TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamistieteiden laitos

TERVEYDENHUOLTOPALVELUJEN TUOTTEISTAMINEN

CASE HATANPÄÄN SAIRAALA

Yrityksen taloustiede, markkinointi
Pro gradu -tutkielma
Maaliskuu 2010

Ohjaaja: Pekka Tuominen

Kristian Valkama

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamistieteiden laitos, yrityksen taloustiede, markkinointi
Tekijä:	VALKAMA, KRISTIAN

Tutkielman nimi:	Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistaminen Case Hatanpään sairaala
Pro gradu -tutkielma	80 sivua, 8 liitesivua
Aika:	Maaliskuu 2010
Avainsanat:	Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistaminen, tuotteistamisprosessi, DRG

Terveydenhuollon toimintaympäristö on myllerryksessä hoitoprosessien kehittyessä ja toiminnan muuttuessa esimerkiksi väestön ikääntymisestä johtuen. Tämä uhkaa lisätä jo entuudestaan suuria terveydenhuoltokustannuksia, vaikka yhteiskunnan paine on päinvastainen: kustannuksia on pyrittävä alentamaan. Toiminnan tehostamiselle on siis kova tarve.

Tässä tutkimuksessa tutkitaan terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamista. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamista Hatanpään sairaalassa. Tutkimuksessa kartoitetaan Hatanpään sairaalan tuotteistamisen nykytila, syvennytään sairaalan tuotteistamisprosessiin ja sen strategisiin tekijöihin, sekä perehdytään terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisessa yleisesti käytettyyn menetelmään, Diagnosis Related Groups (DRG) -potilasryhmittelyyn.

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen tutkimus, jonka tutkimusstrategiassa yhdistyvät tapaustutkimus ja toimintatutkimus. Empiirisen aineiston keruussa on hyödynnetty teemahaastattelua sekä osallistuvaa havainnointia. Empiirisessä osuudessa terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen teoreettista synteesiä on sovellettu kohdeorganisaation tuotteistamisprosessin keskeisten tekijöiden analyysiin. Varsinaisia tutkimushaastatteluja toteutettiin yhteensä kaksitoista. Niissä oli osallisena yli kaksikymmentä henkilöä, jotka edustavat Pirkanmaalaisia terveydenhuollon asiantuntijoita, Hatanpään sairaalan ylintä johtoa, sekä terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen kansallisia asiantuntijoita. Aineistossa on hyödynnetty lisäksi sairaalan johdon toimittamia lähdeaineistoja.

Tutkimusraportissa lukijalle pyritään muodostamaan kokonaisvaltainen kuva kohdeorganisaation monimutkaisesta tuotteistamisprosessista. Sen lähtökohtana ovat organisaation toimintastrategia ja sitä ohjailevat ulkoiset ja sisäiset strategiset vaikuttimet. Kun tuotteistamisen lähtökohdat on selvitetty, valitaan toimintastrategiaan parhaiten soveltuva tuotteiden modulaarinen muodostamismenetelmä. Prosessin lopputuloksena syntyy perusta oikeelliselle hinnoittelulle, tuotteiden vertailulle ja riskien arvioinnille. Lisäksi mahdollistetaan toiminnan tehokas seuranta.

Tuotteistamisprosessin läpivientiä ja jalkauttamista organisaatioon voidaan edesauttaa useilla varsinaista toteutusprosessia kartoittavilla ja tukevilla tehtävillä. Tämän tutkimuksen tuloksena luodaan tätä tuotteistamistyötä tukeva empirialähtöinen toimintamalli.

ABSTRACT

University of Tampere Department of Management Studies, Marketing

Author: VALKAMA, KRISTIAN
Title: The productization of health care services
Case Hatanpää Hospital
Master's Thesis 80 pages, 8 appendix pages
Date: March 2010
Keywords: The productization of health care services,
the productization process, DRG

The health care service environment is experiencing heavy turbulence as the balance between public and private operators shifts. With recent advances in medicine and the continuous development of service processes, the cost of public health care is increasing. However, society calls for the opposite: a dramatic cut in costs. Thus, there is an acute need for an increase in efficiency.

This thesis studies the productization of health care services. The purpose of the research is to elaborate and analyze the productization of health care services provided by Hatanpää hospital. The study maps the present state of the hospital's service offering, examines the hospital's productization process with its key strategic elements, and familiarizes the reader with a productization methodology commonly used in the public health care sector i.e. Diagnosis Related Groups (DRG). Productization, as intended in this study, is the systematic development of a service offering by modular standardization and a product-like approach towards pricing, process management and risk evaluation.

The study is conveyed to the reader as a qualitative case study. The empirical data has been collected by the use of theme interviews, both telephone and in person. In total, twelve theme interviews were carried out with over twenty interviewees representing the top management of HASA, Finnish health care experts, and national productization specialists. In addition, seminar reports and other literature were provided by HASA's management and utilized as empirical data.

The structure of the research report has been designed to provide a conceptualized understanding of the productization of health care services, notably the productization process in the target organization. The starting point of the process is mapped to the organization's strategic plan. Internal and external factors that affect the process in the strategic planning phase are also analyzed. The second phase of the process comprises the modular formation of the product offering. The third and final phase of the process focuses on pricing. Once the process has been implemented, a foundation has been laid for efficient pricing, risk evaluation, and coherent internal reporting. At its best, the productization process can be viewed as an iterative function – a means of improving efficiency.

As a result of this study, an empirically derived model has been formed to support the successful implementation of the productization process for health care services. The model maps key proactive and supportive internal functions that assist implementation.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS
LUETTELO KUVIOISTA
LUETTELO TAULUKOISTA

1 JOHDANTO 6
1.1 Terveydenhuoltopalvelut Suomessa 6
1.2 Terveydenhuoltopalvelujen reformi 8
1.3 Tutkimuksen tarkoitus ja keskeiset rajaukset 10
1.3.1 Tutkimusongelman asettelu ja tutkimuskysymykset 10
1.3.2 Tutkimusalueen rajaukset ja oletukset 10
1.3.3 Aiempi tutkimus ja lähdekritiikki 11
1.4 Tutkimuksen rakenne 13

2 TERVEYDENHUOLTOPAVLELUT JA NIIDEN TUOTTEISTAMINEN 14
2.1 Terveydenhuollon palvelutuotanto 14
2.1.1 Palveluprosessi 14
2.1.2 Terveydenhuollon palvelu- ja kulutusprosessit 16
2.1.3 Terveydenhuollon palvelutuotannon ominaispiirteet 17
2.2 Tuotteistaminen tehostamisen välineenä 19
2.3 Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessi ja sen strategiset tekijät 22
2.3.1 Organisaation toimintastrategian muodostaminen 24
2.3.1.1 Ulkoiset tekijät 25
2.3.1.2 Sisäiset tekijät 27
2.3.2 Tuotteiden muodostaminen 29
2.3.3 Tuotteiden hinnoittelu, vertailu ja riskien arviointi 31
2.4 DRG-potilasryhmittely tuotteistamismenetelmänä 34

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN 38
3.1 Tutkimuksen metodologia 38
3.2 Tutkimusstrategia 39
3.2.1 Tapaustutkimus 39
3.2.2 Toimintatutkimus 41
3.3 Tutkimusmetodit ja empirian hankinta 42
3.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi 44

4 TERVEYDENHUOLTOPALVELUJEN TUOTTEISTAMINEN JA SITÄ TUKEVA TOIMINTAMALLI HATANPÄÄN SAIRAALASSA ... 47
4.1 Hatanpään sairaala ja tuotteistamisen nykytila ... 47
4.2 Tuotteistamisprosessi ja sen strategiset tekijät Hatanpään sairaalassa ... 49
4.2.1 Organisaation toimintastrategian muodostaminen ... 50
4.2.1.1 Ulkoiset tekijät ... 53
4.2.1.2 Sisäiset tekijät ... 54
4.2.2 Tuotteiden muodostaminen ... 56
4.2.3 Tuotteiden hinnoittelu, vertailu ja riskien arviointi ... 58
4.3 DRG-tuotteistamisprosessi ja siihen liittyvät valinnat ... 60
4.4 Hatanpään sairaalan tuotteistamisprosessia tukeva toimintamalli ... 63
4.4.1 Tuotteistamisprosessin suunnittelu ja toteutus ... 63
4.4.2 Tuotteistamisprosessia kartoittavat tehtävät ... 64
4.4.3 Tuotteistamisen vaihtoehtoiset toteutusprosessit ... 65
4.4.4 Toteutusprosessia tukevat tehtävät ... 67
4.5 Johtopäätökset ... 68
5 YHTEENVETO ... 72
LÄHTEET ... 75
LIITTEET ... 81
LIITE 1: Teemahaastattelurunko ... 81
LIITE 2: Hatanpään sairaalan DRG-selvitystä täydentävät kysymykset ... 83
LIITE 3: Luettelo varsinaisista tutkimushaastatteluista ... 84
LIITE 4: Luettelo tutkimuskokonaisuuden muista tapaamisista ... 85
LIITE 5: Luettelo kohdeorganisaation toimittamista lähdemateriaaleista ... 86
LIITE 6: Kuntalaskutuksen ja DRG-tuotteistuksen vaiheistus Pirkanmaan Sairaanhoitopiirissä ... 87
LIITE 7: Tilaaja–tuottaja-perusmalli Tampereella ... 88

LUETTELO KUVIOISTA

Kuvio 1. Teoreettisen viitekehyksen kytkökset tutkimuksen empiriaan……..13
Kuvio 2. Tuotteistamisen vaikutukset organisaation toimintaan……..21
Kuvio 3. Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessi…….23
Kuvio 4. Potilashoitosuhteen muodostuminen…….29
Kuvio 5. Hinnoittelun riskin jakautuminen erilaisissa tuotteistamismalleissa tilaajan ja tuottajan riskifunktiona…….33
Kuvio 6. DRG-potilasryhmittely ja hinnan määräytyminen…….36
Kuvio 7. Tuotteistamisprosessi Hatanpään sairaalassa…….50
Kuvio 8. Tuotteistamisprosessin suunnittelua ja toteutusta tukeva toimintamalli……....64

LUETTELO TAULUKOISTA

Taulukko 1. Hatanpään sairaalan keskeiset tunnusluvut……..48

1 JOHDANTO

”Terveydenhuollon toimintaympäristö on myllerryksessä hoitoprosessien kehittyessä ja toiminnan muuttuessa esimerkiksi väestön ikääntymisestä johtuen. Tämä uhkaa lisätä jo entuudestaan suuria terveydenhuoltokustannuksia, vaikka yhteiskunnan paine on päinvastainen: kustannuksia pyritään alentamaan. Toiminnan tehostamiselle on siis kova tarve (Väihinpää ym. 2009)*.”*

1.1 Terveydenhuoltopalvelut Suomessa

Suomen laki määrittelee keskeiset kansanterveystyön ja sairaanhoidon palvelut, jotka kuntien on järjestettävä. Nämä julkiset terveydenhuoltopalvelut on jaettu perusterveydenhuoltoon (PTH) ja erikoissairaanhoitoon (ESH). Perusterveydenhuoltoa toteutetaan yleensä kuntien terveyskeskuksissa. Vaihtoehtoisesti kunta voi kuulua kuntaliittymään, jolla on yhteinen terveyskeskus. Osa kunnista turvautuu yhä enenevissä määrin yksityisten palveluntarjoajien tuotantoon. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat lisäksi äitiys- ja lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus sekä hammashuolto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Kuntien vastuulla on myös erikoissairaanhoidon järjestäminen. Jokaisen kunnan on kuuluttava sairaanhoitopiiriin, joita on Suomessa yhteensä 20. Sairaanhoitopiirin tuottamat palvelut määritellään kuntien kanssa tehdyissä palvelusopimuksissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) on erikoissairaanhoidon kuntayhtymä, johon kuuluu 28 pirkanmaalaista kuntaa. Tampere on yksi PSHP:n jäsenkunnista. Erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan pääosin sairaanhoitopiirien kuntayhtymien toimesta, mutta yksityinen sektori kasvattaa jatkuvasti osuuttaan erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta. Nykyisin joka viides terveydenhuoltoalan työntekijä työskentelee jo yksityisellä sektorilla.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan pääasiassa verovaroin**.** Valtio maksaa kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta, jonka suuruus määräytyy esimerkiksi kunnan asukasluvun, ikärakenteen ja työttömyysasteen perusteella. Sosiaali- ja terveystoimen menot olivat vuonna 2007 noin 16,1 miljardia euroa, joista terveydenhuollon menojen osuus

oli noin 14,7 miljardia euroa. Tämä oli lähes puolet kuntien kokonaismenoista eli 8,2 prosenttia bruttokansantuotteesta. Luku on edelleen alle OECD-maiden keskitason. Vuonna 2006 kunnat rahoittivat terveydenhuollon kokonaiskustannuksista 39 prosenttia, valtio 23 prosenttia, sairausvakuutus 15 prosenttia, kotitaloudet 19 prosenttia ja muut yksityiset kuten esimerkiksi vakuutuslaitokset 5 prosenttia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Suomea lukuun ottamatta kaikissa muissa OECD-maissa terveydenhuollon kustannukset ovat kohonneet nopeammin kuin BKT. Keskimäärin OECD-maissa terveydenhuollon kustannukset ovat noin 9 prosenttia ja useissa suurissa kansantalouksissa yli 11 prosenttia BKT:sta. Yhdysvalloissa vastaava luku on peräti 15,3 % (OECD Annual Report 2007). Kustannusten kasvun ollessa keskimäärin suurempaa kuin BKT:n kasvu, aiheuttaa tämä käytännössä hoidon laadun heikkenemistä.

Väestön ikääntyminen tulee olemaan sodan jälkeisen syntyvyysboomin vuoksi Suomessa poikkeuksellisen nopeaa, vaikka osa suurista ikäluokista onkin muuttanut maasta. Kun tarkastellaan 60 vuotta täyttäneiden määrän suhdetta työikäisten (20–59-vuotiaat) määrään (vanhushuoltosuhde), oli Suomi 2000-luvun alussa EU:n keskimääräisellä tasolla. Ennusteiden mukaan jo vuonna 2015 suhde on Suomessa EU-maiden korkein. Tämä kehitys korostuu, kun muistetaan, että vielä vuosina 1975 ja 1985 vanhushuoltosuhde Suomessa oli alhaisempi kuin muissa EU-maissa. Kyseisen suhteen voimakas muutos tulee vaikuttamaan tulevaisuuden terveydenhuoltopalvelujen tuotantoon. Vielä nyt työmarkkinoille tuloiässä olevia on Suomessa yli neljännes enemmän kuin poistumaiässä olevia, mutta jo vuonna 2010 heitä on viidennes vähemmän. Suomi siirtyy siten pysyvästi supistuvan työvoiman tarjonnan aikaan, ellei maahan muutto ole ennakoitua selvästi suurempaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Vaikka suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä mielletään laadukkaaksi ja tehokkaaksi, tehostamisen varaa on vielä paljon. Suomi on harvoja Euroopan maita, jossa omalääkäriä ei voi valita. Suomessa terveydenhuollon laatua on pyritty parantamaan esimerkiksi hoitotakuulla, jossa lainsäädännöllä taataan potilaan oikeus hoitoon; Erikoissairaanhoitoa vaativan potilaan on päästävä kuuden kuukauden sisällä kiireettömään hoitoon ja kiireellinen hoito on annettava välittömästi. Tulevaisuuden tehostamistarpeisiin pyritään vastaamaan muun muassa kehittämällä palveluiden laatua ja uusia hoitomenetelmiä, tehostamalla

terveydenhuoltoverkoston potilasvirtojen hallintaa, sekä tuotteistamalla terveydenhuollon palvelutarjonta hinnoittelun parantamiseksi.

1.2 Terveydenhuoltopalvelujen reformi

Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana usean länsimaan terveydenhuoltosektori on läpikäynyt perusteellisen reformin. Sen keskeisimpiin muutoksiin lukeutuvat julkisten toimijoiden yksityistäminen, rahoituspohjan muuttuminen markkinalähtöisemmäksi, uudenlaiset sairausvakuutusohjelmat, sekä yleisesti toimintamallien ja johtamisen modernisointi. Näiden muutosten yhtenevänä tavoitteena on ollut tehokkuuden parantaminen terveydenhuollon palvelutuotannossa (Ellwood 1996; Lapsley 1994; Lowe 2000; teoksessa Barretta 2008, 209). Pitkän tähtäimen kestävä kehitys edellyttää kustannustehokkuuden ohessa sitä, että erityistä huomiota kiinnitetään lisäksi palvelutuotannon laatuun (Lytie ym. 1992, 1).

Alan nouseviin kustannuksiin ja kasvaviin potilaiden odotuksiin on vastattu soveltamalla liiketaloudellisia toiminta- ja johtamismalleja myös julkisten terveydenhuoltopalvelujen tuotantoon ja johtamiseen. Tämän seurauksena myös asenteet potilaita kohtaan ovat muuttuneet: potilas nähdään usein asiakkaana (Bansal 2004, 180). On havaittu, että yksityisten ja julkisten toimijoiden samanaikaisella kilpailulla ja yhteistoiminnalla voidaan saavuttaa tehokkaasti toimivia terveydenhuollon organisaatioverkostoja, joissa jokaisella toimijalla on oma spesifi roolinsa. Edellytyksenä on kuitenkin julkisen sektorin ja yksityisten toimijoiden yhteistoiminta sekä aito halu tehdä yhteistyötä (Barretta 2008, 211). Jotta yhteistoiminta ja kilpailu voivat samanaikaisesti toteutua, tarvitaan yhteismitallisia ja vertailukelpoisia tuotteita, tehokkaita hinnoittelumenetelmiä ja tuotteistettuja palveluja (Aaltonen 2007, 6).

Terveydenhuollon palvelutuotannon tehostamiseen kehitettiin 1990-luvun useiden uudistusten joukossa tilaaja–tuottaja-malli (TILTU). Mallissa tilaaja (kunta) ja tuottaja (sairaanhoitopiiri) pyritään erottamaan sekä organisatorisesti että rooleiltaan toisistaan. TILTU-mallia voidaan soveltaa sellaisissa kansallisissa terveyspalvelujärjestelmissä, joissa palveluiden rahoittajana ja tuottajana toimii sama taho. Malli pyrkii markkinatalouden tapaiseen toimintaan, jolloin tuotannonohjausta ja tehokkuutta voidaan teoriassa kehittää. Valkaman (1994,14) mukaan

julkishallinnon tilaaja–tuottaja-malli voidaan nähdä eräänlaisena sovelluksena markkinatalouden jokapäiväisestä toimintamallista käytännössä. Hyötyjen realisoituminen edellyttää kuitenkin tuotteistettuja palveluja, kehittynyttä kustannuslaskentaa ja hankintaosaamista, sekä mallin käyttöä tukevia organisaatiorakenteita ja hallintoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Tilaaja–tuottaja-perusmallia havainnollistetaan liitteessä 7.

Kustannusten kasvun ja palveluiden turvaamisen ongelmat kärjistyvät sosiaali- ja terveydenhuollossa. Uudistusten onnistumiselle on välttämätöntä perusterveydenhoidon, erikoissairaanhoidon ja osin sosiaalitoimen kytkeminen yhteen nykyistä tehokkaammin, toisin sanoen hoitoketjun tehostaminen kokonaisuutena. Terveydenhuollossa on myös merkittävästi käyttämättömiä mahdollisuuksia tietoteknologian hyödyntämiselle sekä palveluiden tuottamistapojen monipuolistamiselle. Tilaaja–tuottaja-ajattelua ja tuotantotapojen monipuolistamista voidaan edesauttaa, jos terveydenhuollossa siirrytään ainakin osittain liikelaitos- tai osakeyhtiömuotoon palveluja tuotettaessa (Vanhanen 2005).

1990-luvulla terveydenhuoltojärjestelmän kehityksen keskeisenä suuntauksena voidaan nähdä markkinaehtoisuuden lisääntyminen Suomen kaltaisissa maissa, joissa terveydenhuolto on rahoitettu pääosin verovaroin (Kilpailuvirasto 2001). Lähitulevaisuudessa on odotettavissa, että terveyspalvelujen tuotantoa EU-alueella avataan ja kilpailu lisääntyy yksityisten ja nykyisin julkisten tuottajien välillä. Kilpailu voimistuu kun toimijoiden määrä markkinoilla kasvaa ja yksityinen sektori lisää markkinaosuuttaan palvelujen tuotannossa. Poliittisessa päätöksenteossa on hiljattain herätty keskustelemaan näistä muutoksista sekä niiden vaikutuksista tuotantoon. Esillä ovat myös kysymykset liiketaloustieteiden toiminta- ja johtamismallien hyödyntämisestä, tuotannon ulkoistamisesta, sekä yksiköiden yhtiöittämisestä julkisen terveydenhuollon palvelutuotannossa. On pyrittävä löytämään sopivin terveyspalvelujen tuottamismuoto tai muotojen yhdistelmä, joka vastaa parhaiten terveydenhuollon asiakkaiden tarpeita käytössä olevien taloudellisten voimavarojen puitteissa.

1.3 Tutkimuksen tarkoitus ja keskeiset rajaukset

1.3.1 Tutkimusongelman asettelu ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tutkitaan terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamista. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamista Hatanpään sairaalassa. Tutkimuksessa kartoitetaan Hatanpään sairaalan tuotteistamisen nykytila, syvennytään sairaalan tuotteistamisprosessiin ja sen strategisiin tekijöihin, sekä perehdytään terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisessa yleisesti käytettyyn menetelmään, Diagnosis Related Groups (DRG) -potilasryhmittelyyn.

Tutkimuksen tarkoitusta täsmentävät seuraavat Hatanpään sairaalaan liittyvät tutkimuskysymykset:

1. Millainen on tuotteistamisen nykytila?
2. Millainen on terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessi?
3. Mitkä strategiset tekijät kuvaavat ja ohjaavat tuotteistamista?
4. Millainen on DRG-tuotteistamisprosessi?
5. Millaiset tehtävät tukevat onnistunutta tuotteistamisprosessia?

Tutkimusraportissa lukijalle pyritään muodostamaan kokonaisvaltainen kuva monimutkaisesta terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessista ja tuotteistamista ohjaavista strategisista tekijöistä. Tutkimuksessa esitellään lisäksi DRG-tuotteistamisprosessi ja siihen liittyvät valinnat sekä luodaan tuotteistamisen jalkauttamista tukeva toimintamalli.

1.3.2 Tutkimusalueen rajaukset ja oletukset

Tutkimus rajataan koskemaan Hatanpään kantasairaalaa kohdeorganisaationa. Kokonaisuuden ymmärtämiseksi on kuitenkin tarpeellista tuoda esille Tampereen kaupungin terveydenhuoltopalvelujen tuotantoketjuun sekä tilaaja-tuottaja-malliin (TILTU) liittyvät olennaiset kytkökset. Terveydenhuoltopalveluilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa eritoten erikoissairaanhoidon palveluja ja asiakkaalla viitataan yleisesti potilaaseen.

Tuotteistaminen nähdään tutkimuksessa palveluprosesseja systematisoivana menetelmänä, liiketaloudellisena johtamisen keinona sekä kannattavan hinnoittelun ja riskianalyysin

mahdollistavana menetelmänä (ks. Aaltonen ym. 2007; Jaakkola ym. 2007; Parantainen 2007; Sipilä 1996). Tuotteistamista tarkastellaan tuotteistamisprosessin ja sitä ohjaavien keskeisten strategisten tekijöiden keinoin. Tuotteistamiseen, ja siten tutkimuskokonaisuuteen, sisältyvät tuotteiden modulaariseen muodostamiseen sekä tuotteiden vertailuun ja hinnoittelun riskeihin liittyvät tekijät. Tutkimuksessa lähestytään tuotteistamisen tekijöitä erityisesti kahdesta strategisesta näkökulmasta: Sisäisestä näkökulmasta, johon liittyvät organisaation resurssit ja tuotteiden muodostamiseen liittyvät tekijät sekä ulkoisesta näkökulmasta, johon liittyvät ulkoinen toimintaympäristö ja toimintaa säätelevien tahojen toiminta. Tutkimusaluetta rajataan edelleen jättämällä syvällisen tarkastelun ulkopuolelle tuotteistamiseen liittyvät laadunhallinnan sekä asiakashyödyn näkökulmat.

Prosessilla tarkoitettaan joukkoa toisiinsa liittyviä toimintoja, tekijöitä ja niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla tuotanto- ja palvelutoiminnot muutetaan tuotteiksi. Prosessien kehittämisellä tavoitellaan yleensä parannuksia palvelun laatuun tai kustannustehokkuutta palvelutuotantoon. Prosessien tarkastelulla voidaan myös etsiä mahdollisia riskitekijöitä prosessin eri osavaiheissa (Valtiovarainministeriö 2008, 3).

1.3.3 Aiempi tutkimus ja lähdekritiikki

Akateemisessa kirjallisuudessa ei varsinaisesti tunneta *tuotteistamis*-termiä, siinä merkityksessä, missä sitä tässä tutkimuksessa hyödynnetään. Tuotteistamista sivuavista aihepiireistä ja palvelutoiminnan tehostamisesta on kuitenkin tarjolla laajasti aiempaa tutkimusta. Keskeisimpinä esimerkkeinä näistä aihepiireistä ja niissä hyödynnettävistä termeistä mainittakoon *massaräätälöinti, vakiointi ja standardointi*. Tuotteistamiseen (*productization*) liitetään angloamerikkalaisessa kirjallisuudessa usein uuden teknologian *kaupallistaminen* ja ohjelmistoteollisuus toimialana (Simula ym. 2008). Tuotteistaminen esiintyy usein myös kontekstissa, jossa palveluyritys pyrkii muokkaamaan aineetonta palvelulupaustaan ennalta määritellyn lopputuloksen tai hyödyn suuntaan (Alajoutsijärvi ym. 2000). Tässä tutkimuksessa tuotteistamisella viitataan palveluprosesseja systematisoivaan toimintaan, jota voidaan hyödyntää palvelutuotannon tehostamisessa ja oikeellisen hinnoittelun lähtökohtana. Tuotteistamisen merkitystä esitellään tarkemmin alaluvussa 3.1.

Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamiseen liittyvä tutkimustyö keskittyy tuotteistamiseen pääasiassa hinnoittelun ja kustannuslaskennan näkökulmasta (ks. Ellwood 1996; Fetter 1991; Mikkola ym. 2002). Kansainvälisesti on tutkittu laajalti potilasluokittelujärjestelmiä sekä niiden kytköksiä kustannuslaskentaan, tietojärjestelmiin ja hinnoitteluun, eritoten Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmään ja DRG-potilasryhmittelyyn keskittyvän tutkimuksen siivittämänä (ks. Alexander 2008; Altman ym. 2007; Fetter ym. 1986). Suomessa vastaava tutkimus on toistaiseksi alkutekijöissään (ks. Aaltonen ym. 2007; Björkgren 2002; Mikkola 1998 & 2002; Mättö 2004; Salonen 1995).

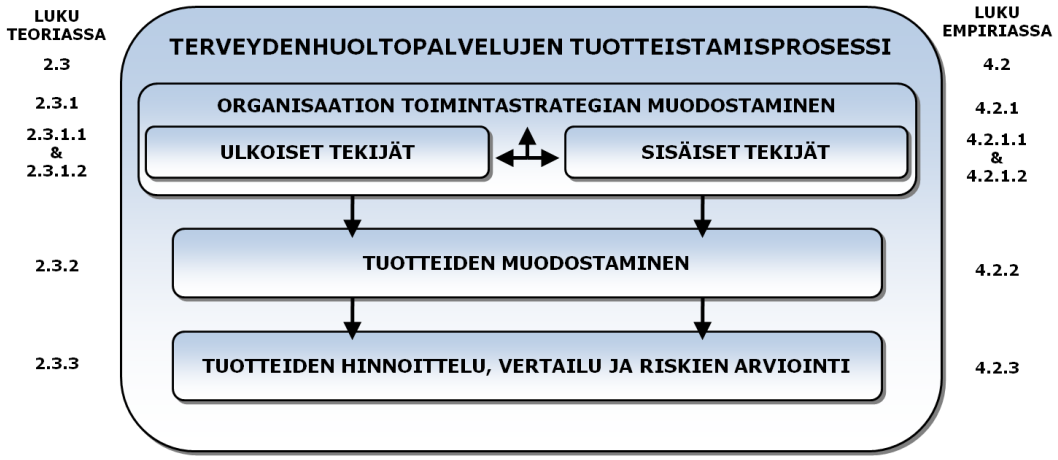
Suomessa toteutettiin Kuntaliiton toimesta Sairaaloiden tuotteistus (SATU) -hankkeen ensimmäinen vaihe vuosina 2005–2007. Hankkeessa selvitettiin potilasryhmittelyn hyödyntämistä sairaanhoitopiireissä erikoissairaanhoidon tuotteistamisen ja hinnoittelun lähtökohtana (Aaltonen ym. 2007). Tätä tutkimusta toteutettaessa SATU-hanke on siirtynyt toiseen kansalliseen vaiheeseen, jonka tavoitteena julkisille terveydenhuoltopalvelujen tuottajille pyritään luomaan yhdenmukaiset suositukset tuotteistamiseen liittyen. Kuntaliitto tähtääkin DRG-potilasryhmittelyyn perustuvan tuotteistamisjärjestelmän käyttöönottoon valtakunnallisesti jo lähivuosina. Tätä tutkimusta toteutettaessa Helsingin kauppakorkeakoulussa on meneillään aihepiiriin kytkeytyvä väitöskirjatutkimus Taru Lehtosen toimesta: DRG-pohjainen hinnoittelu ja kustannuslaskenta tehokkuuden tavoittelussa (HSE 2009).

Koska terveydenhuoltopalvelujen tuotteistaminen ja potilasluokittelujärjestelmät ovat suomalaisille suhteellisen tuoreita menetelmiä toiminnan tehostamiseen, tämä aiheuttaa useita käytännön haasteita organisaatioissa, joissa tuotteistamisprosessi pitäisi implementoida käytäntöön. Lisäksi on epäselvyyksiä menetelmien soveltuvuudesta eri toimijoille ja organisaatiomuodoille. Sairaalan johto tarvitsee tukea parhaiden tuotteistamismenetelmien kartoittamisessa – toimintaympäristön edellytykset huomioiden. Tuotteistamisessa on kiinnitettävä huomioita ulkoisten tekijöiden asettamiin rajoitteisiin, mutta toisaalta myös sellaisiin sisäisiin tekijöihin, joihin organisaatio itse voi vaikuttaa. Tässä tutkimuksessa rakennetaan terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessin teoreettinen synteesi olemassa olevaan kirjallisuuteen ja tutkimukseen pohjautuen. Potilasryhmittelyyn keskittyvien kustannuslaskenta- ja hinnoittelumenetelmien lisäksi synteesissä pyritään huomioimaan organisatorisen johtamisen tarpeet, tuotteistamisen toimintastrategian liittyvät kytkökset sekä vertailtavuus- ja riskitekijät.

1.4 Tutkimuksen rakenne

Tutkimusraportti koostuu yhteensä viidestä luvusta. Ensimmäisessä luvussa johdatellaan lukija aihepiiriin sekä esitellään tutkimuksen lähtökohdat, tutkimusongelma ja sen rajaus. Toisessa luvussa lukija perehdytetään lähemmin terveydenhuollon palvelutuotantoon ja sen ominaispiirteisiin. Näiden ominaispiirteiden ymmärtäminen on keskeisessä asemassa muodostettaessa tutkimuksen teoreettista viitekehystä. Teoreettinen viitekehys ja keskeiset teoreettiset lähtökohdat, joiden pohjalta tutkimus on laadittu, esitellään luvussa kaksi.

Kuviossa 1 havainnollistetaan tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen rakenteelliset kytkökset tutkimuksen empiiriseen osuuteen. Teoreettinen viitekehys on rakennettu itsenäisesti ja aineistolähtöisesti.



Kuvio 1. Teoreettisen viitekehyksen kytkökset tutkimuksen empiriaan.

Tutkimusraportin kolmannessa luvussa esitellään tutkimuksen tieteelliset lähtökohdat, tutkimusmenetelmät sekä tutkimusaineiston hankinta. Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen tapaustutkimus, jonka empiirisen aineiston keruussa hyödynnetään tutkimushaastatteluja sekä osallistuvaa havainnointia. Lisäksi empiiristä aineistoa täydentävät kohdeorganisaation toimittamat lähdeaineistot. Neljännen luvun alussa esitellään tutkimuksen kohdeorganisaatio, jonka jälkeen analysoidaan empiirinen aineisto tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen nojautuen. Luvun lopussa luodaan tuotteistamisprosessin läpivientiä tukeva toimintamalli, joka sisältää empirialähtöisesti tunnistettuja tuotteistamisprosessia kartoittavia ja tukevia tehtäviä. Viides luku on yhteenveto tutkimuskokonaisuudesta.

2 TERVEYDENHUOLTOPAVLELUT JA NIIDEN TUOTTEISTAMINEN

2.1 Terveydenhuollon palvelutuotanto

2.1.1 Palveluprosessi

Palvelut voidaan nähdä prosesseina, jotka koostuvat toiminnoista tai useiden toimintojen sarjasta. Tunnistamalla nämä toiminnot, ja siten palveluprosessin eri osakokonaisuudet, voidaan rajata mielekkäitä kokonaisuuksia strategista tarkastelua ja tehostamistoimia varten. Prosessien tunnistaminen käsittää keskeisten tavoitteiden, asiakkaiden, sekä vaadittavien resurssien, toimintojen ja suoritteiden määrittämisen (Virtanen ym. 2007, 116). Prosessien tehostamisella tavoitellaan yleensä parannuksia palvelun laatuun tai kustannustehokkuutta palvelutuotantoon. Prosessien tarkastelulla voidaan lisäksi kartoittaa mahdollisia riskitekijöitä prosessin eri osavaiheissa (ks. Valtiovarainministeriö 2008; Virtanen ym. 2007).

Organisaation strategia ja toimintaperiaatteet luovat lähtökohdat palveluprosesseille. Yksityisellä sektorilla palveluprosessi alkaa yleensä asiakkaasta ja päättyy asiakkaaseen (Virtanen ym. 2007, 117). Julkisten terveydenhuoltopalveluiden tuotannossa asia ei kuitenkaan ole yksiselitteisesti näin. Palvelujen prosessimaisesta luonteesta johtuen, tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamista ja tehostamista tuotteistamisprosessin keinoin.

Palveluprosessille on usein ominaista, että etukäteen valmistettu fyysinen tuote puuttuu vaihdannasta, mutta palvelu voi sisältää ja hyödyntää valmiita tuotteita osana kokonaispalvelua. Palvelu tuotetaan asiakkaan ja palveluntuottajan tiiviissä vuorovaikutuksessa, lisäksi palveluita tuotetaan ja kulutetaan soveltuvin osin samanaikaisesti. Palveluille tyypillisiä ominaispiirteitä ovat muun muassa niiden heterogeenisyys, aineettomuus sekä omistajuuden puute (ks. Grönroos 2000; Lovelock ym. 2004; Wolak ym. 1998; Zeithaml ym. 1985). Aineelliset eli fyysiset ominaisuudet muodostavat usein osan palvelusta ja vaikuttavat siten myös palvelun luonteeseen. Käytännössä suurin osa palveluista sisältää aineellisia ominaisuuksia tai tuotteita, jotka ylipäätään mahdollistavat palvelutuotannon (Bansal 2004; Lehtinen ym. 2005; Parasuraman 1988).

Grönroosin mukaan (2001, 225) palveluprosessi voidaan kuvata palvelupakettina, joka on konkreettisista ja aineettomista palveluista sekä hyödykkeistä koostuva kokonaisuus. Palvelupaketin osakokonaisuudet jaetaan yleensä kahteen luokkaan: ydinpalveluun sekä lisäpalveluihin, joita kutsutaan myös avustaviksi palveluiksi. Strategisesta johtamisnäkökulmasta palvelut voidaan luokitella kolmeen luokkaan (Grönroos 2001; Lehtinen ym. 2005; Lovelock 2004; Sipilä 1996): a) ydinpalvelu, b) avustavat palvelut sekä c) tukipalvelut.

Ydinpalvelut ovat välttämättömiä ja mahdollistavat palvelutoiminnan. Avustat palvelut laajentavat toimintamahdollisuuksia ja niiden avulla voidaan erikoistua tai laajentaa palvelutarjoomaa. Tukipalvelut eivät ole palvelutoiminnalle välttämättömiä, mutta johtamisnäkökulmasta, ja etenkin laadun varmistamiseksi, ne on syytä huomioida luokittelussa.

Edvardsson ym. (1996) mukaan palveluprosessin käsite voidaan määritellä vain organisaatiokohtaisesti. Palveluprosessi on tapahtumaketju, joka koostuu kolmesta osa-alueesta: palveluntuotannon edellytyksistä, palvelutapahtumasta sekä itse lopputuotoksesta asiakkaalle. Palveluiden heterogeenisyydestä johtuen tarkan palvelukäsitteen muodostaminen on usein haasteellista. Yhteneväisyys Grönroosin ajatteluun on kuitenkin löydettävissä muun muassa prosessimaisesta ajattelusta.

Asiantuntijapalvelut ovat hyötyjä tuottavia erikoisosaamiseen perustuvia aineettomia toimintoja, jotka oleellisilta osin tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti. Asiantuntijapalveluille on ominaista, että ne ovat usein kaikista aineettomimpia palveluja ja niiden tuottamiseen liittyvät riskit ovat suuria. Asiantuntijapalveluissa asiakas on usein sekä tilaaja että palvelun osatuottaja (Lehtinen ym. 2005, 9–11). Osallistumalla palvelun tuotantoon palveluprosessissa asiakas osallistuu samalla arvon luontiin. Asiakkaan kokema arvo muodostuu onnistuneesta asiakasorientoituneesta resurssienhallinnasta. Organisaation luoma arvo puolestaan realisoituu kun palvelutuotannossa hyödynnettävät resurssit ja asiakkaan kulutus yhdistyvät palveluprosessissa (Grönroos 2001, 55).

Toisin kuin palvelut, tuotteet koetaan tavaramaailmaan ja fyysiseen omistukseen viittaavaksi. Tavarantuotannossa voidaan yleensä selkeästi erottaa tuotekehitys, tuotanto ja tavaran jakelu

(Sipilä 1996, 24). Viime vuosina palvelutuotanto ja tavarantuotanto ovat lähentyneet toisiaan (ks. Vargo ym. 2008). Tavaroiden yhteyteen kehitetään palveluelementtejä ja tavaroiden sekä palveluiden väliset rajat hämärtyvät. Olemme siis siirtymässä transaktiopohjaisesta vaihdantataloudesta kokemusvaltaiseen palvelutalouteen, jossa avainasemassa ovat asiakkaan kokema arvonlisäys, pitkäaikaiset asiakassuhteet sekä toiminnan palvelukeskeisyys (Gummesson 2002; Grönroos 2000; Shugan 2004; Vargo ym. 2004). Tarvitaan uudenlaisia markkinoinnin sekä johtamisen keinoja ohjaamaan muutosta ja vastaamaan tähän kehitykseen. Palveluiden tuotteistaminen on yksi tällainen johtamisnäkökulma, jolla pyritään tehostamaan palveluprosesseja.

2.1.2 Terveydenhuollon palvelu- ja kulutusprosessit

Terveydenhuollossa palveluun voi kuulua sekä standardiprosesseja (ydinpalvelu) että asiakkaan ominaisuuksien ja tarpeiden perusteella täysin räätälöityjä prosesseja (avustavat palvelut). Lisäksi palveluun voi kuulua prosesseja, jotka ovat osittain standardoituja tai osittain räätälöityjä rutiiniprosesseja (ks. Lillrank ym. 2004). Terveydenhuollossa asiakas tyypillisesti osallistuu hyvin aktiivisesti palvelutuotantoon: asiakas hankkiutuu hoitoa tuottavaan laitokseen, osallistuu fyysisesti palveluprosessiin ja on aktiivisessa vuorovaikutuksessa palveluntuottajaan (Lovelock 2001 teoksessa Bansal 2004, 181).

Terveydenhuollon palvelujen kulutusprosessi voidaan nähdä kolmivaiheisena prosessina: esikohtaaminen, kohtaaminen ja jälkikohtaaminen (Freiden ym. 1998, 219). Ensimmäisessä vaiheessa, eli esikohtaamisessa, muodostuvat asiakkaan odotukset palvelusta sekä käsitys tuotteesta. Toisin sanoen asiakas arvioi omaa terveydentilaansa sekä tarvitsemaansa hoitoa ja toimii sen perusteella. Odotukset muodostuvat jo ennen varsinaista palvelutapahtumaa potilaan omien kokemusten, mainonnan ja aiempien hoitokäyntien summana. Itse palvelutapahtuma muodostaa prosessin toisen vaiheen, jossa potilas kohtaa hoitohenkilöstön sekä palvelun aineellistumat. Tälle kohtaamiselle on ominaista voimakas vuorovaikutteisuus ja monistamattomuus. Viimeisessä vaiheessa, eli jälkikohtaamisessa, potilas arvioi saamaansa hoitoa sen tulosten, omien odotustensa sekä subjektiivisten näkemystensä perusteella.

Tietointensiivisessä asiantuntijapalvelussa, kuten terveydenhuollossa, kohdataan ainutlaatuisia tilanteita, joissa ratkaisujen tulee olla hyvin asiakaslähtöisiä ja yksilöityjä. Tämä

piirre vaikuttaa olennaisesti siihen miten ja millä tasolla palveluprosessi voidaan tuotteistaa. Toisaalta terveydenhuollossa on paljon rutiininomaisia toimenpiteitä ja prosesseja, joiden tuotteistaminen mahdollistaa myös kannattavan räätälöinnin, osakokonaisuuksien yhdistelyn, ja siten vastaamisen yksilöityihin tarpeisiin. Asiantuntijapalvelujen kohdalla tuotteistaminen tarkoittaa yleensä työmenetelmien ja työprosessien kehittämistä sekä erilaisten puitteiden ja struktuurien kehittämistä tapauskohtaisesti luotavalle sisällölle. Asiantuntijapalvelun tuotteistamisen tulisi siksi aina perustua asiantuntijapalvelun perusolemuksen ja ominaispiirteiden syvälliseen ymmärtämiseen (Sipilä 1996, 16−18).

Palveluntarjoajia opastetaan tuotteistamaan asiantuntijapalvelunsa korostamalla palvelun aineellisia piirteitä, koska asiakkaat kokevat palvelun hyödyt ja muodostavat laatumielikuvan palvelun aineellisten ominaisuuksien kautta (Santos 2002, 294). Doerfingerin mukaan (1999, 33) tietointensiivisten palvelujen, kuten esimerkiksi terveydenhuollon, arvokkaimmat voimavarat piilevät kuitenkin sen aineettomissa ominaispiirteissä, joten niiden aineellistaminen on palvelun laadunhallinnan kannalta tärkeää. Useat palveluntarjoajat ovat sisäistäneet tämän ja ottaneet sen seurauksena tietojohtamisen periaatteita ja järjestelmiä käyttöön organisaatioiden päivittäisessä johtamisessa. Palveluntarjoajilta on kuitenkin puuttunut kyky ymmärtää aineettomien ominaispiirteiden todellista arvoa sekä kyky konkretisoida tämä arvo käytännössä (Doerfinger 1999, 28). Palvelun todellinen arvo asiakkaalle, tilaajalle ja tuottajalle voidaan käsittää vasta, kun todella ymmärretään mitä vaihdanta koskee. Tämä ymmärrys edellyttää palveluprosessien tunnistamista sekä perusteellista ja oikeellista tuotteiden määrittelyä (mukaillen Timmins 2008, 17).

2.1.3 Terveydenhuollon palvelutuotannon ominaispiirteet

Santos (2004, 294) jakaa palvelut aineellista ja aineetonta ulottuvuutta korostaviin palveluihin. Hänen mukaan terveydenhuolto sijoittuu näiden kahden ääriulottuvuuden välimaastoon, sillä se yhdistää piirteitä molemmista ulottuvuuksista ja sisällyttää tuotantoon erityistä informaatioarvoa ja asiantuntijaosaamista. Terveydenhuolto onkin moniulotteista palvelutuotantoa, joka yhdistää useita eri ammattikuntia, ja jonka tarkoituksena on tyydyttää yksilöityjä tarpeita (Bansal 2004, 183). Se on erittäin tietointensiivistä korkean erikoisosaamisen asiantuntijapalvelua, jossa aineettoman ja aineellisen palvelun ominaispiirteet yhdistyvät (Balazs ym. 2000, 163–164).

Terveydenhuollon palvelutuotannossa on eräitä ominaispiirteitä, jotka erottavat sen selkeästi muusta palvelutuotannosta (Groth 1995, 31). Keskeisimpinä erottavina piirteinä voidaan pitää yksilöllisiä asiakastarpeita sekä haasteellista asiakkaan määritelmää. Terveydenhuoltopalveluissa asiakas voi tilanteesta riippuen olla hoitoa vastaanottava potilas, freelance lääkäri, hoidon kustantava vakuutusyhtiö, julkishallinnon viranomainen joka määrittelee palvelun reunaehdot, kaupunkihallinnon tilaajaosapuoli, veronmaksaja, tai esimerkiksi työnantaja joka valitsee työntekijöilleen työterveyshuollon järjestäjän (mukaillen Shungan 2004). Terveydenhuoltopalveluiden moniulotteinen asiakkaan määritelmä aiheuttaa haasteita palveluprosessien tunnistamisessa. Tämä heijastuu myös tuotteistamisprosessiin, sillä käytettävät tuotteistamismenetelmät ovat mielekkyydeltään erilaisia eri intressiryhmille.

Terveydenhuollon palveluntuottajina toimivat sekä julkisesti että yksityisesti organisoidut tahot (Lehtinen ym. 2005, 12). Erikoissairaanhoidon tuotanto-organisaatiot voidaan jakaa edelleen voittoa tavoittelemattomiin julkisiin sairaanhoitopiireihin, näiden liikelaitoksiin, valtion ja säätiöiden omistamiin sairaaloihin, sekä voittoa tavoitteleviin tuottajiin, joita ovat yksityiset sairaalat ja lääkärikeskukset sekä keskeisen tuotannontekijän toimittajana henkilöstön vuokrausyritykset (Aaltonen ym. 2007, 30).

Julkisen terveydenhuollon palvelutuotanto toimii pitkälti omakustannusperiaatteen mukaisesti. Tuottaja on yleensä voittoa tavoittelematon yksikkö, joka veloittaa tilaajaa palveluistaan omiin tuotantokustannuksiinsa perustuen. Omakustannusmalli ja tuotanto julkisten palvelujen varassa ovat aiheuttaneet osaltaan tehottomuutta sekä haasteita kustannuksiin vastaamisessa. Oman kontribuutionsa tehottomuuteen on lisäksi aiheuttanut todellisen kilpailun puute. Yksityinen sektori on toistaiseksi nähty julkishallinnossa lähinnä täydentävänä palveluna (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Yksityisen sektorin kasvattaessa osuuttaan terveydenhuollon palvelutuotannosta tämä näkemys on muuttumassa.

Kunnalliset verovaroin turvatut palvelutuottajat ovat pääsääntöisesti alueellisia monopoleja. Monopolin aiheuttama kilpailun puute voi johtaa alhaiseen tuottavuuteen sekä säästötoimenpiteiden laiminlyöntiin, ja siten myös heikkoon kannattavuuteen (Valkama 1994, 11). Kun tuottajaorganisaatio ei joudu kilpailemaan tuotanto-oikeudesta, sillä ei ole erityisiä kannustimia toimintansa tehostamiseen. On mahdollista, että voitontavoittelun johdosta yksityisen toimijan tehokkuus on parempi kuin vastaavia palveluja tuottavan julkisen toimijan

tehokkuus. Tästä aiheutuu hintakilpailua julkisten ja yksityisten tuottajien välillä, esimerkiksi kunnille tarjottavista rutiininomaisista ja standardoiduista palvelutuotteista. Nämä standardituotteet ovat usein tuotteistettuja ja vertailukelpoisia keskenään.

Kokonaisuutta ajatellen tarvitaan kuitenkin palveluiden julkisia tuottajia, jotka ovat velvoitettuja tuottamaan kaikissa tilanteissa tarpeelliset terveydenhuollon palvelut. Markkina- ja asiakaslähtöisillä yksityisillä terveydenhuollon toimijoilla palvelutoiminnan lähtökohta on toisenlainen, sillä heillä ei ole vastaavia velvoitteita hoidettavanaan. Tällöin myös heidän intressinsä ja lähtökohdat palvelujen tuotteistamisen osalta eroavat. Yksityiset toimijat voivat valita tuotteistamisstrategiansa täysin omaehtoisesti, vastaamaan parhaiten organisaation sisäisiä tavoitteita ja tarpeita. Julkisten toimijoiden on huomioitava ulkoiset velvoitteet ja sääntely, mikä ohjaa heidän valintojaan myös tuotteistamisen osalta.

2.2 Tuotteistaminen tehostamisen välineenä

”Tuotteistaminen tarkoittaa sitä työtä, jonka tuloksena asiantuntemus tai osaaminen jalostuu myynti-, markkinointi-, ja toimituskelpoiseksi palvelutuotteeksi (Parantainen 2007, 11). ”

Terveydenhuollon kustannusten kasvua aiheuttavat muun muassa väestön ikääntyminen ja ikäprofiilin muutos, yleisen vaatimustason nousu, kansantaudit ja sairaudet, poliittiset päätökset, sekä hoitomenetelmien ja -tekniikoiden kehittyminen (Väihinpää ym. 2009). Kustannusten voimakas kasvu luo paineita tuottavuuden parantamiseen ja toiminnan tehostamiseen. Tehostaminen perustuu suurelta osin kustannustehokkuuteen, jota ei voida saavuttaa, jos kustannuksia ei osata kohdentaa oikein. Kustannusten asianmukainen kohdentaminen luo edellytykset tuotteistamiselle, oikeelliselle hinnoittelulle ja toiminnan tehostamiselle.

Lyhyellä aikavälillä, mikä sosiaali- ja terveyspalveluissa tarkoittaa noin vuosikymmentä, kustannusten nousu on vielä hallittavissa aktiivisella palvelurakenteiden uusimisella. Keinovalikoima on laaja, ulottuen palvelujen kilpailuttamisesta niiden järjestämisen alueelliseen yhteistyöhön (Tilastokeskus 2006). Pitkällä tähtäimellä tarvitaan uusia tehostamismenetelmiä. Tuotteistamalla ja vakioimalla palvelutarjontansa yksiköt voivat erikoistua ydinosaamiseensa ja keskittyä tarjoamaan sellaisia palveluja, joita ne kykenevät

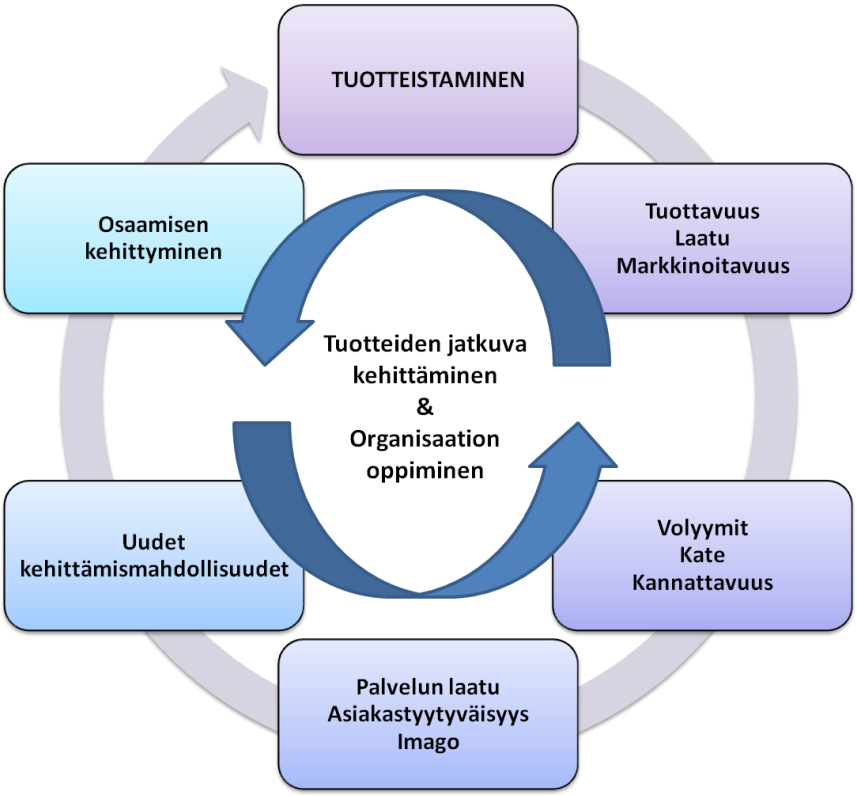
tuottamaan tehokkaasti. Tuotteistaminen pakottaa analysoimaan ja systematisoimaan toimintaprosesseja, jolloin prosessien työvaiheet selkiintyvät ja rationalisoituvat (Sipilä 1996, 18).

Tuotteistamisprosessin implementoinnin yhteydessä voi olla mielekästä tarkastella oman toiminnan tehottomien osien ulkoistamista. Kaikkien sairaanhoitopalvelujen tuottaminen kaikissa sairaaloissa ei ole järkevää eikä tehokasta. Toimitussisällön vakioinnin avulla palvelutuotannosta voidaan tehdä tehokkaampaa, kannattavampaa ja tasalaatuisempaa. Palveluprosessien osat voidaan kehittää monistettavaksi tai toistettavaksi järjestelmällisten menetelmien avulla (Jaakkola ym. 2007, 19). Sen lisäksi, että laatu ja tuottavuus paranevat myös asiakkaan – oli se sitten tilaaja, veronmaksaja tai potilas – hyöty maksimoituu kun palvelutuotanto tehostuu.

Tuotteistaminen nähdään usein tapana kehittää palveluprosesseja systemaattisella tavalla (ks. Aaltonen ym. 2007; Jaakkola ym. 2007; Lehtinen ym. 2005; Parantainen 2007; Sipilä 1996). Se voidaan nähdä yhdistelmänä palvelujen määrittelyä ja prosessien systematisointia. Työvälineinä käytetään yleensä järjestelmällisiä menetelmiä ja niitä tukevia teknologiaratkaisuja (Brax 2007, 13). Tuotteistaminen on käytännössä palvelutuotannon jaottelua, yhdistelyä ja ryhmittelyä asiakkaiden kannalta järkeviksi kokonaisuuksiksi, joihin päättävät tahot voivat ottaa kantaa kustannustietoisesti (Kuntaliitto 1995, 17).

Organisaation palvelutoiminta voidaan jaotella vakioiduiksi osapalveluiksi, joista myytävät tuotteet modulaarisesti koostetaan. Tämä edellyttää, että ensin tunnistetaan palveluprosessit sekä moduulit, joista kukin palvelukokonaisuus (tuote) koostuu. Tuotteistamisen tavoitteena on siten suunnitella ja jäsentää palvelun vaiheet niin, että palveluprosessin toimintoja tai joitakin sen osia voidaan vakioida (Jaakkola ym. 2007, 21). Vakiointia voidaan toteuttaa esimerkiksi mallintamalla ja ohjeistamalla palvelutilanteita. Vakiointi tehostaa usein yrityksen sisäistä työnjakoa (Lehtinen ym. 2005, 34). Vakioitujen ja räätälöityjen osien suhde vaihtelee eri aloilla erilaisissa palveluissa. Yhdessä ääripäässä on täysin ainutlaatuinen palvelu, joka ei sisällä mitään vakioituja elementtejä. Toisessa ääripäässä on täysin tuotteistettu palvelu, joka toteutuu aina samansisältöisenä (Jaakkola ym. 2007, 16). Terveydenhuoltopalveluissa vakioinnin aste vaihtelee merkittävästi toimenpiteiden mukaan.

Sipilän (1996, 23) mukaan tuotteistaminen johtaa parhaillaan organisaatiossa oppimisen kehään, minkä seurauksena palvelutoiminnan laatu, tehokkuus ja kannattavuus kehittyvät. Tuotteistamisprosessissa organisaatio oppii jäsentämään ja määrittämään paremmin omia toimintojaan. Tuotteistamisprosessin tuloksena ilmenevä tuoteajattelu hyödyttää niin asiakasta, omistajia, kuin johtoa ja työntekijöitäkin. Tämän lisäksi tuotos- ja hyötykeskeinen ajattelu vapauttaa kehitysvaroja tuotekehitykseen ja toiminnan suunnitteluun. Kuviossa 2 havainnollistetaan palvelujen tuotteistamisen vaikutuksia organisaation toimintaan:



Kuvio 2. Tuotteistamisen vaikutukset organisaation toimintaan (mukaillen Sipilä 1996, 22).

Tuotteistamisen seurauksena organisaation palveluliiketoimintaa uudistuu ja kehittyy siten, että palvelun laatu ja tuottavuus paranevat. Tällöin organisaation kannattavuus paranee ja myös asiakkaan hyödyn voidaan katsoa maksimoituvan. Tuotteistettu palvelu saakin useita aineellisen tuotteen hyviä ominaisuuksia ja palvelua voidaan tällöin kehittää järjestelmällisesti (Parantainen 2007, 107). Kasvanut palvelun laatu parantaa yleensä organisaation imagoa. Asiakkaan (tai palvelujen tilaajan) näkökulmasta tuotteistaminen konkretisoi palvelutarjontaa ja tekee palvelun arvioinnista, vertailusta sekä ostamisesta helpompaa (Jaakkola ym. 2007, 5).

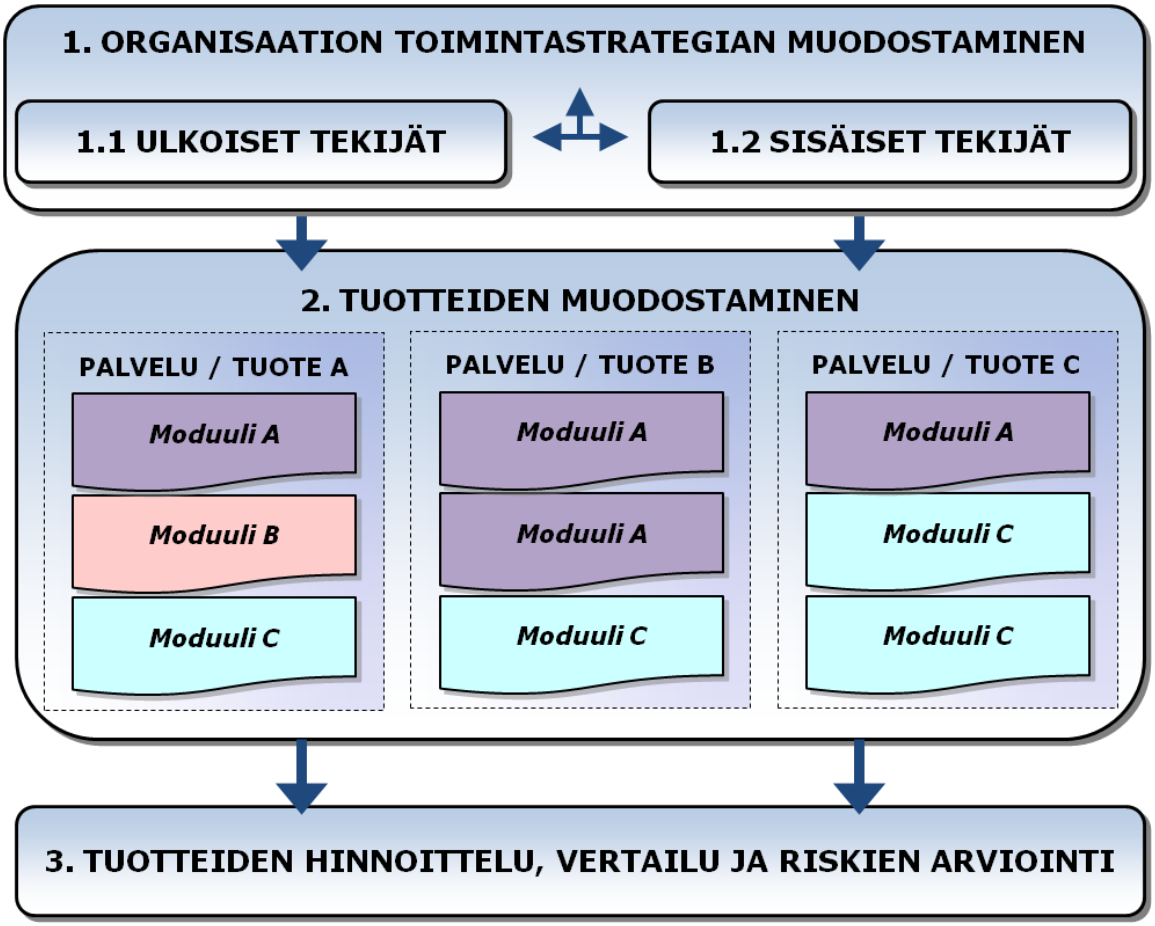
Tuottajan näkökulmasta tuotteistaminen mahdollistaa palveluiden oikeellisen hinnoittelun, toiminnan tehokkuuden mittaamisen sekä resurssien käytön seurannan. Palveluprosessia analysoimalla ja toimintoja määrittämällä ymmärretään tarkkaan missä määrin ja mitä resursseja kunkin palvelun tuottamiseen vaaditaan. Terveydenhuoltopalveluja tehostettaessa on kuitenkin huomattava, että niiden tehokkuutta ei voida tarkastella yksiselitteisesti samoin kuin tehokkuutta perinteisessä teollisuustuotannossa. Nopeampi suoritus ei välttämättä ole aina itseisarvo, sillä asiakkaan kokema hyöty ja palvelun laatu perustuvat pitkälti palveluprosessin aikana tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Esimerkiksi lääkäripalvelujen asiakaskohtaamisessa säästetty aika voi heikentää asiakkaan kokemaa arvoa ja laatuvaikutelmaa (Jaakkola ym. 2007, 36).

2.3 Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessi ja sen strategiset tekijät

Terveydenhuoltopalvelujen ominaispiirteistä johtuen, niiden tuotteistamista on mielekästä lähestyä tuotteistamisprosessin keinoin. Tämä prosessi on parhaillaan jatkuvan oppimisen ja kehittymisen iteratiivinen toiminto – johdon työväline. Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessissa voidaan tunnistaa seuraavat vaiheet:

1. organisaation toimintastrategian muodostaminen
   1.1. sisäisten tekijöiden kartoittaminen, analysointi ja huomiointi
   1.2. ulkoisten tekijöiden kartoittaminen, analysointi ja huomiointi
2. tuotteiden muodostaminen
3. tuotteiden hinnoittelu, vertailu ja riskien arviointi

Tuotteistamisprosessia havainnollistetaan kuviossa 3. Kutakin tuotteistamisprosessin vaihetta, ja siihen liittyviä keskeisiä strategisia tekijöitä, esitellään seuraavaksi omissa alaluvuissaan. Prosessikuvaksen, ja sen eri vaiheisiin liittyvien tuotteistamisen strategisten tekijöiden, pohjalta on muodostettu terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen synteesi.



Kuvio 3. Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessi.

Perusterveydenhuollon Tuote-projektin (2005) loppuraportissa Holma ja Lahtinen tunnistavat seuraavat tuotteistamisprosessiin liittyvät tehtävät: a) valmisteleva työ, b) tuotteiden muodostaminen, c) sisäinen ja ulkoinen markkinointi ja d) seuranta ja arviointi. Tämän tutkimuksen synteesissä oletetaan, että tuotteistamisprosessin valmisteleva työ, joka käsittää toiminnan lähtökohtien määrittämisen ja palveluprosessien selkiyttämisen, sisältyy luonnollisena osana tuotteistamisprosessin ensimmäiseen vaiheeseen: organisaation toimintastrategian muodostamiseen. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään myös toimintastrategian mukainen tuotteistamisen taso sekä tuotteistamisen tavoitteet.

Koska tuotteistamisprosessi nähdään iteratiivisena toimintona, sisäinen ja ulkoinen markkinointi voidaan nähdä tuotteistamisprosessin aikana tapahtuvaksi jatkuvaksi toiminnaksi. Tällöin on luonnollista, että jatkuvaa seurantaa ja arviointia toteutetaan osana implementoitua prosessia. Seuranta ja arviointi kytkeytyvät lisäksi läheisesti tuotteiden vertailuun sekä hinnoittelun riskien arviointiin tuotteistamisprosessin viimeisessä vaiheessa.

Perusteellinen seuranta ja arviointi edellyttävät, että tietojärjestelmät tuottavat riittävällä laajuudella ja tarkkuudella tietoa toiminnanohjauksen tueksi.

2.3.1 Organisaation toimintastrategian muodostaminen

”On paradoksaalista, että asiantuntijat, jotka arvostavat professionaalisuutta omassa työssään, eivät aina ole arvostaneet sitä toimintansa ohjauksessa (Sipilä 1996, 15).”

Palvelujen kehittäminen perustuu organisaation toimintastrategiaan, jota voidaan pitää näkemyksenä siitä, miten yrityksen osaaminen ja resurssit kytketään parhaiten toiminnan mahdollisuuksiin niin, että organisaatio voi toimia tehokkaasti ja tuottavasti. Toimintastrategia ja palvelutoiminnan luonne vaikuttavat siten siihen, millainen tuotteistamisen ja vakioinnin aste on organisaation näkökulmasta kannattavin (Jaakkola ym. 2007, 3; Lehtinen ym. 2005, 20). Organisaation tuotteistamisen lähtökohdat ja tavoitteet voivat olla monenlaisia ja ne ovat aina tilannekohtaisia (Jaakkola ym. 2007, 5).

Strategian mukaisen tahotilan tulisi viestiä organisaation profiloitumisesta ja sijoittumisesta toimitusketjussa. Vertailemalla tuotteistamisen nykytilaa toimintastrategian mukaiseen tahtotilaan saadaan selville kehitystyön suuntaviivat. Palvelutarjooman strategista sopivuutta voidaan strategisen johtamisen ja tuotteistamisen näkökulmasta tarkastella esimerkiksi seuraavilla kysymyksillä (mukaillen Jaakkola ym. 2007, 9; Lehtinen ym. 2005, 21):

1. Sopiiko palvelu organisaation strategiseen profiiliin?
2. Mitä osaamista ja resursseja palvelun toteuttaminen vaatii?
3. Millaisia riskejä palvelun tuottamiseen ja sen hinnoitteluun liittyy?
4. Millainen vaikutus palvelulla on toiminnan tehokkuuteen ja kilpailukykyyn?

Tuotteistaminen edellyttää palvelujen systemaattista analysointia ja määrittelyä. Tämän seurauksena organisaatio kykenee määrittelemään ja perustelemaan paremmin myös omat resurssitarpeensa. Samalla kyetään paremmin määrittelemään uusien työntekijöiden ja koulutuksen tarve sekä suunnittelemaan ulkoistamis- ja alihankintaprosessit. Tätä ajattelua myötäilevän johtamislogiikan mukaisesti organisaation nykyiset resurssit eivät ohjaa strategiaa tai toiminnan suunnittelua vaan sitä ohjaavat asiakkaiden todelliset tarpeet ja vaatimukset. Toiminta sitten sovitetaan näihin (Parantainen 2007, 109; vrt. Hunt 1997).

Palvelutarjooman ja tuotteiden kehittämisessä voidaan hyödyntää myös verkostoitumisen ja ulkoistamisen keinoja. Yhteistyömalleja voidaan muodostaa esimerkiksi sijaintiin tai resursointiin liittyvistä sekä teknologisista syistä. Ulkoistaminen on perusteltua silloin, kun sen avulla voidaan saada käyttöön sellaista osaamista ja resursseja, joita yrityksellä ei ole omasta takaa. Organisatoriset yksiköt voivat erikoistua ja muodostaa yhdessä palvelupaketin eli yhteiselle loppuasiakkaalle tarjottavan tuotteen (Jaakkola 2007, 13).

Palveluntarjoajien haasteena on kehittää innovatiivisia tapoja johtaa ja hallita asiakkaiden ongelmia ratkaisevia prosesseja. Sekä näillä prosesseilla että itse lopputuloksella on vaikutus asiakkaan käsitykseen palvelun laadusta (Grönroos 2001, 94). Toiminnan käytännön haasteisiin lukeutuvat palvelujen tuottavuus, kysynnänvaihteluun vastaaminen, laadunhallinta ja hinnoittelu. Tuotteistamisen keinoin voidaan kehittää sisäisiä työ- ja toimintamenetelmiä vastaamaan näihin haasteisiin. Lisäksi asiakastilanteisiin voidaan kehittää palvelua nopeuttavia ja tehostavia apuvälineitä (Sipilä 1996, 12).

2.3.1.1 Ulkoiset tekijät

Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessia ohjaavia ulkoisia tekijöitä ovat muun muassa toiminnan sääntely, tuotannolliset velvoitteet, poliittinen ohjaus, potilaiden tarpeet, väestöpohja sekä markkinoiden suomat toimintamahdollisuudet. Julkisella sektorilla yhtenä keskeisimpänä toimintastrategiaan vaikuttavista ulkoisista tekijöistä voidaan pitää myös organisaation toimintamuotoa.

Suomen lainsäädäntö määrittelee terveydenhuollon toiminnan periaatteet, mutta ei yksityiskohtaisesti palvelujen laajuutta, sisältöä tai tuottamistapaa. Terveydenhuoltopalvelujen julkisilla tuottajilla on useita erilaisia lainsäädännön asettamia velvoitteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004): Sairaanhoitopiirit vastaavat alueellisesta erikoissairaanhoidosta ja yleisestä katastrofivalmiudesta. Yliopistolliset sairaalat vastaavat muun muassa valtakunnallisesta vaativan erityistason sairaanhoidosta. Yksityisillä toimijoilla ei ole vastaavia palveluiden tuottamisvelvoitteita. He tavoittelevat liiketoiminnallaan voittoa ja sijoittamalleen pääomalle tuottoa (Aaltonen ym. 2007, 9). On mahdollista, että

voitontavoittelun johdosta yksityisen toimijan tehokkuus on parempi kuin vastaavia palveluja tuottavan julkisen toimijan tehokkuus.

Vastuu terveyspalvelujen järjestämisestä on siis viranomaisilla mutta käytännön palvelut hankitaan ostopalveluna julkishallinnon omilta organisaatioilta tai yksityisiltä toimijoilta (Salminen ym. 1996, 57). Julkishallinnon omat organisaatiot esiintyvät käytännössä erilaisina toimintamuotoina: yhtiö, liikelaitos, kaupungin organisatorinen yksikkö jne. Organisaation toimintamuoto ja päätöksenteon autonomisuus vaikuttavat siihen missä laajuudessa tuotteistamisprosessi voidaan implementoida.

Tarvitaan siis palveluiden tuottajia jotka ovat velvoitettuja tuottamaan kaikissa tilanteissa tarpeelliset terveydenhuollon palvelut. Näiden julkisten toimijoiden on huomioitava velvoitteet ja sääntely, mikä ohjaa heidän mahdollisuuksiaan myös tuotteistamisen osalta. Markkina- ja asiakaslähtöisillä yksityisillä terveydenhuollon toimijoilla palvelutuotannon lähtökohta on erilainen, sillä heillä ei ole vastaavia velvoitteita hoidettavanaan. Tällöin myös heidän intressinsä tuotteistamisen osalta ovat hyvin erilaiset. Yksityiset toimijat voivat valita tuotteistamisstrategiansa täysin omaehtoisesti vastaamaan parhaiten yrityksen sisäisiä tarpeita.

Tilaaja–tuottaja-malli säätelee Suomessa terveydenhuollon julkisen palvelujentuottajien toiminnan mahdollisuuksia. Tilaaja–tuottaja-malli on käytännössä ostajan ja myyjän välistä sopimista vaihdannasta (Salminen ym. 1996, 57). Mallissa palvelutarjoajat voivat olla julkisten organisaatioiden yksiköitä tai yksityisiä yhtiöitä. Julkisten toimijoiden osalta malli on verrattavissa esimerkiksi konsernin sisäisten yritysten toimintaan kun omistava taho on yhteinen. Koska tuotteena voidaan pitää sitä, mitä organisaatio myy ja asiakas ostaa, malli vaikuttaa osaltaan terveydenhuollon julkisten palveluntuottajien tuotteistamisen mahdollisuuksiin (mukaillen Lehtinen ym. 2005, 32). Sekä tilaajan että tuottajan on seurattava ja arvioitava tuotteidensa menekkiä. Tilaaja–tuottaja-mallin tarpeisiin onkin kehitytetty terveydenhuoltopalveluissa useita standardoituja tuotteistamismenetelmiä.

Julkisella sektorilla palvelutarveryhmittely, sopimusmenettelyt ja sopimusvelvoitteet ohjaavat lisäksi tuotteistamista. Tilaaja–tuottaja-mallissa sopimustasona voi olla tuoteryhmä- tai tuotetaso. Näistä tuoteryhmätaso (esim. koko sairaalan hoitopalvelut yhtenä tuotteena) on huomattavasti karkeampi taso (Kuntaliitto 1995, 16). Tuoteryhmätaso on terveydenhuollossa perinteisesti yleisempi taso. Tuotteistaminen on tällöin käytännössä olematonta.

Aaltosen ym. (2007, 21) mukaan terveydenhuoltopalvelujen kehittymistä ohjaavia ulkoisia tekijöitä ovat muun muassa kilpailutilanne, ohjattu kilpailu, tilaaja–tuottaja-malli, liikelaitostaminen sekä terveydenhuoltoalojen integrointi. Nämä tekijät ohjaavat niin tuotteistamista kuin hinnoittelua ja laadunhallintaa. Suomessa kyseisiä kehittämisvaiheita on tutkittu yksinään, mutta niiden keskinäistä riippuvuussuhdetta on tutkittu toistaiseksi vähän. Selkeää yhtenäistä kehittämisvaiheet sisältävää suunnitelmaa ei vielä tänä päivänäkään ole olemassa.

Kehittämistoimenpiteiden, kuten esimerkiksi liikelaitostamisen ja yhtiöittämisen, myötä kilpailu lisääntyy ja markkinat vapautuvat asteittain. Tällöin myös strategialtaan muita seurailevien organisaatioiden on tarkoituksenmukaista pyrkiä lisäämään suunnitelmallisuutta ja jäsentämään palvelujaan paremmin (Lehtinen ym. 2005, 14). Tuotteistaminen tarjoaa tähän useita keinoja.

Suomessa merkittäväksi ulkoiseksi tekijäksi, ellei jopa uhkakuvaksi, on lähitulevaisuudessa nousemassa väestöpohjan ikääntyminen ja sitä kautta potilaiden tarpeiden muuttuminen. Tätä aihetta käsiteltiin lyhyesti tutkimuksen johdannossa. Väestön ikääntyminen, ja sitä kautta terveydenhuoltopalvelujen luonteen muuttuminen sekä kustannusten kasvu, on huomioitava tuotesuunnittelussa ja tuotteistamisessa.

2.3.1.2 Sisäiset tekijät

Palveluorganisaation johtamisen ja menestymisen kannalta keskeisessä asemassa ovat sen resurssit, erityisesti henkilöstöresurssit ja niiden ajankäytön tehokas hallinta (Lehtinen ym. 2005, 31). Näin on myös terveydenhuollon palvelutuotannossa. Resurssit ja osaamispääoma vaikuttavat organisaatiosta riippuen sen mahdollisuuksiin soveltaa toimintastrategiaa tai kilpailustrategiaa käytännössä (ks. Hunt 1997).

”Tuotteistetun palvelutarjooman johtaminen merkitsee suunnitelmallisempaa toimintaa ja usein resurssien keskittämistä strategisiin asioihin henkilökohtaisista ambitioista lähtevän puuhastelun sijaan (Sipilä 1996, 21).” Tuotteistamisen seurauksena organisaation toimintatapoja, työprosesseja sekä resursointia on analysoitava ja selkeytettävä.

Systemaattisemmat toiminnot helpottavat jatkossa tiedonkeruuta ja toiminnanohjausta. Tuotteistamisen tulisi olla jatkuva vaiheittain etenevä sisäinen prosessi, joka tukee toiminnanohjausta. Parhaillaan se on kehittämis- ja kehittymisprosessi, jossa organisaation johto sekä henkilöstö oppivat paremmin ymmärtämään ja jäsentämään palvelujaan (Lehtinen ym. 2005, 45).

Jaakkolan ym. (2007, 39) mukaan tehokas ja tuloksellinen palvelujen tuotteistaminen merkitsee usein toimintatavan muutoksia kaikkialla organisaation sisällä ja sen rajapinnoissa. Henkilöstön motivointi vaikuttaa siksi keskeisesti tuotteistamisen toteutumiseen ja tuotteistamisprosessin läpivientiin. On tärkeää sitouttaa henkilöstö mukaan heti alusta tuotteistamisen suunnitteluun. Henkilöstölle on myös esitettävä konkreettisia hyötyjä palveluiden tuotteistamisesta ja muutosvastarinta pyrittävä tunnistamaan ja poistamaan. Tuotteistamisen yhteydessä analysoidaan palveluprosessit ja määritellään millaisia resursseja tuotteistetun palvelun tuottaminen vaatii. Palvelun tuottamiseen osallistuvien roolit ja vastuualueet tulee tässä yhteydessä täsmentää ja kouluttaa henkilöstölle (Lehtinen ym. 2005, 36). Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen osalta tämä merkitsee sekä taloudellista että lääketieteellistä haastetta, jossa tietojohtaminen ja tietojärjestelmät ovat keskeisessä asemassa.

Tuottavuuden parantuminen sisäisten prosessien tehostumisen kautta on eräs tuotteistamisen keskeisimpiä tavoitteita. Teknologian hyödyntämisellä on tässä usein keskeinen rooli. (Jaakkola ym. 2007; ks. myös Brax 2007). Tuotteistamisprosessin implementoinnin mukanaan tuomat muutosvaatimukset organisaation sisäisille prosesseille voivat auttaa johtoa haastamaan ja kyseenalaistamaan perinteisesti käytettyjä jäykkiä menetelmiä. Liiallinen sisäisten toimintojen suunnittelutyö voi kuitenkin johtaa jäykkään byrokratiaan, etenkin julkisilla toimijoilla (mukaillen Parantainen 2007, 112). Ideaalitilanteessa vaiheittaisena kehitysprosessina toteutettu tuotteistamisprosessi helpottaa johdon kokonaisuuden hallintaa ja käytännön johtamista. Organisaation tietojärjestelmiä on kehitettävä vaiheittain siten, että ne tukevat tuotteistettuja palveluja ja vastaavat toiminnanohjauksen tarpeisiin. Tuotteiden systemaattinen seuranta edellyttää usein kustannuslaskenta-, tilastointi-, ja laskutusjärjestelmien kehittämistä järjestelmällisesti tuotteistamisen ehdoilla (Jaakkola ym. 2007, 39; Lehtinen ym. 2005, 49).

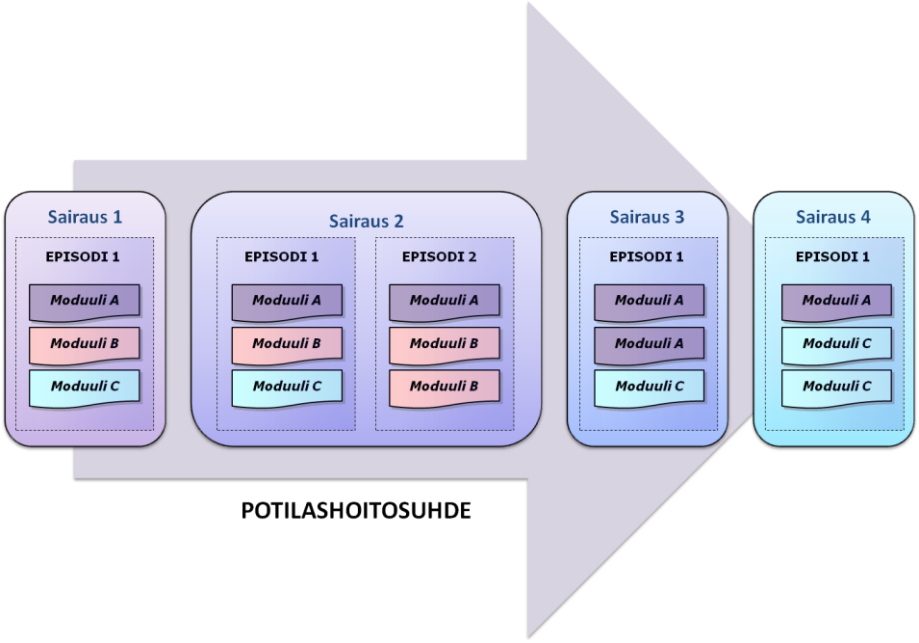
Perusteellinen toiminnan seuranta edellyttää pitkällä aikavälillä järjestelmällistä informaation taltiointia ja tietovaraston kerryttämistä. Kun perustyö on tehty, hyödynnettävät tietovarannot

alkavat säästää aikaa ja resursseja. Systemaattinen tiedon kartuttaminen muuttaa yrityksen strategista osaamista siirrettävään ja monistettavaan muotoon. Tuloksena voi olla esimerkiksi erilaisia analyysimenetelmiä ja työtapoja, joita hiotaan jatkuvasti paremmiksi asiakastyön kautta. Myös hinnoittelu ja kannattavuuslaskelmat tarkentuvat, kun erilaisten työvaiheiden kestoista ja vaadituista resursseista on tietoa pitkältä aikaväliltä (Jaakkola ym. 2007, 22).

2.3.2 Tuotteiden muodostaminen

Palveluprosessissa palvelun sisältö pyritään rakentamaan tavoiteltua hyötyä ja asiakkaiden tarpeita vastaavaksi (Edvardsson ym. 2005; Grönroos 2001). Palveluprosessi on myyjän (tuottajan) ja ostajan (tilaajan) välistä vuorovaikutuksellista toimintaa, joka voidaan kokea tilannekohtaisesti eri tavoin. Terveydenhuollon palveluprosessissa tuotteet (annettava hoito) on muodostettava vastaamaan potilaiden yksilöllisiä tarpeita. Tämä on huomioitava myös tuotteistamisessa.

Bansalin mukaan (2004, 183) terveydenhuollon palvelu- ja kulutusprosessit muodostavat ajan myötä vuorovaikutteisen suhteen, potilashoitosuhteen, joka koostuu erilaisista hoitojaksoista (episodit) sekä näiden ketjuista. Potilashoitosuhteen muodostumista havainnollistetaan kuviossa 4. Episodit ovat potilaan yksittäistä sairastapahtumaa vastaavia palveluprosesseja tai tuotteita. Episodit voidaan jakaa edelleen moduuleihin, jotka sisältävät ydinpalvelun, avustavat palvelut ja tukipalvelut (ks. Grönroos 2001, 225).



Kuvio 4. Potilashoitosuhteen muodostuminen (mukaillen Bansal 2004 & Holmlund 1997).

Potilashoitosuhdetta voidaan tarkastella kolmen eri ulottuvuuden kautta: a) taloudellinen ulottuvuus, b) strateginen ulottuvuus ja c) psykologinen ulottuvuus. Tämä tarkastelu voidaan rinnastaa liiketaloudellisten suhteiden arvonluonnin tarkasteluun (mukaillen Wilson 1996, 59). Koska potilaan käsitys hoidon (tuotteen) ja palvelun laadusta on yksilöllinen, ja vaihtelee potilas- ja tapahtumakohtaisesti, potilaan odotuksia on pyrittävä ohjaamaan informoimalla ja opastamalla potilasta hoitosuhteen aikana. Palveluntuottajan ja potilaan välinen dialogi on tällöin avainasemassa ja suhteeseen voidaan soveltaa esimerkiksi suhdemarkkinoinnin oppeja (Bansal 2004, 186). Suhdemarkkinoinnin keinoja onkin sovellettu onnistuneesti esimerkiksi Iso-Britannian terveydenhuollon (NHS) asiakaskuntaan ja potilasryhmiin (Bansal 2004, 181).

Tuotteistamisprosessin suunnittelun ja tuotteiden muodostamisen kannalta on tärkeä määritellä ja kuvata palveluprosessi sekä siihen kuuluva ydinpalvelu, avustavat palvelut ja tukipalvelut tarkasti ja yksityiskohtaisesti. Tuotteiden muodostamisessa on huomioitava myös palvelujen standardoinnin ja räätälöinnin asteet (Lehtinen ym. 2005, 31). Palveluprosessi on usein rakennettavissa modulaarisista komponenteista, perustuotteesta (ydinpalvelu) ja sen lisäosista (tukipalvelut), vaikka kokonaisuus on asiakkaan tarpeita vastaava yksilöllinen palvelupaketti (Parantainen 2007, 15; Sarakorpi 2007, 203). Moduloinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä palvelupaketin eli tuotteen jakamista toiminnallisiin osiin. Modulaarinen rakenne mahdollistaa muun muassa tuotteistettujen massaräätälöityjen palvelujen tarjoamisen. Palvelutarjonta voi olla asiakkaiden tarpeisiin räätälöityä ja yksilöityä, mutta silti tuotteistettua. Modulaarinen palvelutuotanto on yleensä joustavaa ja kustannustehokasta (Parantainen 2007, 53).

Palveluiden tuotteistamiseen ja modulointiin on kehitetty useita erilaisia menetelmiä (ks. Baldwin ym. 1997; Gilmore ym. 1997; Pine 1993). Näitä menetelmiä ei kuitenkaan ole yleisesti sovellettu sosiaali- ja terveydenhuollon alalle (Sarakorpi 2007, 204). Terveydenhuoltopalvelujen tuotteiden muodostamisessa hyödynnetään yleisesti potilasryhmittelyjärjestelmiä, joista kansainvälisesti tunnetuin lienee Diagnosis Related Groups (DRG). Menetelmää esitellään tarkemmin luvussa 3.3.

Terveyspalveluissa modulaarisen tuotteen sisältö voidaan määritellä sisällön laajuuden mukaisesti. Tuotesisällön laajuus vaikuttaa tällöin tuotteistamisen tasoon. Tuotteella on laaja sisältö silloin kun se käsittää koko asiakkaan palvelukokonaisuuden. Tuotteella on puolestaan

suppea sisältö silloin kun kaikki asiakkaan saamat yksittäiset palvelut tai suoritteet ovat määritelty erillisiksi tuotteiksi.

Kuntaliiton (1995) määritelmän mukaisesti tuotelajit voidaan jakaa sisällön laajuuden perusteella seuraavasti: a) asiakkaan palvelukokonaisuus, b) asiakkaan palvelukokonaisuus tukipalveluineen, c) suoritteista koostuva palvelupaketti ja d) yksittäiset suoritteet. Terveydenhuollon palvelutuotantoa vastaavat tuotelajit puolestaan ovat: a) hoitopaketti, b) hoitopaketti ja suoriteperusteiset lisäpalvelut, c) suoritteista koostuva palvelupaketti (esimerkiksi hoitopäivät ja suoritteet) sekä d) suoritteet itsenäisinä tuotteina.

Tuotteiden muodostamisen helpottamiseksi palveluprosessin vaiheet voidaan kuvata yksityiskohtaisesti esimerkiksi *blueprinting*-menetelmällä. Menetelmässä palveluprosessin vaiheet kuvataan tarkasti vuokaaviossa. Kaaviokuvassa erotetaan asiakkaalle näkyvät (*front office*) toiminnot sisäisistä (*back office*) toiminnoista (ks. Fließ ym. 2004; Shostack 1987); Zeithaml ym. 2006; teoksessa Jaakkola 2007, 16). Blueprinting on keino hahmottaa palveluprosessin moduulit ja niiden tuottamiseen tarvittavat resurssit. Tavoitteena on kiinnittää huomiota kehittämistä ja analysointia tarvitseviin vaiheisiin. Blueprinting-menetelmä on yleisemmin käytössä yksityisillä palveluntarjoajilla.

2.3.3 Tuotteiden hinnoittelu, vertailu ja riskien arviointi

Hinnoittelu on yksi merkittävimpiä organisaation kannattavuuteen ja pitkän tähtäimen menestykseen vaikuttavista tekijöistä (TIEKE 2005). Palveluorganisaatiot ovat kuitenkin yleisesti hyödyntäneet sellaisia hinnoittelumalleja, jotka eivät ole sopineet parhaalla mahdollisella tavalla niiden toiminnan luonteeseen (Tung ym. 1997, 53). Tuotteistettu palvelu on helpompi ja riskittömämpi hinnoitella. Koska kiinteän hinnan määrittäminen edellyttää palvelun sisällön ja toteutustavan selkeää määrittelyä, tuotteistaminen ja kiintohinnoittelu kulkevat käsi kädessä (Sipilä 1996, 20). Kiintohinnoitellun palvelun ei tarvitse olla joka kerta kannattava. Riittää, että se on keskimäärin kannattava (Parantainen 2007, 87). Tähän ajatukseen perustuvat nk. keskihintajärjestelmät, joita julkisen terveydenhuollon palvelutuotannossa hyödynnetään. Luvussa 3.3 esiteltävä DRG-potilasryhmittely on keskihinnoitteluun perustuva tuotteistamis- ja hinnoittelujärjestelmä.

Tuotteistamisprosessin tuloksena tuotteistettu palvelutarjonta luo perustan selkeälle ja oikeelliselle hinnoittelulle. Useissa tapauksissa tuotteistamisen on todettu parantavan palvelun laatua ja selkiyttävän hinnoittelumenetelmiä (Lehtinen ym. 2005, 27). Hinnoittelu voi olla esimerkiksi markkinalähtöistä, kilpailuperusteista, penetraatio-hinnoittelua, kermankuorintahinnoittelua, tai arvoperusteista hinnoittelua (Monroe 2003, 40). Markkinalähtöinen hinnoittelu perustuu kysyntään. Kilpailuperusteisessa hinnoittelussa tuotteet hinnoitellaan suhteutettuna kilpailijoiden tuotteiden hintaan siten, että hinnat heijastavat organisaation tavoiteasemaa markkinoilla. Kilpailutilanne ja markkina-asema asettavat haasteita sekä tuotteistamiselle että hinnoittelulle. Mitä erikoislaatuisempaa tuotetta myydään, sitä vähemmän kilpailijoiden toimilla on yleensä vaikutusta hinnoitteluun (Jaakkola ym. 2007, 29). Oli organisaation hinnoitteluvalinta millainen tahansa, tuotteistaminen helpottaa kustannusten määrittämistä strukturoidulle ja vakioidulle palveluprosessille.

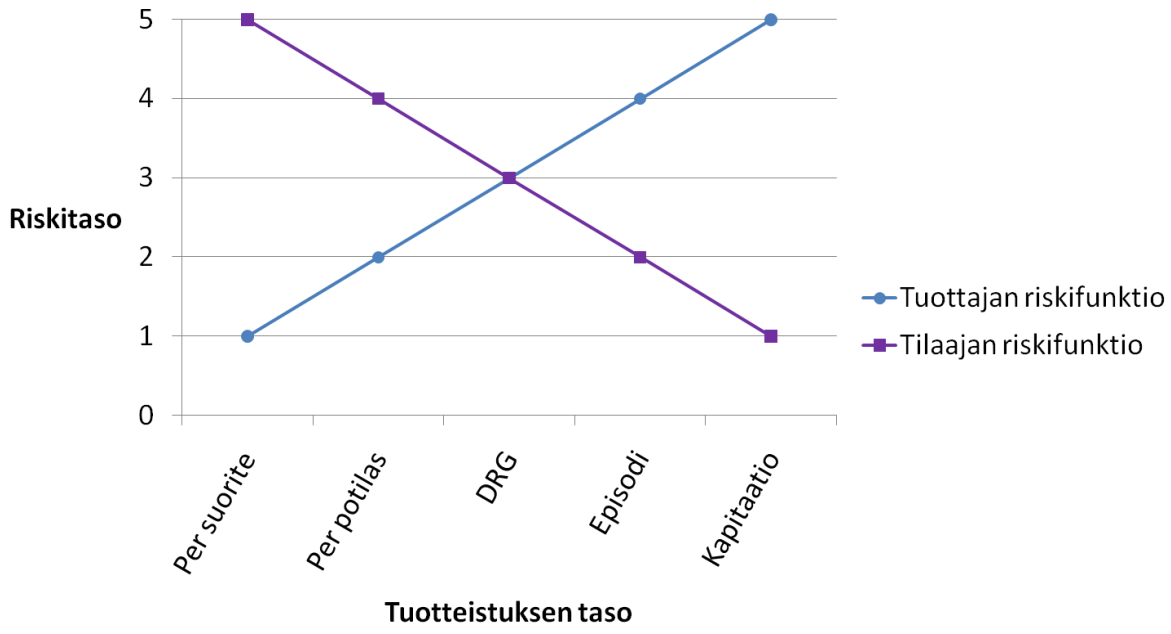
Watersin ym. (2004, 1–2) mukaan terveydenhuoltopalvelujen hinnoittelussa on huomioitava julkisten tuottajien näkökulmasta katsottuna kolme keskeistä tekijää: a) palveluntuottajille on taattava kohtuullinen korvaus palvelutuotannosta b) hinnoittelun tulisi olla kustannusperusteista, heijastaa aitoja tuotantokustannuksia ja edesauttaa kestävän kansallisen hinnoittelumallin rakentamista c) hinnoittelu- ja korvausjärjestelmän tulisi kannustaa tuottajia tarjoamaan parasta saatavilla olevaa lääketieteellistä hoitoa.

Julkisen tilaajaorganisaation näkökulmasta tuotteistettu palvelutarjooma on sujuvan hankintaprosessin edellytys. Palvelujen täydellinen kilpailuttaminen onnistuu vain jos palveluprosessit on tuotteistettu hyvin (Haho ym. 2007). Jos terveydenhuollon palveluntuottajat eivät käytä yhdenmukaista tuotteistamista ja määrittele tuotteitaan standardeiksi, tuotteiden vertailu on tilaajan näkökulmasta hyvin haasteellista. Tästä näkökulmasta tuotteistamismenetelmän tulisi taipua erilaisiin kilpailuasetelmiin, jotka poikkeavat alueellisesti merkittävästi toisistaan (Aaltonen ym. 2007, 10).

Tuotteistaminen lisää palvelujen vertailtavuutta. Tällöin asiakkaasta tulee hintatietoisempi (Jaakkola ym. 2007, 31). Kun palvelutuotteet ovat riittävän samanlaisia, ostajan näkökulmasta ainoaksi erottavaksi tekijäksi jää palvelun hinta (Parantainen 2007, 167). Terveyspalveluja tuottavan yksityisen yrityksen näkökulmasta täysin yhdenmukaiset ja vertailukelpoiset tuotteet eivät välttämättä ole tarkoituksenmukaisia. Julkisten ja yksityisten toimijoiden intressit tuotteistamisen suhteen eroavat siten tässä merkittävästi. Erikoissairaanhoidon

tuotteiden tilaajaosapuoli näkee vertailtavuuden lähes välttämättömyytenä. Se toisi muun muassa sairaalalaskutukseen läpinäkyvyyttä ja parantaisi tasapuolisuutta (Aaltonen ym. 2007). Vapailla markkinoilla läpinäkyvä vertailtavuus kiristää hintakilpailua ja pienentää yritysten toimintakatteita. Siksi yksityiset palveluntuottajat pyrkivät välttämään sitä.

Terveydenhuoltopalvelujen erilaisissa tuotteiden muodostamisjärjestelmissä riski palvelujen tilaajan ja tuottajan välillä jakaantuu eri tavoin (Aaltonen ym. 2007, 51). Suoriteperusteisessa tuotteistamismallissa ja hinnoittelussa tilaaja kantaa hinnoittelun riskin. Kapitaatio-malli puolestaan vastaa tilaaja–tuottaja-mallin sopimusohjauksen kiintohinnoittelua, jossa tuotteistamista ei ole toteutettu, tai tuote on yhtä kuin koko sairaalan palvelutoiminta. Kapitaatio-mallissa palvelujen tuottaja kantaa hinnoittelun riskin. Kapitaatio-mallista käytetään yleisesti nimeä ”könttäsumma”. Hinnoittelun riskin suhteen välimaastoon sijoittuvat erilaiset keskihintajärjestelmät, joista esimerkkinä DRG-tuotteistamismenetelmä. Kuviossa 5 esitellään hinnoittelun riskin jakautumista palvelun tilaajan ja tuottajan kesken tuottajan ja tilaajan riskifunktioina.



Kuvio 5. Hinnoittelun riskin jakautuminen erilaisissa tuotteistamismalleissa tilaajan ja tuottajan riskifunktiona (mukaillen Aaltonen ym. 2007, 51).

Aaltosen ym. mukaan (2007, 10) mukaan terveydenhuollon palvelujen tuotteistamista toteutetaan seuraavilla tasoilla: a) kiinteä laskutus eli kapitaatio (tuote = erikoissairaanhoito kokonaisuutena), b) sairaalan omaan luokitteluun ja ryhmittelyyn pohjautuva tuotteistaminen ja hinnoittelu, c) DRG-pohjainen tuotteistaminen ja hinnoittelu sekä d) suoritepohjainen tuotteistaminen ja hinnoittelu.

Kiinteä laskutus on useimmiten käytössä julkisen terveydenhuollon palvelutuotannossa. Kiinteä laskutus ei sisällä varsinaista tuotteistamista vaan koko erikoissairaanhoito nähdään yhtenä tuotteena. Palvelukokonaisuudesta sovitaan tällöin tilaajan ja tuottajan välisissä sopimusneuvotteluissa. Toisessa ääripäässä on yksityisellä sektorilla laajasti käytetty suoritepohjainen tuotteistamismalli, jossa kaikki potilaan palvelutapahtumaan liittyvät suoritteet eli osatekijät tunnistetaan. Niiden perusteella muodostetaan kullekin asiakkaalle räätälöity modulaarinen tuotepaketti. Kiinteän laskutuksen ja suoritepohjaisen tuotteistamisen välimaastoon sijoittuvat sairaaloiden omiin luokitteluihin, ryhmittelyihin ja episodeihin perustuvat tuotteistamismallit sekä standardoitu DRG-potilasryhmittely.

Tuotteistettujen palveluiden hinnoittelu on jatkuvaa työtä, joka edellyttää kustannusten määrittelyä, seurantaa ja arviointia. Hinnoittelun tulisi perustua tarkkoihin laskelmiin palvelun tai tuotteiden tuottamisen kustannuksista (Kuntaliitto 1995, 37). Tuotteistamisprosessissa suoritettava analysointi- ja määrittelytyö helpottaa näiden kustannusten erittelyä.

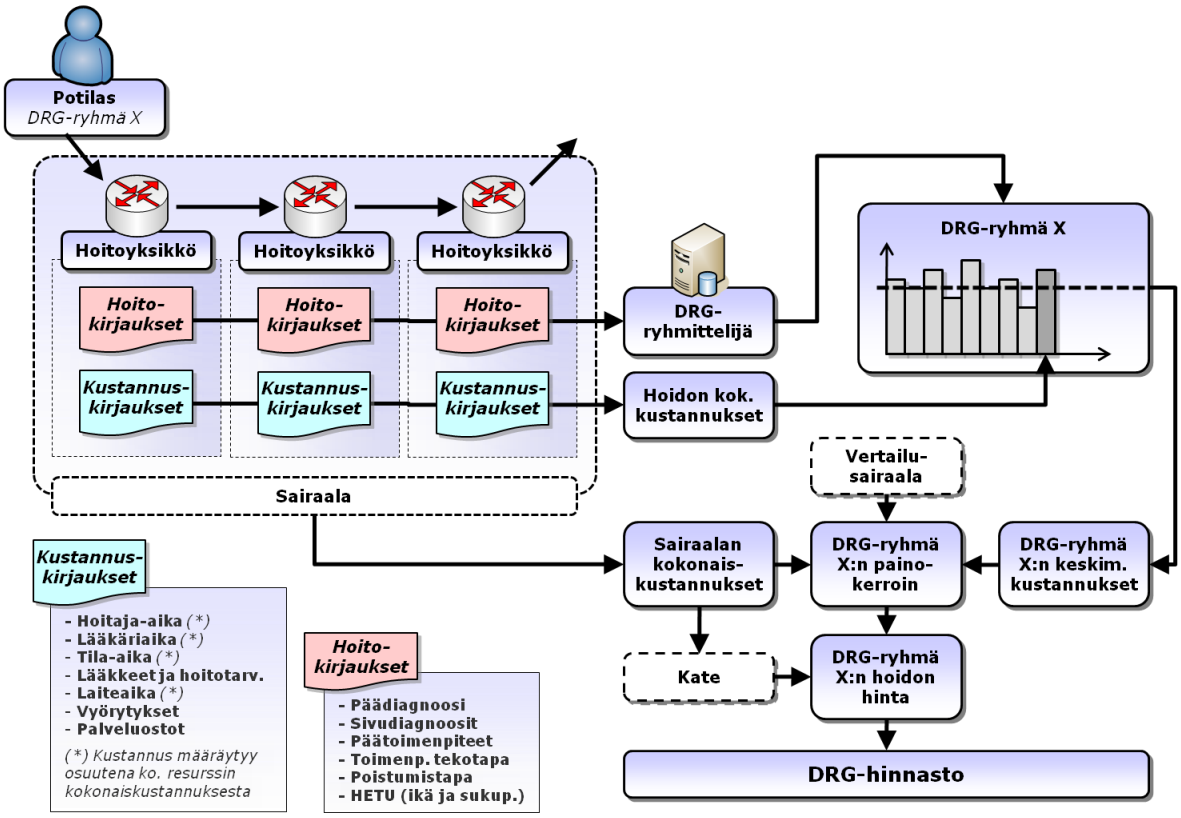
2.4 DRG-potilasryhmittely tuotteistamismenetelmänä

Diagnosis Related Groups (DRG) on menetelmä terveydenhuollon palvelutoiminnan – tarkemmin määriteltynä erikoissairaanhoidon – tuotteistamiseen. DRG on akuuttisairaalan vuodeosastohoitojen ja päiväkirurgian kuvaamista varten kehitetty ryhmittelymenetelmä. Ryhmittely perustuu potilaan diagnooseihin, hänelle tehtyihin toimenpiteisiin sekä ikään, sukupuoleen ja sairaalasta poistumistapaan. DRG-potilasryhmittely on ensisijaisesti vuodeosastoilla annettavien hoitojen kliinishallinnollinen luokittelu, jonka avulla voidaan kytkeä hoidot ja hoitojen kustannukset toisiinsa (Kuntaliitto 2005). Useissa sairaaloissa kustannukset osataan kohdistaa yksittäisille potilaille, mutta edelleen suuri osa sairaaloista ei vielä tähän pysty. Kustannusten kohdentaminen yksittäisille potilaille edellyttää tietojärjestelmiä, jotka kykenevät potilaskohtaiseen kustannuslaskentaan. DRG:n avulla

voidaan määritellä tuotteen sisältö ja sitä kautta hinta, jolloin sekä tilaaja että toimittaja ymmärtävät paremmin, mitä vaihdanta koskee (Kuntaliitto 2005). DRG-järjestelmä tukee sairaalan omaa toiminnanohjausta ja resurssien käytön seurantaa.

DRG kehitettiin alun perin Yalen yliopistossa jo 1960-luvulla. Vuonna 1983 sitä ryhdyttiin käyttämään julkisen sairausvakuutuksen (MEDICARE) korvaamien hoitojen nimikkeistönä ja hinnastona Yhdysvalloissa (Aaltonen ym. 2007, 38). Tämän jälkeen DRG-järjestelmää kokeiltiin, testattiin, otettiin käyttöön ja muunneltiin useissa muissakin maissa (Australia, Ruotsi, Norja, Tanska, Islanti, Suomi, Englanti, Ranska, Portugali, Espanja, Kanada, Korea ja Italia). Vuoden 2000 alusta NordDRG:stä on tullut lähes standardi vuodeosastopalvelujen ja päiväkirurgisten hoitopalvelujen tuotteistamisessa ja laskuttamisessa kaikissa pohjoismaissa. NordDRG-potilasryhmitys on kehitetty Yhdysvaltalaisen HCFA DRG:n pohjalta pohjoismaisena yhteistyönä ja se on melkein kokonaan syrjäyttänyt muut ryhmitykset näissä maissa (Kuntaliitto 2005). DRG on kansainvälisesti yleisin ja käytetyin terveyspalvelujen standardoitu tuotteistamismenetelmä.

DRG:ssä lopputuotteet määräytyvät ryhmittelemällä yksittäisten potilaiden palvelutapahtumat (toimenpiteet, käynnit ja hoitojaksot) useita potilastapauksia sisältäviksi tuoteryhmiksi. Yksittäinen potilastapaus sekä potilaan hoitoon liittyvien kustannusten rekisteröinti ja laskenta muodostavat tällöin tuotteistamismallin perustan. Potilaan hoitoa palvelevat suoritteet (tuotteen osatekijät eli moduulit) perustuvat DRG:ssä kansallisiin nimikkeistöihin sekä palveluntuottajan määrittelemiin suoritteisiin (Kuntaliitto 2005). Kuviossa 6 havainnollistetaan graafisesti DRG-järjestelmän toimintaperiaatetta. Kuviosta ilmenevät ryhmittelyn edellyttämät tietotarpeet eli hoito- ja kustannuskirjaukset potilaan hoitojakson ajalta. Lisäksi kuvio havainnollistaa potilasryhmittelyyn pohjautuvan hinnan muodostumisperiaatteita.



Kuvio 6. DRG-potilasryhmittely ja hinnan määräytyminen.

”DRG-järjestelmä on teknisesti varsin monimutkainen, mutta periaatteeltaan yksinkertainen (Kuntaliitto 2005).” Sairaudet ja muut terveyspalvelujen käytön syyt luokitellaan päädiagnoosin perusteella 27 pääryhmään (*Major Diagnostic Categories*) kuten esimerkiksi hengityselinsairaudet. Pääryhmän sisällä tehdään jako operatiivisiin (leikkaustoimenpiteen sisältäviin) ja konservatiivisiin hoitoihin. Nämä ryhmät jaetaan edelleen erillisiin DRG-tuoteryhmiin, joita on perusversiossa kaikkiaan 495 (Kuntaliitto 2005). Päädiagnoosi on ryhmittelyn kannalta keskeisin tekijä. Päädiagnoosiksi kirjataan se sairaus tai vamma, joka on kuluttanut eniten resursseja hoitojakson aikana. Ratkaisu ei siis ole perinteiseen tapaan lääketieteellinen, vaan kirjaamisperuste on taloudellinen.

DRG-potilasryhmittelyyn perustuva tuotteistamismalli on toteutettu ensisijaisesti kustannuslaskennan ja laskutuksen näkökulmista palvelemaan tilaaja–tuottaja-mallin tarpeita. Olennaisimpia syitä DRG-järjestelmän yleistymiseen ovat sen hyvä soveltuvuus TILTU-malliin sekä teoriassa tuotteiden kansallinen vertailukelpoisuus. Vaikka DRG-järjestelmä on kehitetty jo 1960-luvulla, sen käyttö on laajentunut EU-alueella merkittävästi vasta viime vuosina.

DRG rinnastetaan erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa toisinaan virheellisesti tuotteistamisen yleiseksi synonyymiksi. Tuotteistaminen voidaan kuitenkin nähdä laajemmin hallinnollisena ja taloudellisena johtamisen keinona, palveluprosesseja systematisoivana menetelmänä, seurannan ja toiminnanohjauksen mahdollistajana, sekä oikeellisen hinnoittelun ja palvelutarjooman suunnittelun perustana.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä tutkimus toteutettiin osana Tampereen teknillisen yliopiston koordinoimaa laajempaa tutkimuskokonaisuutta Hatanpään kantasairaalalle (HASA). Hankkeessa tutkittiin sekä Hatanpään sairaalan logistiikka- ja potilasvirtojen hallinnan tehostamista Pirkanmaan hoitoverkostossa että erikoissairaanhoidon palvelutarjooman tuotteistamista ja hinnoittelua. Hatanpään sairaalan terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamistutkimuksessa kartoitettiin organisaation tuotteistamisen nykytila, analysoitiin tuotteistamisprosessia ohjaavia keskeisiä strategisia tekijöitä sekä tuotettiin konsultointiselvitys DRG-potilasrymittelyn hyödyntämisestä ja käyttöönoton edellytyksistä HASA:ssa. Tutkimuksen loppuraportit on julkaistu Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarjassa C 3/2009 ja C 4/2009. Tutkimuskokonaisuuden loppuraportit voidaan nähdä tätä tutkimusta täydentävinä selvityksinä.

3.1 Tutkimuksen metodologia

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on yleisnimi useille erilaisille tieteellisille lähestymistavoille ja tutkimusmenetelmille. Kvalitatiivinen tutkimus on moninaista ja se käsittää useita tutkimuksen lajeja, joiden käyttö vaihtelee tieteenaloittain (Metsämuuronen 2006, 83; Hirsjärvi ym. 2004, 153). Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät ovat työkaluja sellaisten tutkimusten toteuttamiseen, missä kohdeilmiön käsitteellinen pohdinta on keskeisessä roolissa. Ne ovat instrumentteja, jotka soveltuvat erinomaisesti organisaatioiden hallinnon ja johdon tutkimustarpeisiin (Gummesson 2000, 1). Tämän tutkimuksen metodologia on kvalitatiivinen.

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on usein moninaisen todellisen elämän kuvaaminen, jonkin ilmiön seikkaperäinen kuvaileminen, toiminnan syvällinen ymmärtäminen tai asian ymmärrettäväksi tekeminen aineistoon perustuen (Hirsjärvi ym. 2004, 152). Siinä pyritään antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Hirsjärvi ym. (2004, 155) ovat määritelleet seuraavat kvalitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteet, jotka täyttyvät tämän tutkimuksen kohdalla: a) tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, b) suositaan ihmistä tiedonkeruun instrumenttina, c) käytetään laadullisia metodeja aineiston hankinnassa, d) valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti ei satunnaisotoksena,

e) tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä, f) käsitellään tapauksia ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti ja g) käytetään induktiivista analyysiä.

Laadulliselle tutkimukselle on usein ominaista intensiivinen tutkimuskenttään perehtyminen esimerkiksi osallistuvan havainnoinnin avulla. Aineiston keruussa hyödynnetään menetelmiä, jotka vievät tutkijan lähelle tutkittavaa kohdettaan. Lisäksi aineiston käsittelyssä pyritään kokonaisvaltaisuuteen sikäli, että tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään suhteessa kontekstiinsa ja tutkittujen tapahtumien erityispiirteisiin. Analysoinnin lähtökohtana on kehittää käsitteellisesti mielekkäitä ydinteemoja kerätystä aineistosta. Tällöin käsitteellisyys nousee esiin aineistosta. (Aaltola ym. 2001, 68–79). Laadullisessa aineistossa käytetään usein induktiivista päättelyä. Induktiolla tarkoitetaan tieteenfilosofista päättelyä, joka etenee loogisesti yksityisestä yleiseen (Grönfors 1982, 30).

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan prosessiorientoitunutta. Tämän ominaispiirteen myötä korostuu tutkimuksen eri elementtien – esimerkiksi tutkimustehtävän, teorianmuodostuksen, aineistonkeruun ja aineiston analyysin – joustava kehittyminen tutkimuksen edetessä (Aaltola ym. 2001, 68). Prosessiorientoituneen luonteensa ansiosta menetelmä soveltuu hyvin tutkittavan ilmiön – tuotteistamisen – tutkimiseen. Laadullisen tutkimuksen vahvuuksia ovat muun muassa sen syvyys, yksityiskohtaisuus ja avoimuus. Siinä pyritään välttämään vahvoja ennakko-oletuksia ja hypoteeseja (Metsämuuronen 2006, 42). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei voi irtisanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot muovaavat sitä, miten tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään. Tällöin objektiivisuutta sen perinteisessä mielessä ei ole mahdollista saavuttaa. Tutkimuksen tarkoituksena onkin löytää tai paljastaa olemassa olevia tosiasioita (Hirsjärvi ym. 2004, 152).

3.2 Tutkimusstrategia

3.2.1 Tapaustutkimus

Tapaustutkimus on laadullisen empiirisen tutkimuksen muoto, missä ilmiötä tarkastellaan sen luonnollisessa ympäristössä. Tällöin ilmiön ja ympäristön väliset rajat eivät ole selvästi erotettavissa toisistaan. Tapaustutkimuksessa tutkija ja tutkimuksen kohde ovat hyvin läheisessä vuorovaikutuksessa keskenään. Tapaustutkimuksessa kerätään, analysoidaan ja tuotetaan yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta (Hirsjärvi ym. 2004,

125). Koska tapaustutkimuksessa etsitään ilmiöille selityksiä, se on usein luonteeltaan kuvailevaa ja analyyttistä. Tapaustutkimusta pidetään laadullisen metodologian tiedonhankinnan yleisimpänä strategiana (Metsämuuronen 2006, 92).

Tutkijalla on usein ilmeinen kiinnostus tapaustutkimuksen prosessia ja toimintaympäristöä kohtaan. Tapaustutkimuksessa tutkija tulkitsee uutta tietoa nykyiseen tietouteensa pohjautuen. Kun tutkijan nykyinen tietous ei riitä tulkitsemaan uutta tietoa, tutkijan tietouden viitekehys voi kokea perusteellisen uudelleenjäsentelyn. Tietouden uudelleenjäsentelyn seurauksena tutkijan ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä voi muotoutua täysin uudenlaiseksi. Kyseinen ilmiö tunnetaan nk. paradigman muutoksena (*paradigm-shift*) (Gillham 2000, 18–19). Tutkijan on tiedostettava, että hänen odotuksensa ja arvonsa voivat muuttua merkittävästi tutkimuksen alkuasetelmasta.

Tapaustutkimukselle on tyypillistä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu uudelleen tutkimuksen edetessä. Analyysissä aineiston keruu, analyysi ja raportointi kytkeytyvät usein tiiviisti toisiinsa. Tutkija lähestyy aineistoa avoimesti, tulkitsee aineistoa teoreettisen viitekehyksen kautta, ja tekee analyyttistä erottelua havainnoinnista. Avoin lähestyminen mahdollistaa useiden erityyppisten tiedonlähteiden hyödyntämisen tutkimuksessa. Esimerkiksi havainnoinnilla saadaan välitöntä, suoraa tietoa organisaation toiminnasta ja sen käyttäytymisestä ilmiön luonnollisessa ympäristössä. Gillham (2004, 21) listaa muun muassa seuraavat tapaustutkimuksen aineistotyypit, joita hyödynnetään tämän tutkimuksen empiriassa: a) dokumentit, b) tallenteet, c) haastattelut, d) äänetön havainnointi ja e) osallistuva havainnointi.

Viime vuosina laadullisen tapaustutkimuksen suosio on kasvanut merkittävästi kauppatieteellisessä tutkimuksessa, eritoten liike-elämän ja yritystoiminnan tutkijoiden silmissä. Tämän seurauksena myös tapaustutkimuksen yleinen arvostus tieteellisenä tutkimusmenetelmä on lisääntynyt (Gummesson 2000, 87). Syitä suosionkasvuun on useita. Tärkein lienee kuitenkin tapaustutkimuksen käytännönläheinen luonne. Tapaustutkimuksella voidaan esittää kompleksisia liiketaloudellisia ilmiöitä käytännönläheisellä ja ymmärrettävällä tavalla (Eriksson ym. 2008, 116). Kauppatieteellisessä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on usein yritys tai organisaatio, ja siihen liittyvä moniulotteinen ilmiö.

Tapaustutkimuksen etuna on sen pyrkimys tuottaa mahdollisimman täydellinen ja selkeästi ymmärrettävä kuva tutkittavasta ilmiöstä. Erityisesti yhden tutkimuskohteen tapauksessa tarkastelun kohdetta pyritään selittämään suurella määrällä muuttujia. Tapaustutkimusten perusteella ei yleensä laadita hypoteeseja tai tavoitella tulosten yleistettävyyttä (Gummesson 2000, 88). Tapaustutkimusten selkeä vahvuus on tapa esittää monimutkaisia ja vaikeasti tavoitettavia tutkimusaiheita, helposti lähestyttävällä ja persoonallisella tavalla (Eriksson ym. 2008, 117). Tästä syystä tapaustutkimus sopii erinomaisesti tämän tutkimuksen luonteeseen.

3.2.2 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus on joustava ja mukautuva tapaustutkimuksen tutkimusasetelma. Kuten tapaustutkimukselle myös toimintatutkimukselle on tyypillistä, että tutkimusasetelma ja -suunnitelma elävät tutkimuksen edetessä. Tutkimus on käytäntöihin suuntautunutta, siinä pyritään muutokseen ja tutkittavat osallistuvat aktiivisesti tutkimusprosessiin. Se voidaan nähdä tapana hahmottaa tutkimuksen ja tutkittavan todellisuuden välinen suhde (Kuula 1999, 10).

Toimintatutkimukselle ominaisia piirteitä ovat muun muassa asetelman tasavertaisuus ja demokraattisuus. Toimijat ja tutkijat osallistuvat tutkimusprosessiin yhteistyössä ja tutkimuksen tarkoitus selvitetään avoimesti kaikille osapuolille. Toimintatutkimus edellyttää tutkijalta ja kohdeorganisaatiolta yhteistyöhalua ja -kykyä. Kyseessä on usein kehittämiseen tähtäävää toimintaa ja tutkimusta, jossa tutkijat pyrkivät ymmärtämään käytäntöjään ja toimintaolosuhteita aiempaa syvällisemmin. Jotta muutosprosessi voisi onnistua, tarvitaan perusteellinen ymmärrys tutkittavasta organisaatiosta ja sen toiminnasta. Lisäksi tarvitaan kyky kehittää vaadittava käsitteellinen viitekehys ilmiön tutkimista varten (Gummesson 2000, 86).

Liike-elämän tutkimus edellyttää aktiivista ja osallistuvaa tutkimusotetta. Toimintatutkimus sisältää osallistuvaa havainnointia, jossa aktiivisesti vaikutetaan tutkittavaan ilmiöön sen luonnollisessa ympäristössä (Gummesson 2000, 83). Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua, yhteistyötä ja osallistumista vaativaa, sekä itseään tarkkailevaa (Eriksson ym. 2008, 193–196). Se perustuu käytännön ongelmien ratkaisuun ja ratkaisun tieteelliseen tarkasteluun. Koska liike-elämän tutkimuksen ja ongelmanratkaisun tarpeet liittyvät usein käytännön

ilmiöihin ja ongelmiin, toimintatutkimus soveltuu hyvin tähän tarkoitukseen (Eriksson ym. 2008, 193–194).

Toimintatutkimus voidaan nähdä myös tapana oppia yhteisöllisestä järjestelmästä tai ilmiöstä ja samanaikaisesti pyrkiä muuttamaan sitä. Sen yhtenä suuntauksena voidaan erottaa johdon toimintatutkimus, joka keskittyy liike-elämälle relevanttien ilmiöiden ja asioiden tutkimiseen (Gummesson 2000, 117–119). Toimintatutkimuksessa tutkija: a) osallistuu aktiivisesti kohdeorganisaation toimintaan, b) tuottaa samanaikaisesti kontribuutiota sekä tieteelle, että kohdeorganisaation toimintaan, c) on tiiviissä vuorovaikutuksessa kohdeorganisaation henkilöstön kanssa sekä d) tiedostaa, että ymmärrys joka syntyy toimintatutkimuksessa on holistista ja kompleksista (Gummesson 2000, 119).

Gummesson (2000, 116) toteaa, että toimintatutkimus on yksi laadullisen tapaustutkimuksen haastavimpia asetelmia. Hänen mukaan toimintatutkimus lähestyy toisinaan konsultointia tai jopa journalismia, ja saa osakseen kritiikkiä siitä, että se ei ole varsinaista tieteellistä tutkimusta. Tämä tutkimus saa joitakin toimintatutkimuksen piirteitä tutkimuskokonaisuuden konsultatiivisesta luonteesta johtuen. Pääasiallisena tutkimusstrategiana voidaan kuitenkin pitää tapaustutkimusta.

3.3 Tutkimusmetodit ja empirian hankinta

Kvalitatiiviset tutkimusmetodit ovat luonteeltaan kuvailevia ja tulkitsevia. Tämän johdosta niistä käytetään myös nimitystä pehmeät tutkimusmetodit. Pehmeät metodit mahdollistavat kuitenkin sellaisten kompleksisten kokonaisuuksien tutkimisen, hahmottamisen ja tulkitsemisen, joita nk. kovilla tutkimusmetodeilla ei voida tutkia. Pehmeillä metodeilla tutkittavaa ilmiötä voidaan lähestyä sisältä käsin, tutkittavan organisaation näkökulmasta (Gillham 2000, 10–11).

Tämän tutkimuksen empirian hankinnassa hyödynnetään pääasiallisesti kahta tapaustutkimukselle ominaista tutkimusmetodia: tutkimushaastattelut ja havainnointi. Aineiston keruussa hyödynnetään lisäksi – tutkimustilanteiden vaatimusten mukaisesti – osallistuvaa havainnointia, avoimia ja strukturoimattomia kyselyjä, sekä vapaamuotoisia keskusteluja tutkimuskohteiden kanssa.

Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumuoto sikäli, että siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kohteen kanssa. Tästä on sekä etua että haittoja tutkimuksen toteuttamisessa. Tutkimushaastattelu on yleensä joustava, moninainen ja systemaattinen tiedonkeruumenetelmä. Tutkimushaastattelussa on aitoa vuorovaikutusta, sitä voidaan tarvittaessa syventää ja selventää, ja sen tulos voidaan sijoittaa laajempaan kontekstiin. Tutkimushaastattelu on käytetyin tapaustutkimuksen tiedonkeruun menetelmä (Hirsjärvi ym. 2004, 193–194).

Tutkimushaastattelut voidaan jakaa kolmeen luokkaan: a) strukturoitu haastattelu b) teemahaastattelu sekä c) avoin haastattelu. Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa määritellään yleensä etukäteen aihepiirit, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelu mahdollistaa joustavan haastattelutilanteen (Hirsjärvi ym. 2004, 197–198). Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin teemahaastattelua, jonka runko esitetään liitteessä 1. Valikoidulle vastaajajoukolle esitettiin lisäksi liitteessä 2 olevat täydentävät kysymykset tutkijan tietouden lisäämiseksi aihepiiristä. Haastattelut toteutettiin toisiaan täydentävästi sekä yksilöhaastatteluina, parihaastatteluina, että puhelinhaastatteluina. Varsinaisia tutkimushaastatteluja toteutettiin yhteensä kaksitoista. Tämän tutkimuksen haastatteluissa on osallisena yhteensä yli kaksikymmentä henkilöä, jotka edustavat Hatanpään sairaalan johtoa sekä terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen kansallisia asiantuntijoita. Lista haastateltavista esitellään liitteessä 3. Lista tutkimuskokonaisuuden muista säännöllisistä kokouksista esitellään liitteessä 4.

Tutkimushaastattelujen ohessa tutkimuksen aineistonkeruussa hyödynnetään osallistuvaa havainnointia eli tarkkailua. Havainnoilla saadaan tietoa, joka kertoo, toimivatko ihmiset todellisuudessa niin kuin he haastatteluissa väittävät toimivansa (Hirsjärvi ym. 2004, 201). Tämä täydentää haastattelujen tiedonkeruuta. Havainnoinnin etuina on välittömän suoran tiedon saanti tutkimuskohteesta ja haittana tilanteen mahdollinen vääristyminen havainnoinnin seurauksena (Hirsjärvi 2004, 202). Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin osallistuvaa havainnointia, jossa tutkija osallistuu tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa.

Empiirisen aineiston keruuta täydentää tutkijan osallistuminen vuoden kestäneellä ajanjaksolla sairaalan tutkimushankkeen johtoryhmän kuukausittaisiin kokouksiin. Lisäksi aineiston keruussa hyödynnettiin avointa keskustelua sairaalan johdon ja henkilöstön kanssa

sekä sairaalan henkilöstön toimittamia lähdemateriaaleja ja -aineistoja. Näitä lähdemateriaaleja ovat esimerkiksi sairaalan henkilöstön raportit ja asiakirjat, taloudelliset raportit ja laskelmat, sisäiset muistiot sekä seminaarimuistiinpanot. Tutkimuskokonaisuuden johtoryhmän kokoukset saivat toisinaan ryhmähaastattelun piirteitä, useiden sairaalan johtohenkilöiden ja asiantuntijoiden vastatessa samanaikaisesti tutkijan kyselyihin.

3.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Luotettavuuden arviointi on oleellinen osa tieteellistä tutkimusta. Kvantitatiivisen tutkimuksen ja mittauksen luotettavuuskysymyksissä keskeisinä käsitteinä ovat perinteisesti toimineet reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan yleisesti mittaustulosten toistettavuutta ja kykyä antaa ei-satunnaisia tuloksia. Validiteetilla tarkoitetaan puolestaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym. 2004, 216). Mielipiteet reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden soveltuvuudesta laadullisen tutkimuksen tieteellisen luotettavuuden arviointiin vaihtelevat. Jotkut tutkijat soveltavat näitä perinteisiä käsitteitä myös laadulliseen tutkimukseen, toiset tutkijat ovat puolestaan kehittäneet laadulliseen tutkimukseen luotettavuuden arviointiin paremmin soveltuvia termejä ja menetelmiä (Rissanen 2006). Laadullisessa tapaustutkimuksessa voidaan kuitenkin yleisesti ajatella, että kaikki ihmistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia. Tällöin perinteiset luotettavuuden mittarit eivät tule arvioinnissa kysymykseen (Hirsjärvi ym. 2004, 217).

Erilaisilla tutkimusmetodeilla on erilaiset vahvuudet ja heikkoudet. Hyödynnettäessä useampaa menetelmää samanaikaisesti, ja niiden tulosten ollessa samansuuntaiset, voidaan katsoa, että tutkimuksen luotettavuus paranee. Tämä lähestymistapa tunnetaan nimellä *triangulaatio* tai *multi-method approach* (Gillham 2000, 13). Triangulaatio voi olla aineisto- ja menetelmätriangulaatiota tai tutkijatriangulaatiota. Aineisto- ja menetelmätriangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten tutkimusmenetelmien, metodien ja aineistojen yhteiskäyttöä. Tutkijatriangulaatiolla tarkoitetaan puolestaan sitä, että samassa tutkimuksessa on useampi tutkija aineiston kerääjinä ja tulosten analysoijina (Hirsjärvi ym. 2004, 218). Tutkijatriangulaatio ja vertaisarviointi ovat Gillhamin mukaan (2000, 33) erinomaisia apukeinoja tapaustutkimuksen toteuttamiseen ja luotettavuuden parantamiseen.

Eskolan ym. mukaan (1996, 165) laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tärkein työväline. Voidaan siis ajatella, että tutkija on itse tutkimuksensa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta ja luotettavuuden arvioinnin tulisi koskea koko tutkimusprosessia. Tarkka selostus antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida itsenäisesti tutkimuksen tuloksia ja niiden luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2004, 217).

Kun tutkija itse on eräänlainen aineistonkeruun väline, on myös luonnollista, että tutkimusprosessin edetessä hänen näkemyksensä ja tulkintansa kehittyvät (Aaltola ym. 2001, 79). Tutkittavaan ilmiöön itsessään voi myös liittyä muuntuvia ominaispiirteitä, joiden tarkastelu edellyttää tutkimusprosessin joustavaa muuntumista tutkimuskohteensa mukaisesti (Aaltola ym. 2001, 80). Kvalitatiiviselle tapaustutkimukselle ominaisesti tämän tutkimuksen tutkimussuunnitelmaa on tarkistettu ja päivitetty tutkimusprosessin edetessä. Tutkimuksen ongelmanasettelu muovautui joustavasti tutkimusprosessin edetessä tutkimuksen ohjausryhmän valvonnan alla. Koska tutkimus on prosessiluonteinen, voidaan luotettavuuden ja uskottavuuden katsoa vahvistuvan, kun raportissa tuodaan esiin tutkimuksen eteneminen ja samalla tutkimuskohdetta koskevan käsitteellistyksen edistyminen (Aaltola ym. 80). Tutkimusaineistosta lähteneiden käsitteellistysten rakentaminen on johtanut alkuasetelmasta poiketen tuotteistamis-ilmiön tutkimiseen tuotteistamisprosessin keinoin.

Edellä esitettyihin luotettavuuskriteereihin nojautuen tutkija esittää seuraavan näkemyksen: Tämä tutkimus pohjautuu tutkijan aitoon kiinnostukseen tehostaa terveydenhuollon palvelutuotannon toimintaa. Ajatus terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisesta voidaan nähdä tätä tehostamistarkoitusta palvelevana – ei niin konventionaalisena – keinona. Koska terveydenhuoltopalvelujen tuotteistaminen – siinä asiayhteydessä kun se tässä tutkimuksessa esitetään – on suhteellisen tuore toimintatapa, ja aihepiiriä koskeva kirjallisuus on vielä jokseenkin harvaa, tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys on muodostettu itsenäisesti ja aineistolähtöisesti. Tämä on osaltaan lisännyt tutkimuksen haastavuutta.

Luotettavuutta on pyritty varmentamaan useilla toimilla tutkimusprosessin edetessä: Sekä menetelmällistä että haastattelujen toteutuksen uskottavuutta parantaa se, että kaikissa haastattelutilanteissa on tutkijan itsensä lisäksi ollut läsnä vähintään yksi toinen henkilö tutkimusryhmästä. Tutkimuksen etenemistä seuraava ohjausryhmä on kokoontunut kuukausittain ja sen toiminnasta on annettu useita väliraportteja tutkimuksen tilaajalle.

Luotettavuutta on pyritty varmentamaan tutkimusryhmän säännöllisellä ohjauksella läheisessä vuorovaikutuksessa kohdeorganisaation kanssa. Tutkija on saanut toiminnastaan systemaattisesti palautetta. Voidaan myös katsoa, että tutkimusryhmän vertaistuki ja aineiston yhteisarviointi ovat olleet tutkimusprosessin luotettavuuden arvioinnissa keskeisessä roolissa. Tutkijatriangulaatiota parantaa tutkimusryhmän sisäinen tulosten analysointi ja reflektointi.

Tutkimusprojektin kesto on ollut kokonaisuudessaan hieman yli vuoden mittainen. Tutkimuksen tulokset on julkaistu avoimesti julkisissa julkaisuissa. Tuloksista raportoidaan ja keskustellaan sekä tutkimusryhmän jäsenten että toimeksiantajan kanssa. Tulosten esittelyä varten on järjestetty sekä median edustajille, Tampereen kaupungin että PSHP:n päättäjille julkinen tiedotustilaisuus Tampereen yliopistolla. Tutkimuksen raportoinnissa on pyritty tulosten esittämisen ymmärrettävyyteen sekä reflektoinnin läpinäkyvyyteen. Raportoinnissa on pyritty löytämään sellainen rakenne, joka antaa tilaa tutkimuksen aineistolähtöisyydelle, kriittiselle ja arvioivalle työasenteelle sekä tutkimuksen prosessiluonteen kehittymiselle. Tutkimusraportti on tutkijan tulkinnallinen konstruktio, ja aineistoa raportoidessaan tutkija tiedostaa olevansa tulkintojen tekijä.

4 TERVEYDENHUOLTOPALVELUJEN TUOTTEISTAMINEN JA SITÄ TUKEVA TOIMINTAMALLI HATANPÄÄN SAIRAALASSA

4.1 Hatanpään sairaala ja tuotteistamisen nykytila

Tampereella on moniulotteinen hoitoverkosto: Perustason erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Hatanpään sairaalassa (HASA), jossa hoidetaan muun muassa kirurgisia, sisätautien sekä tartuntatautien potilaita. Hatanpäällä tuotettuja palveluita varten potilas tarvitsee aina lähetteen. Erikoissairaanhoidon palveluita hankitaan kuntalaisille myös ostopalveluna Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä, Pirkanmaan hoitokodilta ja Reumasäätiön sairaalalta. Mielenterveyspotilaita varten kaupungissa on kolme psykiatrista avohoitoa antavaa päiväsairaalaa, psykiatrista sairaalahoitoa ostetaan myös Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Päihdeongelmaisia kuntoutetaan laitoshoitona Palhoniemen huoltokodissa, Viinikanlahden ensisuojassa ja hoitokodissa sekä Tampereen kuntoutuskeskuksessa. Vanhusten hoitoa toteutetaan Koukkuniemen vanhainkodin ohessa myös Hatanpään ja Kaupin sairaaloissa (Tampereen kaupunki 2008).

Hatanpään sairaalan organisaatio on jaettu kolmeen tuotantoyksikköön: lääketieteellinen, vuodeosastotoiminnan sekä avohoidon ja sairaalapalvelujen tuotantoyksiköt. Näillä yksiköillä on kaikilla oma johtonsa. Lääketieteellinen tuotantoyksikkö on vastuussa erikoissairaanhoidon lääketieteellisestä osaamisesta ja palvelutuotannosta. Tuotantoyksikköä johtaa johtava lääkäri, ja se jaetaan lääketieteen sairaalassa toimiviin erikoisaloihin: kirurgiaan, ortopediaan, sisätauteihin, anestesiologiaan, radiologiaan ja fysiatriaan. Organisatorisesti omiksi yksiköikseen on lisäksi määritelty infektiotaudit, kotisairaala ja reumatologia sekä erikoispoliklinikka, silmä- ja korvayksikkö ja päiväkirurgia. Vuodeosastohoidon tuotantoyksikkö tuottaa perustason erikoissairaanhoidon vuodeosastopalveluja. Tuotantoyksikköön kuuluu kaksi ortopedian, kaksi kirurgian, kolme sisätautien ja yksi infektiotautien vuodeosasto.

Seuraavassa taulukossa havainnollistetaan Hatanpään sairaalan keskeisiä tunnuslukuja:

Henkilöstö	Vuosittaiset suoritteet sekä sairaansijat
▪ n. 520 vakinaista	▪ n. 30 000 leikkauspotilaiden hoitopäivää
▪ n. 75 lääkäriä	▪ n. 45 000 sisätautipotilaiden hoitopäivää
▪ n. 360 sairaanhoitajaa	▪ n. 80 000 kuvantamistutkimusta
▪ n. 50 perushoitajaa	▪ n. 30 000 kuntoutuskäyntiä
▪ n. 60 sairaalahuoltajaa	▪ n. 200–250 sairaansijaa
▪ n. 35 muuta henkilöstöä	

Taulukko 1. Hatanpään sairaalan keskeiset tunnusluvut.

Hatanpään sairaalan toimintaympäristössä on tapahtunut hiljattain runsaasti muutoksia: Hatanpään ensiapuasema on liitetty vuoden 2009 aikana Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapuun Acuta Oy:ksi (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2008). Lisäksi vuoden 2010 loppuun asti kestävä HASA:n peruskorjaus käynnistettiin vuoden 2008 alussa; Tämä vaikuttaa väliaikaisesti potilaspaikkojen määrään (Räsänen 2008). Epävarmuus tulevaisuuden toimintamallista ja esimerkiksi liikelaitostumisen mahdollisuus vaikeuttavat johdon työtä entisestään. Kun huomioidaan vielä alati muuttuva toimintaympäristö sekä kiristyvä kilpailutilanne, syntyy mielenkiintoinen ja haasteellinen tutkimusasetelma.

HASA:n haasteena on tuotteistamista ohjaavien strategisten tekijöiden analysointi ja parhaan tuotteistamismallin kartoittaminen palvelutarjoomalleen. Tehtävä ei ole helppo, sillä tuotteistaminen on niin teollinen, kaupallinen kuin lääketieteellinenkin haaste. Paine valtakunnallisella tasolla ja palvelujen tilaajalta, sekä epävarmuustekijät DRG-tuotteistamisen käyttöönottoon liittyen, kasvattavat haastetta entisestään. Kansallisen tason tuotteistamisprojektit kuten esimerkiksi SATU-hanke, eivät ole palvelleet HASA:n sisäisiä tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla.

Hatanpään erikoissairaanhoidon palveluille kehitettiin 2000-luvun alkupuolella työajan laskentaan ja materiaalien käyttöön perustuva itsenäinen tuotteistamismalli, joka pohjautuu kehitysjohtaja Kari Hakarin 1990-luvulla kehittämään malliin. Varsinainen tuotteistamisprosessi käynnistettiin HASA:ssa laajasti vuonna 2005. Tällöin henkilöstö teki merkittävän työmäärän tuotteistamismallin periaatteiden rakentamiseksi ja siihen perustuvan

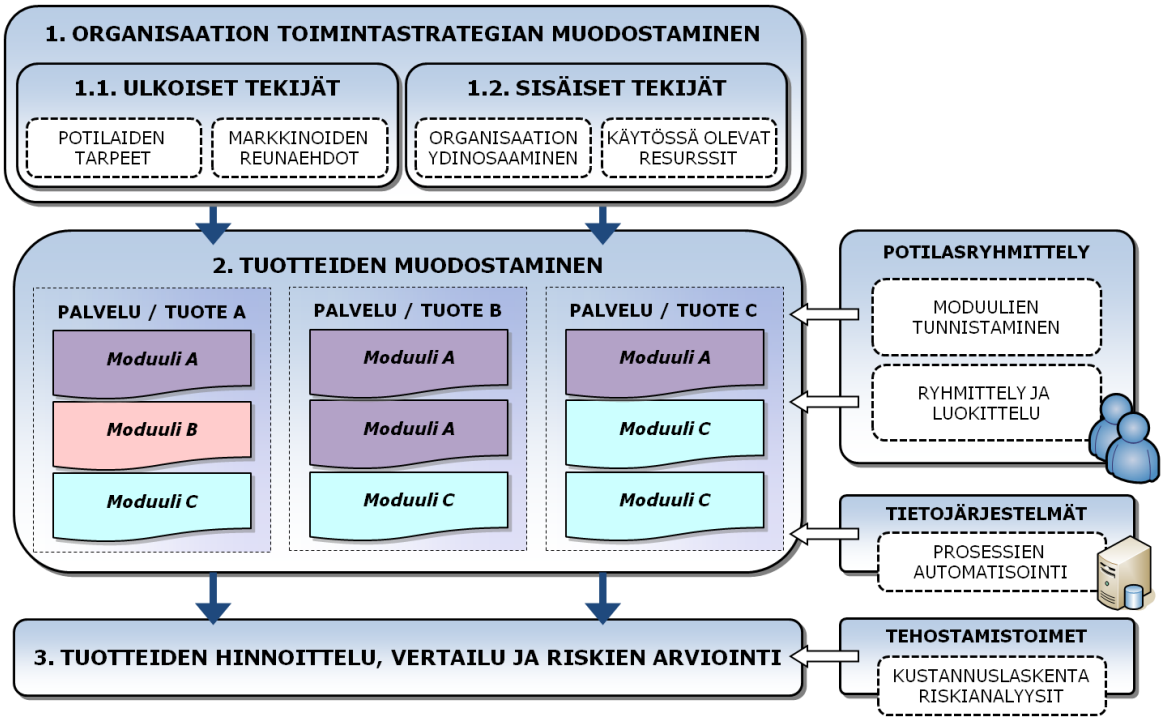
hinnoittelun määrittelemiseksi. Vuonna 2007 Tampereen kaupunki siirtyi kuitenkin uuteen toimintamalliin (monituottaja- ja TILTU-malli), jonka seurauksena HASA:ssa sisäisesti rakennetun tuotteistamismallin hyödyntäminen jäi hyvin vähäiseksi. Hinnoittelulaskelmien päivittäminen ja seuranta keskeytettiin tällöin käytännössä kokonaan. ”Tuotteistusrungon yksittäisiä osia on päivitetty edellisen kerran vuoden 2008 alussa, mutta muuten malli on niin sanotusti pöytälaatikossa (Annila & Haapakoski 2008; Ranta & Harhala 2008; Tiainen & Oinonen 2008).”

HASA:ssa sisäisesti kehitetty tuotteistamismalli on implementoitu seuraavissa yksiköissä: päiväkirurgia, kirurgia, ortopedia, leikkausosasto, valvontaosasto ja siihen kuuluva heräämö sekä erikoispoliklinikka. Yhtenäisestä modulaarisesta tuotteistamismallista ei voida kuitenkaan puhua, sillä tuotesisältö ja ryhmittelyperusteet ovat erilaiset kunkin yksikön kohdalla (Annila & Haapakoski 2008). Tämä vaikeuttaa tuotteistamisen määrittelyä koko sairaalan ja hoitoketjun näkökulmasta. Vuodeosastohoidossa hyödynnetään nk. Oulun malliin perustuvaa hoitoisuusluokittelujärjestelmää. Vuodeosastohoidolle on lisäksi määritelty hoitopäiväkustannukset omakustannusperiaatteella perustuen vuoden 2006 tilastointiin ja laskelmiin, mutta varsinaista tuotteistamismallia ei ole laadittu (Hakala 2008). HASA:n omaan luokitteluun ja tuotteistamismalliin pohjautuvia hintoja hyödynnetään toistaiseksi ainoastaan laskutettaessa palveluita ulkopaikkakunnilta (Lehtokangas 2009).

4.2 Tuotteistamisprosessi ja sen strategiset tekijät Hatanpään sairaalassa

Tuotteistamisprosessin lähtökohtana on organisaation toimintastrategia ja sitä ohjailevat ulkoiset ja sisäiset strategiset vaikuttimet. Kun nämä lähtökohdat on selvitetty, määritellään organisaation toimintastrategiaan sekä valitun tuotteistamisen asteeseen parhaiten soveltuva tuotteiden modulaarinen muodostamismenetelmä. Tuotteiden muodostamisen jälkeen on vielä suoritettava vaadittavat muutokset organisaation sisäisiin toimintoihin ja toimintatapoihin. Lopputuloksena luodaan perusta oikeelliselle hinnoittelulle sekä riskien arvioinnille ja mahdollistetaan toiminnan tehokas seuranta.

Kuviossa 7 havainnollistetaan Hatanpään sairaalan tuotteistamisprosessia pohjautuen tutkimuksen keskeisiin empiirisiin havaintoihin ja nojautuen rakenteellisesti tutkimuksen teoreettiseen synteesiin.



Kuvio 7. Tuotteistamisprosessi Hatanpään sairaalassa.

Seuraavissa alaluvuissa eritellään ja analysoidaan tarkemmin Hatanpään tuotteistamisprosessin eri vaiheita sekä niihin liittyviä keskeisiä strategisia tekijöitä.

4.2.1 Organisaation toimintastrategian muodostaminen

Palvelutoiminnan kehittämistoimenpiteiden tulisi pohjautua organisaation toimintastrategiaan, joka määrittelee millainen palvelutarjooma ja millainen tuotteistamisen aste on organisaation johtamisen näkökulmasta mielekäs. (Jaakkola ym. 2007; Lehtinen ym. 2005; Sipilä ym. 1996)

Strategiaan vaikuttaa millaisella markkina-alueella halutaan ja voidaan toimia (Lehtinen ym. 2005, 21). Hatanpää kilpailee yksityisten ja aluesairaaloiden kanssa, riippuen siitä, kuinka laajalle markkina-alueelle se pyrkii tulevaisuudessa (Herrala 2009; Räsänen 2009). HASA:n visiona on olla alansa paras, asiakkaiden arvostama, itsenäinen seudullinen toimija. Vision mukaisessa profiloitumisessa asiakkaita palvellaan tuottamalla perustason erikoissairaanhoidon palveluita (Räsänen 2009). Koska Tampereen hoitoketjusta puuttuu varsinainen perusterveydenhuollon vuodeosasto, Hatanpää toimii nykyisin myös potilaiden yleisenä jatkohoitopaikkana (Ranta 2008). Jatkohoidon palvelujen tuottamiseen tarvittavat resurssit vähentävät strategisen profiilin mukaisten palvelujen tuottamiseen käytössä olevia

resursseja. Yleinen tyytymättömyys Tampereen hoitoketjun toimivuuteen antaa aihetta tarkastella tätä toimintamallia sekä hoitoketjun toimijoiden profiloitumista kriittisesti.

HASA:n tulevaisuuden toimintastrategiaa ohjaa keskeisesti tavoiteltu profiloituminen Tampereen hoitoketjussa. HASA:n johdon mukaan, ja tämän tutkimuksen toteutushetkellä, tästä profiloitumisesta on olemassa kolme vaihtoehtoista skenaariota (Räsänen ym. 2009):

1. Nyky-Hatanpää:
   - *"Nykyinen toimintamalli, jossa perustason ESH:n toiminnan ohessa joudutaan hoitamaan profiiliin kuulumattomia jatkohoitopotilaita, koska Tampereen mallista puuttuu jatkohoitopalveluja tarjoava PTH-osastotoiminta."*
2. Suur-Hatanpää:
   - *"Erikoissairaanhoidon palvelujen lisäksi HASA profiloituisi ja kehittyisi järjestelmällisesti myös PTH-toimijaksi. Tällöin ESH ja PTH toimisivat lähemmässä vuorovaikutuksessa, rajapinnat vähenisivät ja hoitoketjujen tehostaminen helpottuisi."*
3. Timantti-Hatanpää:
   - *"Palvelutarjonnassa olisi vain perustason ESH siten, että Tampereelle perustetaan erillinen PTH-osastotoiminta. Seurauksena olisi todennäköisesti yhdistyminen PSHP:hen lähitulevaisuudessa. (Esimerkkinä Coxa Oy:n malli)"*

On todennäköistä, että eri intressiryhmien tavoitteet HASA:n tulevaisuuden profiloitumisesta poikkeavat toisistaan (Herrala 2008; Ranta 2008; Räsänen 2009). Keskeisimmät intressiryhmät Hatanpään sairaalan verkostossa ovat tilaaja (Tampereen kaupunki), tuottaja (HASA itse), konsernihallinto sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP). Tuottajan näkökulmasta on ensin päätettävä mitä tuotetaan, miten, miksi ja kenelle. Tämän jälkeen voidaan muodostaa toimintastrategia, joka on tavoitellun profiilin mukainen, ja soveltaa toimintastrategiaa parhaiten tukeva tuotteistamismalli palvelutarjoomaan (Herrala 2009). Kun tämä työ on tehty, tuotannon käytännön haasteisiin lukeutuvat edelleen, tuotteiden kehittäminen, toimintaa tukevan johdon ja talousraportoinnin kehittäminen, sekä tuotteistamisprosessin käytännön implementointi (Räsänen 2009).

> *"Toimintamuodon valinnassa ja profiloitumisessa on ennen kaikkea huomioitava kilpailutilanne ja markkinoiden reunaehdot. Vasta kun organisaation toimintamuoto on harkittu ja valittu, voidaan valita millä tuotteilla mennään millekin markkinoille. Tämän jälkeen voidaan käynnistää varsinainen tuotteistusprosessi.* (Herrala 2009)*."*

HASA:n tulevaisuuden organisaatiomuodosta on olemassa neljä vaihtoehtoista skenaariota. Eri muotojen mielekkyys organisaatiolle vaihtelee edellä esitetyistä tavoiteprofiileista riippuen (Räsänen 2009):

A. Nykyinen toimintamalli ja -muoto:
   - *”HASA tuottaa profiilinsa mukaisesti perustason erikoissairaanhoidon palveluja, mutta toimii lisäksi tavoiteprofiilistaan poiketen potilaiden yleisenä jatkohoitopaikkana”*
   - *”Koska tyytymättömyys hoitoketjun toimivuuteen on suuri, tämän vaihtoehdon toteutuminen ei ole todennäköistä”*
B. Yhdistyminen osaksi PSHP:ta
   - *”Tampereelle perustetaan uusi PTH-osastotoimintaa tarjoava toimija”*
   - *”HASA profiloituu puhtaasti erikoissairaanhoidon palvelutuotantoon ja sulautuu todennäköisesti PSHP:hen”*
C. Liikelaitos
   - *”HASA:sta tehdään tehostamistoimenpiteiden seurauksena liikelaitos”*
   - *”Vastaavana esimerkkinä esim. Tampereen Aterian toimintamalli”*
   - *”Käytännössä liikelaitostaminen laajentaisi toiminnan mahdollisuuksia, mutta ei anna vapauksia esimerkiksi kannustinpalkkaukseen tai ulosmyyntiin”*
D. Yhtiömuoto
   - *”HASA profiloituu markkinalähtöisesti ja siirtyy yhtiömuotoon”*
   - *”Osakeyhtiöittäminen mahdollistaisi nykyistä joustavamman henkilöstöpolitiikan sekä palveluiden ulosmyynnin”*
   - *”Kaupungilla säilyy enemmistöomistus yhtiöstä”*

Organisaation toimintastrategia ja -muoto ohjaavat siis tuotteistamisprosessia sekä siinä käytettävän tuotteistamismenetelmän valintaa; Strategian mukaisen tahtotilan tulisi viestiä organisaation profiloitumisesta ja sijoittumisesta toimitusketjussa (Jaakkola ym. 2007; Lehtinen ym. 2005). Ennen varsinaista tuotteistamistyötä, joka saattaa edellyttää useita merkittäviä muutoksia organisaation toimintatapoihin ja tietojärjestelmiin, on syytä tehdä ne strategiset linjaukset, jotka koskevat organisaation toimintastrategiaa, -muotoa sekä profiloitumista markkinoilla. Näin vältetään se, että ryhdytään toteuttamaan työlästä tuotteistamisprosessia sellaisella tavalla, joka myöhemmin osoittautuu vääräksi, ja joka ei ole enää linjassa organisaation strategian ja tavoiteprofiilin kanssa. Kunkin edellä esitetyn toimintamallin ja tavoiteprofiilin kohdalla tuotteistamisprosessi on hieman erilainen. Tästä syystä tuotteistamisen lähtökohdat ja tavoitteet on määriteltävä ensin valitun strategian ja profiilin pohjalta.

4.2.1.1 Ulkoiset tekijät

Hatanpään sairaalan tuotteistamisprosessia ohjaavat useat organisaatiosta itsestään riippumattomat – ja sen vaikutuksen ulkopuolella olevat – ulkoiset tekijät. Näistä keskeisimpiä ovat tilaajan vaatimukset käytettävästä tuotteistamismenetelmästä, edellytykset tuotteistamisen tasosta, toiminnan voimakas poliittinen ohjaus, kansallinen paine DRG:hen siirtymiseen Kuntaliiton suunnalta, sekä luonnollisena vaikuttimena alueen potilaiden tarpeet (Annila ym 2008; Hakala ym. 2008; Ranta ym. 2008; Räsänen 2009).

Tilaaja–tuottaja-malli säätelee Suomessa terveydenhuollon julkisten palvelujentuottajien toiminnan mahdollisuuksia ja vaikuttaa siten myös tuotteistamisen mahdollisuuksiin. Tilaaja–tuottaja-malli on käytännössä ostajan ja myyjän välistä sopimista vaihdannasta (Salminen ym. 1996, 57). Sekä tilaajan että tuottajan on seurattava ja arvioitava tuotteidensa menekkiä. Palvelutoiminnan resurssienkäytön seuranta on toisinaan haastavaa, mutta tuotteistettu palvelutarjooma luo toiminnan tehokkaalle seurannalle hyvät edellytykset. Tilaaja–tuottaja-mallin tarpeisiin onkin kehitytetty terveydenhuoltopalveluissa useita standardoituja tuotteistamismalleja, jotka edesauttavat seurantaa. Näistä yhtenä esimerkkinä on tässä tutkimuksessa tarkemmin esitelty DRG-tuotteistamismenetelmä. Tilaaja–tuottaja-malli edellyttää palvelutoiminnan tuotteistamista läpinäkyvästi, jotta sekä tilaaja että tuottaja voivat seurata tuotteiden menekkiä.

Aaltosen ym. (2007, 21) mukaan terveydenhuoltopalvelujen kehittymistä ohjaavia ulkoisia tekijöitä ovat muun muassa kilpailutilanne, ohjattu kilpailu, tilaaja–tuottaja-malli, yksiköiden liikelaitostaminen sekä terveydenhuoltoalojen integrointi. Julkisen sektorin toimintaa ohjaavat lisäksi palvelutarveryhmittely, sopimusmenettelyt ja -velvoitteet, sekä uudenlaiset yhteistoiminnan muodot, joilla on vaikutuksensa tuotteistamisen mahdollisuuksiin (Räsänen 2009).

Julkisten terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen käytännöt ovat Suomessa sekavia. Kuntaliiton ja Finnish Consulting Groupin toteuttamassa kansallisessa SATU-hankkeen jatko-osassa pyritään tukemaan sairaanhoitopiirejä DRG-potilasryhmittelyyn siirtymisessä vuoteen 2011 mennessä. Valtakunnallisena tavoitteena on vähintään 80 % tuotteistusaste DRG:llä. Käytännössä tällä tarkoitetaan sitä, että yli 80 % julkisten terveydenhuoltopalveluiden laskutuksesta olisi DRG-perusteista. Kuntapuolella DRG-pohjainen tuotteistaminen nähdään

yleisesti ottaen hyvänä mallina sen mahdollistaman toiminnan läpinäkyvyyden sekä rahankäytön seurannan mahdollisuuksien vuoksi. Se miten yksityiset palveluntuottajat kokevat nämä samat mahdollisuudet, on täysin eri asia (Sjöblom 2009).

Kun siirrytään valtakunnallisen tason vaikuttimista paikallisen verkoston tarkasteluun, useissa haastatteluissa nostetaan esille sama Tampereen verkostoa koskeva ongelma: Yksiköt ovat profiloituneet toisiinsa nähden sekavasti ja profiloinnissa on päällekkäisyyksiä tai puutteita. ”Tämä hankaloittaa tuotteistamista aika lailla, kun maitokaupassa myydään rautakaupan tavaraa (Nikkilä 2008).” Tampereen mallista puuttuukin varsinainen PTH-tasoinen vuodeosasto ja samankaltaisia potilaita hoidetaan useassa eritasoisessa paikassa. Tämä johtaa siihen, että ESH:n yksiköistä ei saada siirrettyä tehokkaasti potilaita jatkohoitoon ja potilasvirtojen kulkuun aiheutuu pullonkauloja. Potilaat, jotka voitaisiin siirtää jatkohoitoon, mutta joita ei saada siirrettyä oikeanlaiseen jatkohoitopaikkaan, vievät turhaan ESH:n resursseja, vaikka ne voitaisiin todennäköisesti hoitaa halvemmalla PTH-tasoisessa yksikössä. Hatanpään osalta tämä vaikeuttaa tuotteistamista (Järvelä ym. 2008; Ranta ym. 2008; Räsänen ym. 2009).

4.2.1.2 Sisäiset tekijät

Ulkoiset tekijät ovat usein organisaation oman vaikutusvallan ulkopuolella ja ne on otettava annettuina. Toki esimerkiksi lobbauksella voidaan vaikuttaa poliittiseen ohjaukseen ja ennaltaehkäisevällä toiminnalla potilaiden tulevaisuuden terveydenhuollon tarpeisiin. Tutkimuksen empiiristen havaintojen perusteella voidaan tunnistaa lisäksi useita sisäisiä tekijöitä, jotka ovat keskeisessä roolissa tuotteistamisprosessin onnistumisen kannalta: organisaation ydinosaaminen, henkilöstön kompetenssit, taloudelliset resurssit sekä johtamiskyvykkyys (Hakala ym. 2008; Herrala 2008; Ranta ym. 2008; Räsänen ym. 2009; Saarinen 2009). Hatanpää voi omalla toiminnallaan vaikuttaa näiden tekijöiden merkityksellisyyteen.

Hatanpäällä prosessin haasteellisuuteen kontribuoivat erityisesti myös kustannuslaskennan ja tietojärjestelmien nykytila, viimeaikaiset henkilöstömuutokset sekä sairaalan remontin aiheuttama muutostila. Toisaalta myös kilpailuetua luovia sisäisiä tekijöitä on tunnistettavissa; Näitä ovat esimerkiksi oma kuvantaminen ja osaavan henkilöstön yhteishenki, ”Hatanpään

henki (Annila ym. 2008; Lehtokangas 2009; Nikkilä 2008; Ranta ym. 2008; Räsänen 2009; Sulanto 2008).”

Virtasen ym. (2007, 116) mukaan palvelut voidaan nähdä prosesseina jotka koostuvat toimintojen sarjoista. Kun nämä sisäiset toiminnot tunnistetaan, voidaan rajata mielekkäitä kokonaisuuksia strategista tarkastelua ja tehostamistoimia varten. Tuotteistamisprosessille tulisi siksi määritellä prosessiohjauksesta vastaava omistaja, jonka vastuulla on sen tunnistaminen, määrittely ja käytännön läpivienti organisaatiossa. Hatanpäällä lääkärikunta on kokenut, että sairaalan talousosasto ei välttämättä ole perillä käytännön hoitotyön prosesseista, jolloin lääkärien ja hoitajien vastuulle on jäänyt vanhan tuotteistamismallin mukaisten laskelmien selkiyttäminen todellisuutta vastaaviksi. Vastaavasti lääkärit eivät välttämättä ole olleet selvillä kustannuslaskennasta ja sen periaatteista, eivätkä siten ole osanneet arvioida kaikkia mahdollisia vyörytyksiä oikein. Tämä on hankaloittanut Hatanpään oman mallin pohjalta aloitettua tuotteistamisprosessia ja sen implementointia käytäntöön. Prosessin omistajuustilanne selkiytynee taloushallinnon henkilöstömuutosten myötä. Yksi keskeinen haaste on kuitenkin se, että itse luotu tuotteistamismalli ei kata nykymuodossaan koko hoitoprosessia (Annila ym. 2008; Lehtokangas 2009; Sulanto 2008).

Hatanpäällä eri henkilöstöryhmät kokevat tuotteistamisen eri tavoin. Osa henkilöstöstä kokee, että tuotteistettu palvelutarjooma auttaisi perustelemaan organisaation resursoinnin tarvetta paremmin. Nämä henkilöt ovat yleensä syventyneet tuotteistamisprosessiin tai olleet mukana sen suunnittelussa. Toisaalta lähes yhtä suuri osa henkilöstöstä kokee, että tilaajan tuotteistamisen tavoitteet liittyvät kustannusten hallintaan. Tämä aiheuttaa lääkärikunnan keskuudessa huolia tuotteistamisen tasa-arvoistavasta vaikutuksesta sekä tilaussopimusten rajoitteista hoitotoiminnalle. Tuotteistamisen ongelmat korostuvat erityisesti ruohonjuuritasolla: Henkilöstö kokee tuotteistamisprosessin alkuvaiheen muutosten aiheuttavan ylimääräistä työtä ja vaivaa (Annila ym. 2008; Järvelä ym. 2008; Ranta 2008; Sulanto 2008).

Koska terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessi on niin teollinen, kaupallinen kuin lääketieteellinenkin haaste, on oleellista, että organisaation koko henkilöstö on sitoutunut muutosprosessin läpivientiin ja ymmärtää sillä saavutettavat hyödyt (Herrala 2008; Saarinen 2009). Sitoutumista voidaan edesauttaa esimerkiksi henkilöstön kouluttamisella, sekä oikeanlaisilla johtamistaidoilla ja henkilöstöpolitiikalla. Onnistunut tuotteistamisprosessi

edellyttää, että henkilöstölle selvennetään tuotteistamisen taustalla oleva ajattelu: Tuotteistaminen on johdon työväline palveluprosessien tehostamiseen ja seurantaan. Potilaiden hoito on silti aina yksilöllistä, vaikka sen ajatellaan koostuvan standardoiduista moduuleista.

4.2.2 Tuotteiden muodostaminen

Palveluprosessi on usein rakennettavissa modulaarisista komponenteista, perustuotteesta (ydinpalvelu) ja sen lisäosista (tukipalvelut), vaikka kokonaisuus on asiakkaan tarpeita vastaava yksilöllinen palvelupaketti (Parantainen 2007, 15; Sarakorpi 2007, 203). Moduloinnilla tarkoitetaan tässä asiayhteydessä palvelupaketin eli tuotteen jakamista toiminnallisiin osiin. Modulaarinen rakenne mahdollistaa muun muassa tuotteistettujen massaräätälöityjen palvelujen tarjoamisen.

Sjöblomin (2009) mukaan tuotteistamismenetelmän tärkeimpiä valintakriteerejä – ja siten tuotteiden muodostamisen tärkeimpiä vaikuttimia – ovat organisaation koko ja sairaanhoitopiirin toimintamalli. Hatanpäällä on arvioitu erilaisia potilasryhmittelyyn perustuvia tuotteistamismalleja kuten esimerkiksi DRG-perusteista modulaarista tuotteistamista, koko hoitojakson kattavaa episodimallia, sekä nk. talon sisällä kehitettyä omaa tuotteistamismallia (Hakala 2008; Ranta ym. 2008; Sulanto 2008). Kaikille näille vaihtoehtoisille malleille on kuitenkin yhteneväistä modulaarinen ajattelu, joskin niiden käytännön implementointi edellyttää kunkin mallin osalta hyvin eriasteisia toimenpiteitä. Koska tuotteistamisprosessin suunnittelun kannalta on tärkeä määritellä sekä kuvata palveluprosessi ja sen osat (ydinpalvelu, avustavat palvelut ja tukipalvelut) hyvin, valmiiksi harkittu ja testattu kansainvälinen malli on usein turvallinen vaihtoehto.

Saarinen (2009) korostaa, että tietojärjestelmien ja tiedon taltioinnin taso vaikuttaa merkittävästi siihen millä tasolla tuotteistamista voidaan toteuttaa. Hatanpään nykyisestä toiminnasta on ollut haasteellista saada luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa, remontin aiheuttaman muutostilan vuoksi (Lehtokangas 2009). Lisäksi nykyiset tietojärjestelmät eivät vastaa potilaskohtaisen kustannusseurannan tarpeita, mikä rajoittaa entisestään modulaarisen tuotteistamismallin käyttöönottomahdollisuuksia. Hatanpäällä onkin suunnitteilla useita mittavia tietojärjestelmäuudistuksia. Henkilöstön edustajat ovat sitä mieltä, että kyseiset

uudistukset eivät saa aiheuttaa tarpeetonta lisätyötä. Uudet tietojärjestelmät eivät saa olla keinotekoisia tai turhaa lisätyötä aiheuttavia (Nikkilä 2008; Sulanto 2008). ”Ongelmana ei ole tiedon määrä, sillä tietoa kerätään valtavasti. Ongelmana on pikemminkin se, että kerättyä tietoa ei osata hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla (Ranta ym. 2008; Sulanto 2008).” Tietojärjestelmäongelmien taustalla voidaan havaita syvällisen tietojärjestelmäosaamisen puuttuminen terveydenhuollon ammattilaisilta. Tähän haasteeseen voidaan tulevaisuudessa vastata esimerkiksi uudenlaisilla koulutussuuntauksilla.

Käyttöönotettava tuotteistamismenetelmä ja tuotteiden muodostamisen taso jakaa mielipiteitä organisaatiossa: Suurin osa tutkimuksen haastateltavista kokee, että vakiintuneen ja yleisesti testatun tuotteistamismallin käyttöönotto on perustellumpi ratkaisu kuin itse kehitetyn mallin laajentaminen koskemaan koko hoitoprosessia: ”DRG on mietitty, vertailukelpoinen ja laajasti käytössä oleva järjestelmä. Tarvitaan kokonaisvaltainen malli, joka kattaa koko hoitoprosessin ja pitää sisällään riittävällä tarkkuudella määritellyt moduulit sairaalan tarpeisiin (Sulanto 2008; Ranta ym. 2008).” Pienempi osa haastateltavista katsoo kuitenkin, että tuotteistamismalli on parempi räätälöidä yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, sillä isot raskaat järjestelmät eivät välttämättä sovellu sellaisenaan pienemmän toimijan tarpeisiin. Modulaarisen DRG-järjestelmän käyttöönottamisesta on kuulunut ristiriitaisia kokemuksia vertailukohteista (Hakala 2008; Herrala 2009). Saarisen (2009) mukaan DRG-järjestelmän käyttöönotto onnistui kuitenkin mallikkaasti Hämeenlinnassa, jossa yksikkö muistuttaa monin tavoin Hatanpäätä.

Haastatteluissa tunnistettiin lisäksi hyvin pieni osa henkilöstöä, jotka kokevat, että tuotteistamisella ei saavuteta lainkaan hyötyä. Tämä joukko katsoo, että hoidon luonteesta johtuen on mahdotonta rakentaa modulaarisia tuotteita heidän erikoisalueelleen. Samaisesta ryhmästä voidaan tunnistaa myös muutosvastarinnan piirteitä. Joukon pienestä koosta johtuen, raportoinnissa ei yksilöidä lähdeviittauksia.

Hatanpään palvelutoiminnan ensisijaisena tavoitteena on asiakkaan tarvitsemien toimenpiteiden suorittaminen ja potilaan kotiuttaminen terveenä. Hoidonsuunnittelu on kotiuttamisen kannalta avainasemassa (Hakala 2008; Ranta ym. 2008; Räsänen 2009). Modulaarisesti tuotteistettu palvelutoiminta mahdollistaa järjestelmällisen hoidonsuunnittelun. Lisäksi se mahdollistaa palveluprosessien syvällisen ymmärtämisen ja automatisoinnin. Tuotteistaminen pakottaa analysoimaan ja systematisoimaan toimintaprosesseja, jolloin

työvaiheet selkiintyvät ja rationalisoituvat. Tuotteistaminen helpottaa johtamista ja toiminnan hallintaa sekä auttaa kehittämään parempia sisäisiä työmalleja tiimityön ja yritysmäisen toiminnan suuntaan (Sipilä 1996, 12).

4.2.3 Tuotteiden hinnoittelu, vertailu ja riskien arviointi

Hinnoittelun tulisi perustua tarkkoihin laskelmiin palvelun tai tuotteiden tuottamisen kustannuksista (Kuntaliitto 1995, 37). Modulaariseen tuotteistamismalliin pohjautuvan hinnoittelun avulla päästään pureutumaan siihen, mistä laskutettavan tuotteen hinta todella muodostuu ja mistä tuotepaketit todella koostuvat (Tiainen ym. 2008). Tämä nähdään tulevaisuudessa välttämättömyytenä toiminnan kehittämiseksi ja tehokkaamman seurannan mahdollistamiseksi. Tuotteistettu palvelu on helpompi ja riskittömämpi hinnoitella kuin tuotteistamaton palvelu. Koska kiinteän hinnan määrittäminen edellyttää palvelun sisällön ja toteutustavan selkeää määrittelyä, tuotteistaminen ja kiintohinnoittelu kulkevat käsi kädessä (Sipilä 1996, 20). Kiintohinnoittelu tarkoittaa usein palveluiden yhteydessä keskihinnoittelua. Keskihinnoitteluun pohjautuvat yleensä myös modulaariset tuotteistamismenetelmät kuten DRG.

Hatanpää toimii nykyisessä sopimusohjausmallissa nk. könttäsummabudjetilla, jossa koko palvelutoiminnalle määritellään sopimusneuvotteluissa vuosibudjetti eli toiminnan laajuus (Räsänen 2009). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tuotteistettua palvelutarjoomaa ei hyödynnetä palvelutuotannon hinnoittelussa, pois lukien eräiden ulkopaikkakuntalaisten palvelujen laskuttamisessa. Palveluiden hinnoittelu ja tarkkojen kustannusten seuranta on nykyisessä mallissa haasteellista (Lehtokangas 2009). Nykyisessä toimintamallissa tuotesisältö on laaja ja tuotteistamisen taso olematonta. Tuotteistamista käytetään lähinnä tilastointiin ja benchmarking-toimintaan vertailukohteiden hintoihin (Annila 2009).

Tuotteistamisen myötä nykyinen hinnasto on tarkistettava kokonaisuudessaan. Tuotteiden hinnoittelussa on huomioitava hallinnon vyörytykset, lääkärikonsultaatiot, vuodeosastohoito sekä turhat siirtoviivemaksut – koko hoitoprosessi (Hakala 2008; Järvelä ym. 2008). Tavoitteena on malli, joka kattaa koko hoitoketjun (ks. Bansal 2004, potilashoitosuhteen muodostuminen). Hoitokokonaisuuden sisältävien tuotteiden katsotaan kuitenkin vaativan paljon keskiarvoistamista (Hakala 2008; Sulanto 2008). Todennetuissa modulaarisissa

tuotteistamismalleissa keskiarvoistamisen negatiiviset vaikutukset on pyritty huomioimaan nk. erityishintaryhmillä.

Mahdollisen osakeyhtiöittämisen ja toimintamallin muuttumisen myötä on kyettävä hinnoittelemaan tuotteet huomattavasti nykyistä tehokkaammin ja tarkemmin (Räsänen 2009). Tulevaisuudessa kustannusten seurannan ja kohdentamisen toivotaan helpottuvan uusien tietojärjestelmien myötä (Lehtokangas 2009; Räsänen 2009). Tällöin hinnoittelu ja laskutus voidaan perustaa tuotteistetulle palvelutarjoomalle ja automatisoida koko laskutusketju (Annila ym. 2008). Potilaskohtainen kustannuslaskenta tarvitaan, jotta voidaan aidosti määritellä terveydenhuoltopalveluille tuotehinnat (Annila ym. 2008). Jos sairaalassa on käytössä potilaskohtainen kustannuslaskenta, pystytään sen avulla itse laskemaan tuotekohtainen kustannus ja potilaskohtainen kate. Hinnoittelussa ei tällöin tarvita DRG-painoja sillä hinta voidaan laskea toteutuneiden kustannusten perusteella. (Aaltonen ym. 2007, 41). Lisäksi jos julkisessa terveydenhuollossa yleisesti käytetystä omakustannusperiaatteesta halutaan pitää kiinni, tulisi yhteisesti sopia, mikä on oikea taso omakustannusperiaatteen noudattamiselle: laaja vai suppea tuotetaso.

Nykyisessä kapitaatiomallissa Hatanpää kantaa koko hinnoitteluriskin. Keskihinnoitteluun perustuvassa tuotteistamismallissa riski jakautuisi tilaajan ja tuottajan kesken. Sairaalan johto kokee hinnoitteluriskin pienentämisen yhtenä tuotteistamisesta saatavana merkittävänä hyötynä. Suppeampi tuotesisältö olisikin tuottajan riskinhallinnan näkökulmasta parempi. Suppein tuotesisältötaso, eli suoritepohjainen tuotteistaminen, toisi parhaat hyödyt liikelaitoksena tai osakeyhtiönä toimittaessa. Tilaajaosapuolen näkökulmasta keskihinnoitteluun perustuva tuotteistamismalli on myös mielekäs vaihtoehto, sillä riski jakautuu jokseenkin tasapuolisesti. Keskihinnoittelumallin avulla voidaan lisäksi varmistaa sujuva hankintaprosessi. Oli organisaation lopullinen hinnoitteluvalinta millainen tahansa, tuotteistettu palvelutarjooma helpottaa kustannusten määrittämistä strukturoidulle ja vakioidulle palveluprosessille mahdollistaen samalla tarkemmat hinnoittelun riskianalyysit.

Keskihinnoitteluun siirtyminen lisää palvelujen vertailtavuutta. Tällöin asiakkaasta tulee hintatietoisempi. Kun tuotteistetut palvelutuotteet ovat riittävän samanlaisia, ostajan näkökulmasta ainoaksi erottavaksi tekijäksi jää palvelun hinta (Parantainen 2007, 167). Kuntaliitto tavoittelee hyvin läpinäkyvää ja vertailukelpoista tuotteistamismallia (Sjöblom 2009). Tämä mahdollistaisi toimijoiden tehokkuusvertailut sekä sujuvan hankintaprosessin

toteutumisen kansallisella tasolla. Kääntöpuolena on kuitenkin toiminnan läpinäkyvyys myös yksityisen puolen kilpailijoille. Yksityiset toimijat voisivat esimerkiksi osallistua tarjouskilpailuihin tarjoamalla tuotteita samoilla tuotenimikkeillä, siitä huolimatta, että todellinen tuotesisältö voi olla hyvinkin erilainen, esimerkiksi jatkohoidon toteutumisen ja todellisten kustannusten osalta (Herrala 2009).

Henkilöstön keskuudessa arveluita herättää se, kuinka keskihintajärjestelmät toimisivat yksityisen ja julkisen puolen välisessä yhteistoiminnassa; Hintojen tulisi olla vertailukelpoisia, mutta erilaiset lähtökohdat (voittoa tavoittelemattomuus ja palvelutasovaatimukset) aiheuttavat ongelmia. Jos julkisen puolen palveluntuottajat päätyvät yhteisymmärryksessä DRG-järjestelmään, täydellinen vertailukelpoisuus on mahdollista vain, jos yksityisetkin ottavat DRG:n käyttöön ja tarjoavat DRG-perusteisia tuotteita (Sulanto 2008).

4.3 DRG-tuotteistamisprosessi ja siihen liittyvät valinnat

Tutkimuksen lähtöasetelmassa HASA:n palvelujen pääasiallinen tilaaja edellytti DRG-potilasryhmittelyyn siirtymistä operatiivisten toimenpiteiden osalta seuraavan toimintavuoden aikana (Räsänen 2009). DRG-potilasryhmittely on teknisesti varsin monimutkainen, mutta periaatteeltaan yksinkertainen keskihinnoittelu- ja tuotteistamismenetelmä. Sillä määritellään tuotteen laajuus, miten tuote on perusteltu ja miten se hinnoitellaan. Seuraavaksi esitetään tutkimuksen keskeisiä havaintoja DRG-järjestelmästä ja sen käyttöönottamisesta tutkimuskohteessa.

Julkinen toimija, liikelaitos ja osakeyhtiö valitsevat omiin intresseihinsä perustuen erilaiset tuotteistamismallit. Suomessa yksityinen puoli ei valinne DRG-järjestelmää. Syitä tähän ovat muun muassa se, että DRG on keskihintajärjestelmä, jossa tuottajalla on liikaa riskiä suoriteperusteiseen tuotteistamismalliin nähden. DRG lähteekin siitä, että palvelutuotannon riski jaetaan tilaajan ja tuottajan kesken. Mikäli yksityiset toimijat suostuvat tarjoamaan DRG-tuotteita, niiden sisältö ja laajuus voi todellisuudessa olla erilainen kuin julkisilla toimijoilla siitä huolimatta, että käytetään standardeja DRG-tuotteiden nimikkeitä. Lisäksi niiden määräytymisperuste on todennäköisesti erilainen. Yksityinen voittoa tavoitteleva palvelutuottaja yrittää karsia tuotesisällön minimiin ja optimoida oman kustannustehokkuutensa. Vaikka samannimisillä DRG-tuotteilla pitäisi teoriassa olla

identtinen sisältö, eivät yliopistosairaalatkaan ole saaneet käytännössä sisältöjä täysin vertailukelpoisiksi (Herrala 2009).

HASA:n voidaan katsoa kilpailevan yksityisten ja aluesairaaloiden kanssa, riippuen siitä, kuinka laajalle markkina-alueelle se tulevaisuudessa pyrkii. Keskeisenä valintana HASA:n kilpailuasemaa ohjaavat organisaation tulevaisuuden toimintamuoto ja profiloituminen hoitoketjussa. Kuten teoriaosuudessa esitetään, valittu organisaatiomuoto ohjaa myös keskeisesti tuotteistamismenetelmän valintaa ja sen mielekkyyttä. ”Vasta kun organisaation toimintamuoto on harkittu ja valittu, voidaan valita millä tuotteilla mennään millekin markkinoille (Herrala 2009).” Markkinakartoitusta voidaan kuitenkin toteuttaa huolimatta siitä, onko palvelutarjonta tuotteistettu vai ei. Markkinatutkimukset voivat myös tuoda lisätietoa profiloinnin, palvelutarjooman kehittämisen ja tuotteistamisen keskeisiin valintakysymyksiin.

Koska tarjottavien palvelujen ja tuotteiden on vastattava sitä, mitä asiakas haluaa, on tarkasteltava haluaako asiakas – tässä tilanteessa tilaajaosapuoli – todella keskihinnoiteltuja DRG-tuotteita, ja onko se tulevaisuuden toiminnan kannalta perusteltua. Jos haluaa, hyväksytään luottamussuhde, jossa hyödynnetään keskihintajärjestelmää (Herrala 2009). Keskihintajärjestelmän valinta voi myöhemmin hankaloittaa tuotteiden tarjoamista muille kuin pääsopimuskumppanille esimerkiksi yhtiömuotoisessa toiminnassa. Kuka siis todellisuudessa voittaa, jos DRG:hen siirrytään?

Kun siirrytään DRG:n kaltaiseen keskihintajärjestelmään, hyväksytään pitkäaikainen kumppanuussuhde, jossa tilaajaosapuolen on osattava tuotteistamismalli ja sen tuotesisältö yhtä hyvin kuin tuottajan. Toisin sanoen, on todella ymmärrettävä mitä tuote sisältää, millä logiikalla se määräytyy ja mistä moduuleista se koostuu. Tuotteiden vertaileminen on mahdotonta, jos niiden todellista sisältöä ei tunneta tai osata vertailla. Toisaalta tuotteiden vertailu on myös hankalaa, jos tuotteet näyttävät samanlaisilta, mutta eivät todellisuudessa olekaan vastaavia. “Pelkkä hintalapun tuijottaminen voi osoittautua vaaralliseksi, sillä tuottavuus ei ole sitä, kuinka monta potilasta menee tuutista läpi, vaan mikä on kokonaisuuden vaikuttavuus (Herrala 2009).”

Tilaajan näkökulmasta on teoreettisella tasolla sama asia, onko käytössä paketti- vai DRG-hinnoittelu, koska DRG on pakettihinnoittelua. Valinta näiden välillä on tuotteistamisen

tasossa. DRG on yleensä tarkemman tason tuotteistamista kuin sairaalan oma luokittelu tai pakettihinnoittelu. Omaan luokitteluun pohjautuva tuotteistamismalli voi kuitenkin olla edullisempaa toteuttaa toimijan lähtökohdista riippuen. HASA:n tapauksessa omaan luokitteluun ja paketointiin perustuvaan hinnoittelujärjestelmään voitaisiin siirtyä nopeammin sekä pienemmällä resursoinnilla, kuin mitä DRG:hen siirtyminen vaatinee. Koko hoitoprosessin tuotteistamiseen HASA:n malli ei kuitenkaan vielä sellaisenaan sovellu.

DRG:n täysimittainen käyttöönottaminen (Full-versio) edellyttää vaiheittaista prosessia, jossa aikajänne siirtymisessä on oltava riittävän pitkä. Käytännössä tämä tarkoittaa useamman vuoden siirtymäkautta, toimijan kustannuslaskennan ja tietojärjestelmien nykytilasta riippuen. On epärealistista olettaa, että HASA voisi harpata täysimittaiseen DRG-järjestelmään alle vuodessa, kun isoilta toimijoilta prosessi on kestänyt useita vuosia. Esimerkkinä tästä toimivat Suomen suuret yliopistosairaalat. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Tampereen yliopistollisen sairaalan DRG-tuotteistamisprosessin etenemistä esitellään tarkemmin Liitteen 5 kuviossa. Täysimittainen DRG-järjestelmä edellyttää myös potilaskohtaista kustannuslaskentaa. HASA:lle tämä merkitsee mittavia tietojärjestelmäuudistuksia ja taloudellisia panostuksia.

Tietojärjestelmäuudistusten lisäksi DRG:n käyttöönotto edellyttää fundamentaalisia muutoksia kirjauskäytäntöihin ja logiikan muutoksia kirjausjärjestyksen osalta. Kirjauksissa lähtökohtana on diagnoosi. Päädiagnoosiksi on kirjattava se sairaus, joka kuluttaa eniten taloudellisia voimavaroja. Tällöin usein varsinaiset taudit kirjataan sivudiagnooseiksi. On kiinnitettävä huomiota siihen, että DRG:n ryhmittelyyn vaadittava tietosisältö tulee kokonaisuudessaan taltioitua määrämuotoisesti sairaalan tietojärjestelmiin hoitojakson aikana. Tietojärjestelmistä se koostetaan, joko automatisoidusti tai manuaalisesti DRG-ryhmittelijälle soveltuvaan muotoon. On myös suositeltavaa määritellä kirjausprosessi sekä kirjauksien oikeellisuudesta vastaavat tahot. Henkilöstöä on koulutettava, jotta henkilöstöllä on laaja ymmärrys siitä, että kirjaukset määräävät lopulta sisään tulevan rahavirran. Tällöin niiden laatu saattaa jopa kehittyä.

DRG:ssä hinnoittelua voidaan lähestyä kolmella eri tavalla, riippuen valitusta tuotteistamisen tasosta ja toimijan lähtökohdista. Potilaskohtaisella kustannuslaskennalla hinnat voidaan määritellä kustannusvastaaviksi omasta datasta. Mikäli potilaskohtaiseen kustannuslaskentaan ei kyetä, vaihtoehtona on jonkin vertailusairaalan kustannuspainojen hyödyntäminen. Käytännössä tämä tarkoittaa tällä hetkellä HUS:in painokertoimien hyödyntämistä.

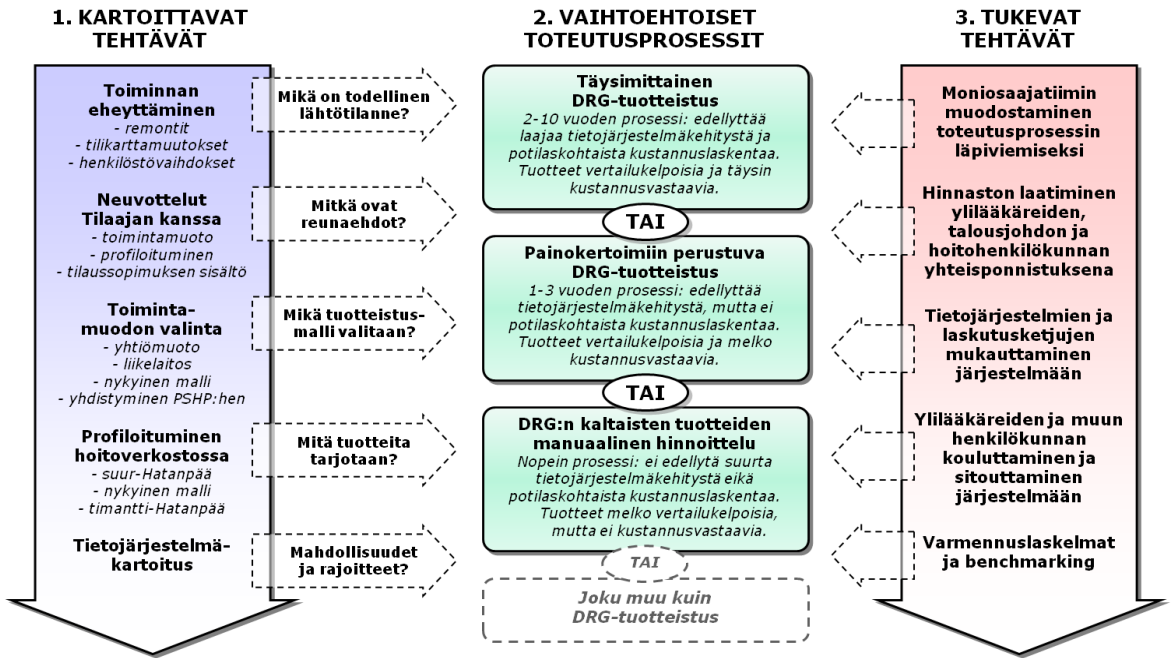
Kolmantena vaihtoehtona on niin sanottu yksinkertaistettu DRG-tuotteistamismalli, joka ei siis ole varsinaisesti DRG-järjestelmän käyttöönottotapaus, vaan pikemmin karkeampi hintojen määrittely DRG-nimikkeitä vastaaville tuotepaketeille. Mallin vertauksena voidaan nähdä yksityisten palveluntarjoajien tapa tarjota DRG-nimikkeitä vastaavia tuotteita. Tässä vaihtoehdossa suoritetaan sairaalan aineiston ryhmittely DRG-ryhmittelysovelluksella ja päätetään hinnastoon mukaan otettavista järkevistä tuotteista, joilla on riittävä volyymi. Tämän jälkeen tuotteille määritellään hinnat sillä tarkkuudella, johon sairaalan kustannuslaskennalla pystytään.

Varsinaiseen DRG-järjestelmään siirryttäessä ehkä tärkein käyttöönottoon liittyvä valinta on ryhmittelyn laajuus. Hatanpäällä voitaisiin teoriassa ottaa käyttöön kumpi tahansa DRG-ryhmittely (Classic tai Full). Classic-versiossa on kuitenkin pienemmät riskit, koska sillä on pidemmät perinteet, ja siitä on enemmän tietoutta sekä osaamista kotimarkkinoilta. Full-ryhmittelyyn siirtyminen kertaheitolla on huomattavasti suurempi riski ja edellyttää isompaa työmäärää tuottajan näkökulmasta. On olennaista hahmottaa, että avohoito ja päiväkirurgia kuuluvat vasta FullDRG-ryhmittelyyn. Valinta on siksi tuotteistamisen tason merkittävä rajaus. Toisena keskeisenä valintana voidaan pitää myös DRG-ryhmittelysovelluksen version valintaa, sillä se vaikuttaa käytettäviin algoritmeihin ja tuotteiden ryhmittelyperiaatteisiin.

4.4 Hatanpään sairaalan tuotteistamisprosessia tukeva toimintamalli

4.4.1 Tuotteistamisprosessin suunnittelu ja toteutus

Tutkimuksen empiirisestä aineistosta on tunnistettavissa useita keskeisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat tuotteistamisprosessin läpivientiin ja onnistumiseen. Näiden tekijöiden perusteella on luotu Hatanpään sairaalan tuotteistamisprosessin suunnittelua ja toteutusta tukeva toimintamalli, jota havainnollistetaan kuviossa 8. Malli pohjautuu alaluvuissa 4.1 – 4.3 esille nostettuihin keskeisiin havaintoihin sekä teoriaosuudessa esiteltyyn terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen synteesiin. Malli on jaettu kolmeen osioon: tuotteistamisprosessia kartoittaviin tehtäviin, varsinaisiin, vaihtoehtoisiin toteutusprosesseihin sekä toteutusprosessia tukeviin tehtäviin. Mallin osa-alueita tarkastellaan seuraavaksi omissa alaluvuissaan 4.4.2 – 4.4.4.



Kuvio 8. Tuotteistamisprosessin suunnittelua ja toteutusta tukeva toimintamalli.

4.4.2 Tuotteistamisprosessia kartoittavat tehtävät

Ennen varsinaista tuotteistamisen toteutusprosessia on syytä kartoittaa perusteellisesti nykyinen lähtötilanne sekä sen rajoitteet ja mahdollisuudet. Näin vältetään se, että ryhdytään toteuttamaan joka tapauksessa työlästä tuotteistamista tavalla, joka myöhemmin osoittautuu vääräksi. Lähtötilanteen kartoitus voidaan toteuttaa seuraavasti:

Toiminnan eheyttäminen. Sairaalan remonttien tilaresursseihin aiheuttama muutostila, tietojärjestelmien nykytila, kustannuslaskennan muutokset sekä viimeaikaiset henkilöstömuutokset puoltavat tuotteistamisprosessin läpiviennin lykkäämistä mahdollisuuksien mukaan sellaiseen hetkeen, jossa muutosvaikutukset ovat minimaaliset ja kustannuslaskennasta on olemassa uuteen tilikarttaan pohjautuva ehyt vertailuvuosi hintojen määrittämiseen. Rikkonaisesta toiminnasta on vaikeampi määritellä, mikä on todellinen lähtötilanne tuotteistamisprosessille.

Neuvottelut tilaajan kanssa. Koska tarjottavien palvelujen ja tuotteiden on vastattava sitä, mitä asiakas haluaa, on tarkasteltava haluaako asiakas (tilaajaosapuoli) todella keskihinnoiteltuja DRG-tuotteita, onko se tulevaisuuden toiminnan kannalta perusteltua, ja kumppanuussuhteen kummankin osapuolen tahtotila. Tilaajan kanssa tulisi keskustella myös

tulevaisuuden profiloinnista ja toimintamuodosta. Näiden neuvottelujen tarkoituksena on muodostaa selkeät reunaehdot tuotteistamisprosessille.

Toimintamuodon valinta. Julkinen toimija, liikelaitos ja osakeyhtiö valitsevat omiin intresseihinsä perustuen erilaiset tuotteistamismallit. Ennen tuotteistamisprosessin käytännön läpivientiä tulisi käsitellä strateginen valinta organisaation tulevaisuuden toimintamuodosta. Tämän jälkeen voidaan paremmin tunnistaa, onko DRG-potilasryhmittely ylipäätään soveltuvin valinta tuotteistamiseen.

Profiloituminen hoitoverkostossa. HASA:n voidaan katsoa kilpailevan eri toimijoiden kanssa riippuen siitä, kuinka laajalle markkina-alueelle se pyrkii tulevaisuudessa. Tämä vaikuttaa siihen, mitä tuotteita markkinoille kannattaa tarjota. Lisäksi HASA:n kilpailuasemaa ja tarjottavien tuotteiden valintaa ohjaa tulevaisuuden profiloituminen Pirkanmaan hoitoverkostossa. Ennen tuotteiden muodostusta tulisi siis määritellä, mitä tuotteita tulevaisuudessa on perusteltua myydä.

Tietojärjestelmäkartoitus. Vaihtoehtoiset tavat toteuttaa DRG-pohjainen tuotteistaminen edellyttävät eritasoisia asioita tietojärjestelmiltä. Tästä johtuen tulisi kartoittaa tarkemmin, mitä mahdollisuuksia ja rajoitteita tietojärjestelmät tällä hetkellä asettavat. Samalla selviäisi myös se, miten järjestelmiä tulisi missäkin etenemisvaihtoehdossa järjestelmällisesti kehittää.

4.4.3 Tuotteistamisen vaihtoehtoiset toteutusprosessit

Mikäli HASA:ssa päätetään edellisten tuotteistamisprosessia kartoittavien tehtävien jälkeen ottaa käyttöön DRG-potilasryhmittelyyn perustuva tuotteistamismalli, voidaan käytännössä edetä kolmella vaihtoehtoisella menettelytavalla. Menettelytavan valinta riippuu voimakkaasti kartoittavan vaiheen tuloksista. Esimerkiksi tilaajataho saattaa edellyttää tietyn tavan valintaa. Vaihtoehtoiset menettelytavat ovat seuraavat:

Täysimittainen DRG-tuotteistaminen. Täysimittaisessa DRG-mallissa tarjotaan tuotteita, joiden sisältö todennettavasti vastaa DRG-luokkien määritelmiä ja joiden kustannukset perustuvat omaa potilasdataa käyttävään potilaskohtaiseen kustannuslaskentaan. Tällaiseen täysimittaiseen DRG-tuotteistamiseen voidaan edetä järkevästi vain vaiheittaisena prosessina,

jossa siirtymän aikajänne on riittävän pitkä. Kyseessä voi olla jopa lähemmäs 10 vuoden muutos- ja kehitysprosessi, jossa:

1. Siirrytään vaiheittain potilaskohtaiseen kustannuslaskentaan
2. Mukautetaan tietojärjestelmäarkkitehtuuri potilaskohtaista kustannuslaskentaa tukevaksi
3. Tehdään valinta DRG-tuotteistamisen tasosta, eli käytetäänkö Classic- vai Full-ryhmittelyä, ja otetaan käyttöön DRG-ryhmittelysovellukset
4. Ryhmitellään potilasaineisto DRG-ryhmittelijällä
5. Hinnoitellaan kaikki sairaalan välisuoritteet
6. Luodaan hinnasto DRG-tuotteille sekä outlier-säännöt riskien hallintaa

Täysimittaisen DRG-tuotteistamisen merkittävimpänä etuna on, että sen myötä tuotteet ovat aidosti ja todennettavasti vertailukelpoisia ja kustannusvastaavia. Suurin haaste puolestaan on, että prosessi on työläs ja pitkä, ja vaatii tietojärjestelmien laajamittaista kehittämistä.

Painokertoimiin perustuva DRG-tuotteistaminen. Painokertoimiin perustuvassa DRG-mallissa tarjotaan tuotteita, joiden sisältö vastaa melko hyvin DRG-luokkien määritelmiä, mutta joiden kustannukset eivät perustu omaan potilasdataan, vaan vertailusairaalan vastaavien DRG-tuoteryhmien kustannuspainoihin. Vaikka prosessi on täysimittaista DRG-tuotteistamista kevyempi, kestänee se silti useamman vuoden HASA:n nykytilanteesta valmiiseen tuotteistettuun palvelutarjoomaan. Prosessi etenee seuraavasti:

1. Tehdään päätös siitä, siirrytäänkö Classic- vai Full-ryhmittelyyn
2. Otetaan käyttöön DRG-ryhmittelysovellus ja muodostetaan järkevä määrä DRG-volyymituotteita omasta potilasdatasta
3. Otetaan käyttöön valtakunnalliset painokertoimet (käytännössä HUS:in kertoimet)
4. Määritellään DRG-hinnasto oman kustannusdatan ja valtakunnallisten painokertoimien yhdistelmänä.

Painokertoimiin perustuvan DRG-tuotteistamisen etuna on, että sen käyttöönotto on mahdollista toteuttaa kevyemmin ja nopeammin kuin täysipainoisen DRG-tuotteistamisen tapauksessa. Esimerkiksi potilaskohtaista kustannuslaskentaa ei tarvita, eikä tietojärjestelmiä tarvitse kehittää niin laajamittaisesti. Huonoihin puoliin puolestaan lukeutuu se, että tuotteiden kustannukset eivät aidosti vastaa todellisuutta, tai sitä ei voida läpinäkyvästi todentaa. Lisäksi vertailuyksikön toiminnan on oltava luonteeltaan, tai ainakin hoitomenetelmien ja -tekniikoiden osalta, vastaavaa kuin yksikössä, joka ottaa sen kustannuspainot käyttöön.

DRG:n kaltaisten tuotteiden manuaalinen hinnoittelu. Yksinkertaisimmassa mallissa tarjotaan markkinoilla olevien DRG-tuotteiden kaltaisia tuotteita, joiden hinnat määritellään

manuaalisesti. Toisin sanoen sairaalan palvelutoiminta luokitellaan DRG-nimikkeistöä vastaaviin tuoteryhmiin DRG-ryhmittelysovelluksella ja hinnoitellaan kilpailijoiden hintoihin ja omiin kustannusarvioihin pohjautuen. Tämä melko karkea ja nopea prosessi etenee seuraavasti:

1. Sovitaan tilaajan kanssa riittävä DRG-tuotteistamisen taso
2. Otetaan käyttöön DRG-ryhmittelysovellus ja muodostetaan sairaalan toiminnan kannalta järkevä määrä DRG-volyymituotteita nykyisestä potilasdatasta
3. Määritellään tuotteille manuaalisesti keskihinnat kilpailijoiden hintojen ja oman kustannusdatan yhdistelmänä. Prosessissa voidaan hyödyntää apuna HASA:n nykyisiä tuotteistamislaskelmia ja hinta-arvioita.

Tämän yksinkertaisen mallin etuna on sen keveys ja nopeus: esimerkiksi tietojärjestelmämuutoksia ei välttämättä tarvita lainkaan. Haittoihin lukeutuu puolestaan se, että tuotteiden sisältö ei ainakaan todennetusti vastaa DRG-luokkien määritelmiä, eikä niiden todellisista kustannuksista ole varmuutta.

Joku muu kuin DRG-tuotteistaminen. On huomattava, että pitkällä tähtäimellä mielekkäin tuotteistamismalli ei välttämättä ole DRG. Tuotteistamismenetelmän valintaan liittyy useita merkittäviä strategisia tekijöitä, joita esitellään tarkemmin tämän tutkimuksen alaluvussa 5.2. Vaihtoehtoisena tuotteistamisen menetelmänä on esimerkiksi HASA:n nykyisen tuotteistamismallin päivittäminen, modifiointi ja laajempi implementointi organisaatiossa siten, että sitä aletaan todellisuudessa hyödyntää laskutuksen perustana. Valinta tulisi tehdä vasta sitten, kun edellisessä luvussa esitellyt kartoittavat tehtävät on toteutettu.

4.4.4 Toteutusprosessia tukevat tehtävät

Riippumatta siitä, mikä vaihtoehtoisista tuotteistamismalleista valitaan, toteutusprosessin onnistuminen edellyttää seuraavien tehtävien toteuttamista:

Moniosaajatiimin muodostaminen toteutusprosessin läpiviemiseksi. Tuotteistamisprosessille tulisi määritellä prosessiohjauksesta vastaava omistaja, jonka vastuulla on sen käytännön läpivienti organisaatiossa. Koska tuotteistamisprosessi on niin teollinen, kaupallinen kuin lääketieteellinenkin haaste, tulisi määritellä myös tuotevastaavien ja -tiimien verkosto, joka vastaa erikoisalueidensa tuotteistamisesta, hinnoittelusta, kustannuslaskennasta sekä kirjaamiskäytännöistä.

Hinnaston laatiminen ylilääkäreiden, talousjohdon ja hoitohenkilökunnan yhteisponnistuksena. Tuotteet ja niiden hinnasto tulee muodostaa edellä mainitun moniosaajatiimin johdolla siten, että kultakin erikoisalalta saadaan totuudenmukainen käsitys operatiivisesta toiminnasta ja sen kustannuksien muodostumisesta.

Tietojärjestelmien ja laskutusketjujen mukauttaminen tuotteistamismenetelmään. Organisaation tietojärjestelmien on tuettava valittua tuotteistamista. Lisäksi on varmistuttava, että kirjauskäytännöt ovat yhtenevät koko organisaatiossa ja kirjaukset tehdään oikein. Henkilöstön on tärkeä ymmärtää, että sisään tuleva rahavirta on riippuvainen tietojärjestelmiin tehtävistä kirjauksista.

Ylilääkäreiden ja muun henkilökunnan kouluttaminen ja sitouttaminen menetelmään. Tuotteistamisprosessin onnistumiseksi on ensisijaisen tärkeää, että henkilöstö hallitsee toimintaperiaatteet, kirjauskäytännöt ja tietojärjestelmien toiminnallisuudet. Tämä puolestaan edellyttää, että ylilääkärit ja muu johto on koulutettu ja sitoutunut samoihin asioihin.

Varmennuslaskelmat ja benchmarking. Sekä tuotteistamisen käyttöönottoprosessin että käytön aikana on tarkasteltava tuotteiden kustannusvastaavuutta sekä kokonaisbudjetin muodostumista varmennuslaskelmin. Lisäksi on hyvä suorittaa benchmarking-toimintaa vertailukohteiden hinnastoihin.

4.5 Johtopäätökset

Tutkimuksen havaintojen perusteella esitetään, että mielekkäin tuotteistamismalli on tapauskohtaisesti riippuvainen useasta organisaatiolle strategisesti keskeisestä tekijästä. Julkisilla toimijoilla tuotteistamistoimintaa ohjaavien ulkoisten tekijöiden vaikutus on merkittävä ja ne rajaavat usein käytössä olevia tuotteistamisen menetelmiä. Hatanpään sairaalan osalta tuotteistamista ohjaavia tärkeimpiä ulkoisia tekijöitä ovat toiminnan poliittinen ohjaus, tilaajan vaatimukset tuotteistamisen tasosta, organisaation toimintastrategiaan liittyvät valintapäätökset, sekä kansallinen paine DRG:hen siirtymiseen Kuntaliiton suunnalta. Luonnollisena ulkoisena vaikuttimena tuotteistamistoimintaa ohjaavat toimialueen potilaiden tarpeet.

Hatanpään sairaalan palvelujen tuotteistamisen haasteellisuutta lisäävät myös useat sisäiset tekijät, joista keskeisimpiä ovat sairaalan remontin aiheuttama muutostila, kustannuslaskennan ja tietojärjestelmien nykytila sekä viimeaikaiset henkilöstömuutokset. Toisaalta myös kilpailuetua antavia sisäisiä tekijöitä on tunnistettavissa: esimerkiksi oma kuvantaminen ja osaavan henkilöstön yhteishenki – ”Hatanpään henki”.

Merkittävimpänä tuotteistamista ohjaavana yksittäisenä tekijänä voidaan kuitenkin pitää strategista valintaa organisaation tulevaisuuden toimintamuodosta ja profiloitumisesta hoitoketjussa. Tutkimuksen edetessä monessa asiayhteydessä nostettiin esille Hatanpään ainutlaatuinen profiloituminen Tampereen hoitojärjestelmässä ja profiiliin sopimaton jatkohoitoon painottuva palvelutuotanto. Profiloitumiseen liittyviä valintoja onkin syytä tarkastella syvällisemmin, ennen kuin varsinainen tuotteistamisprosessi käynnistetään. On lisäksi tärkeä huomata, että tämä tekijä on samanaikaisesti sekä sisäinen että ulkoinen ja se ohjaa hyvin voimakkaasti tuotteistamista. Vaikka HASA:n profiilia ohjataan muun muassa tilaajan taholta, organisaatiolla on mahdollisuus vaikuttaa siihen myös itse.

HASA:n palveluiden tuotteistamisprosessi juontaa juurensa jo 1990-luvun lopulla aloitettuun tuotteistamistyöhön. Varsinaisesti prosessi käynnistyi vasta 2000-luvun puolessa välissä, mutta keskeytyi vuonna 2007 henkilöstövaihdosten ja DRG-selvitystyön myötä. Nykyinen tuotteistamismalli on pirstaloitunut: yksiköt ovat kehittäneet omien tarpeidensa mukaiset, erilaiset ja yksilölliset mallit, mikä hankaloittaa koko hoitoketjun tuotteistamista. Lisäksi käytännön työ Hatanpään oman tuotteistamisprosessin jalkauttamisessa on jäänyt kesken, kun Tampereella siirryttiin sopimusohjaukseen perustuvaan toimintamalliin.

HASA:n taloushallinnon ja johdon henkilöstövaihdokset ovat vaikuttaneet kesken jääneeseen prosessiin. Verrattuna teollisuustuotannon prosessiohjaukseen, Hatanpään tuotteistamisprosessilta on puuttunut selkeä omistaja, jonka tehtävänä on prosessin koordinointi ja käytännön läpivienti organisaatiossa. Prosessin omistajuustilanne selkiytynee taloushallinnon henkilöstömuutosten myötä. Organisaation lääkärikunta on lisäksi kokenut, että sairaalan talousosasto ei välttämättä ole perillä käytännön hoitotyön prosesseista, jolloin lääkärien ja hoitajien vastuulle on jäänyt vanhan tuotteistamismallin mukaisten laskelmien selkiyttäminen todellisuutta vastaaviksi. Vastaavasti lääkärit eivät välttämättä ole olleet täysin selvillä kustannuslaskennasta ja sen periaatteista.

Tuotteistamiseen ja etenkin tuotteistamisen käyttöönottoprosessiin liitetään HASA:ssa useita haasteita, mutta myös joitakin merkittäviä hyötyjä koetaan saavutettavan. Sisäisten tekijöiden osalta suurimmaksi hyödyksi koetaan mahdollisuus prosessien standardointiin. Organisaation sisällä nähdään selkeä tarve yhtenäiselle tuotteistamis- ja hinnoittelujärjestelmälle, jonka keinoin voidaan todentaa paremmin resurssien kulutuksen seurantaa ja perustella resursoinnin tarvetta. Standardoidun tuotteistamismenetelmän uskotaan helpottavan palvelutarjooman ja hinnoittelun vertailua. Yksiköiden operatiivinen johto haluaisikin suorittaa nykyistä laajemmin benchmarking-toimintaa vertailukohteisiin.

Hatanpään tuotteistamisprosessin suunnittelun näkökulmasta kustannuslaskennan ja tietojärjestelmien nykytila rajaa tuotteistamisen mahdollisuuksia. HASA:ssa vastikään toteutetut tilikartan muutokset, kirjauskäytäntöjen muuttuminen sekä ehyiden vertailuvuosien puuttuminen hankaloittavat tuotteiden hintojen määrittelyä käytännössä. Tilikartan muutokset ovat olleet kuitenkin askel oikeaan suuntaan tulevaisuuden tuotteistamistyön helpottamiseksi. Ehyiden vertailuvuosien puutetta selittää yksinkertaisesti tuotteistamisprosessin huono ajoitus: Hatanpäällä parhaillaan käynnissä oleva laaja remontti ja vastikään toteutetut kustannuslaskennan muutokset ovat hankaloittaneet hetkellisesti toiminnan seurannan todenmukaisuutta.

Tuotteistamisen tavoitteisiin liitetään organisaatiossa selviä ennakkoluuloja. Esimerkiksi tilaajan tavoitteet tuotteistamiselle koetaan liittyvän kustannusten hallintaan. Tämän koetaan vaikuttavan siihen, mitä voidaan tulevaisuudessa hoitaa ja mitä ei. Palvelusopimus on antanut toistaiseksi mahdollisuuden priorisoida itse toimintaa lääketieteellisestä näkökulmasta. Tuotteistamisen myötä pelätään, että hoitotilaus ratkaisee liikaa mitä ja miten hoidetaan. Tämänkaltaiset ennakkoluulot vaikuttavat siihen, miten tuotteistamiseen suhtaudutaan organisaation sisällä. Myönteinen sisäinen suhtautuminen tuotteistamisprosessiin on keskeisessä asemassa sen läpiviennin, muutosvastarinnan minimoinnin ja onnistumisen kannalta.

Terveyspalveluiden aukeaminen kilpailulle asettaa tulevaisuudessa haasteita tuotteiden määrittämiselle sekä tuotannon tehostamiselle. Tuotteistamalla palvelutarjonta, eli ryhmittelemällä mielekkäitä palvelukokonaisuuksia, ymmärretään paremmin millaisia resursseja tehokkaasti toimiva palvelutoiminta vaatii. Onnistuneen tuotteistamisprosessin läpivienti luo myös edellytykset kilpailukykyiselle hinnoittelulle. Julkisten tilaaja-osapuolten

näkökulmasta sairaaloiden tuotteet on määriteltävä ja hinnoiteltava vertailukelpoisesti, jotta kilpailun tunnusmerkit täyttyvät. Tällä hetkellä erikoissairaanhoidon palveluiden sisällön ja hintojen vertaileminen on haasteellista, mikä on todettu myös Hatanpään kantasairaalassa.

Tämän tutkimuksen tuloksissa esitellään HASA:n tapaukseen vaihtoehtoisia DRG-tuotteistamismalleja sekä toimintaa tukevia ja kartoittavia tehtäviä, jotka ovat onnistuneen tuotteistamisprosessin läpiviennin edellytys. Toimintaa tukevia keskeisimpiä tehtäviä ovat moniosaajatiimin muodostaminen, riittävä aikatalutus, prosessiomistajat, sekä tietojärjestelmien mukauttaminen prosessia tukevaksi.

Ennen kuin HASA:n organisaatio siirtyy nopealla aikataululla keskihinnoitteluun pohjautuvaan tuotteistamismalliin, tulisi ensin tarkastella syvällisemmin tulevaisuuden toimintastrategiaan liittyviä valintapäätöksiä, jotka puolestaan vaikuttavat tuotteistamisprosessin sekä käytettävän tuotteistamismenetelmän mielekkyyteen. Palvelujen tuotteistamista olisi mielekästä tarkastella myös laajemmassa kontekstissa, esimerkiksi Pirkanmaan hoitoverkoston suunnittelun näkökulmasta. Koko hoitoverkoston toiminnan tehostaminen tarjoaakin useita mielenkiintoisia jatkotutkimuksen kohteita: esimerkiksi potilasvirtojen hallinnan tehostaminen Pirkanmaalla, potilashotellimallilla saavutettavat kustannussäästöt, yksittäisten toimijoiden yhtiöittämisen hyödyt, sekä uudenlaiset terveydenhuollon yhteistoimintamallit.

Siitä huolimatta että kansainvälisesti laajalti käytössä olevaa DRG-mallia ajetaan Suomessa eteenpäin kansallisella tasolla, sen mielekkyyttä ja sopivuutta tulisi tarkastella aina organisaatiokohtaisesti. Terveydenhuollon palvelujen modulaarinen tuotteistaminen on kuitenkin kohtalaisen uusi näkökulma sairaaloiden toiminnan tehostamiseen Suomessa. Kaupallisten ja teollisten ajattelumallien soveltaminen palvelutoiminnan tehostamiseen ja tuotteistamiseen on otettu HASA:ssa vastaan yleisesti ottaen myönteisesti, vaikka tuotteistamisprosessin läpivientiin liitetään myös selviä haasteita. Organisaation henkilöstö on osallistunut aktiivisesti tuotteistetun palvelutarjooman kehittämiseen, mikä edesauttanee jatkossa tehtävää tuotteistamistyötä ja on merkittävässä roolissa tuotteistamisprosessin onnistumisen kannalta. Sairaalan johdon tehtäväksi jää määritellä vaihtoehtoisista prosesseista HASA:n tilanteeseen ja tulevaisuuden toimintastrategiaan parhaiten soveltuva toimintamalli.

5 YHTEENVETO

Terveydenhuollon toimintaympäristö on myllerryksessä hoitoprosessien kehittyessä ja toiminnan muuttuessa esimerkiksi väestön ikääntymisestä johtuen. Tämä uhkaa lisätä jo entuudestaan suuria terveydenhuoltokustannuksia, vaikka yhteiskunnan paine on päinvastainen: kustannuksia on pyrittävä alentamaan. Toiminnan tehostamiselle on siis kova tarve.

Tässä tutkimuksessa on tutkittu terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamista. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamista Hatanpään sairaalassa. Tutkimuksessa on kartoitettu Hatanpään sairaalan tuotteistamisen nykytila, syvennytty sairaalan tuotteistamisprosessiin ja sen strategisiin tekijöihin, sekä perehdytty terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisessa yleisesti käytettyyn menetelmään, Diagnosis Related Groups (DRG) -potilasryhmittelyyn.

Tuotteistaminen voidaan nähdä tapana kehittää palveluprosesseja systemaattisella tavalla (ks. Aaltonen ym. 2007; Jaakkola ym. 2007; Lehtinen ym. 2005; Parantainen 2007; Sipilä 1996). Se on yhdistelmä palvelutoiminnan määrittelyä ja prosessien systematisointia. Tuotteistamalla ja vakioimalla palvelutarjontansa yksiköt voivat erikoistua ydinosaamiseensa ja keskittyä tarjoamaan sellaisia palveluja, joita ne kykenevät tuottamaan tehokkaasti. Sipilän (1996) mukaan tuotteistaminen johtaa parhaimmillaan organisaatiossa oppimisen kehään, minkä seurauksena palvelutoiminnan laatu, tehokkuus ja kannattavuus kehittyvät.

Terveydenhuoltopalvelujen ominaispiirteistä johtuen, niiden tuotteistamista on mielekästä lähestyä tuotteistamisprosessin keinoin. Tämä prosessi voidaan nähdä kehittymisen iteratiivisena toimintona – johdon työvälineenä. Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessissa voidaan tunnistaa seuraavat keskeiset vaiheet, joiden perusteella on muodostettu tämän tutkimuksen teoreettinen synteesi:

1. organisaation toimintastrategian muodostaminen
   1.1. sisäisten tekijöiden kartoittaminen, analysointi ja huomiointi
   1.2. ulkoisten tekijöiden kartoittaminen, analysointi ja huomiointi
2. tuotteiden muodostaminen
3. tuotteiden hinnoittelu, vertailu ja riskien arviointi

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen tutkimus, jonka tutkimusstrategiassa yhdistyvät tapaustutkimus ja toimintatutkimus. Empiirisen aineiston keruussa on sovellettu teemahaastattelua sekä osallistuvaa havainnointia. Empiirisessä osuudessa terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessin teoreettista synteesiä sovelletaan kohdeorganisaation tuotteistamisprosessin keskeisten tekijöiden analyysiin. Varsinaisia tutkimushaastatteluja toteutettiin yhteensä kaksitoista. Niihin osallistui yli kaksikymmentä henkilöä, jotka edustavat Pirkanmaalaisia terveydenhuollon asiantuntijoita, Hatanpään sairaalan ylintä johtoa, sekä terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen kansallisia asiantuntijoita. Aineistossa hyödynnettiin lisäksi sairaalan johdon toimittamia lähdeaineistoja ja osallistuttiin johdon kokouksiin yli vuoden mittaisen tutkimusjakson aikana.

Tutkimuksen havaintojen perusteella esitetään, että mielekkäin tuotteistamismalli on tapauskohtaisesti riippuvainen useasta organisaatiolle keskeisestä strategisesta tekijästä. Julkisilla toimijoilla tuotteistamistoimintaa ohjaavien ulkoisten tekijöiden vaikutus on merkittävä ja ne rajaavatkin usein käytössä olevia tuotteistamisen menetelmiä. Hatanpään sairaalan kohdalla tuotteistamista ohjaavia keskeisimpiä ulkoisia tekijöitä ovat toiminnan poliittinen ohjaus, tilaajan vaatimukset tuotteistuksen tasosta, organisaation toimintastrategiaan liittyvät valintapäätökset, sekä kansallinen paine DRG:hen siirtymiseen Kuntaliiton suunnalta.

Hatanpään sairaalan terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisen haasteellisuuteen kontribuoivat myös useat sisäiset tekijät, joista keskeisimpiä ovat sairaalan remontin aiheuttama muutostila, kustannuslaskennan ja tietojärjestelmien nykytila sekä viimeaikaiset henkilöstömuutokset. Toisaalta myös kilpailuetua antavia sisäisiä tekijöitä on tunnistettavissa: esimerkiksi oma kuvantamispalvelu ja osaavan henkilöstön yhteishenki – ”Hatanpään henki”.

Ehkä merkittävimpänä tuotteistamista ohjaavana yksittäisenä tekijänä voidaan pitää strategista valintaa organisaation tulevaisuuden toimintamuodosta ja profiloitumisesta Tampereen hoitoketjussa. Tutkimustyön edetessä monessa asiayhteydessä nostettiin esille Hatanpään ainutlaatuinen profiloituminen Tampereen hoitoverkostossa ja profiiliin sopimaton jatkohoitoon painottuva palvelutuotanto. Profiloitumiseen liittyviä valintoja onkin syytä tarkastella syvällisemmin, ennen kuin harpataan laajamittaiseen keskihinnoitteluun perustuvaan tuotteistamisjärjestelmään. On lisäksi tärkeä huomata, että tämä tekijä on samanaikaisesti sekä sisäinen että ulkoinen ja se ohjaa voimakkaasti tuotteistamisprosessia.

Tutkimusraportissa lukijalle pyritään muodostamaan kokonaisvaltainen kuva monimutkaisesta terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisprosessista; Tuloksissa eritellään ja analysoidaan tuotteistamisprosessia ohjaavia strategisia tekijöitä sekä kuvaillaan tuotteiden muodostamiseen ja hinnoitteluun liittyviä kysymyksiä ja riskejä. Tuotteistamisprosessin läpivientiä ja jalkauttamista organisaatioon voidaan lisäksi edesauttaa useilla varsinaista toteutusprosessia kartoittavilla ja tukevilla tehtävillä. Tässä tutkimuksessa luodaan tätä tuotteistamistyötä tukeva empirialähtöinen toimintamalli.

Tuotteistamisprosessin jalkauttamista avustavassa toimintamallissa kartoittavia tehtäviä ovat mm. toiminnan eheyttäminen, neuvottelut tilaajan kanssa, toimintamuodon valinta, profiloituminen verkostossa ja tietojärjestelmäkartoitus. Tuotteistamisprosessin läpivientiä tukevia tehtäviä ovat puolestaan moniosaajatiimin muodostaminen, hinnaston laatiminen ylilääkäreiden, talousjohdon ja hoitohenkilökunnan yhteisponnistuksena, tietojärjestelmien ja laskutusketjujen mukauttaminen tuotteistamismalliin, ylilääkäreiden ja muun henkilökunnan kouluttaminen ja sitouttaminen järjestelmään, sekä varmennuslaskelmat ja nk. benchmarking-toiminta.

Ennen kuin Hatanpään sairaala siirtyy nopealla aikataululla keskihinnoitteluun pohjautuvaan laajamittaiseen tuotteistamisjärjestelmään (DRG), tulisi ensin tarkastella syvällisemmin organisaation tulevaisuuden toimintastrategiaan liittyviä valintapäätöksiä. Nämä päätökset vaikuttavat tuotteistamisprosessiin sekä tuotteiden muodostamisessa käytetyn menetelmän mielekkyyteen. Palvelujen tuotteistamista voisi olla mielekästä tarkastella myös laajemmassa kontekstissa, esimerkiksi koko Prikanmaan hoitoverkoston suunnittelun näkökulmasta. Koko hoitoketjun toiminnan ja tehokkuuden optimointi tarjoaakin useita mielenkiintoisia jatkotutkimuksen kohteita.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä. PS-kustannus, Gummerus Kirjapaino Oy.

Aaltonen, J. & Jaatinen, S. & Talvinko, T. & Virtanen, M. & Vohlonen, I. 2007. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotteistus Suomessa. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

Alajoutsijärvi, K. & Mannermaa, K. & Tikkanen, H. 2000. Customer relationships and the small software. A framework for understanding challenges faced in marketing. Information & Management, 37, 153–159.

Alexander, J. 2008. CMS issues management advisory report? Healthcare Financial Management, 62 (5), 34–35.

Altman, S. 2007. Cost, cost, go away – Is capitation here to stay? Healthcare Financial Management, 61 (3), 25–25.

Balazs, A. & Spotss, H. 2000. Special issue on health-care research. Journal of Business Research, 48, 163–164.

Baldwin, C. & Clark, K. 1997. Managing in an age of modularity. Harvard Business Review, 75 (5), 84–93.

Bansal, M. 2004. Optimising value and quality in general practice within the primary health care sector through relationship marketing: A conceptual framework. International Journal of Health Care Quality Assurance, 17 (4), 180–188.

Barretta, A. 2008. The functioning of co-opetition in the health-care sector: An explorative analysis. Scandinavian Journal of management, 24, 209–220.

Björkgren, M. 2002. Case-mix classification and efficiency measurement in long-term care of the elderly. Saarijärvi. Stakes, Research report 124.

Brax, S. 2007. Palvelut ja tuottavuus. Teknologiakatsaus 204/2007. Helsinki. Tekes.

Doerfinger, M. & Wall, B. 1999. Making intangible assets tangible: How to measure the softer side of business. Knowledge Management Review, 10, 28−33.

Edvardsson, B. & Gustafsson, A. & Roos, I. 2005. Service portraits in service research: A critical review. International Journal of Service Industry Management, 16 (1), 107–121.

Edvardsson, B. & Olsson, J. 1996. Key concepts for new service development. The Service Industries Journal, 16 (2), 140–164.

Ellwood, S. 1996. Full-cost pricing rules within the national health service internal market-accounting choices and the achievement of productive efficiency. Management Accounting Research, 7 (1), 25–51.

Eriksson, P. & Kovalainen, A. 2008. Qualitative methods in business research.Thousand Oaks. Sage Publications.

Fetter, R. 1991. Diagnosis related groups: Understanding hospital performance. Interfaces 21 (1), 6–26.

Fetter, R. & Freeman, J. 1986. Diagnosis related groups: Product line management within hospitals. The Academy of Management Review, 11 (1), 41–54.

Freiden, J. & Goldsmith, R. & Takacs, S. & Hofacker, C. 1998. Information as a product: Not goods, not services. Marketing Intelligence & Planning, 16 (3), 210–220.

Gillham, B. 2000. Case study research methods, real world research. London. Continuum.

Gilmore, J. & Pine, B. 1997. The four faces of mass customization. Harvard Business Review, 75 (1), 91–101.

Groth, J. 1995. Important factors in the sale and pricing of services. Management Decision, 33 (7), 29−34.

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätyömenetelmät. Helsinki. WSOY.

Grönroos, C. 2000. Service management and marketing, a customer relationship approach. Chichester. Wiley.

Grönroos, C. 2001. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Helsinki. WSOY.

Gummesson, E. 2000. Qualitative methods in management research. Thousand Oaks. Sage Publications.

Gummesson, E. 2002. Total relationship marketing. Oxford. Butterworth-Heinemann.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sarjavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmlund, M. 1997. Perceived quality in business relationships. Doctoral Thesis No. 66. Helsinki. Swedish School of Economics and Business Administration.

Hunt, S. 1997. Resource-advantage theory: An evolutionary theory of competitive firm behavior. Journal of Economic Issues, 31 (1), 59–77.

Jaakkola, E. & Orava, M. & Varjonen, V. 2007. Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua. Helsinki. Tekes.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus: Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere. Vastapaino.

Lapsley, I. 1994 Market mechanisms and the management of health care. The UK model and experience. International Journal of Public Sector Management, 7 (6), 15–25.

Lehtinen, U. & Niinimäki, S. 2005. Asiantuntijapalvelut. Tuotteistaminen ja markkinoinnin suunnittelu. Helsinki. WSOY.

Lillrank, P. & Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskeneräinen potilas: Terveydenhuollon tuotannonohjaus. Jyväskylä. Talentum Media Oy.

Lovelock, C. 2001. Services marketing: People, technology and strategy. Englewood Cliffs. New Jersey. Prentice-Hall.

Lovelock, C. & Gummesson, E. 2004. Whither services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives. Journal of Service Research, 47, 9−20.

Lovelock, C. & Wirtz, J. 2004. Services marketing: People, technology, strategy. Upper Saddle River. Pearson Prentice Hall.

Lowe, A. 2000. The construction of a network at Health Waikato. The towards clinical budgeting project. Accounting, Auditing & Accountability Journal, 13 (1), 84–114.

Lytie, R. & Mokwa, M. 1992. Evaluating health care quality: The moderating role of outcomes. Journal of Health Care Management, 12 (1), 4−14.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki. International Methelp ky.

Mikkola, H. 1998. Tietoa DRG:stä: Kansainvälisistä kokemuksista suomalaisiin sovelluksiin. Helsinki. Stakes - Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Mikkola, H. 2002. Empirical studies on Finnish hospital pricing methods. Helsinki. Helsinki School of Economics. Acta Universitatis Oeconomicae Helsingiensis. Vol. A−103.

Mikkola, H. & Sund, R. & Linna, M. & Häkkinen, U. 2002. Erikoissairaanhoidon hinnoittelu, kuntakoko ja rahoitusriski. Teoksessa Mikkola, H. Terveystaloustiede. 2002. Helsinki. Stakes. Aiheita 2/2002, 13–15.

Monroe, K. 2003. The pricing strategy audit. Cambridge. Cambridge Strategy Publications.

Parantainen, J. 2007. Tuotteistaminen – rakenna palvelusta tuote 10 päivässä. Helsinki. Talentum.

Parasuraman, A. & Zeithaml, V. & Berry, L. 1988. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64, 12–140.

Pine, B. 1993. Mass customization. The new frontier in business competition. Boston. Harvard Business School Press.

Salminen, A. & Niskanen, J. 1996. Markkinoiden ehdoilla? Arvioita markkinaohjautuvuudesta julkisessa sektorissa. Helsinki. Vaasan yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Oy Edita Ab.

Salonen, M. 1995. DRG-ryhmien kustannuspainot suomalaisella aineistolla. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Santos, J. 2002. From intangibility to tangibility on service quality perceptions: A comparison study between consumers and service providers in four service industries. Managing Service Quality, 12 (5), 292–302.

Shugan, S. 2004. Finance, operations, and marketing conflicts in service firms. Journal of Marketing, 24, 24−27.

Simula, H. & Lehtimäki, T. & Salo, J. 2008. Re-thinking the product – from innovative technology to productized offering. Proceedings of the 2008 international society for professional innovation management conference. Ranska. Tours.

Sipilä, J. 1996. Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. Ekonomiasarja. Porvoo. WSOY.

Timmins, F. 2008. Free-market reform in medicine: Whom must we convince of what? Journal of American Physicians and Surgeons, 13 (1), 16−17.

Tung, W. & Capella, L. & Tat, P. 1997. Service pricing: A multi-step synthetic approach. Journal of Services Marketing, 11 (1), 53–65.

Valkama, P. 1994. Tilaaja-tuottajamalli – mainostemppu utopiaan? Acta nro 42. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Vargo, S. & Lusch, R. 2004. Evolving to a new dominant logic for marketing. Journal of Marketing, 68, 1–17.

Vargo, S. & Lusch, R. 2008. From goods to service(s): Divergences and convergences of logics. Industrial Marketing Management, 37, 254–259.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki.

Waters, H. & Hussey, P. 2004. Pricing health services for purchasers - a review of methods and experiences. Health Policy, 70 (2), 175–184.

Wilson, D. & Jantrania, S. 1996. Understanding the value of a relationship. Asia-Australia Marketing Journal, 2 (1), 55–66.

Wolak, R. & Kalafatis, S. & Harris, P. 1998. An investigation into four characteristics of services. Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science, 3, 22–41.

Zeithaml, V. & Parasuraman, A. & Berry, L. 1985. Problems and strategies in services marketing. Journal of Marketing, 49, 33−46.

Muut painetut lähteet

Haho, P. & Vänttinen, M. & Kilpiö, A. 2007. Kimpassa tuloksiin: KIMPPA-tutkimushankkeen loppuraportti. Espoo. Helsinki University of Technology. SimLab report series publications.

Kuntaliitto. 1995. Tuotteistus ja kustannuslaskenta: Perusterveydenhuollon Tuote-projektin raportti. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Mättö, M. 2004. Päiväkirurgian toimintolaskentamalli ja DRG- hinnoittelu. Lappeenranta. Lappeenrannan teknillinen yliopisto.

Sarakorpi, A. 2007. Palvelujen tuotteistaminen moduulien avulla. Espoo. Helsinki University of Technology. SimLab report series publications.

Tietoyhteiskunnan kehittämiskeskus ry (TIEKE). 2005. Hinnoittelumallit asiakassuhteessa: HIMA-hankkeen loppuraportti. Helsinki.

Valtiovarainministeriö. 2008. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta (JUHTA). JHS 152: Prosessien kuvaaminen. Valtioneuvosto.

Valkama, K. & Paavilainen, J. & Väihinpää, J. & Myllärniemi, J. 2009. Hatanpään sairaalan palvelujen tuotteistaminen. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 4/2009.

Väihinpää, J. & Paavilainen, J. & Myllärniemi, J. & Valkama, K. 2009. Potilasvirtojen hallinnan tehostaminen Hatanpään sairaalassa. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 3/2009.

WWW

Hakari, K. 2005. Tilaaja–tuottaja-malli Tampereella. [http://kirjastoseura.kaapeli.fi/admin/luennot/liite_551]

Helsinki School of Economics (HSE). 2009. Research Catalogue. [http://rescat.hkkk.fi/getprojd.asp?KIELI=1&nro=311] Viitattu 28.7.2009.

Herrala, K. 1999. NordDRG kysymyksiä ja vastauksia potilasryhmittelyä varten. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (EPSHP). [http://www.epshp.fi/norddrg/kysjavas.htm]. Viitattu 24.9.2008.

Kilpailuvirasto. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön laboratorioalaa tutkineiden selvitysmiesten raportti. [http://www.kilpailuvirasto.fi/cgi-bin/suomi.cgi?sivu=aloit-laus/a-2001-72-0990] Viitattu 18.2.2009.

Kokko, P. 2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin DRG-tuotteistus. DRG-käyttäjäpäivät 2008. [www.norddrg.fi/doc/16_kokko_petra.ppt] Viitattu 3.8.2009.

Kuntaliitto. 2005. DRG ja NordDRG.
[http://norddrg.kuntaliitto.fi/mikadrg.htm]. Viitattu 24.9.2008.

OECD. 2007. Annual Report.
[www.oecd.org/dataoecd/34/33/38528123.pdf]. Viitattu 24.9.2008.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP). 2008.
[http://www.pshp.fi]. Viitattu 10.11.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Ikääntymisen vaikutukset työmarkkinoilla.
[http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/romppanen/vaesto.htm]
Viitattu 26.7.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveydenhuolto Suomessa.
[http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/aa1104481950993/passthru.pdf]. Viitattu 14.11.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Tilaaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa.
[http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/paras/tt-malli.htx]. Viitattu 14.11.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Palvelujen menot ja rahoitus.
[http://www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot?textsize=4]
Viitattu 28.7.2009.

Tampereen kaupunki. 2008. Terveyspalvelut.
[http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa/]. Viitattu 10.11.2008

Tilastokeskus. 2006. Mitä lääkkeeksi väestötekijöiden kustannuspaineelle peruspalveluissa?
[http://www.tilastokeskus.fi/tup/kuntapuntari/kuntap_3_2006_peruspalvelut.html]
Viitattu 19.2.2009.

Vanhanen, M. 2005. Pääministeri Matti Vanhanen kunta- ja palvelurakennehankkeen alueseminaarissa Helsingissä. Valtioneuvoston viestintäyksikkö.
[http://www.valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/puheet/puhe/fi.jsp?oid=135551] Viitattu 29.11.2008.

LIITTEET

LIITE 1: Teemahaastattelurunko

Haastateltavan taustatiedot
nimi
asema organisaatiossa
kuinka kauan ollut organisaatiossa
erityisosaaminen
muut oleelliset taustatekijät

Tuotteistamisen nykytila organisaatiossa
Mikä on organisaation / yksikön tuotteistamisen nykytila?
Millaista ja miten tuotteistamista hyödynnetään? (laskelmat, laskutus, seuranta)
Miten tuotteistaminen suunniteltiin ja implementoitiin, jos käytössä?

TUOTTEISTAMISPROSESSI:

1. Organisaation toimintastrategian muodostaminen
Organisaation toimintamuoto ja toimintastrategia?
Organisaation asema terveydenhuoltoverkostossa?
Organisaation tavoiteprofiili?
Organisaation toimintastrategian kytkökset palvelutarjooman tuotteistamiseen?
Tarve terveydenhuollon / erikoissairaanhoidon / palvelujen tuotteistamiselle?

1.1 ja 1.2 Tuotteistamista ohjaavat ulkoiset ja sisäiset tekijät
Mitkä ovat markkinoiden asettamat reunaehdot?
Mitkä ovat ulkoiset ja sisäiset paineet palvelutarjooman tuotteistamiselle?
Mitkä sisäiset tekijät ohjaavat tuotteistamista?
Mitkä ulkoiset tekijät ohjaavat tuotteistamista?
Mitkä ovat tuotteistamisprosessin suunnittelussa keskeisimmät huomioonotettavat tekijät?
Miten henkilöstö suhtautuu tuotteistamiseen yksikössä / koko organisaatiossa?
Potilaiden tarpeet?

2.Tuotteiden muodostaminen
Kuvaile organisaation / yksikön toimintaa palveluprosessin syvällisemmäksi ymmärtämiseksi?
Millaisia ongelmallisuuksia ja haasteita liittyy tuotteiden tunnistamiseen ja muodostamiseen?
Miten ja millä tarkkuudella tuotteita muodostetaan nykyisin?
Miten ja millä tarkkuudella toimenpidetieto kerätään ja taltioidaan asiakaskohtaista (potilaskohtaista) tuotteistamista silmälläpitäen?
Miten organisaation tietojärjestelmät tukevat tuotteiden muodostamista ja tuotteistamista?

3. Tuotteiden hinnoittelu, vertailu ja riskien arviointi
Millainen on organisaationne nykyinen hinnasto?
Mihin hinnoittelu perustuu?
Millainen on mahdollinen sopimusohjaus? (tilaaja–tuottaja-menettely)
Miten tuotteistamista hyödynnetään hinnoittelussa?

Miten tuotteistaminen vaikuttaa hinnoittelun riskiin?
Miten tuotteistaminen ja tuotteiden muodostaminen vaikuttaa tuotteiden vertailukelpoisuuteen?

Tuotteistamisprosessin läpivienti ja onnistuminen
Mitkä ovat onnistuneen tuotteistamisprosessin keskeiset tekijät?
Millaista hyötyä koetaan saavutettavan palvelujen tuotteistamisella?
Millaisia keskeisiä haasteita liitetään tuotteistamiseen ja tuotteistamisprosessiin?

LIITE 2: Hatanpään sairaalan DRG-selvitystä täydentävät kysymykset

DRG:n taustaa
Mikä on käsityksenne Diagnosis Related Groups -potilasryhmittelystä?
Mitkä ovat mielestänne edellytykset DRG:n hyödyntämiseen toiminnassanne?
Miten näette, että DRG-tuotteistaminen soveltuisi sairaalanne / osastonne / erikoisalanne toimintaan? (Benchmarking: Vertailukohde vs. Hatanpää)

DRG:n käyttöönotto ja hyödyntäminen (jos käytössä)
Miten DRG:n käyttöönotto implementoitiin?
Millaisia haasteita DRG-tuotteistamisen käyttöönottoon liittyy?
Millaisia muutoksia / toimenpiteitä DRG-tuotteistamisen käyttöönottaminen vaatii?
- Millaisia muutoksia se vaatii lääkäreiden ja henkilöstön käytäntöihin?
- Millaisia muutoksia se vaatii tietojärjestelmien osalta?
- Millaisia muutoksia se vaatii kustannuslaskennan osalta?

Miten DRG:tä hyödynnetään toiminnassanne?

Kirjaaminen ja kustannuslaskenta
Miten ja missä vaiheessa DRG-ryhmät määritellään?
Miten tieto kerätään ja miten ryhmittely tapahtuu käytännössä? (millä ja milloin)
Miten tuotteiden painokertoimet määriteltiin?
Mihin DRG-tuotteiden hinnat perustuvat?

Muut DRG:hen liittyvät kysymykset
Ketkä ovat organisaatiossa ”DRG-vastuullisia”?
Millaisena koette SATU-hankkeen hyödyllisyyden?
Hyödynsittekö tuotteistamisen käyttöönotossa konsulttiyritystä?
Onko tietojärjestelmäsovelluksille useita tarjoajia?

LIITE 3: Luettelo varsinaisista tutkimushaastatteluista

TUTKIMUSHAASTATTELUT			
Ajankohta	**Organisaatio**	**Henkilö(t)**	**Toimenkuva**
3.11.2008	Hatanpään sairaala: Ortopedian vuodeosasto	Timo Järvelä Erja Mäkijärvi	Ylilääkäri Osaston hoitaja
6.11.2008	Hatanpään sairaala: Anestesia & Valvonta	Päivi Annila Marja Haapakoski	Ylilääkäri Apulaisylilääkäri
7.11.2008	Hatanpään sairaala: Leikkaustoiminta	Leena Sulanto	Osaston hoitaja
10.11.2008	Hantapään saitaala: Sisätautien vuodeosasto	Matti Nikkilä	Ylilääkäri
25.11.2008	Hatanpään sairaala: Kirurgia	Juha Tiainen Tuija Oinonen	Ylilääkäri Osaston hoitaja
25.11.2008	Hatanpään sairaala: Vuodeosastohoito	Paula Hakala	Vuodeosastohoidon päällikkö
2.12.2008	Hatanpään sairaala: Päiväkirurgia & Erikoispoliklinikka	Arto Ranta Maritta Harhala	Ylilääkäri Osaston hoitaja
23.1.2009	Hatanpään sairaala: Talousosasto	Tommi Lehtokangas	Taloussuunnittelija / Talousjohtajan sijainen
6.2.2009	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri / Tampereen yliopistollinen sairaala / SATU-hanke	Jaakko Herrala	Hallintoylilääkäri
23.2.2009	Finnish Consulting Group / NordDRG-keskus / SATU-hanke	Minna-Liisa Sjöblom	Kansallisen hankkeen Projektipäällikkö
5.3.2009	Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri / Kanta-Hämeen keskussairaala	Taimo Saarinen	Tietohallintojohtaja
16.3.2009	Hatanpään sairaala: Ylin johto	Juha Räsänen	Sairaalan johtaja

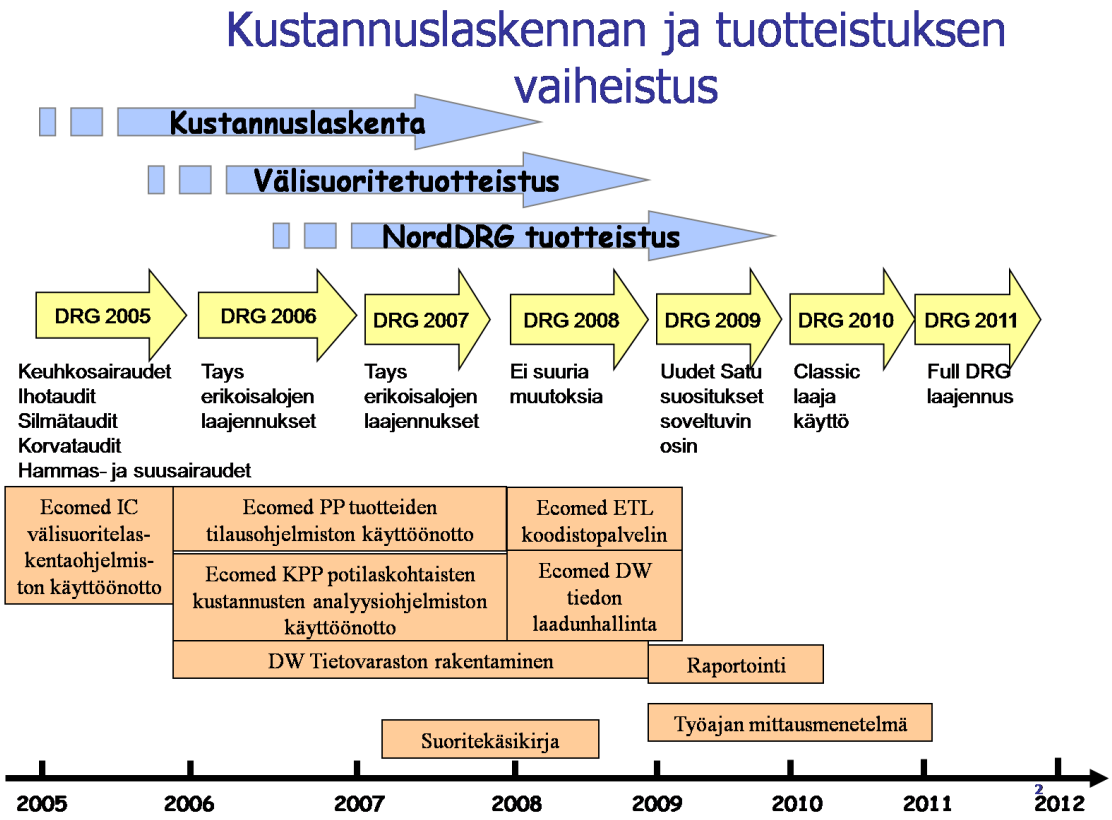
LIITE 4: Luettelo tutkimuskokonaisuuden muista tapaamisista

TUTKIMUSKOKONAISUUDEN MUUT TAPAAMISET	
Ajankohta	**Tapahtuma**
22.8.2008	Hatanpään sairaala: Tutkimuskokonaisuuden ohjausryhmän kokous
30.9.2008	Hatanpään sairaala: Tutkimuskokonaisuuden ohjausryhmän kokous
10.10.2008	Hatanpään sairaala: Tutkimuskokonaisuuden ohjausryhmän kokous
18.11.2008	Hatanpään sairaala: Tutkimuskokonaisuuden ohjausryhmän kokous
12.1.2009	Hatanpään sairaala: Väliraportin esittely
29.1.2009	Hatanpään sairaala: Tutkimuskokonaisuuden ohjausryhmän kokous
26.2.2009	Hatanpään sairaala: Tutkimuskokonaisuuden ohjausryhmän kokous
31.3.2009	Hatanpään sairaala: Loppuraportin esittely

LIITE 5: Luettelo kohdeorganisaation toimittamista lähdemateriaaleista

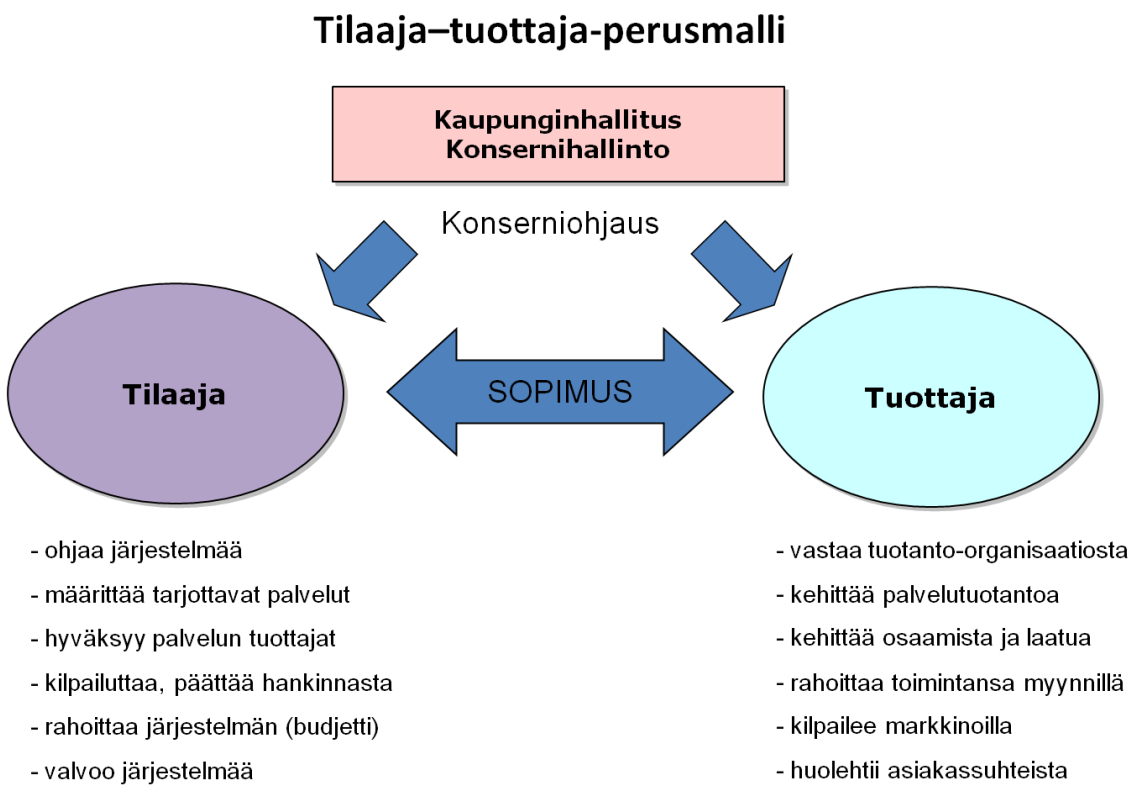
1. HASA:n taloudellisia tunnuslukuja vuosilta 2007–2009.
2. SATU-hankkeen materiaali.
3. HASA:n oman tuotteistamismallin periaatteet.
4. HASA:n oman tuotteistamismallin hinnoittelulaskelmia 2000-luvulta.
5. TAYS:in DRG-perusteinen hinnasto.

LIITE 6: Kuntalaskutuksen ja DRG-tuotteistuksen vaiheistus Pirkanmaan Sairaanhoitopiirissä



Kokko, P. 2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin DRG-tuotteistus.

LIITE 7: Tilaaja–tuottaja-perusmalli Tampereella



Hakari, K. 2005. Tilaaja–tuottaja-malli Tampereella.