asemaa niin yhteiskunnassa kuin terveydenhuollon työntekijöinäkin. Suomalaiset lääkärit ovat toki työskennelleet jo pitkään usein julkisen sektorin työntekijöinä erityisesti sairaaloissa. Perusterveydenhuollon lääkäreiden autonomiaan puuttumisen kannalta ensimmäinen merkittävä muutos oli vuonna 1943 voimaan tullut laki yleisestä lääkärinhoidosta. Se muutti kunnanlääkäriä asemaa virkamiesmäisemmäksi, mutta vapaan profession piirteet säilyivät edelleen. Toinen merkittävä muutos oli sairausvakuutuslain synty vuonna 1964. Laki oli merkittävä, koska

sen myötä julkinen sektori pystyi välillisesti säätämään hintoja korvaustaksojen säätelyn kautta. Kolmas merkittävä uudistus tuli vuoden 1972 kansanterveyslain myötä, kun lääkäristä tuli tarkoin säädelty virkamies perusterveydenhuollossa. Tavoitteena oli perusterveydenhuollon tarjonnan laajentaminen ja siksi myös koulutusmääriä lisättiin voimakkaasti. Samalla lääkäriprofessio keskiluokkaistui yhä selvemmin eli sen aiemmin jopa hieman elitistinen asema kuntayhteisössä muuttui. (Saarinen 2008.)

Terveydenhuollon järjestäminen on ensisijaisesti demokraattista terveyspolitiikkaa. Tällöin päätöksiä tehtäessä kuullaan virkamiesten ja poliitikkojen lisäksi myös käytännön työn tekijöitä (ks. Saarni ja Vuorenkoski 2003). Yhtenä syynä on jo pelkästään se, että mikäli työntekijät kokevat työskentelevänsä järjestelmässä joka ei toimi, ei työhyvinvointi ja sitä kautta työteho voi olla kovin korkealla tasolla. Väitöskirjatutkimuksessani tarkastelen terveydenhuollon johtavan ammattiryhmän lääkäreiden ja heidän edustajansa Suomen Lääkäriliiton suhdetta hyvinvointivaltiota ja erityisesti sen terveydenhuollon palvelujärjestelmää kohtaan.

Terveyspolitiikassa eri ryhmät ajavat omiensa etuja. Poliitiikka kun on kärjistetysti toimimista oman asian puolesta muita vastaan. Kuten hyvinvointipolitiikassa ei myöskään terveyspolitiikassa ole olemassa absoluuttista totuutta siitä mikä on paras tai tehokkain järjestelmä. Kauneus on tässäkin asiassa niin sanotusti aina katsojan silmissä. Keskusteltaessa terveydenhuollosta on mielipiteiden taustalla usein poliittiset kannat. Poliittisten kantojen takana on intressejä (esim. Forma 1999). Esimerkiksi markkinoistumisen yhden osan eli yksityisten terveyspalveluiden lisäämisen osalta ei voida sanoa varmaksi saadaanko aikaan tehokkuutta. Myös käsitteet tehokkuus ja markkinoistuminen voidaan määritellä useasta näkökulmasta. Esimerkiksi terveyseroja tasaava terveydenhuolto on toisil-

läinen merkki tehokkaasta järjestelmästä. Toisille tehokkaan järjestelmän yksi tunnuspiirre on riittävät valinnanmahdollisuudet, jonka kautta saadaan lisää kilpailua palveluntuottajien välillä.

Terveyspolitiikkaa tehdään julkisessa keskustelussa, jolloin intressiryhmät esittävät keskusteluun omia kantoja perusteluineen. Keskustelu on retorista kamppailua, jossa omat intressit pyritään pesemään tai häivyttämään pois (esim. Goodin 1986). Esimerkiksi Amerikan Lääkäriliiton johtoportaanasta on vielä 2000-luvullakin esitetty jatkuvasti uhkakuvia kuinka terveydenhuollon ”sosialisointi” johtaa koko yhteiskunnan sosialisointiin (Quadagno 2004). Meillä retorikkaa on hieman toisenlaista kun esimerkiksi selvästi lääkärin palkanmuodostukseen liittyvien teemojen yhteydessä vedotaan potilaiden tasa-arvoon. On kuitenkin lähtökohtaisesti absurdi tilanne, jos ammattijärjestö ajaa ensisijaisesti muiden etua ennen omaansa. Ammattijärjestö kun on nimenomaan perustettu jäsentensä etujen ajamista varten. Toki omien etujen ajaminen voi johtaa myös esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden parantumiseen. (Saarinen 2010.)

Yksittäisen lääkärin kohdalla on selvää, että potilaan paras saattaa mennä oman edun edelle. Lääkäri ei voi olla ensisijaisesti lojaali järjestelmää vaan potilasta kohtaan. Potilaan edun ajatteleminen näkyi esimerkiksi kunnanlääkäriaikoina sillä tavoin kun lääkäri laskutti usein vähemmän tai ei lainkaan potilaalta jonka tiesi vähävaraiseksi. Nykyisessä järjestelmässä osin samantyyppinen ratkaisu on kun lääkäri laskuttaa vähemmän potilaalta, jolla ei ole yksityistä sairauskuluvaikutusta. Lääkärin altruistiset taipumukset tulevat esille esimerkiksi aiemmista kyselytutkimuksista. Tutkimusten mukaan selvästi tärkein merkitys lääkärille työssään on mahdollisuus auttaa muita ihmisiä (esim. Janus 2007). Ylipäätään aiemman tutkimuksen perusteella voidaan vetää johtopäätös, että ta-

loudelliset seikat eivät vaikuta olevan ensisijaisen tärkeitä tekijöitä lääkärin työn motivaatiotekijöiden kannalta.

Kansainvälisissä hyvinvointivaltioiden regiimivertailuissa terveydenhuoltoon kiinnitetään vähän huomiota siihen nähden, että se on kustannuksin ja käyttäjämäärin suurin sektori ja koulutuksen kanssa usein ainoa puhtaasti universaali sosiaaliturvan osajärjestelmä (ks. kuitenkin Bamba 2005). Terveyspolitiikka tutkitaan myös Suomessa vähän, vaikka taas terveystieteellistä tutkimusta tehdään paljon. Erityisesti empiiriseen aineistoon perustuva tutkimusta lääkäreiden suhteesta julkiseen sektoriin on olemassa hyvin vähän. Aiemmassa kotimaisessa ja erityisesti ulkomaisessa tutkimuksessa on esitetty arvioita lääkäriprofessioiden tarkoituspelistä. Merkittävin pyrkimys lääkäriprofession edunvalvonnassa on ylläpitää mahdollisimman suurta autonomiaa suhteessa valtioon (esim. Wolinsky 1993). Autonomian maksimoiminen ei sinällään tietenkään ole millään tavoin juuri lääkäriprofession ominaispiirre. Yhtä lailla myös muut professiot pyrkivät samaan. Esimerkiksi yliopistouudistuksen yhteydessä työntekijät kuten professorit ovat kritisoineet sitä kuinka akateemista vapautta eli autonomiaa heikennetään. Yhtenä uhkana on pidetty myös erityisesti yhteiskuntatieteellisen ja humanistisen tutkimuksen kannalta, että tutkimuksen rahoituksesta yhä suurempi osa tulee markkinatoimijoilta.

Kuten muukin yhteiskunta myös Suomen terveydenhuolto on muuttunut 1990-luvun alusta lähtien sillä tavoin, että markkinoille on pyritty tarjoamaan tuotannossa suurempi rooli. Palveluita ei ole kuitenkaan yksityistetty vaan valtaosa terveydenhuollosta rahoitetaan edelleen julkisesti. Väitöskirjan tulosten mukaan Suomen Lääkäriliitto ei halua markkinoistaa rahoitusta eli siirtä pois verorahoituksesta. Kuitenkin palveluita halutaan markkinoistaa eli verorahoitteisia

palveluita siirtää yksityisen sektorin tuottamiksi. Ehkä yhtenä syynä markkinoistumisen lisäämishalukkuudelle on, että näin uskotaan saavutettavan nykyistä parempi autonomia työajoina ja taloudellisissa kysymyksissä. Esimerkiksi ammatinharjoittajat ja vuokralääkäriyrityksen palveluksessa toimivat kun pystyvät keskimäärin vapaammin säätelemään työaikojaan ja sitä kautta vaikuttamaan tulonmuodotukseen kuin julkisella sektorilla työskentelevät.

Tutkimukseni mukaan Suomen Lääkäriliiton kannanottoja tarkasteltaessa halukkuus markkinoistaa terveydenhuoltoa on voimakas, mutta näin ei ole itse lääkäreiden mielipiteiden keskiarvoja tarkasteltaessa. Suhtautuminen markkinoistumiseen on jopa hieman väestötasoa sekä muita korkeakoulutettuja ja korkeatuloisia kriittisempää. Kriittisyyttä markkinoiden mahdollisuuksia kohtaan on erityisesti siellä missä on ulkoistettu eniten eli perusterveydenhuollon lääkäreiden keskuudessa. Havainnot markkinoistumiseen liittyen ovat mielenkiintoisia, koska lääkärit tuntevat sekä julkisen että yksityisen sektorin toimintatavat ja ominaisuudet erittäin hyvin. Merkittävä osa julkisella sektorilla työskentelevistä lääkäreistä tekee yksityispraktiikkaa sivutoimisesti.

Suomalaiset lääkärit ovat siis sitoutuneet vahvasti julkiseen järjestelmään. Yhtenä syynä on juuri, että Suomessa lääkärit ovat voineet julkisen viranhoidon lisäksi toimia sivutoimisina yksityislääkäreinä. Julkisen sairausvakuutusjärjestelmän subventio on taannut asiakkaiden riittävyden myös yksityisellä sektorilla. Jos lääkärit toimoisivat vain yksityislääkäreinä, olisivat myös heidän ottamansa taloudelliset riskit suurempia.

Sosiologian alaan kuuluva väitöskirja ”Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveystaloutta” tarkastettiin Turun yliopistossa 17.12.2010

KIRJALLISUUS

- Bambra C. Cash versus services: worlds of welfare and the decommodification of cash benefits and health care services. *Journal of Social Policy* 2005;34:195–213.
- Blendon RJ, Kim M, Benson JM. 2001. The Public versus The World Health Organization On health system performance. *Health Affairs* 2001;20:10–20.
- Forma P. Interests, Institutions and the welfare state. *Studies on public opinion towards the welfare state. Research report 102, Stakes, Helsinki 1999.*
- Fredriksson S, Martikainen, T. Julkista vai yksityistä – kuntalaisten palveluita koskevat valinnat. Kunnallisanalyyttinen tutkimus, Helsinki 2008.
- Goodin RE. Institutions and their design. Teoksessa Goodin R E. (toim.) *The theory of institutional design.* Cambridge University Press, Cambridge 1986, 1–53.
- Harjula M. Suomalainen terveystaloutta 1900-luvulla: muuttuvat uhkat ja ratkaisut. *Sosiaalilääk Aikak* 2006;43:101–110.
- Janus K, Amelung V, Eric G, Michael S, Friedrich W. 2007. German physicians “on strike” – Shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 2007;82:357–365.
- Kaattu K, Kosonen T. Suomen Lääkäriliitto 1910–1985. Suomen Lääkäriliitto & Gummerus Oy, Helsinki 1985.
- Martikainen T, Uusikylä P. Reforming health policy in Finland. A critical assessment. *Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisuja 13, Helsinki 1997.*
- Purola T. Terveydenhuollon ja terveydenhuoltotutkimuksen arvosidonnaisuus. Teoksessa Heinonen O P, Aromaa A, Heikkinen E, Klaukka T, Rimpelä M, Tuomisto J, Raijas T. (toim.) *Tutkimus ja kansanterveys: suuntauksia 1980-luvulla. Osa 1.* Kansaneläkelaitos, Helsinki 1986, 1 – 11.
- Quadagno J. Why the United States has no national health insurance. Stakeholder mobilization against the welfare state, 1945–1996. *Journal of Health and Social Behavior* 2004;45:25–44.
- Ryynänen O-P, Kukkonen J, Myllykangas M, Lamintakanen J, Kinnunen J. *Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa.* Talentum, Helsinki 2006.
- Saarinen A. Ammatinharjoittajasta virkamieheksi. Suomen Lääkäriliitto ja universaalien terveydenhuoltojärjestelmän kehitys. *Sosiaalilääk Aikak* 2008;45:98–110.
- Saarinen A. Terveystaloutta Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 2010;75:241–251.
- Saarni S, Vuorenkoski L. Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 2003;119: 993 – 1000.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystaloutta 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki 2001.
- STTK Toimihenkilökeskusjärjestö. Mahdollisuuksien Suomi –Tutkimus. TNS –gallup, Helsinki 2010.
- Vihreä liitto. Tasa-arvoiset ja vaikuttavat hyvinvointipalvelut. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusjärjestämisen vihreät linjaukset 2010.
- Wolinsky FD. The professional dominance, Deprofessionalization, proletarianization, and corporatization perspectives: an overview and synthesis. Teoksessa Hafferty, FW, McKinlay JB. (toim.) *The Changing medical profession. An international perspective.* Oxford University Press, Oxford 1993, 11–24.
- Zacheus T. Luonnonmukaisesta arkikiihennasta liikunnan eriytymiseen. Suomalaiset liikuntasukupolvet ja liikuntakulttuurin muutos. *Annales Universitatis Turkuensis C* 268. Turun yliopisto, Turku 2008.

ARTTU SAARINEN
VTT (sosiologia)
Turun Yliopisto