

Toni Mättö, Jukka Pellinen,  
Antti Rautiainen ja Kari Sippola

# **Talousohjaus terveysasemilla**

Talousohjaus terveysasemilla

Toni Mättö, Jukka Pellinen,  
Antti Rautiainen ja Kari Sippola

# **Talousohjaus terveysasemilla**

– näennäisohjaus luo näennäistehokkuutta

**KAKS** – KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

Kunnallisan kehittämissäätiön  
Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 80  
© Pole-Kuntatieto Oy ja kirjoittajat

Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala 2014  
ISBN 978-952-7072-04-2 (nid)  
ISBN 978-952-7072-05-9 (pdf)  
ISSN 1235-6956

# Sisällys

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| Esipuhe .....                                                              | 7  |
| Tiivistelmä .....                                                          | 10 |
| 1. JOHDANTO .....                                                          | 12 |
| 1.1. Terveystenhoidon järjestämisvastuu, organisointi ja<br>rahoitus ..... | 15 |
| 1.2. Uusi julkisjohtaminen 2010-luvulla .....                              | 18 |
| 2. TUTKIMUKSEN AINEISTO .....                                              | 21 |
| 2.1. Haastattelut .....                                                    | 21 |
| 2.2. Muu aineisto .....                                                    | 22 |
| 2.3. Eettiset kysymykset .....                                             | 22 |
| 3. JYVÄSKYLÄN YHTEISTOIMINTA-ALUEEN<br>TERVEYSKESKUS (JYTE) .....          | 23 |
| 3.1. Keskustan terveysasema .....                                          | 26 |
| 3.2. Vaajakosken terveysasema .....                                        | 26 |
| 3.3. Muuramen terveysasema .....                                           | 27 |
| 4. TUTKIMUKSEN TULOKSET .....                                              | 29 |
| 4.1. Mistä tyytymättömyys talousraportteihin kertoo? .....                 | 29 |

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2. Olisiko aika siirtyä volyymiperusteiseen budjetointiin? .....                         | 33 |
| 4.3. Kustannuslaskennan relevanssi hukassa .....                                           | 37 |
| 4.3.1. Lääkärikäynnin esimerkkikustannuslaskelmat ...                                      | 41 |
| 4.4. Vertailukehittämisen edellytykset kuntoon! .....                                      | 42 |
| 4.5. Tuotekehityksessä on olennaisimmat mahdollisuudet vaikuttaa kustannuksiin .....       | 44 |
| 4.5.1. Taloustietoon perustuvan kehittämisen ja isojen kertamuutosten ongelmallisuus ..... | 44 |
| 4.5.2. Jatkuva työprosessien uudistaminen kustannustehokkuuden parantamiseksi .....        | 47 |
| 4.6. Väestövastuualueiden koon määrittely ja palvelutarve-erojen huomiointi .....          | 50 |
| 4.6.1. Väestörakenne-erojen huomiointi resurssoinnissa ja tavoitteiden määrittelyssä ..... | 50 |
| 4.6.2. Pystytäänkö terveysasemien määrää vähentämään? .....                                | 52 |
| 4.7. Kannustavatko suoritusmittarit kokonaistehokkuuden parantamiseen? .....               | 53 |
| 4.8. Johtajuuspula ja organisaatorakenteen tehottomuus ....                                | 56 |
| 4.8.1. Ongelmia organisoinnissa ja johtamisessa .....                                      | 57 |
| 4.8.2. Ongelmia johtamistyön sisällössä ja organisaatiokulttuurissa .....                  | 59 |
| 4.9. Teknobyrokratiaan tuhlataan kriittisiä resursseja .....                               | 61 |
| 4.9.1. THL:n SPAT-tilastointi turhauttaa .....                                             | 62 |
| 4.9.2. Hallinnollisen työn lisääntyminen ja monimutkaistuminen .....                       | 64 |
| 5. JOHTOPÄÄTÖKSET .....                                                                    | 69 |
| LÄHTEET .....                                                                              | 73 |
| LIITTEET .....                                                                             | 75 |

# Esipuhe

Julkisen sektorin osuus Suomen BKT:stä oli Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2012 noin 57 %. Huomattavaa kuitenkin on, että nousukaudella 2000–2008 julkisen sektorin osuus BKT:stä oli keskimäärin vain noin 49 %. On ilmeistä, että talouskasvun hidastuttua mm. finanssikriisin ja euroalueen kriisien myötä Suomella ei ole varaa liian suureen julkiseen sektoriin, vaan säästöjä tarvitaan.

Säästöpolitiikka ja säästöajattelu eivät ole uusia ilmiöitä julkisella sektorilla, vaan säästöjä on tavoiteltu vuosikymmeniä, pitkälti samantyyppisin keinoin, mutta hieman eri nimin (mm. tulosjohtaminen, New Public Management, Modernising Government tai henkilöityneemmin mm. Thatcher, Reagan, Aho ja Sillanpää). Säästötavoitteet eivät myöskään ole vain euroalueen asia, vaan tilanne on samantyyppinen monissa OECD-maissa. Toimintaympäristöissä on kuitenkin suuria eroja maiden välillä.

Vuosikymmeniä jatkunut ”modernisointi” on tuottanut sekä isoja kerta-leikkauksia että pienempää tehokkuuden parantelua (”juustohöylää”), monia uusia toimintamalleja (mm. palvelusetelit ja tilaaja-tuottajamallit), erilaisia mietintöjä, konsulttiselvityksiä ja kehittämisprojekteja. Selvästi myös viimeaikaisella kuntauudistuskeskustelulla haetaan tehokkuutta tai kustan-

nusvaikuttavuutta palvelutuotannossa. Epäselvää kuitenkin on, mitä nuo käsitteet eri toimijoille tarkoittavat ja ovatko uudistukset lopulta parantaneet terveydenhuollon tehokkuutta. Epäselvää on myös se, muuntuvatko sinänsä järkevät tavoitteet politiikan ja vaikkapa terveydenhuollon monimutkaisen kokonaisuuden eri osien ja toimintamuotojen kentällä irtiviksi siitä, mitä tavoiteltiin.

Terveydenhuollossa kuten muissakin monimutkaisissa systeemisissä kokonaisuuksissa muutokset tapahtuvat usein eri tahtia. Päämäärätietoisien suunnittelun ja johtamisen lisäksi sattumakin vaikuttaa lopputulokseen. Muutosten kohteena ovat vahvojen ammattikuntien toimijat, ja ihmisillä on monia vaikuttimia, jopa ideologioita siitä, mitä hyvä hoito tai hyvä taloudenpito on – tavoitteet eivät kuitenkaan aina välttämättä kohtaa.

Tämä julkaisu on Kunnallissalan kehittämissäätiön rahoittaman tutkimusprojektin ”Sosiaali- ja terveystoimen kustannusvaikuttavuusmalli” loppuraportti. Tutkimusprojektin aikana Jyväskylän kaupungin kanssa määriteltiin kohdeorganisaatioksi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE) ja sen avoterveydenhoito. Esitämme lämpimät kiitokset Jyväskylän kaupungin osalta tutkimusyhteistyökeskustelun avanneelle Tytti Solankalliolle sekä kaikille projektiin aikaansa ja asiantuntemustaan antaneille osallistujille ja haastateltaville. Esimerkiksi KTT Liisa Kurunmäki avusti meitä Ison-Britannian terveydenhoitosektorin ja suomalaisten käytäntöjen vertailussa. Kurunmäki on terveydenhuoltojärjestelmien erityisasiantuntija ja lehtori London School of Economicsissa.

Kirjoittajat ovat johdon laskentatoimen ja julkishallinnon laskentatoimen tutkijoita Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulusta. Professori KTT Jukka Pellinen toimi tutkimushankkeen johtajana. Professori Pellisellä on laaja kokemus laskentatoimen opetuksesta, tutkimuksesta, kansainvälisestä julkaisutoiminnasta, tutkimuksen ja koulutuksen arvioinnista sekä yliopistojohtamisesta. Tutkijatohtori KTT Toni Mättö toimi projektin pää-tutkijana. Hänellä on kokemusta konsultoinnista, projektitutkimuksesta ja kuntatutkimuksesta, mm. laatukustannuslaskennan ja tilaaja-tuottajamallien alueella. Lehtori KTT Antti Rautiainen on kokenut luennoitsija ja on julkaissut artikkeleita monissa kunta-alan laskentatoimen julkaisuissa, mm. Financial Accountability & Management -lehdessä ja Kunnallistieteellisessä Aikakauskirjassa. Tutkijatohtori KTT Kari Sippola on kokenut luennoit-



sija, ja hän on tutkinut mm. laatukustannuslaskentaa ja suoritusmittauksen kehittämistä tietointensiivisissä yrityksissä.

Jyväskylässä 14. helmikuuta 2014

Jukka Pellinen, KTT

Professori, johdon laskentatoimi, Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu

Toni Mättö, KTT

Yliopistonopettaja, laskentatoimi, Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu

Antti Rautiainen, KTT

Lehtori, laskentatoimi, Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu

Kari Sippola, KTT

Tutkijatohtori, laskentatoimi, Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu

# Tiivistelmä

**T**erveystenhuollon kustannusvaikuttavuuden parantaminen on tärkeä teema, johon ei kuitenkaan ole vain yhtä ilmeistä ratkaisua, vaan organisaatio- ja terveysasemakohtaisia eroja on. Niinpä ratkaisut tulee sovittaa kunkin organisaation toimintaan ja johtamistilanteeseen. Yleisesti voidaan kuitenkin sanoa, että organisaation tärkeimpien voimavarojen käytön tehokkuutta korostava toiminta- ja johtamismalli voi sopia moniin organisaatioihin. Sillä tarkoitetaan ydintoimintaan keskittymistä ja muiden toimintojen suhteellisen osuuden vähentämistä ja selkeitä hallintorakenteita.

Päähavaintonamme löysimme terveydenhuoltotoimintaan ja sen kehittämiseen vielä melko huonosti sopivia kustannuslaskennan, suoritusmittauksen, budjetoinnin ja johtamisen menetelmiä sekä monimutkaisia tietojärjestelmiä. Näiden menetelmien avulla tehtävä näennäisohjaus luo usein vain näennäistehokkuutta ilman todellisia parannuksia. Rahankäytön oikeutuksen lisäksi tarvittaisiin enemmän myös todellisten tehokkuusparannusten aikaansaamisessa auttavia johdon ohjausjärjestelmiä, toimintatapoja ja organisaatorakenteita. Matka on siis vasta alussa.

Eräitä keinoja kehittää toimintaa sekä taloutta voivat olla esimerkiksi huomion kiinnittäminen työtehtävien priorisointiin ja työnjakoon, päätöksentekijöiden tarpeisiin räätälöity raportointi, laskentahenkilöstön ja klii-

nisen johdon vilkkaampi vuorovaikutus, kustannustietoisuutta luova palauteraportointi, olennaiseen keskittyvät hallinto- ja dokumentointiratkaisut, toimivat tilat ja organisaatorakenteet sekä IT-järjestelmien parempi käytettävyys. Esimerkiksi IT-järjestelmien käyttöön ja hallintotoimiin kuuluu terveysasemien apulaisylilääkäreiltä vuositasolla helposti liian paljon aikaa.

Tässä raportissa esitämmeikin kehitystoimenpiteinä mm. seuraavia asioita: hallintotyön ja tilastoinnin järjeistämistä, ydintoimintoihin keskittymistä, uusia toiminnan seurantaan soveltuvia suoritusmittareita, kustannuslaskentajärjestelmän tarkentamista, laskentatoimen peruskoulutusta apulaisylilääkäreille sekä taloushallinnon informaation esittämistä käyttäjälähtöisesti.

Ratkaisevaksi koko julkisen terveydenhoitojärjestelmämme kannalta voi osoittautua myös kyky valmistella ammattimaisesti kustannusinformaatiota kuntapäätöksentekijöille. Kun ajatellaan kuntaa tilaajana, jolle keskeisin on kysymys tehokkaimman palveluntuottajan valinnasta, ei voi liiaksi korostaa vertailulaskelmien ja kunnan oman kustannuslaskennan laadukkuuden merkitystä. Tämä vaatii uudenlaista kyvykkyyttä niin laskentajärjestelmien suunnittelijoilta kuin laskelmia tilaavalta ja käyttävältä kunta- ja vastualuejohdolta sekä poliittisilta päätöksentekijöiltä.

# 1. Johdanto

**A**voterveydenhoidolla on tärkeä tehtävä osana terveydenhoitojärjestelmäämme. Vaikka kansalaisten terveyden edistäminen ja akuuttien terveyshuoliemme hoitaminen ovat ammattiosaamista vaativaa ”laupeudentyötä” ja arvokasta sinänsä, toisaalta jatkuvasti kehittyvä diagnoosi- ja hoitotarjonta luo palveluille alati kasvavaa kysyntää. Raha ja sen riittävyys asettavat tiukat rajat myös avoterveydenhoidolle. Palveluiden kysynnän ja käytettävissä olevan rahan yhteensovittaminen on vaikea poliittinen ongelma, mutta se on myös johtamisongelma.

Jotta käytettävissä olevalla rahalla saataisiin aikaan mahdollisimman paljon terveyshyötyjä, on kustannustehokkuuden ja -vaikuttavuuden oltava keskeisellä sijalla johtamisessa. Tässä tutkimuksessa olemme olleet kiinnostuneita siitä, kuinka taitavasti talousjohtamista tällä hetkellä avoterveydenhoidossa sovelletaan.

Päähavaintonamme joudumme toteamaan, että monia menetelmiä on periaatteessa käytössä, mutta menetelmiin ja niiden hyödyntämiseen liittyy paljon kehitettävää. Vaikka talouden puristus tiukkenee, tilannetta leimaa- vat huonosti tarkoitukseen sopivat talouden johtamiskäytännöt, tarpeeton monimutkaisuus, väärrien asioiden tekeminen väärällä tavalla ja kyvyttömyys ratkaista ongelmia. Voidaan sanoa, että näennäisesti käytössä olevat ohjausekeinot luovat vain näennäistä tehokkuutta. Esittelemmekin tässä tut-

kimusraportissa joukon talousjohtamiseen liittyviä ongelmia ja niiden mahdollisia ratkaisuja.

Tämä tutkimus sijoittuu julkisen terveydenhoidon johtamisen ja julkishallinnon laskentatoimen rajapintaan. Julkisen terveydenhoidon osalta havaintomme koskevat erityisesti terveysasemille organisoitua avoterveydenhoitoa. Terveydenhoidon johtamisen tarkastelussa keskitymme johtamisen kannalta keskeisiin tietoprosesseihin ja organisaation rakenteellisiin piirteisiin, joista johdon ohjausjärjestelmä muodostuu.

Johdon ohjausjärjestelmien toiminnan perusedellytysten katsotaan riippuvan organisaatiolle ominaisesta kulttuurista, joka määrittää ihmisten perussuhtautumisen työhön, asiakkaisiin, johtamiseen, hallinnon tietojärjestelmiin – ts. yhteisön hiljaisesti jakamat pelisäännöt siitä, kuinka täällä kuuluu toimia. Myös organisaation rakenne, tuotantoteknologia, hallintoa koskevat säännöt, sopimukset ja tietojärjestelmät vaikuttavat toimintaan ja sen johtamiseen. Laskentatoimen tehtävänä onkin tukea johtamista niin, että sitä hyödynnetään toiminnan ja talouden suunnittelussa, tuloksellisuuden tarkkailussa ja päätöksenteossa tarvittavan taloudellisen informaation tuottamisessa.

Johtamista palveleva eli johdon laskentatoimi on nähty keskeisenä keinona julkisen palvelutuotannon kustannustehokkuuden lisäämisessä. Palvelutarpeiden ja rahoitusmahdollisuuksien yhteensovittamiseen on muutamia perusvaihtoehtoja. Säästöjä voidaan saavuttaa joko leikkaamalla kustannuksia vähentäen palvelujen tarjontaa, ulkoistamalla palvelujen tuottaminen tehokkaammin toimivalle palvelutuottajalle tai lisäämällä vaatimuksia palvelutarjonnan kustannustehokkuudesta. Johdon laskentatoimen tuottamaa informaatiota tarvitaan kaikissa tapauksissa. Vastuullisesti toimiva johto ottaa päätöksenteossa huomioon sen, miten eri vaihtoehdot vaikuttavat organisaation tehtävän toteutumiseen ja talouteen. Ammattinsa taitava johto osaa myös hyödyntää johdon laskentatoimen tarjoamia keinoja organisaation toiminnan tavoitteellisessa johtamisessa niin, että tavoitteet saavutetaan sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä.

Maailmalla on noin 30 vuoden ajan ollut vallalla *New Public Management* (NPM; Hood, 1991; Lapsley, 2009) nimeä kantava julkishallinnon uudistusohjelma, joka painottaa yritysten johtamiskäytäntöjen ja johdon laskentatoimen hyödyntämistä julkishallinnossa. Ohjelman sisältämiä oppeja on

yritytty hyödyntää myös Suomessa. Meillä valtionhallinnon osalta on puhuttu lähinnä tulosoikeudesta. Myös kunnissa on kehitetty johdon laskentatoimen menetelmiä ratkaisuna kasvaviin tehokkuusvaatimuksiin. Terveystieteiden kunnalliskorvauksen perusteita on haluttu muuttaa kustannusperusteiseksi, mikä on johtanut moniin kustannuslaskennan kehittämishankkeisiin. Erikoisterveystieteidenhoidossa onkin otettu laajasti käyttöön DRG (Diagnosis Related Group) -perusteinen kustannuslaskenta. Kunnilla ja terveystieteiden kuntayhtymillä on kuitenkin hyvin vapaat kädet hyödyntää johdon laskentatoimen käytäntöjä. Valtakunnallinen sääntely on meillä hyvin väljää ja lähinnä suositusluonteista, ja siksi käytännöt voivat olla hyvin vaihtelevia.

Suomalaisen terveystieteidenhoidon osalta johdon laskentatoimen menetelmien hyödyntämistä on tutkittu aiemmin lähinnä sairaaloissa. Tutkimukset ovat tuoneet esiin uusia puolia laskentatoimen ja sen käytön rationaalisuudesta. Kurunmäki (2004) havaitsi, että Suomessa lääkäriprofession onnistui estämään johtamisvastuun siirtymisen yleisjohtajille omaksumalla aktiivisesti laskentatoimen käsitteitä ja menetelmiä ja pitämällä näin talouden johtamisjärjestelmien määrittelyn itsellään. Lehtonen (2007) havaitsi, että DRG-kustannuslaskennan käyttöönoton onnistumiseen vaikuttaa ratkaisevasti se, kuinka kliininen henkilöstö saadaan osallistumaan suunnittelutyöhön taloushenkilöstön kanssa yhteistyössä. DRG-kustannuslaskentaa koskeva tutkimus (Järvinen, 2006; Kantola & Järvinen, 2012) on tuonut esille havaintoja kustannuslaskennan hyödyistä lähinnä toiminnan ja sen kustannustehokkuutta koskevan oikeutuksen turvaamisessa. Lisäksi Hyvönen ja Järvinen (2006) ovat kiinnittäneet huomiota kuntien alibudjetointikäytännön toteuttamiseen keskussairaaloiden kuntarahoituksessa, jota siirtyminen raamibudjetoinnista kustannus- ja volyymiperusteiseen tilaaja-tuottajamalliin ei muuttanut.

Avoterveydenhoito on jäänyt toistaiseksi vähemmälle huomiolle. Mielenkiintoinen kysymys juuri tällä hetkellä on, mitä olemme tähän mennessä saaneet kustannustehokkuuden edistämiseksi aikaan. Kuinka tarkoituksenmukaisia ovat avoterveydenhoidon johtamisessa hyödynnetyt ohjausjärjestelmät? Millaisista ratkaisuista ne koostuvat? Ja millaisia vaikutuksia ne organisaatiossa tuottavat? Ennen kaikkea, voiko niiden ajatella parantavan organisaation kustannustehokkuutta? Ja mitä mahdollisuuksia on löydettävä

vissä johdon ohjausjärjestelmien kehittämiseen juuri avoterveydenhoidon osalta? Näihin kysymyksiin pyrimme löytämään vastauksia tässä tutkimuksessa.

Samoja kysymyksiä on esitetty myös muissa maissa (Pallott, 1999; Lapsley, 2008; Lodge & Gill, 2011). Julkishallinnon uudistusohjelmien ensivaiheessa tutkijat kiinnostuivat siitä, kuinka eri menetelmiä onnistuttiin ottamaan käyttöön yhä uusissa johtamiskonteksteissa. Kansainvälisten johdon konsultointiorganisaatioiden ohella myös OECD on ollut aktiivinen toimija reformien levittämisessä maiden välillä. Tähän mennessä on kertynyt paljon tietoa menetelmien käyttöönoton lisäksi monista ongelmista, joita käyttöönottoon on liittynyt. Tiedämme myös, että kaikki vaikutukset, joita järjestelmät ovat saaneet aikaan, eivät ole olleet toivotunlaisia.

Tutkimusaineistomme on hankittu tutkimalla Keski-Suomessa toimivaa JYTE-organisaatiota, kolmea siihen kuuluvaa terveysasemaa ja Jyväskylän kaupunkiorganisaatioon kuuluvaa taloushallintoa sekä sosiaali- ja terveys-toimen johtoa. Tällaisen yksittäistapauksen tutkimisella olemme halunneet saada tämänhetkistä käytännöstä mahdollisimman monipuolisen kuvan.

Myös etukäteiskäsityksemme johdon ohjausjärjestelmään sisältyvistä käytännöistä nimenomaan avoterveydenhoidossa ei ollut kovin vahva, mikä perusteli lähestymään tutkimusilmiötä ilman kovin vahvoja etukäteisoletuksia. Vaikka tutkimuksen tulokset koskevatkin vain yksittäistä organisaatiota, havainnot herättävät kysymyksen siitä, ovatko käytännöt samanlaisia myös muissa avoterveydenhoidon organisaatioissamme. Uskomme, että tämänkaltaisten kysymysten herättäminen on tämän raportin tärkeätä antia.

## **1.1. Terveysten hoidon järjestämistä vastuu, organisointi ja rahoitus**

Vuoden 2013 alussa Suomessa oli 304 kuntaa, jotka tuottivat sosiaali- ja terveyshoitojen palvelut joko vastuukuntamallin kautta, kuntayhtymän kautta tai itsenäisesti. Itsenäisesti palvelut tuottavia kuntia oli 90 kuntaa (55 % Suomen väestöstä), kuntayhtymän kautta palvelut tuotti 117 kuntaa (27 kuntayhtymää, 16 % Suomen väestöstä) ja vastuukuntamallin kautta palvelut tuotti 97 kuntaa (34 aluetta, 29 % Suomen väestöstä).

Suomessa on viime aikoina käyty keskustelua erilaisista tavoista järjestää terveyspalveluiden tuottaminen; erityisesti keskustelua on käyty ns. vastuukuntamallin ja kuntayhtymän välisistä eroista. Tämän projektin havainnot tulevat vastuukuntamallin mukaisesti toteutetusta avoterveydenhoidon järjestämisestä. Vastuukuntamallin erottaa kuntayhtymästä yhden kunnan selkeä vetäjän rooli palvelutuotannossa. Siinä missä kuntayhtymässä terveydenhoidon palvelut toteutetaan kuntien yhteisellä yhteenliittymällä, vastuukuntamallin mukaisesti toimiessa yksi kunta ottaa tehtäväkseen järjestää terveydenhoidon vastuukuntamalliin kuuluvien kuntien alueella. Tämä tarkoittaa sekä päätäntävaltaa että järjestämisvastuuta palvelutuotantoon liittyvissä asioissa.

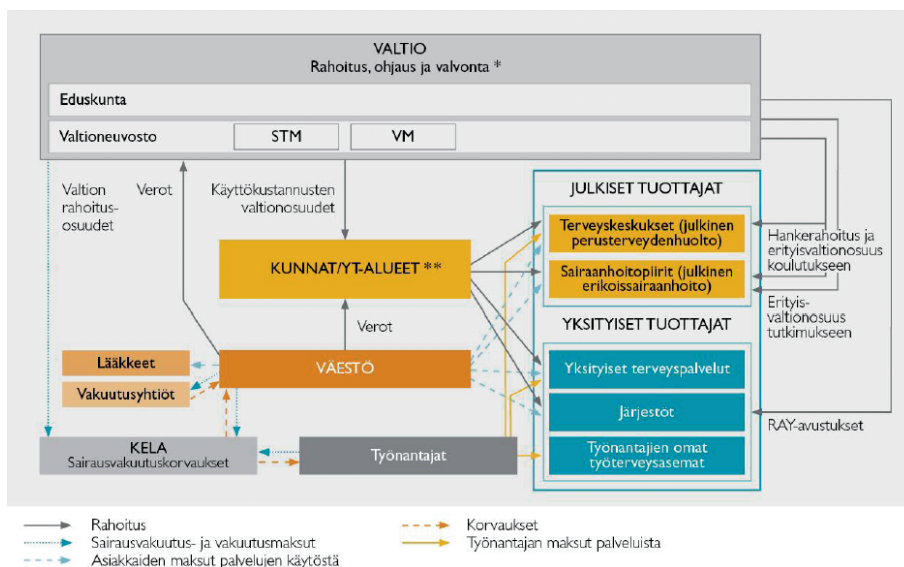
Vastuukuntamallin eroa kuntayhtymään voidaan tarkastella myös kuntalain (76 §) avulla: lain mukaan ”*kunnat voivat sopimuksen nojalla hoitaa tehtäviään yhdessä. Kunnat voivat sopia, että tehtävä annetaan toisen kunnan hoidettavaksi yhden tai useamman kunnan puolesta.*” Tämän tehtävän hoitamiseksi perustetaan kuntien yhteinen toimielin. Keskeinen ero kuntayhtymään on oikeushenkilön puuttuminen; kuntayhtymä on samalla oikeushenkilö, joka voi edustaa itseään oikeudessa sekä tehdä sopimuksia. Vastuukuntamallissa keskeinen toimija ”toimielin” ei kuitenkaan ole itsenäinen oikeushenkilö, minkä on katsottu voivan aiheuttaa ongelmia vastuiden kohdentamisessa (Perustuslakijaoston muistio 15.10.2013).

Järjestämislakiesityksessä sosiaali- ja terveystoimen palvelut voidaan järjestää vastuukuntamallin ohella myös kuntayhtymän kautta. Ensisijaisena vaihtoehtona pidetään vastuukuntamallia, joka valmistelussa olevan lakiesityksen mukaan velvoittaa maakunnan keskuskaupunkia toimimaan palveluita tuottavana vastuukuntana. Kuitenkin myös kuntayhtymä on mahdollinen, mikäli puolet maakunnan kunnista kannattaa kuntayhtymää palvelutuottajana. Lisäksi kuntayhtymän perustamisehtona on se, että kuntayhtymää kannattavien kuntien alueella tulee asua 2/3 maakunnan asukkaista. (Sosiaali- ja terveysministeriön esityksiä, 2013.)

Sosiaali- ja terveystoimen rahoitus toteutetaan Suomessa usean eri kanavan kautta (kuva 1). Tärkeimpiä järjestelmän rahoittajia ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos (KELA), työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Suomi poikkeaa useista muista maista siinä, että julkista rahaa on ohjattu sosiaali- ja terveystoimen palvelutuotantoon kahta eri lähdettä



käyttäen; sekä kunnat että valtio osallistuvat järjestelmän rahoittamiseen. Valtio maksaa valtionosuuksia kunnille, jotka puolestaan kohdistavat tämän rahoituksen palvelutuotantoon. Lisäksi kunta kerää kunnallisveroa, josta osa käytetään palvelutuotannon rahoittamiseen. KELA puolestaan antaa työnantajille sairausvakuutuskorvauksia sairauspoissaoloista, joita työnantajat käyttävät maksaakseen osan terveystalouden kustannuksista. Kotitaloudet osallistuvat välillisesti kerättyjen verojen kautta palvelutuotannon rahoittamiseen, mutta myös suoraan julkisen puolen käyntimaksujen ja yksityisen puolen hoitomaksujen kautta. Vakuutusyhtiöt puolestaan rahoittavat vakuutuksen ottaneita kotitalouksia tapaturmien ja sairastapausten yhteydessä, jolloin tämä rahoitus kanavoituu terveydenhoidon palveluiden tuottamiseen.



Kuva 1. Terveyspalveluiden rahoitus, tuotanto ja valvonta (STM, 21.1.2014).

Monikanavarahoituksen hyötyinä on THL:n selvityksen mukaan rahoituksen kohdistaminen käyttötarkoituksen mukaan, asiakkaiden valinnanvapaus, yksityisen puolen palveluiden tarjonnan kasvu erilaisten rahoitusmuotojen kautta sekä julkisen puolen lääkäreiden ansioiden lisäys (THL, 2010). Viimeksi mainittu puolestaan kaventaa tuloeroja julkisen ja yksityi-

sen puolen välillä ja lisää siten houkuttavuutta toimia lääkärinä julkisella puolella.

Toisaalta OECD:n Suomea koskeissa raporteissa sekä WHO:n kannanotoissa on pidetty monikanavarahoitusta yhtenä syynä terveystalouden järjestämis- ja rahoitusongelmiin (THL, 2010, 2014). Ongelmina on nähty monikanavarahoituksen aiheuttama tehottomuus ja kustannusvastuun täsmentymättömyys. Tämä ilmenee mm. päällekkäisenä palvelutarjontana, ylikapasiteettina sekä kokonaiskustannusten kasvuna (THL, 2010). Lisäksi monikanavarahoitus aiheuttaa sen, että palvelutarjonnan eri toimijoille tulee motiivi siirtää hoito- ja kustannusvastuuta toiselle osapuolelle, esimerkiksi sairaanhoitopiiriltä avoterveydenhoitoon. THL:n raportin (2010) mukaan monikanavarahoituksen luomat haitat ovatkin siitä saatuja hyötyjä suuremmat. Terveystalouden hoitoa pitäisikin ajatella yhtenä kokonaisuutena eikä monista erillisistä toimijoista muodostuvana monimutkaisena pelikenttänä.

## **1.2. Uusi julkisjohtaminen 2010-luvulla**

Uusi julkisjohtaminen eli NPM on laaja, monimuotoinen ja muuttuva reformiohjelma, jota Hoodin (1991) mukaan määrittää seitsemän keskeistä piirrettä:

1. Tulostalouden yksiköiden perustaminen ja yhtiöittäminen
2. Tilaajan ja tuottajan erottaminen ja sopimusjärjestelyt, joilla luodaan kilpailua palvelutarjoajien välille
3. Yksityisen sektorin johtamiskäytännöt
4. Kurinalaisuus ja tiukkuus resurssienkäytössä
5. Ylimmän johdon näkyvä panos toiminnan kehittämisessä
6. Formaalien ja mitattavissa olevien tavoitteiden määrittely ja suoritusmittaus
7. Tulostalouteen ja tuloksellisuustarkkailun painottaminen

NPM:n käyttöönoton laajuudessa, painotuksissa sekä tavoitteissa, joita uudistukselle asetettiin, on ollut paljon vaihtelua eri maiden ja palvelusektoreiden välillä. Yhteiseksi ja yhä keskeisemmin koko uudistusta määrittäväksi piirteeksi on kuitenkin muodostunut jatkuvasti uusia alueita valtaava laskentatoimen suoritusmittaus, tuloksellisuusajattelu ja näihin liittyvä retoriikka. Suoritusmittauksen ja kustannuslaskennan vaikutukset toimin-

taan ja sen tehokkuuteen eivät kuitenkaan aina ole vastanneet odotuksia (Lapsley, 2008; 2009).

Lapsley (2008) on koonnut havaintoja esteistä, joita NPM:n hyödyntämiseen on havaittu liittyvän. Yleisjohtamisen on huomattu usein törmäävän julkisorganisaatioiden ja niiden keskeisten professioiden jakamiin arvoihin. Profiilit saattavat suojata organisaation tarkoitusta ja toiminnan logiikkaa vastustamalla uusia johtamiskäytäntöjä. Päätöksentekijöillä puolestaan on tarve nopeisiin ja näyttäviin ratkaisuihin, jotka ovat yleensä organisaatorakenteiden järjestelyjä tai ohjelmistohankintoja. Suoritusmittauksen toteuttaminen on käytännössä hyvin hankalaa ja aiheuttaa siksi helposti myös epätoivottavia vaikutuksia. Mittarit eivät useinkaan kata kaikkia toiminnalle asetettuja tavoitteita. Asiat, joita mitataan, saavat huomiota, ja mittarit alkavat suunnata toimintaa. Sen sijaan asiat, joita ei pystytä mittaamaan, vaikka ne olisivat tärkeitäkin, jäävät vaille huomiota.

Lapsley (2009) on tuonut esiin myös ajatuksen NPM:stä joukkona lupauksia, joiden toteuttamisessa ollaan ainakin tähän saakka pääosin epäonnistuttu. Yritysten johtamismenetelmien käyttö julkishallinnossa vaatisi asiantuntevaa soveltamista, mutta toistaiseksi konsulttien panos näyttää liittyneen lähinnä muutoksen perusteluun (legitimointiin). Uudenlaisiin toimintakonteksteihin onnistuneesti sovelletuista ratkaisuista on vähemmän näyttöä. Tietojärjestelmähankkeisiin on liittynyt valtavia odotuksia, mutta ne ovat lähes pääsääntöisesti epäonnistuneet. Syynä voi olla tietojärjestelmien suunnitteluun tai projektien johtamiseen liittyvän kyvykkyyden puute tai projektien myyminen ylisuurilla lupauksilla.

Lisääntyvät auditointikäytännöt työllistävät yhä enemmän julkisten palveluiden tuottajia ja sitovat organisaation tärkeimpiä voimavaroja. Ne luovat helposti kulttuuria, jossa tärkeintä on toimia hallinnon sääntöjen mukaisesti varsinaisten vaikutusten, laadun ja tuloksellisuuden jäädessä toissijaisiksi. Myös riskienhallintakäytännöt voivat kaventaa asiantuntijoiden toimintakenttää ja vähentää mahdollisuuksia kokeiluun ja kehittämiseen. Olemme siis saattaneet saada hyvistä tavoitteista ja lupauksista huolimatta aikaan joukon epätarkoituksenmukaisia, voimavaroja tuhlailevia ja huomiota väärin asioihin suuntaavia käytäntöjä.

Tällä hetkellä näyttää siltä, että kustannustehokkuuteen liittyvät vaatimukset vain kasvavat. On alettu enenevästi keskustella hyvinvointivaltioi-

den siirtymästä kohti säästöpolitiikan ja palvelutarjonnan kutistamisen leimaamaa aikakautta. On myös huomattava, että NPM:n vaikutusten arviointi kokonaisuudessaan on hyvin vaikeaa. Siksi NPM ja johdon laskentatoimen soveltamistarpeet tuskin ovat mihinkään katoamassa, mutta soveltamisessa pitäisi onnistua paremmin. Ongelmien tunnistaminen voi auttaa kehittämään entistä toimivampia ratkaisuja.

## 2. Tutkimuksen aineisto

**T**utkimusaineisto on kerätty vuoden 2013 aikana, ja se käsittää haastatteluja Jyväskylän alueen terveysasemilla, haastatteluja Jyväskylän sosiaali- ja terveystoimen taloushallinnon ja vastuualuejohdon kanssa sekä mittavan aineiston Jyväskylän kaupungin laskenta- ja raportointijärjestelmistä. Siihen kuuluu myös kokousmuistiinpanoja, internet-julkaisuja ja sähköpostikeskusteluja.

### 2.1. Haastattelut

Tutkimusprojekti aloitettiin tekemällä ensimmäinen kierros haastatteluista keväällä 2013 Jyväskylän sosiaali- ja terveystoimen taloushallinnon sekä avoterveydenhoidon palvelujohdon kanssa. Yhteensä haastateltavia oli tällä kierroksella yhdeksän. Haastattelujen avulla hankittiin ymmärrystä Jyväskylän alueen sosiaali- ja terveystoimen tilanteesta, organisaation rakenteesta, laskentajärjestelmien toiminnasta, laskentajärjestelmiin ja raportointiin liittyvistä ongelmakohdista, kehitysmahdollisuuksista, suoritusmitauksesta, budjetoinnista sekä kustannuslaskennasta. Ensimmäisen kierroksen haastatteluteemat on esitetty tarkemmin liitteessä 1.

Toinen haastattelukierros toteutettiin syksyllä 2013 Jyväskylän avoterveydenhoidossa. Kohdeasemiksi valikoitui avoterveydenhoidon ja tutkijoi-

den yhteisissä tapaamisissa Muuramen terveysasema, keskustan terveysasema sekä Vaajakosken terveysasema. Kultakin asemalta haastateltiin 6 ihmistä siten, että haastateltavien joukossa oli 2 hoitajaa, 2 lääkärää sekä terveysaseman hoitotyön esimies ja apulaisylilääkäri. Näissä haastatteluissa kartoitettiin työntekijöiden vastuuta ja tilivelvollisuutta, toiminnan tavoitteita, budjettiseurantaa, raportointia sekä toiminnan ongelmakohtia ja kehittämistä. Haastattelukysymykset on esitetty liitteessä 2. Lisäksi olemme haastatelleet Jyväskylän kaupungin terveyspalvelujen vastuualueen johtoa.

## **2.2. Muu aineisto**

Vuoden 2013 aikana tutkimusryhmä on kerännyt aineistoa sosiaali- ja terveystoimen taloushallinnosta sekä palvelujohdolta erilaisten raporttien, laskentajärjestelmätietojen ja strategiapohdintojen muodossa. Näitä ovat kustannusennusteet, kohdistusperiaatteet, kaupunkistrategia, väestöpohjat, talousennuste 2013 sekä suoritushintojen laskentaperusteet. Lisäksi tutkimusryhmä on kerännyt suomalaista sosiaali- ja terveystoimea käsitteleviä lehti-leikkeitä taustatiedoksi. Tutkimukseen on osallistunut ulkopuolisena asiantuntijana Ison-Britannian terveydenhoitosektorin erityisasiantuntija Liisa Kurunmäki, jolta tutkimusryhmä on saanut tietoa Ison-Britannian terveydenhoitokäytänteistä sekä toimintaa valvovien organisaatioiden toiminnasta.

## **2.3. Eettiset kysymykset**

Kaikissa haastatteluissa haastatelluille on kerrottu haastatteluiden ja projektin tarkoitus sekä projektin rahoittaja. Haastatelluille on kerrottu haastatteluiden yhteydessä tai erillisellä projektisaatteella, että haastatteluilla kerättyä aineistoa käytetään kohdeorganisaation toiminnan kehittämiseen, tutkimusartikkelien kirjoittamiseen sekä projektin loppuraportointiin. Muuhun tarkoitukseen haastatteluja ei käytetä. Lisäksi haastatelluille on kerrottu aineiston käsittelytapa ja ilmoitettu, että haastatteluista tehdystä yhteenvedosta tai tutkimusraportoinnista ei hankkeen ulkopuolinen pysty tunnistamaan yksittäisen haastateltavan henkilöllisyyttä. Ulkopuolinen litteroija on litteroinut haastattelunauhoitukset. Litteroitua aineistoa säilytetään tutkimusryhmän hallussa.

### 3. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE)

**T**ässä tutkimusraportissa kuvattu aineisto on hankittu tarkastele-  
malla Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskusta (JYTE),  
joka tuottaa avoterveydenhoidon palvelut n. 150 000 kuntalaisel-  
le Jyväskylän, Muuramen, Hankasalmen ja Uuraisten alueella.  
Terveystuottopalveluiden tuottaminen on järjestetty tällä alueella ns. vas-  
tuukuntamallin mukaisesti, missä yksi kunta (Jyväskylä) ottaa vastuun pal-  
veluiden koordinoinnista ja hallinnoinnista ja muut kunnat toimivat palve-  
luiden tuottajana saman hallinnon alla.

JYTE:n alueella sijaitsee tätä raporttia kirjoitettaessa 12 terveysasemaa.  
Väestövastuut on jaettu asuinalueiden mukaan siten, että jokaiselle kaupun-  
ginosalle on nimetty terveysasema, jota alueella asuva kuntalainen käyttää.  
Vuoden alusta voimaan tulleen muutoksen mukaisesti kuntalainen voi kui-  
tenkin jatkossa vaihtaa terveysasemaansa kerran vuodessa.

Jokainen terveysasema sisältää avoterveydenhoitoon liittyvät palvelut, ja  
niissä työskentelee vaihteleva määrä terveyskeskuslääkäreitä, sairaanhoita-  
jia sekä lähihoitajia. Hoitajien esimiehenä toimii osastonhoitaja ja lääkärin  
sekä koko aseman esimiehenä aseman apulaisylilääkäri. Johtaminen on  
kuitenkin pitkälti eriytetty siten, että lääkäriesimiehet ja hoitajaesimiehet  
eivät ohjaa toistensa alaisia.

Avoterveydenhoidon puolella terveysasemien tehtäviin kuuluu ensiapu ja päivystys, erikoisvastaanotot, e-reseptien myöntäminen ja päivitys, hoitotarvikkeiden jakaminen, hoitajan ja lääkärin vastaanotot, terveystarkastukset ja seulonnat, näytteenotto, omahoidon opastus, rokotukset sekä röntgen.

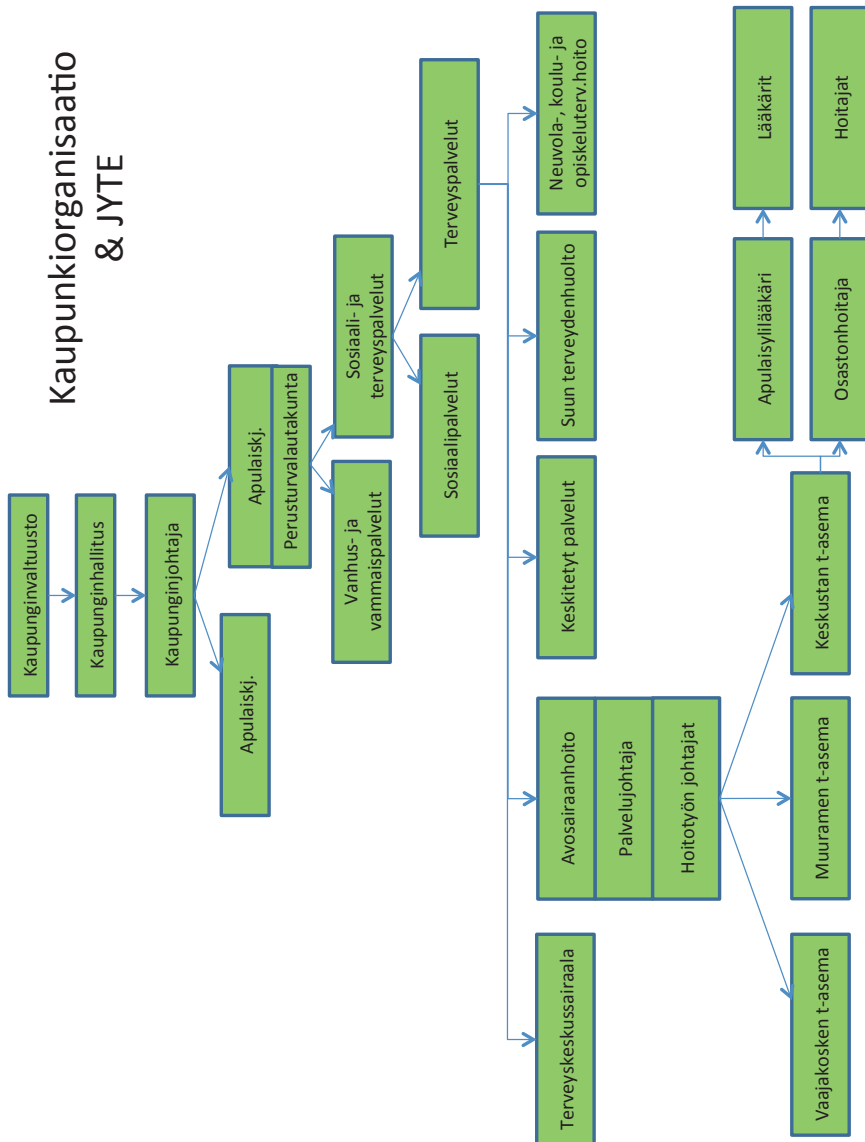
Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen terveysasemat on sijoitettu kaupunkiorganisaatiossa saman avosairaanhoidon hallinnon alle, joka on yksi viidestä organisatorisesti erotetusta terveyspalvelukokonaisuudesta (kuva 2). Terveyspalvelut ja sosiaalipalvelut (mm. lastensuojelu, maahanmuuttoasiat, neuvolatoiminta) puolestaan muodostavat sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuuden. Näistä on Jyväskylässä nykyään erotettuna vanhus- ja vammaispalvelut, jotka yhdessä sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa kuuluvat kaupungin perusturvalautakunnan alle. Yhteensä erilaisia organisatorisia johtoportaita kenttätöntyöntekijään nähden on 11.

Jyväskylän terveyspalvelujen talousarvion toimintamenot vuonna 2013 (ilman tuki- ja erikoissairaanhoidon palveluja) olivat 83,6 miljoonaa euroa ja nettomenot 75 miljoonaa euroa. Tästä JYTE:n budjetoidut nettomenot vuonna 2013 olivat 16,3 miljoonaa euroa. Vuoden 2012 avosairaanhoidon toteutuneet laskennalliset kustannukset olivat kuitenkin yli 21 miljoonaa euroa. Budjetit ovat lähes järjestelmällisesti ylittyneet, ja erikoisterveydenhuollon kustannukset kasvavat jatkuvasti, joten vuoden 2013 budjetti oli ilmeisen tiukka.

Jyväskylän terveyspalvelujen sitovat tavoitteet vuodelle 2013 olivat: hoitotakuun toteutuminen sekä raportointi terveyden edistämisen toimintaohjelman toteutumisesta ja toimintamallien tuottavuuden lisäämisestä. Lisäksi hoitajavetoista terveysasematoimintaa laajennetaan JYTE:n terveysasemille.

Seuraavaksi tarkastellaan tutkimuksen kohteina olleita kolmea terveysasemaa sekä niiden keskeisiä tunnuslukuja. Käyntikustannusten laskenta-periaatteisiin liittyy kuitenkin ongelmia, joita käsittelemme myöhemmin (ks. alaluku ”Kustannuslaskennan relevanssi hukassa”).





Kuva 2. JYTE:n organisaatiokaavio

### **3.1. Keskustan terveysasema**

Keskustan terveysasema sijaitsee Jyväskylän kaupungin keskusta-alueella. Terveysasemalla on n. 20 lääkärinvirkaa, joista neljännes on ollut jo useamman vuoden ajan täyttämättä. Sairaanhoidtajia asemalla on 16, perushoitajia 6. Asemasta vastaava apulaisylilääkäri tekee puolet työajastaan hallintotyötä ja puolet ajasta vastaanottoa. Keskustan terveysasemalle asetettu väestömäärä on n. 32 000 kuntalaista.

Vuonna 2012 asemalla kirjattiin n. 26 000 toteutunutta lääkärikäyntiä ja n. 16 600 toteutunutta sairaanhoidajakäyntiä. Kummatkin toteutuneet luvut ovat jääneet suunnitelluista käyntimääristä, jotka olivat 34 000 käyntiä lääkäreille ja 18 300 sairaanhoidajille. Vuonna 2012 lääkärikäynnin kustannukset ovat keskustan asemalla olleet käyntiä kohti lähes kaksinkertaiset (131 €) suunniteltuun nähden (74 €), kun taas sairaanhoidajakäynti on toteutettu hieman suunniteltua (79 €) halvemmalla (60 €).

Keskustan terveysaseman lääkärille ja sairaanhoidajalle jonotettiin vuonna 2012 noin 35 päivää. Vaihtelua oli 12–90 päivää.

### **3.2. Vaajakosken terveysasema**

Vaajakosken alue liittyi Jyväskylän maalaiskunnan osana Jyväskylän kaupunkiin vuoden 2009 alussa. Vaajakosken terveysasema kuului niin sanottuun Palokan terveydenhuollon kuntayhtymään, kunnes JYTE eli Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus perustettiin 1.1.2011. Vuonna 2013 Vaajakosken terveysasemalla oli 9 lääkärin virkaa, mutta näistä kaksi oli useampia kuukausia avoinna ilman sijaista ja muuten hoidettuna sijaisten avulla. Lisäksi osa lääkäreistä teki puolikasta työaika: apulaisylilääkärin työhön kuuluu puolet hallintoa ja puolet vastaanottoa, yksi lääkäreistä on osa-aikaeläkkeellä ja vain ”puoliksi” töissä ja toinen lääkäri on töissä 3 päivää viikossa ja muuten vapaalla. Näin voi olla hetkellisiä tilanteita, jolloin asemalla työskentelee laskennallisesti vain 4,5 lääkärinä vakituisesti. Vuoden 2014 alusta on päätetty muuttaa yksi lääkärin virka kahden vuoden ajaksi 2 sairaanhoidajan määräaikaiseksi toimeksi, joten lääkärin virkoja on enää 8. Toisaalta näihin 8 virkaan pyritään jatkossa saamaan vakituiset työntekijät.

Hoitohenkilökuntaa Vaajakosken terveysasemalla on tällä hetkellä yhteensä 14 henkilöä; sairaanhoidajia on 8, terveydenhoitajia 1, lähihoitajia 4

ja osastonhoitajia 1. Lääkäreillä oli vuoden 2013 aikana 12 649 käyntiä ja hoitajilla 10 627 käyntiä. Vaajakoskella oli 2013 mm. kiireen ja sisäilmaongelmien vuoksi paljon sairaslomia aikaisempiin vuosiin verrattuna. Lääkäreille ei saatu sijaisia, eikä hoitajille saanut edes ottaa sijaisia. Vaajakosken väestömäärä on 14 820. Yksittäisille lääkäreille vuonna 2013 jaetut väestöt (väestövastuumäärät) olivat noin 1000–2000 asukasta.

Vuonna 2012 Vaajakoskella kirjattiin 13 796 lääkärikäyntiä ja 12 998 sairaanhoitajakäyntiä. Lääkärikäynnin kustannukseksi vahvistui noin 109 € vuonna 2012 ja sairaanhoitajakäynnin hinnaksi noin 46 €. Luvut poikkesivat hieman suunnitellusta kustannuksesta, mikä oli lääkärikäynnille 85 € ja sairaanhoitajalle 59 €. Jonotilanne kiireettömissä tapauksissa lääkärinvastaanotolle on vakiintunut noin kuukauteen (35 vrk 4.12.2013). Tämä johtuu kuitenkin työlistasuunnittelusta eli siitä, että aikoja myönnetään vain kuukaudeksi eteenpäin. Näin teoreettisesti kuukauden päässä on aina vapaita aikoja.

### **3.3. Muuramen terveysasema**

Lääkärien ja hoitajien väestövastuut on Muuramen terveysasemalla jaettu kuuteen alueeseen, ja kokonaisväestömäärä on 9502. Lääkärit ja hoitajat toimivat Muuramen terveysasemalla työpareina. Muuramen terveysasemalla on 6–7 lääkäriä sekä 14 hoitajaa. Muuramen terveysaseman avovastaanoton lääkärien ja hoitajien vastaanotto- ja päivystystoiminta tapahtuu arkipäivisin maanantaista perjantaihin klo 7.15–22.00. Muuramen terveysasemalla oli vuonna 2012 lääkärikäyntejä 1147 kpl ja sairaanhoitajakäyntejä 637 kpl. Suunniteltuja käyntimääriä ei vielä vuonna 2012 asetettu Muuramen terveysasemalle. Muuramen lääkärikäynnin laskennallinen hinta vuonna 2012 oli 127 €, kun suunniteltu hinta oli 62 €. Vastaavasti sairaanhoitajan käyntihinta Muuramessa vuonna 2012 oli 77 € ja suunniteltu hinta 72 €.

Muuramen terveysasema on JYTE:n eteläisen alueen ns. pääterveysasema. Muuramen terveysasemaan kuuluvat hallinnollisesti nykyään Jyväskylään kuuluvien Korpilahden ja Säynätsalon kaupunginosien terveysasemat. JYTE:n alueella Säynätsalon ja Korpilahden terveysasemat on asetettu hallinnollisesti Muuramen apulaisylilääkärin johdettavaksi. Säynätsalon ter-

veysasemalla on väestövastuualueet kahdella lääkäriellä ja kahdella aluehoitajalla. Terveysasema on auki arkisin maanantaista perjantaihin, eikä asemalla ole erillistä iltavastaanottoa tai päivystystä. Väestön kokonaismäärä ko. alueella on 3382. Henkilökuntaa asemalla on 2 lääkäriä, 2,5 sairaanhoitajaa ja 2 osa-aikaista lähi-/perushoitajaa. Korpilahden terveysasemalla on samoin väestövastuu jaettu alueittain, ja Korpilahdella on 4 lääkäriä ja 3 aluehoitajaa. Vastaanottotoimintaa on maanantaista perjantaihin. Myöskään Korpilahdella ei ole iltapäivystystä. Korpilahden terveysaseman väestömäärä on 4983. Asemalla työskentelee 4 lääkäriä ja 3,5 sairaanhoitajaa ja 2,5 perushoitajaa.

## 4. Tutkimuksen tulokset

**T**utkimuksessa tarkasteltiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskusta (JYTE) ja sen piirissä olevia terveysasemia. Tutkimukseen haastateltiin myös Jyväskylän kaupungin sote-johtoa ja taloushallinnon keskeisiä henkilöitä. Lisäksi tutkimusryhmä on käynyt läpi Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen taloushallintoon liittyvää raportointia ja seuranta. Tästä tutkimusaineistosta on tunnistettu joitakin toimintaa haittaavia kokonaisuuksia, mahdollisia kehitystoimenpiteitä sekä jo käyttöön otettuja tehostamismenetelmiä. Seuraavassa raportimme havaintojamme siitä, kuinka johdon laskentatoimen tarjoamia keinoja voisi hyödyntää toiminnan kehittämisessä, mihin ongelmakohtiin näillä keinoilla voisi vaikuttaa ja mitä tähän asti terveysasemilla on tehty.

### 4.1. Mistä tyytymättömyys talousraportteihin kertoo?

Laskentatoimen avulla voidaan asettaa organisaatiolle tavoitteita ja antaa palautetta onnistumisesta. Laskentatoimen avulla voidaan suunnata henkilöstön huomiota organisaation päämäärien ja strategian kannalta tarkoituksenmukaisiin asioihin. Laskentatoimen tietoa voidaan käyttää apuna toiminnan kehittämiseen liittyvässä päätöksenteossa. Mahdollisuudet hyö-

dyntää laskentatoimen tietoa johtamisessa jaotellaan usein näihin kolmeen päätyyppiin, joiden valossa tarkastelemme JYTE-organisaatiosta tekemiämme havaintoja seuraavaksi.

Havainnoista nousee esiin lääkäri- ja hoitajajohdon tyytymättömyys taloushallinnon raportteihin ja niiden käyttökelpoisuuteen. Sekä lääkäri- että hoitolinjan johto- ja esimiesvastuissa olevista moni kyseenalaistaa raporttien luotettavuuden. Luotettavuutta vähentää heidän mukaan se, että kustannuksia koskeva tieto täydentyy vaihe vaiheelta jopa kuukausien ajan yleiskustannusten ja niiden laskentakohteelle kohdistamisen osalta. Keskusteluissa nousee myös ajatus siitä, että käyttäjät eivät osaa tehdä eroa menon, kulun ja kustannuksen välillä. Myös yleiskustannusten kohdistamisen perusteet aiheuttavat hämmennystä.

*”... sieltä tulee niitä yllätysmomenteja sit kummiskin aina [...] mun mielestä meidän pitäis tietää joka kuukausi, että miltä se loppuvuosi näyttää, tuleeko se raha ylittymään tai miten meille käy, niin sanotaan ettei sitä tiedä ennen kuin vasta syksyllä.”*

*”Siellä reaaliajassa me saadaan sitä toteutumaa katottua sieltä, mutta kun siihen ei oikein voi luottaa. [...] siinä on nää vyörytykset yks ongelma, että ne ei realisoitu sinne reaaliajassa, ja sitten laskut tulee, ne tulee ryppäinä, [...] Ne voi olla joskus myöhässä ja näin, että, se pitäis jotenkin olla hirveen tasaista se laskutus.”*

Taloushallinnon järjestelmiin ja vastuualueiden menoseurantaan liittyen emme havainneet mitään erityistä syytä epäillä raportoitavan tiedon paikansapitävyyttä. Tietojärjestelmät ovat nykyaikaisia ja raportointikäytännöt budjetti- ja menoseurannan osalta asianmukaisia. Raporttien valmistelijat myös kertovat raportoinnin yhteydessä avoimesti, miltä osin tieto tulee myöhemmin täydentymään. Tieto on siis laskentatoimen ammattilaisten näkökulmasta oikein, varmennettua ja täysin luotettavaa. Mistä siis on kyse?

Johdon tyytymättömyyttä voidaan selittää sillä, että taloushallinnon raporteista saatu palaute toiminnan taloudellisesta onnistumisesta saadaan pitkällä viiveellä. Talousraportointi menettää merkitystään sitä enemmän, mitä pidempi on viive toiminnan ja siitä saadun palautteen välillä.

Toinen selitys sille, miksi raportteihin ollaan tyytymättömiä, saadaan psykologiasta lainatun epävarmuus-käsitteen avulla. Laskentatietoon liittyvä johdon kokema epävarmuus aiheutuu siitä, että tieto ja tiedon tarve eivät kohtaa. Tässä yhteydessä mahdollisia keinoja epävarmuuden vähentämiseen voisivat olla esimerkiksi määrämuotoisten periodiraporttien yksinkertaistaminen, raportointiprosessin nopeuttaminen sekä keskittyminen raportoinnissa olennaisimpiin ja vaikutettavissa oleviin asioihin. Myös laskentatoimen käsitteistöä tulisi tehdä tutuksi, jotta raporttien sisältämää tietoa ymmärrettäisiin paremmin.

Laskentatoimen koulutus voisi olla osa ylilääkäreille annettavaa perehdytystä ja sitä voisi vahvistaa taloushallinnon suunnittelemalla ja toteuttamalla neuvonnalla. Haastateltavat apulaisylilääkärit suhtautuivat tällaiseen koulutukseen vaihtelevasti:

*”Mun mielestä kaikki ihmiset, jotka määrää jotain tutkimuksia tai muita, niin se on tosi tarpeellista ja tällainen hintatietoisuus, että kaikkien pitäis tietää suunnilleen, että kaikki mitä sä määrää potilaan hyväks tai potilaalle tai millekin, niin kaikesta pitäis olla jonkun sortin käsitys, että mitä tää maksaa. Ja se on esimiehenä mun tehtävä välittää tämmöstä hintatietoisuutta.”*

*”En osallistu budjetin hallintaan millään tavalla enkä osaa sitä enkä koe olevani taloushallinnon ihminen, enkä tykkäis siitä. [...] jos se pitäis tehdä oman toimen ohella, niin millähän ajalla sekin tehtäis. Eikä mitään talousosaamisen pohjakoulutusta eikä mitään, niin miten se vois onnistua?”*

*”Kyllä mua kiinnostaa kovasti nää talousasiat. Mä oon todella kiinnostunu siitä, että miten nää rahat menee tässä, mikä tässä olis järkevintä ja viisainta, totta kai. Ja se, että ne aukeis vähän paremmin, vielä vähän enemmän yksilöidä niitä, että mihin ne rahat on menny, se olis tosi kiva.”*

Vastauksissa näkyy huoli oman vaativan työn vaikeutumisesta ja toisaalta mahdollisen koulutuksen käytännönläheisyys. Saatu koulutus tulisi heijastua omaan työhön ja antaa konkreettisia mahdollisuuksia toiminnan ohjaukseen. Tällöin tieto erilaisten päätösten vaikutuksesta kustannuksiin tulisi selkeästi esille.

Taloushallinnon ammattilaisilta tarvitaan koulutuksen lisäksi myös toiminnan kehittämiseen liittyviä kertaluonteisia analyysijä ja päätöksentekoa

palvelevan taloustiedon tarjoamista. Haastateltavien mukaan taloushallinto toimiikin näin pyydettyä.

*”Tarvittaessa saan, kun mä laitan viestiä, että saisinko sellaset ja sellaset tiedot, niin saan ne tiedot ja pystyn sieltä kyllä niitä hyödyntämään.”*

*”Kyllä ne tiedot sieltä tulee pyydettyä, sen vaan oon huomannu että vie vähän aikaa.”*

JYTE-johto jäsentää toimintavaihtoehtoja ja niiden terveys- ja talousvaikutuksia Excel-analyysien avulla. Taloudellisten vaikutusten ja laskentatoimen tiedon osalta vaikuttaa siltä, että laskentatoimen tehtävänä on tuottaa talousnumeroita niitä pyydettyä erityisesti, jos numeroita ei löydy suoraan budjettiseurannan raporteista.

Myös päätöksentekolaskelmien laatimiseen olisi syytä liittää tiedon varmentaminen ja käyttökelpoisuuden arviointi tiedon tarvitsijan lähtökohdista käsin. Tiedämme, että tiedon käyttötarkoitus määrittää sen, minkä kustannuslaskennan käsitteiden avulla laskentatilannetta on syytä hahmottaa, miten laskentatoimen perusongelmat tulee ratkaista ja kuinka laskentatietoa voidaan hyödyntää. Lääkärijohdon panos on vaihtoehtojen ja päätöstilanteiden määrittelyssä aivan keskeinen, mutta taloustiedon järkevässä jäsentämisessä hyvää käytäntöä on taloushallinnon ammattilaispanoksen hyödyntäminen. Tällöin tarkoituksena on, että päätöksentekolaskelmissa käytettäisiin hyväksi sekä käytännön työn osaajien että laskentatoimen asiantuntemusta.

Terveysasemien välillä on eroja siinä, kuinka taloushallinnon raportteja hyödynnetään henkilöstöjohtamisessa. Joillakin terveysasemilla johto suhtautuu talousraportteihin jossain määrin välinpitämättömästi. Ajatellaan, että budjettiseuranta on JYTE-johdon käsissä. Useimmiten henkilöstö on tietämätön aseman budjetista ja taloudellisista tavoitteista. Joillakin asemilla taloudesta kerrotaan henkilöstökokouksissa ja henkilöstön huomiota suunnataan terveysasemalle asetettujen taloudellisten ja tehokkuustavoitteiden saavuttamiseen. Laskennallisia kustannuksia per potilaskäynti onkin saatu huomattavasti pienemmäksi sillä, että tavoitteesta on jatkuvasti puhuttu henkilöstölle ja talousseurannalla on annettu palautetta edistymisestä. On kuitenkin toinen asia, onko tehokkuustavoite järkevästi määritelty,



mutta ainakin tämä kokemus osoittaa, kuinka toimintaan ja sen tuloksellisuuteen voidaan vaikuttaa.

*”Kyllä me esimerkiksi tälle vuodelle viime vuoden joulukuussa asetettiin työpaikkakokouksessa 2 tavoitetta, ja toinen tavoite oli se, että me pudotetaan meidän käyntiyksikköhinnat alas. Toinen tavoite meillä, se ei ollu suoranaises-ti taloudellinen tavoite, toinen tavoite oli se, että me pyritään, että tää jonotus-aika lääkärin ja hoitajan vastaanotolle saadaan puristettua 2 viikkoon, kun meillä viime vuonna se oli 3 viikkoa, ja sekin näyttäis koko lailla toteutuvan. Kyllä mä uskon siihen, että kun me asetetaan tavoitteita, niin sit me ruvetaan, ja niistä puhutaan toistuvasti, niin sitten jokainen rupeaa alitajuntaisesti pyrkimään siihen.”*

Talousraportoinnin ja osaamisen kehittämistä varten tutkimusryhmä esittääkin, että laskentatoimen raporttien hyödynnettävyyttä voitaisiin parantaa raportointisykliä nopeuttamalla ja yksinkertaistamalla raportointia, lisäämällä käyttäjien talouskoulutusta osana johtamistehtäviin perehdyttämistä ja mahdollisesti keskittymällä budjettiraportoinnissa enemmän vastualueiden johdon vaikuttavissa oleviin asioihin. Näin voitaisiin hyödyntää toiminnan suunnittelussa käytännön hoitotyön osaamista sekä taloussuunnittelussa laskentatoimen ammattilaisten osaamista.

## **4.2. Olisiko aika siirtyä volyymiperusteiseen budjetointiin?**

Alueen terveydenhoidon budjetointiin liittyviä osapuolia ovat avoterveydenhoidon osalta JYTE, terveydenhoidon osalta Keski-Suomen aluekeskussairaala, Jyväskylän kaupunki ja väestövastuualueen kunnat. JYTE:n budjetoinnin avulla määritellään oikeutettu määrärahojen käyttö, se taloudellinen raami, jonka rajoissa verovaroja on sallittua käyttää terveyspalveluiden tuottamiseen kalenterivuoden aikana. Suunnittelu perustuu edellisten vuosien kuluihin ja on siten luonteeltaan lähinnä muutosbudjetointia. Käytännössä terveydenhoitomenot sekä avoterveydenhoidossa että erikoissairaanhoidossa ovat vuosi vuodelta kasvaneet, ja ne ovatkin kuntien nopeimmin kasvavia kustannuseriä. Menojen kasvua on pyritty hillitsemään

budjetoinnin avulla, mistä on seurannut vuosia jatkunut alibudjetointi ja lisäbudjetointi.

*”...kun tiedetään verotuloarviot, niin suunnittelu lähtee siitä, että kuinka monta prosenttia minnekin tarvitaan lisää, että kyllä se yhteys suoritteiden ja resurssien välillä, niin se on aika hataraa.”*

*”Mutta kyllähän tää keskustelu, tää on hankala keskustelu, että tahot, jotka haluaa, että terveydenhuollon palveluihin käytetään lisää rahaa, niin ne sanoo, että me ei täytetä lainsäädännön asettamia kriteereitä tänäkään päivänä ja ... sen vuoksi näitä pitää lisäresursoida.”*

*”...että nyt me mennään vähän sillä samalla kaavalla, että aina vaan uutta vanhan päälle. Siinä jää ne prosessit oikeesti ihan oman onnensa nojaan, niitä ei kato kukaan.”*

Terveydenhuollon resursoinnissa on keskitytty erikoissairaanhoidon parantamiseen, osin myös perusterveydenhuollon kustannuksella. Haastattelavamme toteaa:

*”Sairaalaan on tullut hirveesti uusia virkoja ja meille ei käytännössä yhtään terveyskeskuksiin ... Se on mielenkiintoinen yhtälö, miten perusterveydenhuolto pysyy pystyssä, kun henkilöstömäärä ei oo lisääntynyt ja työt on kasvanu eksponentiaalisesti.”*

Budjettisuunnittelun sekä -seurannan kohteena ovat vastualueet ja kululajit. Budjetti on kiinteä vuosibudjetti.

*”Ja varmaan terveydenhuollon palveluissakin se olisi erittäin hyvä siihen suuntaan ajatusta viedä, että ei ole euroja, vaan on palveluita, ja kun palvelut tulee tehtyä, niin sieltä saadaan sitten budjettiin rahaa. [...] Mehän ollaan siitä hyvin kaukana, että tavallaan eurot annetaan ja euroilla sitten mennään. Ja sitten vielä tuppaa käymään niin, että tilinpäätöstoteuma on huomattavasti korkeampi kuin mikä on budjetoitu.”*

Kaupunkijohtamisen näkökulmasta terveyspalveluiden tuottajaorganisaatioiden suoriutumista arvioidaan ja siitä annetaan palautetta pitkälti budjettitoteuman perusteella.

*"Ihan tärkein, mistä sen (onnistumisen) voi päätellä on siitä, mitä kaupunginjohtaja meille johtoryhmässä kertoo, että menee niin huonosti, että hän ei kuuntele mitään selityksiä, miksi budjettiraami ei riittänyt."*

*"...että ruvettais puhumaan tämmöisestä suoritehintabudjetoinnistakin myös, että meillä olis tietynlaiset hinnat niille suoritteille ja arviot siihen, ja sitä kautta muodostuis se budjetti, että se budjetti ei olis vaan, että siellä on henkilöstömenot, palvelujen ostot, aineet, tarvikkeet -tyylinen jako, vaan ihan oikeesti se havainnollistais varmaan päätöksentekoakin huomattavasti enemmän, jos me päästäis sille asteelle, että me pystytään sanomaan, että tälläsellä rahapotilla me pystytään näillä suoritehinnoilla tuottamaan tämän verran."*

Budjettiohjausta pidettiin toisaalta terveysasematasolla myös melko "löysänä" ohjauskeinona. Toisaalta säästöjä avoterveydenhoidosta on haettu pienentämällä budjettiraamia 10 % kaupungin taholta vuodesta 2012 vuoteen 2013. Haastateltava kommentoi:

*"Alkuun täällä vähän ihmettelinkin tätä suoraan sanottuna, että kun osastonhoitajilla ja apulaisylilääkäreillä tuolla asemilla, ei niillä ollu oikeestaan minäkään näköistä käsitystä siitä, että onko rahaa vai eikö ole rahaa. Ja nyt mulle on valjennu se, että ei sillä ollu mitään väliä, kun se tuli aina se lisätalousarvio sieltä anyway."*

Toimintaa voitaisiin haastateltavan mukaan kehittää standardikustannuslaskennan avulla. Tämä tarkoittaisi suoritekohtaista standardiyksikkökustannusta, johon toteutuneita kustannuksia voitaisiin suhteuttaa ja käyttää volyymiennakointiin perustuvan budjetoinnin apuna.

*"...standardikustannuslaskennasta, sitä mä oon ite miettiny itse asiassa, että kunta puolella varmaan se lähtökohta on, että meidän pitäis luoda standardikustannuslaskentamalli ja ruveta vertaamaan toimintaa siihen, koska meillä on, varsinkin tuolla sote-puolella on paljon sairauspoissaoloja, mikä nostaa sitä hintaa."*

Haastatteluissa tuli esille se, onko kuntalaisille tarjottava palvelun tavoitetaso järkevä. Lupaukset kuntalaisille Suomen parhaasta palvelutasosta ja toisaalta toiminnan taloudelliset edellytykset eivät ole kohdanneet. Haasta-

teltavamme kaipasi poliittisia päätöksiä ja tavoitetason tarkistusta realistisemmaksi.

*”Ei täällä ylipalvelun kulttuuria kuitenkaan ole, mutta se, että ei oo yhtään edes ajateltu, että pitäiskö tinkiä laadusta tai määrästä tai jostakin, vaan on noudatettu käypä hoito -suosituksia ja koko ajan tavoiteltu, Jyväskylä on pärjänny hirveen hyvin niissä laatuverkoston tämmösissä klinisen työn laadun tutkimuksissa. Ja se työ on pohjannu just tähän, eli se raha ei oo ollu siinä se oleellinen asia, koska on aina sit opittu luottamaan siihen, että pääasia, että me hoidetaan tää homma hyvin, se raha kyllä löytyy.”*

*”Ei tää oo siitä kiinni, etteikö me ymmärrettäis täällä sitä, että kaupungilla on rahat vähissä ja tiukkaa on, mutta tavallaan sitten toisaalta odotetaan myös sitä, että nyt sitten myös sieltä nää päättäjät tulee kaapista kertomaan väestölle, että raharaami on nyt tämä ja tällä ei saa enempää.”*

*”Meillä on lakisääteiset palvelut, mitkä yritetään pitää hengissä, mutta tää vuosi nyt näyttää, että mennäänkö laittomaan tilaan joiltakin osin. Ja sit tavallaan päättäjäorganisaatio, poliitikot, niin mistään ne ei antais meidän luopua. Päin vastoin, että meidän pitäis sit tuottaa sen lakisääteisen lisäksikin vielä jotakin ekstraa, ja mitä nyt joku naapuri on keksiny pyytää.”*

Budjetointi on JYTE:ssä nykyisellään määrärahojen käyttövaltuuksien kohdentamista yksiköille. Budjettivastuu on keskitetty JYTE:n palvelujohtajalle, jolla on myös vastuu palveluiden tuottamisesta lainsäädännön ja kuntajohdon palvelutasoa koskevien tavoitteiden mukaisesti. Budjettiseuranta antaa karkean palautteen siitä, kuinka kiinteä vuosibudjetti riittää vastuualueella toteutuvien menojen kattamiseen.

Kehittämisehdotuksena esitämme, että budjetointia voitaisiin JYTE:ssä toteuttaa volyymiperusteisesti. Tällä hetkellä ongelmana on, että budjetti ei huomioi palvelujen kysynnässä tapahtuvia muutoksia. Toimintas suunnittelu voisi perustua palvelutuotteiden kysynnän ennakointiin pitkällä (5 v.) ja keskipitkällä aikavälillä (1 v.). Pelkkä potilaskäynti suoritemittarina on liian yksinkertainen. Erikoissairaanhoidon DRG-luokittelu on taas liian laaja tähän tarkoitukseen. Karkean tuotteistuksen (esim. 10 tuotetta) rakentaminen voisi olla hyvä lähtökohta kehittää suoritelaskentaa ja siihen perustuvaa budjetointia. Suoritteille voitaisiin laskea standardikustannukset, joihin to-

teutuneita kustannuksia voitaisiin verrata. Budjettiseuranta voisi antaa terveysasemittain palautetta siitä, onko toiminta toteutunut kustannustehokkaasti, ennakoidulla volyymilla, panoshinnoilla ja ”tuotejakaumalla”. Käyntien erilaisia kuormituksia ja jatkohoitotarpeita voidaan arvioida kustannusvaikutusten mukaan. Onnistumisista voitaisiin palkita terveysasema-kohtaisilla ryhmäkannustimilla. Pitkän tähtäimen budjetointina voisi toimia rullaavasti 5 vuotta eteenpäin katsova volyymiennakointiin perustuva karkea budjetti.

### **4.3. Kustannuslaskennan relevanssi hukassa**

Kustannuslaskenta muodostaa johdon laskentatoimen perusjärjestelmän, johon kuuluu tietojen rekisteröinti, käsittely, laskelmien laadinta ja raportointi eri käyttäjäryhmille. Kustannuslaskenta hyödyntää kirjanpidon lisäksi palkanlaskennan, tuotannon ja käyttöomaisuuden hallinnan erillisjärjestelmiin rekisteröityä tietoa. Kustannuslaskelmien laatimisessa on ymmärrettävä, että erilaisia tarkoituksia varten tarvitaan erilaista kustannustietoa. Tiedon tarve määrittää siis sen, mikä kustannuskäsite ja kustannuslaskennan järjestelmä on tarkoituksenmukainen ja kuinka tietoa on käsiteltävä juuri kyseistä käyttöä varten. Vastuu siitä, että tieto on tarkoituksenmukaista, on sekä laskelmien laatijalla että käyttäjällä.

Kustannuslaskelmat ottavat kantaa laskentakohteen määrittelyyn sekä laskentatoimen mittaus-, laajuus- ja kohdistamisongelmiin. JYTE-organisaation kustannuslaskentakohteita ovat terveysaseman vastaanottokäynnit ja potilaspuhelut. Vastaanottokäynnin oletetaan laskelmissa olevan 20 minuutin mittainen. Laskelmissa ei kuitenkaan huomioida vastaanottokäynnin syytä, suoritettuja toimenpiteitä tai alueiden väestörakenne-eroja. Kaupungin yleiskustannuksia jaetaan palveluvastuualueille ja terveysasemille, ja kustannukset tulevat terveysasemille niiden erillisten palkka-, kiinteistö- ym. kustannusten päälle. Tämä terveysaseman kokonaiskustannuskertymä jaetaan vastaanottokäyntien määrällä. Näillä periaatteilla muodostetaan yhden lääkäri- tai hoitajakäynnin hinta.

Nykyisenlainen suoritekustannuslaskenta on riittävä JYTE:n rahoitukseen osallistuvien kuntien rahoitusosuuksien laskutusperusteeksi. Rahoitusosuuksien ja laskutuksen perusta on joka tapauksessa sopimuksellinen.

Järjestelmä on kunnossa, kun laskutus tapahtuu sopimuksenmukaisella tavalla. Hieman erilaiset laskutus- ja laskentaperusteet tuottavat kunnille hieman erilaisia rahoituksen jako-osuuksia, mutta sen suurempaa hyötyä suoritekustannuslaskelmien laatuun panostamisella juuri tätä tarkoitusta varten ei saavuteta. Mutta vahinkoa sen sijaan syntyy, kun kuntien laskutusta varten laadittua kustannustietoa aletaan käyttää vaikkapa toiminnan ulkoistamispäätöksenteon tai terveysasemien suoriutumisen arvioinnin perustana.

*”Kun yksityisellä puolella se maksaa 60 euroa ja meillä maksaa 120, sanotaan että se on tuplakustannus, niin verrataankohan me nyt samaa asiaa. Ja mun mielestä ihan perustellusti voi sanoa, että ei taatusti verrata samaa asiaa. [...] Ja kun meidän kustannuslaskenta on tässä tilassa, että me ei oikeestaan tiedettä, että mitä me lasketaan ja millä tavalla.”*

Myös suomalaisissa kuntavertailuissa on vertailtu lääkärikäyntien kustannuksia ja esitetty tulkintoja siitä, missä kunnassa on kaikkein kalleimmat lääkäripalvelut. Nämä luvut pitävät sisällään erilaisia toimintoja, ja esimerkiksi tarvittavien ostolääkäreiden määrä vaihtelee kunnittain. Ostolääkäreiden aiheuttamat kustannukset kunnalle on tunnistettu selkeästi vakainaista lääkäriä korkeammaksi. Käynneissä on sisällöllisiä vaihteluita, joita laskentajärjestelmä ei huomioi. Lisäksi näissä luvuissa on myös erinäisiä vääristäviä tekijöitä, ainakin Jyväskylän osalta; suoritehinnat eivät huomioi lääkärivajetta. Myöskään toimintatapa- ja asiakaskuntaeroja ei oteta huomioon tällaisessa tarkastelussa.

Terveysasemille kohdistetaan yleiskustannuksia niiden oletetun lääkärikapasiteetin mukaan; mikäli terveysasemalla on lääkärivaje, siellä työskenteleville lääkäreille kohdistuu myös näiden puuttuvien lääkäreiden osalta yleiskustannuksia. Kun asemalla työskentelevät lääkärit eivät pysty tekemään kaikkia puuttuvien lääkäreiden suoritteita oman työnsä ohella, kustannukset käyntiä kohti näyttäivät laskentatavan vuoksi liian isoilta. Tätä ongelmaa havainnollistaa haastateltavan kommentti:

*”Kun hän on siellä yksin tehny paljon suoritteita, niin siitä huolimatta sitten hän saattaa kuulla jossain tilaisuudessa, että kamala miten kallista se on siel-*

*lä se toiminta ja tehotonta, että nää ei sillai aina nää luvut ja käytäntö koh-  
taa.”*

Toinen ongelma on toimintatapojen erilaisuudessa: toiset lääkärit tekevät kaksinkertaisen määrän käyntisuoritteita vuodessa verrattuna johonkin toiseen lääkäriin. Kuitenkin on mahdollista, että vähemmän suoritteita tehnyt lääkäri on kuormittanut järjestelmää vähemmän ja toiminut kokonaisuudessaan tehokkaammin, jos hän on esimerkiksi yhdellä pidemmällä vastaanottokäynnillä pystynyt hoitamaan asiakkaan ongelmat sen sijaan, että asiakas olisi joutunut käymään käyntien välillä eri paikoissa, esimerkiksi näytteenotossa. Kustannusten jako lääkärikäynneille ei huomioi käyntien kestoja tai sisältöä, sillä käynnin pituus on vakioitu 20 minuuttiin. Eräs haastateltava totesi tästä ongelmasta:

*”Käyntimäärien seuranta on hyvin karkee mittari. Ja se, että meillä on erilaisia työntekijöitäkin, että on semmosia lääkäreitä, jotka kevyesti tekee 4000–5000 käyntisuoritetta vuodessa ja sitten on semmosia, jotka tekee 2000 suoritetta vuodessa. Ja siinä on justiin se, että sulla voi olla semmonen tapa, että sä juoksetat niitä jonkun asian takia 3 kertaa ja joku toinen tekee sen kerralla. Oikeesti se on hoitanu sen tehokkaammin, se on käyttäny siihen puoli tuntia, se toinen kaveri on käyttäny 3 kertaa 15 minuuttia.”*

Suoritehintojen vääristymä vaikeuttaa vertailua ja suunnittelua, mutta sen havaitseminen ei ole itsestään selvää; esimerkiksi tilintarkastuksessa ei välttämättä nähdä tällaista ongelmaa, koska kohdistukset suoritehintoihin on sinänsä tehty kaupungin kohdistussääntöjen mukaisesti.

*”Vuoden 2012 kustannuksiin kohdentuneessa tarkastelussa ei todettu olennaisia poikkeamia suoritehintojen määräytymisessä ja vyörytysten kohdentumisessa. (Keskisuomalainen 10.11.2013, Jytelle puhtaat paperit erityistilintarkastuksessa)”*

Suoritehintojen tarkastelu on yksi lähtökohta suoriteperustaiselle budjetoinnille. Tätä on toivottu Jyväskylässä, mutta ennen kuin suoriteperustaiseen budjetointiin voidaan siirtyä, kustannusten määräytyminen suoritteille täytyy kuitenkin saada määriteltä tarkemmin ja prosessissa syntyvät kustannukset tulee tunnistaa.

Laskentajärjestelmiin tutustumisen ja haastattelujen avulla tutkimusryhmä on tunnistanut joitakin mahdollisuuksia, joilla toimintaa voidaan kehittää ja esittää päätöksentekoa tukevia tietoja. Yksi keskeinen toiminnan terveysasemakohtaista onnistumista tarkasteleva mittari on JYTE:ssä lääkäri- ja hoitajakäyntien kustannus. Kuten edellä on esitetty, kyseistä mittaria vääristää kuitenkin täyskapasiteettiperustainen yleiskustannusten kohdistaminen yhdistettynä krooniseen lääkäripulaan. Täyskapasiteetti tarkoittaa tilannetta, jossa kaikki lääkärintervit on täytetty terveysasemalla.

Yksi mahdollinen ratkaisu tähän ongelmaan on toiminnan tarkastelu volyymiperustaisesti; lääkäri- ja hoitajakäyntien määrää tulisi tarkastella mittarilla käyntiä/lääkäri sekä käyntiä/hoitaja. Lisäksi tätä täydentäisi mittari, jossa epäsuorat yleiskustannukset on erotettu tarkastelussa omaksi ryhmäkseen. Tällainen erottelu olisi helposti toteutettavissa ja mahdollistaisi todellisten terveysasemakohtaisten kustannusten tarkastelun lääkäri- ja hoitajakäyntiä kohden. Mittaria varten tulisi tunnistaa terveysasemakohtaiset kustannukset, joita jaettaisiin lääkäri- ja hoitajakäyntejä kohden. Näitä kustannuksia ovat mm. aseman henkilöstön palkkakustannukset, henkilöstöön liittyvät muut kustannukset, hoitomateriaalit, kiinteistöön liittyvät tilavuokrat sekä lämmityskustannukset. Nämä asemakohtaiset kustannukset jaettaisiin toteutuneille lääkäri- ja hoitajakäynneille. Epäsuorat yleiskustannukset, jotka on kohdistettu terveysasemalle (esimerkiksi kaupunginhallinnon henkilöstökulut), tulisi näyttää laskelmassa erikseen.

Kuntavertailuja varten tarvittava kokonaiskustannus lääkärikäyntiä varten voidaan toteuttaa laskemalla yleiskustannuksen standardilisäys lääkäri- ja hoitajakäyntiä varten. Yksi mahdollisuus tämän laskennan toteuttamiseksi esitetään seuraavassa:

Lasketaan keskimääräinen toteutunut lääkärikäyntien määrä per lääkäri tarkasteltavalle ajanjaksolle. Kerrotaan täyskapasiteetin mukaisten lääkäripaikkojen mukaan keskimääräinen käyntimäärä. Kohdistetaan yleiskustannukset tälle täyskapasiteetin yhteenlasketulle käyntimäärälle. Tällöin saadaan vakioidut yleiskustannukset näytettyä käyntimäärää kohden.

Kun laskenta toteutetaan joka vuosi, mahdollinen lääkärien keskimääräisten käyntimäärien muutos tulee otettua huomioon laskelmissa. Kannattaa ottaa huomioon, että yleiskustannukset, jotka eivät kohdistu vajaakapa-



siteettitapauksessa, tulee esittää laskelmassa erikseen. Näin voidaan helposti laskea myös täysi yleiskustannusten kohdistus tarvittaessa.

Seuraavassa on esitetty esimerkkilaskelmat vanhasta kohdistustavasta sekä ehdotetusta tavasta laskea vertailukelpoinen käyntikustannus. Esimerkkilaskelma koskee lääkärikäyntejä, mutta samaa laskentatapaa voidaan käyttää myös hoitajakäynteihin. Lisäksi yleiskustannukset oletetaan jo kohdistetuiksi lääkärikäynneille (Liite 4).

#### 4.3.1. Lääkärikäynnin esimerkkikustannuslaskelmat

##### **Esimerkkilaskelmien tiedot:**

Yleiskustannuksia kohdistettuna terveysaseman lääkäreille 600 000 euroa

Lääkärin palkkakustannukset 250 000 euroa (5 lääkäriä)

Asemalla avoinna 5 lääkärintervettä (virkoja on yhteensä 10, joista 5 on täytetty)

5 lääkäriä tehnyt yhteensä 10 000 käyntiä vuodessa

##### **Nykyinen laskutapa:**

(yleiskustannukset + palkkakustannukset) / käyntimäärät

$(600\,000 + 250\,000) / 10\,000$

$= 60$  yleiskustannuslisä +  $25$  palkkakulut per käynti  $= 85$

85 on lääkärin käyntikustannus.

##### **Ehdotettu laskutapa:**

$10\,000$  käyntiä /  $5$  lääkäriä  $= 2000$  käyntiä keskimäärin per lääkäri vuodessa

$10$  virkaa  $\cdot 2000$  käyntiä  $= 20\,000$  käyntiä

Yleiskustannukset  $600\,000 / 20\,000 = 30$

eli ns. standardiyleiskustannuslisä on  $30$  €/lääkärikäynti.

Lääkärikäynnin hinta on nyt:  $250\,000 / 10\,000 + 30$

$= 25$  palkkakulut per toteutunut käynti  $+ 30 = 55$

55 on lääkärinvastaanoton laskennallinen käyntikustannus.

Lääkäripulan takia kohdistamattomia yleiskustannuksia esitetään asema-kohtaisesti omana eränään:

$10\,000 \cdot 30 = 300\,000$ .

Kustannuslaskenta kohdistuu terveyskeskuksen vastaanottokäyntien kustannusten laskentaan. Laskenta on perustettu kuntalaskutusta varten, mutta tietoja on alettu käyttää myös muiden taloudellisten kysymysten yhteydessä. Tietoa käytetään terveysasemien henkilöstön suoriutumisen arviointiin ja kuntien välisiin arviointeihin, ja se on yhdistetty myös palveluiden yksityistämisestä käytävään keskusteluun. Ongelmana on, että kuvitellaan yksinkertaisten kuntalaskutusta varten laadittujen laskelmien palvelevan myös muissa johtamistarkoituksissa. Koska päätöksentekoa ja terveysasemien henkilöstön suoriutumisarviointia palveleville laskelmille on tarvetta, on suunniteltava riittävään laskentatoimen asiantuntemukseen pohjautuvat relevantit laskentajärjestelmät.

Esimerkiksi ulkoistamispäätöksentekoa varten on tunnistettava, mitkä kaupungin ja JYTE-osallistujakuntien kustannuserät muuttuisivat päätöksen seurauksena, mitä kustannuseriä olisi mukautettava, mikä olisi mahdollinen mukauttamistapa ja sen aikataulu ja mitkä kustannukset jäisivät kiinteinä kustannuksina rasittamaan muiden palveluiden tuotannon taloudellisuutta. Lisäksi kustannuslaskennan informatiivisuutta voitaisiin parantaa lisäämällä laskentakohteiden määrää ja kehittämällä jonkinlainen hyvin yksinkertainen kustannuslaskentasovellus, joka hyödyntää avoterveydenhoidon DRG-ajattelua.

#### **4.4. Vertailukehittämisen edellytykset kuntoon!**

Vertailukehittämistä voidaan soveltaa JYTE-kontekstissa sekä ulkoisena että sisäisenä vertailukehittämisenä. Ulkoinen vertailukehittäminen on mahdollista vertaamalla JYTE:n suoriutumista valtakunnallisiin vertailutietoihin ja hakemalla oppia vertailuissa menestyneimpien yksikköjen toimintatavoista. Sisäisesti vertailukehittäminen voidaan järjestää vertaamalla terveysasemien suoriutumista toisiinsa ja kannustamalla hyvien käytäntöjen oppimiseen yksiköiden välillä.

Vaikka kuntien terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat tämän selvityksen tiedoilla suurelta osin vertailukelpoisia, joitakin eroja löytyy. Esimerkiksi vanhustenhoito on joissakin kunnissa sijoitettu sosiaali- ja terveystoimen alle, mutta toisissa kunnissa sitä on käsitelty terveydenhoidon kulueränä. Tämä puolestaan muuttaa terveydenhoidon kokonaiskustannuksia ja siten vääristää hieman vertailuasetelmaa.

Lisäksi, kun tarkastellaan lääkärikäyntien kustannuksia, johtopäätöksiä kuntien välisistä lääkärikäyntien eroista ei voida vetää nykyisillä laskentaperiaatteilla. Lääkärivajeen aiheuttamat suoritekustannusten vääristymät sekä käyntien sisällölliset vaihtelut tulisi huomioida tarkastelussa ennen kuin johtopäätöksiä voidaan vetää käyntien välisistä kustannuseroista.

Yksi johtamisen kannalta ongelmallinen asia kuntavertailuissa on tiedon jälkikäteisyys: kuntavertailut ovat käytettävissä vasta seuraavan vuoden puolella ja koskevat aina mennyttä vuotta. Haastateltavat myös kokivat, että yksi kuntavertailuiden näyttämiin kustannuksiin suoraan vaikuttava tekijä löytyy erilaisista tulkinnoista aluehallintojen välillä. Toisissa kunnissa terveydenhoitoon liittyviä lakisääteisiä rajoja tulkittiin haastateltavien mukaan hieman tiukemmin kuin toisissa kunnissa.

*”... valvova viranomainen tulkitsee tiettyjä asioita eri tavalla kuin meidän valvova viranomainen. Ja sekin on aika jännä, että nää aluehallintovirastot, niin ne tulkitsee asioita eri tavalla.”*

*”(esimerkiksi) hoitotakuuta Lahdessa tulkitaan eri lailla kuin meillä, että niillä on semmonen joustavampi tulkita siihen kuin meillä.”*

Kuntavertailut edellyttävät laskentamenetelmien yhdenmukaisuutta. Vaikka erikoissairaanhoidossa on harjoiteltu jo kaksikymmentä vuotta yhteisen DRG-kustannuslaskennan kanssa ja tavoitteena on vertailukelpoisen tiedon tuottaminen, tähän ei ole käytännössä päästy (Kantola & Järvinen, 2012). Avoterveydenhoidon puolella DRG-tyyppiseen kustannuslaskentaan liittyvää työtä ollaan vasta aloittelemassa, eikä kunnilla ole vielä yhteistä näkemystä yhdenmukaisesta kustannuslaskennasta.

Tällä hetkellä JYTE:n sisällä verrataan tietoa eri asemien välillä. Vertailu kuitenkin pelkistyy erilaisten kustannuserien vertailuun, jossa laskentaperusteet osin vääristävät tietoa. Jos em. laskentajärjestelmää koskevat kehittämistoimenpiteet toteutettaisiin, luvut saataisiin vertailukelpoiksi ja terveysasemilla voitaisiin tehdä vertailukehittämistä. Kustannustehokkuutta lisääviä toimintatapoja voidaan oppia, jos on tietoa erilaisten toimintatapojen kustannusvaikutuksista. Tällä hetkellä tämä edellytys ei täyty. Hyvien käytäntöjen ja tehokkuutta lisäävien keinojen tunnistamiseksi ja levittämiseksi olisi hyvä järjestää säännöllinen ja suunnitelmallinen arviointiproses-

si. Kustannustehokkuuden lisäksi myös muut tehokkuuden, laadun ja terveysvaikuttavuuden suoriutumismittarit voisivat jäsentää hyvien käytäntöjen oppimisprosessia.

#### **4.5. Tuotekehityksessä on olennaisimmat mahdollisuudet vaikuttaa kustannuksiin**

Kustannustehokkuuteen vaikuttamiseen on kaksi toisiaan täydentävää ajattelutapaa, kustannuslaskentaan perustuva päätöksenteko ja tuotannon ymmärtämiseen perustuva toiminnan kehittäminen. Kustannuslaskenta voi paljastaa eroja tuotteiden ja toimintamallien kustannustehokkuuksissa. Tietoa voidaan hyödyntää karsimalla tehottomia toiminnan osia ja toimintatapoja ja suosimalla tehokkuutta luovia toimintatapoja. Tuotannon ymmärrystä hyödyntävä kehittäminen saattaa edetä yrityksistä ja erehdyksistä oppimalla, mistä kehkeytyy vähittäin entistä tehokkaampia tapoja toimia.

Jos haetaan säästöjä, on tunnettava toimintaa niin hyvin, että pystytään tekemään säästöjä siten, että aiheutetaan mahdollisimman vähän menetyksiä suhteessa organisaation tavoitteisiin. Vastaavasti, mikäli vaatimustaso kasvaa mutta resurssit eivät, on hyödynnettävä toiminnan ymmärrystä ja keksittävä tapoja ja tehtävä toimintatapoihin pieniä innovaatioita, joilla saadaan uusia vaikutuksia.

##### **4.5.1. Taloustietoon perustuvan kehittämisen ja isojen kertamuutosten ongelmallisuus**

Laskentatoimen tarjoaman tiedon rajoitteet JYTE:n toiminnan kehittämisen perustana tunnistetaan hyvin. Laskentatoimen informaatio voi antaa palautetta siitä, onko toiminta tehokasta, mutta se kertoo itsessään usein varsin vähän siitä, miten toimintaa pitäisi tai voitaisiin kehittää tehokkuuden parantamiseksi.

*”Se on ainakin minulle hyvin mysteeri se, että miten todellisuudessa ja missäkin kohtaa sitä prosessia ne pullonkaulat yleensä ottaen on ja missä ne suuret kehittämisen tarpeet on. Se on nyt vaan yks iso mössö, josta ei ota selvää, että se vaan maksaa x euroa, mutta yhtään sä et pysty sitä palastelemaan.”*

Vastuualueen kustannuslajitasolla tapahtuvat kustannusten leikkaustoimet voivat olla käytännössä myös hyvin vahingollisia. Kielto palkata sijaisia voi johtaa henkilökunnan sairauspoissaolojen lisääntymiseen ja rekrytointiongelmiin.

*”...kun henkilökunta, tietysti ne joutuu pakosti nyt venymään ja ne tietää sen nyt, että ne joutuu vajaalla meneen koko vuoden, niin ne uupuu ja väsyvät sen taakan alle, koska se kysyntä on eri kuin mitä pystytään tarjoamaan. Ja varsinkin hoitohenkilökuntahan siellä on koko ajan siellä etulinjassa, kun potilaat soittaa ja niitten kaa pitää käydä neuvottelua, että kun ei nyt ole antaa aikaa. Se ei oo välillä mitenkään mieltäylentävää ja kaunista se, mitä sieltä vastaan tulee. Mä oon oikeesti huolissani meidän henkilökunnan jaksamisesta, että miten ne tän paineen kestää.”*

Haastateltavat näkivät isona ongelmana sen, että terveydenhuoltoon kohdistuvat säästöt ovat kohdistuneet nimenomaan avosairaanhoidon puolelle eivätkä erikoissairaanhoidon. Apulaisylilääkäri kommentoi:

*”...erikoissairaanhoidon on semmonen systeemi, että sehän ei oo missään oikeesti semmosessa säästökädessä, siis me kuristamme itsemme täällä hengiltä ja he kuluttavat kaikki ne rahat, että eihän siinä oo päätä eikä häntä tässä nykyisessä terveyspolitiikassa.”*

Myös koko organisaation kattavia kustannuksia säästäviä kertamuutoksia yritetään jatkuvasti keksiä, vaikka hyvin tiedetään, kuinka epätodennäköistä sellaisten löytyminen on.

*”Meillä on välillä hyvinkin villejä ideoita ja usein niistä villeistä ideoista sitten syntyy aina jotakin uusia ajatuksia. Ihan vitsinä tämmöstä ideaa kehiteltiin, että kun täällä palvelukodeissa ja vanhainkodeissa on, meillä ei oo siellä tarpeeksi paikkoja, niin se vois olla sillai, että on päivävuoro ja yövuoro, koska monissa vanhainkodeissa joudutaan paneen porukkaa nukkumaan jo vaikka 7:ltä illalla, että ne saadaan vietyä se rullanssi läpi sillä henkilökunnalle, niin oliskin sillai, että toiset nukkuis päivällä ja toiset yöllä, että eihän sillä oo hirveesti merkitystä, että meidän voidaan [kääntää unirytmii]... Mutta se on aina sitten, kun heitetään joku tommonen villi ajatus, niin se yhtäkkiä synnyttää toisen ajatuksen ja kolmannen, ja sitten syntyykin se toteutettava versio.”*

Eräs haastateltavamme analysoi hyvinvointiyhteiskunnan ”maksumiehen” roolia havainnollisella esimerkillä ja nostaa keskusteluun myös sen teeman, että mikä osa terveydenhoidon kustannuksesta tulisi kohtuullisuuden nimissä kuitenkin olla potilaan itse kustannettavaa:

*”Mutta tää on se dilemma tässä meidänkin toiminnassa se, että jos mä oisin autokauppias ja sä tulisit ostaan multa Volkswagen Passatia, niin autokaupiaana voisin tietenkin lähteä sulle myymään Mersua, että siinä olis vähän parempi peli, mutta nyt mun täytyy sillai taloutta peilata ja miettiä ja sitten todeta, että nyt on varaa vaan Nissan Micraan, että sillä sun nyt täytyis pärjätä. Se, että yksilö haluaa ite tehdä niitä ratkaisuja terveydenkin saralla, ja varsinakin sillai, kun ajatellaan, että sulle pannaan lonkkaan proteesi, että pannaanko nyt parasta titaania vai otetaanko tämmönen tsekkoslovakialainen vähän halvempi malli siihen. Mutta se, että se vois olla sillai, että yhteiskunnalta sä saisit sen perusversion ja sit sä voisit panna siihen ite lisää, päivittää sen Micran Passatiksi tai Mersuksi, riippuen kuinka paljon sä oot siihen valmis paneen lisää. Ja se voi olla ihan järkeväkin ratkaisu, että sä paat siihen vähän enemmän ja sit se kestää pitempään.”*

Hoitotuotteiden versiointiin potilaalle ilmaisiin perustuotteisiin ja lisämaksuilla saataviin parempiin tuotteisiin liittyyne poliittisia kysymyksiä. Samoin kokeneen lääkäri työvoiman saanti terveyskeskuksiin on työmarkkinasta johtuva ongelma, jonka ratkaisemiseksi JYTE-johdon vaikutusmahdollisuudet ovat rajalliset. Haastattelemamme lääkärit kertoivat, että kokeneet lääkärit pystyvät usein hoitamaan potilaan kustannustehokkaasti paikan päällä terveysasemilla, kokemattomat uudet lääkärit lähettävät herkemmin potilaita kalliimpaan erikoissairaanhoidon.

*”...yleislääkäritasollahan meillä on aika paljon mahdollisuus tehdä erilaisia tutkimuksia, ostaa tutkimuksia, ultraäänitutkimuksia, monen näköisiä, elikkä on mahdollisuus hoitaa ja tutkia potilasta itsenäisesti, jos on kokemusta ja tietoa ja taitoa. Sitten taas, jos ei oo, niin sitten herkästi joutuu lähettämään keskussairaalaan ja kyllähän siitä tulee kustannuksia enemmän.”*

Nopeita säästötoimia on jouduttu tekemään, vaikka ne vaikuttavatkin hetkellisesti asiakaspalvelua ja organisaation toimintakykyä huonontavasti.

Isoihin toiminnan ja sen edellytysten muutoksiin liittyy usein poliittinen ulottuvuus, minkä vuoksi niiden aikaansaaminen on hidas prosessi.

#### **4.5.2. Jatkuva työprosessien uudistaminen kustannustehokkuuden parantamiseksi**

Kliinisen työn kustannustehokkaampia toimintatapoja kehitetään jatkuvasti. Kehitystyö on tuottanut joukon kustannustehokkuutta parantavia uusia toimintatapoja, mm. yhteisvastaanotot, puhelinkonsultoinnin roolin lisäämistä, terveystietotupia yms. Haastateltavamme kommentoi yhteisvastaanottokonseptia:

*”Mehän on kehitetty nyt jo viime vuonna tämmönen yhteisvastaanottokonsepti, eli semmosissa tilanteissa, kun me nähdään, että se on intimiteettisuoja ja myös sen meidän toiminnan kautta järkevää, niin me otetaan yhtä aikaa monta potilasta. [...] 5–7 ihmistä yhtä aikaa. Se on tunti ja sä teet siinä tunnissa 7-kertaisen työn, kertaistunnolla, kun se sabluuna on kuitenkin se sama, mistä siellä keskustellaan. Ja siitähän tietysti sitten, kun me näitä, sit meillä on muitakin teemoja, missä me on nyt oivallettu, että näin voisi menetellä, niin sillä tavalla me saadaan vapautettua sieltä meidän hoitajilta enemmän aikaa niihin yksilövastaanottoihin.”*

Haastateltavamme mukaan puhelimella voidaan hoitaa nykyään monia asioita, joihin muutoin tarvittaisiin varata vastaanottokäynti:

*”Meidän pitää koko ajan miettiä sitä, että miten niistä ihmiskontakteista saadaan kaikista eniten irti, niin sittenhän me myös siirretään puhelimella hoidettavaksi semmosia asioita, mitkä ennen muinoin on aina tultu vastaanotolle. Sekin varmaan joku potilas kokee sen kylmänä ja kovana, mutta se vaan on fakta, että se käynti vie varttitunnin, se sama asia, mutta puhelimessa se sama asia hoituu 5 minuutissa.”*

Hyvänä käytäntönä haastateltavamme kertoi terveyden edistämisen ja ohjauksen terveellisten elämäntapojen piiriin olevan tärkeää kaikessa terveysaseman tekemisessä. Seuraava esimerkki havainnollistaa asiaa.

*”Ja sitten tää ns. mini-interventio. [...] meidän ammattilaiset osaa tehdä näitä juttuja aika ovelastikin, että me pyritään siihen, että se terveyden edistäminen kulkis meillä koko ajan meidän tekemisessä mukana, eli vaikka onkin joku sairaushoito-tilanne, minkä takia potilas tulee, niin sekin tilanne voidaan käyttää hyödyksi sillä tavalla, että jos tupakka haisee, niin siinä kohtaa kysytään, että poltatko. Ja jos myöntää polttavansa, niin siinä samalla, kun otetaan vaikka ompeleita pois, niin pyritäänkin vaikuttamaan siihen ihmiseen, että kannattaisko lopettaa ja kerrotaan siinä koko ajan, että miks kannattais. Ja haistellaan vähän, että oisko sillä ihmisellä innostusta ryhtyä tämmöseen lopettamisprosessiin ja siihen meillä on sit kanssa semmosia vähän uudenlaisia konsteja, mitä on mietitty, että millä voidaan tukea sitten. Ja muitakin, että havainnoidaan sitä ihmistä koko ajan ja käytetään ne kaikki kontaktit ja tilanteet hyväksi, jotta saatais myös sitä terveyden edistämistyötä tehtyä siinä siivellä.”*

Uudessa NopSa-vastaanottotoiminnassa sairaanhoitajille ja lääkäreille luodaan 10 minuutin vastaanottoaikoja, millä pyritään joustavuuden parantamiseen ja vastaanottomäärien kasvattamiseen. Varsinainen vastaanotto kestää 5 minuuttia, ja toiset 5 minuuttia on varattu kirjaamiseen ja tilastointiin. NopSa-vastaanotolla voidaan antaa joitakin rokotteita tai injektioita, kirjoittaa hoitoloma silloin, kun potilasta ei tarvitse laajemmin tutkia, tai suorittaa yksinkertaisia tutkimuksia, kuten korvien jälkitarkastus korvatulehdukseen liittyvän antibiootihoidon jälkeen.

Hyvinä käytäntöinä JYTE:n alueella pidettiin esim. hoitajien ryhmävastaa-  
taottoja sekä sitä, että hoitajilla voi olla rajallinen reseptinkirjoitus-oikeus tiettyihin sairauksiin. Jossain tapauksessa lääkärinvirka on muutettu kahdeksi hoitajanviraksi, mikäli lääkärinvirkaa ei ole saatu täytettyä. Tällöin näille palkatuille hoitajille on pystytty siirtämään joitakin töitä ja pystytty mm. vähentämään ostolääkäreiden käyttöä. Erään haastatellun lääkärin mielestä lääkäri–hoitaja-työparimalli olisi toimiva. Haastatellun mukaan ideaalitalanne olisi se, että olisi lääkäri ja hoitaja -työpari, jolloin työnjaosta sopiminen lääkärin ja hoitajan välillä toimisi hyvin ja työnjaosta voitaisiin sopia käytännön tasolla.

*”Nyt on käytännössä niin, että meillä on 1 omahoitaja, ns. omahoitaja, jonka väestövastuualueena on 10 000 ihmistä, 3 lääkärin potilaat. Me ei mitenkään*



*voida edes teoriassa toteuttaa sitä suositusta, että ihmiset kävis omahoitajalla vuosittain ja sit lääkäri olis semmonen, joka vähän tarvittaessa tulis siihen mukaan [...] se suhdeluku pitäis olla mieluummin toisin päin, että siinä olis matalapalkkaisempia ihmisiä ja semmoseen yleisluontoisempaan seulontaan koulutettuja ihmisiä enemmän, kuin mitä sitten semmonen konsultoiva ammattilainen, jonka pitäis puuttua asiaan vasta, kun on ongelma.”*

Terveysdenhuollon kustannuksiin vaikuttamisen olennaisimmat mahdollisuudet tunnistetaan JYTE:ssä hyvin. Haastateltavamme tunnistavat kansalaisten tarpeen suurempaan vastuuseen omasta terveydestään huolehtimiseen (vrt. Castels-Himanen 2013) samoin kuin olennaisimmat mahdollisuudet terveydenhoitokustannusten pienentämiseen edistämällä neuvonnan avulla kansalaisten hyviä elämäntapoja sairauksien ennaltaehkäisyä ja omatoimisuutta sairauksien hoidossa. Haastateltavamme toteaa:

*”Kyllä se iso kysymys on kanssa tähän liittyen, että millä tavalla luodaan kannustavuutta näihin järjestelmiin, että jos sä pidät ittestäs huolta ja ehkä pidät vaikka naapuristakin huolta [...] ihmiset kävis lenkillä, söis terveellistä ruokaa ja kävis kattoon naapurissa, vähän auttelemassa, jos siellä on ongelmia, sen sijaan että pelailee vaikka Angry Birdsä – Juo Coca-Colaa ja syö sipsejä.”*

*”Nimenomaan niin, että valmennetaan väestöä hoitamaan itseään ja tuetaan niissä sairaustilanteissa sitten, että päästään niistä yli. Ja se on kyllä meidän ihan ykköstavoite. Ja myös sitä kautta, että väestö olisi terveempää ja ei sairastuisi näihin kansansairauksiin.”*

Jyväskylän kaupungin ja JYTE:n johdolle raportoitava budjettivertailutieto on liian karkealla tasolla, jotta siitä voisi tehdä suoraan päätelmiä avo-terveydenhoidon tehokkuudesta ja säästömahdollisuuksista. Yritykset nopeisiin säästöihin ja ylhäältä alas -tyyppiseen pakottamiseen budjettiraimissa pysymiseksi eivät näytä johtavan kokonaistaloudellisesti toivottavaan tulokseen. Sen sijaan, kun hyödynnetään kliinistä osaamista ja kokemuseräistä tietoa asiakaskunnan terveysasemakohtaisista tarpeista, toimintaa pystytään kehittämään. Tätä jatkuvan kehittämisen prosessia, jonka avulla kustannustehokkuutta on pystytty parantamaan toiminnan vaikuttavuudesta tinkimättä, olisi järkevää tukea.

## **4.6. Väestövastuualueiden koon määrittely ja palvelutarve-erojen huomiointi**

Palveluiden tuotannolle on erityistä, että tuotteita ei voi varastoida ja niiden tuottamiseen tarvitaan myös asiakkaan panosta. Avoterveydenhuollossa tämä tarkoittaa sitä, että meidän tulee kiinnittää huomiota palvelutuotannon asiakasohjautuvaan luonteeseen sekä vastuualueen väestön demografiin piirteisiin ja yleisiin terveydentilan vaikutuksiin, mitkä määrittävät osittain palvelutuotannon toimintatapoja. Esimerkiksi vanhus- ja lapsivoitoisilla alueilla tarvitaan hyvin erilaisia toimintatapoja verrattuna alueisiin, joilla asuu nuoria aikuisia.

### **4.6.1. Väestörakenne-erojen huomiointi resurssoinnissa ja tavoitteiden määrittelyssä**

Oikean hoitohenkilökunnan määrän ennakointi kysynnän vaihteluiden mukaan on vaikeata. Siksi tarvitaan jonotusjärjestelmää ja alueen yksiköiden välistä yhteistyötä, jolla yksittäisten terveysasemien kuormitushuippuja voidaan tasoittaa. Terveysasemien toimintatapojen mukauttaminen väestövastuualueen keskimääräisten tarpeiden ja väestön terveydentilan mukaisesti on keino luoda tehokkuutta. Toimintatapojen ja asiakaskunnan erilaisuuden vuoksi terveysasemien tehokkuuksien keskinäinen vertailu on kuitenkin hyvin vaikeata.

*”Se näyttäytyy meillä jonkun yritysjohtajan silmissä tehottomalta toiminnalta, että aijaa, yks potilas ja meni tunti. Niin kuin voi helposti mennä potilaan, jonkun diabeetikon vuosikontrolliin [...] mutta meidän puolella se kyllä oikeesti voi olla niinkin, että sen tehokkaampaa, mitä vähemmän käyntejä, koska silloin on saatu asioita menemään myös siellä sen potilaan prosessissa eteenpäin.”*

Väestövastuu on yksi terveystalouden järjestämisen muoto. Väestövastuujärjestelmässä lääkäri tai hoitaja hoitaa kaikki tietyltä, hänelle määrättyä alueelta terveysaseman asiakkaiksi tulevat potilaat. Esimerkiksi Jyväskylässä Ainolan kaupunginosan kaikki asukkaat kuuluvat Kuokkalan terveysasemaan. Kaikkiaan yksi terveysasema palvelee useampaa kaupunginosaa, ja näistä koostuva väestö on jaettu terveysasemalla työskentelevien lääkä-

rien kesken. Lääkäreillä on Jyväskylän alueella ollut tyypillisesti n. 2000 henkilön väestövastuu, joka vaihtelee kuitenkin alueittain.

Väestövastuulääkärin palkkaus määräytyy väestön koon ja vaativuuden mukaan. Oman väestön ulkopuolisista potilaista maksetaan usein erillinen korvaus, samoin tehdyistä operaatioista. Väestövastuujärjestelmän hyvänä puolena on pidetty pitkiä hoitosuhteita, jotka mahdollistavat potilaan pitkäjänteisen hoidon ja hyvän asiakassuhteen muodostumisen. Omalääkäri tuntee potilaansa, tämän lääkityksen ja potilashistorian, eikä hoitotyössä siten kulu runsaasti aikaa tapaukseen tutustumiseen. Lisäksi läheteiden määrä vähenee, kun potilaasta ei tarvitse hankkia tätä tietoa.

Kuitenkin ongelmia on aiheutunut mm. lääkäripulasta, tehokkuuseroista sekä väestövastuualueiden eroista. Lääkäripula ja erilaiset poissaolot aiheuttavat sen, että poissaolevan lääkärin tai täyttämättömän viran väestövastuut tulevat muiden lääkärin lisätyöksi. Toisaalta esimerkiksi nuoret lääkärit kokevat, että väestövastuualueesta selviytyminen on usein hyvin työlästä. Lisäksi osa alueista on vaativampia väestön rakenteen vuoksi: alueella voi asua esimerkiksi vanhus- tai lapsiperheitä, jotka tarvitsevat enemmän terveydenhoidon palveluita.

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) on antanut suomalaisille mahdollisuuden valita oman terveysasemansa kunnan alueelta. Tällöin kuntalainen on voinut vaihtaa itselleen osoitettua terveysasemaa ilmoittamalla asiasta. Jyväskylän alueella tämä on ollut mahdollista kerran vuodessa. Vuodesta 2014 eteenpäin lakia on laajennettu siten, että potilas on voinut valita oman hoitopaikkansa kaikista Suomen terveysasemista ja erikoissairaanhoidon yksiköistä (STM:n tiedote 2.1.2014). Tämä on osaltaan aiheuttanut painetta luopua väestövastuujärjestelmästä, sillä potilaiden vaihtuminen väestövastuualueiden välillä on lisääntynyt lain myötä. Erään haastateltavan mukaan *”Jyväskylä on viimeisiä kuntia väestövastuujärjestelmässä”*. Jyväskylässä lääkäri- ja hoitajatyö on jaettu siten, että osa hoitohenkilöstöstä toimii väestövastuujärjestelmän puitteissa, osa päivystysluonteisesti.

Väestövastuujärjestelmän aiheuttamiin ongelmiin on JYTE:n alueella reagoitu erilaisin toimenpitein, tosin päivystysluonteista toimintaa ei juuri ole lisätty. Vuoden 2014 aikana esimerkiksi Vaajakosken terveysasemalla lääkärin väestövastuu purkaantuu ja väestö kiinnitetään hoitajiin niin, että

hoitajalla on esimerkiksi 2000–3000 asukasta alueellaan. Samalla koko vastaanottotoiminta jaetaan kahteen tiimiin siten, että molemmissa tiimeissä on n. 7500 asukasta. Tiimi hoitaa alueensa potilaat yhteisvastuullisesti.

Toisena isona muutoksena on suunnitteilla oleva ns. suuraluejako. JYTE jaetaan jatkossa 3 suuralueeseen; esimerkiksi Vaajakoski, Kuokkala, Huhtasuo ja Hankasalmi muodostavat näistä yhden suuralueen, jossa yhteistyö lisääntyy eteenkin Kuokkalan terveysaseman kanssa. Esimerkiksi hoitajien vuosilomat järjestellään yhteistyössä Kuokkalan terveysaseman kanssa ja asemilla on yhteinen sijainen hoitajatoimintaan. Kesän 2014 ajaksi on tarkoitus myös sulkea Vaajakosken terveysasema säästösyistä, jolloin toimintaa on Kuokkalassa ja potilaat tulevat Kuokkalaan myös Vaajakosken alueelta. Lisäksi Jyväskylän alueella on ryhdytty suunnittelemaan ns. suurpiireihin siirtymistä, missä väestövastuualueita yhdistettäisiin isomman hoitor ryhmän yhteiseksi alueeksi. Tällä järjestelyllä on tarkoitus vähentää em. lääkäripulasta, tehokkuuseroista ja väestöalueiden eroista johtuvia ongelmia.

#### **4.6.2. Pystytäänkö terveysasemien määrää vähentämään?**

Suomessa keskustellaan parhaillaan tarvittavien terveysasemien määrästä ja palveluiden mahdollisesta keskittämisestä samojen asemien alle. Tällöin esimerkiksi kunnan kaikki tähtystysoperaatiot tehtäisiin samalla asemalla. Palvelun etäisyys kuntalaisista kasvaisi, mutta keskittäminen voisi tuoda joitakin etuja. Haastatellut lääkärit ja hoitajat jakautuivat mielipiteissään pienten terveysasemien lakkauttamisen ja säilyttämisen välillä. Osa korosti palveluiden saatavuutta ja välimatkaa:

*”Liian pitkät matkat tulee vanhuksille, jos (asemia) vähennetään vielä.”*

*”Lähipalvelut pitää olla ihmisillä. Lisäksi paikallistuntemus helpottaa työtä.”*

Toisaalta myös yhdistämisille löytyi kannatusta. Osa vastaajista koki, että isommilla asemilla olisi parempi kollegoiden tuki sekä isommat tehostamismahdollisuudet keskittämisen kautta. Lisäksi osa haastatelluista piti pidempää välimatkaa potilaan välillä siinä mielessä hyvänä asiana, että se järkevöittäisi ihmisiä pohtimaan, milloin he todella tarvitsevat palvelua.

*”Pitää tehdä isompia yksiköitä joissa hyvä työskennellä. Isompi etäisyys myös järkevöittää ihmisiä, ei tule turhan takia.”*

Haastatelluilla oli kuitenkin eriäviä näkemyksiä siitä, mikä olisi ihanteellisin terveysaseman koko työntekoa ajatellen. Yleisesti ottaen isompia terveysasemia pidettiin parempina työpaikkoina; haastateltavat olivat sitä mieltä, että kollegoiden tuki sekä töiden erilaiset järjestelymahdollisuudet tekivät isommasta asemasta paremman työpaikan. Lisäksi isommat asemat ajateltiin vähemmän haavoittuvaisiksi erilaisia poissaoloja ajatellen.

*”Pienet asemat on niin haavoittuvaisia. Yksikin on poissa niin hommat kaatuu toisten niskaan.”*

*”Mä pidän isommasta asemasta, täällä on työkavereita aina ja on tarvittaessa aina konsultointiapua sitten tarjolla.”*

Kustannustehokkuuden kannalta terveysasemien määrän vähentäminen näyttää järkevältä keinolta. Kyse onkin lähinnä kunnallispolitiikasta ja siitä, miten päätös saadaan aikaan.

#### **4.7. Kannustavatko suoritusmittarit kokonaistehokkuuden parantamiseen?**

Jyväskylässä on isoja lääkärikohtaisia eroja siinä, kuinka paljon potilaita kukin lääkäri esim. vuositasolla tutkii. Asiaan vaikuttaa mm. lääkärin työn tekemisen tapa, työkokemus sekä asiakaskunta. Kokemattomalta lääkäriltä kuluu usein kauemmin aikaa diagnoosin tekemiseen. Haastattelemamme lääkärin mukaan

*”...tulee tietysti semmosta tietyn tyyppistä painetta pitää kauheen lyhyinä ne (käyntiajat), että niitä olis mahdollisimman paljon, koska sitten sitä kustannusta jakaantuu suuremmalle määrälle [...] vanhus, jonka pelkkään sisääntuloon menee kolmisen minuuttia ja pukeutumiseen saattaa mennä vielä enemmän, niin että se hoidettais 15 minuutissa ne kaikki 3 asiaa. Ei se oo mitenkään mahdollista.”*

Terveysaseman alueen väestöpohja vaikuttaa merkittävästi terveysaseman toimintaan. Toisilla alueilla väestöllä on enemmän ja vaikeampia ter-

veysongelmia. Lääkäripula on keskittynyt tiettyihin terveysasemiin. Keski-suomalaisen artikkelin 20.1.2014 mukaan Keski-Suomessa lääkärivaje oli lokakuussa 8,5 %, kun koko maassa sen arvellaan olevan vakiintumassa kuuden prosentin tuntumaan. Artikkelin mukaan Jyväskylässä lääkäripula on ollut jo pitkään krooninen vaiva, joka hidastaa ratkaisevasti hoitoonpääsyä. Ko. lehtitiedon mukaan JYTE:n alueella keskimääräinen odotusaika on 5 viikkoa, kun se muualla Keski-Suomessa on 2–4 viikkoa. Artikkelin mukaan ”lääkäriilyn varatoiminnanjohtaja Risto Ihalainen nimitti terveyskeskuksia jokin aika sitten Ylen uutisissa työoloiltaan suolakaivoksiksi. Niihin ei varsinkaan nuorilla lääkäreillä ole suurta intoa.” Haastattelemamme lääkäri kommentoi:

*”...kun tiedetään, että siellä vaikka muutamaan vuoteen ei oo väestöä kunnolla hoidettu, niin sehän on työläs sitten tietysti lähteä semmosta puhtaalta pöydältä hoitelemaan.”*

Lääkäripula ei kuitenkaan kosketa kaikkia terveysasemia, vaan se keskityy tietyille alueille. Esimerkki terveysaseman kannalta suotuisasta väestörakenteesta JYTE:n alueella on Muurame, jossa ”väki on nuorta ja tervettä”. Tämä heijastuu Muuramen terveysaseman osalta siten, että lääkärit ja hoitajat viihtyvät terveysasemalla ja työsuhteet ovat pitkäaikaisia. Mikäli väestö on hyvin vanhusvoittoista, lääkärimiehitys pitää olla väestöpohjaan nähden hieman isompi, mikä taas nostaa kustannuksia. Toisen terveysaseman lääkäri kertoo:

*”Tietysti tässä on hyvin vanhusvoittoinen väestö täällä, jolloin täällä on ehkä hiukan isompi lääkärimiehitys suhteessa siihen väestöpohjaan, että se lisää niitä kustannuksia.”*

Valitut mittarit ja tuotannonohjaustapa voivat luoda vääriä kannusteita. Lisäämällä käyntikertoja eli suoritelmääriä terveysasema näyttää laskenta-toimen tuottamien lukujen perusteella tehokkaammalta. Asia ei ole kuitenkaan niin yksinkertaista tehokkuuden näkökulmasta.

*”Että onks se sitä, että käyntejä pitää olla paljon, jolloin ne on laskennallisesti halpoja käyntejä, mutta mihin se johtaa, johtaaks se siihen, että se ihminen kun ei tuu kunnolla, se tulee 3 vaivan kanssa, me hoidetaan siltä 1,5, se varaa*

*samantien uuden ajan. Ja seuraavalla kerralla menee taas ne käynnistelyt ja loppuyhteenvedot siinä, niin siinä menee, että jos pitäis panna rinnakkain, että kumpi on tehokkaampi, yks 30 minuutin aika, jossa tulee asiat hoidettua tai yks 20 minuutin aika, jossa asiat tulee huonosti hoidettua. Minusta siinä ei oo mitään epäselvyyttä, kumpi on tehokkaampi.”*

Tutkimusaineistosta on havaittu erilaisia vertailua hankaloittavia tiedon vääristymiä ja hallinnointityön määrän kasvua. Lisäksi lääkärit ovat kokeneet, että tietyillä asemilla vallitseva lääkäripula vaikuttaa kielteisesti työtaakkaan. Jotta näitä ongelmakohtia pystyttäisiin parantamaan, on tärkeää asettaa erilaisia vaikutuksia seuraavia mittareita. Hallinnointi- ja tilastointityön suhdetta kokonaistyöaikaan voidaan havainnollistaa potilastyöhön käytettävän työajan suhteellisella osuudella kokonaistyöajasta:

- potilastyöaika/kokonaistyöaika (lääkärit, hoitajat ja hoitohenkilökunta yht.)

Tällä mittarilla voidaan helposti osoittaa työn eri osien suhteellista muuttumista, kun toimintaa halutaan kehittää ja hallintotyön määrää vähentää.

Potilaita voidaan ohjata myös kotihoitoon, mikäli tämä ei vaaranna potilasturvallisuutta. Tätä onkin jo enenevässä määrin toteutettu JYTE:n alueella. Henkilöstölle voitaisiin asettaa mittariksi seuraava:

- puhelinaikojen suhde käyntimääriin (lääkärit ja hoitajat)

Haastatteluaineistosta ilmenee osittaista tyytymättömyyttä johtamiskäytänteisiin, lisääntyntä kiireen tuntua sekä lisääntyneitä sairauspoissaoloja, jotka vaihtelevat asemittain. Nämä lisääntyneet poissaolot liittyvät haastatteluaineiston perusteella toisaalta joillakin asemilla esiintyviin sisäilmaongelmiin sekä toisaalta jatkuvaan kiireen tuntuun ja väsymiseen. Lisäksi sijaispalkkauskielto yhdistettynä ilmeneviin sairauspoissaoloihin lisää entisestään kuormitusta töissä oleville, jolloin riski sairauspoissaolojen pahenemiseen kasvaa.

*”Mähän oon sairastunut tässä talossa, mulla on astmalääkkeet käytössä ... meillähän suurin osa oireilee täällä.”*

Johtamiskäytänteistä haastatellut kritisoivat jäykkää hallintoa, useita johdoportaita, joihin aloitteet hukkuvat, sekä avoterveydenhoidon resurssien

siirtymistä sairaanhoitopiireille. Päätökset esimerkiksi tietyn terveysaseman tiloista liittyvät moniin muihin päätöksiin, joita on vaikea tehdä monimutkaisessa organisaatiossa. Tällaiset seikat voivat yhdessä huonontaa terveysasemien mainetta työpaikkoina ja siten vaikeuttaa uusien lääkäreiden rekrytoimista. Tämä lisää edelleen riskiä negatiivisen ongelmakierteen syntymiseen ja sen jatkumiseen.

Työtyytyväisyys ja poissaolot ovat osittain toisiinsa sidoksissa olevia asioita. Näitä työhön vaikuttavia tekijöitä parannettaessa mm. hallintotyötä järjeistämällä tai tiloja korjaamalla parannustoimenpiteiden vaikutus tulee tehdä näkyväksi. Tähän tarkoitukseen sopivat mittareiksi esimerkiksi työtyytyväisyyskyselyllä toteutettu selvitys ja poissaolojen määrä, jota JYTE:n alueella onkin seurattu jo jonkin aikaa.

Muina kehitystoimenpiteinä väestövastuumallista suuralueisiin siirtyminen tuntuu perustellulta. Nykyisessä tilanteessa, jossa lääkärripula on ilmeinen ja sairauspoissaoloja on kohtuullisen paljon, väestövastuualueitten potilaat tulevat ajoittain toisille lisätyöksi. Lisäksi uusi terveydenhuoltolaki on mahdollistanut potilaitten siirtymisen eri väestövastuualueille, jolloin väestövastuiden ylläpito käy vaikeammaksi.

Jos terveysasemia on jatkossakin useita, kuormitukseen liittyvää tietoa on jaettava keskustusten välillä tai palvelutuotannon suunnittelun tulee olla jossain määrin keskitettyä. Tämä tarkoittaa mm. varausjärjestelmän käyttöä. Vaikka terveysasemien keskinäinen tehokkuusvertailu on vaikeaa nykytilanteessa, tehokkuudessa tapahtuvien muutosten seuranta olisi yksi mahdollisuus tarkastella kehitystä asemakohtaisesti. Lisäksi aiemmin esiteltyt mittarit ja kustannusten kohdistusjärjestelmä antavat mahdollisuuden vertailukelpoisten tietojen hankkimiseen.

Terveysasemien sisällä eri työtehtäviin erikoistumista hoitajien ja lääkäreiden välillä voinee edelleen miettiä tehokkuuden lähteenä samoin kuin lääkärin ja hoitajan työparimuotoista toiminnan organisointia.

## **4.8. Johtajuuspula ja organisaatorakenteen tehottomuus**

Organisaatio on keino järjestää ihmisten välistä yhteistyötä tietyn tehtävän toteuttamiseksi tai tavoitteen saavuttamiseksi. Koska yksittäisellä esimie-



hellä voi käytännössä olla vain rajallinen määrä alaisia, suurissa organisaatioissa tarvitaan useita esimies- ja johtotasoja. Organisaatio jäsennetään usein hierarkiana, jossa jokaisella on yksi esimies, mutta johtajilla voi olla useampia alaisia. Hierarkian avulla voidaan jäsentää organisaation vastuualueet ja delegoida päätöksentekoa vastuualueiden johdolle.

Organisaation tehokkuus tarkoittaa sitä, että organisaation tehtävän toteuttamiseen liittyvät ongelmat pystytään ratkaisemaan nopeasti ja päätöksenteossa hyödynnetään tehokkaasti organisaatiossa olevaa tietoa ja asiantuntemusta. Hierarkiaa hyödynnetään siten, että ongelmissa, joissa ratkaisuun tarvitaan monien vastuualueiden panosta tai jonka ratkaiseminen vaikuttaa organisaation moniin toimijoihin, on lähestyttävä esimiestä. Ratkaisu haetaan ongelman ja ratkaisun vaikuttavuuteen sekä päätöksentekomahdollisuuksiin nähden riittävän korkealta organisaatiotasolta.

Monimutkaisuuden katsotaan luovan tehottomuutta ja turhia kustannuksia. Organisaatiohierarkia voi luoda tehottomuutta, jos hierarkiassa on liikaa johtamistasoja eikä päätöksentekoa ole riittävästi delegoitu. Tehottomuus näyttäytyy tällöin päättämättömyytenä, päätöksenteon hitautena, riskitiriitoina ja epäselvyytenä siitä, kuka päättää. Se ilmenee myös huonoina päätöksinä, mikä on seurausta siitä, että organisaatio ei kykene hyödyntämään parasta asiantuntemustaan kulloisenkin päätöksen tekemisessä.

#### **4.8.1. Ongelmia organisoinnissa ja johtamisessa**

Terveysasemilla tekemistämme havainnoista tulee esiin paljon kritiikkiä JYTE:n ja erityisesti vastuukunta Jyväskylän organisoitumistapaa kohtaan. Arvostelu kohdistuu suureen johtajien ja organisaatiohierarkian tasojen määrään. Ongelmat johtamisessa ilmenevät myös kaupungin sisäisen tarkastuksen raportissa, jossa todetaan mm.: ”yhteistä näkemystä toiminnan kehittämisen suunnasta ja toiminnan tavoitteista ei laajassa mitassa ole” (Jyväskylän kaupunki, 2012).

Arvostelua saa osakseen myös vallitseva ylhäältä-alas-komento-ohjaus. Terveysasemilla oleva tieto ja asiantuntemus tulevat huonosti hyödynnettyä. Eräs haastateltava kommentoi seuraavasti:

*”...Eli kaupunginjohtajaan on 11 kerrosta erilaisia päättäntäyksiköitä. Ennen vanhaan sai kuitenkin jollakin tavalla terveysaseman sisällä päättää, että miten asiat tehdään, mutta nykyisin kun meidät on jaettu tälleen, että on neuvolasektori, koulusektori, fysioterapiasektori, vastaanottosektori, kaikilla on omat esimiehet ylöspäin, että ne on tämmösiä pilareja, jotka toimii ylhäältä alaspäin ja etupäässä vaan siihen suuntaan, ei oikeestaan juurikaan koskaan alhaalta ylöspäin, vaan kaikki päätökset tulee ylhäältä valmiiksi päätettynä. Ja sit tälleen sivusuunnassa ei oo mitään mahdollisuutta tehdä yhteistyötä, koska jokaisella on oma esimies, ja sit pitää tehdä niin kuin esimies sanoo. Ja se tekee siitä sellasen joustamattoman, kun mitään ei voi päättää ite, kaikki pitää kysyä jostain ylempää, ja se menee ylemmäksi ja ylemmäksi, ja ehkä joskus tule takaisin tai sit ei koskaan tuu takaisin.”*

Koska virallinen organisaatio toimii huonosti ja turhauttaa ihmisiä, asioita on alettu hoitaa luomalla asioiden hoitamiseen liittyviä epävirallisia toimintamalleja. Tästä kuitenkin saattaa aiheutua välillä sitä, että johtamisprosesseista tulee hyvin epäselviä ja hankalia.

*”Kaupungin sote-johto on [riidoissa] Jyten johdon kanssa ... kaikki päätökset tuntuu olevan poliittisia päätöksiä, että terveyslautakunta päättää jotakin ja sitten kaupungin sote on sitä mieltä, ettei tämmöstä voida päättää ja sit ei neuvotella ollenkaan JYTE:n johdon kanssa... Elikkä ne ihmiset, jotka täällä meitä johtaa, niin ne ei saa osallistua päätöksiin. ... Mä aina mietin, että millä systeemillä ohitetaan aina kukakin, joku ylemmän johdon ihminen, mutta semmosia ohituksia kyllä tapahtuu. Sit on semmosia nurkkakuntia, että soiteetaan, että voisitko tulla tänne piipahtamaan, ja sit semmosta sipi sipi supi supi, ja vähän, että etitään sitä hovia siihen jonkun ympärille, että nyt tehdään näin jonkun toisen selän takana. Mä en ymmärrä tommosta enkä sitä, että tollaisissa virallisissa kokouksissa välttämättä ihmiset ei puhu totta.”*

Avoterveydenhoito organisoituu kahdeksi rinnakkaiseksi hierarkiaksi, lääkäreiden organisaatioksi ja hoitajien organisaatioksi. Lääkäreitä on reilu 100 ja hoitajia sekä muuta henkilöstöä noin 900. Lääkäreillä on lääkäriesimiehet ja hoitajilla hoitajaesimiehet. Koko JYTE-vastuualueen palvelujohdaja on ylilääkäri, jolla on budjettivastuu toiminnasta. Terveysasemien johtamisvastuu on apulaisylilääkäreillä.

*”Meillä on muodollinen johtamisjärjestelmä se, että meillä on vastuualuejohtaja ja sitten nää pääprosessit, mitkä luettelin 5 kpl [sairaala, avosairaanhoido, neuvola, suun terveydenhuolto ja keskitetyt palvelut, jossa on mm. fysioterapia], niin niillä jokaisella on oma johtajansa... siellä on 2 johtajuusjärjestelmää ... perinteinen tapa, että lääkäreillä on oma johto ja hoitajilla oma johto ... pääprosessien johtajat on lääkäreitä ... ja 90 % henkilöstöstä johdetaan tulosvastuun ohi ja minusta tämä on vähän erikoinen tilanne.”*

Henkilöstöjohtamisessa yhdeksi ongelmaksi nousi se, että terveysasemien hoitajilla ja lääkäreillä on omat esimiehet. Eri professioiden vastuualueet on jaettu tarkkaan. Eräs apulaisylilääkäri kommentoi:

*”Tääkin on täällä ovelaa, että täällä ei oikeestaan saa toisen tontille hyppiä, että lääkäriesimies ei oikeestaan voi mennä hoitajien asioista puhumaan hoitajiesimiehille, saattaa tulla näpeille. Se on hyvin tarkkaan mitoitettu. Tosin heidät pitää pitää kartalla, että heitä pitää informoida kaikista asioista, mutta ei voi tuoda mitään parannusehdotusta eikä muuta. Pitää miettiä, että millä tontilla seisoo, hyvin tarkkaan on tällstä näin.”*

Johtajia ja organisaatiotasoja vaikuttaa olevan liikaa. Lisäksi lääkäreiden ja hoitajien rinnakkainen organisaatio monimutkaistaa kokonaisuutta. Tilanteeseen kaivataan selkeyttämistä, vastuiden ja raportointisuhteiden täsmentämistä. Vaikuttaa siltä, että delegoinnille olisi tilausta, mutta jostakin syystä päätöksenteko on haluttu pitää keskitettynä. Johtamisen taakkaan voi liittyä myös epämiellyttäviä päätöksiä, joita organisaation toimivuuden kannalta ei kuitenkaan voi jättää tekemättä. Yksi tällainen päätös on liittynyt vastuualuejohtajan vaihtumiseen. Uusi vastuualuejohtaja aloitti kesäkuussa 2013, ja haastatteluissa esille tullut tilanne vaikuttaakin viittaavan lähinnä tätä edeltävään aikaan.

#### **4.8.2. Ongelmia johtamistyön sisällössä ja organisaatiokulttuurissa**

Avoterveydenhoito on organisoitu terveysasemille, jossa joukko lääkäreitä ja sairaanhoitajia harjoittaa ammatiaan arkisessa potilastyössä. Työ on pit-

källe itseohjautuvaa. Neuvoa ammatillisissa kysymyksissä voidaan kysyä kollegoilta tai terveysasemalla toimivalta esimieheltä. Esimiehet ovat kokeneita lääkäreitä ja hoitajia, joiden työ on muuttunut osin hallinnolliseksi. Hallintorooli tarkoittaa kokouksiin osallistumista, lausuntojen antamista, sijaisuuksien ja työvuorojen järjestelyä sekä erilaisia teknobyrokratiaan keskeisesti kuuluvia dokumentointitehtäviä. Eräs apulaisylilääkäri kommentoi työtään:

*”Perustettiin näitä alueita ja piti olla sitten apulaisylilääkäri myöskin tällä alueella, ja muut ei suostunu, niin se jäi sitten mulle. Että mä teen mun, periaatteessa mun pitäis tehdä puolet ajasta hallintoasioita ja puolet ajasta vastaanottoa, mutta mä teen käytännössä miltei koko päivän pelkkää, siis tätä normalityötä ja sitten alotan hallintoasiat 4:n jälkeen, että mulla on ihan älyttömän pitkät työpäivät.”*

Vaikuttaakin siltä, että vaihtelua on sen suhteen, paljonko hallintotehtävien lisäksi koetaan mahdolliseksi sellaiset johtamisen sisällöt, jotka liittyvät toiminnan tuloksellisuuden parantamiseksi tehtävään työtapojen kehittämiseen, yleisten työskentelyedellytysten parantamiseen ja työkuultuuriin. Monet esimiehistä ovat väsyneitä suurta henkistä ja aikapanosta vaativaan tehtävään, jossa onnistumiseen ei liity kannusteita. Monet ovat myös turhautuneita, koska vaikuttamismahdollisuuksia pidetään hyvin vähäisinä. Haastateltavamme valaisee tätä asiaa:

*”Sä kysyt varmaan, että tiedätkö mä budjetin, mä oon istunu lukuisissa kokouksissa, joissa niitä rahoja pyöritetään, mutta ei mulle ne arvot oo jääny mieleen. Kyllähän mä tiedän, että koko aika tulee kaupungin puolelta ihan älyttömiä semmosia miljoonasäästöjä, että säästä taas niin ja niin monta miljoonaa. Kyllä mä oon istunu niissä kokouksissa, mutta multa häviää numerot päästä, kun ei mulla oo niihin mitään päätäntävaltaa. [...] ei tuu rahallista hyvää, jos ollaan hyviä, eikä oteta rahaa, jos ollaan huonoja. Kyllä me ollaan ihan samassa paketissa koko Jyten kanssa.”*

JYTE:ssä lääkäripula on ollut syynä moniin ongelmiin, ja virkojen täyttämisessä on ollut vaikeuksia. Kuvaavaa on erään lääkärin kommentti:

*”Kukaan ei oo koskaan halunnu tulla tänne vakituisesti töihin.”*

Lääkärivaje ja ostolääkäreiden kieltäminen on aiheuttanut lääkäreille pakkotahdistusta työtä, kun työkuorma kasvaa vajaamiehityksellä toimivilla terveysasemilla. Pakkotahtisen työn ja monien ongelmien kierre ruokkii itse itseään (ks. Liite 3). Eräs lääkäri kommentoi:

*”Siis mikään muu ei auta kuin se, että on riittävästi työntekijöitä. Jos se työtaakka on ihan älytön, niin eihän tänne tule ketään ja vanhatkin lähtee pois.”*

Eräällä terveysasemalla kokeneemmat lääkärit yrittävät kaikkensa, että nuoremmilla lääkäreillä olisi inhimillinen työkuorma ja että he pysyisivät talossa. Väestövastuuta on ollut vaikeaa toteuttaa liian pienellä lääkärimäärällä. Lääkärivaje on haastateltavien mukaan johtunut pitkälti huonon työnantajan maineesta. Eräs lääkäri kommentoi:

*”Jos pystyy valitsemaan, niin mitä sitä lähtis semmoseen pulapaikkaan, missä tietää, että joutuu paljon tekemään ja sitten saattaa olla vielä huono työilma-  
piiri.”*

Tutkimushavaintojemme pohjalta voimme todeta, että avoterveydenhoidon organisaatio vaikuttaa olevan tarpeettoman monimutkainen. Tämä luo tehottomuutta päätöksentekoon ja turhauttaa monia avainhenkilöitä. Koska terveysasemat toimivat käytännössä hyvin itsenäisinä toiminnallisina yksiköinä, voisi niille ajatella delegoitavan myös virallista talousvastuuta ja päätöksentekomahdollisuuksia. Johtamis- ja talousvastuita kuitenkin karastetaan. Käytännössä johtamistyö mielletään sisällöltään hallinnolliseksi työksi. Johtamiseen voisi tuoda tehtävään liitettyinä pätevyysvaatimuksina sekä strategista että talous- ja henkilöstöjohtamissisältöä. Samalla olisi huolehdittava johtamistehtävän houkuttelevuudesta ja johtamisen edellytyksistä. Avoterveydenhoidon organisaatiokulttuuri vaikuttaa kuitenkin hyvin haluttomalta muutokseen.

#### **4.9. Teknobyrokratiaan tuhlataan kriittisiä resursseja**

Byrokratia ja tietojärjestelmät ovat taitavasti hyödynnettyinä tärkeitä välineitä, joilla voidaan parantaa organisaatioiden tehokkuutta. Byrokratian säännöt ovat hyvä lähtökohta parantaa organisaation suunnittelua ja henkilöstöpäätöksiä sekä järjestää tavoiteohjausta tukevan johdon tietojärjes-

telmiä. Tietojärjestelmiä on pidetty keinona uudistaa julkishallinnon palvelutuotantoa. Tehokkuuden lähde voi kuitenkin muuttua myös tehottomuuden lähteeksi. Byrokratia ja tietotekniikka voivat huonosti järjestettynä viedä liikaa organisaation resursseja ja alkaa ohjata toimintaa organisaation tavoitteiden ja ydintehtävien kannalta väärin asioihin. Huonoa byrokratiaa onkin se, että työntekijät joutuvat tekemään hallinnollisia asioita, jotka eivät auta heitä omassa työssään ja joiden merkitystä he eivät ymmärrä.

Sairaanhoitopiirin ja JYTE:n tietokannat eivät ole yhteydessä toisiinsa, vaikka ne sijaitsevat samalla palvelimella. Siten esimerkiksi JYTE:n henkilökunta ei voi tarkistaa laskujen oikeellisuutta tai tarkastella sairaanhoitopiirin tekemiä suoritteita. Joissakin Suomen kunnissa tämä ongelma on ratkaistu yhdistämällä tietokannat ja antamalla oikeus kummallekin puolelle tarkastella toisen tietokantoja suoritteiden osalta. Yksityiskohtaiset potilastiedot ovat oletettavasti edelleen eriytettynä.

Lääkäreillä ja hoitajilla on tilastointivastuu käynti- ja puhelinajoistaan. Tämä tarkoittaa, että käyntiin tai puheluun liittyvät oleelliset seikat, kuten diagnoosi, lääkitys, uudet reseptit, tehdyt toimenpiteet, hoitoonohjaus ja uuden ajan varaus, tulee syöttää tietokantaan vastaanottoajan päätyttyä. Osa tilastoidusta tiedosta menee työnantajalle, osa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselle (THL). Koska lääkäreille maksetaan erilliskorvauksia käynneillä tehdyistä toimenpiteistä, nämä tiedot lääkärin tulee syöttää työnantajan tietokantaan palkanmaksua varten.

#### **4.9.1. THL:n SPAT-tilastointi turhauttaa**

Edellä mainitut lääkäri- ja hoitajakäyntitiedot tulee kirjata THL:ää varten, ja tämä velvoite asetettiin kaksi vuotta sitten. Kirjauksessa järjestelmään syötetään ns. SPAT-koodeja (Suomalainen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus). SPAT-tilastoinnissa tärkeimmät käyntiä koskevat tiedot ovat diagnoosit, lääkitys, laboratorio- ja muut tutkimustulokset, toimenpiteet sekä hoitosuunnitelma. Tietoja on tarkoitus hyödyntää myöhemmissä kontakteissa, ja niiden avulla voidaan tarkistaa hoidon toteutuminen sekä kuvata hoitoa hoitoprosessina. Hoidon prosessikuvaus puolestaan mahdollistaa resurssien käytön arvioinnin ja laadunvarmistuksen. (Elonheimo, 2010.)

Tässä tutkimuksessa kerätty haastatteluaineisto tuo esiin useita THL-raportointiin liittyviä ongelmakohtia. Näitä ovat epätietoisuus THL-tilastointin tarkoituksesta, lääkärin muutosvastarinta THL-tilastointia kohtaan, tilastointijärjestelmän monimutkaisuus ja epäloogisuus sekä THL:lle menevän tilastointitiedon vääristymät. Nämä ongelmat liittyvät tiiviisti toisiinsa ja niitä tarkastellaan seuraavassa.

Lääkärin ja hoitajien keskuudessa on tutkimusaineiston perusteella epätietoisuutta siitä, mihin THL käyttää saamiaan tietoja. Tämä heijastuu osin haluttomuuteen suorittaa tilastointia, kun siitä saatavia hyötyjä ei voida nähdä. Toisaalta lääkärin työtaakka on kasvanut haastattelujen perusteella jo useita vuosia, ja lääkärit kokevat, että heidän aikansa ei riitä kasvaviin tilastointivaatimuksiin. Tilastointi tulisi tehdä käyntiaikana tai varsinaisen vastaanottoon käytetyn työajan jälkeen.

THL:lle siirtyvää tilastointia pidettiin myös osin huonosti toteutettuna. Eräs haastateltava mainitsikin esimerkkinä diagnoosit, joista järjestelmän on tarkoitus esittää oleellisia luokiteltavia asioita, mutta järjestelmä antaa-kin täysin epäoleellisia, käyntiin liittymättömiä luokituksia. Tämä johtaa todella vaivalloiseen etsimistyöhön, sillä lääkärin tulee etsiä kaikki käyntiin liittyvät seikat järjestelmästä ja merkitä ne tietokantaan. Käytännössä lääkärin tulisi haastattelujen mukaan tietää yli 300 erilaista koodia sekä merkitä järjestelmään 10–15 erilaista käyntiin liittyvää tietoa. Tämä puolestaan on lääkärin mukaan mahdotonta annetussa käyntiajassa ja hidastaa lääkärin perustyötä.

Haastatellut lääkärit kertoivat, että tietämättömyys aineiston käyttötar-koituksesta, jatkuva kiire ja järjestelmän epäloogisuus aiheuttavat sen, että tilastointia tehdään vain, kun sille jää aikaa tai käyntiaika on ollut suhteellisen suoraviivainen merkittäväksi. Tähän liittyviä käytäntöjä oli lääkärin keskuudessa useita erilaisia, mutta yhteistä on, että tilastointia joko tehdään valikoivasti tai sitä ei tehdä ollenkaan. Tästä puolestaan aiheutuu tilastoi-  
dun aineiston vääristyminen, koska tilastoihin päätyvät vain suoraviivai-  
simmat tapaukset. Eräs lääkäri kuvasi tätä ongelmatilannetta seuraavasti:

*”THL kuvittelee saavansa hyvää tietoa, mutta käytännössä tämä tieto on täysin väärää ja sitä kuitenkin käytetään sitten johonkin.”*

Tilastoinnista haluttiin tietää, mihin tietoja käytetään ja miten niitä voitaisiin hyödyntää. Osa lääkäreistä toivoi, että tietoja voisi käyttää hyödyksi omassa työssä ja tehtyjen läheteiden määrää voitaisiin seurata. Monet lääkärin toivoivat, että järjestelmää kehitettäisiin toimivammaksi ja loogisemmaksi. Eräs lääkäri kuvasi THL-tilastoinnin nykytilaa seuraavasti:

*”Sen on joku maallikko tehnyt. Se ei noudata ammattilaisen ajatuksenjuoksua. Tämä johtaa vaikeuksiin löytää oikea termi.”*

SPAT-tilastointeja ei aina tehdä kovin huolellisesti, koska niistä ei koeta olevan hyötyä. Tämä edelleen heikentää mahdollisten raporttien käytettävyyttä. Lääketieteellisten diagnoosien kirjaamista pidetään tärkeänä ja osin työtehtävien tilastointi vaikuttaa myös lääkärin palkkaukseen. Muut tilastoinnit saavat osakseen kovaakin kritiikkiä.

*”... aiemmin meillä ... käytiin läpi pylväinä ihan kaikkien lääkärin toimimista ja katottiin, että ne on suunnilleen samalla tasolla, mutta nyt vaan tilastoidaan jonnekin ilmaan.”*

*”Se diagnoosi on ihan hyvä ... se on järkevä, mutta nää muut [tilastojärjestelmät], niin keksijä pitäisi raahata aamunkoitteessa kadulle...”*

Eräs lääkäri esitti kehitystoiveena, että THL-tilastoinnin kehittämiseen voisi osallistua käytännön työtä tekevä lääkäri, jolloin tilastointiluokitukset saataisiin helpommiksi ja käytännön työtä vastaavammiksi.

#### **4.9.2. Hallinnollisen työn lisääntyminen ja monimutkaistuminen**

Hallinnollisten asioiden määrä on monen haastateltavamme mukaan lisääntynyt paljon JYTE:n aikana.

*”... tulee ylemmiltä tahoilta kaiken maailman sähköpostia, tulee 2–3 otteeseen samoja sähköposteja ja milloin sitä, milloin tätä. Se on sillä lailla, tämä informaatiotulva on ihan siis käsittämätön, kun vertaa siihen aikaisempaan.”*

Lääkärit pitivät JYTE:n organisaatiota melko ”käskyttävänä”. Lääkäri kommentoi:



*”Ja sit tälleen sivusuunnassa ei oo mitään mahdollisuutta tehdä yhteistyötä, koska jokaisella on oma esimies, ja sit pitää tehdä niin kuin esimies sanoo. Ja se tekee siitä sellasen joustamattoman, kun mitään ei voi päättää ite, kaikki pitää kysyä jostain ylempää, ja se menee ylemmäksi ja ylemmäksi, ja ehkä joskus tule takaisin tai sit ei koskaan tuu takaisin.”*

Lähijohtamista on vaikeuttanut se, että henkilöstön aloitteet hukkuvat haastateltavien mielestä hallintoon ja hyväksi havaitut aiemmat paikalliset terveysasemakohtaiset käytänteet on usein jouduttu hylkäämään.

*”...paikalliset, hyvät käytännöt ehkä on kuitenkin häviävä luonnonvara, että se vähän on ehkä surkukin silleen, että kaikki pitää tehdä niin kuin keskushallinnosta määrätään, niin se on vähän silleen, mikä harmittaa välillä aina.”*

Syynä työmäärän kasvamiseen on ennen muuta lisääntyneet tehtävät perusterveydenhuollossa, mm. kaupungin työterveyshuolto ja vakuutusyhtiöiden ja hallinnon kanssa tehtävä paperityö. Muita syitä ovat potilaiden sairauksien vaikeutuminen mm. ikääntymisen myötä sekä erilaiset tilastoinnit. Lääkäreillä on myös melko usein hallinnollisia palaverieja ja kokouksia tai koulutuksia, jotka koskevat uusia tilastointi- ja seurantajärjestelmiä. Samalla harjoittelijoiden tai määräraikaisten työntekijöiden koulutus ja tukeminen hidastavat kokeneempien lääkäreiden työtä.

*”Pitää sanella ne käynnit, kaikki mitä potilaalle on tehty, laitetaan diagnoosit ylös koneella ja sitten meillä on kansakunnan kerma keksiny riivatuksi tilastoitavaa, mikä ei hyödytä meitä ollenkaan, SPAT:tia ja AvoHilmoa ja tämmöstä, mihin menee oma aikansa. Osa potilasajasta menee tämmöiseen ei-potilastyöhön: hoitajat juoksee ja nuoret lääkärit juoksee ja soittaa potilaskäyntien aikana paljon.”*

Erilaisten tilastointien (mm. THL:n SPAT-järjestelmän) merkitys ei ole myöskään organisaation sisällä selkeä. Tilastointeja ei juuri seurata, ja monet hallintojärjestelyt ja tilasto-ohjelmat ja niiden tilastoluokitukset ovat hallintoihmisten luomia. Näin luokitukset eivät välttämättä noudata lääketieteellisiä diagnoosiluokituksia tai termistöjä. Tällaiset tilastointi- ja sihteeritehtävät myös hidastavat varsinaista potilastyötä.

*”... semmoinen terveyskeskus on hyvä: siellä kun johtajat tietää mistä puhutaan. Jos on pelkkä hallintoihminen, niin se on niin ulkona kuin lumiukko talvella, että se ei oikeesti tiedä, mistä puhutaan ja se saattaa kuvitella tietävänsä, ja se on vaarallista jo.”*

*”... jos ajattelee ihan käytyjen potilasvastaanottojen määrää, niin se on vähentynyt ... Mä oon lääkäri, mun pitäis tehdä sitä lääkärin vastaanottotyötä... siinä on vähän ristiriitaa, että mä teen kaikkea muuta kuin sitä vastaanottotyötä ja silti mä saan enempi palkkaa ... ehkä se ei kauheen tehokasta sitten oo.”*

Kaupungin osin jo vuonna 2006 käyttöönottamasta SAP-järjestelmästä ei vielä ole saatu kaikkea hyötyä, koska terveydenhuollossa ei vielä ole laajasti siirrytty SAP-järjestelmään. Työtä tehdään edelleen paljon manuaalisesti ja paperipostia lähetetään hallinnon palvelukeskuksiin. Lääkäreillä ei myöskään ole juuri mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä. Apulaisylilääkärit joutuvat lääkäri työn ja erilaisten kokousten ja palaverien lisäksi tekemään hallinnollisia töitä usein normaalin työajan jälkeen, vaikkei heillä ole (eikä heille ole annettu) riittävää koulutusta tai perehdytystä hallinnollisiin tehtäviin.

*”Sehän on ihan valtava paperilomakemäärä, mikä tässä pyörii, että kaikki pitää anoa papereilla ... jos mä laitan vaikka henkilöstöpuolelle jostakin, että tää ihminen nyt on poissa silloin ja silloin, niin palkat ei tiedäkään sitä ..., koska heidän nää tietokanta-, sähköiset mitkä lie, ei keskustele keskenään, niin se tieto, joka menee tonne, niin se ei automaattisesti mee tonne, että mun pitää sitten seikkailla siellä ja täällä ja tuolla, jotta joka paikkaan menee oikeesti niitä papereita. Ja siitä mä ajattelen, että ei helkatti vie se oo lääkärin työtä, mutta se on kuulemma esimiehen työtä. Luulis että joku sihteeri pystyis ne huolehtimaan, mutta ei ... Mä en oikeesti osaa Exceliä käyttää, mutta mä oon käynyt nyt viime keväänä Excelin peruskurssin.... Kaikessa kiireessä niiden tietojen hakeminen sieltä Aatusta [tietojärjestelmä] on tosi toivotonta ... ja eihän muakaan, mä oon ollu kohta 4 vuotta tässä apulaisylilääkärin pestissä, mua ei oo vielääkään opetettu, että mä opin kaikki kantapään kautta.”*

Organisaation ja johtamisen osalta terveyskeskusorganisaation toiminta liittyy erikoissairaanhoidon, kunnan sosiaali- ja terveystoimintaan, laboratorioihin ja kansallisiin organisaatioihin, kuten THL. Tässä kentässä

esiintyy joskus myös ristiriitoja, mikä ei helpota organisaatiotoimintaa, kuten ei myöskään organisaation maine jopa huonona työpaikkana.

*”Niin, että tuo kaupungin sote-johto on ihan tukkanuottasillaan JYTE:n johdon kanssa, että ne ei pysty keskustelemaan ilman riitaa mistään asiasta ja ne välttelee toisiansa ... ja saman neuvottelupöydän ääressä ei pystytty olemaan tai sit jos ollaan niin sit ollaan semmoisia teennäisiä tai sitten huudetaan, tapellaan ja kirotaan, nyrkkiä lyödään pöytään ...”*

Johtamisessa olevat mahdolliset ristiriidat ja kulttuuriset erot tulisi myös saada soviteltua yhteisen edun nimissä. Tätä kautta työhyvinvointi paranee ja lääkäri vajetta voidaan korjata. Näin terveysasemat toimisivat mahdollisimman lähellä suunniteltua kapasiteettia ja kuormitusta. Myös byrokratian määrää hoitotyössä sekä hallintohenkilöstön osuutta tulisi tervehdyttää. Eräitä henkilöstömittareita voisivat olla esimerkiksi hoitotyöhön käytetyn ja kokonaistyöajan suhde sekä lääkärien ja kokonaishenkilöstön suhde terveyskeskusorganisaatiossa hallinto mukaan lukien.

Ilmeinen ratkaisuvaihtoehto on myös toiminnan priorisointi: lääkärien tulisi antaa keskittyä lääkärityöhön ja resursoida asemalle kunnon työolot ja tehokkaasti käytettävissä olevat terveet tilat. Näin työn houkuttelevuus ja työssä viihtyminen voisivat parantua ja uusien vakituisten lääkäreiden rekrytoiminen helpottuisi.

Tilastoinneissa tulisi priorisoida tärkeimpiä: nyt osa lääkäreistä merkitsee useita SPAT-luokituksia potilasta kohden, mutta osa taas ei tee merkintöjä juuri lainkaan. Esimerkiksi kirjaamalla pari tärkeintä asiaa aikaa ei kuluisi tarpeettomasti muuhun työhön, mutta tärkeimmät seikat saataisiin silti tilastoitua. Myös osa sihteeritehtävistä ja palkkahallinnon töistä pitäisi kuulua hallintoon erikoistuneelle henkilöstölle. Priorisointiin on monenlaisia työkaluja, ja tällainen on mm. SWOT-analyysi riskitarkasteluineen, jota voidaan käyttää eri organisaatiotoiminnan osa-alueiden, niin toiminnan kuin hallinnonkin, priorisoinnin tueksi.

Tutkimusaineistostamme ilmenee monia huonon teknobyrokratian piirteitä. Lääkäreiden ja hoitajien aikaa kuluu kohtuuttoman paljon työn dokumentointiin moniin rinnakkaisiin järjestelmiin, joiden merkitys voi jäädä epäselväksi. Dokumentoinnista tulee helposti näennäisdokumentointia,

joka ei hyödytä ketään. Olisikin syytä miettiä, voitaisiinko järjestelmiä yhdistellä ja dokumentointityötä organisoida. Järjestelmiin kerätystä tiedosta tulisi saada myös merkityksellistä palautetta, jotta järjestelmien ylläpidon tehokkuus ja laatu toteutuisi.

## 5. Johtopäätökset

**Y**hdessä avoterveydenhoidon organisaatiossa tekemiämme havaintoja ei voi yleistää koskemaan kaikkia Suomen terveysasemia ja kuntia. Vertaaminen muihin vastaaviin organisaatioihin jää tässä vaiheessa raportin lukijoiden tehtäväksi. Emme kuitenkaan tiedä, miksi havainnoimamme organisaatio olisi poikkeuksellinen – siksi onkin todennäköistä, että vastaavia ongelmia esiintyy myös muissa avoterveydenhoidon organisaatioissa.

Päähavaintonamme voi pitää toimintaan ja sen kehittämiseen vain hyvin löyhästi liittyviä kustannuslaskennan, suoritusmittauksen ja budjetoinnin menetelmiä. Näemme tilanteen JYTE:ssä hyvin samankaltaisena kuin sen, millaiseksi NPM-ohjelman yleiskuva maailmalla ja myös meillä Suomessa on aiemman tutkimuksen valossa muodostunut (Lapsley, 2008; 2009; Hyvönen ja Järvinen, 2006; Kantola ja Järvinen, 2012). Valitettavasti näennäisohjaus luo vain näennäistehokkuutta. Rahankäytön oikeutuksen lisäksi tarvittaisiin enemmän myös johdon ohjausjärjestelmiä, joiden avulla tehokkuutta voidaan oikeasti parantaa.

Havaintojemme mukaan teknobyrokratia kuormittaa kliinistä henkilöstöä liikaa ja sitoo työaikaan käytettävyydeltään vaatimattomiin tietojärjestelmiin. Näistä erityisesti THL:n tarpeita varten ylläpidettävän SPAT-järjestel-

män merkitystä ja hyötyä ei myöskään ymmärretä. Organisaation kriittisten resurssien tehokkaan käytön kannalta onkin tarpeen miettiä, voidaanko hallinnollisia dokumentointitehtäviä järjestää nykyistä tehokkaammin. Talousohjausta voi pitää hyvin löysänä. Talousarvion yhteyttä toiminnan suunnitteluun ja volyymien ennakkointiin on vaikea nähdä. Epärealistisena pidettyyn budjettiin henkilöstön on myös vaikea sitoutua, eikä budjettitavoitteiden ylityksestä tai alituksesta ole tullut seurauksia.

Kustannuslaskenta antaa myös väärää tietoa terveystasemien tehokkuuksista, joten kustannuslaskennassa ja erilaisia käyttötarkoituksia varten tarvittavissa laskelmissa on parannettavaa. Myös organisaatorakenteessa ja johtamisen ammattimaisuudessa vaikuttaa olevan kehitettävää. Kaupunkiorganisaatio on poliittinen ja tavattoman hierarkkinen, mikä hidastaa päätöksentekoa ja organisaation kehittämistä. Johtamista pidetäänkin lääkärityössä lähinnä hallintorutiinien hoitamisena. Perehdytys ja selkeät johtamiseen ja myös laskentatoimeen liittyvät osaamisvaatimukset näyttävät siis puuttuvan.

Toisaalta tiukat taloudelliset tavoitteet sekä puhe kustannuksista ja säästämistarpeista vaikuttaa luoneen tietoisuutta tehokkuuden parantamistarpeista. Terveystasemilla onkin kehitetty joukko toiminnallisia innovaatioita, jotka parantavat kustannustehokkuutta ja toiminnan vaikuttavuutta. Tätä kehitystä voisi tukea järjestämällä vertailukehittämisestä ja sitä tukevasta suoritusmittauksesta entistä järjestelmällisempi organisaation oppimisprosessi.

Nykytilanteesta voidaan sanoa, että monia johdon ohjaukseen kuuluvia keinoja on käytössä, mutta vaikutukset eivät kaikilta osin ole tarkoituksenmukaisia. Seuraavassa vaiheessa voisikin pyrkiä lisäämään ohjausmenetelmien käytön tarkoituksenmukaisuutta, tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Tämän pitäisi kuitenkin tapahtua kliinisen henkilöstön ammatillista osaamista ja toimintakulttuuria hyödyntäen, ei sen kustannuksella. Nimenomaan avoterveydenhoitoon suunniteltua ja tehokkuutta luovan ohjausjärjestelmän aikaansaamiseksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Lääkäreiden, hoitajien ja taloushallinnon ammattilaisten olisikin yhdistettävä osaamisensa ja luoda toimintaan vahvasti integroitu taloushallinto. Tavoiteltava lopputulos voisi olla yksinkertainen, olennaiseen keskittyvä – ja siksi ymmärrettävä ja tehokas.

Tässä tutkimuksessa olemme esittäneet mm. seuraavia käytännön parannusideoita:

- yhteistyö ja selkeys johtamisessa ja rahoitusmallissa
- realistinen budjetointi
- työtehtävien priorisointi
- terveysasemien määrän ja aukioloaikojen pohdinta asiakasnäkökulmasta
- siirtyminen suuralueisiin ja keskitettyyn palvelutuotannon suunnitteluun
- hallintotehtävien selkeytys
- kustannuslaskennan ja erityisesti yleiskustannusten jaon selkiyttäminen
- prosessien ennustettavuuden lisääminen mm. yhtenäisillä laskutuskäytännöillä
- päätöksentekoa paremmin palvelevat raportit ja suoritusmittarit (mm. potilastyöaika/kokonaistyyöaika, puhelinaikojen suhde käyntimääriin, työtyytyväisyys, poissaolojen määrä ja vertailukelpoinen käyntikustannus).

Terveystenhoitojärjestelmämme on muuttunut vaivihkaa julkisesta seka-järjestelmäksi, jossa kuntien ja valtion järjestämät terveydenhoitopalvelut toimivat rinnakkain ja kilpailevat voittoa tavoittelevien yritysten kanssa. Ratkaisevaksi koko julkisen terveydenhoitojärjestelmämme kannalta voi osoittautua myös kyky valmistella ammattimaisesti kustannusinformaatiota kuntapäätäjille. Kun ajatellaan kuntaa tilaajana, jolle keskeisin on kysymys tehokkaimman palveluntuottajan valinnasta, ei voi liiaksi korostaa vertailulaskelmien ja kunnan oman kustannuslaskennan laadukkuuden merkitystä. Tämä vaatii uudenlaista kyvykkyyttä laskentajärjestelmien suunnittelijoiden lisäksi myös laskelmia tilaavalta ja käyttävältä kunta- ja vastuualuejohtolta sekä poliittisilta päätöksentekijöiltä.

Johdon ohjausjärjestelmien kehittäminen saattaa myös vaatia jonkin verran ulkopuolista tukea ja mahdollisesti valtakunnallista yhteistyötä. Mallia voidaan katsoa vaikkapa Isosta-Britanniasta: terveydenhuollon organisaatioiden talousjohtamiseen liittyvän neuvonnan on siellä organisoinut Monitor- ja NICE-organisaatiot. Erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhoidon erillisyyt sekä monikanavarahoituksen monimutkaisuus herättävät myös

ajatuksen siitä, että valtion koordinoivaa roolia tulisi lisätä julkisen terveydenhoidon järjestämisessä. Tämä mahdollistaisi johdon ohjauskeinojen tehokkaan yhdenmukaistamisen niin talouden, laadun kuin riskienhallinnan osalta. Nykyinen tilanne, jossa julkisen terveydenhoidon palvelutuotteiden kustannuksia ei tunneta, voi aiheuttaa tehottomuutta ja antaa yksityiselle terveydenhoitosektorille tarpeetonta kilpailuetua. Terveydenhoidon ohjausrakenteista ja rahoituksesta riippumatta voidaan miettiä, olisiko kuntien ja terveydenhoidon johdon ohjausjärjestelmiä koskevaa sääntelyä syytä tiukentaa ja valtakunnallista neuvontaa vahvistaa esimerkiksi osana Kuntaliiton ja THL:n tehtäviä.



# Lähteet

- Elonheimo, O. (2010). Avohoidon toimintojen kirjaaminen: SPAT-luokitus. Akateeminen terveystieteiden keskus. Esitys 24.11.2010.
- Himanen, P. & Castells, M. (2013). Kestävän kasvun malli – globaali näkökulma. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 22/2013.
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons. *Public Administration*, 6 (3): 3–19.
- Hyvönen, T. & Järvinen, J. (2006). Contract-based Budgeting in Health Care: a study of the institutional processes of accounting change. *European Accounting Review*, 15 (1): 3–36.
- Jyväskylän kaupunki (2012). Sisäisen tarkastuksen raportti 1.9.–31.12.2012.
- Järvinen, J. (2006). Institutional Pressures for Adopting New Cost Accounting Systems in Finnish Hospitals: two longitudinal case studies. *Financial Accountability & Management*, 22 (1): 21–46.
- Kantola, H. & Järvinen, J. (2012). Analysing the Institutional Logic of Late DRG Adopters. *Financial Accountability & Management*, 28 (3): 269–285.
- Keskisuomalainen 10.11.2013. Jytelle puhtaat paperit erityistilintarkastuksessa.
- Keskisuomalainen 20.1.2014. Isot terveystieteiden keskuksset ”suolakaivoksia”.
- Kuntalaki (365/1995).
- Kurunmäki, L. (2004). A Hybrid Profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29 (3/4): 327–347.
- Lapsley, I. (2008). The NPM Agenda: Back to the Future. *Financial Accountability & Management*, 24 (1): 77–96.

- Lapsley, I. (2009). New Public Management: the cruellest invention of the human spirit? *Abacus*, 45 (1): 1–21.
- Lehtonen, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting – Exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research*, 18 (3): 367–395.
- Lodge, M. & Gill, D. (2011). Toward a New Era of Administrative Reform? The Myth of post-NPM in New Zealand. *Governance: An International Journal of Policy, Administration and Institutions*, 24 (1): 141–166.
- Pallott, J. (1999). Beyond NPM: Developing Strategic Capacity. *Financial Accountability & Management*, 15 (3–4): 419–426.
- Perustuslakijaoston muistio 15.10.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) linjauksia. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1855559#fi>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013). Sote-uudistus – järjestämislain valmistelu. Sosiaali- ja terveysministeriön esityksiä, joulukuu 2013.
- STM/Sosiaali- ja terveystoimen esityksiä (2014). Terveyspalveluiden rahoitus, tuotanto ja valvonta. STM, 21.1.2014.
- STM/Sosiaali- ja terveysministeriö (2014). Tiedote hoitopaikan valinnasta 2.1.2014. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010.

# Liitteet

## Liite 1.

Taloushallinnon teemahaastattelut

1. Haastateltavan toimenkuva
2. Organisaatiokuvaus
3. Kustannuslaskenta ja päätöksenteko
  - a) Nykytilan kuvaus ja tilanteen arviointi
  - b) Kehitystarpeet
4. Suoritusmittaus ja tavoiteohjaus
  - a) Nykytilan kuvaus ja tilanteen arviointi
  - b) Kehitystarpeet
5. Investointilaskenta ja strateginen suunnittelu
  - a) Nykytilan kuvaus ja tilanteen arviointi
  - b) Kehitystarpeet

## Liite 2.

Terveysasemilla toteutettavat teemahaastattelut:

### 1. Vastuut ja tilivelvollisuus

- Kerrotko lyhyesti, minkälainen tyypillinen työpäiväsi on?
- Miten vastuistasi terveysasemalla on sovittu (lääketieteellinen, ym.)?
- Entä mistä koet vastuuta ja mihin järjestykseen erilaiset vastuut menevät?
  - (Onko vastuissa tapahtunut muutoksia?)
- Miten taloudelliset ja tulostavastuut on sovittu? (Miten koet taloudellisen vastuun?)
- Entä kenelle olet velvollinen raportoimaan toiminnastasi ja sen tuloksellisuudesta?

### 2. Terveysaseman tavoitteet ja taloudelliset tavoitteet

- Miten terveysaseman tavoitteet on määriteltä, entä taloudelliset tavoitteet?
- Mitä tuottavuus (tehokkuus) tarkoittaa työssäsi? – Miten voit siihen vaikuttaa? – Miten sitä mitataan?
- Mitä taloudellisuus tarkoittaa työssäsi? – Miten voit siihen vaikuttaa? – Miten sitä mitataan?
- Mitä vaikuttavuus (onnistuminen tavoitteiden saavuttamisessa) tarkoittaa työssäsi? – Miten voit siihen vaikuttaa? – Miten sitä mitataan?
- Onko tavoitteiden välillä ristiriitaa?

### 3. Budjetti – toiminnan ja talouden vuosisuunnittelu ja tarkkailu

- Tiedättekö oman terveysasemanne budjettinne? – Onko tarvetta tietää? – Mitä tapahtuu, jos terveysasema ylittää budjetin?
  - (Onko tässä tapahtunut muutosta?)
- Miten säästöjä käytännössä ajetaan organisaatioon? – Miten tätä pitäisi tehdä? – Miten nämä säästöt näyttäytyvät lääkärille/hoitajalle?

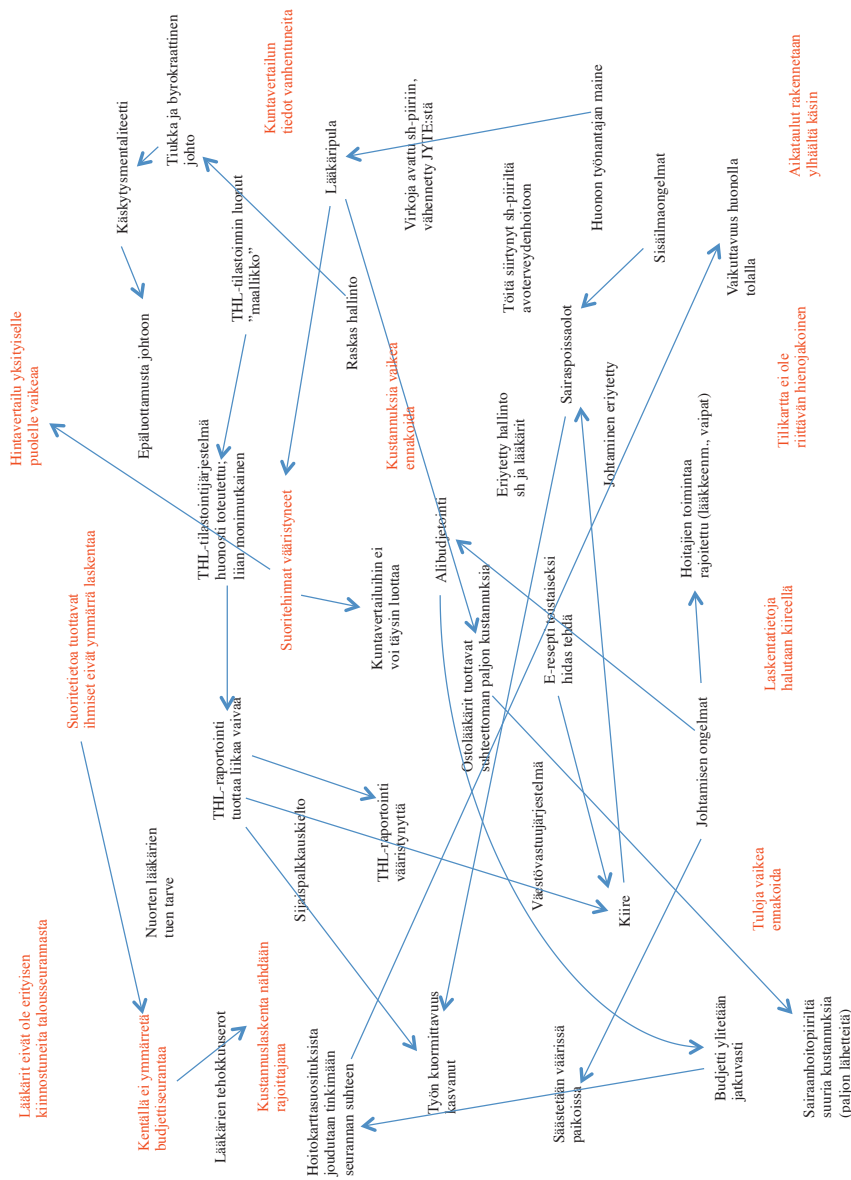
### 4. Laskentajärjestelmät ja raportointi

- Mihin järjestelmiin, mitä tietoa sinun odotetaan syöttävän työstäsi?
- Saatteko talousraportteja – mitä – tyytyväisyys taloushallinnon antamaan tukeen?
- Mikä on talousosaamisen tarve työssäsi? – Miten hyödynnät laskentajärjestelmien tuottamaa tietoa?

## 5. Prosessit ja kehittäminen

- Minkälaisia ongelmia työssänne ilmenee?
- Miten nämä ongelmat vaikeuttavat työnne tekemistä? (tarpeen mukaan)
- Mikä on aiheuttanut näitä ongelmia? (tarpeen mukaan)
- Mitä näille ongelmille voitaisiin tehdä?
- Onko lääkärintyö muuttunut?
- Millaisia ohjeita antaisitte kuntapäätäjille JYTE:n kehittämiseen?
- Pitäisikö mielestänne terveyskeskuksia yhdistää tai lakkauttaa?
- Ovatko isot vai pienet yksiköt parempia työpaikkoja lääkäreille/hoitajille?

### Liite 3. Aineiston syy- ja seurausanalysointikaavio



## Liite 4 .Yleiskustannusten kohdistaminen

Suomen kunnissa on käytössä erilaisia kustannuslaskennan muotoja, jotka tekevät yksittäisten suoritteiden välisen kuntavertailun ongelmalliseksi. Vertailtaviin suoritteisiin kuuluvat mm. lääkäri- ja hoitajakäynnit. Yleiskustannuksia (mm. tila- ja yhteisiä hallintokustannuksia) voidaan kohdistaa asemille ja suoritteille monin eri tavoin; Jyväskylässä on käytössä kiinteä yleiskustannusten kohdistusprosentti. Tällä tavalla saadaan kohdistettua yleiskustannukset lääkäreille ja hoitajille ilman, että laskentaa joudutaan päivittämään joka vuosi.

Esimerkkinä kiinteästä yleiskustannusten jakosuhteesta voidaan ottaa 60/40-jakosääntö, jolla esimerkiksi 100 000 € yleiskustannukset kohdistetaan 60 % (60 000 €) lääkäreille ja 40 % (40 000 €) hoitajille. Nämä yleiskustannukset jakaantuvat tehdyille lääkäri- ja hoitajakäynneille. Tämän laskentasäännön etuna on sen helppous, mutta se on subjektiivinen ja hankaloittaa käyntikustannusten vertailtavuutta. Tämä johtuu siitä, että lääkarien ja hoitajien määrä vaihtelee vuoden aikana sekä vuosien välillä. Tällöin lääkäreille tulee kohdistettua 60 % yleiskustannuksia riippumatta siitä, kuinka monta lääkäriä on töissä tarkastelujakson aikana. Lisäksi Jyväskylässä kustannustietoa vääristää yleiskustannusten jakaminen myös täyttämättömille lääkäri- ja hoitajapaikoille. Esimerkiksi jos terveysasemalla vähennetään lääkäreitä ja lisätään hoitajia, mutta yleiskustannukset kohdistetaan edelleen saman kiinteän prosenttijakoperusteen mukaan, näyttäytyvät lääkärikäyntien kustannukset entistä kalliimpina.

Vaihtoehtoisesti yleiskustannukset voidaan kohdistaa lääkäreille ja hoitajille perustamalla standardiyleiskustannuslisä. Tämän laskennan etuna on hieman tarkempi kustannusten jakautuminen suoritteelle (lääkäri- ja hoitajakäynnille), mutta ongelmana laskennassa on päivittämisen tarve. Lääkärimäärän vaihdellessa laskenta tulee toteuttaa uudelleen esim. vuosittaisena keskiarvona. Standardin perustamiselle on useita laskentavaihtoehtoja eri olosuhteisiin ja seurantarpeisiin. Yleiskustannukset voidaan mm. jakaa 1) palkatun henkilöstön määrällä, 2) lääkarien ja hoitajien palkkojen suhteessa tai 3) erilaisiin vastaanottoihin käytetyn ajan perusteella (esim. minuuttiperusteinen yleiskustannus, mutta tällainen jakoperusteen tarkentaminen vaatii myös tarkemman ja monimutkaisemman kustannusseuran-

nan, mikä ei välttämättä tuo suuria lisähyötyjä päätöksentekoon). Seuraavassa on esimerkit tavoista 1 ja 2.

*Esimerkki 1 Yleiskustannusten jako henkilömäärän perusteella (yleisesti vastaanottokäynneille)*

100 000 € yleiskustannuksia, 7 lääkäriä ja 13 hoitajaa.  $100\,000\text{ €} / 20 = 5000\text{ €}$  yleiskustannuksia per henkilö. Tämä 5000 € jaettaisiin sitten kunkin henkilön käynneille yleiskustannuslisänä. Esimerkiksi 2500 käynnin määrällä käyntikohtainen yleiskustannuslisä olisi 2 euroa/käynti.

*Esimerkki 2 Yleiskustannusten jako palkkojen suhteessa erikseen lääkäri- ja hoitajakäynneille*

100 000 € yleiskustannuksia. Palkatun lääkärihenkilöstön palkat ovat yhteensä 800 000 €, hoitajien 1 000 000 €.  $800\,000 / (1\,000\,000 + 800\,000) = 44,4\%$ , joten yleiskustannuksista 44 400 € kohdistetaan lääkäreille ja 55,6 % (55 600 €) hoitajille. Nämä puolestaan voidaan jakaa edelleen lääkäri- ja hoitajakäyntien lukumäärän perusteella erikseen lääkärikäynnin yleiskustannuslisäksi ja hoitajakäynnin yleiskustannuslisäksi.



## **Kunnallisan kehittämissätiön tutkimusjulkaisujen sarjassa ovat ilmestyneet**

- 1 Pirjo Mäkinen  
KUNTARAKENNESELVITYS (1992)
- 2 HYVINVOINTIYHTEISKUNNAN TULEVAISUUS  
Kolme näkökulmaa (1992)
- 3 Maria Lindbom  
KUNNAT JA EUROOPPALAINEN ALUEKEHITYS (1994)
- 4 Jukka Jääskeläinen  
KUNTA, KÄYTTÄJÄ, MARKKINAVOIMA  
Kunnallisen monopolin ohjaus ja johtaminen (1994)
- 5 Torsti Kivistö  
KEHITYKSEN MEGATRENDIT JA KUNTIEN TULEVAISUUS  
Kohti ihmisläheistä kansalaisyhteiskuntaa (1995)
- 6 Kari Ilmonen–Jouni Kaipainen–Timo Tohmo  
KUNTA JA MUSIIKKIJUHLAT (1995)
- 7 Juhani Laurinkari–Pauli Niemelä–Olli Pusa–Sakari Kainulainen  
KUNTA VALINTATILANTEESSA  
Kuka tuottaa ja rahoittaa palvelut? (1995)
- 8 Pirjo Mäkinen  
KUNNALLISEN ITSEHALLINNON JÄLJILLÄ (1995)
- 9 Arvo Myllymäki–Asko Uoti  
LEIKKAUKSET KUNTIEN UHKANA  
Vaikeutuuko peruspalvelujen järjestäminen? (1995)
- 10 Heikki Helin–Markku Hyypiä–Markku Lankinen  
ERILAISET KUNNAT  
Kustannuserojen taustat (1996)
- 11 Juhani Laurinkari–Tuula Laukkanen–Antti Miettinen–Olli Pusa  
VAIHTOEHDOKSI OSUUSKUNTA  
– yhteisö kunnan palvelutuotannossa (1997)
- 12 Jari Hyvärinen–Paavo Okko  
EMU – ALUEELLISET VAIKUTUKSET JA KUNTATALOUS (1997)
- 13 Arvo Myllymäki–Juha Salomaa–Virpi Poikkeus  
MUUTTUMATON – MUUTTUVA KANSANELÄKELAITOS (1997)

- 14 Petri Böckerman  
ALUEET TYÖTTÖMYYDEN KURIMUKSESSA (1998)
- 15 Heikki Helin–Seppo Laakso–Markku Lankinen–Ilkka Susiluoto  
MUUTTOLIIKE JA KUNNAT (1998)
- 16 Kari Neilimo  
STRATEGIAPROSESSIN KEHITTÄMINEN MAAKUNTATASOLLA  
– case Pirkanmaa (1998)
- 17 Hannu Pirkola  
RAKENNERAHASTOT  
– ohjelmien valmistelu, täytäntöönpano ja valvonta (1998)
- 18 Marja-Liisa Nyholm–Heikki Suominen  
PALVELUVERKOSSA YÖTÄPÄIVÄÄ (1999)
- 19 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko  
YKSITYISTÄMINEN VESIHUOLLOSSA? (1999)
- 20 Salme Näsi–Juha Keurulainen  
KUNNAN KIRJANPITOUUDISTUS (1999)
- 21 Heikki Heikkilä–Risto Kunelius  
JULKISUUSKOE  
Kansalaiskeskustelun opetuksia koneistoille (2000)
- 22 Marjaana Kopperi  
VASTUU HYVINVOINNISTA (2000)
- 23 Lauri Hautamäki  
MAASEUDUN MENESTYJÄT  
Yritykset kehityksen vetureina (2000)
- 24 Paavo Okko–Asko Miettälä–Elias Oikarinen  
MUUTTOLIIKE PAKOTTAA RAKENNEMUUTOKSEEN (2000)
- 25 Olavi Borg  
TIEDON VAJE KUNNISSA (2000)
- 26 Max Arhippainen–Perttu Pyykkönen  
KIINTEISTÖVERO KUNNALLISTALOUEDESSA (2000)
- 27 Petri Böckerman  
TYÖPAIKKOJEN SYNTYMINEN  
JA HÄVIÄMINEN MAAKUNNISSA (2001)
- 28 Aimo Ryyänen  
KUNTAYHTEISÖN JOHTAMINEN (2001)

- 29 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen  
LUOTTAMUSHENKILÖ JA VALTA  
Edustuksellisen kunnallisdemokratian mahdollisuudet (2001)
- 30 Terho Pursiainen  
KUNTAETIIKKA  
Kunnallisen arvokeskustelun kritiikkiä (2001)
- 31 Timo Tohmo–Jari Ritsilä–Tuomo Nenonen–Mika Haapanen  
JARRUA MUUTTOLIIKKEELLE (2001)
- 32 Arvo Myllymäki–Eija Tetri  
RAHA-AUTOMAATTIYHDISTYS KANSALAISPALVELUJEN RA-  
HOITTAJANA (2001)
- 33 Anu Pekki–Tuula Tamminen  
LAPSEN EHDOILLA (2002)
- 34 Lauri Hautamäki  
TEOLLISTUVA MAASEUTU  
– menestyvät yritykset maaseudun voimavarana (2002)
- 35 Pertti Kettunen  
KUNTIEN ELOONJÄÄMISEN TAITO (2002)
- 36 MAAKUNTIEN MERKITYS JA TEHTÄVÄT (2003)
- 37 Marko Taipale–Max Arhippainen  
ANSIOTULOVAHENNYS, JAETTAVAT YRITYSTULOT  
JA KUNTIEN VEROPOHJA (2003)
- 38 Jukka Lassila–Tarmo Valkonen  
HOIVARAHASTO (2003)
- 39 Pekka Kettunen  
OSALLISTUA VAI VAIKUTTAA? (2004)
- 40 Arto Ikola–Timo Rothovius–Petri Sahlström  
YRITYSTOIMINNAN TUKEMINEN KUNNISSA (2004)
- 41 Päivi Kuosmanen–Pentti Meklin–Tuija Rajala–Maarit Sihvonen  
KUNNAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA SOPIMASSA (2004)
- 42 Pauli Niemelä  
SOSIAALINEN PÄÄOMA SUOMEN KUNNISSA (2004)
- 43 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen  
TARKASTUSLAUTAKUNTA KUNNAN PÄÄTÖKSENTEOSSA (2004)
- 44 Aimo Ryynänen  
KUNNAT VALTION VALVONNASSA (2004)

- 45 Antti Peltokorpi–Jaakko Kujala–Paul Lillrank  
KESKENERÄISEN POTILAAN KUSTANNUKSET  
Menetelmä kunnille terveystalouden tuotannon suunnitteluun ja  
ohjaukseen (2004)
- 46 Pentti Puoskari  
KUNTA JA AMMATTIKORKEAKOULU (2004)
- 47 Timo Nurmi  
KUNTIEN ARVOPERHEET (2005)
- 48 Jarna Heinonen–Kaisu Paasio  
SISÄINEN YRITTÄJYYS KUNTATYÖSSÄ (2005)
- 49 Soili Keskinen  
TUTKIMUS ALAISTAIDOISTA KUNNISSA  
(verkkojulkaisu 2005)
- 50 Heikki A. Loikkanen–Ilkka Susiluoto  
PALJONKO VERORAHOILLA SAA? (2005)
- 51 Arvo Myllymäki–Päivi Kalliokoski  
VALTIO, KUNTA JA EUROOPAN UNIONI  
Unionijäsenyyden vaikutus valtion ja  
kuntien taloudelliseen päätösvaltaan (2006)
- 52 Aini Pehkonen  
MAAHANMUUTTAJAN KOTIKUNTA (2006)
- 53 Toivo Pihlajaniemi  
KUNTARAKENNE MURROKSESSA  
(verkkojulkaisu 2006)
- 54 Satu Nivalainen  
PENDELÖINKÖ VAI MUUTANKO?  
Työvoiman liikkuvuus kuntien välillä (2006)
- 55 Jouni Kaipainen  
KUNTIEN ROSKASOTA (2006)
- 56 Vesa Vesterinen  
KUNTA JA YHTIÖITTÄMINEN (2006)
- 57 Maria Solakivi–Matti Virén  
KUNTIEN HENKILÖSTÖ, TEHOKKUUS JA KUNTAKOKO (2006)
- 58 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko  
VESIHUOLLON HAAVOITTUVUUS  
(verkkojulkaisu 2007)

- 59 Elina Viitanen–Lauri Kokkinen–Anne Konu–Outi Simonen–  
Juha V. Virtanen–Juhani Lehto  
JOHTAJANA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA (2007)
- 60 Jouni Ponnikas–Timo Tiainen–Johanna Hätälä–Jarmo Rusanen  
SUOMI JA ALUEET 2030  
– toteutunut kehitys, ennakointia ja skenaariot (2010)
- 61 Ritva Pihlaja  
KOLMAS SEKTORI JA JULKINEN VALTA (2010)
- 62 Pekka Pietilä–Tapio Katko–Vuokko Kurki  
VESI KUNTAYHTEISTYÖN VOITELUAINEENA (2010)
- 63 Pasi Holm–Janne Huovari  
KUNNAT VEROUUDISTUKSEN MAKSAJINA? (2011)
- 64 Irene Roivainen–Jari Heinonen–Satu Ylinen  
KÖYHÄ BYROKRATIAN RATTAISSA (2011)
- 65 Anu Hakonen–Kiisa Hulkko-Nyman  
KUNNASTA HOUKUTTELEVA TYÖPAIKKA? (2011)
- 66 Markku Sotarauta–Toni Saarivirta–Jari Kolehmainen  
MIKÄ ESTÄÄ KUNTIEN UUDISTUMISTA? (2012)
- 67 Eero Lehto  
VOIKO ÄÄNESTÄMÄLLÄ VAIKUTTA KUNTAVEROIHIN? (2012)
- 68 Kirsi Kuusinen–James  
TUOKO PALVELUSETELI VALINNANVAPAUTTA? (2012)
- 69 Leena Forma–Marja Jylhä–Mari Aaltonen–Jani Raitanen–  
Pekka Rissanen  
VANHUUDEN VIIMEISET VUODET  
– pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä (2012)
- 70 Niina Mäntylä–Jonna Kivelä–Seija Ollila–Laura Perttola  
PELASTAKAA KOULUKIUSATTU!  
– koulun vastuu, puuttumisen muodot ja ongelmat oikeudellisessa  
tarkastelussa (2013)
- 71 Juhani Laurinkari–Kirsi Rönkä–Anja Saarinen–Veli-Matti Poutanen  
PALVELUT TOIMIMAAN  
– tapaturmissa vammautuneiden nuorten puheenvuoro (2013)
- 72 Signe Jauhiainen–Janne Huovari  
KUNTARAKENNE JA ALUEIDEN ELINVOIMA  
– laskelmia väestöstä, työpaikoista ja kuntataloudesta (2013)

- 73 Riitta Laakso  
MISTÄ KOTI HUOSTAANOTETULLE LAPSELLE?  
(verkkojulkaisu 2013)
- 74 Vuokko Niiranen–Minna Joensuu–Mika Martikainen  
MILLÄ TIEDOLLA KUNTIA JOHDETAAN? (2013)
- 75 Niko Hatakka–Erkka Railo–Sini Ruohonen  
KUNTAVAALIT 2012 MEDIASSA (2013)
- 76 Hannu Kytö ja Monika Kral-Leszczynska  
MUUTTOLIIKKEEN VOITTAJAT JA HÄVIÄJÄT  
– tutkimus alueiden välisistä muuttovirroista (2013)
- 77 Sakarias Sokka, Anita Kangas, Hannu Itkonen, Pertti Matilainen &  
Petteri Räisänen  
HYVINVOINTIA MYÖS KULTTUURI- JA LIKUNTAPALVELUISTA  
(2014)
- 78 Petra Kinnula, Teemu Malmi & Erkki Vauramo  
SISÄLTÖÄ SOTE-UUDISTUKSEEN  
Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun (2014)
- 79 Hagen Henry, Jarmo Hänninen, Seija Paksu ja Päivi Pylkkänen  
OSUUSTOIMINNASTA VALOA VANHUSPALVELUIHIN (2014)
- 80 Toni Mättö, Jukka Pellinen, Antti Rautiainen ja Kari Sippola  
TALOUSOHJAUS TERVEYSASEMILLA  
– näennäisohjaus luo näennäistehokkuutta (2014)



KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö rahoittaa kuntia palvelevaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Tavoitteena on tukea ja parantaa kuntien ja niiden organisaatioiden toimintamahdollisuuksia.

Rahoitamme hankkeita ja tutkimuksia, joiden arvioimme olevan kuntien tulevaisuuden kannalta keskeisimpiä. Tuloksien tulee olla sovellettavissa käytäntöön. Rahoitettavilta hankkeilta edellytetään ennakkoluulotonta ja uutta uraa luovaa otetta.

Säätiöllä on *Polemiikki*-niminen asiakaslehti ja kaksi julkaisusarjaa:

*Polemia-sarja*, jossa käsitellään kunnille tärkeitä strategisia kysymyksiä ajattelua herättävällä tavalla.

*Tutkimusjulkaisut-sarja*, jossa julkaistaan osa säätiön rahoittamista tutkimuksista. Pääosa säätiön rahoittamista tutkimuksista julkaistaan tekijätahon omissa julkaisusarjoissa.

Toimintamme ja julkaisumme esitellään tarkasti kotisivuillamme [www.kaks.fi](http://www.kaks.fi).

Vuonna 1990 perustettu itsenäinen säätiö rahoittaa toimintansa sijoitus-tuotoilla.

|                                                                          |                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoite                                                                   | Fredrikinkatu 61 A<br>00100 Helsinki                                                                    |
| Asiamies                                                                 | Antti Mykkänen, <a href="mailto:antti.mykkanen@kaks.fi">antti.mykkanen@kaks.fi</a> ,<br>p. 0400 570 087 |
| Tutkimusasiames                                                          | Veli Pelkonen, <a href="mailto:veli.pelkonen@kaks.fi">veli.pelkonen@kaks.fi</a> ,<br>p. 0400 815 527    |
| Taloudenhoitaja                                                          | Anja Kirves, <a href="mailto:anja.kirves@kaks.fi">anja.kirves@kaks.fi</a> ,<br>p. 0400 722 682          |
| Tutustu kotisivuihimme ( <a href="http://www.kaks.fi">www.kaks.fi</a> )! |                                                                                                         |

Toni Mättö, Jukka Pellinen,  
Antti Rautiainen ja Kari Sippola

## Talousohjaus terveysasemilla

Kun sairastun, otan yhteyttä terveysasemalle, jossa pääsen lääkärin tai hoitajan vastaanotolle. Odotan nopeaa pääsyä vastaanotolle ja kiireetöntä hoitokohtaamista. Minkälaiset edellytykset avoterveydenhoidon organisaatioilla on tähän, kun raha ja muut resurssit asettavat rajat?

Kustannustehokkuuden ja -vaikuttavuuden on oltava keskeisellä sijalla myös terveysasemien johtamisessa. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, kuinka talousjohtamista sovelletaan avoterveydenhoidossa.

Havaitsimme muun muassa, että vain näennäisesti käytössä olevat ohjauskeinot luovat parhaimmillaankin näennäistä tehokkuutta.

Esittelemme tässä myös joukon talousjohtamiseen liittyviä ongelmia ja niiden mahdollisia ratkaisuja. Tutkimus on toteutettu Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulussa.



**kaks.fi**  
KUNNALLISALAN  
KEHITTÄMISSÄÄTIÖ



9 789527 072059