

Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta

ARTTU SAARINEN

Johdanto

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän julkinen palveluorganisaatio on jakaantunut erikoissairaanhoidosta vastaaviin sairaanhoitopiireihin ja perusterveydenhuollosta vastaaviin kunnallisiin terveyskeskuksiin. Jokaisen kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiiriin. Terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen keskimääräinen väestöpohja on kansainvälisesti ja jopa muihin Pohjoismaihin verrattuna pieni. Suomen ominaispiirteenä on, että pääasiallisesti verojen kautta rahoitetun kunnallisen järjestelmän lisäksi pakollisen sairausvakuutusjärjestelmän avulla tuetaan myös yksityiseltä sektorilta hankittujen palveluiden käyttöä. (Esim. Häkkinen 2005, 101.) Suomen terveydenhuolto eroaa myös muilta osin muista Pohjoismaista, joissa lääkärit ovat perusterveydenhuollossa tavallisemmin itsenäisinä ammatinharjoittajina sekä kansalaisten valinnanvapaus hoitopaikan ja lääkärin suhteen on osin suurempi (esim. Willberg & Valtonen 2007).

Terveydenhuollon tehokkuutta on pyritty lisäämään Pohjoismaissa 1980-luvulta ja erityisesti 1990-luvulta lähtien markkinoiden avulla eli alistamalla julkiset palvelut kilpailuasetelmaan yksityisten tuottajien kanssa (Pollitt 2000; Øvretveit 2003). Muun muassa lähtökohtaerojen vuoksi markkinoistuminen näkyy hieman eri tavoin yksittäisissä Pohjoismaissa. Suomessa on pyritty lisäämään yksityisen palvelutuotannon toimintamahdollisuuksia 1990-luvulta eteenpäin (Jämsén & Pekurinen 2003). Merkittävänä keinona on ollut päätösvallan siirtäminen keskuhallinnolta paikallistasolle niin palveluiden järjestämisessä kuin rahoituksessa. Kunnat ovat teoriassa pystyneet aiempaa vapaammin paitsi käyttämään ostopalveluita myös luomaan erilaisia tilaaja–tuottaja-mallien sovelluksia.

Yksityinen sektori on kasvanut terveydenhuollossa kokonaisuudessaan viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana (ks. kasvusta Yksityinen ..., 2007) ja sektorilla työskentelevien lääkäreiden määrä sekä myös suhteellinen osuus ovat lisääntyneet. Kaikkiaan vuonna 2006 lääkäreistä 22,5 prosenttia työskenteli päätoimisesti yksityisellä sektorilla. Vuonna 1996 osuus oli 16,6 prosenttia. (Suomen Lääkäriliitto, 2006, 7.) Kuitenkin varsinaiset tilaaja–tuottaja-mallit ovat edelleen suhteellisen harvoin käytössä Suomessa. Yksityistä sektoria on käytetty yleisemmin muiden vaihtoehtojen puuttuessa ja markkinatoimijat ovat enemmän paikkaamassa julkista tuotantoa ja sen ongelmia. Suomalaisen järjestelmän peruspiirteet eivät ole siis radikaalisti muuttuneet, vaikka yksityisen sektorin merkitys on lisääntynyt.

Terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenteiden muuttaminen on viime vuosina ollut ajankohdainen keskusteluaihe. Erilaisia asiantuntijaehdotuksia terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämistavan muuttamiseksi on tehty useita 1990-luvulta lähtien esimerkiksi tutkimusmaailmasta käsin (ks. Pekurinen & Häkkinen 2007). Myös Suomen Lääkäriliitto on ollut aktiivinen uusien ideoiden levittäjä (Saarinen 2007a). Yhtenä merkittävänä tavoitteena kaikissa esitetyissä malleissa – myös Lääkäriliiton – on ollut riittävän kokoisen väestöpohjan luominen palveluiden järjestämiseen (Pekurinen & Häkkinen 2007; Saarinen 2007a). Toisaalta esillä on myös ollut 1990-luvulta lähtien valinnanvapauden lisääminen niin hoitopaikan kuin hoitavan lääkärin suhteen (Sairaanhoitovakuutustoimikunnan ..., 1993).

Useissa teoreettispainotteisissa tutkimuksissa on tuotu esille, kuinka kilpailun voimistuminen muuttaa lääkäriprofession asemaa ja lisää profession sisäistä hajontaa, koska muutos luo osalle

lääkäreistä uudenlaisia intressejä (esim. Filc 2006; Marjoribanks & Lewis 2003). Lääkäreiden suhdetta markkinoistumiseen ei ole juuri tutkittu. Muissa maissa tehdyissä kyselyissä, joissa sivutaan markkinoistumista, on tutkittu lääkäreiden asenteita terveydenhuoltoreformeihin (Gross & al. 2007; Quaye 1997; Whynes & Baines 2002). Suomessa aihetta on sivuttu tarkastelemalla ammatinharjoittajamallin suosiota (Mäntyselkä & al. 2006). Itse markkinoistumiseen liittyviä kyselytutkimuksia on tehty vähän väestötasolla (ks. kuitenkin Kallio 2007). Markkinoistumista ei ole mitattu väestötasolla yksityiskohtaisesti ja eri ulottuvuuksilla tietyllä sektorilla, vaan on käytetty mittarina vain kysymystä siitä, kuinka palveluja tulisi yksityistää. Tässä artikkelissa tutkitaan lääkäreiden mielipiteitä markkinoistumisesta moniulotteisesti ja tarkastellaan, mitkä tekijät erottelvat heidän mielipiteitään.

Mielipiteiden taustatekijät

Hyvinvointivaltiomielipiteitä tarkasteltaessa on ajateltu, että taustalla ovat joko intressit tai ideologiat (Jæger 2006, 321–322). Instituutiot, kuten hyvinvointivaltion terveydenhuoltojärjestelmä, luovat erilaisia intressejä yksilöille ja tällä on vaikutuksensa mielipiteisiin. Intressinäkökulmaa on tavallisesti mitattu esimerkiksi tulojen, sosiaalisen aseman, iän tai työskentelysektorin kautta (Forma 2006; Jæger 2006).

Nykyisellään lääkärikunta on naisvaltaistunut yhä enemmän (Hyppölä 2001, 46), ja tämä vaikuttaa myös lääkärikunnan mielipiteisiin, koska naisten on perinteisesti nähty suhtautuvan hieinan myönteisemmin julkiseen sektoriin (Forma 2006; Midttun 2007). Tosin yksityistä palvelutuotantoa ja sen kannatusta tarkastelleissa väestötason tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia sukupuolten välisistä eroista (Forma 2002 & 2006; Kallio 2007).

Aiemmissä väestötason mielipidetutkimuksissa on havaittu, että julkisella sektorilla työskentelevät suhtautuvat myönteisemmin sosiaaliturvan eri osiin kuin yksityisellä sektorilla toimivat (Hoel & Knutsen 1989, 196; Williams ym. 1995), mutta tulokset riippuvat usein kysymyksenasettelusta (ks. Ervasti 1998, 179–180). Myös nuoremmilla ikäryhmillä on havaittu olevan myönteisempi suhtautuminen yksityistä sektoria kohtaan (Forma 2002; Kallio 2007). Tosin Pauli For-

man (2006, 175) tutkimuksessa ero oli lähinnä siinä, että nuoremmat uskoivat yksityisten sosi-aali- ja terveyspalveluiden olevan tehokkaampia, kun taas erot niiden lisäämishalukkuuden suhteen eivät olleet erityisen selviä.

Erilaisissa mielipidekyselyissä sosioekonomista asemaa on pidetty merkittävänä taustamuuttujana. Tutkimusten mukaan lääkärikoulutukseen hakeutuvat tulevat edelleen valtaosaltaan yleemmistä yhteiskuntaluokista (Lahelma & al. 2003). Väestötason tutkimuksissa on havaittu, että korkean sosioekonominen aseman omaavat kannattavat enemmän yksityistä palvelutuotantoa (esim. Ervasti 1994; Forma 2006; Sihvo & Uusitalo 1993). Hyvinvointivaltion ja koulutusekspansioon myötä luokat ovat pirstoutuneempia, eikä voida vetää aivan suoraa johtopäätöstä, että lääkärit olisivat vain yksi homogeeninen ryhmä. Toki lääkärikunnan sisällä voidaan olettaa olevan eroja sen suhteen, missä asemassa henkilö on yhteiskunnan hierarkiassa. Esimerkiksi johtavilla lääkäreillä on keskeinen asema terveydenhuoltoa koskevien päätösten valmistelussa ja tällä voi olettaa olevan vaikutuksensa mielipiteisiin.

Aikaisempien tutkimusten mukaan lääkärin ammatti-identiteetti on erilainen sairaala- ja terveyskeskuslääkäreitä verrattaessa. Sairaalaalääkäreillä korostuvat tekninen ja tutkijapuoli, kun taas terveyskeskuslääkäriin identiteetissä ovat korostuneemmin esillä inhimilliset ja sosiaaliset ulottuvuudet. (Kumpusalo & al. 2002.) Näin ollen voidaan olettaa, että markkinoistumista tarkasteltaessa toimipaikalla on vaikutusta mielipiteisiin.

Mittarina ideologian osalta on monissa tutkimuksissa käytetty poliittista suuntautumista (ks. d' Anjou 1995). Vasemmisto on suhtautunut perinteisesti epäilevämmiin markkinavoimien mahdollisuuksiin, ja poliittisen oikeiston on vastavasti havaittu suhtautuvan myönteisemmin yksityisen sektorin palvelutuotantoon (Ervasti 1994; Forma 1999). Kun tutkitaan yksittäistä ammattiryhmää, intressit ja ideologiat eivät ole riittäviä ja tarvitaan myös ammattiin liitoksissa olevia sellittäviä tekijöitä.

Mielipiteitä muokkaavat ne yhteisöt ja viiteryhvät, joihin yksilö kuuluu. Esimerkiksi eroja markkinoistumismielipiteissä voidaan olettaa olevan sen perusteella, mitä erikoisalaa lääkäri edustaa. Lääkäreillä yksi merkittävä viiteryhmä on Suomen Lääkäriliitto. Yksilön asemaa ammattiyhteisössä on mahdollista mitata ammattiyhdistysaktiivisuudella. Tällöin kartoitetaan esi-

merkiksi vastaajan arviota luottamustehtävätoimintaan osallistumisen aktiivisuudesta (Jokivuori 1997, 18). Poliittisten puolueiden johdon ja sen kannattajakunnan välillä on havaittu olevan selkeitä mielipide-eroja hyvinvointivaltioikysymyksissä (Forma 1999). Näin ollen voidaan olettaa, että myös ammattijärjestön aktiivien ja kannattajakunnan välillä on eroja mielipiteissä. Taustana hypoteesille on se, että ammattijärjestöaktiivien näkökulman terveyspolitiikkaan oletetaan olevan erilainen, koska he toimivat professio-organisaation ytimessä.

Aiemmissa tutkimuksissa on selvitetty, mitkä tekijät selittävät lääkärin tyytymättömyyttä työhönsä. Esimerkiksi yhdessä tutkimuksessa tyytymättömyyttä mitattiin taloudellisilla ja ei-taloudellisilla tekijöillä (Janus & al. 2007). Tyytyväisyyttä selittivät paitsi työn sisältöön myös taloudellisiin seikkoihin liittyvät tekijät. Voidaan olettaa, että työn mielekkyykokemuksilla ja tyytyväisyydellä ansiotasoon on merkitystä myös mielipiteisiin markkinoistumisesta. Kun lääkäri on tyytymätön työhönsä ja ansiotasoonsa, voi yksi selitys löytyä nykyisen järjestelmän ongelmista. Tyytymättömien ja ansiotasonsa riittämättömäksi kokevien voidaan olettaa olevan voimakkaammin muutosalttiita. Merkittävä keino taas muuttaa nykyjärjestelmää on juuri sen markkinoistaminen. Markkinoistuminen merkitsee myös, että julkisen vallan säätely osittain vähentyy professioihin nähden. Voidaankin olettaa, että ne lääkärit, jotka kokevat työn itsenäisyyden tärkeäksi arvoksi, haluavat myös markkinoistaa terveydenhuoltoa voimakkaammin.

Tutkimusasetelma

Tutkimuskysymys ja aineisto

Artikkelissa on kaksi pääkysymystä: a) miten lääkärit suhtautuvat terveyspalveluiden markkinoistumiseen ja b) mitkä taustatekijät selittävät eroja asennoitumisessa. Markkinoistumista mitataan eri ulottuvuuksilla, jotka ovat yksityissektorin rooli, yksityisen sektorin tehokkuus, tilaaja-tuottaja-mallin käyttö, valinnanvapaus ja palveluiden järjestämisalueen koko.

Tutkimuksen aineistona on lääkäreille kohdistettu postikysely, joka kerättiin yhteistyössä Suomen Lääkäriliiton kanssa alkuvuodesta 2007. Ostotiedot poimittiin Suomen Lääkäriliiton rekisteristä ja siihen valittiin 2 000 Suomessa asu-

vaa työikäistä lääkäriä. Lomakkeita oli palautunut toisen kyselykierroksen jälkeen yhteensä 1 092. Vastausprosentiksi saatiin näin 54,6. Otos edustaa aiemmin tehdyn analyysin perusteella hyvin työikäisiä lääkäreitä, vaikka pieniä eroja on. Naiset ja hieman yllättäen yksityissektorilla työskentelevät ovat vastanneet aktiivisemmin. (Ks. tarkemmin otoksesta Saarinen 2007b.) Tuoreimmassa kotimaisessa lääkärikyselyssä vastausprosentti oli samaa tasoa kuin tässä kyselyssä (Elovainio & al. 2007). Myös ulkomaisissa lääkärikyselyissä vastausprosentit ovat olleet vastaavia (Janus & al. 2007; Cummings & al. 2001; Midttun 2007; Whynes & Baines 2002).

Tässä artikkelissa käytetään kysymyksiä, jotka mittaavat markkinoistumista monista näkökulmista. Jossain määrin kysymysten operationalisointi tuottaa ongelmia nykyisessä suomalaisessa kontekstissa, koska ajatus palveluiden markkinoistumisesta on niin uusi. Tämä näkyy siinä, että markkinoistumiseen liittyviä termejä käytetään hyvin sekavasti. Esimerkiksi yksityistämistä ja ulkoistamista käytetään usein synonyymeina, vaikka käytännössä edellistä ei ole tapahtunut suomalaisessa terveydenhuollossa, vaan kyse on ennemminkin ulkoistamisesta. Kysymysten operationalisoinnin vaikeus näkyykin osin siinä, että en osaa sanoa -vastausten osuudet olivat paikoin suhteellisen suuria. En osaa sanoa -vastaajien osuutta kartoitettiin aiemmin aineiston sisältöraportissa. Yleisemmin en osaa sanoa -vaihtoehdon valitsivat naiset sekä ne, jotka eivät olleet kiinnostuneita Lääkäriliiton terveyspoliittisesta toiminnasta. Kaikkiaan erot eri ryhmien en osaa sanoa -vastaamisen aktiivisuudessa olivat pieniä (Saarinen 2007b).

Tulososio aloitetaan yleisellä kysymyksellä, jossa verrataan lääkäreiden mielipiteitä koko väestöön. Vertailutiedot ovat peräisin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen HYPÄ 2006 -kyselystä, jossa perusjoukkona on Manner-Suomen suomen- ja ruotsinkielinen 18–79-vuotias väestö (ks. Forma & Saarinen 2008). Kyselystä otetaan vertailutiedoiksi kolme taustatekijää: koko väestö, ylin tuloviidennes ja korkeakoulutetut. Ylin tuloviidennes ja korkeakoulutetut ovat sosiaaliselta asemaltaan lähimpänä lääkäreitä ja siksi sopivat viiteryhmiksi. Vuoden 2006 maaliskuussa lääkäreiden säännöllisen työajan keskiansiot olivat bruttona 4 966 euroa kuukaudessa (Vänskä 2006). Kaikkien suomalaisten palkansaajien keskiansio kuukaudessa vuon-

na 2006 oli 2 567 euroa (ks. Palkansaajien ..., 2006). Koulutuksen osalta on käytetty kansainvälistä ISCED-luokitusta, jolloin mukana ovat sekä ammattikorkeakoulutuksen että yliopistokoulutuksen saaneet.

Selitettävät muuttajat

Artikkelissa selitettävänä muuttujina käytetään seuraavia:

1. Yksityistä terveyden-/sairaanhoidoa tulisi lisätä.

2. Yksityiset yritykset pystyvät tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja tehokkaammin kuin julkinen sektori.

3. Julkista perusterveydenhuoltoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan.

4. Julkista erikoissairaanhoidoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan.

5. Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulee lisätä, jotta vapautta valita lääkäri voidaan parantaa.

6. Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulee lisätä, jotta vapautta valita hoitopaikka voidaan parantaa.

7. Mikä alueellinen kokonaisuus on sopivin järjestämään kuntalaisille perusterveydenhuollon.

8. Mikä alueellinen kokonaisuus on sopivin järjestämään kuntalaisille erikoissairaanhoidon.

Näiden muuttujien väliset korrelaatiot eivät ole erityisen voimakkaita. Voimakkaimmat yhteydet ovat yksityisen terveydenhuollon lisäämisen ja yksityisen sektorin tehokkuuden, tilaajan ja tuottajan erottamisen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä lääkärin ja hoitopaikan valinnan vapauden välillä (ks. liitetaulukko 1).

Kysymys 1 kuvaa yleisellä tasolla, miten nykyistä järjestelmää tulisi kehittää yksityissektorin kautta. Kysymys 2 mittaa lääkäreiden käsityksiä markkinoistumisen eduista eli yksityissektorin tehokkuudesta. Erikoissairaanhoidon osalta ei erikseen kysytty tehokkuudesta, koska yksityisen sektorin toimintamahdollisuudet ovat useimmilla erikoissairaanhoidon sektoreilla kategorisesti heikohkot, kun yliopistollisella sairaalahoidolla on Suomessa korkeatasoisin teknologia. Kysymyksen 3 ja 4 avulla mitataan hieman tarkemmin, miten nykyistä järjestelmää tulisi markkinoistaa.

Olenainen perustelu markkinoistumisen taustalla on, että asiakkaiden valinnanvapautta tulee lisätä, koska tällöin myös järjestelmän responsiivisuus ja tehokkuus lisääntyvät.

Näitä on kysytty kysymyksien 5 ja 6 avulla. Kysymykset 5 ja 6 ovat ehdollisia. 1990-luvun lainmuutosten jälkeen asiakasmaksuista on tullut merkittävä keino ohjata palveluiden käyttöä. Jos kysymystä ei olisi ehdollistettu tällä tavalla, niin luultavasti lähes jokainen vastaisi, että valinnanvapautta tulisi lisätä. Merkittävin keino markkinoistumisessa on palveluiden järjestämisalueen koon kasvattaminen, jolloin kilpailu ja tilaaja–tuottaja-mallien luominen mahdollistuvat paremmin. Järjestämisalueen oikeaa kokoa kartoitetaan kysymyksissä 7 ja 8.

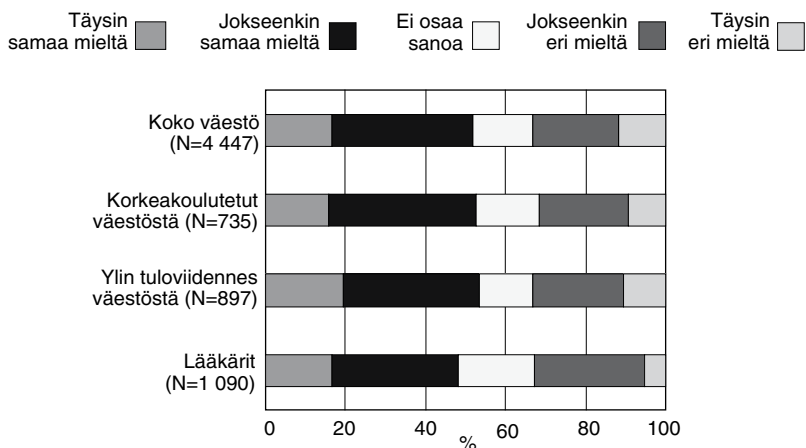
Vaihtoehdot kysymyksille 1–6 olivat täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä. Kysymyksissä 1–6 en osaa sanoa -vaihtoehto oli alkuperäisessä kysymyksessä keskikohdassa, tällöin se voidaan tulkita niin, että vastaaja ei ole samaa eikä eri mieltä eli että kyseessä on aidosti skaalan keskikohta. Monimuuttujamalleja varten näistä viisiluokkaisista muuttujista tehdään kolmiluokkaisia: samaa mieltä, en osaa sanoa, eri mieltä. Ainoastaan samaa mieltä olevien arvot raportoidaan monimuuttujamallien yhteydessä. Vastemuuttujan referenssikategoriana kysymyksissä 1–6 on ”eri mieltä”.

Vaihtoehdot alkuperäisille kysymyksille 7 ja 8 ovat seuraavat: nykyinen kunta rajojensa sisällä, kuntayhtymä, seutukunta, maakunta tai sairaanhoitopiiri, läänitaso. Monimuuttujamalleja varten näistä muuttujista tehtiin kaksiluokkaisia: kannattaa kyselyajankohtana olemassa olevaa järjestämisalueen kokoa tai ei kannata. Kannattaa luokan muodostaa perusterveydenhuollossa luokka kunta/kuntayhtymä ja erikoissairaanhoidossa luokka maakunta/sairanhoitopiiri. Vastemuuttujan referenssikategoriana kysymyksissä 7–8 on ”kannattaa nykyistä järjestämisalueen kokoa”.

Selittävät muuttajat

Muuttujat on jaettu melko karkeisiin luokkiin, jotta monimuuttujamalleissa olisi vähemmän pieniä solufrekvenssejä. Osassa selittävien muuttujien luokissa havaintoja on suhteellisen vähän, mutta joitakin luokkia ei voinut enää karkeistaa menettämättä muuttujan antamaa informaatiota. Analyyseissa käytetään yhteensä 11:tä selittävää muuttujaa, jotka kuvaavat intressejä, ideologista suuntautumista ja lääkärintyöhön liittyviä intressejä (ks. liitetaulukko 2). Työnimike-muuttujaa ei oteta mukaan niihin monimuuttujamalleihin, joissa kaikki muuttujat on vakioitu toisil-

Kuvio 1. Yksityistä terveyden-/sairaanhoidoa tulisi lisätä



laan. Muuttuja olisi aiheuttanut loogisesti mahdolloman tilanteen, koska osa selittävien muuttujien luokista on toisensa poissulkevia.

Yleisiä intressejä kuvaavia ovat sukupuoli ja kolmiluokkainen ikämuuttuja. Sinänsä lääkärintyöhön liittyvät muuttujat kuvastavat myös yleisiä intressejä, mutta tässä ne on jaoteltu itsenäiseksi lääkärintyöhön liittyviksi intressejä mittaaviksi muuttujiksi.¹ Toisaalta taas toimipaikka tai työnimike on liitoksissa lääkärintyöhön. Ne on kuitenkin luokiteltu yleisiä intressejä kuvaaviksi, koska työnimike mittaa vastaajan asemaa yhteiskunnan hierarkiassa ja toimipaikan kohdalla taas tulee parhaiten esille yksityissektorin merkitys. Näin kyse on ensisijaisesti yleisistä intressimuuttujista. Myös aiemmassa väestötason mielipidetutkimuksessa on selittävinä muuttujina käytetty mittareita, joilla on mitattu sosioekonomista asemaa tai työskentelysektorin merkitystä, mutta nyt niitä mitataan hieman eri tavalla ja tarkemmin johtuen tutkimusjoukon erityispiirteistä. Ideologiaa mitataan artikkelissa vastaajan omalla arviolalla poliittisesta suuntautumisestaan.

Erikoisalan osalta päädyttiin käyttämään seitsemänluokkaista muuttujaa, jossa on viisi työikäisten lääkäreiden suurinta erikoisalaa ja muut

erikoisalalat sekä erikoistumattomat. Kirurgiaan on yhdistetty kaikki pienemmät erikoisalalat, kuten lastenkirurgia. Samalla tavalla on tehty myös psykiatrien osalta. Vastaajien suhdetta Lääkäriliittoon tarkasteltiin kiinnostuneisuudella ja aktiivisuudella liitossa. Suhdetta työhön tarkasteltiin päätoimen ansiotason riittävyuden ja mielekkyyden kautta. Analyysissa käytetään myös taustamuuttujaa, jossa mitataan profession olennaista arvoa eli itsenäisyyden merkitystä.

Menetelmät

Kuvailevana menetelmänä artikkelissa ovat prosenttijakaumat ja selittävänä menetelmänä käytetään multinominaalista logistista regressioanalyysia. Kuitenkin huomionarvoista on, että itse asiassa kysymysten 7 ja 8 osalta selitettävä muuttuja on kaksiluokkainen, mutta analyysit tehtiin teknisesti ottaen multinominaalisella logistisella regressioanalyysilla. Lauri Nummenmaa (2004, 319) tuo esille, että multinominaalista logistista regressiota voi käyttää aina binäärisen sijasta ja tämä on useasti jopa suositeltavaa, koska multinominaalinen tarjoaa monipuolisemmat tekniset mahdollisuudet. Multinominaalisessa logistisessa regressioanalyysissa olennaisin tunnusluku on ns. riskisuhde. Kun riskisuhde on alle yhden, todennäköisyys on pienempi kuin referenssikategoriassa (Tabachnick & Fidell 2001, 548). Ennen varsinaisia monimuuttujamallinnuksia yhteyksiä tarkasteltiin yhden selittäjän mallein. Varsinaisiin monimuuttujamallinnuksiin valittiin tilastollisesti merkitsevät muuttujat.

1. Työhistoria jätettiin pois malleista, koska suurella osalla vastaajista työkokemusta eri sektoreilta on vähän ja ikä kuvaa kokemusta yleisellä tasolla. Potilastyön tekemistä mittaava muuttuja jätettiin pois, koska sitä pystyy mittaamaan myös toimipaikkamuuttujalla.

Tulokset

Lääkäreiden asennoituminen markkinoistumiseen

Aluksi tarkastellaan lääkäreiden periaatteellista kantaa yksityisen sektorin roolin lisäämiseksi. Vertailuryhmänä ovat Stakesin HYPA-väestökyselyn tiedot korkeatuloisista, korkeakoulutetuista ja koko väestön keskiarvosta. Lääkärit eivät eroa tässä vertailuryhmistä. Varovaisen tulkinnan mukaan on jopa niin, että lääkärit kannattavat hieman vähemmän yksityisen hoidon lisäämistä. Tosin huomionarvoista on, että niiden osuus, jotka eniten vastustavat (täysin eri mieltä) yksityisen terveydenhoidon lisäämistä, on lääkäreiden osalta pienempi kuin vertailuryhmissä. (Kuvio 1.)

Kun julkista palvelutuotantoa markkinoistetaan, on tehokkuus olennainen termi. Tehokkuus voidaan määritellä vaikuttavuuden ja kustannusten välisen suhteen kautta. Lääkäreistä noin puolet on sitä mieltä, että yksityiset yritykset toimivat tehokkaammin kuin julkinen sektori (taulukko 1). Forman (2006) tutkimuksessa selvästi yli puolet kansalaisista uskoi, että yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat tehokkaammin kuin vastaavat julkiset (ks. samansuuntaisista tuloksista Torvi & Kiljunen 2005). Lääkärit uskovat siten väestön keskimääräistä vähemmän yksityisen sektorin tehokkuuteen.

Tehokkuuden lisäämiseen on pyritty erottamalla tilaaja ja tuottaja toisistaan. Periaatteessa tilaajaksi ajatellaan usein julkinen sektori ja tuottaja voi julkisen sektorin ohella olla yksityinen toimija. Sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa järjestelmää tulee lääkäreiden mukaan kehittää yhä selvemmin tilaaja–tuottajamallin suuntaan. Tosin en osaa sanoa -vaihtoehtoon on vastattu voimakkaasti, mikä kertoo epävarmojen suuresta osuudesta, mutta osin myös kysymysten vaikeudesta (taulukko 2). Kun palveluja markkinoistetaan, on tavoitteena myös potilaan valinnanvapauden lisääminen. Valinnanvapaudella viitataan tavallisesti vapauteen valita lääkäri tai hoitopaikka (Propper & al. 2006, 538). Lääkäreiden keskuudessa vähemmistö on sitä mieltä, että valinnanvapautta tulisi lisätä, jos ehdollistetaan kysymys omavastuuosuuksilla. Tosin myös selkeä osa on omavastuuosuuksien lisäämisen kannalla, jotta valinnanvapautta voidaan parantaa (taulukko 3).

Tällä hetkellä merkittävän hanke tulevaisuuden palvelurakenteen kannalta on kunta- ja palvelu-

rakenneuudistus (Konttinen 2007, 264), jossa esitään tehokasta väestöpohjaa palveluiden järjestämiseen. Valtaosa lääkäreistä on sitä mieltä, että kunta/kuntayhtymä on sopivin alue järjestämään perusterveydenhuollon, eli ei kaipa muutosta nykyiseen. Myös erikoissairaanhoidossa nykytilanteella on suuri kannatus (taulukko 4). Näin siirtyminen selvästi suurempiin palvelutuotantoalueisiin ei lopultakaan saa erityisen suurta kannatusta. Toisaalta, jos tuloksia verrataan kansalaisiin, lääkärit kuitenkin kannattavat suurempia palveluiden järjestämisalueita kuin väestö (ks. Kunnallisanalyytiikan kehittämissäätö, 2005, 27–29, 68).²

Intressit, ideologia ja lääkärityöhön liittyvät intressit selittäjinä

Seuraavaksi analysoidaan, miten markkinoistumiseen suhtaudutaan taustamuuttujittain (taulukko 5). Ennen monimuuttujamallinnuksia tehtiin yksittäistarkastelut, joissa mukana on lisäksi työnimike-muuttuja. Yksittäistarkastelujen tulokset ovat liitetäulukossa 3. Työnimikkeittäin tarkasteltuna havaitaan selkeimmän eron olevan se, että yksityislääkärit kannattavat eniten markkinoistumista suhteessa kaikkiin muihin työnimikkeisiin. Mielenkiintoista on, että lääkärin asemalla ei ole merkitystä, johtotasoa edustavat lääkärit eivät eroa mielipiteiltään. Seuraavassa raportoidaan vakioitujen mallien tulokset muuttujille, joilla todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys yksittäistarkastelussa.³

Lääkäreiden osalta sukupuoli ei nouse hyväksi selittäjäksi. Suurin ero on, että miehet ovat valmiimpia kasvattamaan perusterveydenhuollon järjestämisalueen kokoa. Iän osalta joitain eroja on. Nuoremmat eivät ole yhtä halukkaita kuin vanhemmat ikäluokat erottamaan tilaajan ja tuottajan toisistaan tai muuttamaan nykyisiä perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisalueita. Toimipaikkatarkasteluissa yksityinen sektori erottuu. Yksityisellä sektorilla työskentelevät ovat voi-

2. *Terveydenhuollon piirissä vapaaehtoisin kuntayhtymiin kuuluu valtaosa kunnista, kun esimerkiksi sosiaalitoimen kuntayhtymiin kuuluu noin puolet kunnista* (Linnakko 2003, 66, 71).

3. *Myös työnimike-muuttuja oli alun perin mukana malleissa, mutta vakiointi ei juuri muuta tuloksia yksittäistarkasteluihin nähden. Kuitenkin työnimike-muuttuja poistettiin tässä artikkelissa esitettävistä vakioiduista malleista, koska se aiheuttaa loogisesti mahdollittoman tilanteen selittävien muuttujien välille.*

Taulukko 1. Yksityiset yritykset pystyvät tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja tehokkaammin kuin julkinen sektori, %

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Tehokkaammin	13,7	36,8	17,9	22,8	8,7	100,0 (N = 1 086)

Taulukko 2. Julkista terveydenhuoltoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin, %

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Perusterveydenhuolto	12,1	24,5	37,8	18,7	6,9	100,0 (N = 1 086)
Erikoissairaanhoito	14,6	30,1	33,7	15,9	5,7	100,0 (N = 1 088)

Taulukko 3. Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveystaluuksissa tulee lisätä, jotta valinnanvapautta voidaan parantaa, %

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Valinnanvapaus lääkärin suhteen	7,7	28,7	23,5	28,1	11,9	100,0 (N = 1 084)
Valinnanvapaus hoitopaikan suhteen	6,5	29,6	21,9	31,8	10,2	100,0 (N = 1 083)

Taulukko 4. Sopivin alue järjestämään terveydenhuolto kuntalaisille

	Kunta	Kuntayhtymä	Seutukunta	Maakunta tai sairaanhoitopiiri	Läänitaso	Yhteensä
Perusterveydenhuolto	17,2	46,3	21,5	12,5	2,5	100,0 (N = 1 068)
Erikoissairaanhoito	1,8	9,3	6,7	66,6	15,6	100,0 (N = 1 073)

makkaammin markkinoistamassa nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää. Tosin palveluiden nykyisiä järjestämisalueita ei olla erityisen voimakkaasti muuttamassa. Toimipaikkatarkastelussa joitain muitakin mielenkiintoisia eroja on löydetävissä. Merkittävä tulos on, että terveyskeskuksissa, joissa yksityissektori on voimakkaasti kasvanut 2000-luvulla, ollaan skeptisimpiä yksityisen sektorin tehokkuutta kohtaan. Tosin erot ovat erittäin pieniä.

Puoluekanta on kaikkein selkein mielipiteiden erottelija. Poliittiseen oikeistoon itsensä sijoittavat ovat valmiimpia markkinoistamaan nykyistä

terveydenhuoltojärjestelmää. Erikoisalojen osalta tärkein tulos on, että ei-erikoistuneet lääkärit kannattavat enemmän markkinoistumisen lisäämistä. Selkeimmin erikoisaloista erottuvat yleislääkärit ja kirurgit. Yleislääkärit ovat vähemmän valmiita lisäämään yksityistä terveydenhuoltoa ja myös uskovat harvemmin sen tehokkuuteen. Samalla yleislääketieteen erikoislääkärit kannattavat kuitenkin voimakkaasti perusterveydenhuollon järjestämisalueen muuttamista nykyisestä kuntamallista. Kirurgit taas ovat valmiita lisäämään voimakkaasti valinnanvapautta sekä lääkärin että hoitopaikan suhteen.

Taulukko 5. Monimuuttujamalli: riskisuhteet ja tilastolliset merkitsevyydet (*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001). Vastemuuttujan referenssikategoriana kysymyksissä 1–6: eri mieltä, kysymyksissä 7–8: kannattaa nykyistä järjestämislaluen kokoa. Kysymyksistä 1–6 ei raportoida en osaa sanoa -luokan arvoja								
	Yksityisen lisääminen	Yksityinen tehokkaampi	Tilaajan ja tuottajan erottaminen perusterveydenhuollossa	Tilaajan ja tuottajan erottaminen erikoisvapaussa	Lääkärin valinnanvapaus	Hoitoaikain valinnanvapaus	Uusi perusterveydenhuollon järjestämislalue	Uusi erikoissairaanhoidon järjestämislalue
Sukupuoli (ref. nainen)	-	-	1.178	1.115	1.177	1.208	1.529**	-
Mies	-	-	0.460**	0.345**	0.768	0.656	0.566*	-
Ikä (ref. 50–63-v.)	-	-	0.539**	0.575**	1.008	1.011	0.830	-
Alle 35	-	-	-	-	-	-	-	-
35–49	-	-	-	-	-	-	-	-
Toimipaikka (ref. yksityinen)	0.330***	0.218**	0.455**	0.622	0.517**	0.426**	-	-
Yliopistolinen sairaala	0.222***	0.262***	0.431**	0.497*	0.434**	0.445**	-	-
Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala	0.282***	0.160***	0.406**	0.436*	0.719	0.706	-	-
Terveyskeskus	0.396*	0.195***	0.238**	0.300*	0.511	0.550	-	-
Muu kunnallinen toimipaikka	0.299**	0.388*	0.561	0.462	0.798	0.578	-	-
Yliopisto tai muu tutkimuslaitos	0.270***	0.804	0.599	0.638	0.754	0.646	-	-
Muu	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliittinen orientaatio (ref. oikeisto)	0.212***	0.337***	0.392***	0.353***	0.356***	0.410***	-	-
Vasemmisto	0.324***	0.384***	0.510**	0.390***	0.580*	0.523**	-	-
Keskusta	-	-	-	-	-	-	-	-
Erikoistumisala (ref. ei erikoistunut)	0.387***	0.427**	-	1.399	1.187	0.911	1.755*	-
Yleislääketiede	0.455*	0.519	0.739	0.739	0.891	0.537	0.730	-
Sisätaudit	1.261	1.267	0.717	0.717	4.151**	3.803**	0.969	-
Kirurgia	0.986	1.182	0.906	0.906	1.052	0.653	0.818	-
Psykiaatria	0.577	0.788	1.786	1.786	0.964	0.806	0.896	-
Anestesiologia	0.718	0.793	1.240	1.240	1.293	1.046	1.581*	-
Muu	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiinnostuneisuus liiton terveyspolitiikkaan (ref. ei kiinnostunut)	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiinnostunut	-	-	-	-	-	-	-	-
Aktiivisuus liitossa (ref. ei aktiivinen)	-	-	-	-	-	-	-	-
Aktiivinen	-	-	-	-	-	-	-	-
Päätoimen mielekkyys (ref. ei mielekästä)	-	-	-	-	-	-	-	-
Mielekästä	-	-	-	-	-	-	-	-
Riittävä	-	-	-	-	-	-	-	-
Päätoimen ansiotasoa (ref. riittämätön)	-	-	-	-	-	-	-	-
Riittävä	-	-	-	-	-	-	-	-
Työn itsenäisyys (ref. ei tärkeä)	-	-	1.709	2.345*	-	-	-	0.672**
Tärkeä	-	-	14,4	17,7	9,9	9,3	6,2	1,0
Kokonaismallien pseudoselitysaste, %	16,8	16,0	14,4	17,7	9,9	9,3	6,2	1,0
N	1 056	1 052	979	980	1 044	1 043	1 060	1 016

Muut lääkärintyöhön liittyvät intressimuuttujat erikoisalaa lukuun ottamatta eivät juuri selitä eroja mielipiteissä. Ne, jotka kokevat työn itsenäisyyden tärkeämpänä, ovat hieman valmiimpia erottamaan tilaajan ja tuottajan toisistaan, erityisesti erikoissairaanhoidossa. Toisaalta työn itsenäisyyden tärkeäksi kokevat ovat vähemmän halukkaita muuttamaan erikoissairaanhoidon nykyistä järjestämisaluetta.

Johtopäätökset

Lääkäreiden mielipiteitä on tärkeää tutkia, koska he toimivat johtavina viranhaltijoina ja ovat toisaalta myös jokapäiväisessä työssään tekemisissä terveydenhuoltojärjestelmän kanssa. Tässä artikkelissa markkinoistuminen operationalisoitiin uudella moniulotteisella tavalla. Tämä on myös sen teoreettinen anti yleiselle hyvinvointivaltio-mielipidetutkimukselle.

Tulokset osoittavat, kuinka suhtautuminen tietyllä markkinoistumisen ulottuvuudella positiivisesti ei automaattisesti merkitse positiivista suhtautumista jollain toisella ulottuvuudella. Toisin sanoen ne, jotka kannattavat tilaaja–tuottaja-mallien lisäämistä, eivät välttämättä kannata terveydenhuollon järjestämisalueen koon kasvattamista. Kuitenkin tiettyjä jakolinjoja on silti mahdollista löytää taustamuuttujatarkastelujen perusteella.

Suomen Lääkäriliitto on aktiivinen terveystoimittainen toimija. Lääkäriliitto on esittänyt, että palveluiden järjestäjän koon tulisi olla nykyistä suurempi, tilaaja ja tuottaja tulisi erottaa nykyistä selvemmin toisistaan ja valinnanvapautta tulisi lisätä (Saarinen 2007a). Mikrotasolta tarkasteltuna lääkärit suhtautuvat varsin maltillisesti markkinoistumisen lisäämiseen. Kun verrataan lääkäreitä korkeakoulutettuihin, väestön ylimpään tuloviidennekseen ja koko väestön keskiarvoon, lääkärit kannattavat varovasti tulkiten jopa hieman vähemmän yksityisen terveydenhuollon lisäämistä. Myös yksityisen sektorin tehokkuuteen suhteessa julkiseen suhtaudutaan varauksellisesti väestöön verrattuna (ks. Forma 2006). Havainnot ovat merkittäviä, koska lääkärit tuntevat sekä julkisen että yksityisen sektorin toimintatavat ja ominaisuudet erittäin hyvin. Merkittävä osa julkisella sektorillakin työskentelevistä lääkäreistä on töissä yksityisellä sektorilla sivutoimisesti (Suomen Lääkäriliitto, 2006) ja siten heillä on käytännöstä kumpuavaa vertailutietoa.

Niukka enemmistö lääkäreistä ei ole valmis lisäämään vapautta valita lääkäri tai hoitopaikka, jos omavastuuosuuksia kasvatetaan. Toisaalta palveluiden tilaaja ja tuottaja haluttaisiin useammin erottaa toisistaan, mutta taas palveluiden nykyiset järjestämisalueet nähdään yleisemmin sopivina sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tosin väestöön verrattuna lääkärit ovat useammin valmiimpia kasvattamaan järjestämisalueiden kokoa (ks. Kunnallisanalan kehittämissäätiö, 2005).

Artikkelissa on oltu kiinnostuneita perinteisten intressejä ja ideologioita kuvaavien taustamuuttujien lisäksi lääkärintyöstä nousevia intressejä kuvaavista muuttujista. Aiemmassa väestötason tutkimuksessa on esitetty, että naiset suhtautuvat kielteisemmin yksityiseen palvelutuotantoon (Forma 2002). Toisaalta on saatu myös tuloksia, joissa eroa ei ole (Forma 2006; Kallio 2007). Lääkäreiden osalta sukupuoli ei nouse merkittäväksi selittäjäksi. Aikaisempi väestötason tutkimus on tuonut esille, että nuoremmat suhtautuvat myönteisemmin yksityiseen palvelutuotantoon (Forma 2002; Kallio 2007). Nuoret lääkärit eivät lopulta ole erityisen voimakkaasti markkinoistamassa terveydenhuoltojärjestelmää. Nuoremmat eivät ole yhtä halukkaita kuin vanhemmat erottamaan tilaajan ja tuottajan toisistaan, lisäämään valinnanvapautta tai muuttamaan nykyisiä palveluiden järjestämisalueita.

Olenaisiin taustatekijä on tässä kuten viimeaikaisissa väestötasonkin tutkimuksissa juuri ideologia (Kallio 2007). Poliittiseen oikeistoon itsensä sijoittavat lääkärit ovat valmiimpia markkinoistamaan nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää. Toinen merkittävä selittävä tekijä on yksityisellä sektorilla toimiminen. Osin tätä voi selittää sillä, että on yksityislääkärin intressinä, että järjestelmää markkinoistetaan. Kun julkista sektoria markkinoistetaan, myös yksityisellä sektorilla toimivalle lääkärille avautuvat yhä monipuolisemmat mahdollisuudet toimia erilaisissa tehtävissä juuri yksityisessä toimipaikassa. Lääkärintyöhön liittyvät intressimuuttujat eivät lopulta nouse merkittäviksi selittäviksi tekijöiksi lukuun ottamatta erikoisalamuuttujaa: erikoistumattomat tai parhaillaan erikoistumassa olevat lääkärit ovat voimakkaammin kannattamassa markkinoistumisen lisäämistä.

Markkinoistumisen on todettu aiheuttavan profession keskuudessa stratifikaatiota eli hajontaa (Filc 2006). Tämän voisi olettaa näkyvän siinä, että eri sektoreiden, kuten erikoissairaanhoidon

don ja perusterveydenhuollon, välillä syntyy hajontaa mielipiteissä. Hajontaa ei ole aiemmin tutkittu kyselyaineistoin. Tämän tutkimuksen mukaan hajonta mielipiteissä ei ole erityisen suurta, mutta joitakin pieniä eroja on. Merkittävin on, että terveyskeskuksissa työskentelevät ovat skeptisimpiä yksityisen terveydenhuollon tehokkuutta ja lisäämistä kohtaan. 2000-luvulla julkisen terveydenhuollon uusin ilmiö ovat vuokra-lääkäriyritykset, jotka tavallisemmin toimivat nimenomaan terveyskeskuksissa. Esimerkiksi sosiaalibarometrin mukaan 47 prosenttia terveyskeskuksista on vuokrannut lääkäreitä jatkuvasti (Eronen & al. 2007). Näyttääkin siltä, että siellä, missä markkinoistumista on tapahtunut eniten, on myös suhtautuminen yksityisen sektorin tehokkuuteen ja lisäämiseen kielteisintä.

Aiemmassa tutkimuksessa markkinoistumista on mitattu yksiuolotteisesti lähinnä kysymällä, kuinka paljon haluttaisiin yksityistää palveluja. Tässä artikkelissa on taas mitattu markkinoistumista moniuolotteisesti. Voidaan kuitenkin poh-

tia, onko operationalisoinnissa onnistuttu. Pieneä ongelmana operationalisoinnissa on, että julkisen järjestelmän uudelleenmuotoiluun ja markkinoistumiseen liitoksissa olevat termit ovat sekavia. Vastaajilla ei tule samasta termistä välttämättä samoja mielleyhtymiä. Eroja saattaa olla esimerkiksi eri ikäryhmien tai eri toimipaikoissa työskentelevien osalta. Aikaisempi hyvinvointivaltio-mielipidetutkimus on tuonutkin esille, kuinka tulokset ovat riippuvaisia kysymysten sanamuodoista (Kangas 1997).

Kuitenkin voidaan ajatella, että lääkärit asiantuntijaryhmänä ovat kokonaisuutena voimakkaammin perillä terveyspolitiikan terminologias-ta, eivätkä siksi ole erityisen sensitiivisiä kysymysten sanamuotojen vaikutukselle. Toisaalta osassa kysymyksistä en osaa sanoa -vastausten osuus on suuri, mikä myös viestii ilmiön operationalisoinnin hankaluudesta. Tavalliselle rivilääkärille terveydenhuollon organisaatioon tiukasti liitoksissa olevat kysymykset, kuten tilaaja-tuottaja-malli, eivät välttämättä ole erityisen läheisiä.

KIRJALLISUUS

- D'ANJOU, LEO & ABRAM, STEJN & VAN AARSEN, DRIES: Social Position, Ideology, and Distributive Justice. *Social Justice Research* 8 (1995): 4, 351–384
- CUMMINGS, SIMONE M. & SAVITZ, LUCY A. & KONRAD, THOMAS R.: Reported Response Rates to Mailed Physician Questionnaires. *Health Services Research* 35 (2001): 6, 1347–1355
- ELOVAINIO, MARKO & HEPONIEMI, TARJA & VÄNSKÄ, JUKKA & SINERVO, TIMO & KUJALA, SANTERO & LAAKSO, ERKKI & JALONEN, PÄIVI & HAKANEN, JARI & HUSMAN, KAJ & TÖYRY, SAARA & HALILA, HANNU: Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? *Suomen Lääkärilehti* 62 (2007): 20–21, 2071–2076
- ERONEN, ANNE & LONDÉN, PIA & PERÄLAHTI, ANNE & SILTANIEMI, AKI & SÄRKELÄ, RIITTA: Sosiaalibarometri 2007. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 2007
- ERVASTI, HEIKKI: Yhteiskuntaluokat, individualistinen kritiikki ja hyvinvointipalvelujen kannatus. *Janus* 6 (1998): 2, 167–187
- ERVASTI, HEIKKI: Yhteiskuntaluokat ja hyvinvointipalvelut. *Sosiologia* 31 (1994): 4, 274–287
- FILC, DANI: Physicians as 'Organic Intellectuals'. A Contribution to the Stratification versus Deprofessionalization Debate. *Acta Sociologica* 49 (2006): 3, 273–285
- FORMA, PAULI: Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina. Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipi-

- teet vuonna 2004. S. 160–184. Teoksessa: Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 2006
- FORMA, PAULI: Suomalaisten sosiaaliturvaa ja sosiaalipalveluja koskevat mielipiteet vuonna 2002. S. 292–310. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 2002
- FORMA, PAULI: Interests, Institutions and the Welfare State. *Studies on Public Opinion towards the Welfare State*. Helsinki: Stakes, 1999
- FORMA, PAULI & SAARINEN, ARTTU: Kansan mielestä jakovaraa riittää. Suomalaisten mielipiteet vuonna 2006. Käsikirjoitus, julkaistaan Stakesin artikkelikokoelmassa 2008
- GROSS, REVITAL & TABENKIN, HAVA & BRAMMLI-GREENBERG, SHULI: Factors affecting primary care physicians' perceptions of health system reform in Israel: Professional autonomy versus organizational affiliation. *Social Science and Medicine* 64 (2007): 7, 1450–1462
- HOEL, MARIT & KNUTSEN, ODDBJØRN: Social Class, Gender and Sector Employment as Political Cleavages in Scandinavia. *Acta Sociologica* 32 (1989): 2, 181–201
- HYPPÖLÄ, HARRI: Development and Evaluation of Undergraduate Medical Education in Finland. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2001
- HÄKKINEN, UNTO: The Impact of Changes in Finland's Health Care System. *Health Economics* 14 (2005): S1, S101–S118
- JANUS, KATHARINA & VOLKER, ERIC AMELUNG & GAITA-

- NIDES, MICHAEL & SCHWATZ, FRIEDRICH WILHELM: German physicians "on strike" – Shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 82 (2007): 3, 357–365
- JOKIVUORI, PERTTI: Millaisia ovat ammattiyhdistysaktiivit? Tutkimus SAK:n, STTK:n ja Akavan ay-osallistujista ja rivijäsenistä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1997
- JÆGER, MAD: What Makes People Support Public Responsibility for Welfare Provision: Self-interest or Political Ideology? A Longitudinal Approach. *Acta Sociologica* 49 (2006): 3, 321–338
- JÄMSÉN, RAIMO & PEKURINEN, MARKKU: Terveydenhuollon 1990-luvun uudistustulokset. *Suomen Lääkärilehti* 58 (2003): 9, 1067–1070
- KALLIO, JOHANNA: Kansalaisten asennoituminen kunnallisten palvelujen markkinoistumiseen vuosina 1996–2004. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 3, 239–255
- KANGAS, OLLI: Self-Interest and the Common Good: The Impact of Norms, Selfishness and Context in Social Policy Opinions. *Journal of Socio-Economics* 26 (1997): 5, 475–494
- KONTTINEN, MAUNO: Epilogi – vai tuliko tästä prologi? – Palvelupolitiikan tulevaisuus. S. 259–270. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 2007
- KUMPUSALO, ESKO & LÄÄKÄRI 98 -TUTKIJARYHMÄ: Lääkärien ammatti-identiteetistä. *Suomen Lääkärilehti* 57 (2002): 35, 3395–3396
- KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ: Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2005. Helsinki: Pole-Kuntatieto Oy, 2005
- LAHELMA, EERO & BROMS, ULLA & KARISTO, ANTTI: ”Pienestä pitäen olen halunnut lääkäriksi.” Lääketieteen opiskelijoiden tausta ja suuntautuminen. *Suomen Lääkärilehti* 58 (2003): 44, 4491–4496
- LINNAKKO, EERO: Sosiaali ja terveys. S. 64–71. Teoksessa: Lundström, Ilona (toim.): Parasta palvelua. Selvitys kuntapalvelujen järjestämisen vaihtoehtoista. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2003
- MARJORIBANKS, TIM & LEWIS, JENNY M.: Reform and autonomy: perceptions of the Australian general practice community. *Social Science & Medicine* 56 (2003): 11, 2229–2239
- MIDTTUN, LINDA: Private or Public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. *Social Science & Medicine* 64 (2007): 6, 1265–1277
- MÄNTYSELKÄ, PEKKA & AIRA, MARJA & MYLLYKANGAS, MARKKU & VEHVILÄINEN, ARTO & KUMPUSALO, ESKO: Ammatinharjoittajaksi perusterveydenhuoltoon – vai ei? *Suomen Lääkärilehti* 61 (2006): 23, 2511–2517
- NUMMENMAA, LAURI: Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi, 2004
- PALKANSAAJIEN KUUKAUSIANSIOT ANSIOTASOINDEKSIIN MUKAAN. Tilastokeskus. <http://statfin.stat.fi/statweb/start.asp?LA=fi&DM=SLFI&lp=catalog&clg=palkkasummaindeksit>. Tiedot luettu 22.4.2007
- PEKURINEN, MARKKU & HÄKKINEN, UNTO: Terveydenhuollon rahoituksen uudistamiseksi esitettyjä ehdotuksia. S. 23–26. Teoksessa: Klavus, Jan (toim.): *Terveystaloustiede*. Helsinki: Stakes, 2007
- POLLITT, CHRISTOPHER: Is the Emperor in his Underwear? An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management: an international journal of research and theory* 2 (2000): 2, 181–199
- PROPPER, CAROL & WILSON, DEBORAH & BURGESS, SIMON: Extending Choice in English Health Care: The Implications of the Economic Evidence. *Journal of Social Policy* 35 (2006): 4, 537–557
- QUAYE, RANDOLPH K.: Swedish physicians' perspectives on the introduction of the Stockholm model. *Journal of Management in Medicine* 11 (1997): 4, 246–255
- SAARINEN, ARTTU: Markkinat ja lääkäriprofessio. Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 2, 121–136. 2007a
- SAARINEN, ARTTU: Raportti suomalaisten lääkäreiden terveyspoliittisia mielipiteitä kartoittavan tutkimuksen aineiston keruusta sekä teknisistä seikoista. Turku: Turun yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos, 2007. 2007b
- SAIRAANHOITOVAKUUTUSTOIMIKUNNAN MIETINTÖ. Komiiteanmietintö 1993: 29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1993
- SIHVO, TUURE & UUSITALO, HANNU: Mielipiteiden uudet ulottuvuudet. Suomalaisten hyvinvointivaltiota, sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevat asenteet vuonna 1992. Helsinki: Stakes, 1993
- SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO: Lääkärikysely, tilastoja, 2006
- TABACHNICK, BARBARA G. & FIDELL, LINDA S.: *Using Multivariate Statistics*. USA: Allyn & Bacon, 2001
- TORVI, KAI & KILJUNEN, PENTTI: Onnellisuuden vaikea yhtälö. EVA:n kansallinen arvo- ja asennetutkimus. Helsinki: EVA, 2005
- WHYNES, DAVID K. & BAINES, DARRIN L.: Primary care physicians' attitudes to health care reform in England. *Health Policy* 60 (2002): 1, 111–132
- WILLBERG, MIRJA & VALTONEN, HANNU: Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007
- VÄNSKÄ, JUKKA: Ajankohtaista tietoa lääkärien palkoista. *Suomen Lääkärilehti* 61 (2006): 40, 4132–4136
- YKSITYINEN PALVELUTUOTANTO SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA 2004. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Stakes, 2007
- ØVRETVEIT, JOHN: Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management* 18 (2003): 3, 233–246.

ENGLISH SUMMARY

Arttu Saarinen: Physicians' opinions on the marketization of health care (Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta)

Since the 1990s there has been a growing trend in the Finnish health care sector to encourage and facilitate private service provision. Local governments have had greater latitude to outsource the production of health services to the private sector. However, strategic public-private partnerships continue to remain quite scarce. Most typically, private sector services are used in situations where all other options are exhausted. Therefore, as yet there have been no radical changes in the main distinctive characteristics of the essentially public Finnish health care system, even though there has from time to time been intense public debate on how that system should be developed. In the health care system that remains under constant pressures of change, the key role is played by health care professionals. This article explores the views and opinions of medical doctors on the trends of marketization and discusses the factors that explain their opinions. At the population level, explanatory factors of opinions on the welfare state have usually consisted of variables describing interests or ideology. In the case of an individual professional group, however, interests and ideologies do not alone suffice, but the analysis must also include explanatory variables that are specific to the occupation. In all, this article includes 11 explanatory variables. Marketization is measured on five different dimensions. The data for the research come from a postal questionnaire (N=1 092, response rate 54.6%). The sample is representative of employed doctors. The results are described in the article by percentage distributions, while multinomial logistic regression analysis is used as the preferred method of explanation. On some items the views and

opinions of physicians are compared with those of the total population, the highest income quintile and those with an academic education. In a rather cautious interpretation of the results, it seems that compared with the total population, physicians are somewhat less supportive of increasing private care provision. Furthermore, when compared with earlier results from population studies, it seems that doctors are rather more sceptical about the efficiency benefits of the private sector. About half of the doctors in this study took the view that private businesses run a more efficient operation than the public sector. Most physicians take the view that both specialized health care and primary health care should move towards purchaser-provider models. A minority of doctors take the view that there should be greater freedom of choice if deductibles are included in the equation. Most doctors take the view that primary health care services are ideally provided by local municipalities or joint municipal authorities, i.e. they are content with the existing system. There is also fairly broad support for the existing system in specialized health care provision. As in recent population-level surveys, the most important background variable explaining doctors' opinions is ideology, i.e. the respondent's political orientation. Another significant explanatory variable is employment in the private sector. Variables related to the medical profession do not in the end emerge as particularly significant explanatory factors. All in all the observations made in the article carry considerable weight since physicians have an intimate knowledge of both the public and private sector.

KEY WORDS

Physicians, opinions, marketization, health care, Finland

Liitetaulukko 1. Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimet selitettäville muuttujille, tilastollisesti merkitsevät lihavoitu ($p < 0.05$)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Yksityisen lisääminen							
(2) Yksityinen tehokkaampi	.406						
(3) Tilaaaja-tuottaja/perusterveydenhuolto	.282	.244					
(4) Tilaaaja-tuottaja/erikoissairaanhoito	.237	.204	.742				
(5) Lääkärin valinnanvapaus	.288	.196	.219	.215			
(6) Hoitopaikan valinnanvapaus	.304	.216	.229	.218	.737		
(7) Perusterveydenhuollon järjestämialue	.026	.030	-.094	-.097	-.027	-.008	
(8) Erikoissairaanhoidon järjestämialue	-.045	-.012	-.024	-.036	-.019	-.018	.027

Liitetaulukko 2. Monimuuttujamallissa mukana olevat selittävät muuttujat kuvaavat päätoimen työtä. Suluissa olevat lyhenteet kuvaavat intressejä (I), ideologiaa (ID) ja lääkärintyöhön liittyviä intressejä (L)

Muuttuja	N	%
Sukupuoli (I)		
Mies	471	43,3
Nainen	616	56,7
Ikä (I)		
Alle 35 vuotta	175	16,1
35–49 vuotta	436	40,2
50–63 vuotta	474	43,7
Työnimike (I)		
Johtotaso	247	22,8
Osastonlääkäri, erikoislääkäri	266	24,6
Erikoistuva lääkäri	142	13,1
Terveyskeskuslääkäri	179	16,5
Työterveyslääkäri	85	7,8
Muu	43	4,0
Opettaja, tutkija, assistentti	29	2,7
Yksityislääkäri	92	8,5
Toimipaikka (I)		
Yliopistollinen sairaala	258	23,8
Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala	234	21,6
Terveyskeskus	253	23,4
Muu kunnallinen toimipaikka	39	3,6
Yliopisto tai muu tutkimuslaitos	46	4,3
Muu	68	6,3
Yksityinen toimipaikka	184	17,0
Poliittinen orientaatio (ID)		
Vasemmisto	205	19,2
Keskusta	130	12,2
Oikeisto	731	68,6
Erikoistuminen (L)		
Yleislääketiede	131	12,0
Sisätaudit	45	4,1
Kirurgia	44	4,0
Psykiatria	86	7,9
Anestesiologia	48	4,4
Muut erikoisalat	334	30,6
Ei erikoistunut	404	37,0
Kiinnostuneisuus liiton terveystalouteen (L)		
Kiinnostunut	571	52,7
Ei kiinnostunut	513	47,3
Aktiivisuus liitossa (L)		
Aktiivinen	62	5,8
Ei aktiivinen	1 004	94,2
Päätoimen mielekkyys (L)		
Mielekäs	967	92,8
Ei mielekäs	75	7,2
Päätoimen ansiotaso (L)		
Riittävä	744	72,1
Riittämätön	288	27,9
Työn itsenäisyys (L)		
Tärkeä	945	93,1
Ei tärkeä	70	6,9

1. Mielekkyys-, ansiotaso- ja työn itsenäisyys -muuttujien osalta havaintomäärät ovat hieman pienemmät, koska niistä on poistettu en osaa sanoa -vastausvaihtoehdot, kun muuttujat luokiteltiin uudelleen kaksi- luokkaisiksi.

Liitetaulukko 3. Yksittäistarkastelut: riskisuhteet ja tilastolliset merkisevytydet (*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001). Vastemuuttujan referenssikategoriana kysymyksissä 1–6: eri mieltä, kysymyksissä 7–8: kannattaa nykyistä järjestämisläueen kokoa. Kysymyksistä 1–6 ei raportoita en osaa sanoa -luokan arvoja									
	Yksityisen lisääminen	Yksityinen tehokkaampi	Tilaajan ja tuottajan erottaminen perusterveydenhuollossa	Tilaajan ja tuottajan erottaminen erikoissairaanhoidossa	Lääkärin valinnanvapaus	Hoitoaikan valinnanvapaus	Uusi perusterveydenhuollon järjestämisläue	Uusi erikoissairaanhoidon järjestämisläue	
Sukupuoli (ref. nainen)	1.290	1.175	1.469*	1.396*	1.349*	1.382*	1.642***	1.151	
Mies									
Ikä (ref. 50–63-v.)	1.377	0.950	0.395***	0.259***	0.536**	0.541**	0.419***	0.727	
Alle 35									
35–49	0.903	0.872	0.496***	0.538***	0.927	0.891	0.732*	1.067	
Työnimike (ref. yksityislääkäri)									
Johtotaso	0.228***	0.158***	0.279**	0.483	0.363**	0.361**	1.622	1.049	
Osastolääkäri, erikoislääkäri	0.294***	0.221***	0.261***	0.348**	0.299***	0.351**	0.912	1.333	
Erikoistuva lääkäri	0.248***	0.150***	0.170***	0.216***	0.262***	0.213***	0.694	1.002	
Terveyskeskuslääkäri	0.175***	0.103***	0.184***	0.198***	0.259***	0.351**	0.567*	0.929	
Työterveyslääkäri	0.439*	0.396*	0.263**	0.328**	0.242***	0.366**	1.197	1.013	
Muu	0.419	0.318*	0.519	0.616	0.312	0.547	1.295	0.811	
Opettaja, tutkija, assistentti	0.208*	0.268*	0.142**	0.194**	0.367*	0.393	0.671	1.307	
Toimipaikka (ref. yksityinen)									
Yliopistolinen sairaala	0.376***	0.238***	0.345***	0.449**	0.510**	0.417***	0.902	1.303	
Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala	0.248***	0.270***	0.358***	0.383**	0.404***	0.394***	0.995	1.167	
Terveyskeskus	0.233***	0.136***	0.320***	0.330***	0.552**	0.555**	0.702	0.944	
Muu kunnallinen toimipaikka	0.404*	0.204***	0.189**	0.220**	0.403*	0.406*	0.515	0.992	
Yliopisto tai muu tutkimuslaitos	0.371*	0.482	0.524	0.440	0.689	0.689	1.182	1.232	
Muu	0.308**	0.714	0.589	0.644	0.701	0.586	0.694	1.410	
Poliittinen orientaatio (ref. oikeisto)									
Vasemmisto	0.221***	0.319***	0.400**	0.358***	0.362***	0.420***	0.840	0.832	
Keskusta	0.345***	0.402***	0.538*	0.437**	0.597*	0.545**	1.414	1.134	
Erikoistumisala (ref. ei erikoistunut)									
Yleislääketiede	0.436***	0.431***	0.993	1.774*	1.541	1.300	2.185***	0.923	
Sisätaudit	0.523	0.666	0.674	1.163	1.065	0.691	0.974	1.146	
Kirurgia	1.503	1.664	0.956	1.505	4.333**	4.008**	1.369	0.779	
Psykiaatria	0.867	1.227	0.951	1.080	1.045	0.668	0.904	1.077	
Anestesiologia	0.578	0.861	1.574	2.570*	0.943	0.812	1.123	1.177	
Muu	0.970	1.218	1.454	2.273***	1.482*	1.246	1.941***	1.137	
Kiinnostuneisuus liiton terveyspolitiikkaan (ref. ei kiinnostunut)	0.797	0.791	1.212	1.230	0.930	1.013	1.235	1.002	
Kiinnostunut									
Aktiivisuus liitossa (ref. ei aktiivinen)	0.849	0.988	1.217	1.381	1.516	1.134	1.438	0.658	
Aktiivinen									
Päätoimen mielekkyys (ref. ei mielekästä)	0.683	0.841	1.310	1.363	0.822	0.694	1.108	0.698	
Mielekästä									
Päätoimen ansiotaso (ref. riittämätön)	1.018	1.093	1.202	1.270	1.094	1.175	1.096	0.672**	
Riittävä									
Työn itsenäisyys (ref. ei tärkeä)	1.337	1.196	2.691**	3.398***	1.440	1.407	0.887	1.184	
Tärkeä									