

PALVELUKOKONAISUUKSIEN HINNOITTELUMALLI

Case: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä,
toimistopalveluyksikkö

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Liiketalouden ala
Liiketalouden koulutusohjelma
Taloushallinto
Opinnäytetyö
Kevät 2010
Jenni Aallosvirta
Tiia Teräväinen

Lahden ammattikorkeakoulu
Liiketalouden koulutusohjelma

AALLOSVIRTA, JENNI & TERÄVÄINEN, TIIA: Palvelukokonaisuuksien hinnoittelumalli, Case: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, toimistopalveluyksikkö

Taloushallinnon opinnäytetyö, 75 sivua, 8 liitesivua

Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on luoda hinnoittelumalli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän toimistopalveluyksikön palvelukokonaisuuksille. Palvelukokonaisuudet muodostettiin tuotteistamistyöryhmän toimesta osastonsihteereiden työtehtävistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä palvelukokonaisuudet työllistävät osastonsihteereitä eniten ja sitovat näin eniten työaika, resursseja ja kustannuksia. Tämä saatiin selville toteuttamalla syksyllä 2009 kahden viikon mittainen työajanseuranta 140 osastonsihteerille.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa selvitetään aluksi yleisesti kustannuslaskentaa, tuotteistusta ja hinnoittelua. Teemoja tarkastellaan myös yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. Tutkimuksen empiirinen osuus koostuu case-organisaation, sekä toimistopalveluyksikön esittelystä. Merkittävä osa empiriasta käsittelee toteutettua työajanseurantatutkimusta, sekä sen tuloksia tulosalueittain. Lopuksi käsitellään palvelukokonaisuuksien hinnan muodostumista ja määrittämistä tarkoitukseen soveltuvalta tavalla.

Työajanseurannasta saatujen tulosten avulla luotiin hinnoittelumalli palvelukokonaisuuksille toimintolaskennan periaatteiden mukaisesti. Hinnoittelumallin tuloksena muodostui jokaiselle palvelukokonaisuudelle hinta, joka kuvastaa palvelukokonaisuuden kuormittavuutta ja siihen sitoutunutta resurssia.

Tämä opinnäytetyö loi toimeksiantajan toivoman lähtökohdan tulevaisuuden yksityiskohtaisempaa tuotteistusta ja laskentaa varten. Työajanseurannan tulokset antoivat uutta tietoa osastonsihteereiden työstä ja työajan jakaantumisesta eri tulosalueilla. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tulosalueiden välisissä palvelusopimusneuvotteluissa, esimerkiksi tulosalueiden sisällä olevissa työnjaoissa ja hinnoittelun pohjassa. Tutkimuksen tulokset auttavat myös toimistopalveluyksikön osastonsihteereiden työn resursoinnissa ja sisäisen laskennan kehittämisessä.

Avainsanat: hinnoittelu, palvelukokonaisuus, tuotteistaminen, osastonsihteeri, toimistopalveluyksikkö

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Business Studies

AALLOSVIRTA, JENNI & TERÄVÄINEN, TIIA: Pricing Model for Service Groups,
Case: Päijät-Häme Social and Health
Care Group Unit of Clinical Secretary
Services

Bachelor's Thesis in Financial Management 75 pages, 8 appendices

Spring 2010

ABSTRACT

The aim of this thesis is to create a pricing model for service groups in Päijät-Häme Social and Health Care Group Unit of Clinical Secretary Services. The service groups were created by a productization team. The created pricing model is based on a working time inquiry which was carried out in September 2009. The purpose of the study was to discover which service groups are the most time, resources and cost consuming. 140 secretaries participated in the two week long working time inquiry.

The theoretical part of this study deals with cost accounting, productization and pricing- how they are used in social and healthcare services in general and in Päijät-Häme Social and Health Care Group in particular. The empirical part of this thesis deals with the presentation of the case organization and The Unit of Clinical Secretary Services. The significant part of the study focuses on the working time inquiry which was made for clinical secretaries and the main results which came out of it.

With working time inquiry it was discovered how the clinical secretaries working time is divided between different service groups. With these results it was possible to create a pricing model for the service groups which reflects how time consuming every service group is and how much resources they consume.

This thesis created a basis for future more precise cost accounting and productization. It was done according to the mandator's requirement. The findings of the working time inquiry gave new information about the work of clinical secretaries and how their working time is divided between different service groups. The results of this study can be used in resourcing of the clinical secretary work and developing cost accounting in the Unit of Clinical Secretary Services.

Key words: pricing, service group, productization, clinical secretary, unit of Clinical Secretary Services

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
1.1	Tutkimuksen taustaa	1
1.2	Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat	2
1.3	Tutkimusmenetelmät ja aineiston hankinta	3
1.4	Tutkimuksen rakenne	4
2	KUSTANNUSLASKENTA JA TUOTTEISTUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA	6
2.1	Tilaaaja-tuottajamalli	9
2.2	Kustannuslaskenta	11
2.3	Toimintolaskenta	15
2.4	Tuotteistaminen	17
2.5	Hinnoittelu	22
3	CASE: TOIMISTOPALVELUYKSIKÖ	28
3.1	Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatio	28
3.2	Toimistopalveluyksikkö	29
3.2.1	Toimistopalveluyksikön perustaminen	30
3.2.2	Toimistopalveluyksikön perustamisella haetut tavoitteet	31
3.2.3	Yksikön kustannusten jako	33
3.2.4	Osastonsihteerin työnkuva	34
4	OSASTONSIHTEERIN TYÖN TUOTTEISTAMINEN PALVELUKOKONAISUUKSIKSI	35
4.1	Tuotteistusprosessi	35
4.2	Palvelukokonaisuuksien määrittäminen	36
4.2.1	Asiakaspalvelu	37
4.2.2	Ajanvaraus	38
4.2.3	Potilasasiakirjaliikenne	39
4.2.4	Potilaan hoitoon liittyvät tehtävät	40
4.2.5	Tekstinkäsittely	41
4.2.6	Tilastointi ja laskutus	43
4.2.7	Muut tehtävät	44

5	TUTKIMUSAINEISTON HANKINTA TYÖAJANSEURANTALOMAKKEILLA	45
5.1	Työajanseurannan toteutus ja tulokset	45
5.2	Päivystys ja tarkkailu	47
5.3	Konservatiivinen tulosalue	48
5.4	Operatiivinen tulosalue	49
5.5	Psykiatrian tulosalue	50
5.6	Kuntoutustutkimusyksikkö	51
5.7	Fysiatria	52
5.8	Kuvantaminen	53
5.9	Laboratoriotoiminnot	54
5.10	Yhteenveto kaikista tulosalueista	55
6	PALVELUKOKONAISUUKSIEN HINNOITTELU	60
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	65
7.1	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset	65
7.2	Tulosten hyödyntäminen	66
8	YHTEENVETO	67
	LÄHTEET	71
	LIITTEET	76

KUVIOLUETTELO

KUVIO 1. Opinnäytetyön rakenne	5
KUVIO 2. Kunnalliset terveys- ja sosiaalipalvelut	6
KUVIO 3. Julkisten palvelujen tuottamisen viitekehys asiakkaan kannalta	7
KUVIO 4. Tilaaaja-tuottajamallin peruselementit	10
KUVIO 5. Syitä toimintolaskentaprojektin toteuttamiseen	15
KUVIO 6. Toimintolaskenta	16
KUVIO 7. Hinnoittelumenetelmät	22
KUVIO 8. Jäsenkunnat	28
KUVIO 9. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatio	29
KUVIO 10. Tukipalvelukeskuksen rakenne	30
KUVIO 11. Keskeisimmät ongelmat ja niiden ratkaisut osastonsihteerin työssä	32
KUVIO 12. Osastonsihteerien jakautuminen eri tulosalueille	46
KUVIO 13. Työajan jakaantuminen päivystyksessä ja tarkkailussa	47
KUVIO 14. Työajan jakaantuminen konservatiivisella tulosalueella	48
KUVIO 15. Työajan jakaantuminen operatiivisella tulosalueella	49
KUVIO 16. Työajan jakaantuminen psykiatrisella tulosalueella	50
KUVIO 17. Työajan jakaantuminen kuntoutustutkimusyksikössä	51
KUVIO 18. Työajan jakaantuminen fysiatriassa	52
KUVIO 19. Työajan jakaantuminen kuvantamisessa	53
KUVIO 20. Työajan jakaantuminen laboratoriotoinnoissa	54
KUVIO 21. Työajan jakaantuminen kaikilla tulosalueilla	56
KUVIO 22. Työajan jakaantuminen tulosalueittain asiakaspalvelulle ja ajanvaraukselle	57
KUVIO 23. Työajan jakaantuminen tulosalueittain potilasasiakirjaliikenteelle ja potilaan hoitoon liittyville tehtäville	58
KUVIO 24. Työajan jakaantuminen tulosalueittain tekstinkäsittelylle, tilastoinnille ja laskutukselle sekä muille tehtäville	59
KUVIO 25. Osastonsihteerin välitön- ja välillinen työaika ja kustannus	61
KUVIO 26. Palvelukokonaisuuksien hinnan muodostuminen	62
KUVIO 27. Palvelukokonaisuuksille saadut hinnat	64

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1. Asiakaspalvelun työtehtävät	37
TAULUKKO 2. Ajanvarauksen työtehtävät	38
TAULUKKO 3. Potilasasiakirjaliikenteen työtehtävät	40
TAULUKKO 4. Potilaan hoitoon liittyvät työtehtävät	41
TAULUKKO 5. Tekstinkäsittelyn työtehtävät	42
TAULUKKO 6. Tilastoinnin ja laskituksen työtehtävät	43
TAULUKKO 7. Toteutuneet työtunnit yhteensä	55

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen taustaa

Keskussairaala on osa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymää. Kuntayhtymässä on menossa laaja ja kokonaisvaltainen toiminnan kehittämisprosessi, joka perustuu pitkäaikaisiin ja laajapohjaisiin selvityksiin. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalvet on tarkoitus uudistaa palvelukohtaisiksi kokonaisuuksiksi. Palvelukokonaisuuksien määrittelyn avulla tuetaan kuntalaisille tarjottavien palveluiden kustannustehokkuutta, sujuvuutta sekä vaikuttavuutta. Jo aikaisempien uudistamis- ja kehittämishankkeiden tuloksena jokaiselle keskeiselle toiminnolle on kehitetty omat yksikkönsä, joihin lukeutuu myös toimistopalveluyksikkö. Toimistopalveluyksikköön on keskitetty kaikki osastonsihteereiden työn hallinnointi. Keskitämällä on saatu osastonsihteereiden työ organisoitua tehokkaasti ja joustavasti sairaalan ydintoiminnan tukemiseksi.

Paineet toiminnan kehittämis- ja tehostamistyöhön julkisella puolella ovat kovat ja tämän vuoksi kustannustehokkuuteen ja kustannusten tarkkaan kohdistamiseen tuotteistuksen avulla on hiljalleen herätty. Ongelmana on aiemmin ollut se, että sosiaali- ja perusterveydenhuollosta on puuttunut tarkka tuotteistus, joka kertoo tuotetun palvelun ja toiminnan luonteesta, sisällöstä ja kustannuksista. Tuotteistamisen avulla myös vertailu eri tuottajien välillä on mahdollista vertailukelpoisuuden parantumisen vuoksi. (Melin & Linnakko 2003, 3.)

Keskussairaalan toimistopalveluyksiköstä on tehty aikaisempi tutkimus vuonna 2007 (Kinnunen & Kuronen). Tehty opinnäytetyö on osa kuntayhtymän kehittämistyötä ja siinä on jo kartoitettu laajasti osastonsihteereiden työnkuvaa ja roolia muodostamalla osastonsihteereiden työtehtävistä erilaisia tehtäväkokonaisuuksia. Opinnäytetyön tuloksena selvisi osastonsihteerin työnkuva sekä sähköisen potilasasiakirjan vaikutus siihen. Tutkimusaineistoa kerättiin osastonhoitajille sekä osastonsihteereille laadituilla kyselylomakkeilla ja haastatteluilla. Vastauksista muodostettiin nykyinen työnkuva, kartoitettiin odotettua osaamista sekä esitettiin pe-

rehdyttämistarpeeseen liittyviä huomioita.

Kunnallisten palveluiden hinnoittelussa on käytetty aiemminkin pohjana työajan seurantaa, sekä ajankäytön jakaantumista eri työtehtäville. Vesikukka (2008) tutki opinnäytetyössään kunnan talouspalveluiden tuotteistamista sekä hinnoittelua. Tuloksena tehtiin hinnoittelumalli, jonka pohjana käytettiin ajankäyttökyselyä jossa työntekijät itse arvioivat oman ajankäyttönsä prosentteina työtehtävien välillä. Kyseessä ei ollut perinteinen työajanseurantaan pohjautuva laskenta, mutta työtehtäväkuvaukset hinnoiteltiin kuitenkin ajankäytön avulla.

Aiemmin työajanseurannan avulla on myös laskettu Reumasäätiön sairaalan yksikölle yksilöllisen hoitajatyön hinta (Tuuri & Wright 2006). Apuna hinnoittelumallin tekemisessä käytettiin RAFAELATM – hoitoisuusluokitusjärjestelmää sekä toimintolaskentamallia, joiden avulla saatiin lasketuksi välittömän työajan mukaisesti työkustannus ja keskimääräinen hoitajatyön hinta. Tutkimuksessa käytetty RAFAELATM -hoitoisuusluokitusjärjestelmä pyrkii kohdentamaan hoitotyön resurssit oikeudenmukaisesti ja taloudellisesti priorisoinnin ja kustannusten hallinnan tarpeen kasvaessa. Resurssien määrän on oltava suhteessa hoidon vaativuuteen sekä laatuun. Järjestelmää apuna käyttäen voidaan saatua tietoa hyödyntää esimerkiksi hoitajaresurssien määrittelyssä eri yksiköissä hoidon tarpeen mukaan sekä myös pitkän aikavälin henkilöstösuunnittelussa (FCG Finnish Consulting Group 2009).

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on jatkaa kehittämisprojektia ja luoda pohja tarkemmalle tuotteistukselle hinnoittelemalla palveluesimiesten luomat palvelukokonaisuudet työn vaativuuden mukaan. Työajanseurannalla saadaan selville työajan jakaantuminen palvelukokonaisuuksille eri tulosalueilla. Näin voidaan laskea osastonsihteerin tehdyn työtunnin keskimääräinen hinta ja luoda hinnoittelumalli palvelukokonaisuuksille. Tuotteistamisprojektilla selkiytetään palvelurajapintaa, eli mitä palveluja tulosalueet haluavat ostaa toimistopalveluilta.

Tutkimusongelmat, joihin tutkimuksella haetaan vastausta ovat:

Päätutkimusongelma:

Onko mahdollista luoda palvelukokonaisuuksille hinnoittelumalli, joka kuvastaisi palvelukokonaisuuden vaativuutta ja ottaisi huomioon siihen käytettävän resurs-
sin?

Alatutkimusongelmat:

1. Miten osastonsihteereiden työaika jakaantuu palvelukokonaisuuksille?
2. Mikä on keskimääräinen osastonsihteerin työtunnin kustannus?

1.3 Tutkimusmenetelmät ja aineiston hankinta

Tämä tutkimus on case- eli tapaustutkimus, jonka tarkoituksena on antaa yksityis-
kohtaista ja tarkkaa tietoa nimenomaan yksittäisestä tapauksesta. Tutkimuksen
kohteena on tietty ryhmä prosesseineen. Lähestymistapa tutkimuksen aihepiiriin
on kvantitatiivinen eli määrällinen, mutta se sisältää myös kvalitatiivisia eli laa-
dullisia piirteitä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto on esitettävissä
numeerisessa muodossa ja tiedossa on aina etukäteen mitä mitataan. Kvalitatiivi-
sessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää valitusta näkökulmasta.
Se on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa tietolähteenä tiedonkeruussa käyte-
tään usein ihmisiä havaintojen ja haastattelujen avulla. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaa-
ra 2007, 130–136, 156–157, 160.)

Koska tutkimus on pääosin kvantitatiivinen, tiedonkeruumenetelmäksi ja mittaus-
instrumentiksi valittiin lomake, jonka avulla toteutettiin työajanseuranta. Kysely-
eli survey-tyyppiselle tutkimukselle on ominaista, että aineisto kerätään standar-
doidusti tietyltä kohdeotokselta (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 188). Tutki-
muksen otos rajattiin niin, että se käsittää vain kantatalon eli keskussairaalan yksi-

köt, joissa osastonsihteerit työskentelee noin 140 tutkimuksen toteutuksen aikana. Otoksesta rajattiin siis pois kaikkialla muualla, kuten lähikunnissa tai Lahden keskustassa, sijaitsevat yksiköt ja siellä työskentelevät osastonsihteerit.

Työajanseurantalomake laadittiin luotujen palvelukokonaisuuksien pohjalta. Lomakkeen tarkoitus oli selvittää eri työtehtäviin kuluva aika, joten lomakkeeseen tuli merkitä rasti ruutuun -periaatteen mukaisesti eri työtehtäviin käytetty aika kymmenen minuutin tarkkuudella. Kyselylomake täytöohjeineen, sekä kuvaukset muodostetuista palvelukokonaisuuksista, lähetettiin sähköisenä jakeluna osastonsihteeereille. Kyselyn toteuttamistavaksi valittiin käsin täytettävä sähköisen lomakkeen sijaan, koska otettiin huomioon kohdejoukon, eli sihteerien mahdollisuudet, sekä tieto-taito tietokoneiden käytössä. Tutkimuksen onnistumisen kannalta tämä tapa koettiin parhaaksi vaihtoehdoksi. Työajanseuranta toteutettiin syksyllä 14.9.–25.9.2009. Tutkimustulosten analysointiin käytettiin tilastollisen analyysin menetelmiä.

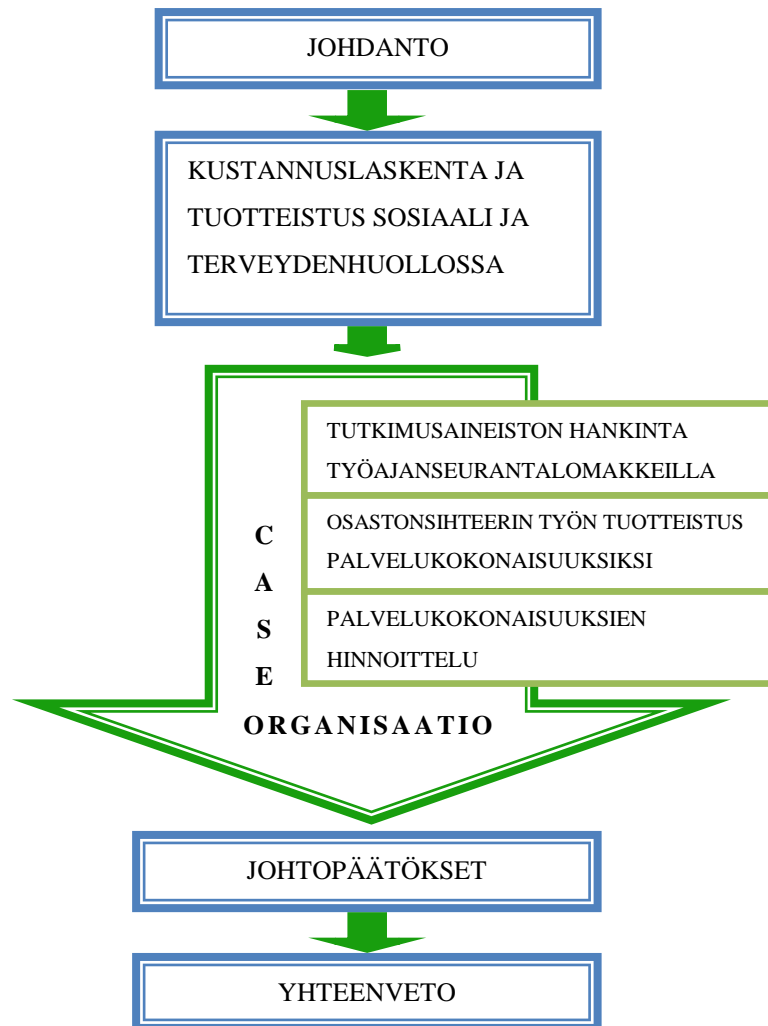
Kvalitatiivinen tutkimuksen osio muodostuu toimistopalvelupäällikön ja palveluesimiehen haastattelusta. He arvioivat teemahaastattelussa tutkimuksen tuloksia ja luotettavuutta omasta näkökulmastaan, sekä nostavat esille tutkimuksen hyödyntämismahdollisuuksia. Haastattelusta koottiin yhteenveto tutkimuksen johtopäätöksiin

1.4 Tutkimuksen rakenne

Ensimmäinen luku johdattelee itse tutkimukseen ja sen sisältöön. Luku pitää sisällään esittelyn tutkimuksen taustoista, tutkimuksen tavoitteet sekä tutkimusongelman. Tämän lisäksi esitellään myös tutkimusmenetelmät ja aineiston hankinta.

Toinen luku muodostaa tutkimuksen viitekehyksen käsitellessään kunnallisten palveluiden tilaaja-tuottajamallia, kustannuslaskentaa, tuotteistamista sekä hinnoittelua nimenomaan sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Kolmas luku esittelee tutkimuksen case-organisaation sekä -yksikön oleellisimpi-
ne tietoineen. Luvussa selvitetään myös tarkemmin taustat ja tarve tälle projektille
sekä kustannuslaskennan nykytila yksikössä. Lopuksi esitellään osastonsihteeri-
den työnkuvaa ja roolia. Tutkimuksen rakenne on kuvattu kuviossa 1.



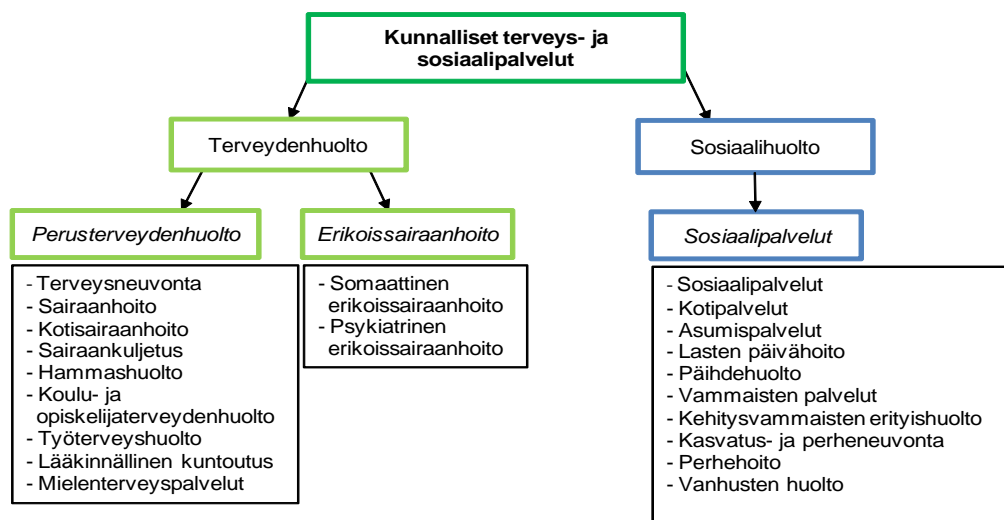
KUVIO 1. Opinnäytetyön rakenne

Teorialukujen jälkeen siirrytään tutkimuksen empiiriseen osioon. Luku neljä käsittelee itse tuotteistusprosessia ja sen toteuttamista yksikössä palvelukokonaisuuksiksi. Luvussa viisi käsitellään tutkimusaineiston hankintaa työajanseurannan avulla, sekä esitellään saadut tulokset. Luku kuusi käsittelee palvelukokonaisuuksien hinnoittelua.

Seitsemäs luku esittelee tutkimuksen keskeiset tulokset ja tutkimustulosten hyödyntämisen niin yksikössä kuin koko organisaatiossa, sekä esille nostetaan aiheita mahdollisille jatkotutkimuksille. Luvussa kahdeksan kootaan yhteen tutkimuksen keskeinen sisältö ja saadut tulokset.

2 KUSTANNUSLASKENTA JA TUOTTEISTUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Kunnallisten palveluorganisaatioiden toiminnan tavoitteena ei ole tuottaa voittoa eikä myydä ja markkinoida palveluitaan nimenomaan vain voiton aikaansaamiseksi. Tästä huolimatta palveluista saatavien tulojen on kyettävä kattamaan palveluiden järjestämisestä aiheutuneet kustannukset. Terveystuotteen palvelut rahoitetaan verovaroin ja ne ovat hyvin laaja-alaisia. Kuviossa 2 on esitelty kunnallisia terveys- ja sosiaalipalveluita.



KUVIO 2. Kunnalliset terveys- ja sosiaalipalvelut (Kivistö 2003, 11)

Muuttuneen toimintaympäristön vuoksi toiminnan ja kustannusten seuraaminen on nykyään entistäkin tärkeämpää. Toiminnan ulkoistaminen, kilpailutus ja palveluiden ostot ulkopuolisilta ovat aiheuttaneet sen, että vaaditaan entistä tarkempaa

tietoa esimerkiksi erilaisista yksittäisistä palveluista tai toimintojen kustannuksista. Tarve ja paineet siirtyä palveluiden tarkempaan määrittelyyn ja kustannusten selvittämiseen on suuri ja juuri siksi kustannuslaskennan ja johdon laskentatoimen kehittäminen on lisääntynyt ja lisääntyy edelleen myös kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollossa. (Melin & Linnakko 2003, 3,7)

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on monia asiakkaita: kansalaiset, etujärjestöt, yritykset ja samalla myös koko yhteiskunta. Kaikki nämä eri asiakkaat voivat olla joko palvelujen käyttäjiä, maksajia tai päättäjiä. Kun puhutaan hyvinvointiyhteiskunnan palveluista, nousee laatu tärkeäksi kriteeriksi, usein puhutaan kuinka halutaan hyvälaatuista hoitoa. Julkisten palvelujen tuottamisen viitekehys asiakkaiden kannalta katsottuna on esitelty kuviossa 3. (Kivistö 2003, 171.)

<p><i>Poliittinen taho</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - eduskunta - kunnan/kuntayhtymän valtuusto 	<p>Mitä tehdään?</p> <ul style="list-style-type: none"> - lait, asetukset, normit - laatusuositukset, laatustandardit - visio, strategia - taloudelliset resurssit
<p><i>Toimintayksikkötaso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sairaala/terveyskeskus 	<p>Miten tehdään?</p> <ul style="list-style-type: none"> - normiarviointi (laatukriteerit) - resurssien arviointi (määrärahojen riittävyys)
<p><i>Asiakastaso (potilastaso)</i></p>	<p>Kenelle tehdään?</p> <ul style="list-style-type: none"> - valinnanvapaus - asiakaspalautteet - valitusoikeus

KUVIO 3. Julkisten palvelujen tuottamisen viitekehys asiakkaan kannalta (Kivistö 2003, 171)

Asiakkaiden kannalta laadun tarkastelu on hankalaa, sillä julkinen hallinto on kaksoisroolissa. Kunnanvaltuusto, joka on vaaleilla valittu, on samalla palvelujen käyttäjien eli asukkaiden edustaja, mutta samalla myös palvelujen järjestäjä ja usein myös vastuussa palvelujen tuottamisesta. Valtuusto on siis samaan aikaan niin ostaja kuin myyjäkin. Myyjänä valtuusto toimii päättämällä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta ja annetuista määrärahoista. Ostajana valtuusto taas

päättää määrärahat, joilla ostetaan erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiireiltä. Näin ollen siis asiakasroolissa olevia on kaksi: itse kuntalainen ja palvelujen kuluttaja sekä kunta, joka palvelut rahoittaa. Kun asiakkaita on kaksi, eivät aina potilaan ja kunnan etu kohtaa toisiaan. (Kivistö 2003, 171.)

Kunnan velvollisuudesta järjestää terveystalvuuja on säädetty kansanterveystalvuisa. Kansanterveystalvuisain kolmannessa luvussa 14. pykälässä määritellään kunnan kansanterveystalvuisyöhön kuuluvat tehtävät. Pykälässä säädetään muun muassa terveystalvuisneuvonnasta ja – tarkastuksista, asukkaiden sairaanhoidosta ja mielenterveystalvuisyöstä, sairaankuljetuksen järjestämisestä, hammaslääkäritalvuisuista, kouluterveydenhuollosta, opiskeluterveydenhuollosta, työterveyshuoltalvuisuista, seulonnoista ja joukkotarkastuksista sekä todistuksista ja lausunnoista. (Kansanterveystalvuislaki 66/1972, 14 §.) Neljännessä luvussa säädetään kansanterveystalvuisyön ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä sekä palvelukielestä kuntayhtymissä (Kansanterveystalvuislaki 66/1972, 27 §, 28 §).

Erikoissairaanhoidon järjestämisestä on säädetty erikoissairaanhoidotaisin ensimmäisen luvun 3. pykälässä. Sen mukaisesti kunnan on huolehdittava asukkaalleen erikoissairaanhoidon palvelut. Laki velvoittaa kunnat kuulumaan palvelujen taakamiseksi johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. (Erikoissairaanhoidotaisin 1062/1989, 3 §.) Laissa on määritelty myös sairaanhoitopiirit, joista johonkin jokaisen kunnan on kuuluttava (Erikoissairaanhoidotaisin 1062/1989, 7 §). Kolmannessa luvussa määritellään sairaanhoitopiiriin tehtävät. Sairanhoitopiiriin kuntayhtymät vastaavat alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa. Kuntayhtymien vastuulla on myös muun muassa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminta. (Erikoissairaanhoidotaisin 1062/1989, 10 §.) Laissa määritellään tarkasti myös sairaanhoitopiiriin sairaalat ja toimintayksiköt, hallinto, yliopistolliset sairaalat, sairaanhoidon järjestäminen, maksut, korvaukset, opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen, ohjaus ja valvonta sekä korvauksen suorittaminen sairaanhoitopiirijakoa muutettaessa. (Erikoissairaanhoidotaisin 1062/1989.)

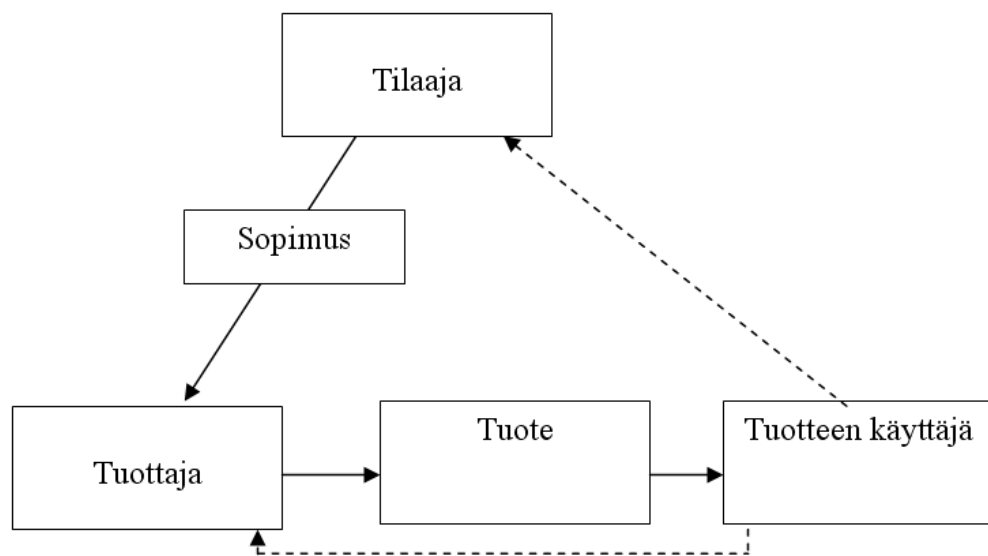
Kuntalain kymmenennessä luvussa säädetään kuntien yhteistoimintavelvollisuudesta. Yhteistoiminnalla tarkoitetaan sitä, että kunnat yhdessä hoitavat heille kuuluvia tehtäviä. Tehtävien hoitamiseksi voidaan perustaa joko kuntayhtymä, tai tehtävät voidaan antaa yhdelle kunnalle, eli isäntäkunnalle, hoidettavaksi. Kuntayhtymää muodostettaessa laaditaan perussopimus, jonka kuntien valtuustot hyväksyvät. Laissa määritellään muun muassa perussopimuksen sisältöjen muuttaminen, kuntayhtymän oikeustoimikelpoisuus ja toimielimet sekä rahoitus. (Kuntalaki 365/1995.)

2.1 Tilaaaja-tuottajamalli

Kunnalliselle puolelle on syntynyt uuden toimintaympäristön seurauksena uusi palveluiden tuotantomalli, niin sanottu tilaaaja-tuottajamalli. Tämä malli kuitenkin vaatii myös sen, että kyseessä oleva palvelu on tuotteistettu. Tilaaaja-tuottajamallin on mahdollistanut se, että järjestämisvastuu ja tuotantovastuu ovat eri tahoilla ja laissakin eroteltu. Tämä erottelu ei ole uusi, mutta vasta nyt markkinoille on alkanut syntyä kilpailua muun muassa lisääntyneiden ostopalvelujen vuoksi. (Melin & Linnakko 2003, 10). Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa järjestämisvastuu on kunnilla ja tuotantovastuu kuntayhtymillä.

Tilaaaja-tuottajamalli ei aina tarkoita sitä, että palvelut ostetaan jostain muualta ja että tilaaaja olisi eri organisaatio kuin tuottaja. Mallia voi käyttää myös sisäisessä toiminnan ohjauksessa. Sillä voidaan kehittää organisaation sisäisiä prosesseja. Tuottajalla pitää olla myös tietty vapaus ja itsenäisyys tuottaa tilattua palvelua ilman liiallista ohjausta tilaajataholta. Nimensä mukaisesti tilaaaja-tuottajamalli myös korostaa tilaajaosaamista. Tilaaajan tulee tietää mitä, kuinka paljon, kuinka ja keneltä se jotakin haluaa. Varsinkin kunnalla tilaajana on suuri vastuu siitä, että ostetulla palvelulla on mahdollisimman suuri vaikuttavuus kuntalaisille. (Kuopila 2008).

Tilaaaja-tuottajamallissa tilaajan tulee määrittellä tarkasti haluamansa palvelut, sekä muut ehdot, koska sen vastuulla on tuottaa tai muuten hankkia palvelu mahdollisimman edullisesti alueensa asukkaille, esimerkiksi terveydenhuollossa potilaille. Tässä täytyy kuitenkin ottaa huomioon myös laatuun liittyvät kysymykset. Jotta tilatun palvelun kaikki ehdot täyttyvät, täytyy tilaajataholla olla myös selkeät väliaineet seurata ehtojen täyttymistä esimerkiksi erilaisilla seurantajärjestelmillä. Laatu on mahdotonta mitata ilman järjestelmiä ja mittareita. (Melin & Linnakko 2003, 10.) Seuraavassa kuviossa on esitetty tilaaaja-tuottajamallin peruselementit.



KUVIO 4. Tilaaaja-tuottajamallin peruselementit (Kallio ym. 2006, 8)

Mallissa kunnallisen puolen järjestämälle palvelulle syntyy markkinapaikka, se taas lisää myös kilpailua. Kun tilattu palvelu on tuotteistettu ja tarkasti määritelty lisää se tietoisuutta palvelun kustannuksista. Näin ollen myös hintatietoisuus lisääntyy ja malli sallii kilpailun. (Melin & Linnakko 2003, 11.)

Kilpailuttamisprosessissa määritellään ensin palvelutarve ja avoimen tai rajoitetun tarjouskilpailun jälkeen valitaan tuottajaksi ”halvin tai kokonaistaloudellisesti edullisin”. Useimmiten kriteerinä käytetään jälkimmäistä perustetta koska valintaa tehdessä otetaan huomioon myös palvelujen laatu ja toimituksen varmuus. (Melin & Linnakko 2003, 11.) Varsinkin terveydenhuollossa ja esimerkiksi vanhustenhuollossa pelkkä hinta ei voi olla ratkaiseva tekijä. Uusi haaste onkin kilpailuttaa

laadulla eikä vain perinteisellä hinnalla. Jotta palvelun voi edes kilpailuttaa, on luotava erilaisia mittareita ja kriteerejä palvelun laadun varmistamiseksi.

2.2 Kustannuslaskenta

Toiminnan kannattavuuden ja taloudellisuuden selvittämiseksi tulee tuntea toiminnasta aiheutuneet kustannukset. Kustannusten selvittäminen on perusedellytys onnistuneelle talouden ohjaukselle ja vaatii siten tuekseen toimivan kustannuslaskentajärjestelmän. Kustannuslaskennan tarkoituksena onkin tuottaa tietoa siitä, mitä tuotteen valmistus tai palvelun tuottaminen maksaa. Eri laskentatilanteisiin ja laskentakohteita varten on kehitetty erilaisia laskentamenetelmiä, jotka käsittelevät kustannuksia eri lailla riippuen laskentakohteesta. Tällaisia laskentamenetelmiä ovat mm. kustannuslaji- ja kustannuspaikkakohtainen laskenta, toimintokohtainen kustannuslaskenta sekä tuote- tai palvelukohtainen kustannuslaskenta. Kustannusten määrätietoinen hallinta ja kustannuslaskenta yhdessä muodostavat yhden tärkeimmistä aseista tämän päivän johtamisessa sekä toiminnan tehostamisessa. (Neilimo & Uusi-Rauva 2005, 37, 46.)

Kustannuslaskentaperiaatteita on kolme: aiheuttamis-, laajuus- ja arvostusperiaate. Aiheuttamisperiaatteessa kustannukset jaetaan laskentakohteille aiheuttamiensa kustannusten suuruisena. Tästä syntyy kuitenkin kohdistamisongelmaa, sillä kaikelle pitäisi olla jako- tai vyörytysperiaatteet. Myös käytetty laskentakausi voi luoda jaksotusongelmaa. Laajuusperiaate tarkoittaa sitä, että laskenta toteutetaan sen laajuisena kuin sen käyttötarkoitus edellyttää. Laskentaa tehdessä täytyy harkita mitä kaikkia välillisiä kustannuksia otetaan mukaan lopputuotteen kustannuksiin. Arvostusperiaate otetaan huomioon laskettaessa pääomien poistoa, arvostetaan pääomat hankinta- vai jälleenhankintahintaan. (Vatanen 2009.)

Kustannuslaskennan laskentamenetelmiä ovat lisäyslaskenta, jakolaskenta ja toimintolaskenta. Lisäyslaskentaa sovelletaan yrityksissä, joissa valmistetaan jopa satoja tai tuhansia eri tuotteita. Valmistus tapahtuu myös usein eri valmistusvaiheisiin. Tällöin on erityisen vaikeaa aiheuttamisperiaatteen seuraaminen. Näin

ollen välilliset kustannukset kohdistetaan eri tuotteille jakoperusteiden avulla. Välittömät kustannukset taas kohdistetaan suoraan työmääräyksille, joille annetaan omat työnumerot. Lisäyslaskenta tuottaa tietoa yrityksen johdolle yksittäisten työmääräysten kustannuksista. Jakolaskentaa taas voidaan käyttää, mikäli yritys tuottaa vain yhtä tuotetta. Jakolaskentaa käytetään niin teollisuudessa kuin sosiaali- ja terveystalouksissa. Siinä tuotantokustannukset kohdistetaan ensin kustannuspaikalle ja rekisteröidään kustannuspaikan suoritteet määrätyltä kaudelta. Välilliset kustannukset kohdistetaan lopputuotteen tuottajayksikölle eli kustannuspaikalle vyörytyksillä tai käyttäen sisäistä laskutusta. Jakolaskentaan kuuluu myös ekvivalenssilaskenta, jota voidaan soveltaa tuotteisiin joiden valmistus ja raaka-aineet muistuttavat suuresti toisiaan. Tällöin kustannukset kohdistetaan tuotteille esimerkiksi työajan suhteessa. Toimintolaskentaa esitellään tarkemmin kappaleessa 2.3. (Vatanen 2009.)

Kustannuslaskennalla tuotetaan tietoa budjetointia, palveluiden ja investointien suunnittelua, sekä tuloksen ja tuloksellisuuden arviointia varten. Sen tuottamaa informaatiota voidaan käyttää ja hyödyntää useaan tarkoitukseen, esimerkiksi tunnuslukujen määrittelyyn, määräraharahatarpeen arviointiin, kannattavuuslaskelmiin ja erilaisten vertailujen tekemiseen sekä palvelujen hinnoitteluun. (Myllyntaus 2005; Kuntaliitto 2009, 11.)

Kunnissa tuotekohtaista kustannuslaskentaa tarvitaan monestakin syystä. Kilpailutilanteessa kunnan oman yksikön ollessa yksi kilpailijoista voidaan vertailla kustannuksia. Tuotantovaihtoehtoisissa voidaan verrata omaa kustannustasoa ostettuun palveluun ja käyttää tätä päätöksenteon tukena, kun mietitään tuotetaanko tiettyä palvelua itse, vai ostetaanko se ostopalveluna muualta. Mikäli päädytään ostopalveluihin, niin kustannuslaskennan avulla voidaan verrata tuotekohtaisia palvelusopimuksia. Vatasen mukaan kustannuslaskennan tulisi aina olla kunnossa kun kunnalliset palvelut toimivat kilpailluilla markkinoilla. Erityiskysymyksiä kustannuslaskennassa palvelutuotannon osalta ovat tuotteiden määrittelyyn liittyvät ongelmat, laskennan ajankohta, yksikköhinnan määrittely ja kustannuslaskennan laajuusperiaate. Tuotteiden määrittelyssä ongelmaa aiheuttavat erilaiset tarpeet; tuotteet tulisi määrittellä niin toimintaan, kuntalaskutukseen kuin kilpailuunkin

sopiviksi. Laskennassa taas on tähän mennessä yleisesti käytetty jälkilaskentaa, eli tilinpäätöksen yhteydessä tasataan todellinen palvelujen käyttö ja ennakkolaskutus. Mikäli tulevaisuudessa siirrytään tarjouskilpailuihin, tarkoittaa se laskennan kannalta sitä, että laskennassa siirryttäisiin etukäteislaskentaa, jolloin tilinpäätöksen tasaukset jäisivät pois. Tämä vaatisi tarkkaa kustannuslaskentaa sekä hinnoittelunäkökulmaa. Samoin hinnoittelun onnistumisen vastuu siirtyisi täysin tuottajalle. Tuotteen yksikköhinnassa tulisi ottaa kantaa siihen, muutettaisiinko nykyistä omakustannushintaperusteista laskutusta katteelliseen hintaan. Muutosten myötä hintojen läpinäkyvyys voisi muodostua ongelmaksi katteiden johdosta. (Vatanen 2009.)

Nykyisin kustannussäästöjen aikaan ja talouden ollessa muutenkin kovilla, vaaditaan kunnalliselta puolelta budjetissa pysymistä ja kustannusten tarkkaa ennustettavuutta sekä läpinäkyvyyttä. Koska terveyspalveluja pääasiallisesti rahoitetaan verovaroin, on palveluiden omakustannusarvon selvittäminen tärkeää hinnoittelun kannalta (Kuntaliitto 2009, 11). Vatasen mukaan kunnan oman palvelutuotannon tuotteistaminen ja kustannuslaskenta ovat perusedellytys sille, että kuntiin saataisiin syntymään aitoja vaihtoehtoisia tuotantotapoja. Kustannuslaskennan avulla päästäisiin myös prosessiajatteluun ja toimintolaskentaan. Kun prosessit ovat selvillä, voidaan keskittyä itse ydintoimintoihin ja ulkoistaa muut toiminnot. (Vatanen 2009.)

Terveyspalvelujen tarjoajien lisääntyessä tulevaisuudessa tulee laadun- ja kustannusten hallinnasta aina vain oleellisempi kysymys. Suomessa kustannuslaskentaan hyödynnetään erikoissairaanhoidossa esimerkiksi NordDRG-tuotteita. DRG-laskutuksessa potilaskohtainen tieto ja suoritekohtaiset kustannukset, suoritteita ovat esimerkiksi radiologian ja laboratorion tutkimukset, muodostavat perustan hinnoittelulle. Potilaskohtaisen kustannuslaskennan ansiosta voidaan tuotteistus suorittaa minimaalisin vyörytyksin. Tärkeinä tavoitteina on pidetty tulo- ja menoarvion läpinäkyvyyttä sekä muuttuvien ja kiinteiden kustannusten erottamista toisistaan. (Kuntaliitto 2007, 20–22.)

Resurssien niukentuessa, niin kuntataloudessa, kansantaloudessa kuin kansainvälisessäkin taloudessa, on yleisen kustannustietoisuuden ja kustannustehokkuuden lisääminen tärkeää. Jos kustannustietoisuus on samalla tasolla kunnissa, mahdollistaa se myös kuntien välisen vertailun kehittämisen. Vertailua voidaan tällöin toteuttaa myös palvelutuottajien välillä. Myös lainsäädännön muutokset edellyttävät kustannuslaskennan kehittämistä. Kuntalaissa vaadittavat toiminnalliset tavoitteet ja sisäinen valvonta edellyttävät kehittyntä laskentaa. Myös maksuihin liittyviä muutoksia on tulossa muun muassa kiireellisen hoidon laskutuksessa, asiakasmaksuissa ja työterveyshuoltomaksuissa. (Vatanen 2009.)

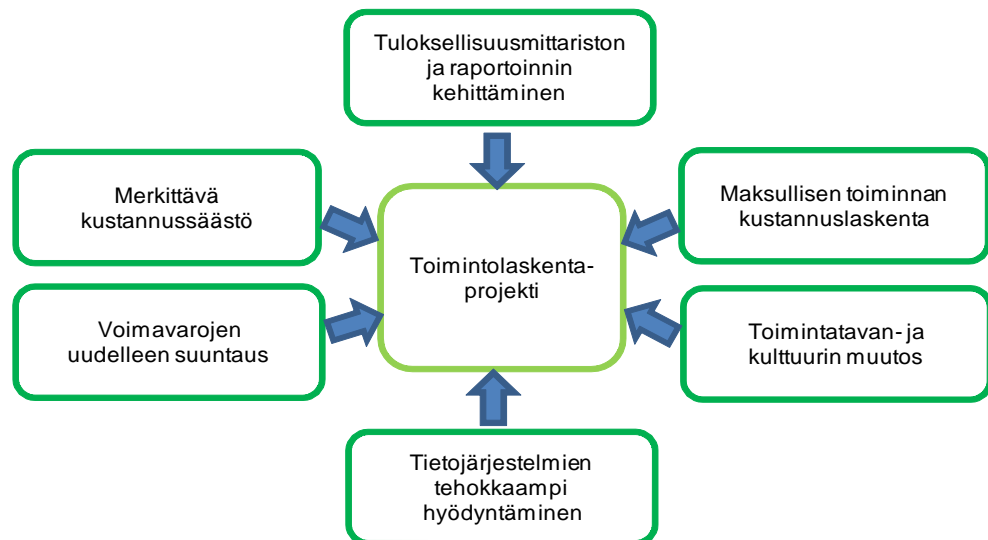
Tällä hetkellä kustannuslaskentaa toteutetaan kunnissa niiden oman harkinnan mukaisesti, ilman sääntelyä. Vaikka kirjanpituudistus yhdenmukaisti ulkoisen laskennan, se ei luonut yhteisiä puitteita sisäiselle laskennalle. Ohjeistusta kuntien kustannuslaskentaan on melko vähän. Tällä hetkellä ohjeistusta tarjoavat muun muassa talous- ja toimintatilasto, kuntaliiton suositukset, sekä kuntaliiton projektien tulokset ja mallit. Tilanne on aiheuttanut sen, että jokaisessa kunnassa toteutetaan kustannuslaskentaa omalla tavalla, mikäli toteutetaan ollenkaan. Vatasen mukaan kustannuslaskenta on nykyisin satunnaista, epäsystemaattista ja toteutettu erillään muusta laskentajärjestelmästä. (Vatanen 2009.)

Kuntayhtymät perustuvat lakipohjaiseen kuntien väliseen yhteistoimintaan. Kuntayhtymät ovat kuntien omistuksessa ja ne toimivat keräämillään jäsenkuntakorvauksilla. Jäsenkuntakorvaukset ovat lakisääteisiä maksuja ja niiden pitää olla kustannusvastaavuusperiaatteen mukaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että maksut määräytyvät palveluiden järjestämisestä aiheutuvista kustannuksista. Tähän perusteseen liittyvät maksut päätetään vuositasolla. Maksut taas määräytyvät lasketun budjetin mukaisesti. Budjetoituihin menoihin lasketaan mukaan tuotantokustannukset, poistot sekä hallinnon kustannukset, nämä menot pyritään kattamaan jäsenkuntakorvauksilla. (Kuntaliitto 2009, 12.)

Koska kaikkia jäsenkuntia tulee laskuttaa samoin perustein, kuntayhtymät tekevät suoritehinnaston, joka vahvistetaan vuosittain. Hinnaston vahvistaa yhtymähallitus. Hinnastolla pitää kattaa seuraavan vuoden talousarvio. (Kuntaliitto 2009, 13.)

2.3 Toimintolaskenta

Toimintolaskenta on yksi kustannuslaskennan eri laskentamenetelmistä, jonka tarkoituksena ei ole vain tuotekohtaisten kustannusten selvittäminen. Laskennan kohteet ja kustannukset ryhmitellään toimintoperustaisesti ja sekä tuotteiden että kustannusten välille koetetaan löytää looginen yhteys. Ideana on, että toimintaa tarkastelemalla kohdistetaan kustannukset oikeudenmukaisemmin toiminnoille resurssien tarpeen ja käytön perusteella. Huomion kohteena ovat siis toiminnot ja niissä aikaansaadut suoritteet, eikä niinkään lopullinen tuote. Laskennan perustana taas on se, kuinka paljon toiminnot vaativat resursseja. Luonteensa vuoksi toimintolaskentaa voidaan soveltaa erityisesti palvelualoille, jolloin ongelmalliset epäsuoratkin kustannukset saadaan jaettua palveluille. (Neilimo & Uusi-Rauva 2005, 143–146 ; Melin & Linnakko 2003, 19.) Syitä toimintolaskentaprojektin toteuttamiseen esitellään kuviossa 5.

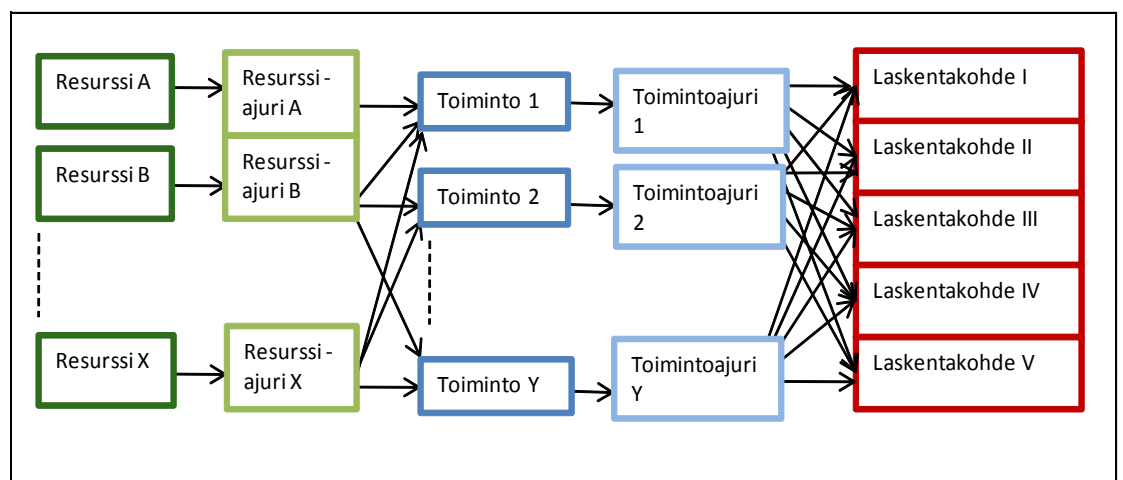


KUVIO 5. Syitä toimintolaskentaprojektin toteuttamiseen (Vatanen 2009)

Toimintolaskenta tuottaa paljon erilaista tietoa yrityksen toiminnasta ja antaa mahdollisuuden parantaa ja tehostaa toimintaa. Toimintoja tarkastelemalla voidaan löytää tarpeettomia ja epätaloudellisia toimintoja, huonosti kannattavia tuotteita sekä jopa tarpeettomia kustannuksia. (Neilimo & Uusi-Rauva 2005, 143,145.)

Toimintolaskennassa kustannusten jakosääntö on aiheuttamisperuste ja laskenta voidaan jakaa kahteen osaan. Ensin kustannukset kohdistetaan toiminnoille, jonka jälkeen ne uudessa laskennassa kohdistetaan edelleen suoritteille, palveluille tai vaikka asiakkaille. Epäsuorien kustannusten jakamiseen käytetään erilaisia kohdistamissääntöjä. Säännöt perustuvat erilaisille mittareille, jotka parhaalla tavalla kuvaavat käytettyjä resursseja sekä niiden käytöstä aiheutuvia kustannuksia. Mitareita kutsutaan myös kustannusajureiksi. Työaika on yksi tyypillisimpiä ajureita, joka valittiin myös tämän tutkimuksen mittariksi. (Melin & Linnakko 2003, 19.)

Kuviossa 6 on kuvattu toimintolaskennan eri vaiheet.



KUVIO 6. Toimintolaskenta (Kuntaliitto 2009, 151)

Toimintolaskentamallissa lähdetään liikkeelle keskeisien toimintojen määrittämisestä. Määriteltyjen toimintojen tulisi olla merkityksellisiä kokonaiskustannusten kannalta ja niille tulisi voida määrittää kustannusajurit. Tämän jälkeen toiminnot jaetaan kustannuspaikoille ja epäsuorat kustannukset jaetaan kustannuspaikoille resurssiajureilla. Kun suorat ja epäsuorat kustannukset on kohdennettu kustannuspaikoille, määritellään siellä oleville toiminnoille omat kustannusajurit eli toimintoajurit. Valittujen ajureiden tulisi olla mitattavia sekä helposti kohdennettavissa palveluille. Ajureiden valinnan jälkeen voidaan toimintojen kustannukset kohdistaa lopputuotteeseen eli palveluun. (Melin & Linnakko 2003, 20–21.)

Toimintolaskennan avulla päästään myös toimintojohtamiseen. Toimintojohtamisella voidaan parantaa kilpailukykyä, kustannustehokkuutta, asiakaslähtöisyyttä

sekä laatua ja toimitusnopeutta. Kustannustehokkuuden parantaminen edellyttää toimintatavan muutosta, kun on ensin tunnistettu toiminnot ja toimintoketjut. Tunnistamisen jälkeen voidaan toimintoketjujen toimintaa tehostaa ja mahdollisesti rakentaa kokonaan uudelleen toimivammaksi. Muutokset vaativat vallalla olevan toimintatavan kyseenalaistamista ja halua rakentaa uutta. Kaiken kaikkiaan toimintolaskennalla voidaan kohdistaa kustannukset tarkemmin aiheuttamisperiaatteen mukaisesti. Laskenta tuottaa myös paljon toimintokohtaista tietoa esimerkiksi ajankäytöstä. Saadut tiedot ovat prosessien ohjausväline ja laadun kehittämisen tärkeä työkalu. Toimintokohtaiset tiedot auttavat myös vertailujen tekemisessä ja ovat näin yksikön johtamisen kannalta keskeisiä. (Vatanen 2009.)

2.4 Tuotteistaminen

Moisio (2005) määrittelee tuotteistamisen ydinidean seuraavalla tavalla: ”Tuotteistaminen on asiakaslähtöistä palvelun määrittelyä, suunnittelua, kuvaamista, konkretisointia, tuotantovalmiuden luomista ja markkinoille saattamista niin, että tuotteelle asetetut vaikuttavuus- ja asiakashyöty- sekä muut tulostavoitteet toteutuvat.” Tuotteistaminen tarkoittaa siis palvelun konkretisointia sellaisella tavalla, että palvelu paketoidaan määrittelemällä sille sisältö, käyttötarkoitus ja hinta, eli luodaan palvelulle hyödykkeen ominaisuudet. Tuotteistetussa palvelussa on siis kuvattu yksittäisen palvelun tuottamistapa ja sisältö. (Moisio 2005.)

Aiemmin jo mainittu ja kuntapuolella yleistynyt tilaaja-tuottajamalli vaatii tuotteistusta. Mallin käyttöönoton onnistuminen riippuu juuri siitä kuinka hyvin palvelu on onnistuttu tuotteistamaan. Palvelun ollessa kyseessä se jaetaan palvelukokonaisuuksiksi. Palvelukokonaisuus kertoo mihin palvelulla pyritään, eli mikä on tuote. Se on kokonaisuus, joka voi muodostua yksittäisistä toimenpiteistä, suoritteista tai vaikka jaksoista. Tuotteistuksen lähtökohta edellyttää palvelutoiminnan jäsentämistä yksittäisiin palvelutilanteisiin ja työtehtäviin, joita yhdistelemällä saadaan luotua asiakkaille luovutettava palvelukokonaisuus. Vasta palvelukokonaisuudelle voidaan antaa joku selkeä hinta. Palvelukokonaisuuksia muodostettaessa ja määriteltäessä on otettava huomioon resurssit ja ennustettavuus, eli kuinka

vaativaa ja aikaa vievää palvelun tuottaminen on. Näin muodostetuista palveluista voi myös muodostaa erilaisia hierarkioita. Tuotteistuksessa otetaan huomioon siis aina yksikön toiminta sekä palveluprosessit eli toiminnot. Näistä luoduista palvelukokonaisuuksista kootaan erilaisia kokonaisuuksia joiden kustannukset voidaan onnistuneesti laskea. (Myllyntaus 2008; Kuntaliitto 2003, 2009, 12, 162,163.)

Palvelun tuotteistamisella tähdätään palvelutuotannon hallintaan. Kun palvelut on tuotteistettu ja kustannukset ovat eri kokonaisuuksissa tiedossa, on kustannusten kehityksen seuranta helpompaa. Hyötyä on myös siitä, että tuotteistusprosessin ansiosta sekä kustannukset että toimintamallit eli prosessit muuttuvat läpinäkyvämmiksi. Samalla tulee siis esille mahdolliset ongelmakohdat prosesseissa ja niihin voidaan puuttua. Tämä myös tehostaa prosesseja. (Myllyntaus 2008.)

Tuotteistamisprosessissa käydään läpi kaikkia vaiheita joiden tuloksena syntyy tuote. Kivistön mukaan (Kivistö 2003, 168) prosessin avulla selvitetään:

- minkä vaiheiden, eli toimintojen, avulla tuote syntyy
- tuotteistamiseen osallistuvat
- tuotteen tuottamisesta aiheutuvat kustannukset
- tuotteen omakustannushinta

Jotta tuotteistamisprosessi olisi onnistunut, tulee organisaatiolle selvittää miksi tuotteistetaan. Lisäksi prosessille tulee olla selkeä tavoite, eli mihin sillä pyritään. Prosessin onnistumiseksi kaikille siihen osallistuville on selvitettävä prosessin merkitys sekä varmistaa, että osallistujilla on toteuttamiseen vaadittava koulutus. Tärkeää onnistumisen kannalta on myös se, että prosessiin saadaan sitoutettua myös ne työyhteisön jäsenet jotka eivät suoranaisesti ole prosessissa mukana, näin myös prosessin etenemisestä on tiedotettava kaikille. Jotta tuotteistaminen saataisiin onnistumaan, ratkaisevaa on myös, että siihen on varattu riittävästi aikaa sekä resursseja. (Kivistö 2003, 168.)

Varsinaisesta tuotteistamisprosessista voidaan erottaa neljä vaihetta. Prosessi aloitetaan valmistelutyöllä ja selvityksillä. Aluksi siis analysoidaan organisaation sekä

palvelutuotannon nykytilaa, näin saadaan kartoitetuksi lähtötilanne. Selvityksissä käydään läpi organisaatio, asiakkaat, palvelut ja niiden laatu, toiminta-analyysi eli SWOT, työajan käyttö sekä syntyneet kustannukset. Kun lähtötiedot on selvitetty, voidaan muodostaa tuotteet. Toisessa vaiheessa määritellään palvelutaso ja sen laajuus, tuotehierarkia, palvelutason muutokset, laaditaan tuotekuvaukset, hinnoitellaan tuotteet ja rakennetaan tuotekansio. (Kivistö 2003, 168–171.)

Arja Kivistön mukaan kunta on toimeksiantotalous, jossa kuntalaiset päättävät kunnallispolitiikkaan äänestettyjen edustajien kautta tarpeidensa tyydyttämisen tason, palveluiden kohteet, määrät sekä laadun. Varsinkin sairaanhoidollisissa palveluissa talouden puolella on ratkaistava ongelma tarpeiden rajattomuuden ja tuotettujen palveluiden rajallisuuden välillä. Tämä edellyttää valintojen tekemistä. Jo 1980-luvun lopulla pyrittiin kunnissa markkinoiden hyväksikäyttöön. Tällöin siirryttiin enemmänkin ajatteluun jossa kunta oli palveluiden järjestäjä, mutta ei varsinainen tuottaja. Myös asukkaiden yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamista vaadittiin lisääntyvässä määrin. Näin ollen julkisen ja yksityisen palvelutuotannon raja alkoi hämärtyä 1990-luvun alussa. 90-luvun laman pitkittymisen johdosta kysyntä alkoi kuitenkin uudelleen painottua kunnallisiin palveluihin, sillä yksityisestä puolesta oli tullut monelle liian kallis. Samaan aikaan kuntien kunnallisveron tuotto väheni työttömyyden vuoksi ja valtio muutti valtionosuuksien laskentaperusteeksi asukasmäärän aiemman kustannusperusteisen tilalle. (Kivistö 2003, 25.)

Vallinneen tilanteen seurauksena kunnat alkoivat supistaa palvelutarjontaansa, vähentää työvoimaa ja ulkoistamaan palveluja. Lainsäädännössä palveluita ei muutettu, minkä johdosta hyvinvointipalvelujen tarjonta ja niiden tärkeysjärjestykseen laittaminen jäi jokaiselle kunnalle itselleen. Tulevaisuudessa kaikkia lakien mukaisia hyvinvointipalveluja ei pystytä tuottamaan kunnissa, jolloin vaihtoehtoiksi jää joko palveluiden karsiminen tai ulkoistaminen. Tämän päätöksenteon tueksi täytyy tietää tuotettujen palveluiden tuotantokustannukset. Tuotantokustannuksia vertaamalla voidaan päättää mitkä palvelut jäävät kunnalle ja mitkä siirretään ostopalveluiksi. Jotta tämä on mahdollista, on kaikki palvelut ensin tuoteistettava. (Kivistö 2003, 25.)

Tällä hetkellä sairaanhoidolliset palvelut tuotetaan Suomessa pääosin vielä julkisesti. Sairaanhoidopiirien kuntayhtymät ovat julkisia laitoksia ja niiden tarkoitus ei ole tuottaa voittoa vaan tavoitteena on päästä lähelle nollatulosta kuitenkin niin, että se kattaa kaikki kustannukset keräämällä maksuilla. Tulevaisuudessa trendinä tulee olemaan kilpailun avaaminen myös yksityisille eikä vain Suomen rajojen sisällä vaan koko EU-alueelle. Tällöin palvelukysyntä ohjautuu niihin maihin joissa palveluita tuotetaan kilpailukykyiseen hintaan. Kun tuotannon mahdollisuus avautuu kaikille, on tuotteistuksella keskeinen rooli tuotettujen palveluiden vertailtavuutta ajatellen. Tällä hetkellä Suomessa eri sairaanhoidopiirienkin hintojen ja palvelujen vertailu on mahdotonta koska hinnoittelulle ja palvelujen tuottamiselle ei ole saatu luotua yhdenmukaisia periaatteita. (Kuntaliitto 2007, 6, 7, 9.)

Erikoissairaanhoidossa tuote on ostettu palvelu ja se voi olla suppea tai laaja. Eri tuotteissa asiakkaille eli potilaille annetaan eri palveluja, jotka taas vaativat eri määrän resurssien käyttöä. Tuotteistuksessa Kuntaliiton (2007, 12) mukaan tärkeitä selvitettäviä asioita ovat:

- asiakkaat
- asiakkaiden tarpeet
- yksikön perustehtävä
- palveluille asetettavat laatuvaatimukset
- tuotteiden ja palveluiden hinta

Tuotteistamisessa lähdetään siis liikkeelle oman toiminnan pohdinnasta sekä tavoitteiden asetannasta. Nämä asetetut tavoitteet viedään aina palvelutilanteisiin asti. Puhutaan niin sanotusta toimintoanalyysistä. Analyysin kautta päästään määrittämään suoritteet ja prosessit. (Melin & Linnakko 2003, 12.)

Tuotteistukselle on luotu monia eri apuvälineitä. Näitä ovat esimerkiksi hoitoisuusluokitukset ja NordDRG-ryhmittely, jota käytetään myös Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. (Melin & Linnakko 2003, 13.) Suomessa DRG-järjestelmän omistaa Kuntaliitto ja se on käytössä kahdeksassa sairaan-

hoitopiirissä. (Erikoissairaanhoidon kustannusten vertailtavuutta halutaan parantaa, 2008.)

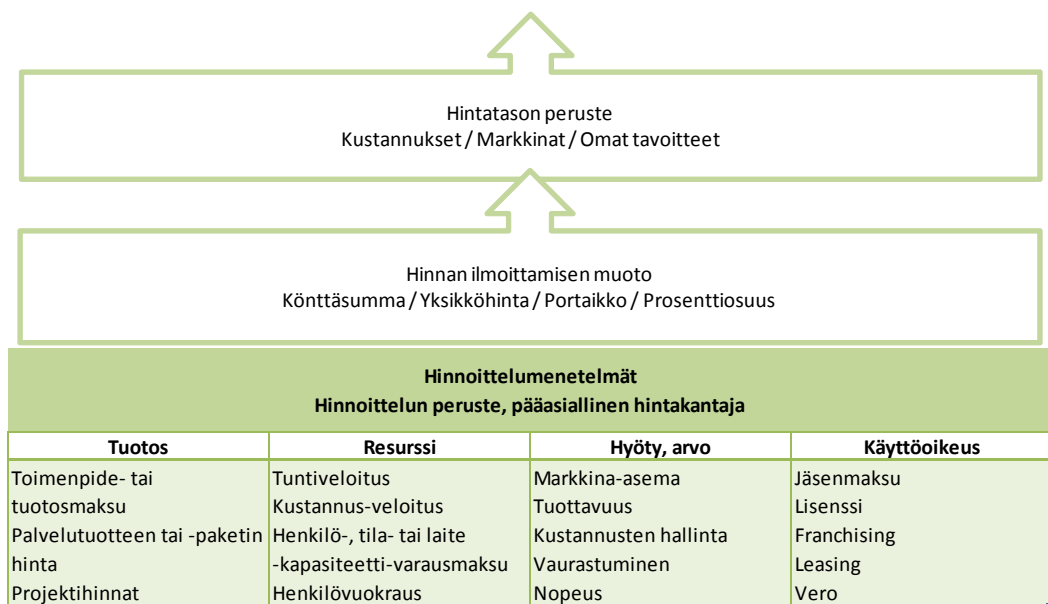
Maailmalla käytetään erikoissairaanhoidon palvelujen tuotteistamiseen lukuisia eri tapoja, mutta laajimmin käytetty on DRG eli Diagnostic Related Group -tuotteistusmenetelmä. DRG-ryhmityksessä hoitajaksot ryhmitellään päädiagnoosin, sivudiagnoosien, tehtyjen toimenpiteiden, potilaan iän ja sairaalasta poistumistilan mukaan lääketieteellisesti järkeviin ja kustannuksiltaan homogeenisiin ryhmiin (Suoritekäsikirja 2009, 1). Suomessa erikoissairaanhoidon tuotteistusjärjestelmän määrittämiseen on perustettu sairaaloiden tuotteistushanke SATU. Tällä hetkellä hanke koskee vain erikoissairaanhoidoa, mutta suunnitelmissa on ylettää tuotteistus tulevaisuudessa myös perusterveydenhuollon puolelle. Tavoitteena on ottaa käyttöön niin sanottu full DRG – ryhmittely, joka edellyttää kaikkien annettujen palveluiden tuotteistamisen. (Kuntaliitto 2007, 7.)

SATU-hankkeessa on tavoitteena luoda suosituksia sekä yhteinen tuotteistamisjärjestelmä sairaanhoitopiireille. Tämän myötä potilaiden hoidon kirjaaminen ja kustannuslaskenta yhdenmukaistuisi eri sairaanhoitopiirien välillä. Tällä hetkellä kuntalaskutuksen ongelmiksi on noussut läpinäkyvyyden puute sekä kustannusten hallinnan vaikeus. Tämä johtuu siitä, että tällä hetkellä suurin osa sairaanhoitopiireistä on luonut oman tuotteistusmenetelmän, joka ei ole vertailukelpoinen muiden kanssa. Yhtenäisellä tuotteistamisjärjestelmällä ja kirjaamistarkkuudella pyritäänkin kustannusten ja kuntalaskutuksen vertailun mahdollistamiseen. Yhtenäiset käytännöt mahdollistaisivat tulevaisuudessa sairaanhoidon palvelujen hintavertailun ja tehokkuuden arvioinnin. SATU-hankkeen tavoitteena on, että kaikki sairaanhoitopiirit käyttäisivät NordDRG-laskutusta vuonna 2011. Ensimmäinen tavoite on saada DRG käyttöön vuodeosastohoidossa vuoteen 2010 mennessä. Avohoidon puolelle järjestelmän käyttö laajennettaisiin jo avohoidon puolelle. Hankkeessa on mukana 17 sairaanhoitopiiriä. (Kuntaliitto, 2008. Erikoissairaanhoidon kustannusten vertailtavuutta halutaan parantaa.)

2.5 Hinnoittelu

Hinnoittelulla on myyjän/palvelun tuottajan näkökulmasta kaksi tärkeää tavoitetta. Hinnan tulee olla sellainen että sillä saadaan tuote myytyä ja hinnan täytyy tuoda kustannuksia enemmän tuloja. Jos hinta on ostajan mielestä liian korkea, jää tuote/palvelu myymättä ja jos taas hinta on liian matala, tulee toiminnasta tappiollista. (Kulmala 2008.)

Hinnanasetantaan liittyy monitahoisia vaiheita ja hinnoittelumenetelmiä on useita. Peruslähtökohtana hinnoittelulle on kuitenkin yleensä aina se, että hinnan täytyy olla sellainen, että hinnalla voidaan saavuttaa tavoitteet, niin taloudelliset kuin muutkin, sekä menestyä markkinoilla kilpailussa muiden tuotteiden ja palveluiden kanssa. Kuviossa 7 on esitetty eri hinnoittelumenetelmiä.



KUVIO 7. Hinnoittelumenetelmät (Sipilä 2003, 179)

Tämän vuoksi kustannuslaskennan rooli on suuri myös nimenomaan hinnoittelussa. On tärkeää tietää tuotteen tai palvelun tuottamiskustannukset, jotta hinta voidaan asettaa sellaiseksi, että se kattaa kaikki syntyvät kustannukset ja huomioi kuitenkin myös kaikki kannattavuus- ja kilpailulliset tavoitteet. (Neilimo & Uusi-Rauva 2005, 185–186.)

Edellisen sivun kuvion 7 hinnoittelumallit on luokiteltu hintakantajan mukaisesti. Tuotosperusteisissa hinnoissa maksetaan valmiista tai erikseen tehtävästä tuotteesta. Tällaisia ovat esimerkiksi palvelutapahtumahinnat sekä urakkahinnat. Hinnan perusteena toimii siis itse tuotos, esimerkiksi urakasta valmistunut rakennus, eikä niinkään asiakkaan saama hyöty. Resurssipohjaisissa hinnoissa perusteena on kapasiteetti. Mallissa voidaan käyttää joko toteutunutta kapasiteetin käyttöä tai ennalta varattua resurssin käyttöä, jolloin resurssi katsotaan olevan asiakkaalle varattuna silloinkin, kun hän ei sitä käytä. Hyöty- ja arvoperusteisissa hinnoissa asiakas maksaa hyödystä. Yleisesti näistä puhutaan erilaisina bonuksina ja success fee – palkkioina. Saatu hyöty voi olla mitä vain, esimerkiksi tuottavuuden nousua tai markkina-aseman parantumista. (Sipilä 2003, 178.)

Käyttöoikeushinnoissa asiakas maksaa oikeudesta käyttää esimerkiksi tiettyä yritys- tai tuotenimeä. Tällöin hinnat ovat franchising- eli lisenssimaksuja. Tämän perusmaksun lisäksi saattaa asiakas joutua maksamaan myös käytön määrästä. Käyttöoikeushinnat poikkeavat resurssipohjaisista hinnoista siinä, ettei toimittajan tarvitse varata omaa kapasiteettiaan asiakkaalle. Näiden hinnoittelutapojen perustyyppien pohjalta voidaan Sipilän mukaan rakentaa lukemattomia yhdistelmämallia. (Sipilä 2003, 178–179.) Neilimon ja Uusi-Rauvan (2005) mukaan hinnoittelumenetelmiä on yleensä kolmenlaisia: hinnoittelu voi olla markkinahintaista, kustannusperusteista tai tavoitteisiin liittyvää. Markkinaperusteisessa hinnanasetannassa käytetään hyväksi yleistä markkinatasoa johon omat tuotteen tai palvelun tuottamiskustannukset sovitetaan yhteen. Yleensä tätä hinnoittelumenetelmää käytetään silloin, kun kyseessä on yleinen tuote tai palvelu, joita on, ja joista on jo kilpailua markkinoilla.

Kustannusperusteiset hinnoittelumenetelmät käyttävät kustannuslaskennan tuottamia tietoja hinnanasetannassa. Tällöin hinnan on ylitettävä tuotteen tai palvelun tuottamiskustannukset, yleensä hintaan sisällytetään myös tietty kannattavuustavoite. Toiminnasta aiheutuneiden kustannusten kattamisen tärkeys korostuu eniten kustannusperusteisessa hinnoittelussa, mutta myös markkinoilla vallitseva hinta on huomioitava ja verrattava sitä omiin tuottamiskustannuksiin. Kustannusperusteista hinnoittelua käytetään muun muassa yksilöllisten tuotteiden tai palveluiden

hinnan määrittelyssä, tällaisia ovat esimerkiksi erilaiset projektit sekä asennus- ja huoltopalvelut. (Neilimo & Uusi-Rauva 2005, 190–192.)

Julkisissa palveluissa hinnoittelu on poikkeavaa verrattuna yksityisiin. Hinnoittelulla pyritään kattamaan toiminnasta syntyvät kustannukset, mutta siltikään hinta ei ole sama asia kuin toiminnasta aiheutuneet kustannukset.

Julkisella puolella perinteinen tilaaja-tuottajamalli toimii hieman sovellettuna. Yksi taho tilaa palvelun, toinen vastaanottaa ja kolmas toimii tuottajana. Myös hyödyn saaja, sekä palvelun pääasiallinen maksaja voivat olla eri tahoja. Koska julkiset palvelut perustuvat lähes aina lakeihin ja asetuksiin, niitä tuotetaan kaikille, joille on niiden käyttöön oikeus näissä annettu. Jorma Sipilän mukaan julkisia palveluorganisaatioita tulisikin kehittää niiden alkuperäisestä lähtökohdasta, eikä niitä siis pitäisi edes yrittää liikelaitostaa. Julkisten palveluiden pohjattoman kysynnän vuoksi lähdetään palveluiden tuottamisessa liikkeelle resurssien näkökulmasta. Vasta kun resurssit ovat tiedossa, voidaan pyrkiä maksimoimaan tarjotun palvelun vaikuttavuus. (Sipilä 2003, 146–149.)

Vuonna 2003 Sosiaali- ja terveysministeriön selvitysmiehet kartoittivat laskutuskäytäntöjä. Selvityksessä ongelmiksi kuntien puolesta nousivat

- laskutuksen kirjavuus
- laskutuksen vaikeaselkoisuus
- kustannusten jakaminen oikeudenmukaisesti jäsenkuntien kesken
- kustannusten huono ennakoitavuus
- kustannusten vaikea hallinta

Nämä asiat koettiin ongelmiksi koko maassa. (Kuntaliitto 2007, 22.)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä käytetään kuntalaskutuksessa DRG-laskutusta osastohoidossa. Avohoito- eli poliklinikkakäynnit laskutetaan kiinteillä summilla, samoin poikkeuksen tekevät psykiatriset hoitopäi-

vät, hengityshalvaus- ja hoitorinkipotilaat. Heidän hoitonsa laskutetaan kiinteällä hoitopäivähinnalla.

DRG-laskutuksessa perustana käytetään tietyn potilasryhmän keskikustannusta. Jotta keskikustannus voitaisiin laskea, täytyy tiedossa olla myös potilaskohtaiset kustannukset (Kuntaliitto 2007, 39). Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä on käytössä Classic 2008 –ryhmittelijä, joka ryhmittelee potilaat DRG-ryhmiin määriteltyjen perustietojen pohjalta. Potilaskohtaiset kustannukset lasketaan Datawellin toimittamalla KPP eli Kustannus Per Potilas -ohjelmalla. Ohjelman avulla saadaan yksittäisen potilaan hoitajaksolle kustannus. Kustannuksista lasketaan jokaiselle DRG-ryhmälle keskihinta.

KPP-järjestelmä perustuu tietovarastoon, sekä Windows-pohjaiseen analysointi- ja raportointisovellukseen Ecomed-Analyzeriin. Lähtötiedot KPP-järjestelmän tietovarastoon tulevat erikoissairaanhoidon Efficasta. Effic on PHSOTEY:ssä käytetty potilastietojärjestelmä. KPP:n tietoaineiston pohjana toimivat kaikki tehdyt perusuoritteet, eli erikoisalahoitajaksot sekä avohoitokäynnit, joihin on erikseen kohdistettu välisuoritetiedot. Välisuoritteita muodostavat esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. (Suoritekäsikirja 2009, 10.) Ryhmittely järjestelmässä toimii diagnooseilla ja toimenpidekoodeilla. DRG-ryhmittely on siis hintaryhmittelyjärjestelmä. (Kuntaliitto 2007, 39, 41.)

Erikoissairaanhoidossa hinnat määräytyvät kustannusten mukaisesti ja keskihintojen tulee kattaa syntyneet kustannukset. Eri sairaanhoitopiirejä vertailtaessa käytetään yhden DRG-pisteen hintaa. Kuntien tulee lain mukaan tuottaa asukkailleen erikoissairaanhoidon palveluja, mutta sitä ei ole määritelty mistä he nämä palvelut ostavat.

Kunnat ovat yhtymän omistajia ja niitä kutsutaan jäsenkunniksi. Yhtymä tuottaa palveluita jäsenkuntiensa asukkaille. Jäsenkuntien maksama hinta on lähellä omakustannushintaa, sillä kuntayhtymät eivät hae voittoa toiminnalleen. Jäsenkuntamaksuja kerätään vain sen verran, että toiminta on mahdollista. Jäsenkunnilta peritään hinnaston mukaisesti maksuja, jolloin laskutus on yhdenmukaista. Mikäli

kuntayhtymä tuottaa palveluja myös ulkokunnille, saa se erityisin perustein laskuttaa heiltä enemmän. Kuntayhtymän tuottamien palveluiden hinnasto laaditaan yhdeksi suunnittelukaudeksi kerrallaan ja se tulee hyväksyttävä yhtymähallituksella etukäteen. (Myllyntaus 2008.)

Hinnaston pohjana toimii arvioitu tuotettava suoritemäärä ja bruttokustannukset. Näistä vähennetään vielä asiakasmaksut sekä mahdolliset muut tuotot, jotka eivät johdu varsinaisesta toiminnasta. (Myllyntaus 2008.) Tällaisia tuottoja ovat esimerkiksi EVO-rahoitukset, eli erityisvaltionosuudet. Tuotettava suoritemäärä saadaan kuntaneuvotteluiden aikana, kun jokaisen jäsenkunnan kanssa neuvotellaan siitä, kuinka paljon he mitäkin suoritetta eli palvelua ostavat suunnittelukauden aikana.

Suoritteiden hinnoitteluperusteet tulee myös hyväksyttävä yhtymäkokouksessa. Hyväksynnän voi antaa myös vastaava toimielin hyväksyttäessä talousarviota. Kun suoritteiden hinnoitteluperusteilla on laskettu bruttokustannukset kattava hinnasto, vahvistetaan suoritteiden yksikköhinnat eli valmis hinnasto yhtymähallituksessa. Mahdollista on, että hinnastoa joudutaan muokkaamaan joko kokonaan tai tiettyjen suoritteiden osalta. Hinnaston muutokset vaikuttavat talousarvioon ja ennen sitä joudutaankin hyväksyttävään talousarvion muutos. Mikäli hinnastoa korotetaan, voidaan uudella hinnastolla veloittaa vasta ilmoitusta seuraavan toisen kuukauden alusta lähtien. (Myllyntaus 2008.)

Mikäli hinnoittelussa on jotenkin epäonnistuttu tai toiminnassa on tapahtunut merkittäviä muutoksia, joudutaan soveltamaan jälkilaskutusta. Jälkilaskutuksessa voidaan joko palauttaa ylijäämää tai perimään jäsenkunnilta lisää maksuja alijäämän kattamiseksi. Jälkilaskutusta voidaan soveltaa vain, jos yhtymän perussopimuksessa siitä on erikseen sovittu. (Myllyntaus 2008.) Pääasiallisesti kuitenkin pyritään mahdollisimman tarkkaan kustannusten ennustamiseen ja näin ollen onnistuneeseen hinnoitteluun, jotta jälkilaskutukseen ei jouduttaisi.

Isäntäkuntamallissa maksuosuudet määritellään kustannustenjakomallin mukaisesti. Tällöin laskutusperusteena toimii toimintavuoden toteutuneet kustannukset.

Kustannukset sisältävät ulkoiset toimintamenot, suoriteperusteisen laskutuksen sisäiset menot, suunnitelman mukaiset poistot sekä tuotantovälineisiin sitoutuneen pääoman korko. Ennen maksuosuuden määrittämistä tuloista vähennetään asiakasmaksut sekä muut toimintatuotot. Kun saadaan loppusumma, joka jaetaan kunnille, voi kuntakohtaisena laskennallisena laskutuksen jakoperusteena toimia esimerkiksi asukasluku tai asiakasmäärä. Suoriteperusteisena laskutusperusteena toimivat luovutetut suoritteet kuntakohtaisesti, eli kuinka monta hoitopäivää, käyntiä ja hoitajaksoa kunta on käyttänyt. (Myllyntaus 2008.)

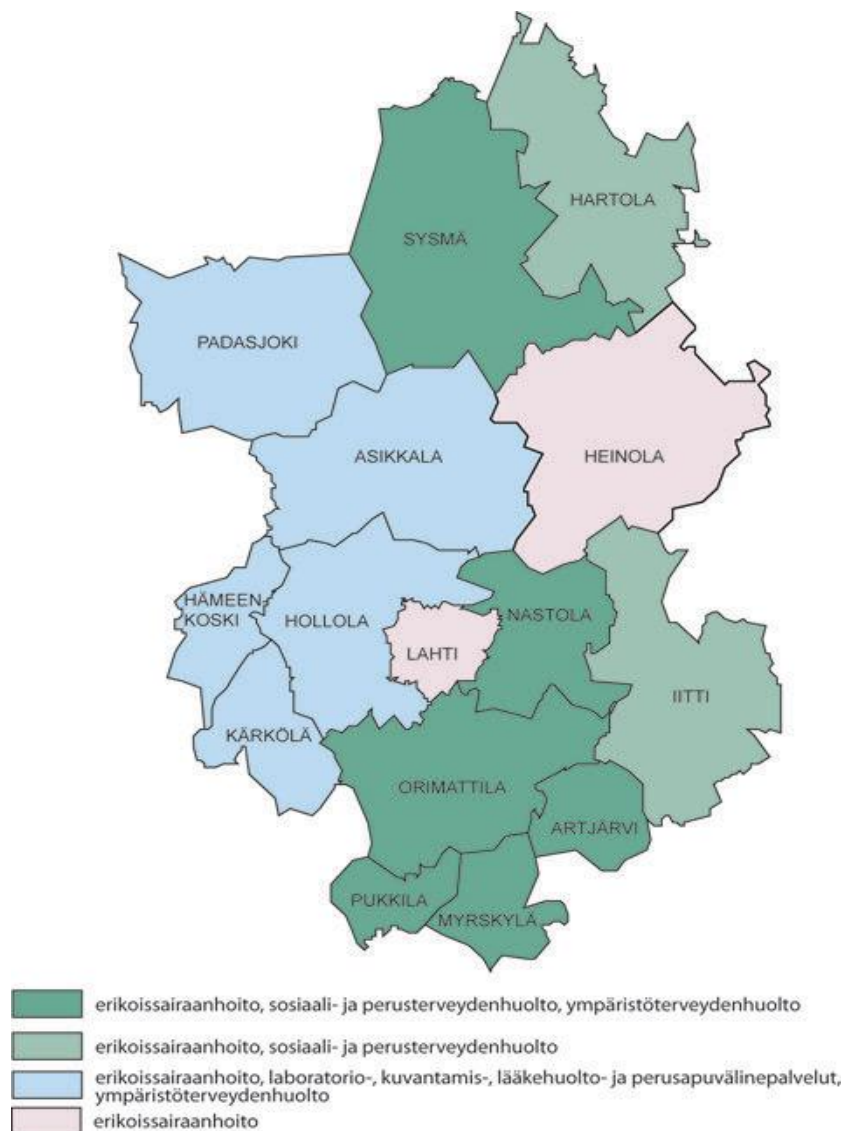
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä kuntalaskutus tapahtuu perussopimuksen mukaisesti; kunnat ovat velvollisia maksamaan asukkaidensa saamista palveluista palvelumaksut. Muissa maksuissa voidaan soveltaa esimerkiksi jäsenkuntien asukasmäärään tai muuhun kokonaislaskutusperusteeseen perustuvaa maksua, tällaisia ovat esimerkiksi erityismaksuosuudet, jotka sisältävät muun muassa kalliin hoidon potilaat sekä potilasvakuutukset. Kalliin hoidon potilailla tarkoitetaan potilaita joiden hoidon kustannus ylittää valtuuston vuosittain vahvistaman kustannuksen. Erityismaksuosuudet peritään kunnilta vasta tilinpäätöksen hyväksymisen jälkeen. (Suoritekäsikirja 2009, 53.)

Jäsenkuntien palvelulaskutus tapahtuu kaksi kertaa kuukaudessa, sen pohjana toimii kokonaismaksuarvio, joka on osa talousarviota. Mikäli vuoden aikana tehty ennakkolaskutus kuitenkin poikkeaa varsinaisesta palveluiden käytöstä, taseus tehdään tilinpäätöksessä. Ennakkolaskutusta voidaan myös tarkistaa kesken vuotta, mikäli sille löytyy vahvat perusteet, eli palveluiden käyttö poikkeaisi suuresti ennakoidusta. Erikoissairaanhoidon hinnaston perustana toimii DRG-ryhmitys, kun taas avohoito- eli poliklinikkakäynneille lasketaan oma hinnasto käyntityypikohtaisesti. Lisäksi osa hoidosta laskutetaan hoitopäivähinnoilla. Tällaisia ovat psykiatrinen hoito, hengityshalvaushoito sekä siirtoviivemaksut. Siirtoviivemaksua syntyy, jos potilas joutuu odottamaan jatkohoitopaikkaa omaan terveyskeskuksensa vuodeosastolle pidempään kuin on säädetty. (Suoritekäsikirja 2009, 53.) Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymää esitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

3 CASE: TOIMISTOPALVELUYKSIKKÖ

3.1 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatio

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä aloitti nopean perustamisen jälkeen toimintansa 1.1.2007. Kuntayhtymään kuuluu 15 jäsenkuntaa, jotka on esitetty kuviossa 8.



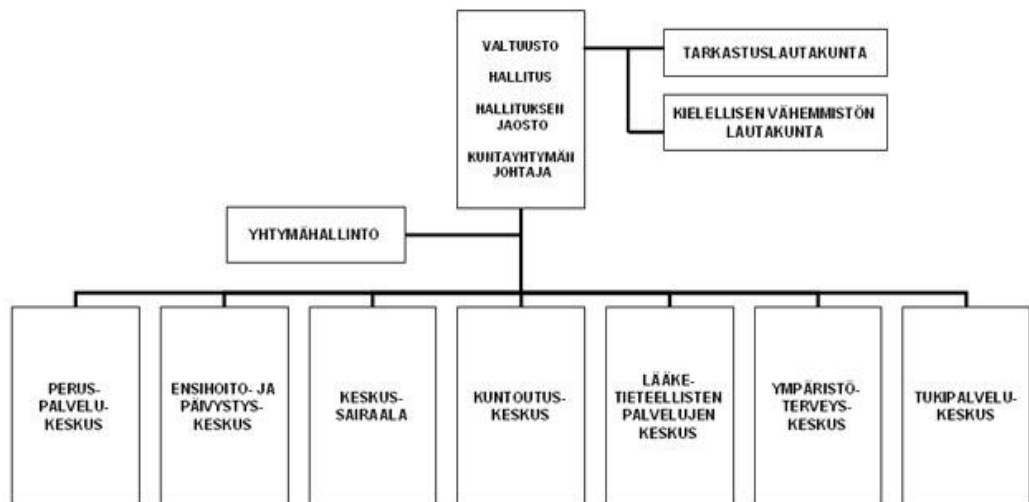
KUVIO 8. Jäsenkunnat (PHSOTEY 2009)

Jäsenkuntia ovat: Artjärvi, Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä.

Yhtymällä on kolme toimialaa joilla se toimii: erikoissairaanhoido, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Yhtymän jäsenkuntien yhteenlaskettu asukasluku oli vuoden 2009 alussa 211 975. Jäsenkunnat ostavat eri palveluita. Kaikki 15 jäsenkuntaa ostavat erikoissairaanhoidon palvelut yhtymältä, mutta niin sanotut 8-kunnat (Artjärvi, Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Pukkila, Orimattila, Sysmä) ostavat myös kaikki sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, 2009.)

3.2 Toimistopalveluyksikkö

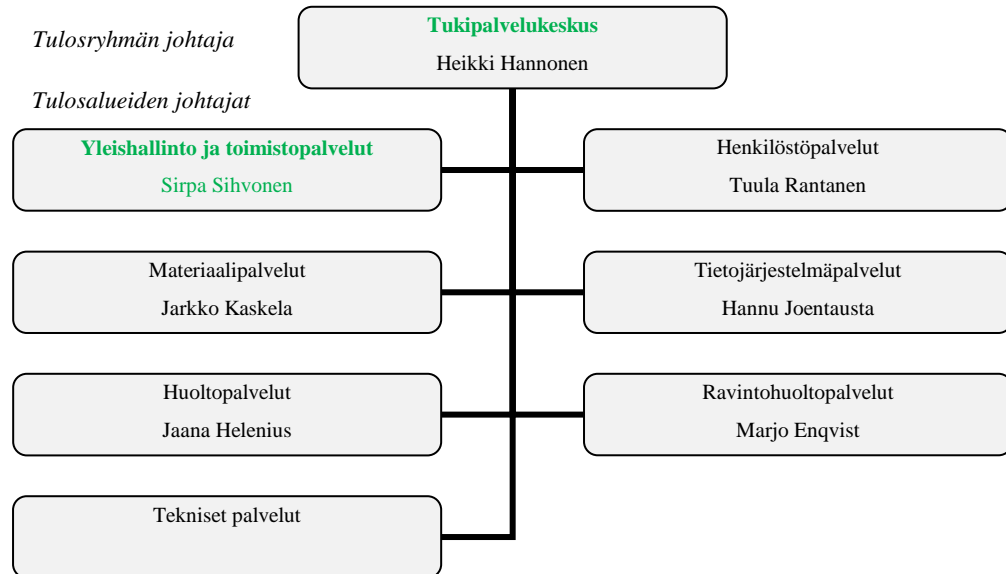
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio muodostuu seitsemästä tulosryhmästä, yhtymähallinnosta, kuntayhtymän johtajasta ja ylintä päätösvaltaa käyttävistä toimielimistä. Kuviossa 9 on esitetty kuntayhtymän perusorganisaatio.



KUVIO 9. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatio (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, 2009)

Seitsemän suurta tulosryhmää jakaantuvat edelleen pienempiin tulosalueisiin, joiden määrä vaihtelee tulosryhmittäin. Tulosalueet taas muodostuvat sen sisäisistä tulosyksiköistä, jotka jakaantuvat vastuualueisiin ja edelleen vastuuyksiköihin.

Toimistopalveluyksikkö kuuluu yhtymässä tukipalvelukeskukseen yleishallinto ja toimistopalveluiden tulosalueeseen. Tukipalvelukeskuksen organisaatiota esitellään kuviossa 10.



KUVIO 10. Tukipalvelukeskuksen rakenne

Tukipalvelukeskus sisältää kaikki yhtymässä tarvittavat tukipalvelut esimerkiksi huoltopalvelut, ravintohuollon, tekniset palvelut ja toimistopalvelut. Tukipalvelukeskuksen toiminnat on luotu tukemaan sairaalan ydintoimintoa eli potilaan hoitoa.

3.2.1 Toimistopalveluyksikön perustaminen

Päijät-Hämeen keskussairaalassa tehtiin sairaanhoidollisten toimistopalvelujen arviointi ja kehittämisselvitys ulkopuolisen yrityksen Efektia Oy:n toimesta, se valmistui vuonna 2003 ja koski nimenomaan osastonsihteerien sekä tekstinkäsittelijöiden tuottamia palveluita. (Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri 2005, 3.)

Toimintaselvityksessä nousi esille hallinneen järjestelmän toimimattomuus. Toimistopalveluiden hallinnointi oli hajaantunut 46 osastonhoitajalle sekä yhdelle tekstinkäsittelyesimiehelle. Koettiin, että toiminta ei näin ollut tehokasta eikä myöskään kustannustehokasta. Yhteistyötä ja työnjakoa eri osastojen välillä ei

ollut ja näin ollen palveluiden kehittäminen sekä yhteinen resursointi puuttuivat. Varsinkin työn kehittäminen oli hajanaista sekä sattumanvaraista. (Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri 2005, 3.)

Selvityksessä nousseiden ongelmakohtien ratkaisemiseksi käynnistettiin keskus-sairaalassa projekti, jonka tavoitteena oli tehdä perustamissuunnitelma keskitettyä toimistopalveluita tuottavaa yksikköä varten. Asiasta teki päätöksen sairaanhoitopiirin johtaja Heikki Paavilainen. Perustetussa projektiryhmässä oli 14 henkilöä, ja projektisuunnittelijana toimi nykyinen toimistopalvelupäällikkö Sirpa Sihvonen. Projektiryhmä kokoontui yhteensä yhdeksän kertaa. Ohjausryhmänä projektilla oli Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin johtajisto. (Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri 2005, 3-4.)

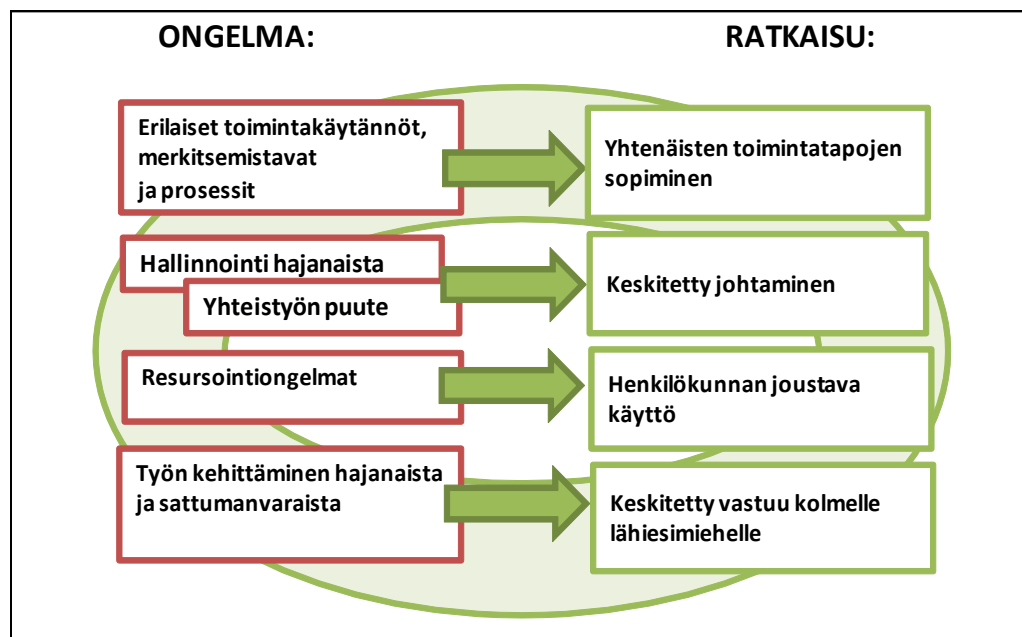
Projektin loppuraportti valmistui vuonna 2005 ja sen seurauksena perustettiin toimistopalveluyksikkö. Alussa perustetulla yksiköllä oli 105 vakinaista osastonsihteeriiä sekä 28 vakinaista tekstinkäsittelijää. Toimistopalvelupäälliköksi ja toiminnasta vastaavaksi valittiin Sirpa Sihvonen. Hänen alaisuuteensa nimitettiin kolme palveluesimiestä, jotka toimivat niin osastonsihteerien kuin tekstinkäsittelijöidenkin lähiesimiehinä. (Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri 2005, 3, 35.)

Palveluita lähdettiin yksikön perustamisen jälkeen tuottamaan osastoille sekä poliklinikoille. Tällä hetkellä palveluita tuotetaan palvelusopimusneuvotteluiden perusteella.

3.2.2 Toimistopalveluyksikön perustamisella haetut tavoitteet

Tavoitteena toimistopalveluyksikön perustamisella oli nimenomaan siirtää sairaanhoidollisten toimistopalveluiden tuottaminen keskitetyksi. Taustaselvityksessä (Efektia Oy 2003) tehdyissä henkilökunnan, sekä esimiestason haastatteluissa korostui tilanteen toimimattomuus. Myös yleinen paine kuntapuolella tehostaa toimintaa vaikutti siihen, että toimintaa haluttiin keskittää, tehostaa ja virtaviivaistaa.

Vallinneessa tilanteessa oli ollut päivittäin toistuvia ongelmia muun muassa työnjaossa sekä yhteistyössä. Koettiin myös, että sihteerit tekivät paljon päällekkäisiä töitä. Niukentuvien resurssien puitteissa haluttiin perustaa yksikkö, joka mahdollistaisi keskitetyn johdon vuoksi tehokkaamman organisoinnin, sekä joustavamman työympäristön. Tällä haettiin nimenomaan henkilökunnan vapaata siirtelyä osastolta toiselle poissaolo- ja lomatilanteissa. Keskeisimmät ongelmat ja niiden ratkaisut on esitetty kuviossa 11.



KUVIO 11. Keskeisimmät ongelmat ja niiden ratkaisut osastonsihteerin työssä

Jo selvitysvaiheessa koettiin hankalaksi kirjavit käytännöt eri osastoilla ja poliklinikoilla. Jokaisella yksiköllä oli oma toimintaprosessinsa, jonka keskeisenä osana osastonsihteerin toimi. Tutkimuksessa kehoitettiin miettimään nimenomaan tehtäväjakoja eri toimijoiden välillä. Yhtenäisten käytäntöjen määrittäminen on kuitenkin tärkeää työpanoksen arvioimiseksi eri yksiköissä. (Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri 2005, 17.)

3.2.3 Yksikön kustannusten jako

Tilinpäätöstiedoista vuodelta 2008 katsottuna toimistopalveluyksikön toimintakulut olivat 5 425 162 €. Nämä kulut koostuivat pääosin henkilöstökuluista, jotka olivat yhteensä 5 392 497 €. Ostoja tilikauden aikana oli 27 132 €. Suunnitelman mukaisten poistojen jälkeen tilikauden tulos oli -5 373 692 €. Toimistopalveluyksikkö sai vyörytystuloja 5 367 624 € jolloin tilikauden laskennalliseksi tulokseksi tuli -6 068 €.

Aina vuoteen 2008 asti kustannukset katettiin hierarkkisella vyörytyksellä. Kustannukset vyörytettiin ylhäältä alaspäin niin kauan, että ne menivät yksiköille joilla oli kuntalaskutusoikeus, käytännössä siis poliklinikoille ja osastoille. Tämä käytäntö kuitenkin koettiin epäoikeudenmukaiseksi, joten siitä luovuttiin. Lisäksi yksiköt vetosivat siihen, että vyörytetyt kustannukset muuttivat heidän laatimansa budjetin ja aiheuttivat budjettiylityksiä, koska tarkkaa vyörytettävien kustannusten määrää ei tiedetty etukäteen.

Toimistopalveluyksikön kustannukset vyörytettiin yksiköille resursoitujen osastonsihteereiden työpanoksen suhteessa. Mikäli yksikössä tarvittiin vain yhden osastonsihteerin työpanosta, vyörytettiin sille vähemmän kustannuksia kuin sellaiselle yksikölle, joka tarvitsi kuutta osastonsihteeriä.

Näiden ongelmien vuoksi vuoden 2009 aikana päädyttiin ratkaisuun, jossa vyörytykseen yhdistettiin sisäiset palvelusopimukset. Niiden avulla tulosryhmäjohtajat sopivat keskenään kuinka paljon palveluita he toisiltaan tilikauden aikana ostavat, eli kuinka suureen osaan kustannuksista he osallistuvat. Tämä käytäntö on aiheuttanut suuria paineita tukipalvelujen yksiköille kartoittaa kustannuksensa tarkasti. Tähän perustuu myös tarve tehdylle tutkimukselle.

Yleishallinto- ja toimistopalvelut tulosalueen johtaja haluaa tietää paljonko maksaa osastonsihteerin tehty työtunti ja tulisiko eri töillä olla eri painokertoimet. Tuotteistamisen kautta päästään tarkkoihin kustannuksiin, joka helpottaa ennustet-

tavuutta. Tällä hetkellä palvelusopimusneuvottelujen yhteydessä ei ole huomioitu sitä, kuinka toimitaan jos kustannukset eivät pysy annetuissa raameissa. Kenelle kuuluu vyöryttää ylimääräiset kustannukset ja millä perusteella? Nämä ongelmat on tarkoitus ratkaista.

3.2.4 Osastonsihteerin työnkuva

Osastonsihteerin työ on tukea yksikön ydinpalvelua, eli potilaan hoitoa. Ennen sihteereiden työtä kutsuttiin sairaanhoidollisiksi toimistopalveluiksi. Osastonsihteerin toimii linkkinä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Työ on hyvin paljolti potilaiden ohjausta ja neuvontaa, sekä heidän kysymystensä selvittelyä. Hoitohenkilökuntaa palvelee helpottamalla heidän työtään etsimällä potilaskannetta vastaanotoille, järjestämällä kertomukset asianmukaiseen järjestykseen sekä tekemällä lääkärin määräämät jatkohoidon varaukset. Osastonsihteerin myös vastaa työyksikössään taloushallinnollisesta puolesta laskuttamalla potilasosuudet, sekä tarkastamalla kuukausittaiset tilastot kuntalaskutuskelpoisiksi. Osastonsihteereiden työtehtäviä ja tehtävä- eli palvelukokonaisuuksia on esitelty tarkemmin kappaleessa 4.3.

Tällä hetkellä hoitohenkilökunnan puolelta on tullut painetta siihen, että osastonsihteereille tulisi siirtää lisää toimistotyötä. Näin hoitohenkilökunnalla olisi enemmän aikaa potilaille ja itse potilastyöhön.

Koska osastonsihteerin tekee paljon työtä potilasasiakirjojen kanssa, vastaa kirjauksista muun muassa hoitoilmoituksiin ja ajanvarauksiin, on suuresti heidän vastuullaan myös kirjausten oikeellisuus. Osastonsihteerin työssä apuna käytetään Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden erikoissairaanhoiton suoritekäsikirjaa. Suoritekäsikirjassa määritellään kliinisen toiminnan ja sairaanhoidollisten palvelujen käsitteet. Käsikirjalla pyritään yhtenäistämään suoritteiden kirjaaminen ja tilastointi. (Suoritekäsikirja 2009, 1.) Vaikka osastonsihteereiden työnkuva on suuresti asiakaspalvelutyötä ja toimipisteet sekä työtehtävät vaihtelevat suuresti, on päivit- täisestä työstä silti löydettävissä yhteneväisyyksiä, joiden avulla työtehtävistä voi-

daan muodostaa erilaisia kokonaisuuksia. Kokonaisuuksien muodostaminen työtehtävistä selkiyttää osastonsihteereiden työnkuvaa sekä myös sisäistä palvelurajapintaa. Laadukkaan palvelun tuottaminen edellyttää sitä, että on tarkkaan määritelty vastuualueet ja työtehtävät joita noudatetaan.

4 OSASTONSIHTEERIN TYÖN TUOTTEISTAMINEN PALVELUKOKONAISUUKSIKSI

4.1 Tuotteistusprosessi

Osastonsihteerin työn tuotteistamisprosessi alkoi toukokuussa 2009. Niin sanotun tuotteistamisryhmän muodostivat toimistopalvelupäällikkö Sirpa Sihvonen sekä neljä palveluesimiestä; Irmeli Kuronen, Tuovi Kinnunen, Pauliina Santala sekä Liisa Hallomaa. Tuotteistusprosessissa oli mukana myös toinen tutkijoista. Tuotteistustyöryhmä kokoontui prosessin aikana noin kolme kertaa. Tuotteistusprojektin tavoitteet ja aikataulu määriteltiin heti alkuun ennen työhön ryhtymistä. Tuotteistusprojektin tavoitteeksi tuli selkeyttää osastonsihteereiden työnkuvaa, määrittellä palvelukokonaisuudet, eli – tuotteet, ja laskea niiden kustannukset. Tärkeää oli selvittää, mitä maksaa osastonsihteerin tehty työtunti, ja tulisiko eri töillä olla eri painokertoimet.

Tuotteistukseen liittyvää erillistä koulutusta osastonsihteereille ei katsottu tarpeelliseksi, vaan osastonsihteereille järjestettiin kaksi erillistä infotilaisuutta tulevasta työajanseurannasta. Mikäli henkilöstö haluaisi enemmän koulutusta ja lisätietoa, siitä sovittaisiin erikseen. Infotilaisuudet järjestettiin ennen työajanseurannan toteuttamista kaksi kertaa, ensimmäinen 2.9.2009 ja toinen 10.9.2009. Infotilaisuuksissa kerrottiin työajanseurannasta ja sen tavoitteista, ajankohdasta sekä annettiin ohjeet lomakkeiden täyttämistä varten. Aikaa oli varattu runsaasti myös kysymyksille ja epäselvyyksien selvittämiseksi.

4.2 Palvelukokonaisuuksien määrittäminen

Palvelukokonaisuuksien pohjana käytettiin kahden toimistopalveluesimiehen tekemää opinnäytetyötä vuodelta 2007 (Kinnunen & Kuronen). Omassa tutkimuksessaan he olivat kartoittaneet osastonsihteerien työnkuvaan vuodeosastojen osalta kyselylomakkeiden ja keskustelujen pohjalta.

Koska tämä tutkimus koski kaikkia keskussairaalassa työskenteleviä osastonsihteereitä, eikä vain vuodeosastoilla olevia, täytyi vielä osa palvelukokonaisuuksista luoda tähän tuotteistamisprojektiin työajanseuranta varten. Tämän tekemiseksi toimistopalveluesimiehet ja toimistopalvelupäällikkö tapasivat kaksi kertaa toukokuuhun 2009 aikana ja kävivät palvelukokonaisuuksia läpi. Välituloksiin sai toinen tutkijoista ottaa kantaa itse osastonsihteerin työtä tehneenä. Muutosehdotuksia ja täydennyksiä otettiin vastaan, ja viimein elokuun lopussa olivat alustavat palvelukokonaisuudet valmiit. Toimistopalveluyksikön lopullisiksi tuotteiksi määriteltiin seuraavat palvelukokonaisuudet: asiakaspalvelu, ajanvaraus, potilasasiakirjaliikenne, potilaan hoitoon liittyvät tehtävät, tekstinkäsittely, tilastointi ja laskutus sekä muut tehtävät. Palvelukokonaisuuksia esitellään tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

Luotuja palvelukokonaisuuksia mukailleen luotiin työajanseurantalomake tulevaa työajanseuranta varten, jota viimeisteltiin yhdessä palveluesimiesten kanssa kahdessa palaverissa elokuun aikana.

Lukuisten viimeistelyjen jälkeen viimeinen versio työajanseurantalomakkeesta oli valmis vain päivää ennen tutkimuksen aloitusta. Työajanseurantalomake jaettiin lopulta seitsemään eri palvelukokonaisuuteen, joista jokainen sisältää alaotsakkeita eli kokonaisuuteen sisältyviä työtehtäviä vaihdellen kolmesta kahdeksaan. Tautot merkittiin kahdeksanteen osioon. Aika laitettiin kulkemaan kymmenen minuutin välein, sillä viidentoista minuutin katsottiin olevan liian pitkä aika. Päivystyspoliklinikka on ainut yksikkö, jossa osastonsihteerit tekevät vuorotyötä ja työskentelevät myös viikonloppuisin. Tämä huomioitiin myös lomakkeita tehdessä ja sen vuoksi päivystykselle luotiin oma lomake, jossa työaika on aloitettavissa mihin

kellon aikaan tahansa. Työajanseurantalomake, saatekirje ja tehtäväkuvaukset ovat liitteenä 1.

4.2.1 Asiakaspalvelu

Asiakaspalvelulla pyrittiin kattamaan kaikki potilaiden sekä henkilökunnan neuvontaan ja palveluun kohdistuvat tehtävät. Poliklinikoilla potilaiden ilmoittautuminen vastaanotoille varsinkin aamupäivistä työllistää runsaasti. Asiakaspalvelukokonaisuus muodostuu seuraavista työtehtävistä jotka on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Asiakaspalvelun työtehtävät

ASIAKASPALVELU
Ilmoittautumiset
Puhelinpalvelu sisäiset
Puhelinpalvelu ulkoiset
Ohjaus ja neuvonta sisäiset
Ohjaus ja neuvonta ulkoiset

Ulkoiset ja sisäiset palvelut haluttiin erottaa toisistaan, jotta nähtäisiin kuinka paljon aikaa menee potilaiden ja omaisten ohjaamiseen ja kuinka paljon hoitajien, kollegoiden ja lääkärien ohjaamiseen. Erilaisten toimintamallien ja prosessien vuoksi sihteerit joutuvat paljolti tukeutumaan kollegoidensa apuun, esimerkiksi jatkohoitovaraustilanteessa mikäli jatkohoitoyksikkö ei ole oman erikoisalan puolella. Tieto on siis pirstoutunut ja osa työajasta kuluukin neuvoa kysellessä eri yksiköistä.

4.2.2 Ajanvaraus

Ajanvaraus muodostaa suuren kokonaisuuden osastonsihteereiden päivittäisestä työstä. Ajanvaraus-kokonaisuudella haluttiin erotella kuinka kauan aikaa menee esimerkiksi uusien, tulevien potilaiden sekä jo hoidossa olevien potilaiden ajanvarauksiin, niin lääkäreille kuin jatkotutkimuksiin. Taulukkoon 2 on lueteltu ajanvaraus-kokonaisuuden sisältämät työtehtävät.

TAULUKKO 2. Ajanvarauksen työtehtävät

AJANVARAUS
Ajanvarauskirjat
Läheteeajanvaraus
Hoidonaikainen ajanvaraus
Jatkohoidon varaus

Ajanvarauskirjoilla tarkoitetaan Effica-potilastietojärjestelmässä kertomuspuolella olevia ajanvarauspohjia. Jokaisella yksiköllä on omat pohjansa, joita muokataan tarpeen mukaan. Jokaiselle lääkärille on omat vastaanottoajat ja aikojen pituudet sekä sulkuajat, tällaisia ovat esimerkiksi lomat ja koulutukset. Osastonsihteeri on ajanvaraajana poliklinikoilla vastuussa näiden ajanvarauskirjojen tekemisestä, päivittämisestä ja muusta hallinnoinnista. Tämä hallinta on myös yksikkökohtaista, ylimääräisiä aikoja ei saa antaa listalle kuin kyseisen yksikön ajanvaraaja.

Potilaat tulevat erikoissairaanhoidon puolella läheteillä. Lähetteet voivat tulla perusterveydenhuollosta, terveyskeskuksista, tai yksityiseltä puolelta. Lähetteen saavuttua saapumisyksikön erikoislääkäri lukee lähetteen ja merkitsee siihen keskussairaalan kiireellisyysluokituksen mukaisen luokan. Tämän jälkeen osastonsihteeri vastaa lähetejonoista ja antaa aikoja jonossa oleville potilaille läheteeseen annetun luokan perusteella. Niin ajanvarauskirjoja kuin läheteajanvaraustakin teh-

dään vain pääosin poliklinikoilla. Vuodeosastoilla on sairaanhoitajakoulutuksen omaavat hoidonvaraajat jotka hallinnoivat leikkaus- ja vuodeosastojonoja.

Hoidonaikaisella ajanvarauksella tarkoitetaan vuodeosastohoidossa olevalle potilaalle lääkärin aamukierron aikana määräämien jatkotutkimuksien varaamista. Nämä ovat usein radiologisia tutkimuksia tai konsultaatiopyyntöjä.

Jatkohoidonvarauksella tarkoitetaan vuodeosastolta kotiutuvan potilaan kohdalla lääkärin määräämien jatkoaikojen varaamista sekä ohjelmointia. Mikäli potilas käy poliklinikalla jatkuvasti seurannassa hänen seuraavan kontrolliaikansa varaaminen on jatkohoidonvarausta, samoin kuin kaikki vastaanottoihin liittyvien muiden tutkimuksien varaaminen.

4.2.3 Potilasasiakirjaliikenne

Potilasasiakirjaliikenteen palvelukokonaisuudella pyrittiin kattamaan kaikki fyysisten potilaskansien käyttöön liittyvät tehtävät. Vielä tällä hetkellä kaikki tekstit tulostetaan myös paperisiin potilaskansiin jonne liitetään myös kopiot kaikista todistuksista ja muista jakeluista, esimerkiksi vakuutusyhtiön pyynnöistä.

Tekstien tulostaminen, jakeluiden lähettäminen, lääkärin määräämien ohjeiden mukaisesti, sekä potilaskansien arkistointijärjestykseen laittaminen arkistointia varten on työläs työvaihe, jonka vuoksi tämä kokonaisuus haluttiin erottaa omaksi palvelukokonaisuudekseen.

Seuraavan sivun taulukossa 3 on lueteltu kokonaisuuden sisältämät työtehtävät.

TAULUKKO 3. Potilasasiakirjaliikenteen työtehtävät

POTILASASIAKIRJALIIKENNE
Lähetteen käsittely
Jakelut
Kaikki muu käsittely
Todistusasiat
Rekisteri-ilmoitusasiat
Tulostus
Arkistointi

Tulevaisuudessa sähköisen potilasasiakirjan käyttöönoton myötä tulostukseen ja arkistointiin käytetty aika poistuu miltei kokonaan, jolloin pitäisi vapautua resursseja ja aikaa muiden töiden ja tehtävien tekoon (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009).

4.2.4 Potilaan hoitoon liittyvät tehtävät

Potilaan hoitoon liittyvät työtehtävät koskevat potilaan hoitojaksoa, eli sitä kun potilas on vuodeosastohoidossa. Osastonsihteri on vastuussa lääkärin määräämien laboratorio- sekä radiologian tutkimuksien tilaamisesta. Näytteenottotilanteissa osastonsihterille kuuluu myös lähetteen teko patologiaan näytteen tutkimista varten.

Aamuisin osastonsihterit vaihtavat osastolla olevien potilaiden kansiin tuoreimmat laboratoriovastaukset sekä tulostavat tehtyjen/tilattujen tutkimuksien valmiit vastaukset lääkärin aamukiertoa varten. Osastonsihteri siis vastaa tietojen päivittämisestä aina aamuisin.

Potilaan hoitoon liittyvät tehtävät - kokonaisuuteen sisältyvät seuraavat työtehtävät jotka on lueteltu taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Potilaan hoitoon liittyvät työtehtävät

POTILAAN HOITOON LIITTYVÄT TEHTÄVÄT
Vuodeosastojen labratilaus
Pad-pyynnöt
Rad-pyynnöt
Papereiden etsiminen
Kiertokärryt
Exitus

Kun potilas tulee osastolle tai poliklinikalle sihteerin huolehtii siitä että potilaan paperiset arkistokannet ovat yksikössä. Tämä on tarpeellista niin kauan kun sairaskertomus tulostetaan vielä paperiseen muotoon (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Papereiden etsiminen vie toisinaan paljonkin sihteerin aikaa, sillä erityisesti poliklinikoille tulevia potilaita on paljon. Potilaspaperit saattavat olla useassa yksikössä mikäli potilas on ollut useita kertoja hoidossa.

Kuolintapauksessa, eli exitus-tilanteessa, osastonsihteerin kirjoittaa lääkärin sanonnan perusteella ruumiinavauspyynnön, mikäli potilaalle tehdään ruumiinavaus. Ruumiinavauspöytäkirjan valmistuttua patologiasta sihteerin lähettää sen ja kuolintodistuksen jatkokäsittelypaikkoihin.

4.2.5 Tekstinkäsittely

Tekstinkäsittely on yksi suurimmista ja työllistävimmistä palvelukokonaisuuksista. Kaikki tieto on dokumentoitava ja kirjattava talteen. Erilaisia tekstityyppejä on

useita ja siksi niiden seuraaminen erikseen katsottiin tarpeelliseksi. Sekä osastonsihteerit että erillisissä tekstinkäsittelypisteissä työskentelevät tekstinkäsittelijät joutuvat tekemisiin kaikkien seuraavien tekstimuotojen kanssa, jotka on lueteltu taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Tekstinkäsittelyn työtehtävät

TEKSTINKÄSITTELY
Decursukset
Todistukset
Loppu- ja siirtolausunnot
Poliklinikkatekstit
Pyynnöt
Erityistyöntekijöiden tekstit
Pyynnöt ja vastaukset

Decursuksilla tarkoitetaan tekstiä, jonka lääkäri sanelee potilaasta osastohoidon aikana. Siinä kerrotaan tuoreimmat vastaukset sekä muutokset potilaan tilassa. Todistukset ovat esimerkiksi Kelalle, työnantajalle ja vakuutusyhtiöille tehtäviä lausuntoja. Todistuksia tehdään eri tarkoituksiin, esimerkiksi sairauslomia tai lääkkeiden korvaavuuksia varten.

Loppu- ja siirtolausunnot liittyvät vuodeosastohoitoon. Osastonsihteerit kirjoittaa lääkärin sanelun perusteella hoitajaksosta aina loppulausunnon, joka pitää sisällään pääpiirteittäin hoidon kulun, mahdolliset tehdyt toimenpiteet sekä diagnoosin. Siirtolausunto kirjoitetaan loppulausunnon sijaan niissä tapauksissa kun potilas siirtyy keskussairaalaan jatkohoitoon toiseen yksikköön alueelliseen terveyskeskukseen.

Poliklinikkatekstejä syntyy vain poliklinikoilla ja ne sisältävät potilaan esitiedot, nykyvaivan sekä suunnitelman ja mahdolliset tutkimustulokset. Poliklinikkateks-

tien ja loppu- sekä siirtolausuntojen perusteella osastonsihteerit varaa potilaalle jatkohoidon. Kun lääkäri katsoo potilaan vaivan tarvitsevan toisen erikoisalain hoitoa, hän sanelee konsultaatiopyynnön. Konsultaatiopyyntöjä voi tulla sekä poliklinikka- että osastohoidon yhteydessä. Erityistyöntekijöiden tekstit käsittävät muiden kuin hoitajien tai lääkäreiden sanelemia tekstejä. Tällaisia ovat esimerkiksi ravitsemussuunnittelijoiden tekstit.

4.2.6 Tilastointi ja laskutus

Tilastointi ja laskutus kokonaisuus sisältää hoitoilmoitusten teon ja potilaslaskutuksen. Näitä tietoja myös tilastoidaan. Hilmo eli hoitoilmoitus on standardiin tietokehykseen tallennettu tieto johon DRG- ja hoitopäivälaskutus perustuvat. Tietoja käytetään myös toiminnan tilastoinnissa. (Suoritekäsikirja 2009, 5.) Hoitoilmoitus tehdään jokaisesta osastohoitojaksosta. Poliklinikoilla hoitoilmoitusta vastaa kontaktinpäätös, joka tehdään jo vastaanottohuoneessa eikä siis siirry sihteerille asti. Hoitoilmoitus sisältää tiedot hoitoajasta, toimenpiteistä sekä diagnooseista. Hilmo-tietoja kerätään Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle eli THL:lle. Taulukon 6 on koottu tilastoinnin ja laskutuksen sisältämät työtehtävät.

TAULUKKO 6. Tilastoinnin ja laskutuksen työtehtävät

TILASTOINTI JA LASKUTUS
Hilmot
Laskutus
Tilastoasiat ja korjausasioista huolehtiminen

Osastonsihteerit vastaavat myös potilaslaskutusosuudesta. Kun potilas uloskirjataan osastolta ja Hilmo-tieto on täytetty, muodostuu Effican ryhmittelijällä myös kuntalaskutuksen DRG-jakso. Tilastoilla tarkoitetaan juuri näiden Hilmo-tietojen seuraamista ja korjaamista. Kerran kuussa sihteerien tulee tarkistaa oman yksikkönsä tilastot, onko yksiköllä kenties vajaita tai virheellisiä Hilmoja. Aikaa tähän

tarkistukseen on viisi työpäivää kuukauden vaihtumisesta. Poliklinikoilla sihteeri tulostaa potilasmaksuosuuden suoraan järjestelmästä koska kontaktinpäätöstieto on täytetty jo aiemmin.

4.2.7 Muut tehtävät

Osastonsihteerit tekevät eri yksiköissä paljon myös sekalaisia tehtäviä. Tällaisia ovat esimerkiksi monistaminen, skannaus, faksaus, atk-yhdyshenkilön tehtävät ja varastotilaukset. Usein aikaa kuluu myös yleisiin toimistotöihin. Joissain yksiköissä sihteereillä teetetään myös tehtäviä, joita heidän ei kuuluisi tehdä. Näiden tehtävien kartoittamiseen pyritään pääsemään kiinni juuri ”muut tehtävät” osiolla, jolle voi vapaasti kirjoittaa tyhjille viivoille tekemänsä ”ylimääräiset” työt. Kun osastonsihteerin työ saadaan yhdenmukaistettua, näiden tehtävien tulisi jäädä vähemmälle.

Osastonsihteereiden työstä muodostetut palvelukokonaisuudet ovat työtehtävien lukumäärältään ja työllistävyydeltään erikokoisia ja näin eriarvoisessa asemassa toisiinsa nähden. Työn resurssointi ja suunnittelu vaativat, että tiedetään, paljonko aikaa kuluu eri palvelukokonaisuuksien hoitamiseen. Myös palvelukokonaisuuksien hinnoitteluperustetta laadittaessa on tärkeää voida kohdistaa hinta palvelukokonaisuudelle oikein perustein. Työajanseurantatutkimuksen avulla voidaan selvittää kuinka paljon osastonsihteereillä kuluu aikaa eri työtehtävien suorittamiseen.

5 TUTKIMUSAINEISTON HANKINTA TYÖAJANSEURANTALOMAKKEILLA

5.1 Työajanseurannan toteutus ja tulokset

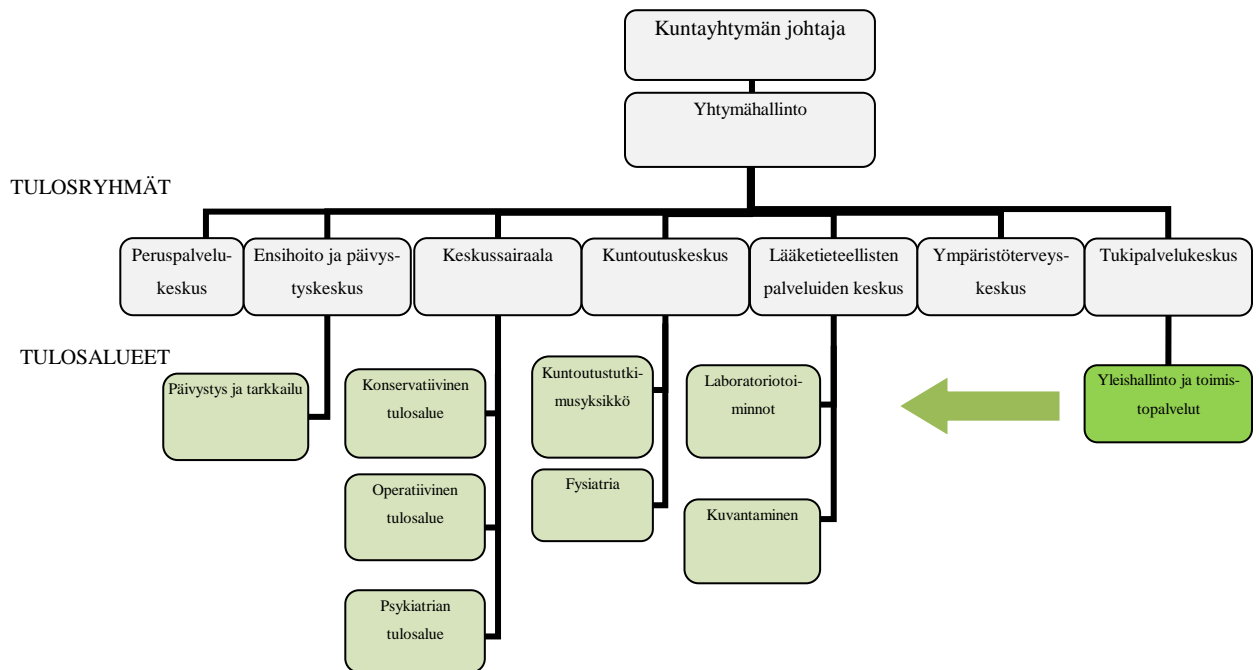
Tutkimusaineisto jolla selvitettiin henkilöstöressurssien jakautuminen eri toiminnolle, kerättiin keskussairaalassa toteutetulla työajanseurannalla 14.9.–25.9.2009. Työajanseurantalomake, ohjeet sen täyttämiseksi sekä tarkennetut palveluprosessikuvaukset lähetettiin osastonsihteereille joukkosähköpostina perjantaina 11.9. Jakelukanava oli sähköinen, vaikka itse tutkimus toteutettiin paperisena lomakkeena. Tähän vaihtoehtoon päädyttiin ottaen huomioon vastaajajoukon lukumäärä sekä taidot ja mahdollisuudet sähköisten työvälineiden käytössä. Juuri kohderyhmä huomioiden päädyttiin käsin täytettävään lomakkeeseen. Lomake lähetettiin yhteisenä jakeluna noin 164 osastonsihteerille. Tutkimusjoukko rajattiin kosemaan vain kantatalon, eli keskussairaalassa toimivien yksiköiden, sihteereitä joista paikalla tutkimusajankohtana oli noin 151. Muut yksiköt ympäristökunnissa ja Lahden keskustassa rajattiin pois tutkimuksen piiristä.

Vastaajia oli yhteensä noin 141 päivästä riippuen. Yksiköitä tutkimuksessa oli mukana noin 40. Vastaajien lukumäärään vaikuttivat päivätasolla vuosilomat, sekä seuranta-ajalle sijoittuneet ennakoimattomat sairauslomat. Keskimääräiseksi vastaajien lukumääräksi muodostui paikalla olevien sihteereiden määrä, eli noin 140. Palautettuja lomakkeita kertyi noin 1400 kpl. Vastaajat täyttivät työajanseurantalomaketta arkipäivinä maanantaista perjantaihin, eli yhteensä 10 päivää/vastaaja. Ainoan poikkeuksen muodostivat päivystyspoliklinikan osastonsihteerit, jotka tekivät kolmivuorotyötä, he palauttivat lomakkeen myös viikonlopun osalta. Keskimääräiseksi vastausprosentiksi saatiin 93 % laskettuna paikallaolijoiden lukumäärästä.

Työajanseurantalomakkeet täytettiin ja palautettiin päivittäin keskussairaalan postituskeskukseen. Palautuskuoreen merkittiin osoitteeksi työajanseuranta/postitus. Toinen tutkijoista kävi päivittäin noutamassa palautuneet työajanseurantalomak-

keet postituksesta. Seurantajakson jälkeen vastauslomakkeet syötettiin yksi kerrallaan osastokohtaisesti Excel-tiedostoon analysointia varten. Lomakkeiden sähköiseen muotoon tallentaminen kesti kaksi viikkoa.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatio muodostuu tulosryhmistä, jotka jakautuvat pienempiin tulosalueisiin. Kuntayhtymässä kustannukset käsitellään tulosalueittain, myös tämänhetkiset palvelusopimusneuvottelut tehdään tulosalueiden kesken. Sisäisessä raportoinnissa korostetaan tulosaluetasoa kun taas esimerkiksi talousarviot sekä tilinpäätös tehdään tulosryhmätasolla. Kuviossa 12 on esitetty Tukipalvelukeskuksen tulosryhmään kuuluvan toimistopalveluyksikön osastonsihteereiden sijoittuminen kuntayhtymän eri tulosalueiden yksikköihin.

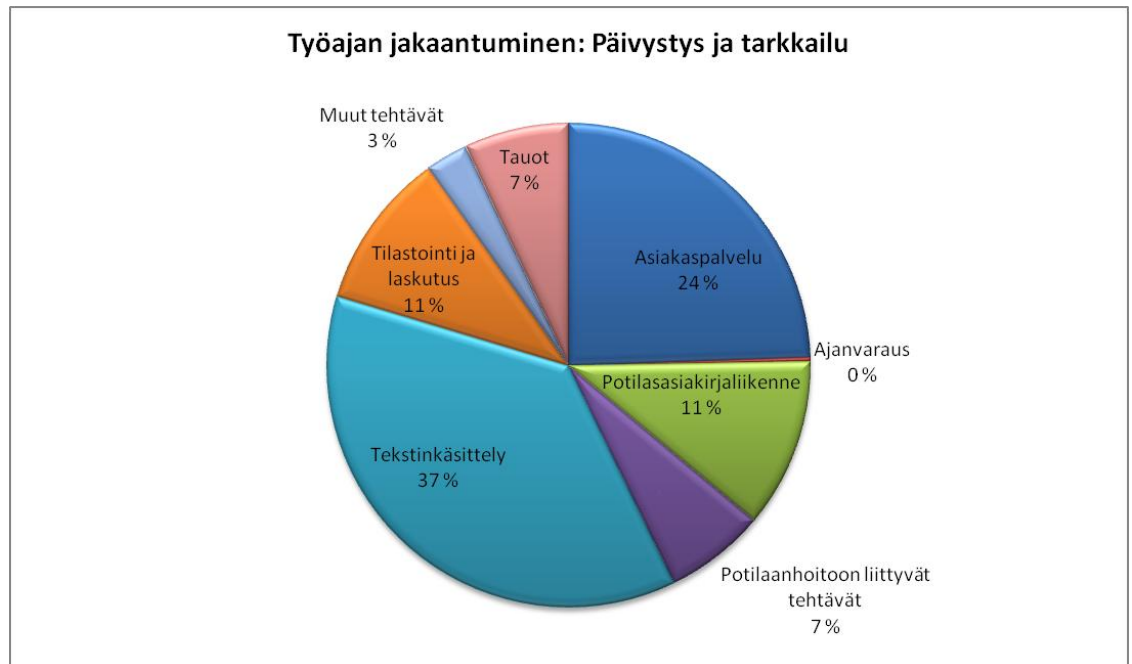


KUVIO 12. Osastonsihteereiden jakautuminen eri tulosalueille

Työajanseurannassa olivat mukana kaikki tulosalueiden keskussairaalassa toimivat vastuuyksiköt. Työajanseurannan tulokset on esitetty ensin tulosalueittain, jonka jälkeen yhteenvedossa ovat mukana kaikki tulosalueet. Tulokset on esitetty kuviona, jossa näkyy työajan prosentuaalinen jakautuminen. Tulosalueiden koeroja paremmin havainnollistamaan on toteutunut työtuntimäärä ja jakaantuminen eri palvelukokonaisuuksille esitetty lisäksi tunteina liitteessä 2.

5.2 Päivystys ja tarkkailu

Päivystyksen ja tarkkailun tulosaluealueen vastuuyksikköihin kuuluu päivystyspoliklinikka ja tarkkailuyksikkö. Tulosalueella työskentelee keskimäärin 10 osastonsihteeriä ja 1,3 tekstinkäsittelijää. Työajan prosentuaalinen jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 13.

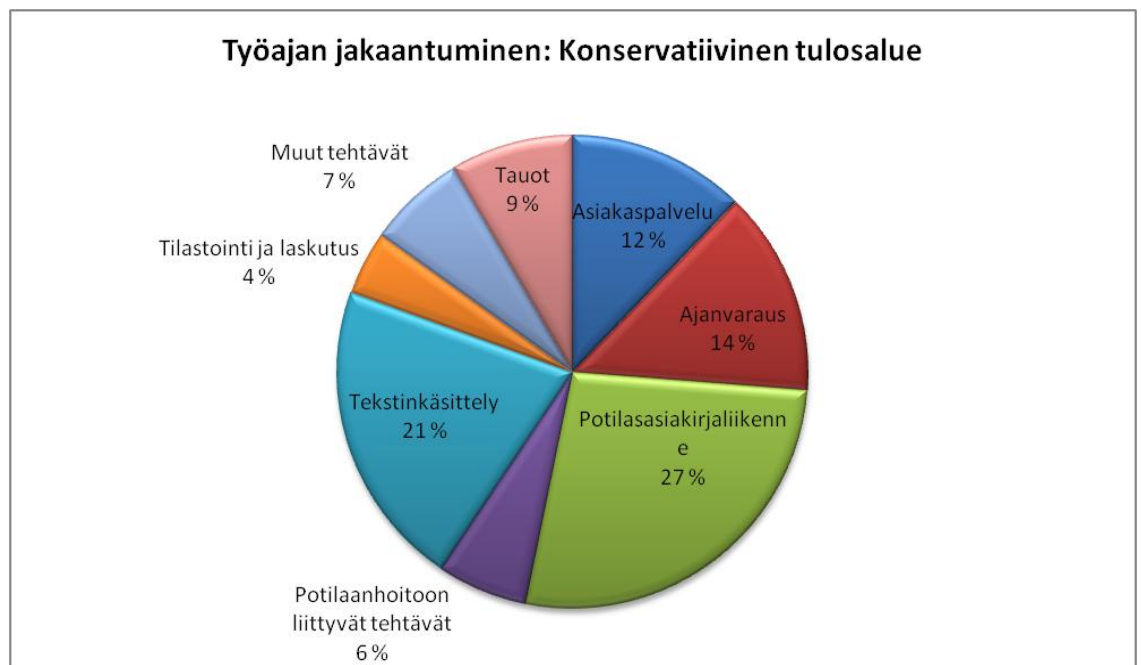


KUVIO 13. Työajan jakaantuminen päivystyksessä ja tarkkailussa

Eniten aikaa kului tekstinkäsittelyyn, johon meni 37 % työajasta, sekä asiakaspalveluun, johon käytettiin 24 % työajasta. Päivystyspoliklinikan luonteen mukaisesti tekstinkäsittely vei eniten aikaa, sillä osastonsihteereiden tulee kirjoittaa kaikki kiireelliset hoitotekstit, osastoille siirtyvien potilaiden decursukset sekä pikaiseen jatkohoidon varaukseen siirtyvien potilaiden tekstit. Vähiten aikaa vievää oli ajanvaraus (0%) sekä muut tehtävät (3%). Muita tehtäviä olivat mm. päivystyslistan teko, palaverit, labrojen käsittely, keskusvarastotilaus, vuoronvaihto, vastaanoton avaus ja sulkeminen sekä yleiset atk- ja toimistotyöt. Liitteessä 2 on esitetty toteutunut työtuntimäärä palvelukokonaisuuksittain. Seurantajaksolla kertyi kirjattuja työtunteja yhteensä 775 tuntia.

5.3 Konservatiivinen tulosalue

Konservatiiviseen tulosalueeseen kuuluu kuusi vastuualuetta. Näitä ovat sisätaudit, lastentaudit, lastenneurologia, ihotaudit ja allergologia, neurologia sekä keuhkosairaudet vastuuyksikköineen. Tulosalue sisältää sekä poliklinikka- että vuodeosastotoimintaa. Toiminnan erot näillä kahdella ovat suuret, poliklinikoilla ei tehdä samoja rutiineja kuin vuodeosastoilla. Tulosaluetasolle niputettuna tulokista ei siis voi erottaa tai verrata näiden kahden eri yksikkömuodon toimintojen eroja kuormittavuudessa. Työajan prosentuaalinen jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 14.



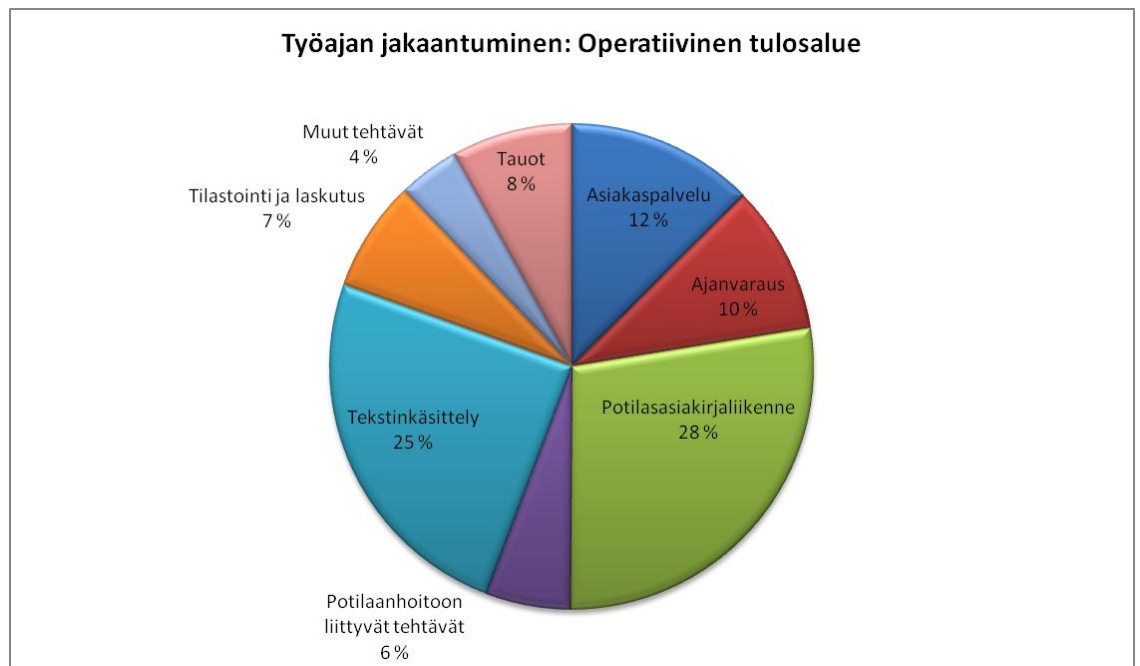
KUVIO 14. Työajan jakaantuminen konservatiivisella tulosalueella

Tulosalueella työskentelee keskimäärin 28,5 osastonsihtööriä ja 11 tekstinkäsittelijää yhteensä 15 eri vastuuyksikössä, jotka olivat seurannassa mukana. Eniten aikaa käytettiin potilasasiakirjaliikenteen hoitoon, 27% työajasta, sekä tekstinkäsittelyyn, johon kului 21 % työajasta. Vähiten aikaa vievää oli tilastointiin ja laskutukseen liittyvät tehtävät, joihin meni vain 4% työajasta. Muita tehtäviä olivat palaverit, koulutukset, postin käsittely, näytteiden käsittely, varastotilaukset, lääkärin määräysten käsittely kiertojen jälkeen, labratulosten käsittely, efficaan liittyvät tehtävät, muistiot, pöytäkirjat, sähköposti sekä yleiset

toimistotyöt. Liitteessä 2 on esitetty toteutunut työtuntimäärä palvelukokonaisuuksittain. Seurantajaksolla kirjattiin työtunteja yhteensä 2713.

5.4 Operatiivinen tulosalue

Operatiiviseen tulosalueeseen kuuluu myös 6 vastuualuetta ja se sisältää konservatiivisen tulosalueen tapaan sekä poliklinikka- että vuodeosastotoimintaa. Operatiivisen tulosalueen vastuualueisiin kuuluvat kirurgia, naistentaudit, silmätaudit, korva- nenä- ja kurkkutaudit, suu- ja hammassairaudet sekä leikkaus- ja anestesia-toiminta. Työajan prosentuaalinen jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 15.



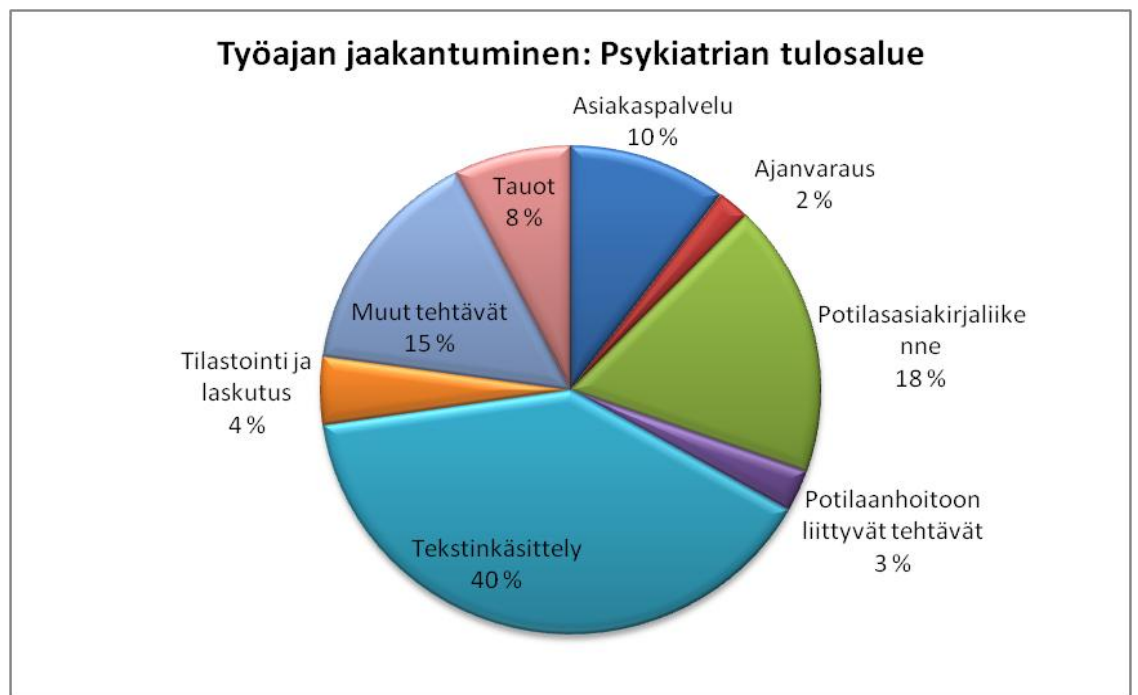
KUVIO 15. Työajan jakaantuminen operatiivisella tulosalueella

Operatiivisen tulosalueen seurannan tulokset eivät juuri eroa konservatiivisen tulosalueen tuloksista. Operatiivinen ja konservatiivinen tulosalue muodostavat yhdessä laajuudellaan suurimmat tulosalueet. Vastuuyksikköjä on yhteensä 15 ja niissä työskentelee keskimäärin 32 osastonsihtööriä ja 13 tekstinkäsittelijää. Eniten työaikaa veivät tekstinkäsittely 25 %, sekä potilasasiakirjaliikenne 28 % työajasta. Vähiten aikaa veivät sen sijaan muut tehtävät, 4 %, joita olivat palaverit ja kokoukset, postin käsittely, yleiset toimistotyöt, sähköposti ja labrojen käsittely.

Liitteessä 2 on esitetty toteutunut työtuntimäärä palvelukokonaisuuksittain. Työtunteja kirjattiin yhteensä noin 2950.

5.5 Psykiatrian tulosalue

Psykiatriseen tulosalueeseen kuuluvat psykiatrian vastuualueet joita ovat: sairaalapsykiatria, psykiatrian avohoito, lastenpsykiatria sekä nuorisopsykiatria. Keskussairaalassa sijaitsevia vastuuyksiköitä on 14. Psykiatrian avohoito ja nuorisopsykiatrian SIHTI-nuorten vastaanotto eivät sijaitse keskussairaalassa eivätkä siten olleet mukana seurantajaksolla. Työajan prosentuaalinen jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 16.



KUVIO 16. Työajan jakaantuminen psykiatrisella tulosalueella

Tutkimukseen kuuluneissa 14 yksikössä työskentelee keskimäärin 11 osastonsihteerä ja 1 tekstinkäsittelijä. Psykiatrian tulosalueella suurin työmäärä kasaantuu tekstinkäsittelytehtäviin, sillä lähes puolet työajasta, 40%, kuluu tekstinkäsittelyyn. Potilasasiakirjaliikenteeseen kului 18% käytetystä työajasta, ja muut tehtävät veivät jopa 15 %. Muita tehtäviä olivat mm. postin käsittely, keskusvarastotilaus,

sekalaiset toimistotyöt, osastonhallinta, muistiot, palaverit sekä koulutukset, efficaan liittyvät tehtävät, paikkakartan käsittely sekä m2 ja m3 –asiat. Vähiten aikaa kului ajanvaraukseen sekä potilaan hoitoon, molempiin vain 2-3%. Liitteessä 2 on esitetty toteutunut työtuntimäärä palvelukokonaisuuksittain. Työtunteja kirjattiin yhteensä 869.

5.6 Kuntoutustutkimusyksikkö

Kuntoutustutkimusyksikköön kuuluu nimensä mukaisesti ainoastaan kuntoutustutkimus. Vastuuyksikköjä on yksi ja siellä työskentelee vain yksi osastonsihteri. Työajan prosentuaalinen jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 17.



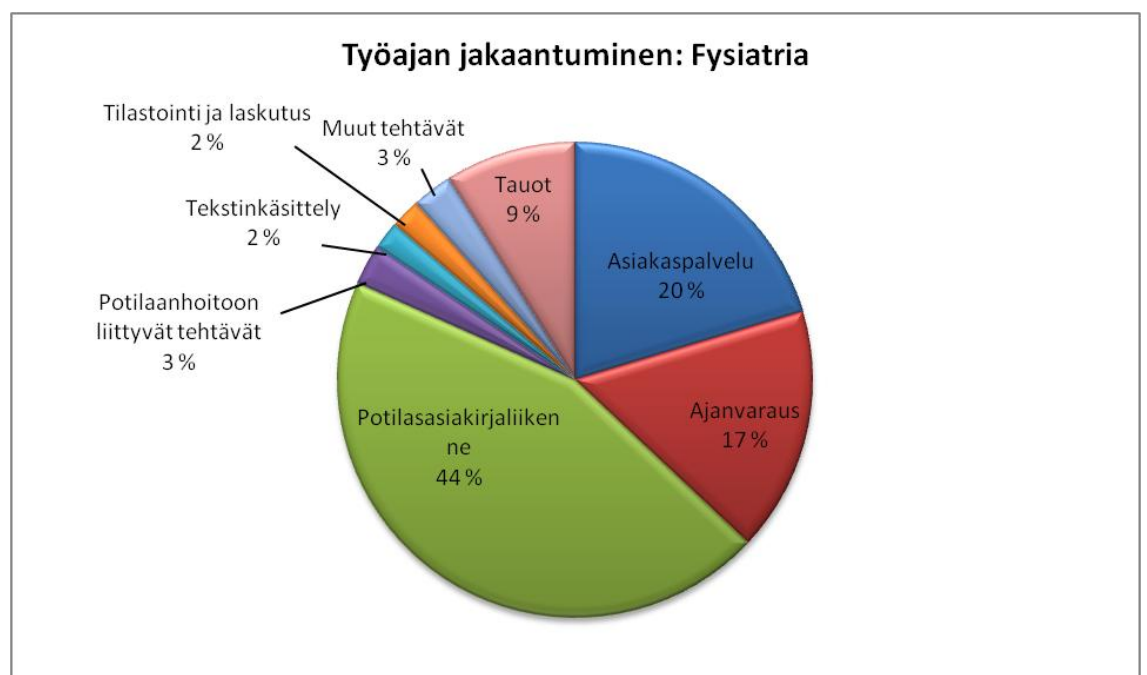
KUVIO 17. Työajan jakaantuminen kuntoutustutkimusyksikössä

Kuntoutustutkimusyksikössä työskentelevän osastonsihterin työaikaa eniten vei potilasasiakirjaliikenne johon kului 36 % työajasta. Aikaa vievintä oli myös asiakaspalvelu johon käytettiin 22 %, sekä ajanvaraus johon kului 10 % työajasta. Muut tehtävät veivät 12 % käytetystä työajasta. Muita tehtäviä olivat postin käsittely, varastotilauksien käsittely sekä muut yleiset toimistotyöt. Liitteessä 2 on

esitetty toteutunut työtuntimäärä palvelukokonaisuuksittain. Työtunteja seurantajaksolta kertyi 72.

5.7 Fysiatria

Fysiatrian tulosalueeseen kuuluu vain yksi vastuuyksikkö, fysiatria. Fysiatrian yksikössä työskentelee keskimäärin kaksi osastonsihtööriä ja 0,5 tekstinkäsittelijää. Työajan prosentuaalinen jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 18.

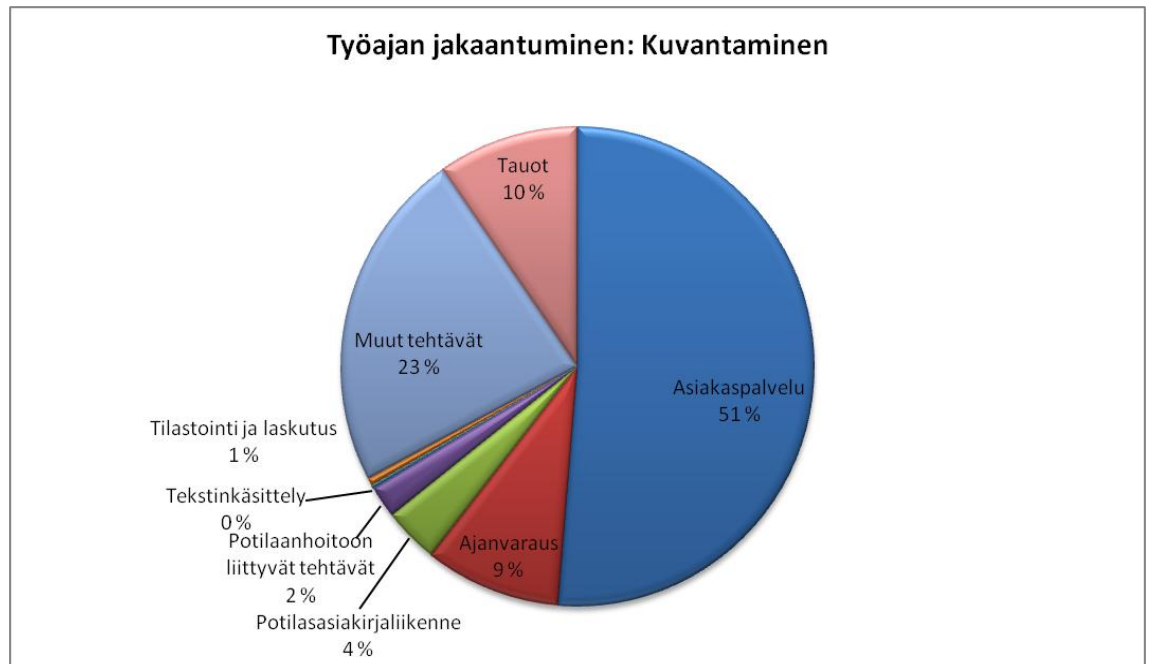


KUVIO 18. Työajan jakaantuminen fysiatriassa

Osastonsihtereitä ajallisesti työllistävin tehtäväalue oli potilasasiakirjaliikenteen hoito, johon kului jopa 44 % työajasta. Asiakaspalvelu ja ajanvaraus veivät molemmat myös lähes viidenneksen työajasta. Muut palvelukokonaisuudet ja muut tehtävät veivät aikaa seurantajaksolla huomattavasti vähemmän, vain 2-3 % kokonaistyöajasta. Muut tehtävät sisälsivät atk-yhdyshenkilön tehtäviä sekä osastokouksia. Yksikössä tehty työ painottui selvästi vain muutamaankokonaisuuteen. Liitteessä 2 on esitetty toteutunut työtuntimäärä palvelukokonaisuuksittain. Työtunteja seurantajaksolta kertyi 157 tuntia.

5.8 Kuvantaminen

Kuvantamisen tulosalueeseen kuuluu vain kuvantamisen vastuualue, jonka vastuuyksikkö on radiologia. Yksikössä työskentelee keskimäärin 3 osastonsihtööriä ja 2 tekstinkäsittelijää. Työajan prosentuaalinen jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 19.



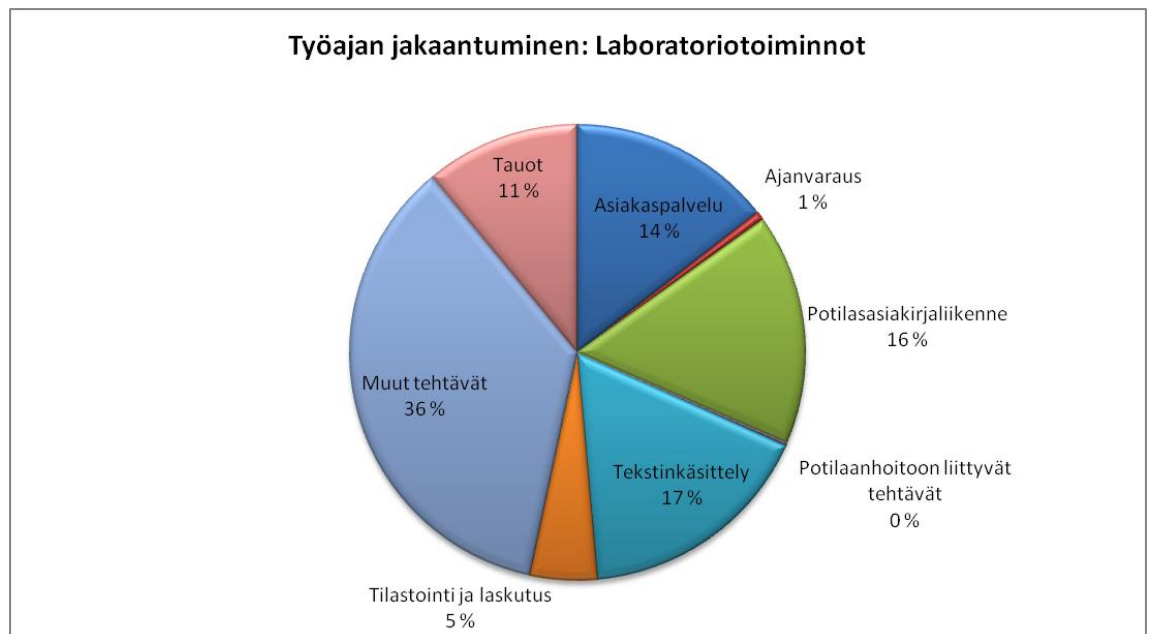
KUVIO 19. Työajan jakaantuminen kuvantamisessa

Asiakaspalveluun kului osastonsihtereiden työajasta yli puolet, jopa 51 %. Toiseksi eniten aikaa veivät muut tehtävät, 23 % kokonaistyöajasta. Tämä johtuu yksikön poikkeavuudesta, sillä kyseisen yksikön tyypillisimpiä työtehtäviä ei huomioitu lomakkeella. Kuvantamisen sekä laboratoriotoimintojen töiden kartoittamiseksi oltaisi jouduttu laatimaan oma työajanseurantalomakkeensa. Katsottiin kuitenkin mahdolliseksi kerätä tieto myös yleisellä lomakkeella jolloin vastaajat pystyivät merkitsemään poikkeavat tehtävänsä kohtaan ”Muut tehtävät” ja sanallisesti selittämään tehdyn työn. Käyttämällä yhtä lomaketta koko keräysalueella haluttiin varmistaa tulosten yhdenmukaisuus. Muut tehtävät sisälsivät rtq-kuvien käsittelyä, monitorien seuranta, laboratoriotutkimusten tallennusta, sekä osastopalavereita ja erilaisia järjestelyjä. Vähiten aikaa kului tilastointiin ja laskutukseen sekä tekstinkäsittelyyn, yhteensä vain 1 % työajasta. Liitteessä 2 on esitetty toteutunut

työtuntimäärä palvelukokonaisuuksittain. Kokonaistyöaikaa seurantajaksolla kertyi 242 tuntia.

5.9 Laboratoriotoiminnot

Laboratoriotoimintojen tulosalueeseen kuuluu 5 eri vastuualuetta. Nämä ovat kliininen kemia, kliininen mikrobiologia, kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede, kliininen neurofysiologia sekä patologia. Seurannassa oli mukana 5 vastuuyksikköä. Yksiköissä työskentelee keskimäärin 8,5 osastonsihteerä ja 1 tekstinkäsittelijä. Työajan prosentuaalinen jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 20.



KUVIO 20. Työajan jakaantuminen laboratoriotoiminnoissa

Laboratoriotoimintojen tulosalueella muut tehtävät – veivät muista tulosalueista poiketen eniten aikaa, jopa 36 % työajasta. Tämä johtuu työtehtävien erilaisesta luonteesta, koska laboratoriotoiminnoissa työtehtävät poikkeavat hieman perinteisistä osastonsihteerien töistä. Näitä työtehtäviä ei tuoteistettu erikseen eikä kirjattu seurantalomakkeeseen niiden vähäisyyden vuoksi. Muut tehtävät olivat laboratoriovastausten käsittely, näytteiden käsittely, ostopalvelututkimukseen liittyvät toimenpiteet, kulutusseuranta, reagenssien käsittely, terveyskeskussalkkujen käsit-

tely, postin käsittely, MDF-Ekg siirrot, meeting-haku, päätteiden avaus, osastopalaverit, tauotukset, muistiot, tarrojen teko sekä ovt-yhteyksien tarkistus. Myös tekstinkäsittely, potilasasiakirjaliikenne sekä asiakaspalvelu olivat aikaavievimpiä työtehtäviä, jokainen näistä vei 14–17% käytetystä työajasta. Ajanvaraus ja potilaan hoitoon liittyvät tehtävät veivät puolestaan vähiten aikaa, yhteensä vain 1 % työajasta. Liitteessä 2 on esitetty toteutunut työtuntimäärä palvelukokonaisuuksittain. Työtunteja kirjattiin seurantajakson aikana noin 592.

5.10 Yhteenveto kaikista tulosalueista

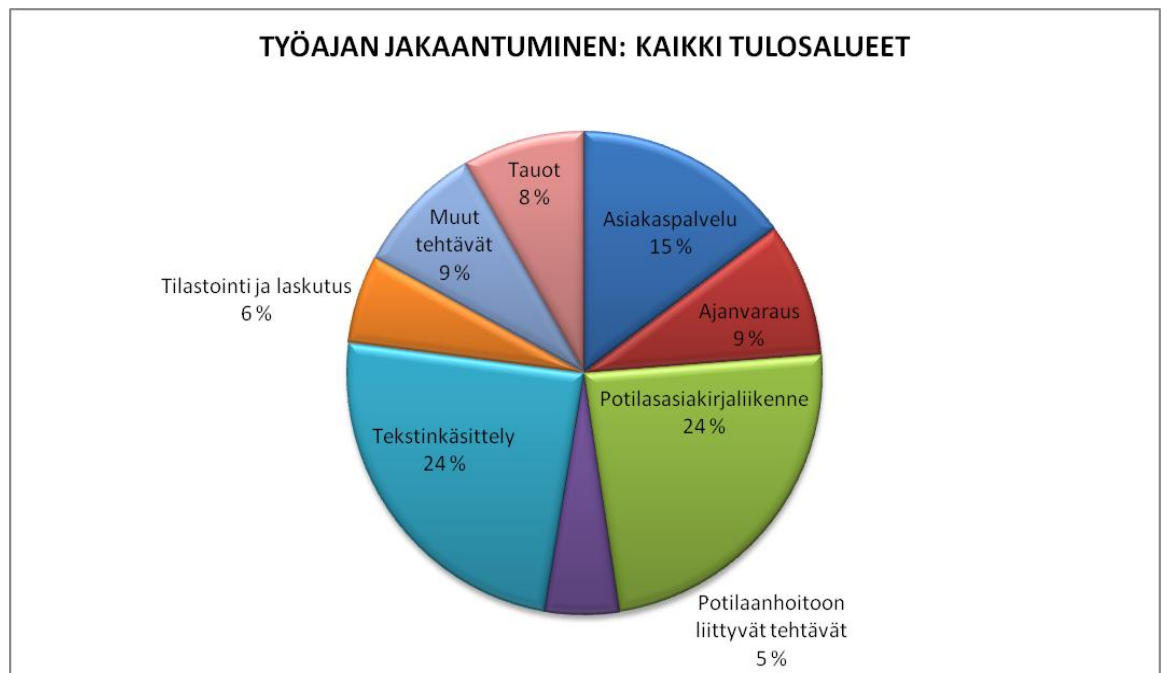
Kun kaikissa eri tulosryhmissä työskentelevien osastonsihteereiden työajanseurannan tulokset laitetaan yhteen, eri yksiköiden väliset erot tasaantuvat. Yhteenvetokuvioon 18 on kerätty kaikkien seurannassa mukana olleiden, keskimäärin 140 osastonsihteerin työajan jakautuminen eri toiminnoille. Taulukossa 7 on esitetty toteutuneet työtunnit ja prosentuaalinen osuus osastonsihteereiden kokonaistyöajasta.

TAULUKKO 7. Toteutuneet työtunnit yhteensä

PALVELUKOKONAISUUS:	TYÖAJAN JAKAANTUMINEN	
Asiakaspalvelu	1238:50	14,8 %
Ajanvaraus	751:40	9,0 %
Potilasasiakirjaliikenne	1994:10	23,8 %
Potilaanhoitoon liittyvät tehtävät	423:50	5,1 %
Tekstinkäsittely	2037:10	24,3 %
Tilastointi ja laskutus	492:00	5,9 %
Muut tehtävät	737:00	8,8 %
Tauot	695:20	8,3 %
YHTEENSÄ:	8370:00	100,0 %

Eniten aikaa käytettiin tekstinkäsittelyyn ja potilasasiakirjaliikenteen hoitoon, molempiin 24 % työajasta. Asiakaspalveluun aikaa kului 15 % ja ajanvarausten tekemiseen 9 % työajasta. Muut tehtävät veivät keskimäärin 8 %. Vähiten aikaa kului tilastointiin ja laskutukseen, vain 6 % työajasta, sekä potilaan hoitoon liitty-

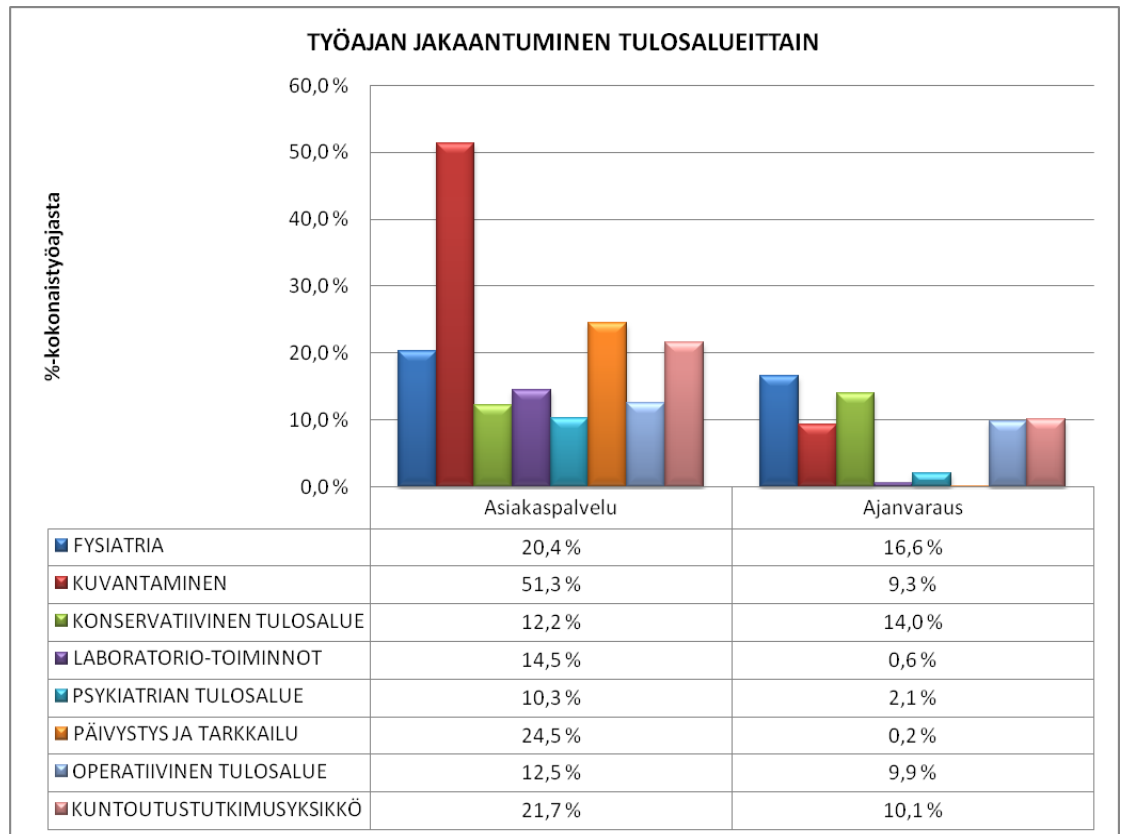
viin tehtäviin, vain 5 % työajasta. Taukoihin kuluu aikaa seurattiin myös, mutta kyseisiä aikoja ei huomioida tuntihinnan laskemisessa, sillä tauot ovat lainmukaisia lepotaukoja eivätkä siten ole työn ja tuntihinnan kannalta oleellisia. Tauot veivät päivittäisestä työajasta noin 8 %. Työajan prosentuaalinen jakautuminen palvelukokonaisuuksittain on havainnollistettu kuviossa 21.



KUVIO 21. Työajan jakaantuminen kaikilla tulosalueilla

Eri tulosalueiden välillä oli kuitenkin paljon eroavaisuuksia työajan jakaantumisessa ja ajankäytössä. Joillakin tulosalueilla korostuivat selvästi vain tietyt palvelukokonaisuudet, jotka työllistivät osastonsihteereitä selvästi muita työtehtäviä enemmän. Toisilla tulosalueilla taas samat työtehtävät jäivät sitten todella vähäisiksi.

Asiakaspalveluun käytetty aika vaihteli tulosalueiden välillä melko huomasti. Kuvantamisen tulosalueella asiakaspalveluun kului jopa 51 % työajasta, kun keskimääräinen aika oli 15 % työajasta. Asiakaspalveluun ja ajanvaraukseen käytetty aika tulosalueittain on esitetty seuraavassa kuviossa 22.

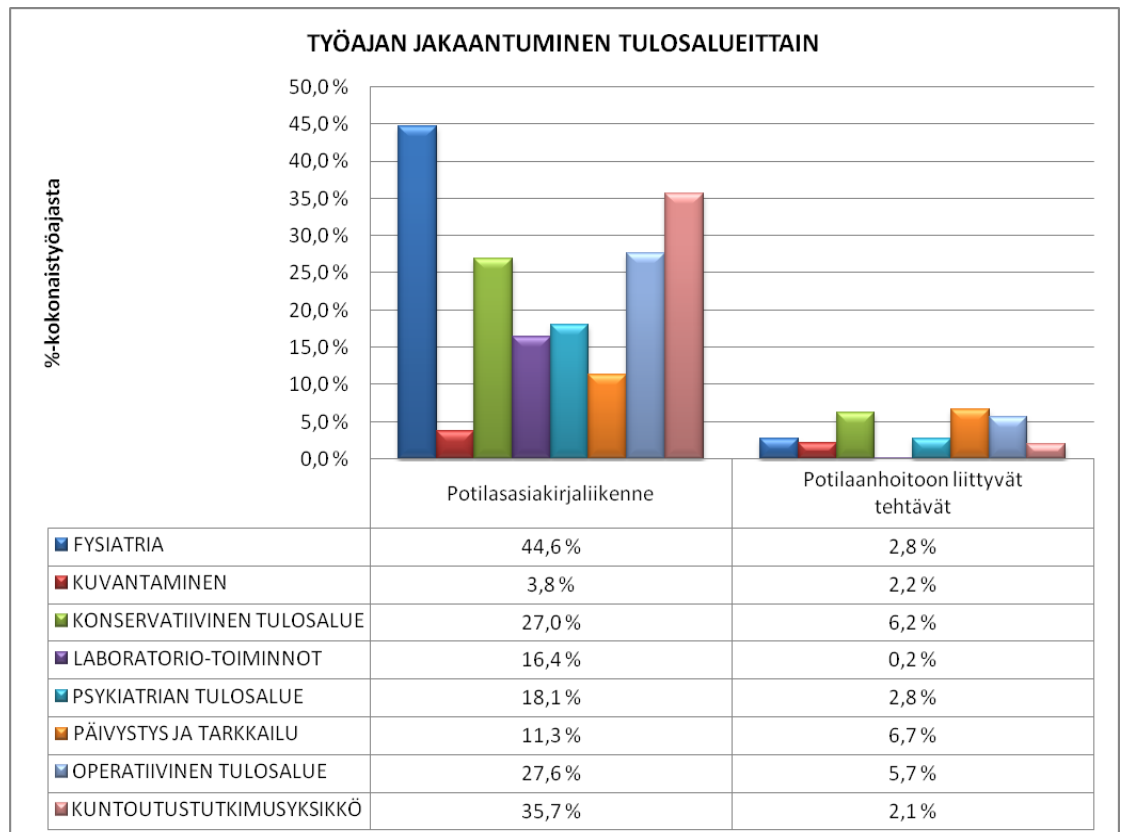


KUVIO 22. Työajan jakaantuminen tulosalueittain asiakaspalvelulle ja ajanvaraukselle

Ajanvaraukseen kuluva aika vaihteli tulosalueiden välillä 0,2 %:sta 16,6 % prosenttiin. Vähiten aikaa ajanvaraukseen käytettiin päivystyksen ja tarkkailun (0,2 %)-sekä laboratoriotointojen (0,6 %) tulosalueilla. Keskimääräinen aika oli 9 % työajasta.

Potilasasiakirjaliikenteeseen kului eniten aikaa fysiatrian tulosalueella, 44,6 % työajasta, sekä kuntoutustutkimusyksikön tulosalueella, 35,7 % työajasta. Vähiten aikaa vievää potilasasiakirjaliikenne oli kuvantamisen tulosalueella, jossa aikaa siihen kului vain 3,8 % työajasta. Keskimääräinen aika oli 24 % kokonaistyöajasta.

Potilaan hoitoon liittyvät tehtävät olivat jokaisella tulosalueella vähiten aikaa vievimpien työtehtävien joukossa. Kuviossa 21 on havainnollistettu eri tulosalueiden väliset erot potilasasiakirjaliikenteen ja potilaan hoitoon liittyvien tehtävien välillä. Kuviossa 23 näkyy myös selvästi palvelukokonaisuuksien työllistävyyden eroavaisuudet kokonaistyöajasta.

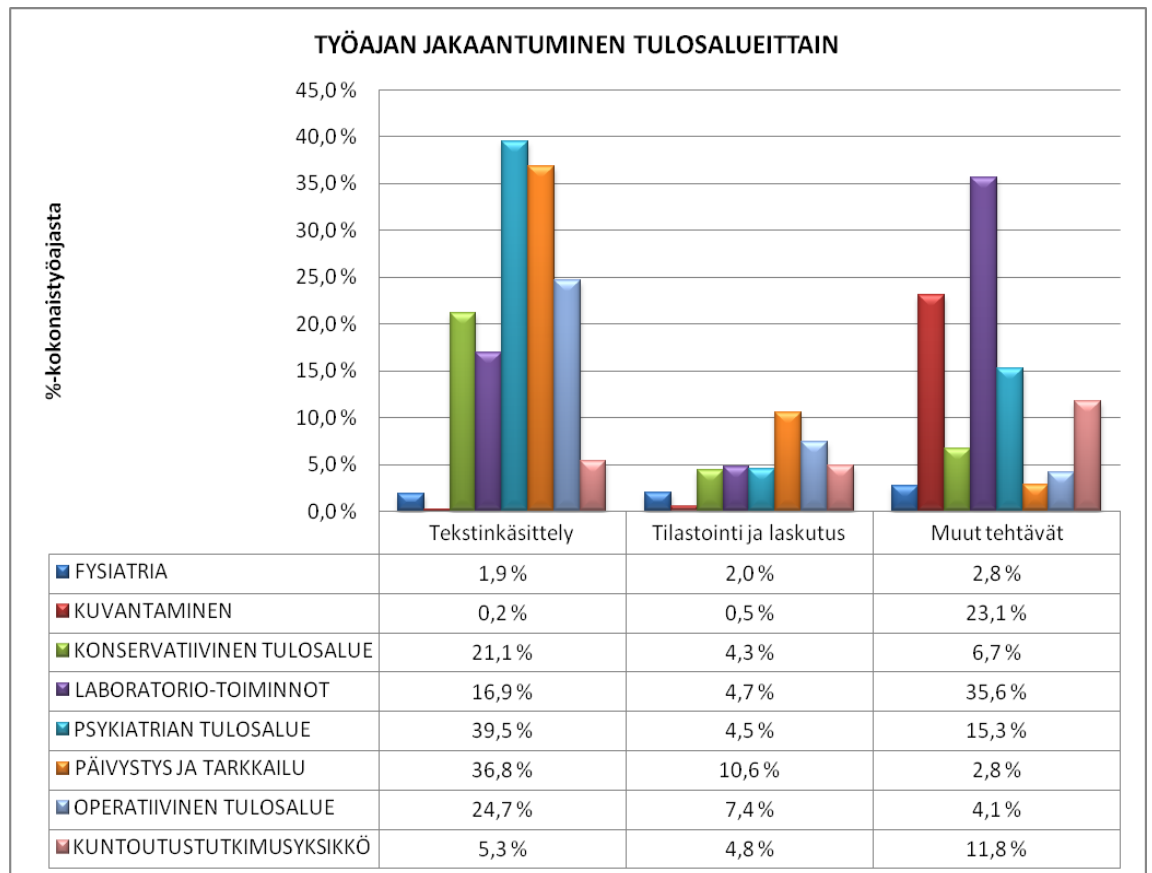


KUVIO 23. Työajan jakaantuminen tulosalueittain potilasasiakirjaliikenteelle ja potilaan hoitoon liittyville tehtäville

Vaihteluväli käytetyssä työajassa potilaan hoitoon liittyvien tehtävien osalta oli 0,2 % -6,7 %. Eniten aikaa potilaan hoitoon liittyviin tehtäviin kului päivystyksen ja tarkkailun (6,7 %) sekä konservatiivisen tulosalueen (6,2 %) yksiköissä. Vähiten aikaa siihen kului laboratoriotointojen-tulosalueella, vain 0,2 % työajasta. Keskimäärin potilaan hoitoon liittyvät tehtävät veivät aikaa 5 % työajasta.

Tekstinkäsittely vei selvästi eniten aikaa psykiatrian- sekä päivystyksen ja tarkkailun tulosalueilla. Psykiatriassa aikaa siihen kului 39,5 % ja päivystyksessä ja tarkkailussa 36,8 %. Vähiten aikaa tekstinkäsittely vei kuvantamisen (0,2 %) ja fysiat-

rian tulosalueilla (1,9 %). Keskimäärin aikaa kului tekstinkäsittelyyn 24 %, mikä on lähes sama kuin suurimpien tulosalueiden, operatiivisen ja konservatiivisen tulosalueiden työajan käyttö tekstinkäsittely-tehtäviin. Eroavaisuudet ovat selvästi havaittavissa kuviossa 24, jossa on kuvattu tekstinkäsittelyyn, tilastointiin ja laskutukseen sekä muihin tehtäviin käytetty aika tulosalueittain



KUVIO 24. Työajan jakaantuminen tulosalueittain tekstinkäsittelylle, tilastoinnille ja laskutukselle sekä muille tehtäville

Tilastointi ja laskutus-toiminnot veivät eniten aikaa päivystyksen ja tarkkailun tulosalueella, jossa aikaa siihen kului 10,6 % työajasta. Työaika vaihteli 0,5 % - 10,6 % välillä. Keskimäärin tilastointiin ja laskutukseen kului 6 % työajasta. Vähiten se vei aikaa kuvantamisen tulosalueella.

Muihin tehtäviin käytetty aika vaihteli tulosalueiden välillä eniten, vaihteluväli oli 2,8 % - 35,6 %. Eniten muut tehtävät veivät aikaa laboratoriotointojen tulosalueella, johtuen työtehtävien erilaisuudesta verrattuna muihin tulosalueisiin. Myös

kuvantamisen tulosalueella muihin tehtäviin kului aikaa jopa 23,1 %. Keskimäärin muut tehtävät veivät 9 % työajasta.

Liitteestä 2 löytyy tarkemmat tiedot tulosalueittain palvelukokonaisuuksiin käytetystä työajasta yhteensä, sekä eriteltyinä kokonaisuuden sisältävistä työtehtävistä. Saatujen tutkimustulosten avulla pystytään havainnollistamaan hyvin eri palvelukokonaisuuksien työllistävyys, mikä on tärkeää palvelukokonaisuuksien hinnoittelun kannalta. Hinnan tulee olla sellainen, joka vastaa työn luonnetta ja vaativuutta ja ottaa huomioon siihen kuluvaan resurssin kokonaisuudesta. Tämän vuoksi palvelukokonaisuuksille määriteltävä hinta ei voi olla sama kaikilla. Liitteessä 3 on vertailutaulukko, jossa on esitetty työajankäyttö palvelukokonaisuuksittain tulosalueille.

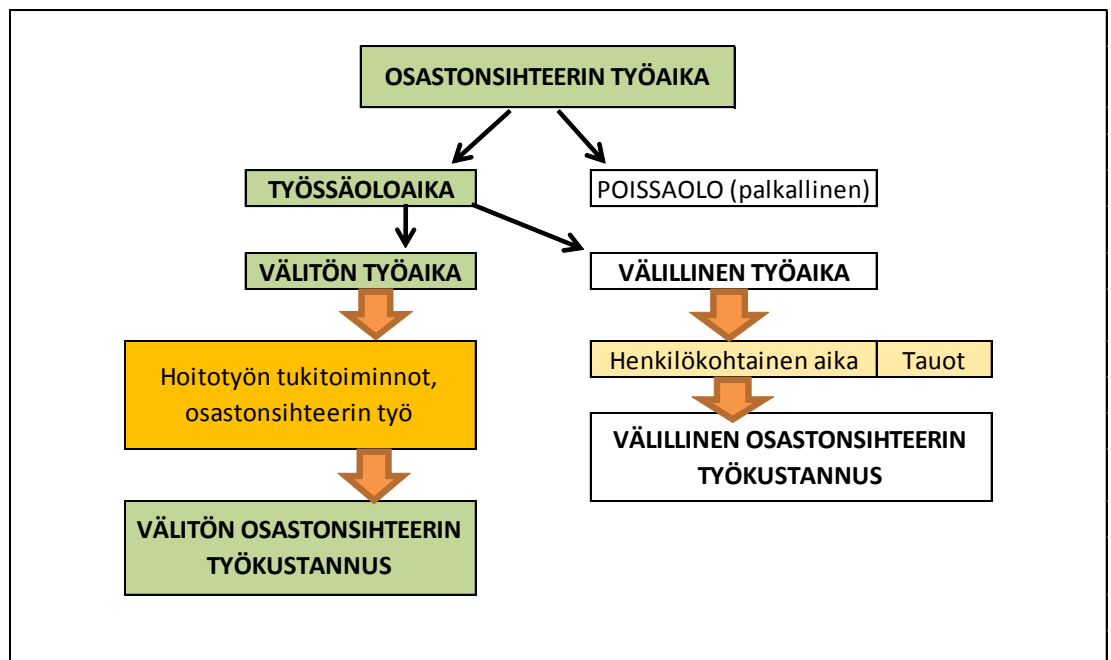
6 PALVELUKOKONAISUUKSIEN HINNOITTELU

Palvelukokonaisuuksien hinnoittelun perusteena päädyttiin käyttämään toimistopalveluyksikön vuoden 2009 talousarvion mukaisia lukuja. Toimistopalvelupäällikön mukaan tämän vuoden talousarviossa on pysytty, jonka vuoksi talousarviolukuja on perusteltua käyttää hinnan määrittämisessä. Talousarviolukujen käyttö antaa myös ajankohtaisemman tuloksen kuin vuoden 2008 tilinpäätösluvut, sekä vuoden 2009 kustannustason nousu tulee huomioiduksi hinnoittelussa.

Talousarvion mukaiset kokonaiskustannukset vuodelle 2009 budjetoituna ovat 5 770 196 euroa. Kokonaiskustannuksista jopa 99,24 % muodostuu henkilöstökustannuksista, joiden määrä kokonaissummasta on 5 726 196 euroa. Loput 0,76 % yksikön kokonaiskustannuksista muodostuu ostoista, sekä muista toimintakuluista. Muiden palvelujen ostoille on budjetoitu 17 000 euroa, ostoille yleisesti 26 000 euroa ja muille toimintakuluille 1000 euroa. Henkilöstökustannusten ollessa suurin tekijä palvelutyön tuottamista kustannuksista yksikölle, on hyvin perusteltua pyrkiä hinnoittelemaan palvelukokonaisuudet osastonsihteereiden työajankäytön mukaan. Työajanseurannan avulla pystyttiin selvittämään, kuinka työllistäviä eri

palvelukokonaisuudet ovat ja hinnoittelemaan palvelukokonaisuudet työn vaativuuden mukaisesti painokertoimin.

Työaika jakaantuu yleisesti ottaen työssäoloaikaan sekä poissaoloaikaan, joka tarkoittaa palkallista poissaoloaika. Työssäoloaika jaetaan kustannuslaskennan mukaisesti välittömään ja välilliseen työaikaan, jotka ovat siis molemmat varsinaisella työajalla tapahtuvaa toimintaa. (Kivistö 2003, 193.) Kuviossa 25 on havainnollistettu, miten osastonsihteerin työaika jakaantuu ja mistä kustannukset syntyvät.

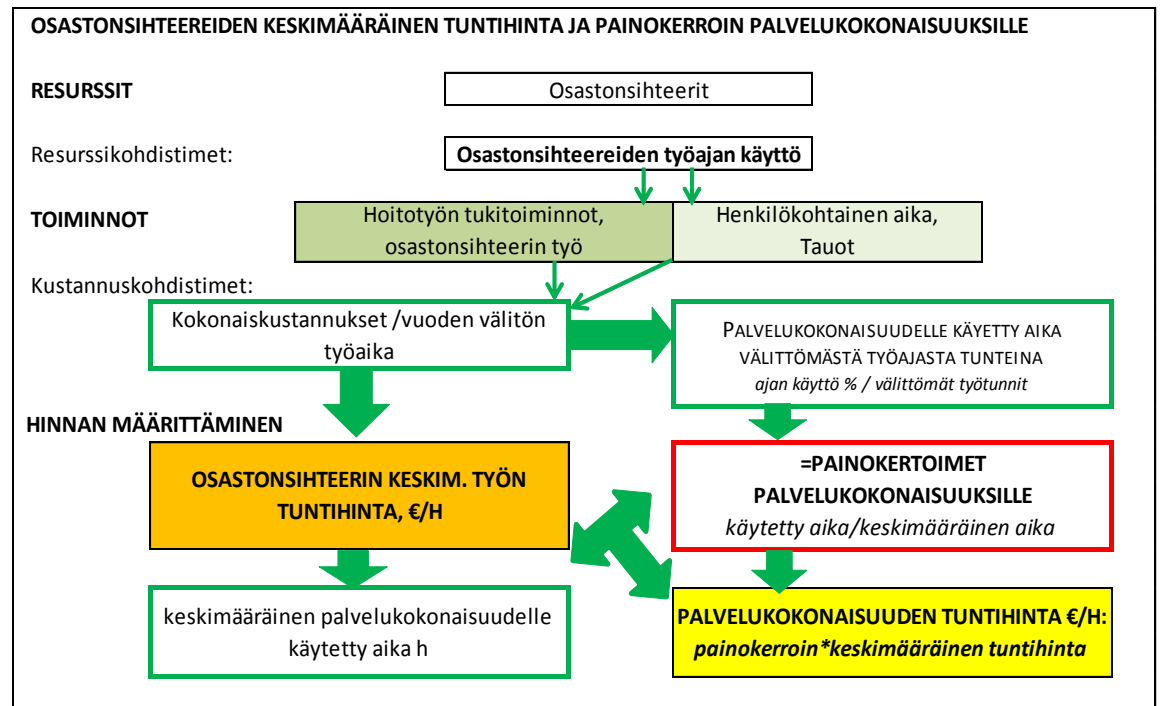


KUVIO 25. Osastonsihteerin välitön- ja välillinen työaika ja kustannus (mukaillen Kivistö 2003, 193)

Työajanseurannalla saatujen tulosten mukaan osastonsihteerien työaika jakaantuu siten, että kokonaistyöajasta 91,7 % on välitöntä työaika ja 8,3 % välillistä työaika. Välillinen työaika käsittää lähinnä tauot sekä henkilökohtaisen ajan. Yksikön tämän hetkinen laskutus palvelusopimusneuvotteluiden avulla perustuu siihen, että kaikki yksikön kantamat kustannukset on katettava. Yksikön tuloksen täytyy olla siis nolla. Palvelukokonaisuuksien hinnoittelussa on otettava huomioon kaikki kustannukset, jotka syntyvät yksikön toiminnasta mukaan lukien esimiesten ja johdon palkat.

Tuntihinnan laskennassa ja selvittämisessä käytettiin koko vuodelle 2009 talousarvion mukaisesti budjetoituja kustannuksia. Tämän vuoksi palvelukokonaisuuksien hinnoittelussa lähdettiin liikkeelle siitä, että osastonsihteereiden tehdyt työtunnit muutettiin vuositasolle toteutuneen työajanseurannan mukaisesti.

Vuoden laskennalliseksi työtuntimääräksi saatiin yhteensä 217 620, josta välitöntä työaika oli 199 558 tuntia ja taukoihin ja henkilökohtaiseen aikaan kului 18 062 tuntia. Vuoden työtuntimäärä saatiin selville jakamalla ensin kahden viikon seurantajakson toteutuneet työtunnit viikkotasolle, ja sen jälkeen kertomalla viikon työtuntimäärä vuoden viikkojen lukumäärällä, eli 52:lla. Kuvio 26 havainnollistaa tuntihinnan muodostumista.



KUVIO 26. Palvelukokonaisuuksien hinnan muodostuminen

Hinnoittelun pohjaksi selvitettiin ensin osastonsihteerin keskimääräinen työn tuntihinta ja aika, joka keskimäärin kului yhteen palvelukokonaisuuteen. Keskimääräinen aika ja tuntihinta ovat vertailulukuja, joiden molemmin puolin palvelukokonaisuuksien hinta tulisi muuttumaan työn työllistävyyden mukaan. Keskimääräinen tuntihinta saatiin selville jakamalla toimistopalveluyksikön kaikki kustannukset (5 770 196 euroa), vuoden välittömään työaikaan kuuluvilla tunneilla (199

558 tuntia), sillä tehdyn työn hinnalla on pystyttävä kattamaan kaikki yksikön kustannukset. Keskimääräiseksi osastonsihteerin työn tunti hinnaksi saatiin 28,91 euroa. Jakamalla kustannukset vain välittömän työajan tunneilla, saatiin hintaan mukaan myös kustannukset, jotka syntyvät ajalla kun varsinaista työtä ei tehdä. Näin tunti hinnassa tulee huomioiduksi esimerkiksi taukojen aiheuttama kustannus, joka kohdistuu vain välittömään työtuntiin, mikä on hinnoittelun perusta. Palvelukokonaisuus eli tuote oli siis järkevää hinnoitella kokonaisuudeksi, joka muodostui kaikista kustannuksista, mutta tunti hinnan laskemisessa käytettiin vain palvelukokonaisuuksiin käytettyä aikaa.

Tämän jälkeen työajan jakaantuminen palvelukokonaisuuksille muutettiin vastaamaan vuoden tuntimäärää. Muutos laskettiin suoraan kertomalla palvelukokonaisuuteen käytetty aika prosentteina vuoden välittömään työaikaan kuuluvilla tunneilla. Näin saatiin selville, mikä tuntimäärä vuoden välittömästä työajasta kului eri palvelukokonaisuuksiin.

Seuraavaksi laskettiin keskimääräinen aika, mikä kului yhden palvelukokonaisuuden hoitamiseen. Keskiarvo saatiin jakamalla välitön työaika (199 558 tuntia) palvelukokonaisuuksien lukumäärällä (7). Keskiarvoksi muodostui 28 508 tuntia. Tämän jälkeen selvitettiin painokerroin jokaiselle palvelukokonaisuudelle. Vertaamalla keskimääräistä aikaa todelliseen palvelukokonaisuuteen käytettyyn aikaan ja jakamalla nämä keskenään, saatiin selville painokerroin jokaiselle palvelukokonaisuudelle.

Painokertoimen selvittämisen jälkeen osastonsihteerin keskimääräinen tunti hinta (28,91 euroa) kerrottiin palvelukokonaisuudelle saadulla kertoimella, jolloin saatiin eri palvelukokonaisuuksille selvitettyä hinta. Tämä vastaa työhön kuluva aikaa, eli kuinka paljon yksi palvelukokonaisuus työllisti osastonsihteereitä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Keskeisin tulos tutkimuksessa oli työajanseuranta ja siitä saadut tulokset. Koko tutkimus pohjautui onnistuneelle työajanseurannalle. Mikäli vastausten määrä olisi jäänyt paljon alhaisemmaksi, olisi työajan jakaantuminen ja työtuntihinnan määrittäminen jäänyt epätarkemmaksi. Työajanseurannan toteuttaminen oli koko tutkimuksen vaativin ja aikaavievin osuus, mutta se oli laajuudessaan välttämätön luodessaan pohjan laskennalle. Koska otos valittiin laajaksi, päätettiin tarkoituksella jättää laskentatarkkuus ja tulosten esittämistapa tuotetasolle. Näin saavutettiin toimeksiantajan tavoite luoda pohja tulevaisuuden tarkemmalle hinnoittelulle. Jatkossa laskentaa voidaan laajentaa vastuuyksikötasolle erillisillä tutkimuksilla.

Tämän tutkimuksen tärkeimpänä johtopäätöksenä saatiin selville, mitkä palvelukokonaisuudet työllistävät osastonsihteereitä eniten sitoen työaika ja resursseja. Kokonaisvaltaisessa tuotteistusprosessissa on tärkeää tietää työn vaativuus, jotta sitä voidaan käyttää eri tuotteiden onnistuneen hinnoittelun perustana. Näin saadaan laskutettua työn vaativuuden mukainen hinta.

Tutkimuksessa luotu hinnoittelumalli antaa selkeän ja ymmärrettävän kuvan siitä, miten eriarvoisia kustannusten aiheuttajia eri palvelukokonaisuudet ovat, ja miten kustannukset jakaantuvat eri palvelukokonaisuuksille tuntihinnan mukaisena. Saatujen tuntihintojen perusteella voi siis todeta, että eri töille tulee olla eri painokertoimet hintaa määritettäessä.

Työajanseurannan tuloksista haastateltiin 17.11.2009 toimistopalvelupäällikkö Sirpa Sihvosta ja palveluesimies Irmeli Kurosta. He pitivät tuloksia onnistuneina ja luotettavina. Otos oli suuri ja vastausprosentti 93, jolloin voitiin katsoa tutkimuksen olevan edustava.

Työajan jakaantuminen palvelukokonaisuuksille ei yllättänyt esimiehiä; heillä oli ollut alun alkaenkin hyvä käsitys kenttätöiden luonteesta. Yllättäväksi asiaksi nostettiin esille se, että konservatiivisen tulosalueen ajanvaraukseen kului enemmän aikaa kuin operatiivisella puolella. Myös kuntoutustutkimusyksikössä potilasasiakirjaliikenteeseen käytettyä aikaa pidettiin melko suurena. Epäiltiin, että työajanseurantalomaketta oli mahdollisesti täytetty väärin, tai sitä ei oltu ymmärretty oikein. Nämä seikat olivat ennako-odotusten vastaisia ja aiheita melko varmasti tutkitaan jatkossa tarkemmin. Haastattelussa pidettiin hyvänä myös sitä, että tutkimus osoitti, kuinka merkittävä osa tekstinkäsittelypalvelut ovat kokonaisuudesta. Vaikka uusi potilasasiakirja-asetus tuo muutoksia osastonsihteereiden työkuvaan, tekstinkäsittelyn ei uskota jäävän kuitenkaan kokonaan pois. Esimiesten mukaan myös tilastointi- ja laskutustehtävien uskotaan siirtyvän jatkossa enemmän osastonsihteereille. Potilasasiakirja-asetuksen myötä esimerkiksi tekstien tuostaminen jää kokonaan pois, jolloin vapautuu lisää resursseja muihin tehtäviin. Tutkimuksesta saadut tulokset ovat näin ollen resursoinnin kannalta tärkeitä.

7.2 Tulosten hyödyntäminen

Jatkossa tutkimusta aiotaan jatkaa niin, että syvennyttään tarkemmin erilaisiin yksiköihin. Keskussairaalan yksiköt siis jaetaan poliklinikoihin ja osastoihin. Lääketieteellisiä palveluita halutaan jatkossa tutkia aivan omana kokonaisuutenaan, sillä ne luovat aivan omat palvelukokonaisuutensa.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös palvelusopimusneuvotteluissa. Nyt laskettujen hintojen perusteella voidaan luoda keskustelua tulosalueiden sisällä olevista työnjaoista. Tehtyjen laskelmien avulla voidaan osoittaa, mikä hintaista mikäkin palvelu osastonsihteerin tekemänä on. Mikäli jokin tulosalue haluaa lisätä jotakin tiettyä palvelua, voidaan toiminnan muutoksen lisäkustannus osoittaa luvuin ja tämän jälkeen päästään keskustelemaan siitä, mikä on viisas työnjako yksiköissä.

Täysin samanlaista osastonsihteeripalveluille luotua toimistopalveluyksikköä ei ole muualla Suomessa. Kiinnostus keskitettyä yksikköä kohtaan on kasvanut ja nyt vastaavanlainen yksikkö on perustettu myös Joensuuhun ja Kotkaan. Mikkelissä yksikköä on samantapaistettu ja mutta muun muassa Jyväskylä on kiinnostunut perustamaan täysin keskitetyn yksikön. Sairaanhoidopiirien kesken pidetään verkostotapaamisia, joiden tarkoituksena on käsitellä ja ratkaista samoja epäkohtia kuin mitä tässä tutkimuksessa on käsitelty. Nyt tehty työajanseurantatutkimus ja luotu hinnoittelumalli tuo uutta tietoa nimenomaan osastonsihteereiden työstä ja sen tuotteistamisesta. Muissa sairaanhoidopiireissä osastonsihteerin työtä on yritetty tuotteistaa siinä onnistumatta ja työ on edelleen kesken. Tämän tutkimuksen uutuusarvona voidaan pitää sitä, että se on pisimmälle viety ja ensimmäinen laatuun osastonsihteerin työstä. Muissa sairaaloissa on osoitettu kiinnostusta tutkimuksen tuloksia kohtaan. Muun muassa Joensuu on pyytänyt tutkimuksen tuloksia malliksi toimintansa kehittämiseksi, ja saatuja tuloksia on luvattu esitellä tulevissa verkostotapaamisissa.

Ensimmäisen kerran osastonsihteereiden palveluita yritettiin tuotteistaa Päijät-Hämeen keskussairaalassa Efektia Oy:n toimesta toimistopalveluiden arviointi ja kehittämiselvityksen yhteydessä. Tuotteistamisesta kuitenkin luovuttiin, sillä sen katsottiin olevan liian työläs ja vaikeasti hallittavissa ilman keskitettyä yksikköä. Nyt kun osastonsihteerien palvelut ovat keskitetysti toimistopalveluyksikössä ja yksikkö on toiminut vuosia onnistuneesti, on tuotteistustyötä voitu jatkaa. Tämä tutkimus luo pohjan tarkemmalle tuotteistukselle ja hinnoittelulle.

8 YHTEENVETO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli toteuttaa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän toimistopalveluyksikön osastonsihteereille työajanseuranta. Työajanseurannasta saaduilla tuloksilla luotiin hinnoittelumalli ajankäytön suhteessa, palveluesimiesten luomille palvelukokonaisuuksille osastonsihteerin

työstä. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda hyvä pohja myöhemmin tehtävälle tarkemmalle palveluiden tuotteistamiselle ja laskennalle.

Tuotteistustyöryhmä ryhmitteli osastonsihteereiden työtehtävät suurempien päätöskokousten alle, jolloin saatiin muodostettua seitsemän eri palvelukokonaisuutta. Tutkimuksessa käytetyt palvelukokonaisuudet, joita käytettiin työajanseurantalomakkeen pohjana, olivat asiakaspalvelu, ajanvaraus, potilasasiakirjaliikenne, potilaanhoitoon liittyvät tehtävät, tekstinkäsittely, tilastointi ja laskutus sekä muut tehtävät. Jokainen palvelukokonaisuus sisälsi työtehtäviä kolmesta seitsemään. Tutkimuksen otos rajattiin keskussairaalassa toimivissa yksiköissä työskenteleviin osastonsihteereihin. Työajanseuranta toteutettiin kahden viikon mittaisena ajanjaksona syyskuussa 2009. Tutkimukseen osallistui noin 150 osastonsihteeriä ja keskimääräiseksi vastausprosentiksi muodostui 93 %. Työajanseurannalla saatiin selville eri palvelukokonaisuuksiin käytetty työaika ja työn kuormittavuuden vaihtelu.

Palvelukokonaisuuksien hinnoittelumallin pohjana käytettiin toimintolaskennan periaatteita, jolloin toimistopalveluyksikön kokonaiskustannukset jaettiin tuotteille välittömän käytetyn työajan suhteessa. Kustannusperusteena käytettiin vuoden 2009 talousarvion budjetoituja lukuja, ja välitön vuosityöaika saatiin laskennallisesti muuttamalla kahden viikon työajanseurannan tehdyt tunnit vuositasolle. Painokertoimet eri palvelukokonaisuuksien hinnoitteluun saatiin vertaamalla palvelukokonaisuuksiin käytettyä aikaa keskimääräiseen laskennalliseen tuntimäärään. Saatu painokerroin kerrottiin osastonsihteerin keskimääräisellä työtuntihinnalla, jolloin saatiin palvelukokonaisuudelle tuntihinta, joka kuvastaa palvelukokonaisuuden kuormittavuutta ja siihen sitoutunutta resurssia.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitkä palvelukokonaisuudet työllistävät osastonsihteereitä eniten ja sitovat näin eniten työaika, resursseja ja kustannuksia. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää laajasti tämänhetkisessä kehitystyössä. Tämä ensimmäinen osastonsihteereiden työtä ja työaika koskeva tutkimus loi palveluesimien toivoman ja tavoitteleman lähtökohdan tulevaisuuden yksityiskohtaisempaa tuotteistusta ja laskentaa varten.

Tutkimuksen onnistumisen puolesta puhuu toimeksiantajan tyytyväisyys tavoitteiden saavuttamiseen. Otoksen laajuus varmisti, että tutkimustulokset olivat valideja ja antoivat vastuuyksikkötasoiset tiedot työntekijöiden ajankäytön jakaantumisesta. Tutkimuksen laajuus teki tutkimuksen toteuttamisesta haastavaa ja uutuusarvo mielenkiintoista. Tämän tutkimuksen kannalta tutkimustulosten tarkkuutta olisi voinut rajata etukäteen niin, että tulokset olisi valmiiksi saatu tulosalueittain, eikä tutkimustulosten analysoinnin yhteydessä olisi syntynyt rajaus- ja ryhmittelyongelmia. Tutkimustulosten tarkkuustaso päätettiin vasta työajanseurannan toteuttamisen jälkeen. Uudelleenryhmittelyn jälkeen noin 40 vastuuyksiköstä muodostui kahdeksan tulosaluetta, joiden tasolle tutkimustulokset muutettiin. Toisaalta myöhempiä tutkimuksia varten tutkimustulokset ovat tarkkuudessaan hyödynnettävissä vastuuyksikkötasolla, jolloin pystytään tarkastelemaan ajankäyttöä vain valituissa vastuuyksiköissä.

Toteutetusta työajanseurannasta saatiin myös palautetta sen tehneiltä osastonsihteeriltä. He olivat sitä mieltä, että rastien täyttäminen kymmenen minuutin välein oli työlästä. He kokivat myös hankalaksi sen, etteivät työtehtävät todellisuudessa jaksotu kymmenen minuutin kokonaisuuksiin, vaan samaan aikaan joutui tekemään useampaa työtä, joista sai merkitä vain yhden lomakkeeseen. Osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että toteutettu työajanseuranta ei anna todellista kuvaa itse työpäivän kulusta tai sen kuormittavuudesta. Huolenaiheena olivat nimenomaan niin sanotut poikkeustilanteet työajanseurannan aikana, jotka vaikuttivat lomakkeen täyttämiseen.

Itse luoduista palvelukokonaisuuksista ei saatu negatiivista palautetta. Ainoastaan radiologiassa ja lääketieteellisissä palveluissa työskentelevät sihteerit toivat esille sen, että heille ei oltu luotu omia kokonaisuuksia ja suurin osa työstä jouduttiin näin merkitsemään kohtaan ”muut tehtävät”. Tulevaisuudessa työtehtäviä on tarkoitus seurata jopa yksikkötasolla, jolloin on mahdollista myös luoda aivan omat lomakkeet ja palvelukokonaisuudet yksiköittäin. Koska osastonsihteerin työ on suureksi osaksi asiakaspalvelua, on sitä hyvin vaikea mitoittaa, standardoida tai tuotteistaa. Jostain on kuitenkin lähdettävä liikkeelle, tähän tutkimukseen aika-

janaksi valittiin kymmenen minuuttia olemassa olevien resurssien puitteissa. Tulevaisuuden yksityiskohtaisemmissa tutkimuksissa voidaan ehkä mennä jopa minuuttien tarkkuudelle.

Osastonsihteerien työnkuvan muuttuessa tulevaisuudessa, tämän ajankäyttötutkimuksen tuloksia voidaan pitää myös vertailupohjana tuleville tutkimuksille, sillä tämänkaltaisia tutkimuksia ei ole aiemmin toteutettu kyseisessä organisaatiossa. Tämä tutkimus antaa kohdeorganisaatiolle täysin uutta tietoa, jonka pohjalta he voivat kehittää toimintaansa.

LÄHTEET

Kirjalliset:

Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotteistus Suomessa. Suomen Kuntaliitto. 2007. Helsinki

Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989. Annettu Helsingissä 1.12.1989.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 13.–14., osin uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu Helsingissä 28.1.1972.

Kallio, O., Martikainen, J-P., Meklin, P., Rajala, T. & Tammi, J. 2006. Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista. Tampereen yliopisto. Kunnallistutkimuksia. Tampere.

Kivistö, A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro. 5. Tampere.

Kuntalaki 365/1995. Annettu Helsingissä 17.3.1995.

Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille. 2009. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Kinnunen, T. & Kuronen, I. 2007. Osastonsihteerin työnkuva, perehdyttäminen ja sähköinen potilasasiakirja. Case: Päijät-Hämeen keskussairaala. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.

- Melin, T., Linnakko, E., 2003. Tuotteistuksen ja kustannuslaskennan hyvät käytännöt kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Helsinki
- Neilimo, K., Uusi-Rauva, E. 2005. Johdon laskentatoimi. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri. 2005. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin sairaanhoidollisten toimistopalveluiden selvityksen toimeenpano.
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2009. Suoritekäsikirja.
- Sipilä, J. 2003. Palvelujen hinnoittelu. WSOY. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Annettu Helsingissä 30.3.2009.
- Suoritekäsikirja. 2009. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Tuuri, M. & Wright, A. 2006. Yksilöllinen hoitajatyön hinta. Case: Reumasäätien sairaala. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.
- Tyni, T., Myllyntaus, O., Rajala, P., Suorto, A. 2009. Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille. Suomen kuntaliitto. Helsinki
- Vesikukka, A. 2008. Kunnan talouspalveluiden tuotteistaminen ja hinnoittelu kustannusperusteisesti ajankäytön avulla. Case: Lahden Talouspalvelut. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.

Elektroniset lähteet:

FCG Finnish Consulting Group Oy, RafaelaTM-hoitoisuusluokitusjärjestelmän kotisivu. [viitattu 11.12.2009]. Saatavissa: www.rafaela.fi

Kulmala, H. 2008. Hinnoittelu- mitä se on käytännössä? VTT. [viitattu 25.3.2009]. Saatavissa:

http://www.vtt.fi/proj/leanver/files/hinnoittelu_stateoftheart.pdf

Kuntaliitto 2008. Erikoissairaanhoidon kustannusten vertailtavuutta halutaan parantaa. [viitattu 28.12.2009]. Saatavissa:

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;498;132449;132450;132892

Kuopila, A. 2008. Tukea kuntien muutokseen. Yleiskuvaus tilaaja-tuottaja-toimintatavasta. Suomen kuntaliitto. [Viitattu 13.10.2009]. Saatavissa:

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;121698;121700;117363;88362;103804

Moisio, J. Qualitas-Fennica. 2005. Palvelun ja palveluprosessin hallinnassa tuotteistus on avainasemassa. [www-dokumentti]. [Viitattu 8.10.2009].

Saatavissa: <http://cgi.qualitas-fennica.fi/artikkelit/palvelutuotteistus.html>

Moisio, J. Qualitas-Fennica. 2005. Palveluiden tuotteistaminen - taustaa. [www-dokumentti]. [Viitattu 12.10.2009].

Saatavissa: <http://www.qualitas-fennica.fi/upload/media-4989774424e04.pdf>

Myllyntaus, O. 2005. Tukea kuntien muutokseen. Palvelujen kustannuslaskenta. Suomen kuntaliitto. [Viitattu 22.10.2009] Saatavissa:

http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;121698;121700;102062

Myllyntaus, O. 2008. Yhteistoiminnan talouden ohjaus. Yhteistoiminta-

alueverkoston IV – seminaari 8.5.2008. Suomen Kuntaliitto. [Viitattu 24.10.2009]. Saatavissa:
http://www.kunnat.net/k_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&urli=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHvVW2cW.html

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, kotisivut.

[viitattu 23.9.2009]. Saatavissa:

1)<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=105&vy=9987&rhythm=253>

Suoranta, M. 24.11.2006. Luentokalvot. Palvelujen tuotteistaminen/konsepointi.

[viitattu 24.3.2009]. Saatavissa:

http://www.akseli.tekes.fi/opencms/opencms/OhjelmaPortaali/ohjelmat/Serve/fi/Document/okumenttiarkisto/Viestinta_ ja_aktivointi/Seminaarit/Roadshow_Jyvaeskylae/PalvelujenTuotteistaminen_Suoranta.pdf

Vuori, M. 2002. Asiantuntijapalvelujen tuotteistamisesta. [viitattu 25.3.2009].

Saatavissa:

<http://www.kotiposti.net/~xmvuori/kehittaminen/asiantpalv-tuotteistus/index.htm>

Suulliset lähteet:

Kuronen, I. & Sihvonen, S. 2009. Palveluesimies, toimistopalvelupäällikkö.

PHSOTEY. Haastattelu 17.11.2009.

Vatanen, J. 2009. Koulutusmateriaali.

KUVAT

Kuvio 5.

<http://www.phsotey.fi/sivut/?vy=9987&ryhma=253>

[viitattu 23.9.2009]

Kuvio 6.

<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=3163&vy=9987&ryhma=253>

[viitattu 23.9.2009]

SAATE

Tämän työajanseurannan tarkoituksena on kartoittaa sitä, kuinka osastonsihteereiden työaika jakaantuu eri tehtävien välillä. Samalla tulee esille se, kuinka osastoitain ja poliklinikoittain työn painotus muuttuu.

Erityisen tärkeää on merkitä perustietokohtaan **nimesi sekä yksikkö** jossa olet töissä. Tällä yksiköllä ei tarkoiteta toimistopalveluyksikköä, vaan sitä osastoa/poliklinikkaa jolla fyysisesti teet töitä. Mikäli kahden viikon seurannan aikana vaihdat yksikköä, on erityisen tärkeää muistaa merkitä oikea yksikkö. Työaika on jaettu 10 minuutin jaksoihin ja on tärkeää, että koko työaika merkitään rastein, niin ettei tyhjiä kohtia jää. **Jokaiselle kymmenelle minuutille voi merkitä vain yhden rastian.** Jos siis teet useampaa työtä kymmenen minuutin aikana voit päivän mittaan kerätä samoja tehtäviä yhteen ja merkitä sitten niistä kertyneen ajan. Päivän aikana tehtyjä lyhytaikaisia töitä voi siis yhdistellä.

Tämän saateen liitteenä on esitelty pääotsakkeiden alla olevia työtehtäviä. Mikäli et löydä otsakkeista sopivaa kohtaa johon tekemäsi työn merkitsisit, voit kirjoittaa sen ”muut työt” kohtaan ja merkitä rasti sinne. Työajanseurantalomake täytetään päivittäin kahden viikon ajan 14.9. - 25.9. Täytetyt lomakkeet lähetetään **päivittäin** osoitteeseen **työajanseuranta/postitus.**

LIITE 1 (3/5)

ASIAKASPALVELU

Potilaiden ilmoittautumisten vastaanotto, henkilötietojen tarkistaminen

- Sisäinen ja ulkoinen puhelinpalvelu
- Potilaiden ja omaisten ohjaus ja neuvonta
- Opiskelijoiden, uusien työntekijöiden, sisäisten ja ulkoisten asiakkaiden ohjaus, neuvonta ja yhteistyö
- Omaisten ohjaus kuolintapauksissa ja kirjallisen ohjeistuksen antaminen

AJANVARAUS

- Ajanvarauskirjojen pohjien teko ja ylläpito
- Lähetteajanvaraus
- Hoidonaikainen ajanvaraus
- Jatkohoidon varaus
 - jonojen hallinta
 - moniajanvarauksen suunnittelu ja aikojen varaaminen (kriittisten aikojen huomioiminen)
 - ajan varaaminen
 - kutsukirjeet ohjeineen, lupalappuineen, esitietolomakkeineen
 - aikojen perumiset, siirrot, poistot

POTILASASIAKIRJALIIKENNE

- Lähetteen kirjaaminen saapuneeksi
- Ilmoitus potilaalle saapuneesta lähetteestä ja jonoon laittamisesta
- Kutsukirjeitten lähettäminen
- Sairauskertomusten tilaaminen
- Osastokansien perustaminen osastohoidon alussa
- Sairauskertomusten toimittaminen toiseen yksikköön
- Sairauskertomusasiakirjojen päivittäminen
 - vanhojen paperilomakkeiden poisto ja täydentäminen uusilla
- Sairauskertomusten lähettäminen paperisena tai sähköisenä versiona
 - jatkohoitopaikkaa odottavista potilaista tiettyyn kellonaikaan mennessä
 - lähettävälle lääkärille

LIITE 1 (4/5)

- terveystieteiden keskukseseen
- potilaalle
- Erialaisten todistusten lähettäminen
 - potilaalle
 - Kelaan
 - vakuutusyhtiöille
 - poliisiviranomaisille
 - lääninhallitukselle
- Rekisteri-ilmoitusten lähettäminen asianomaiselle viranomaiselle (syntymärekisteri, syöpärekisteri yms.)
- Kuolintodistuskappaleiden toimittaminen viranomaisille ja hautausluvan lähettäminen lähiomaiselle
- Osastokansien purkaminen sairauskertomuskansiin
- Paperisairauskertomusten järjestäminen, siistiminen, täydentäminen ja toimittaminen arkistoon

POTILAAN HOITOON LIITTYVÄT TEHTÄVÄT

- Vuodeosastojen labratilaukset
- Rad-pyyntö
- Pad-pyyntö
- Papereiden etsiminen
- Kiertokärryt
- Exitus

TEKSTINKÄSITTELY

- Osastolle tulotekstit
- Leikkaus/toimenpidesanelut
- Osastodekursukset
- Tutkimuspyynnöt/-vastaukset
- Loppulausunnot/siirtolausunnot
- Poliklinikkakäyntitekstit
- Konsultaatiopyynnöt/-vastaukset

LIITE 1 (5/5)

- Potilaskirjeet
- Lääkärintodistukset (A,B1,B2,C,E,T, D, ammatti-ihotaudit yms. määrämuo-
toiset)
- Lääkärintodistukset blankot (vakuutusyhtiölle, poliisille yms.)
- Kuljetustukilausunnot
- Kuolintodistukset
- Pakkohoitopäätökset (M1,M2,M3)
- Potilasvahinkoilmoitukset
- Ruumiinavauspyynnöt (lääketieteelliset, oikeuslääketieteelliset)
- Ruumiinavauspöytäkirjat
- Yleissihteerin tehtävät, kokoussihteerinä yms.

TILASTOINTI JA LASKUTUS

- Käyntiyhteenvedot, Hilmot
- Laskun tekeminen osastohoidoista, poliklinikkakäynneistä, sarjahoidoista,
lääkärin-lausunnoista
- Maksukaton huomioiminen, välilaskutukset
- Laskujen hyvitykset, korjaukset
- Tilastoasiat ja korjauslistoista huolehtiminen

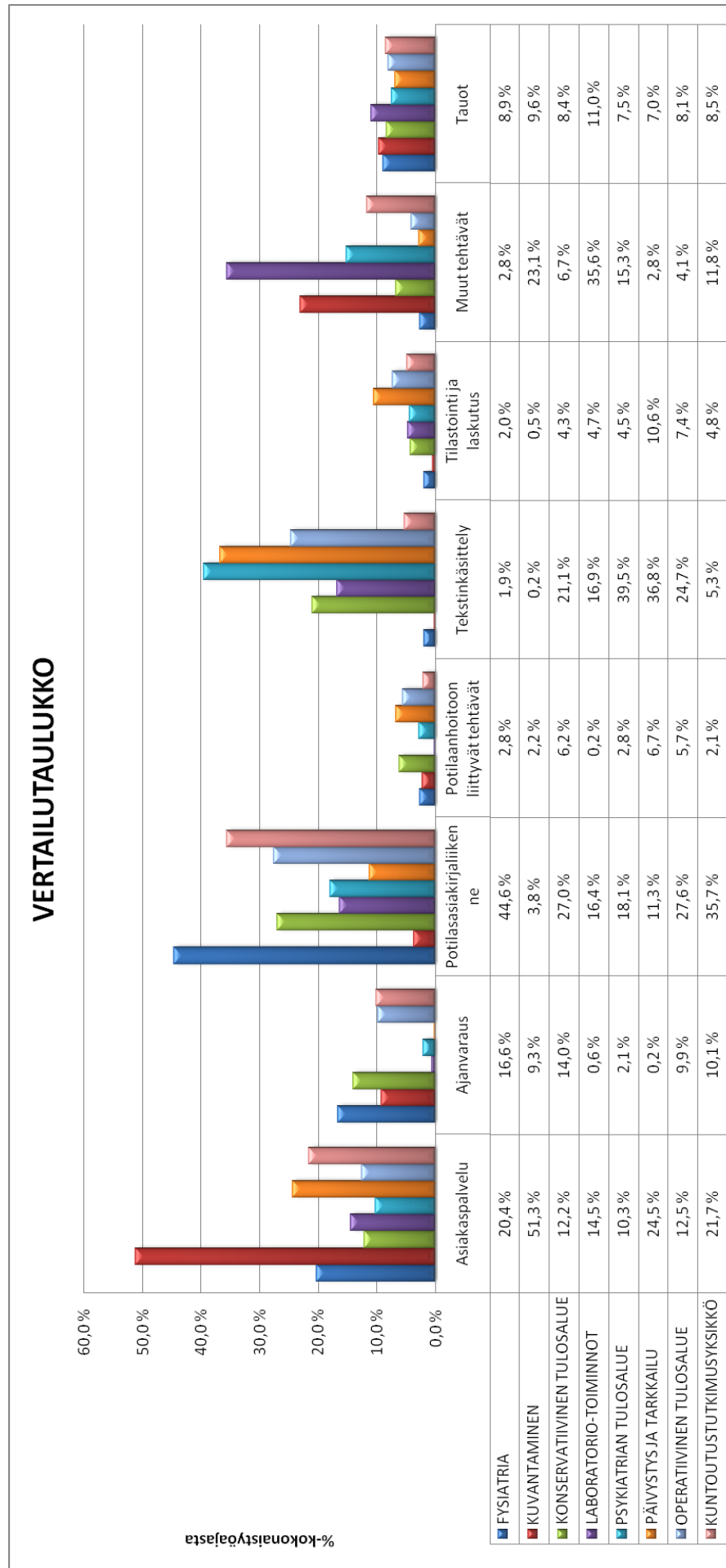
MUUT TEHTÄVÄT ESIM.

- Varastotilaukset
- Atk-yhdyshenkilön tehtävät
- Effic-korjaajan tehtävät

LIITE 2

TYÖAJAN JAKAANTUMINEN TOIMINNOILLE TULOSALUEITTAIN	FYSIATRIA		KUVANTAMINEN		KONSERVATIIVINEN TULOSALUE		LABORATORIO-TOIMINNOT		PSYKIATRIAN TULOSALUE		PÄIVYSTYS JA TARKKAILU		OPERATIIVINEN TULOSALUE		KUNTOJOUTUSTUTKI-MUSYKSIKKO		Yhteenveto	
	Tunteina	%	Tunteina	%	Tunteina	%	Tunteina	%	Tunteina	%	Tunteina	%	Tunteina	%	Tunteina	%	Tunteina	%
ASIASKASPALVELU	06:30	4,1 %	49:00	20,2 %	44:50	1,7 %	35:50	6,1 %	10:30	1,2 %	112:00	14,4 %	94:10	3,2 %	00:00	0,0 %	352:50	4,22 %
1,1=Imoitettumiset	04:40	3,0 %	34:50	14,4 %	80:30	3,0 %	26:10	4,4 %	18:00	2,1 %	27:10	3,5 %	78:10	2,7 %	04:50	6,7 %	274:20	3,28 %
1,2=Puhehoitoon sisällytetyt	15:20	9,8 %	16:50	6,9 %	116:20	4,3 %	11:20	17,40	17:40	2,0 %	33:20	4,3 %	114:00	3,9 %	03:50	5,3 %	328:40	3,93 %
1,3=Puhehoitoon sisällytetyt	04:10	2,7 %	18:40	7,7 %	64:30	2,4 %	10:30	39,00	4:50	4,5 %	09:10	1,2 %	64:20	2,2 %	05:00	6,9 %	215:20	2,57 %
1,4=Ohjauksen ja neuvontaan sisällytetyt	01:20	0,8 %	05:00	2,1 %	25:30	0,9 %	02:30	0,3 %	04:00	0,5 %	08:20	1,1 %	19:30	0,7 %	02:00	2,8 %	67:40	0,81 %
Asiakaspalvelu yhteensä:	32:00	20,4 %	124:20	51 %	331:40	12 %	85:50	15 %	89:10	10 %	190:20	24 %	370:10	13 %	15:40	22 %	1238:50	14,80 %
AJANVARAUS	03:30	2,2 %	08:30	3,5 %	32:30	1,2 %	03:20	0,6 %	07:10	0,8 %	00:20	0,0 %	21:00	0,7 %	00:50	1,2 %	77:10	0,92 %
2,1=Ajanvarauskirjat	03:30	2,2 %	01:20	0,6 %	86:10	3,2 %	00:20	0,1 %	05:40	0,7 %	00:00	0,0 %	61:50	2,1 %	02:20	3,2 %	161:10	1,93 %
2,2=Lähetteen ja ohjeiden ajanvaraus	18:00	11,5 %	01:40	0,7 %	26:10	1,0 %	00:00	0,0 %	04:10	0,5 %	00:00	0,0 %	15:40	0,5 %	00:10	0,2 %	65:50	0,79 %
2,3=Hoidon aikainen ajanvaraus	01:10	0,7 %	11:00	4,5 %	235:00	8,7 %	00:00	0,0 %	01:10	0,1 %	01:30	0,2 %	193:40	6,6 %	04:00	5,5 %	447:30	5,35 %
Ajanvaraus yhteensä:	26:10	16,6 %	22:30	9 %	379:50	14 %	03:40	1 %	18:10	2 %	01:50	0 %	292:10	10 %	07:20	10 %	751:40	8,98 %
POTILASIAKIRJALLIENNE	06:10	3,9 %	00:30	0,2 %	68:50	2,5 %	27:20	4,6 %	17:00	2,0 %	06:50	0,9 %	62:30	2,1 %	01:40	2,3 %	190:50	2,28 %
3,1=Lähetteen käsittely	12:10	7,7 %	00:40	0,3 %	93:40	3,5 %	08:10	1,4 %	21:00	2,4 %	17:00	2,2 %	75:00	2,5 %	03:40	5,1 %	231:20	2,76 %
3,2=Jäkelu	16:50	10,7 %	01:40	0,7 %	314:00	11,6 %	14:00	2,4 %	46:30	5,4 %	26:20	3,4 %	356:30	12,1 %	10:20	14,3 %	786:10	9,39 %
3,3=Kaikki muu käsittely	01:30	1,0 %	00:30	0,2 %	19:40	0,7 %	00:10	0,0 %	07:50	0,9 %	02:50	0,4 %	13:30	0,5 %	01:30	2,1 %	47:30	0,57 %
3,4=Todistusasiat	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	01:20	0,0 %	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	00:20	0,0 %	13:10	0,4 %	00:00	0,0 %	14:50	0,18 %
3,5=Rekisteri- ja ilmoitussasiat	02:00	1,3 %	00:00	0,0 %	20:20	0,7 %	00:00	0,0 %	02:50	0,3 %	01:40	0,2 %	19:40	0,7 %	00:00	0,0 %	46:30	0,56 %
3,6=Maaksumuutussasiat	15:10	9,7 %	05:30	2,3 %	150:20	5,5 %	09:00	1,5 %	33:50	3,9 %	04:40	0,6 %	180:10	6,1 %	04:50	6,7 %	403:30	4,82 %
3,7=Tulostus	16:20	10,4 %	00:20	0,1 %	63:30	2,3 %	38:20	6,5 %	27:50	3,2 %	88:00	11 %	95:00	3,2 %	03:50	5,3 %	273:30	3,27 %
3,8=Arkistointi	70:10	44,6 %	09:10	4 %	331:40	27 %	37:20	16 %	156:50	18 %	28:00	3,7 %	815:30	28 %	25:50	36 %	1994:10	23,83 %
Potilasiaikajärjely yhteensä:																		
POTILAIEN HOITOON LIIT. TEHTÄVÄT	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	24:20	0,9 %	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	08:00	0,3 %	00:00	0,0 %	32:20	0,39 %
4,1=Vuodeosastojen lairatilaus	00:10	0,1 %	03:10	1,3 %	13:00	0,5 %	00:00	0,0 %	01:30	0,2 %	00:20	0,0 %	23:10	0,8 %	00:00	0,0 %	41:20	0,49 %
4,2=Rad-pyynnöt	00:00	0,0 %	00:10	0,1 %	04:10	0,2 %	00:00	0,0 %	00:30	0,1 %	00:20	0,0 %	15:10	0,5 %	00:00	0,0 %	20:20	0,24 %
4,3=Rad-pyynnöt	02:00	1,3 %	02:00	0,8 %	74:50	2,8 %	01:10	0,1 %	20:30	2,4 %	49:20	6,4 %	91:30	3,1 %	01:30	2,1 %	242:50	2,90 %
4,4=Paeroiden etsiminen	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	46:30	1,7 %	00:00	0,0 %	01:30	0,2 %	00:20	0,0 %	27:50	0,9 %	00:00	0,0 %	78:20	0,94 %
4,5=Kiertoärryt	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	05:00	0,2 %	00:00	0,0 %	00:10	0,0 %	01:50	0,2 %	01:40	0,1 %	00:00	0,0 %	08:40	0,10 %
4,6=Exitus	04:20	2,8 %	05:20	2 %	167:50	6 %	01:10	0 %	24:10	3 %	52:10	7 %	167:20	6 %	01:30	2 %	423:50	5,06 %
Potilaiden hoitoon liit. tehtävät yhteensä:																		
TEKSTINKÄSITTELY	00:10	0,1 %	00:10	0,1 %	72:30	2,7 %	00:00	0,0 %	133:30	15,4 %	92:50	12,0 %	65:10	2,2 %	00:00	0,0 %	364:20	4,35 %
5,1=Decurukset	01:20	0,8 %	00:00	0,0 %	20:30	0,8 %	00:50	0,1 %	16:50	1,9 %	00:40	0,1 %	19:50	0,7 %	00:20	0,5 %	60:20	0,72 %
5,2=Todistukset	00:10	0,1 %	00:00	0,0 %	55:10	2,0 %	00:00	0,0 %	31:40	3,6 %	23:10	3,0 %	45:00	1,5 %	00:00	0,0 %	155:10	1,85 %
5,3=loppu- ja siirtoaluesuunnit	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	299:30	11,0 %	00:00	0,0 %	135:50	15,6 %	163:20	21,1 %	411:20	13,9 %	01:20	1,8 %	1011:20	12,08 %
5,4=Politiikkatekstit	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	19:30	0,7 %	02:30	0,4 %	01:20	0,2 %	01:50	0,2 %	118:20	4,0 %	00:00	0,0 %	143:40	1,72 %
5,5=Toimenpidesuunnit	00:00	0,0 %	00:00	0,0 %	46:10	1,7 %	00:00	0,0 %	19:00	2,2 %	00:20	0,0 %	14:40	0,5 %	00:00	0,0 %	80:10	0,96 %
5,6=Erityisryhmien tekstit	01:20	0,8 %	00:10	0,1 %	59:10	2,2 %	96:40	16,3 %	05:00	0,6 %	03:40	0,5 %	54:00	1,8 %	02:10	3,0 %	222:10	2,65 %
5,7=Pyynnöt ja vastaukset	03:00	1,9 %	00:30	0 %	572:30	21 %	100:00	17 %	343:10	40 %	285:50	37 %	728:20	25 %	03:50	5 %	2037:10	24,34 %
Tekstinkäsittely yhteensä:																		
TILASTOINTI JA LASKUTUS	00:30	0,3 %	00:00	0,0 %	37:00	1,4 %	00:20	0,1 %	09:40	1,1 %	51:00	6,6 %	81:30	2,8 %	00:40	0,9 %	180:40	2,16 %
6,1=Hilimot	01:20	0,8 %	00:00	0,0 %	47:30	1,8 %	25:20	4,3 %	07:40	0,9 %	21:30	2,8 %	92:20	3,1 %	01:00	1,4 %	196:40	2,35 %
6,2=Laskutus	01:20	0,8 %	01:10	0,5 %	33:20	1,2 %	02:20	0,4 %	21:40	2,5 %	09:30	1,2 %	43:30	1,5 %	01:50	2,5 %	114:40	1,37 %
6,3=Tilastoasiat ja korjausasiat	03:10	2,0 %	01:10	0 %	117:50	4 %	28:00	5 %	39:00	4 %	82:00	11 %	217:20	7 %	03:30	5 %	492:00	5,88 %
Tilastoointi ja laskutus yhteensä:																		
MUUT TEHTÄVÄT	04:20	2,8 %	14:50	6,1 %	97:30	3,6 %	57:10	9,7 %	58:20	6,7 %	16:20	2,1 %	73:10	2,5 %	03:50	5,3 %	325:30	3,89 %
7,1=muu tehtävä 1	00:00	0,0 %	18:30	7,6 %	77:00	2,9 %	48:20	8,2 %	34:20	4,0 %	04:10	0,5 %	27:50	0,9 %	01:10	1,6 %	178:20	2,13 %
7,2=muu tehtävä 2	00:00	0,0 %	18:10	7,5 %	27:10	1,0 %	49:40	8,4 %	30:40	3,5 %	00:40	0,1 %	15:20	0,5 %	02:20	3,2 %	144:00	1,72 %
7,3=muu tehtävä 3	00:00	0,0 %	04:30	1,9 %	13:30	0,5 %	55:40	9,4 %	09:10	1,1 %	00:40	0,1 %	04:30	0,2 %	01:10	1,6 %	89:10	1,07 %
7,4=muu tehtävä 4	04:20	2,8 %	56:00	23 %	182:10	7 %	210:50	36 %	132:30	15 %	21:50	3 %	120:50	4 %	08:30	12 %	737:00	8,81 %
Muut tehtävät yhteensä:																		
TAUOT	05:50	3,7 %	10:50	4,5 %	82:10	3,0 %	28:30	4,8 %	22:10	2,6 %	19:30	2,5 %	83:20	2,8 %	02:10	3,0 %	254:30	3,04 %
8,1=Kaivi	08:10	5,2 %	12:30	5,2 %	146:50	5,4 %	36:40	6,2 %	43:20	5,0 %	34:40	4,5 %	154:00	5,2 %	04:00	5,5 %	440:50	5,27 %
8,2=Lounas	14:00	8,9 %	23:20	10 %	229:00	8 %	65:10	11 %	65:30	8 %	54:10	7 %	238:00	8 %	06:10	9 %	695:20	8,31 %
Tauot yhteensä:																		
KOKONAISTYÖAJA	157:10	100 %	242:20	100 %	2712:30	100 %	591:40	100 %	868:30	100 %	775:50	100 %	2949:40	100 %	72:20	100 %	8370:00	100,00 %

LIITE 3



LIITE 4

PALVELUKOKONAISUUDEN HINNAN LASKEMINEN AJANKÄYTÖN SUHTEESSA PAINOKERTOIMEN AVULLA

		<u>Välitön työ</u>	<u>Välillinen työ</u>
Työssäoloaika vuodessa %	100 %	91,7 %	8,3 %
Työssäoloaika vuodessa h	217 620 h	199 558 h	18 062 h

Talousarvion mukaiset kustannukset 2009

Henkilöstökulut	5 726 196		
Muiden palvelujen ostot	17 000		
Ostot	26 000 €		
Muut toimintakulut	1 000 €		
Kustannukset vuodessa yhteensä:	5 770 196 €	5 291 270 €	478 926 €

**Osastonsihteerin keskimääräinen
työn tuntihinta €/h** 28,91 €/h

**Keskimäärin palvelukokonaisuuteen
käytetty aika h** 28 508 h

PALVELUKOKONAISUUS:	Työajan jakaantuminen		Osuus kus- tannuksista €	Kerroin	HINTA €
	%	h			
Asiakaspalvelu	14,8 %	32 207,8	922 407	1,13	32,67
Ajanvaraus	9,0 %	19 585,8	587 736	0,69	19,87
Potilasasiakirjaliikenne	23,8 %	51 793,6	1 441 725	1,82	52,53
Potilaan hoitoon liittyvät tehtävät	5,1 %	11 098,6	362 698	0,39	11,26
Teksinkäsittely	24,3 %	52 881,7	1 470 576	1,85	53,64
Tilastointi ja laskutus	5,9 %	12 839,6	408 860	0,45	13,02
Muut tehtävät	8,8 %	19 150,6	576 195	0,67	19,42