

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 universaali 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 esitettävät 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 painotuksin 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 lääkärinkunnan ja hyvinvointivaltion suhteen on havaittu olevan jännitteinen (ks. Erichsen 1995, 188; Immergut 1992, 2, 15). Kuitenkaan lääkärinkunnan 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 ideatyypit neljään osaan: ideat paradigmat, ideat kehyksinä, ideat yleisinä käsityksinä ja ideat ohjelminä. Tässä artikkelissa ideat ymmärretään ensisijaisesti ohjelminä eli toimijoiden kannanotoissaan esille nostamina asioina. Lähtökohtana artikkelille on, että politiikka on kamppailua, jossa sisältöjen lisäksi ratkaisee se, minkälaiset ovat sen toimijan valtaressurit, joka ideat poliittiselle agendalle vie (Béland 2005; Chard 2004). Lääkäriprofession vahvuus on, että sillä on sekä teknistä hoitoon liittyvää tietoa että terveystaloudellista 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 suomalaiseen 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 paikallistasolle 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). Varsinainen kilpailuttajana voi toimia julkisen tilaajayksikön lisäksi myös asiakas esimerkiksi palvelusetelimitä 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 palvelusetelimitä 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 vapauteen 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 rakentumisen kautta (Campbell 1998; Pfau-Effinger 2005). Toimijoiden suhde instituutioihin vaihtelee ja siksi on olemassa eri näkemyksiä terveydenhuollon järjestämisestä. Instituutiot taas voidaan käsittää 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.)

Hyvinvointivaltioilliset 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 osittaista muokkaamista (ks. Torfing 2001, 288–291).

Artikkelin tutkimuskohde eli Suomen Lääkäriliitto edustaa lääkäriprofessiota (ks. Filc 2006). Nykyisen tutkimuksen mukaan professiot nähdään monopoleina, 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. Vakuutus pohjaiset mallit ovat joko sosiaalivakuutus pohjaisia, kuten Saksan malli, tai markkinoilta hankittuihin vakuutuksiin perustuvia, kuten Yhdysvalloissa. Verorahoitteisessa 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 vakuutus pohjaisen mallin maissa lääkäri on itsenäinen ammatinharjoittaja.

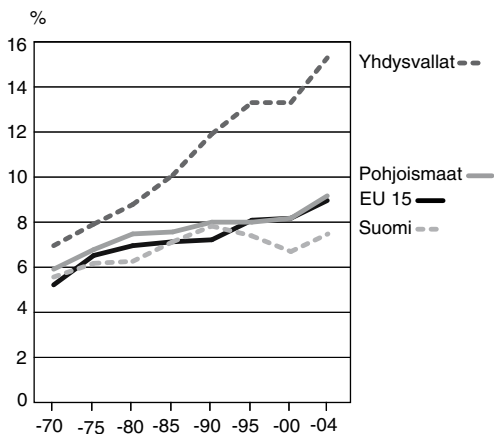
Suomen ominaispiirteenä on, että verojen kautta rahoitetun kunnallisen järjestelmän lisäksi pakollisen sairausvakuutusjärjestelmän avulla tuetaan myös yksityiseltä sektorilta hankittujen palveluiden käyttöä (ks. Häkkinen 2005, 103; Mattila 2006). Yksityistä terveydenhuoltoa sairausvakuutuksen tukemana 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 institutionaalisessa ja rakenteellisessa ympäristössä hyötyjensä maksimoimiseksi. Merkittävää on, että hyötyä ei tule ajatella kapealaisesti, vaan myös altruistinen toiminta voi olla toimijan kannalta rationaalista (Julkenen & 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.*

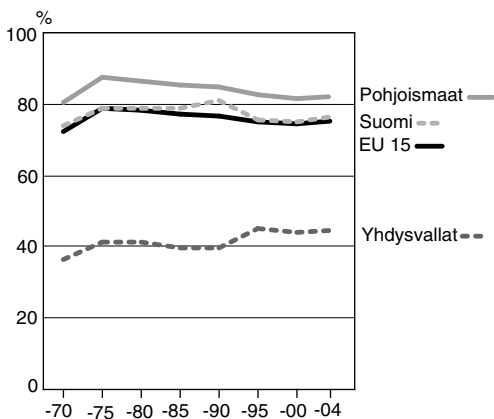
Kuvio 1. Terveydenhuoltomenot BKT:stä, %



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 Italialta ei vuosien 1970 ja 1980 välin lukuja. Saksan luvut ennen vuotta 1990 viittaa- vat 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 edelleenkään nostanut korvaustasoja lakitasolle. (Mattila 2006, 112.) Korvausperusteena olevat taksat ovat siis jääneet merkittävästi jälkeen lais- sa alkujaan edellytetystä 60 prosentin tasosta (SLL 2005). Sairausvakuutusjärjestelmän ja julkisen ver- rorahoitteen palvelujärjestelmän synnyttämä kaksikanavaisuus on herättänyt keskustelua jatku- vasti ja myös 2000-luvulla. Uusi sairausvakuutusla- ki tuli voimaan vuonna 2005. (Mattila 2006.)

keen, kun vuonna 1943 syntyi keskussairaala- laki ja sen myötä aloitettiin sairaalaverkoston rakentaminen. Kuitenkin olennaisimpina uudis- tuksina ovat olleet vuoden 1964 sairausvakuu- tuslaki ja vuoden 1972 kansanterveyslaki. Suomi saavutti muiden Pohjoismaiden tason terveyden- huoltomenojen osalta vasta 1980-luvun loppuun mennessä. Laman myötä menoja pienennettiin ja erot taas kasvoivat, mutta 2000-luvulla ero mui- hin Pohjoismaihin on hieman tasaantunut. (Ku- vio 1.) Suomen terveydenhuoltomenot ovat kes- kimäärin pienet. Terveydenhuolto on pääasialli- sesti julkisesti rahoitettua. Tosin julkisten meno- jen osuus on pienentynyt lamaa edeltävään ai- kaan verrattuna ja osuudet ovat pienemmät kuin Pohjoismaissa. (Kuvio 2.)

Nykyisellään suomalainen terveydenhuoltojär- jestelmä jaetaan karkeasti perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Julkinen palveluor- ganisaatio on jakaantunut 20:een erikoissairaanhoidosta vastaavaan sairaanhoitopiiriin ja perus- terveydenhuollosta vastaavat kunnalliset terveys- keskuskeskukset. Merkittävänä erityispiirteensä 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 terveydenhuoltojär- jestelmää. Liitto on kaikkien lääkäreiden asianaja- ja panostaa siksi myös yksityisen sektorin työn- tekijöiden etujen valvontaan (SLL 1999a). Järjes- täytymisaste on korkea, koska liittoon kuuluu 95 prosenttia lääkäreistä (esim. SLL 2005c, 3). Ylin- tä päätösvaltaa käyttää valtuuskunta ja toimintaa johtaa hallitus. Liittotason lisäksi on paikallisor- ganisaatio, jonka kautta jokainen lääkäri on yhteydessä liittotasolle. (SLL 1998b.) Lääkäriliiton merkittävänä vaikutuskeinona on valiokuntaor- ganisaatio ja työryhmien laatimien kannanotto- jen antaminen lähinnä valtiollisille tahoille, ku- ten ministeriöille ja eduskunnan valiokuntakä- sittelyyn. 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 jatkumoja (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 mentaalisten 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 politiik-

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 määritellä pelkästään objektiivisesti, koska subjektilla on toimijana merkittävä tieto omasta toimintaympäristöstään (ks. rakenteistumisen teoriasta Giddens 1979).

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

kaprosessin 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 avohoidon ja parantaa yksityisten palvelutuottajien asemaa (SLL 1969).

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

van korvaustaksojen jälkeensä jääneisyys, 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 terveyskeskusmaksujen 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 terveyskeskusmaksuja, 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 hyvinvointivalttiollinen 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 soveltamisohtausta, jonka se katsoi olevan kunnallishallintoa liiaksi alistavan. Valiokunnan mielestä valtakunnallisista suunnitelmista pitäisi voida poiketa, jos alueelliset erityisolosuhteet tekevät sen perustelluksi.”

Uhkaksi nähtiin myös terveydenhuollon valtionosuuksien 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 ennakkoluolettomiin 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 tarkoitukseen mukaisemmin. (SLL 1971b; ks myös 1991b.)

14. Tähän liittyen vuonna 1988 se toi esille, kuinka keskusjohtoisuuden monumentti eli 5-vuotis-suunnitelmajärjestelmä 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 palkkasy- myksissä; tästä voidaan näkökulmasta riippu- en ajatella hyötyvän toisaalta työntekijän ja toi- saalta työnantajan. Selkeästi keskimääräistä kor- keampaa palkkaa nauttivana ammattiryhmänä lääkärit kärsivät tulojensa alenemisesta 1970-lu- vulla harjoitetun keskitetyn solidaarisen palkka- politiikan seurauksena, ja tästä seurannut tyyty- mättömyys johti lakkoon vuonna 1984 (Jäättelä 1984). Vahvana professiona Suomen Lääkäriliit- ton linjana onkin ollut pyrkimys paikalliseen so- pimiseen. Esimerkiksi vapaakuntakokeilujen yh- teydessä tuli liiton mielestä kokeilla entistä kan- nustavampien palkkausjärjestelmien käyttöönot- toa (SLL 1987c):

”Vapaakuntakokeilun tulisi mahdollistaa kunnissa to- dellinen toiminnan uudelleenarviointi ja hallintokäy- täntöjen muutos. Toiminnan tehostamista suunnitel- taessa tulisi asioita voida tarkastella ennakkoluulotto- masti ilman mihinkään kaavoihin tai säädöksiin liikaa tuijottamista. Kokeilussa tulisi voida kokeilla myöskin kannustavia palkkausjärjestelmiä, jotka takaisivat teh- dystä työstä kunnan palkan.”

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

Väestövastuujärjestelmäkokeilut olivat erään- lainen liiton tavoitteiden osasaavutus, koska vuo- desta 1985 lähtien kokeiltiin neljässä kaupungis- sa myös yksityislääkäreiden käyttöä omalääkäri- nä (Aromaa & al. 1998). Kaikkiaan merkittävänä taustatekijöinä uusille kokeiluille oli paitsi terve- yskeskusten kasvanut lääkäripula myös kannus- tavuuden 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 kehit-

Markkinoistumisen kasvun aikakausi

Terveydenhuoltojärjestelmää sopeutetaan...

1980-luvun lopulle tultaessa oli siis havaittavis- sa pyrkimyksiä markkinoiden merkityksen kas- vun lisäämiseen. Olennaisinta muutosta mark- kinoistumisen kannalta eli valtionosuusjärjestel- män uudistusta alettiin valmistella vuonna 1989, kun asetettiin ns. Hiltusen komitea. Ehdotusta valtionosuusjärjestelmän kehittämisestä 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 suunnitel- lu- ja ohjausjärjestelmän desentralisaatio. Esimer- kiksi kansanterveystyön keskusjohtoinen suunni- telmajärjestelmä lopetettiin (Mattila 2006, 132). Uuden järjestelmän voimaansaattamista vuo- 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 valtionosuuslainsäädännössä 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 organisoitunut 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 terveyskeskumaksut (Sairaanhoitovakuutustoimikunnan ..., 1993, liite 1). Laman aikana ja sen jälkeen potilaiden maksuosuudet ovat lisääntyneet huomattavasti (Häkkinen 2005, 107). Kaikkiaan muutokset ovat merkinneet, että terveydenhuotokustannukset 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 esittikin 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-

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

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

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 murtokehä tana uudennlaiselle hyvinvointivaltioajattelulle ja merkitsi pohjoismaisen normatiivisen perinteen osittaista heikkenemistä. Liiton kannanotossa sosiaali- ja terveysministeriön 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 kasvualustan ja tämä polku näyttäyty 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. Sairausvakuutukseen kohdistetut panostukset eivät olleet nimittäin kasvaneet ja laman myötä vuonna 1992 sitä jopa heikennettiin, kun sairauskulujen verovähennysoikeus poistui. Näin oli järkevämpää suunnata uudistusvaateet 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”

vuodelta 1995. Kannanotossa korostetaan yksilön omatoimisuutta, kansalaisten tasa-arvoisia mahdollisuuksia, potilaan valinnanvapautta, laatua, tilaajan ja tuottajan eriyttämistä sekä omavastuuseuden 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 jatkui 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 tulostavuuksiltaan yksiköitä yhdenvertaisina yksityisten tuottajien kanssa, koska tuottajat saisivat mallissa tuloonsa ostettujen palveluiden perusteella. Asiakkaat maksaisivat osan itse ja saisivat osan hoitotestinä. 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 markkamääräisesti 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 määrättyä 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 lääkärinsä 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 tietyin ehdoin.

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-

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

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 hieman 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 terveystuennelmaa, 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 ajamaa 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 on järkevää yrittää vaikuttaa välillisesti nä-

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 tehokkuustapioita 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. Ennemmin liitto on halunnut autonomisesti itse määritellä sopivat hintahaarukat. Perusteluna on käytetty esimerkiksi sitä, että liiallinen hintakilpailu saattaisi johtaa liiton mukaan vääristymiin palveluiden markkinoimisessa (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 peruspääpiirrettä eli verorahoitettua terveydenhuoltoa (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 pystytty 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 väestövastuukokeilu- hin. S. 13–19. Teoksessa: Aro, Seppo & Liukko, Matti (toim.): VPK – väestövastuuden 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 omalääkäreinä. Raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta. 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 päätösvallan siirtyminen. Oikeudellinen tutkimus kunnanvaltuuston vallasta suomalaisen kunnallishallinnon demokraattisten arvojen ja tehokkuusarvojen ristipaineissa. *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, RAIJA & 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: Terveystu- huollon 1990-luvun uudistusallon tulokset. *Suomen Lääkärelehti* 58 (2003): 9, 1067–1070
- JÄÄTTELÄ, ANTTI: Lääkärinkunnan yhteiset tavoitteet. *Suomen Lääkärelehti* 39 (1984): 36, 3138
- KESKIMÄKI, ILMO & KOSKINEN, SEppo & TEPERI, JUHA: Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveys- eroja. 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-ilmiö terveydenhuollossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 63 (1998): 5–6, 432–444
- KÄRKKÄINEN, REIJO: Ostopalvelujen rajoitukset kansanterveysasetuksen 6 §:ssä. *Suomen Lääkärelehti* 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 & VOUTLAINEN, SEppo & ARO, SEppo: Lääkärin työ väestövastuisessa perusterveydenhuollossa. S. 21–46. Teoksessa: Aro, Seppo (toim.):

- VPK – väestövastuuden perusterveydenhuollon ko-keilut. Väliraportti 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
- MATTILA, 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
- ROSEN, PER: Public dialogue on healthcare prioritisation. *Health Policy* 79 (2006): 1, 107–116
- SAIRAANHOITOVAKUUTUSTOIMIKUNNAN MIETINTÖ. Komi-teanmietintö 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 seurantatutkimus. Osa 8. Suomen virallinen tilasto. Sosiaalisia erikoistutkimuksia 128. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1987
- VÄNSKÄ, JUKKA: Ajankohtaista tietoa lääkärin palkoista. *Suomen Lääkärilehti* 61 (2006): 40, 4132–4136
- YKSITYINEN PALVELUTUOTANTO SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA 2004. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Stakes, 2007
- ØVRETVEIT, 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. Avohoitovaiokunnan 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 kehittämistoi-
mikunnan mietinnöstä.
- SLL 1980a. Pöytäkirja valtuuskunnan varsinaisesta ke-
vätkokouksesta.
- SLL 1980b. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle
laista sairausvakuutuslain muuttamisesta.
- SLL 1981. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle sai-
rausvakuutuksen taksaperusteiden tarkistamisesta.
- SLL 1981a. Toiminnanjohtaja Tapani Kososen katsaus
valtuuskunnan kokouksessa.
- SLL 1982. Terveyspoliittisen valiokunnan kokous.
- SLL 1982a. Muistio terveyspoliittisen valiokunnan so-
siaali- 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 vapaakuntatyöryhmän
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-
maksi. 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 terveysmi-
nisteriön ehdotukseen valtakunnalliseksi sunni-
telmaksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämi-
sestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosi-
na 1992–96.
- SLL 1991b. Lausunto eduskunnan sosiaali- ja terveys-
valiokunnalle esityksistä laeiksi terveyskeskusmak-
sukokeilusta ja kansanterveyslain 21 §:n ja erikois-
sairaanhoitolain 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 pohditiin.
Suomen Lääkärilehti 47 (1992): 31, 2945.
- SLL 1992a. Lääkäriliiton hallituksen lausunto budjet-
tipäällikkö Sailaksen ohjelmasta ja hallituksen pe-
riaatepäätöksestä julkisen talouden tasapainotta-
miseksi.
- SLL 1992b. Artikkeliliiton hallituksen suunnitteluko-
kouksesta 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. Vuosipäiväseminaari. 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. Tilaaja-tuottajamallin kokeilu terveyden-
huollossa – esitys kokeilumalliksi (TORA-työryh-
mä).
- SLL 1997. Lääkäriliiton hallitus 6.2.97. Tilaaja-tuotta-
jamallin linjaukset hyväksyttiin. Suomen Lääkäri-
lehti 52 (1997): 7, 745.
- SLL 1997a. Hallituksen toimintakertomus 1997.
- SLL 1997b. TORA-työryhmä. Tilaaja-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: Tilaaja-tuot-

- 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 terveyspoliittinen seminaari: Rahoittajan kokoa tulee kasvattaa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 57 (2002): 5, 572–573.
- SLL 2002c. Lääkäriliitto kansallisesta terveysprojektista: 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 terveyspoliittiset 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. Lääkärikysely. 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 asukkaan väestöpohjaa.
- SLL 2006c. Lääkäriliitto: Palvelurakenneuudistuksen 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 lääkäriprofessio. Suomen Lääkäriliiton ideat subteessa markkinoinnissa 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