

JUHO RUSKOaho
VTM, TUTKIJAJ
SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO

JUKKA VÄNSKÄ
VTM, TUTKIMUSPÄÄLLIKKÖ
SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO

Sukupuolten palkkaerot pysyneet pieninä kuntasektorin lääkäreillä

Lähtökohdat

Naisten keskiarvopalkka on ollut Suomessa noin 80 % miesten palkasta koko 2000-luvun ajan. Tarkoituksena oli selvittää sukupuolten välisen palkkaeron suuruus kuntasektorin lääkäreillä ja tutkia, onko palkkaerossa tapahtunut muutosta neljän vuoden aikana.

Menetelmät

Selvitys perustuu Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkat -aineiston tietoihin lokakuulta 2007. Tarkastelussa on mukana kuntasektorilla kokoaikatyössä olevan lähes 8 200 lääkärin palkkatiedot. Sukupuolten välistä palkkaeroa tutkittiin eri monimuuttujamenetelmien avulla.

Tulokset

Mies- ja naislääkärien keskipalkoissa on huomattavia eroja. Naiset ansaitsevat säännöllisenä työaikana 8–15 % vähemmän kuin miehet. Taustatekijöiden vakioimisen jälkeen palkkaerosta jää selittämättä 3–6 %. Palkkaero on suurin palkkajakauman yläpäässä.

Päätelmät

Tutkimuksen mukaan kunnallisilla työmarkkinoilla lääkärin palkkauksessa ei ole havaittavissa sukupuolisyrjintää. Mies- ja naislääkärien eroava virkarakenne on merkittävin sukupuolten välistä palkkaeroa selittävä tekijä. Lääkärien väliset palkkaerot ovat pysyneet lähes muuttumattomina vuoteen 2003 verrattuna.

Työmarkkinoiden tasa-arvoa punnittaessa miesten ja naisten välinen palkkaero on puhutuimpia aiheita, minkä vuoksi se on jatkuvan tutkimuksen kohteena. Keskeistä sukupuolten palkkaerotutkimuksessa on samapalkkaisuuden käsite, joka on määritetty samalla tavalla niin Suomen tasa-arvolaisissa, muiden Pohjoismaiden tasa-arvolainsäädännössä sekä Euroopan unionin direktiiveissä ja tuomioistuimissa. Määritelmän mukaan saman työnantajan on maksettava samasta ja samanarvoisesta työstä samaa palkkaa naisille ja miehille, muuten kyse on sukupuoleen perustuvasta syrjinnästä (1).

Julkisessa keskustelussa tämä määritelmä valitettavan usein unohtuu, kun keskitytään vertaamaan miesten ja naisten palkkojen keskiarvojen eroa. Tilastojen valossa ”naisen euro on 80 senttiä”, sillä lokakuussa 2007 miehet ansaitsivat keskimäärin 3 048 euroa kuussa, kun taas naisten keskiansio oli 2 453

euroa. 2000-luvulla miesten ja naisten palkkaero on pysynyt lähes vakiona (2). Suomessa sukupuolten väliset palkkaerot ovat suurempia kuin Euroopassa keskimäärin, jossa naisen eurosta voidaan puhua keskimäärin 85 senttinä (3).

Tasa-arvon näkökulmasta on tärkeää selvittää, liittyykö havaittuun palkkaeroon naiseen kohdistuvaa syrjintää työmarkkinoilla. Kun verrattiin samassa yrityksessä samassa työtehtävässä yhtä vaativia töitä tekeviä miehiä ja naisia, olivat naisten keskiansiot noin 3–6 % miehiä alhaisempia. Tätäkin eroa voitaisiin ehkä selittää täydellisemmän selittävien muuttujien joukon avulla. Keskiansioiden eroista sukupuolten välillä valtaosa selittyi sillä, että miehet työskentelevät keskimäärin korkeampipalkkaisilla toimialoilla ja korkeampipalkkaisissa tehtävissä (4). Teollisuuden toimihenkilöillä sukupuolten välinen palkkaero on pienentynyt viime vuosina, teol-

Kirjallisuutta

- 1 Petäjaniemi T. Selvitys hallituksen samapalkkaisuohjelman rakentamisen edellytyksistä yhdessä työmarkkinaosapuolen kanssa. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämui-
tointia 2004:13. Helsinki 2004.
- 2 Ansiotasoindeksi 2000–2007, 4. neljännes. Tilastokeskus.
- 3 Komission kertomus neuvostolle, Euroopan parlamentille, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Naisten ja miesten tasa-arvo – 2008. Euroopan yhteisöjen komissio. Kom [2008] lopullinen.
- 4 Kyrrä T. Studies on Wage Differences and Labour Market Transitions. Valtion Taloudellinen tutkimuskeskus VATT tutkimuksia 133. Helsinki 2007.
- 5 Asplund R. Sukupuolten palkkaerot Suomessa. Yksityisen sektorin miesten ja naisten palkkojen ja palkkaerojen tarkastelu. Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos ETLA. Helsinki 2008.
- 6 Kellokumpu J. Lasten vaikutus äidin palkkaan. Palkansaajien tutkimuslaitos, tutkimuksia 103. Helsinki 2006.
- 7 Lijja R, Asplund R, Kauppinen K, toim. Perhevapaavalinnat ja perhevapaiden kustannukset. Sukupuolten välisen tasa-arvon jarruina työelämässä? Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2007:69. Helsinki 2007.
- 8 Napari S. Essays on the gender wage gap in Finland. Helsinki School of Economics A-328. Helsinki 2008.

lisuuden työntekijöillä se on pysynyt samana, ja palvelusektorilla se on jopa kasvanut (5). Sukupuolten palkkaeron taustalla havaitaan ilmiö, että naiset ovat yliedustettuina niillä toimialoilla ja niissä ammateissa, joissa palkat ovat keskimäärin matalampia.

Lapsen hankkimisen on havaittu vähentävän äidin ansioita noin 10 % verrattuna lapsettomiin naisiin (6). Miehillä puolestaan lapsen vaikutus palkkaan on lähes olematon, sillä isät ovat poissa työelämästä keskimäärin niin lyhyen aikaa, ettei se ehdi vaikuttaa palkkakehitykseen (7). Miesten ja naisten urakehitystä tutkimalla selvisi, että sukupuolten välinen palkkaero syntyykin juuri ensimmäisten kymmenen työvuoden aikana, minkä jälkeen se pysyy vakiona. Tässä näkyy nimenomaan lapsien erilainen vaikutus palkkakehitykseen sukupuolten välillä. Myös työpaikan vaihto vaikuttaa palkkakehitykseen eri tavoilla sukupuolten välillä. Miehillä työpaikan vaihto parantaa palkkakehitystä huomattavasti enemmän kuin naisilla. Miehet näyttäsivät valitsevan työpaikkansa enemmän palkan perusteella, kun taas naisille palkkaa tärkeämpi tekijä työpaikan valinnassa on mahdollisuus työn ja perheen yhteensovittamiseen (8).

Terveyskeskuslääkäreille toimipaikan sijainti on myös palkkaan vaikuttava tekijä. Syrjäisillä terveyskeskuksilla on vaikeuksia houkuttaa työntekijöitä, joten niiden on maksettava kovempia palkkoja rekrytoidessaan lääkäreitä (9). Lääkärivaje terveyskeskuksissa on kasvanut jo 10 %:iin, ja ostopalveluilla täytettyjä virkoja on 8 % (10). Mikäli miehet ovat työvoimana liikkuvampia ja siten hyödyntävät mahdollisuudet korkeampiin palkkoihin, voi se osaltaan selittää sukupuolten välistä palkkaeroa.

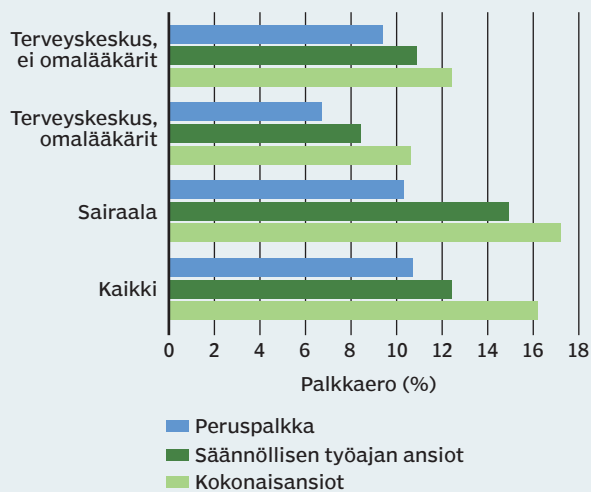
Ruotsissa lääkäreiden palkkoja tutkittaessa havaittiin, että mieslääkärit ansaitsevat noin 4 % enemmän kuin vastaavissa tehtävissä työskentelevät naiskollegat (11). Suomessa selvitettiin kuntasektorilla työskentelevien lääkäreiden palkkaeroja vuoden 2003 tilanteeseen perustuen. Tuolloin sairaaloissa työskentelevien mies- ja naislääkäreiden raakapalkkaero oli lähes 18 %, mutta taustatekijöiden vakiointi pienensi sen lähes 2 %:iin. Väestövastuullisissa terveyskeskuksissa taustatekijöiden vakioinnin jälkeen palkkaeroa jäi 3 %, muissa terveyskeskuksissa puolestaan 5 %. Tärkein tekijä palkkaerojen taustalla oli miesten ja naisten erilainen virkarakenne. Tutkimuksesta selvisi myös, että mieslääkärit saavat enemmän suoriteperusteisia palkanosia (12).

Kunta-alalla työskentelee yli 11 000, eli noin 70 % työssä olevista lääkäreistä. Yksityisellä sektorilla työskentelee joko työsuhteisena tai päätoimisena ammatinharjoittajana noin 23 % lääkäreistä. Valtio työllistää noin 7 % lääkäreistä. Lääkärikunta on naisistunut voimakkaasti: nykyään 55 % työssä olevista lääkäreistä on naisia. Naisistuminen näkyy erityisesti siinä, että nuorista ikäluokista jo yli kaksi kolmasosaa on naisia. Miehet ovat yliedustettuina virkahierarkian yläpäässä (13).

Tässä tutkimuksessa on tarkoitus selvittää sukupuolten välisen palkkaeron suuruus kuntasektorin lääkäreillä ja tutkia, onko palkkaerossa tapahtunut muutosta vuoteen 2003 verrattuna. Keskipalkkojen selittämisen lisäksi tutkitaan myös sukupuolen merkitystä palkkajakautien eri pisteissä, eli tutkitaan palkkojen määrääntymistä kvantaaliregression avulla myös alimman ja ylimmän desiilin kohdilta. Palkkaerotutkimuksessa usein käytetyn Oaxaca-hajoitelman avulla selvitetään, kuin-

KUVIO 1.

Miesten ja naisten väliset palkkaerot eri palkkakäsitteillä mitattuina.



- 9 Ruskoaho J. Terveyskeskuslääkäreiden palkkaeroja vuosina 1998–2004 selittävät tekijät Suomessa. Valtion Taloudellinen tutkimuskeskus VATT keskustelunaloitteita 457. Helsinki 2008.
- 10 Parmanne P. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2007. Suomen Lääkäriliitto. <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/tktilanne.html>.
- 11 Ljunglöf T, Pokarzhevskaya G. Därför tjänar män mer än kvinnor. Lönskillnadernas utveckling bland SACO-förbundes medlemmar mellan 1996 och 2001. SACO 2003.
- 12 Vänskä J, Juutinen M. Mies- ja naislääkärien palkkaerot kuntasektorilla. Sukupuolten välinen palkkaero kuntasektorin lääkäreillä - selvitys. Suom Lääkäril 2005;60:1815–9.
- 13 Lääkärikysely 2007. Tilastoja. Suomen Lääkäriliitto 2007.
- 14 Oaxaca R. Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets. *International Economic Review* 1973;14:639–709.
- 15 Kuntasektorin palkat 2007. Tilastokeskus.
- 16 Kuntasektorin palkkatilastojen tietokantojen käyttöohjeistus 2007. Tilastokeskus 2007.
- 17 Kunnallinen lääkärien virkaehtosopimus 2007–2009. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Helsinki 2007.
- 18 AKAVA:n työmarkkinatutkimus 2002. AKAVA.

ka paljon sukupuolen välisestä palkkaerosta selittyy ominaisuuksien erolla ja kuinka paljon jää selittymättä (14).

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen palkka-aineisto on peräisin Tilastokeskukselta, jolle kunnat ja kuntayhtymät ovat ilmoittaneet tiedot koskien lokakuussa 2007 kuntasektorilla työskennelleitä lääkäreitä (15). Tätä aineistoa on täydennetty yhdistämällä Lääkäriliiton jäsenrekisteristä tietoa koskien muun muassa koulutusta (esimerkiksi perustutkinnon valmistumisvuosi, erikoisala) kuvaavilla muuttujilla. Tarkasteluun on valittu pelkästään kokoaikaisina lokakuussa 2007 työskennelleet lääkärit. Tutkimusaineisto koostuu siten 1 328:sta väestövastuuterveyskeskuksessa, 1 136:sta muussa terveyskeskuksessa ja 5 711:sta sairaalassa toimivasta lääkäristä.

Sukupuolten välisen palkkaeron suuruus riippuu käytetystä palkkakäsitteestä, kuten kuvio 1 osoittaa. Peruspalkalla tarkoitetaan tehtäväkohtaista palkkaa. Säännöllisen työajan ansioon lisätään työkokemuksen ja henkilökohtaisen pätevyuden perusteella maksettavat lisät sekä muut säännölliseltä työajalta maksetut palkkiot, kuten toimenpide- ja potilaskäyntipalkkiot. Kokonaisansioon lisätään vielä ylityö- ja varallaolokorvaukset sekä muut ei-säännöllisen työajan lisät (16).

Sukupuolten välisen palkkaeron selvittämiseksi pyrittiin taustatekijöitä vakioimaan mahdollisimman tarkasti. Palkkaa selittäviksi tekijöiksi valittiin sukupuolen lisäksi virkanimike, perustutkinnon suorittamisesta kulunut aika, maantieteellinen alue (maakunta), työsuhteen vakituisuus, onko väitöskirja tehty, erikoistumisala ja erikoismaksuluokkapalkkiot. Viimeiset kaksi koskivat vain sairaaloissa toimivia lääkäreitä. Virkanimikemuutuja muodostettiin lääkärien virkaehtosopimuksen palkkahinnoittelun perusteella. Palkkahinnoittelun ulkopuoliset jätettiin analyysien ulkopuolelle.

Päätutkimusmenetelmä on indikaattori-muuttujilla täydennetty regressioanalyysi. Palkkamuuttujana käytetään logaritimuunnettuja säännöllisen työajan ansioita, jolloin mallin regressiokertoimet kertovat likimain prosentuaalisista vaikutuksista palkkaan. Regressiomallit tehtiin erikseen sairaaloiden,

väestövastuuterveyskeskusten ja muiden terveyskeskusten lääkäreille. Lisäksi sukupuolen vaikutusta tutkittiin palkkajakauman eri kohdissa kvantaaliregression avulla. Tarkoituksena oli selvittää, vaikuttaako sukupuoli palkanmuodostukseen eri tavoin palkkajakauman eri kohdissa. Kvantaaliregressiota sovitettiin palkkojen ensimmäiseen desiiliin, mediaaniin ja yhdeksänteen desiiliin.

Oaxaca-hajotelmissa estimoitiin palkkayhtälöt erikseen miehille ja naisille. Näin voitiin arvioida, kuinka suuri osa palkkaerosta selittyy mies- ja naislääkärien eri taustaominaisuuksien eroilla, ja kuinka paljon palkkakohdeltu eroaa sukupuolten välillä. Tässä tutkimuksessa raportoidaan mieskertoimilla saadut tulokset. Tiettyjen kertoimien käyttäminen ei ole olemassa mitään teoreettista perustetta. Tulokset olivat hyvin samansuuntaisia riippumatta siitä, käytettiinkö mies- vai naiskertoimia.

Tulokset

Lääkärien keskuudessa miesten ja naisten erilainen valikoituminen virkatehtäviin on keskeinen palkkaeroja selittävä tekijä (taulukko 1). Miehet työskentelevät vaativimmissa ja korkeapalkkaisemmissa tehtävissä. Selvimmin tämä on nähtävissä sairaaloissa, joissa ylilääkäreistä 28 % on naisia, ja erikoistuvista lääkäreistä naisten osuus on yli 63 %. Terveyskeskuksissa puolestaan ylilääkäreistä noin 40 % on naisia ja pienempipalkkaisissa ryhmässä naisten osuus on yli 60 %.

Kokonaisansioilla mitattuna miehet tienaaivat noin 10–17 % enemmän kuin naiset (taulukko 1). Virkanimikkeiden sisällä erot ovat kuitenkin tätä pienempiä, joskin miehille yleisesti maksetaan joitakin prosentteja enemmän myös virkanimikkeiden sisällä kuin naisille. Naisten palkat ovat kuitenkin korkeammat väestövastuuterveyskeskusten ylilääkärit-ryhmässä. Mieslääkärit ovat keskimäärin naislääkäreitä vanhempia, joten ikä- ja kokemuslisät selittävät osaltaan havaittua palkkaeroa säännöllisen työajan ansioissa. Lisäksi palkkaero riippuu voimakkaasti käytetystä palkkakäsitteestä. Peruspalkoissa ero on huomattavasti pienempi kuin palkkakäsitteissä, jotka sisältävät toimenpidepalkkiot, käyntipalkkiot, päivystykset ja ylityöt. Aikaisemmin havaittu tulos siitä, että miehet saavat enem-

■ TERVEYDENHUOLTO

män suoriteperusteisia palkanosia, näyttää olevan edelleen voimassa (12).

Palkkaeroja analysoitiin kolmella eri ansiokäsitteellä ja tarkastelut suoritettiin erikseen sairaaloiden lääkäreille, terveyskeskusten omalääkäreille ja terveyskeskusten muille kuin omalääkäreille. Säännöllisen työajan ansioita selittävät regressiomallit ovat nähtävissä kokonaisuudessaan liitetaulukkoista 4 ja 5.

Liiteaineisto on lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteenä (www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 46/2008).

Tämän tutkimuksen kannalta mielenkiintoisimmat tulokset koskevat sukupuolen vaikutusta. Sukupuolen kerroin on keskipalkkaa selittäessä tilastollisesti merkitsevä kaikilla palkkakäsitteillä ja sektoreilla (taulukko 2). Pienimmillään sukupuolen vaikutus on perus-

TAULUKKO 1.

Kuntasektorin lääkärien keskipalkat sukupuolen ja virkanimikkeen mukaan eri ansiokäsitteillä mitattuna.

Nimike (n) %	Naisten osuus,		PeruspalkkaSäännöllisen työajan ansiot				Kokonaisansio			
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset				
Väestövastuuterveyskeskus										
Eurolääkäri (214)	75,2	2 753	2 647	4 481	4 292	4 932	4 590			
Tk-lääkäri, ei erikoistunut (633)	62,4	3 290	3 131	3 131	5 741	5 287	6 283	5 611		
Tk-lääkäri, erikoistunut (400)	63,8	3 556	3 462	3 462	6 128	5 812	6 618	6 150		
Ylilääkäri, johtava lääkäri, apulaisyli­lääkäri (81)				37,0	4 330	4 549	6 376	6 578	6 827	6 864
Kaikki (1 328)	63,3	3 420	3 189	5 786	5 301	6 292	5 624			
Muu kuin väestövastuuterveyskeskus										
Eurolääkäri (99)	68,7	3 694	3 323	4 466	4 213	4 855	4 703			
Tk-lääkäri, ei erikoistunut (427)	64,6	4 111	3 931	3 931	5 408	5 059	5 951	5 383		
Tk-lääkäri, erikoistunut (273)	61,5	4 488	4 214	4 214	6 001	5 402	6 264	5 574		
Ylilääkäri, johtava lääkäri, apulaisyli­lääkäri (337)				45,1	5 269	5 003	6 639	6 160	7 072	6 394
Kaikki (1 136)	58,5	4 621	4 186	5 960	5 311	6 388	5 593			
Sairaala										
Erikoistuva lääkäri (1 548)	63,6	3 035	2 977	2 977	3 299	3 159	5 276	4 581		
Erikois- tai osastonlääkäri (2 367)	55,9	4 268	4 164	4 164	5 218	4 872	7 119	6 142		
Ylilääkäri muu kuin yli­pistosairaala, apulaisyli­lääkäri (1 310)	38,8	5 084	4 988	4 988	6 386	6 018	7 919	7 247		
Ylilääkäri yli­pistoskeskussairaalaassa (487)	28,3	5 586	5 384	5 384	6 806	6 806	6 318	8 113	7 575	
Kaikki (5 712)	51,7	4 420	3 967	5 367	4 566	7 101	5 878			

TAULUKKO 2.

Sukupuolimuuttujan kertoimet eri regressiomalleissa.

	Peruspalkan keskiarvo	Selitettävä palkka		Säännöllisten ansioiden		
		Säännöllisten ansioiden keskiarvo	Kokonaisansioiden keskiarvo	1. desilli (f10)	mediaani (f50)	9. desilli (f90)
Muu kuin väestövastuuterveyskeskus	0,047***	0,055***	0,071***	0,013	0,050***	0,092***
Väestövastuuterveyskeskus	0,022***	0,045***	0,065***	0,047***	0,028***	0,065***
Sairaala	0,017***	0,030***	0,082***	0,013***	0,021***	0,048***

(***) = merkitsevä 1 %:n riskitasolla, (**) = merkitsevä 5 %:n riskitasolla () = Ei merkitsevä alle 10 %:n riskitasolla.

palkkaa selitettäessä, kun taustatekijöiden vakioimisen jälkeen sairaaloiden mieslääkärit tienavat 1,7 % enemmän kuin naiset. Terveyskeskuksissa omalääkärien peruspalkat ovat 2,2 % ja muiden kuin omalääkärien 4,5 % korkeammat miehillä kuin naisilla. Kokonaisansioilla mitattuna sukupuolten välinen palkkaero on suurimmillaan. Sairaaloiden mieslääkäreiden säännöllisen työajan ansiot ovat noin 3 % korkeammat kuin sairaaloiden naislääkäreiden. Ero on miesten eduksi omalääkäreiden kohdalla 4,5 % ja muiden terveyskeskuslääkäreiden kuin omalääkäreiden kohdalla 5,5 %. Muutos vuoteen 2003 verrattuna on ollut aika vähäistä, mutta sairaaloissa ja väestövastuuterveyskeskuksissa sukupuolen merkitys palkkaerojen selittäjänä on kasvanut hieman. Mallin selityksaste on korkein sairaaloissa toimivilla lääkäreillä. Mallin avulla voidaan selittää peräti 84 % sairaaloissa toimivien lääkäreiden palkkojen vaihteluista. Muissa kuin väestövastuuterveyskeskuksissa mallilla voidaan selittää 51 % lääkäreiden säännöllisen työajan ansioiden vaihtelusta, väestövastuuterveyskeskuksissa puolestaan 46 %. Terveys-

keskuksissa virkanimikkeiden sisälle jää enemmän palkkahajontaa.

Säännöllisen työajan ansioita selittävän regressioanalyysin (liitetaulukot 4,5) muista tuloksista havaitaan, että vakituinen työsuhte nostaa sairaalassa toimivien lääkäreiden ansioita 5 % ja terveyskeskuslääkäreiden ansioita lähes 10 %. Erikoislääkärintutkinnon suorittaminen lisäsi terveyskeskuslääkäreiden säännöllisen työajan ansioita alle 5 %, kun taas vaikutus sairaaloissa toimiville lääkäreille oli yli kaksinkertainen. Sairaaloiden psykiatrien, kirurgien ja radiologian erikoislääkärien palkat ovat korkeimmat, lasten- ja naistentautien erikoislääkärien matalimmat. Mukana on myös erikoismaksuluokkapalkkioista kertova muuttuja. Näitä palkkioita saaneiden sairaaloiden lääkäreiden päiväajan ansiot olivat keskimäärin 15 % korkeammat verrattuna lääkäreihin, jotka eivät olleet saaneet EML-palkkioita lokakuussa 2007. EML-järjestelmä lakkautettiin vuoden 2008 helmikuusta lukien. Maantieteellisesti näyttäisi siltä, että yliopistomaakunnissa palkat ovat keskimäärin matalammat kuin muualla maassa.

Kvantaaliregression avulla selvitetiin tarkemmin sukupuolen vaikutusta palkkajakau- man eri kohdissa käyttäen säännöllisen työajan ansioita. Taulukossa 2 on esitetty sukupuolimuuttujan kerroin kaikista regressiomalleista. Muissa kuin väestövastuuterveyskeskuksissa selitettäessä alimman desiilin palkkaa ei sukupuolen kerroin ole tilastollisesti merkitsevä edes 10 %:n riskitasolla. Saira- alassa sukupuolen kerroin palkkajakau- man alapäässä on hyvin pieni, vain hieman yli prosentti, ja mediaanipalkkaa selitettäessä vain noin 2 %. Ylimmän desiilin kohdalla mies- ja naislääkärien palkkaero on suurimmillaan. Sairaaloissa tämä palkkaero on pienin (alle 5 %), ja muissa kuin väestövastuuterveyskeskuksissa suurin (yli 9 %).

Viimeiseksi sukupuolten välistä palkkaeroa tutkittiin vielä Oaxaca-hajoitelmien avulla. Nämä tulokset on esitetty taulukossa 3. Sairaaloiden lääkäreiden sukupuolten välisestä palkkaerosta jää selittämättä vain noin kuudesosa. Pelkästään virkarakenteen erot selittävät noin 40 % sukupuolten välisestä palkkaerosta. Lisäksi sairaaloiden mieslääkärit ovat keskimäärin vanhempia ja naisista suurempi osa ei ole vielä ehtinyt erikoistua, mikä myös

TAULUKKO 3.

Oaxaca-hajoitelmien tulokset säännöllisiä ansioita selittävistä tekijöistä.

Oaxaca-hajoitelmien tulokset kokonaispalkkaerosta ja sen osatekijöistä	Muu kuin väestövastuuterveyskeskus, %	Väestövastuuterveyskeskus, %	Sairaala, %
Logaritminen palkkaero miesten eduksi yhteensä	11,3	8,7	15,8
TAUSTATEKIJÖIDEN EROT	TEKIJÄN SELITTÄMÄ OSUUS KOKONAISPALKKAEROSTA		
Virkarakenne	27,5	4,2	42,9
Työsuhteen vakituisuus	7,8	21,4	5,0
Väitöskirja	0,0	0,1	2,8
Erikoistuminen	1,6	1,2	11,2
Kokemus	4,8	20,8	7,6
Maantieteellinen jakautuminen	10,4	0,9	3,1
EML-palkkiot	Puuttuu	Puuttuu	5,7
Erikoisala	Puuttuu	Puuttuu	4,6
Selittyvä palkkaero osuus, %	52,1	48,6	82,7
Selittymätön palkkaero osuus, %	47,9	51,4	17,3
Selittyvä + selittymätön palkkaero, osuus %	100,0	100,0	100,0

selittää palkkaeroa. Terveyskeskuspuolella suurempi osa palkkaerosta jää selittämättä, mutta sukupuolten väliset palkkaerot ovat pienemmät. Muilla kuin terveystieteiden omalääkäreillä virkarakenne on tärkein yksittäinen selittäjä palkkaeroille. Miehet myös näyttäsivät työskentelevän useammin niissä maakunnissa, joissa palkat ovat keskimäärin korkeammat. Omalääkäreiden tilanne on hiukan eri, sillä virkarakenne ei ole niin merkitsevä selittäjä. Edelläkin jo havaittiin, että väestövastuuterveystieteiden ylilääkäreistä naiset tienasivat enemmän kuin miehet. Omalääkäreillä sukupuolten välinen raakapalkkaero on pieni, ja tärkein selittäjä palkkaerolle on ikä. Omalääkäreistä miehet ovat keskimäärin kokeneempia ja työskentelevät siksi vielä useimmin vakituisissa työsuhteissa.

Pohdinta

Käytettävissä olleen aineiston perusteella saatiin luotettavaa ja ajankohtaista tietoa mies- ja naislääkärien välisen palkkaeron suuruudesta kuntasektorilla. Aikaisempaan verrattuna kuva palkkaeron luonteesta tarkentui, kun pystyttiin osoittamaan palkkaeron olevan suurin palkkajakauman yläpäässä. Valtaosa palkkaeroista perustuu virkarakenteen eroihin sukupuolten välillä. Tähän osaltaan vaikuttaa lääkärien ikäjakauma: kokeneista lääkäreistä suurin osa on miehiä, ja vastavalmistuneista lääkäreistä valtaosa on naisia. Saatuja tuloksia ei voida yleistää yksityisen sektorin tai valtion lääkäreihin. Mukana olivat vain kuntatyönantajalta palkkaa saaneet lääkärit, eli vuokralääkärit eivät olleet mukana tarkastelussa.

Tulokset tuovat uutta ja mielenkiintoista tutkimustietoa sukupuolen vaikutuksesta palkkajakaumaan. Tulokset viittaavat siihen, että miehet hyödyntävät herkemmin mahdollisuudet korkeampaan palkkaan. Korkeilla palkkatasoilla ja johtotehtävissä työntekijän neuvotteluasemaa voi pitää parempana pienemmän kilpailun vuoksi, ja siellä miesten palkkaus näyttäisi olevan selvemmin naisia korkeampi. Alemmilla tulotasolla palkkaerot supistuvat hyvin pieniksi tai häviävät kokonaan. Miesten ja naisten keskipalkkaeroja selittää myös havainto siitä, että miehet tekevät enemmän suoritteita, ylitoita ja päivystävät

enemmän, minkä vuoksi sukupuolten välinen palkkaero on suurimmillaan kokonaisansioilla mitattaessa.

Lääkärien virkaehtosopimuksessa vuosille 2007-2009 on mukana 1,2 %:n suuruinen samapalkkaisuuserä (17). Tätä erää on käytetty sairaaloiden erikoistuvien lääkärien palkkauksen kohentamiseen, mikä on lääkärikunnan ikärakenteesta johtuen etupäässä naisiin kohdistuva palkankorotus. Samapalkkaisuuserä vaikuttaa naisten ja miesten keskiansioiden suhteeseen, mutta selittämättä jääneen palkkaeron suuruuteen sillä tuskin tulee olemaan vaikutusta.

Palkkaerotutkimuksessa ei ole saatavilla kaikkia palkkaukseen vaikuttavia muuttujia. Tarvittaisiin tarkempaa tietoa työn vaatavuudesta, toimipaikkakohtaisista tekijöistä, suoriteperusteisista palkanosista, työntekijän ominaisuuksista ja mieltymyksistä sekä neuvotteluasemasta. Näiden tietojen puuttuessa jonkin verran palkkaeroista jää aina selittämättä. Terveystieteissä havaitut alhaisemmat selitysasteet kielivät siitä, että niissä esiintyy runsaammin palkkojen vaihtelua myös virkanimikkeiden sisällä. Terveystieteiden lääkäreiden palkkatasoa tutkittaessa on havaittu, että terveystieteiden sijainnilla ja koolla on vaikutusta siellä toimivien lääkärien palkkatasoon (9). Näitä toimipaikkakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla, minkä vuoksi selitysaste jää hieman matalaksi. Miehet näyttäsivät olevan työvoimana liikkuvampia ja siten hyödyntävän mahdollisuudet korkeampiin palkkoihin. Alueellinen palkkataso olisi oma mielenkiintoinen tutkimuskohteensa, samoin kuin sairaaloiden lääkäreiden kohdalla erikoisalakohtaisen palkkatason tutkiminen. Niin alueelliset kuin erikoisalakohtaiset palkkaerot osaltaan vaikuttavat myös sukupuolten väliseen palkkaeroon.

Tutkimuksissa on myös havaittu, että miehet asettavat korkeammat palkkapyynnöt ja pyytävät herkemmin palkankorotuksia itselleen (18). Nämä tekijät jäävät kuitenkin tässä tutkimuksessa piiloon, mutta ne voivat vaikuttaa taustalla aiheuttaen tilastollisesti merkitsevän sukupuolen kertoimen palkkayhtälöihin. Lisääntyvä paikallinen sopiminen voisi näkyä sukupuolten välisen palkkaeron kasvuna, jos miehet pyytävät aktiivisemmin palkkansa tarkistamista. Tämä ei kuitenkaan

LIITEAINEISTO

www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 46/2008

kerro sukupuoleen perustuvasta diskriminaatiosta palkoissa.

Sukupuolten välisen palkkaeron pienentämisen kannalta merkityksellisimpiä asioita olisi lasten hoidon kustannusten tasaisempi jakautuminen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että miehet tuntuvat keskittyvän uraansa ja naiset enemmän perheeseen, jolloin naiset eivät päädy niin herkästi korkeampipalkkaiseen tehtäviin. Mikä tahansa poissaolo työelämästä jarruttaa yksilön palkkakehitystä, kun paikalliset järjestelyt kohdistuvat vain sillä hetkellä työssä oleviin henkilöihin. Nykyään naiset ovat miehiä enemmän pois työelämästä. Palkkaerotutkimuksissa tämä usein johtaa ylöspäin harhaisiin sukupuolen kertoimiin, koska työkokemusta ei saada määritettyä tarkasti, vaan sitä arvioidaan mittaamalla valmistumisesta kulunutta aikaa.

Kuntasektorin lääkäreiden palkkaerot ovat pysyneet lähes ennallaan verrattuna neljän vuoden takaiseen tilanteeseen. Sukupuolten väliset raakapalkkaerot ovat hieman kasvaneet omalääkäreillä, mutta muuten ne ovat pienentyneet. Regressiomalleissa sukupuoli-muuttujan kertoimet ovat kasvaneet hieman, minkä mahdollisia syitä tulkittiin edellä. Tulevaan palkkaeron kehitykseen vaikuttavat useat tekijät: lisääntyvä paikallinen sopiminen kasvattaa hajontaa virkanimikkeiden sisällä. Alueelliset tekijät ja lääkärivaje ovat jo tuoneet lääkäreille mahdollisuuden kasvattaa ansioitaan työpaikkaa vaihtamalla. Sukupuolten välinen suhteellinen palkkaero määrittyy pitkälti virkarakenteen mukaan. Nuorten naislääkärien urakehitys on siis avainasemassa: nousevatko he myöhemmin korkeampi palkkaiseen johtotehtäviin. ■

ENGLISH SUMMARY

Gender wage differences remain small among physicians working in the municipal sector

In Finland, the mean wages of women have been about 80% of men's wages throughout the 21st century. The aim of this study was to define the size of the gender wage gap among physicians working in the municipal sector (about 70% of all occupied physicians) and to find out whether any change occurred during the four years examined. The analysis is based on data from Statistics Finland on wages in the municipal sector in October 2007. Included in the data are nearly 8 200 physicians employed on a full-time basis.

Fifty-five per cent of all occupied physicians are women. There are notable differences in the mean wages for male and female physicians. Female physicians have 8-15% smaller daytime earnings compared to male physicians. When controlled for background factors, about 3-6% of wage differences remain unexplained. The wage gap is greatest at the upper end of the wage distribution.

The present study did not reveal any direct signs of gender discrimination in the municipal labour market. Male and female physicians hold different positions in the labour market, which is a key factor explaining the gender wage gap. Wage differences among physicians remained nearly unchanged compared to 2003. One way to reduce the gender wage gap could be a more even distribution of child-care costs.

JUHO RUSKOAHO
RESEARCHER
THE FINNISH MEDICAL
ASSOCIATION
E-mail:
juho.ruskoaho@fimnet.fi

JUKKA VÄNSKÄ

LIITETAULUKKO 1.

Sairaalassa toimivien lääkärin palkanmuodostusta selittävän regressiomallin kertoimet.

Muuttuja	Regressiokerroin	p
Vakio	7,920	< 0,001
Mies	0,030	< 0,001
Erikoistuva lääkäri	*	
Erikois- tai osastonlääkäri	0,250	< 0,001
Yliääkäri muu kuin yliopistosairaala, apulaisyliääkäri	0,386	< 0,001
Yliääkäri yliopistokeskussairaalassa	0,459	< 0,001
Vakituinen työsuhde	0,049	< 0,001
Väitöskirja	0,044	< 0,001
Erikoistunut	0,103	< 0,001
Kokemus	0,011	< 0,001
Kokemus 2	-0,0002	< 0,001
Uusimaa	*	
Varsinais-Suomi	0,030	< 0,001
Satakunta	0,086	< 0,001
Kanta-Häme	0,045	< 0,001
Pirkanmaa	0,036	< 0,001
Päijät-Häme	0,096	< 0,001
Kymenlaakso	0,163	< 0,001
Etelä-Karjala	0,105	< 0,001
Etelä-Savo	0,060	< 0,001
Pohjois-Savo	0,042	< 0,001
Pohjois-Karjala	0,036	< 0,001
Keski-Suomi	0,124	< 0,001
Etelä-Pohjanmaa	0,100	< 0,001
Pohjanmaa	0,052	< 0,001
Keski-Pohjanmaa	0,028	0,063
Pohjois-Pohjanmaa	0,037	< 0,001
Kainuu	0,073	< 0,001
Lappi	0,112	< 0,001
Itä-Uusimaa	0,044	0,014
EML-palkkioita	0,158	< 0,001
Anestesiologia	*	
Kirurgia	0,052	< 0,001
Lastentaudit	-0,021	0,02
Naistentaudit	-0,028	0,002
Psykiatria	0,074	< 0,001
Radiologia	0,062	< 0,001
Silmätaudit	0,027	0,061
Sisätaudit	0,013	0,078
Muut alat	0,006	0,365
Ei tietoa	0,0173	0,028
Selitysaste = 84,4%		
* = vertailuryhmä		

LIITETAULUKKO 2.

Väestövastuuterveyskeskuksessa ja muissa terveyskeskuksissa toimivien lääkäreiden palkanmuodosta palkanmuodostusta selittävien regressiomallien kertoimet.

Muuttuja	Muu kuin väestövastuuterveyskeskus		Väestövastuuterveyskeskus	
	Regressiokerroin	p	Regressiokerroin	p
Vakio	8,241	< 0,001	8,336	< 0,001
Mies	0,055	< 0,001	0,045	< 0,001
Euro lääkäri	*	*		
Tk-lääkäri, ei erikoistunut	0,069	0,001	0,021	0,3
Tk-lääkäri, erikoistunut	0,102	< 0,001	0,059	0,021
Yliääkäri, johtava lääkäri, apulaisyliääkäri	0,214	< 0,001	0,132	< 0,001
Vakituinen työsuhde	0,090	< 0,001	0,097	< 0,001
Väitöskirja	0,013	0,533	0,018	0,553
Erikoistunut	0,043	0,002	0,028	0,119
Kokemus	0,009	< 0,001	0,015	< 0,001
Kokemus 2	-0,0002	< 0,001	-0,0003	< 0,001
Uusimaa	*	*	*	*
Varsinais-Suomi	-0,046	0,011	-0,015	0,349
Satakunta	0,188	< 0,001	0,058	0,023
Kanta-Häme	-0,006	0,877	-0,116	< 0,001
Pirkanmaa	0,074	< 0,001	-0,036	0,012
Päijät-Häme	0,095	< 0,001	-0,091	< 0,001
Kymenlaakso	0,133	< 0,001	-0,059	0,084
Etelä-Karjala	0,012	0,748	0,010	0,005
Etelä-Savo	0,037	0,175	-0,0869	0,005
Pohjois-Savo	-0,007	0,739	-0,100	< 0,001
Pohjois-Karjala	0,012	0,641	-0,237	< 0,001
Keski-Suomi	0,077	0,003	0,0831	< 0,001
Etelä-Pohjanmaa	0,076	0,001	0,027	0,477
Pohjanmaa	-0,023	0,337	-0,013	0,656
Keski-Pohjanmaa	0,145	< 0,001	Ei havaintoja	
Pohjois-Pohjanmaa	0,094	< 0,001	-0,054	0,006
Kainuu	0,105	0,001	0,017	0,751
Lappi	0,136	< 0,001	0,010	< 0,001
Itä-Uusimaa	0,110	0,005	-0,188	< 0,001
Selitysaste = 51,2%		Selitysaste = 46,0%		
* = vertailuryhmä				