

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 lääkärinhoidosta, (2) vuoden 1964 sairausvakuutuslaki ja (3) vuoden 1972 kansanterveyslaki. Aineistona käytetään historiallisia dokumentteja, joiden sisältöä eritellään niiden 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 Suomen tapauksessa. Lääkäriliitto on ollut argumenteillaan vain osittain jarruttamassa terveydenhuollon järjestelmä uudistuksia kolmenlaisin argumentein: potilaiden etu, kannustinongelmat ja lääkäreiden riittämättömyys.

ARTTU SAARINEN

JOHDANTO

Kehittyneiden maiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat pääasiallisesti kahdentyyppisiä. Vakuutus pohjaiset mallit ovat joko sosiaalivakuutus pohjaisia tai markkinoilta hankittuihin vakuutuksiin perustuvia. Verorahoitteisissa mallissa on kansalaisille kattavat palveluedut, joiden kustannukset katetaan valtaosin veroin. (Freeman 1999: 82–86). Verorahoitteisissa mallissa lääkäri on pääasiallisesti palkkatyösuhteessa valtioon, kun taas useassa vakuutus pohjaisen 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 lääkärinhoidosta. Merkittävä muutos tapahtui vuonna 1964 kun perustettiin sairausvakuutusjärjestelmä, joka tuli voimaan viimeisenä

Euroopassa, ollen erittäin kattava (Kangas 1991). Pakollisen sairausvakuutusjärjestelmän yhtenä olennaisena tavoitteena oli lisätä avosairaanhoidon palveluja. Sairausvakuutusjärjestelmä lisäikin avoterveydenhuollon palvelujen käyttöä pienituloisten ryhmässä, mutta ei poistanut niukasta palvelutarjonnasta aiheutuvia eroja (Komiteanmietintö 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 professiot 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 ehdollistaviin 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). Professiot argumentoivat aina instituutioiden mahdollistamissa 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. Kotimaaisessa professiotutkimuksessa 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 lähete keskustelussa, jonka jälkeen se toimitetaan valiokuntaan, joka voi pyytää lausuntoja muilta valiokunnilta ja asiantuntijoilta (Hidén 2006: 125–128). Sosiaali- ja terveystalouden palveluiden 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 intressiryhmiltä, 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 merkittävin 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 päätoimissaan 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 lääkärinä 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 tietyin osin myös Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksia. Lehti on liiton pää-äänänenkannattaja. 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 tietäen kohdin, kuten kuvattaessa eri poliittisten puolueiden roolia (myös Julkunen ja Vauhkonen 2006: 298–301).

Artikkelin kolme pääjaksoa muodostavat yhdessä polun, jonka alkukohtana on kunnanlääkärijärjestelmä ja päätepisteenä 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 erikoisalaryhmän eli kunnallislääkäreiden dokumentteja, vaikka kunnanlääkärit ja heidän vuonna 1920 perustamansa yhdistys suurimpana lääkäriryhmänä on ollut merkittävästi vaikuttamassa liiton kantoihin (Vuolio 1995).

Ennen varsinaista tuloksupalettia on syytä tehdä myös kolme muuta tärkeää rajausta. Ensinnäkin artikkelissa ei tarkemmin käsitellä muiden toimijoiden politiikkaa, kuten lääkintöhallituksen suhdetta Lääkäriliittoon vaikka sen merkitys on tietyin 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 lääkärikansanedustajien toimia liittonsa puolesta.

VAPAA AMMATINHARJOITTAJAT 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 hiekan parannettua yhdessä Maalaiskuntien liiton kanssa laaditussa kunnanlääkärin ohjesäännössä vuonna 1921 (Lavonius 1959: 70–73).

Merkittävimpänä keinona kunnanlääkärin työn kehittämisessä oli varsinainen lainsäädäntötyö. Lakia yleisestä lääkärinhoidosta, 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 lääkäriryhmä (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 apu-työvoimaa 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 valtion-avuin tuetun peruspalkan muodossa (Komiteamietintö 1939: 9).

Autonomian kannalta olennaista oli, että laissa yleisestä lääkärinhoidosta ei kuitenkaan voimakkaasti puututtu taloudellisiin kysymyksiin kuten erilliskorvausten perimismahdollisuuksiin. Jauhon (2004) mukaan lääkäriprofession autonomia oli mahdollista säilyttää kun kunnan ja valtion suhteet olivat epäselvät. Kun kunnille annettiin yhä enemmän velvollisuuksia päätää terveydenhuollostaan, mahdollisti tämä lääkäreille paikallisen sopimisen ja valtion määräysvallan välttämisen. 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 PELKOJA 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 PAINOSTUSPOLIITIIKAN

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 lääkäriiliiton kokoukseen sairausvakuutuksesta vuoden 1929 syksyllä (Susitaival 1960: 84, 86–87). Esitelämä 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 syyinä työväenasianvaliokunnan kielteiselle suhtautumiselle pidettiin Suomen Lääkäriiliiton lausunnon aiheuttamaa muutosta ajattelutavoissa (SLL 1960: 86–87, Mannio 1967: 75). Vielä samana vuonna juuri valittu eduskunta hylkäsi lain (Salmela 1967: 6–7).

SAIRAUSVAKUUTUSKESKUSTELU RAUHOITTUU 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 tyyntynyt (Kangas 2006: 318–319). Terveystenhuollossa valmisteltiin sairaalalakeja ja kunnanlääkäriin 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 Lääkäriiliiton 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 kapea-alaisena 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 LÄÄKÄRIILIITTOON

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 ylipäättään voimakas ja työmarkkinajärjestöjen suhteet muutoksessa (Bergholm 2007).

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

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

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 suurimmista 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 toimeenpanijoiksi 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). Lääkäreiden riittämättömän määrän vuoksi vakuutus päätettiin toteuttaa asteittain. Olennaisista vaatimuksista toteutui myös vapaa lääkärintoiminnan periaate sekä väärinkäytösten estämiseksi vaaditut karenssiajat 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 universaalisti (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 lääkäri työvoiman 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 edistämisestä (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 kehittämätön. Järjestelmän ongelmat merkitsivät, 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 kehittämätön. Merkittävänä keskustelunherättäjä toimi 1960-luvun alussa Pekka Kuusi (1961: 253–282), joka toi esille kuinka terveyspolitiikka on merkittävä keino vaikuttaa sosiaaliseen ja alueelliseen tasa-arvoon. Kuusi näki merkittävänä ongelmana juuri sairaalapainotteisuuden ja ehdotti kunnanlääkärin virkojen poistamista sekä terveysasemien perustamista, joissa toimisi 4–6 lääkäriä.

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 kaikin 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 muotoutui 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-sairanhoidollisista 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 johtaisi mahdollisesti lääkärikunnan ja valtion väliseen konfliktiasemaan, koska laki tekisi lääkäreistä virkamiehiä (SLL 1965c). Erityisesti kunnanlääkäritaksan 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 avohoidon 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 vienyt valmista lakiluonnosta eduskuntaan heti (Suonoja 1992: 526).⁵ Osin syynä oli eduskunnan kevään 1971 kriisi, jonka yhteydessä sosiaalidemokraatit asettivat ehdoksi hallitukseen tulolleen ilmaisipalveluperiaatteen perusterveydenhuollossa. Vaatimus hyväksyttiin ja sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän tutkimaan ilmaisipalveluperiaatteen 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 ilmaisipalveluiden tarjonnalla ei ole taloudellisia toteuttamismahdollisuuksia (Valtiopäivien pöytäkirjat 1971 II ja III, Suonoja 1992: 526–527). Toisaalta tiedostettiin, että sairausvakuutuslaki oli riittämätön avohuollon tavoitteisiin nähden (Eduskunnan sosiaalivaliokunta 1971).

LIITTO SULJETTIIN ULOS PÄÄTÖKSENTEKOPROSESSISTA

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 ilmaisipalvelut 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 vuodella 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 riittämätön 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 päivystyksen 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 lääkärityön luonne muuttuisi osana terveydenhuoltokoneistoa (SLL 1972b). Toisaalta nyt kokonaistyömäärään oli mahdollisuus vaikuttaa, vaikka samalla taloudellinen autonomia osin heikkeni. Erityisesti palkkauskysymyksen ympärillä käytiinkin keskustelua liiton piirissä vielä sen jälkeen kun lain voimaantulosta 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 kunnanlääkäriä asemaa virkamiesmäisemmäksi, mutta vapaan profession piirteet säilyivät edelleen. Tässä artikkelissa tätä vaihetta nimitetään ensimmäiseksi institutionalisoitumiseksi julkiseen sektoriin. Toisella institutionalisoinnilla 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 lääkäristö tuli säädelty 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 järjestelmäuudistuksia. 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. Kontinen 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 their 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 voimaannpanosta annettaviksi laiksi, 1971.
- Eduskunnan talousvaliokunta. Lausunto n:o 1 hallituksen esityksen johdosta kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta 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 korporatiivisluontoisesta 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 muotoja 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, lääkärinkunnan ammatillistuminen ja valistuneen maallikon synty. Teoksessa Henriksson L, Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Gaudeamus, Helsinki 2004, 84–109.

- Julkunen R. Hyvinvointivaltion 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 kehittämistoimikunnan 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 Suomen sosiaaliturvajärjestelmien synty 1945–1990. Teoksessa Haapala P. (toim.) Hyvinvointivaltio ja historian oikut. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Tampere 1993, 88–110.
- 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. Terveyden puolesta – sairautta vastaan. Terveyden- 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, Jauhiainen 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). Kansanterveystoimikunnan mietintö, 1969. Teoksessa Haapala P. (toim.) Hyvinvointivaltio ja historian oikut. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Tampere 1993, 88–110.
- Rokkanen P. (Lääkäriliiton hallituksen puheenjohtaja 1970–1972). Haastattelu, kirjoittaja Marjut Reivilä. Kausi kansanterveystoimikunnan 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 terveysministeriö. Lääkäriksi ja hammaslääkäriksi koulutettavien määrä ja työtilaisuudet 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 esitelmaa sairausvakuutuksesta. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki 1929.
- 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 terveystaloutta. 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 koskevan kyselytutkimuksen teosta. Suomen Lääkärilehti 1962a:17:329.
- SLL. Lääkäriliiton periaateohjelma, 1959.

ARTTU SAARINEN

Jatko-opiskelija

Turun yliopisto

Sosiaalipolitiikan laitos