

TEKNISTALOUDELLINEN TIEDEKUNTA

TUOTANTOTALOUDEN OSASTO

CS20A9000 Kandidaatintyö ja seminaari

Toimitusketjun johtaminen

Keskitetyn ja hajautetun järjestelmän soveltuvuus julkisissa palveluissa

Applicability of centralization and decentralization in public services

Kandidaatintyö

Arttu Heiskanen

Päivi Soikkeli

TIIVISTELMÄ

Tekijä: Arttu Heiskanen, Päivi Soikkeli

Työn nimi: Keskitetyn ja hajautetun järjestelmän soveltuvuus julkisissa palveluissa

Title: Applicability of centralization and decentralization in public services

Vuosi: 2012

Paikka: Lappeenranta

Kandidaatintyö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, tuotantotalous.

28 sivua, 4 kuvaa, 1 taulukko

Tarkastaja: tutkijatohtori Annastiina Kerkkänen

Hakusanat: keskitys, hajautus, palvelut, julkiset palvelut, sijoitus, terveydenhuolto

Keywords: centralization, decentralization, public service, placement, health care

Kandidaatintyö käsittelee toimitusketjun johtamisen, etenkin varastonohjauksen, teorioiden soveltamista julkisten palveluiden sijoituspäätöksissä. Työn tavoitteena on selvittää, mitä hyötyjä ja haittoja keskittämällä ja hajauttamalla on julkisten palveluiden saatavuuden kannalta. Palvelun määritelmää on pyritty selventämään tuomalla esille joitain palvelujen peruspiirteitä.

Sijoituspäätösten toimivuutta selvitettiin kahdella eri tapauksella, joissa palvelut on keskitetty tai hajautettu. Tapauksia tutkiessa huomattiin, että teoriapohjan avulla pystyy usein ennustamaan miten palvelun saatavuus muuttuu muutoksen jälkeen, mutta tulokset voivat vaihdella toimialakohtaisesti. Suosituksena olisi, että palvelustrategiaa kehittäessä toimet kannattaisi tehdä organisaation omien ehtojen mukaisesti räätälöiden palvelun toimittaminen käyttäjien mukaan.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	1
2	PALVELUT	3
2.1	Palvelun peruspiirteet	3
2.1.1	Saatavuus ja jakelutiet	4
2.1.2	Palveluiden sijoituspäätökset	5
2.2	Julkiset palvelut ja määritelmä	6
2.2.1	Lait ja asetukset	7
3	HANKINTOJEN JOHTAMINEN	8
3.1	Keskittäminen	8
3.2	Hajauttaminen	9
4	VARASTONOHJAUS	10
5	PALVELUIDEN SIOITTAMINEN JA KYSYNTÄ	11
5.1	Kysynnän ennustaminen	11
6	TERVEYDENHUOLLON SIOITUSPÄÄTÖKSET	13
6.1	Taustaa	13
6.2	Toimivuus	13
7	ESIMERKKITAPAUKSET	15
7.1	Terveyskioski	15
7.2	Lääkehuoltopalveluiden keskittäminen sairaala-apteekkiin	19
8	TULOKSET JA NIIDEN ARVIOINTI	23
8.1	Terveyskioski	23
8.2	Lääkehuoltopalveluiden keskittäminen sairaala-apteekkiin	24
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	26
	LÄHTEET	27

1 JOHDANTO

Tämä kandidaatinopinnäytetyö on tehty Lappeenrannan Teknillisen Yliopiston Tuotantotalouden osastolle. Työn aiheena on tarkastella toimitusketjun johtamisen keskittämisen ja hajauttamisen teorian soveltuvuutta julkisten palveluiden sijoitusten suhteen ja tutkia miten sijoituspäätökset vaikuttavat palvelun tehokkuuteen. Kirjoitelman tavoitteena on selvittää mitä hyötyjä ja haittoja keskittämällä ja hajauttamisella on. Työssä on keskitytty julkisen terveydenhuollon tarkasteluun, koska kuntien laajin toimiala on sosiaali- ja terveydenhuolto. Aihetta on pyritty selvittämään kirjallisuuden, tutkimusten ja ajankohtaisen tilastotiedon pohjalta.

Palveluita käsitellään lähinnä niiden toimittamisen kantilta. Laatuaspektiin ei paneuduta aktiivisesti. Palveluita ja julkisia palveluita ei ole ryhmitelty, koska ryhmittelytapoja on lukemattomia, ja ryhmittely ei ole oleellista työn kannalta. Palveluiden toimittamisella tarkoitetaan palveluiden tuotettavuutta ja saatavuutta.

Kevään 2012 toimitusketjun johtamisen kandidaatintöissä pääpaino on palveluiden tarkastelulla teknisestä näkökulmasta. Teoriapohjana on käytetty toimitusketjun johtamisen teorioita, tässä tapauksessa varastonohjauksen ja hankintojen johtamisen teorioita. Teoriat valittiin niin, että niiden sisältöä pystyttäisiin hyödyntämään esimerkkitapausten tarkastelussa. Vaikka palvelut ovat luonteeltaan aineettomia, eli niitä ei voi varastoida, on palveluiden toimittamista mahdollista tarkastella aineellisten hyödykkeiden toimittamiseen liittyvän teorian kannalta, eli tässä tapauksessa varastonohjauksen teorian kannalta. Usein tutkimuksissa on toimitusketjun kehittämistä käsitelty pääosin aloilla, jotka tuottavat jotain hyödykettä. Ei niinkään palveluiden toimittamisen kannalta. Tämän vuoksi avataan palvelua käsitteenä ja tarkastellaan mitä palvelu tarkoittaa.

Työn ulkopuolelle rajattiin aluepoliittiset päätökset. Aluepoliittiset ratkaisut vaikuttavat yritysten sijoittumiseen Suomessa yleensä hajautetusti, minkä seurauksena julkiset palvelut seuraavat teollisten yritysten keskittymiä; missä on ihmisiä, siellä tarvitaan palveluita. Palveluiden sijoittumisen vaikutusta itse palveluun suoraan liittymättömiin

asioihin, esimerkiksi palveluiden saatavuudesta johtuvaan muuttoliikkeeseen, ei myöskään käsitellä. Lopuksi tarkastellaan kahta rakenteeltaan muuttunutta palvelua teoriapohjan valossa: millaisia lopputuloksia palveluiden muutoksilla on saatu, ja miten hyvin muutoksen suunta on linjassa teorian kanssa.

2 PALVELUT

Palvelua on henkilökohtaisesta palvelusta palveluun tuotteena tai tarjoamana, eli mistä tahansa tuotteesta voidaan tehdä palvelu. (Iloranta 2008, s. 388–398; Grönroos 2009, s. 76–85) Palvelun määritelmiä on lukuisia. Seuraavaan kappaleeseen on koottu kirjallisuudesta palvelun piirteitä.

2.1 Palvelun peruspiirteet

Palvelut eivät ole konkreettisia asioita, vaan prosesseja. Ne ovat vaihtelevassa määrin aineettomia, eivätkä ne johda minkään omistukseen, mutta usein niihin liittyy jotain tavaraa. Palvelut tuotetaan ja kulutetaan lähes samanaikaisesti, jonka jälkeen ne lakkaavat olemasta. Palvelua ei voida kuljettaa, siirtää, säilöä, varastoida tai palauttaa. Tämän vuoksi kysynnän ja tarjonnan yhteensovittaminen on vaikeaa, ja asiakkaalle odottaminen voi olla välttämätöntä. (Ylikoski 1999, s. 17-26; Grönroos 2009, s. 76-85)

Palvelun ideana on, että joku tekee jotakin asiakkaan puolesta. Asiakas osallistuu palvelun tuotantoprosessiin kanssatoimittajana kertomalla tarpeensa, ja näin vaikuttaa palvelun lopputulokseen. Asiakkaalle siirtyy palvelussa jotain, jota hän ei voi koskettaa. Asiakkaan on vaikea tietää etukäteen mitä hän saa, koska aineeton palvelu syntyy vasta kun asiakas käyttää sitä. Palvelu voidaan myös räätälöidä asiakkaan tarpeisiin sopivaksi. Esimerkkinä tästä ovat terveydenhoitopalvelut, joissa tämä on välttämätöntä palvelun onnistumisen kannalta. (Ylikoski 1999, s. 17-26; Grönroos 2009, s. 76-85)

Palvelun luonteen vuoksi laadunvalvontaa ja markkinointia on vaikea toteuttaa perinteisin keinoin. Palvelussa ei yleensä ole ennalta tuotettua laatua, jota voisi valvoa ennen palvelun myyntiä ja kulutusta. Suurin osa palvelun tuotantoprosessista on näkymätöntä, siksi asiakas ei voi kiinnittää huomionsa kuin tuotantoprosessin näkyvään osaan. Muista osista asiakas kokee vain lopputuloksen. Tämän vuoksi laadunvalvonnan ja markkinoinnin on tapahduttava samaan aikaan ja samassa paikassa kuin palvelu tuotetaan ja kulutetaan. Palveluprosessissa on myös hankala säilyttää johdonmukaisuus, koska asiakkaan saama palvelu ei ole koskaan sama kuin seuraavan asiakkaan kokema palvelu. (Grönroos 2009, s. 76–85)

Palveluja voisi kuvata vuokrasuhteeksi, eli asiakas vuokraa palvelun toimittajan kapasiteettia käyttöönsä määräajaksi. Sosiaalisissa prosesseissa huono laatu tulee hyvää laatua enemmän esille. Tapahtuneen palvelun arvioiminen on hankalaa, ellei siitä ole täsmällistä dokumentaatiota. Maineella on suuri merkitys palvelun toimittajan menestykselle. Jos asiakas ei voi testata palvelua etukäteen, on vanhojen asiakkaiden suosituksilla merkityksensä. Tämän takia asiakassuhteiden pitkäjänteinen hoitaminen on erittäin tärkeää palvelutoiminnassa. (Lehtonen 2004, s.185–190)

Asiakkaalle tarjottavia näkymättömiä palveluja ovat passiivisen käsittelytapansa vuoksi monet hallinnolliset palvelut, kuten laskutus ja valitusten käsittely. Ne hoidetaan yleensä niin, ettei niitä mielletä palveluiksi vaan ongelmiksi. Näkymättömiä palveluita kehittämällä saavutetaan kilpailuetumahdollisuuksia. (Grönroos 2009, s. 76–85)

2.1.1 Saatavuus ja jakelutiet

Palvelun saamisen edellytyksenä voi olla, että asiakkaan on tultava paikanpäälle saamaan palvelua. Jotta tällainen palvelu olisi asiakkaalle mahdollisimman helppoa, palvelupisteet hajautetaan alueellisesti sinne, missä suurin osa asiakkaista tavoittaa ne vaivattomasti. Jos taas asiakkaan ei tarvitse tulla paikalle, palvelu voidaan välittää asiakkaalle esimerkiksi sähköisesti. Sähköiset jakelutiet tarjoavat mahdollisuuksia uusien palveluiden kehittämiseksi ja niiden uudentulolle saatavuudelle. (Ylikoski 1999, s. 17–26)

Internetin tai online-palveluiden käyttö säästää asiakkaan aikaa ja vähentää palvelun toimittajan paikkasidonaisuutta. Sähköiset jakelutiet mahdollistavat palvelun mukauttamisen asiakkaan tarpeisiin, koska asiakas voi itse vaikuttaa käyttämänsä palvelun sisältöön sekä milloin käyttää palvelua. Yksi sähköisen jakelutien käytön ongelma on asiakkaan osaaminen, siksi kaikkia ei voida tätä kautta palvella. Jakelutietä valitessa on mietittävä missä määrin sähköistä jakelutietä voidaan tietyille asiakassegmenteille käyttää. Tämän vuoksi onkin hyvä käyttää useampia jakeluteitä yhtä aikaa. Tällaisten ratkaisujen merkitys on joillekin toimialoilla tärkeä, ja niillä voidaan tyydyttää paremmin eri asiakassegmenttien tarpeita ja vahvistaa kilpailuasemaa. (Ylikoski 1999, s. 271–280)

2.1.2 Palveluiden sijoituspäätökset

Palveluorganisaation sijainnilla tarkoitetaan paikkaa, jossa palvelun toimittajan toimitilat ovat. Palvelusta riippuu, onko palvelun saatavuuden kannalta olennaista, että toimittaja sijaitsee lähellä asiakasta, vai onko sijaintipaikka asiakkaan kannalta yhdentekevä. Sijaintiratkaisut ovat tärkeitä, kun asiakas tulee palvelun toimittajan luo. Palvelun toimittaja saattaa kustannussyistä pyrkiä vähentämään asiakkaan tarvetta tulla paikanpäälle saamaan palvelua. Tällä tavoin voidaan helpottaa asiakkaalle palvelun käyttöä. (Ylikoski 1999, s. 271–280)

Tietyissä palveluissa samantyyppisten palveluiden kannattaa keskittyä alueellisesti sinne missä pääasialliset asiakkaat liikkuvat, kuten kaupungin keskustat tai kauppakeskukset. Palveluiden sijoittuessa lähekkäin ne vahvistavat toisiaan, koska ne vetävät yhdessä puoleensa suuremman joukon asiakkaita. Toisaalta tällä tavoin toimittaessa organisaatiot saattavat syödä toistensa kysyntää. Palvelun saatavuutta parantaa sijoittuminen lähelle asiakkaita, sinne missä suuri osa potentiaalisesta kysynnästä on. Liikepaikkojen niukkuus saattaa johtaa huonoon sijaintiin. Palvelun toimittajan sijainnilla ei ole merkitystä kun palvelu toimitetaan asiakkaille sähköisten kanavien avulla. Sijainnilla ei ole myöskään niin suurta merkitystä niissä palveluissa, jotka suoritetaan asiakkaan luona. Rajoittavana tekijänä tässä tapauksessa on palveluntoimittajan toiminta-alue, eli miten kauas toimittaja on valmis matkustamaan. (Ylikoski 1999, s. 271–280)

Paikkasidonaisuutta seuraa joukko rajoitteita. Useimmat asiakaspalvelupisteet tarvitsevat riittävän suurta ja tiheää väestöpohjaa. Tämän vuoksi monipuolisen palvelutalouden aikaansaaminen haja-asutusalueilla ei ole mahdollista. Volyymituotantoetu ei välttämättä toimi palvelualoilla. On myös otettava huomioon paikalliset erikoispiirteet, kieli, kulttuuri ja tavat. Paikkaan liittyviä rajoitteita voidaan minimoida esimerkiksi etäläsnäolon avulla. Esimerkiksi etälääkäri voi tutkia potilasta videokuvien avulla, jolloin lisätutkimukset erikoislääkärin luona voidaan suorittaa samanaikaisesti kun potilasta tutkitaan terveyskeskuksessa. (Lehtonen 2004, s.185–190; Ylikoski 1999, s. 28–32)

Sijoituspaikka kannattaa valita siten, että palvelu voidaan tuottaa ja kuljettaa asiakkaalle mahdollisimman edullisesti, koska kustannuksissa on alueellisia eroja. Työvoimaisilla aloilla, jossa työvoiman koulutusvaatimukset ovat alhaiset, toiminta pyritään siirtämään kaupunkialueilta edullisemman työvoiman alueille. Sijaintiperusteeksi on nousemassa osaavan työvoiman saanti, hyvät liikenneyhteydet sekä laadulliset sijaintitekijät, kuten kasvukeskussijainti. (Kauppa- ja teollisuusministeriö 2004, s.17–33)

2.2 Julkiset palvelut ja määritelmä

Julkiset, verovaroin tuotettavat kunnalliset palvelut ovat hyvinvointiyhteiskunnan keskeinen tunnusmerkki. Julkisia palveluita rahoitetaan myös käyttäjämaksuin, mutta niiden tarkoituksena ei ole tuottaa voittoa. Julkisten palveluiden olennainen piirre on niiden pakollisuus, jotka voivat olla julkisen vallan tai kansalaisjärjestöjen tuottamia. Järjestämis- ja tuottamisvastuu on julkisella vallalla, jos yksityistä palvelua ei synny. Osa julkisista palveluista on yhteiskuntapoliittisista syistä pidettävä julkisen sektorin tuottamana, kuten perusopetus. Taloudellisena tosiasiana pidetään sitä, että yleensä palveluiden suurtuotanto on kustannustehokasta. Ei ole osoitettu, ettei tämä pidä paikkaansa myös koulutuksessa, terveydenhuollossa tai kuntien ylläpitämässä teknisen toimen toiminnoissa. (Arajärvi 2003, s. 64–67)

Julkinen sektori joutuu mukaan kilpailuun kun palveluja yksityistetään, lakisääteisestä sääntelystä ja monopoleista luovutaan ja kun palvelun käyttäjiltä aletaan periä palvelumaksuja aiemmin ilmaisista palveluista. Julkisella sektorilla asiakkaan määrittäminen on hankalaa, asiakkaana voi olla kuntalaiset tai Suomen asukkaat. Julkisen sektorin erityispiirteet tekevät asiakaskeskeisyyden omaksumisen hankalaksi. Tavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttamisen mittaaminen on palveluiden aineettomuuden vuoksi ongelmallista. (Ylikoski, T., 1999, s. 70–73)

Julkinen sektori rahoittaa ja suorittaa suuren osan opetus-, hoiva-, kulttuuri- ja infrastruktuuripalveluista. Nämä toimivat suojatussa ympäristössä, josta seuraa vähäiset kilpailupaineet toiminnan kehittämiseksi. On arvioitu, että jopa 20 % terveydenhuollon kustannuksista Suomessa johtuisi huonosti suunnitelluista prosesseista. (Lehtonen 2004, s.185–190)

Kuluttaja maksaa veroja, mutta palvelun suorittaja ei ole hänestä tai hänen tyytyväisyydestään suoraan riippuvainen, eli kuluttaja ja suorittaja eivät ole keskenään vaihdantasuhteessa. Kyseessä on epäsymmetrinen valtasuhde, joten laaturvirheitä syntyy. (Lehtonen 2004, s.185–190)

2.2.1 Lait ja asetukset

Suomen lain mukaan perusterveydenhuolto tarkoittaa kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairanhoidossa. Kuntien on käytettävä riittävä osuus valtion tuesta terveydenhuollon palveluihin niin, jotta terveydenhuollon ammattilaisia on tarpeeksi ja riittävän monelta alalta väestöön suhteutettuna. Väestön rakenne ja lukumäärä lasketaan joko kunnan, tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueelta. Terveydenhuollon palveluiden tulee olla saatavilla yhdenvertaisesti kaikille asiakkaille ja niiden täytyy sijaita lähellä asukkaita, paitsi jos palvelut on perusteltua keskittää hoidon laadun takaamiseksi. Lukuun ottamatta kiireellistä hoitoa tarvitsevia tilanteita, tulisi terveydenhuoltopalveluita käyttää oman kunnan hoitopisteissä. Jos henkilö kuitenkin asuu pidempään tai säännöllisesti kotikunnan ulkopuolella, voi hän käyttää asuinkunnan terveydenhoitopalveluja. Kiireellistä hoitoa varten on kunnan järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys päivystyspisteissä ottaen huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve. (Terveydenhuoltolaki 2010)

Hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan ensimmäisestä yhteydenotosta. Erikoissairanhoidon puolella arviointi on aloitettava viimeistään kolmannella viikolla lähetteen saapumisesta. Hoidon on alettava kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista, tai viimeistään puolen vuoden sisällä, jos hoitoa voidaan lykätä niin, ettei potilaan terveys vaarannu. Jos kunta ei pysty vastaamaan hoitoon pääsyn määräaikoihin, on sen hankittava palvelut kunnallisen terveydenhuollon ulkopuolelta. (Terveydenhuoltolaki 2010)

3 HANKINTOJEN JOHTAMINEN

Organisaatiosta riippuen hankintojen täydellinen keskittäminen tai hajauttaminen voi olla paras ratkaisu, mutta käytännössä ääriratkaisut ovat harvoin hyviä toimintatapoja. Useimmiten parhaiten toimii hajakeskitetty hankintaorganisaatio, jossa osa asioista hoidetaan keskitetysti ja osa hajautetusti. Osto-osastot ovat toimineet pitkään täysin keskitetysti. Ne hoitivat kaikki hankinnat itsenäisesti, joskus organisaation ja tarvitsijan etua omavaltaisesti tulkiten. Nykyään trendinä on ollut hajauttaa keskitetyt ostoorganisaatiot itsenäisiin ja kevyisiin tulosyksiköihin muiden toimintojen mukana lähelle käyttäjiä. Näin voidaan ottaa huomioon paremmin käyttäjien tarpeet. (Iloranta 2008, s. 158–162)

3.1 Keskittäminen

Hankintaorganisaation volyymien keskittäminen tuo hankintaan skaalaetua ja neuvotteluvoimaa. Hankintoja on myös mahdollista standardoida laajemmin. Etuna on myös, että voidaan saavuttaa yhteiset edulliset ostohinnat. Näin hankintaorganisaatio on myös tehokkaampi ja kustannuksiltaan pienempi sekä henkilöstön keskittymisen myötä erikoistuminen tulee mahdolliseksi, koulutuksen merkitys lisääntyy ja osaaminen kumuloituu. Keskittämisen seurauksena hankintaorganisaatio on tiiviimpi ja sitä on helpompi johtaa, mitata ja palkita. Myös pääomakulujen ja varastojen hallittavuus helpottuu. (Iloranta 2008, s. 160 [Koski 2007])

Hankintojen keskittämistä kannattaa harkita silloin, kun yksiköillä on paljon yhteisiä tarpeita, tai yksiköt sijaitsevat maantieteellisesti lähekkäin ja niiden välillä on hyvät kulkuyhteydet. Myös kun toimittajilla on vahva neuvotteluasema volyymi- ja skaalaeduilla on suuri merkitys. Keskittämistä tulisi miettiä myös, kun hankinta vaatii paljon erityistä osaamista, jonka hajauttaminen uusiin yksiköihin aiheuttaa turhaa päällekkäisyyttä sekä kun hintaherkkyys ja hintavaihtelut ovat suuria, ja niiden hallinta vaatii tiivistä markkinoiden seurantaa, jota ei kannata hajauttaa useisiin yksiköihin. (Iloranta 2008, s. 161; van Weele 2002, s.245–246)

Yksi keskitetyn organisointitavan sovellus on hankintapalveluyksikön muodostaminen organisaation eri yksiköiden yhteiseksi hankintaelimeksi. Tämä koetaan enemmän yhteisenä ja vähemmän byrokraattisena kuin keskushallintoon sitoutuneen keskitetyn hankintaorganisaation. (Iloranta 2008, s. 158–162)

3.2 Hajauttaminen

Hankintaorganisaation hajauttamisen etuina on, että se mahdollistaa rajoituksettoman päätöksenteon liiketoiminnan ehdoilla, mistä seuraa suora tulosvastuu. Hajautetussa järjestelmässä toimittajat ja tavaroiden tai palveluiden paikalliset käyttäjät ovat välittömässä yhteydessä toisiinsa sekä toimittajat pystytään hyödyntämään paremmin tuotekehityksessä. Ostoon osallistuvien tehtävät ovat laaja-alaiset, raportointi on yksinkertaista sekä byrokraatia ja koordinoinnin tarve vähenevät. Suurissa organisaatioissa kustannussäästöjä on saatu hajallaan olevien hankintoja koordinoinnilla käyttäen uudenlaisia joustavia yhteistyömuotoja eri yksiköiden välillä, eli käytännön asiat hoidetaan hajautetusti. (Iloranta 2008, s. 158–162)

Hajauttamisen haittoina taas ovat: Ostovolyymit sirpaloituvat ja neuvotteluvoima menetetään. Sopimukset, hinnat ja ehdot ovat erilaisia eri yksiköissä. Osaamisen kehittäminen on vaikeaa. Hankintojen kokonaiskustannukset konserni- tai yritystasolla on vaikea hahmottaa. Hankinnan pääpaino on vaikeampi hyödyntää. Hankintojen hajauttamisen varjopuolena voi olla myös taloudelliset tappiot tai muut haitat. Nämä syntyvät, kun suuremmissa organisaatioissa yksiköt tarvitsevat samanlaisia tavaroita ja palveluita, eikä näiden ostaminen pienissä erissä eri toimittajilta ja eri hinnoin ei tuota toivottua etua. (Iloranta 2008, s. 158–162)

Hankintojen hajauttamista olisi syytä harkita, kun asiakkaalla on suuri vaikutus yrityksen hankintapäätöksiin tai yksiköiden tarpeet ovat keskenään hyvin erilaiset. Hajauttamista kannattaa miettiä myös, kun yksiköt ovat suhteellisesti suuria ja niillä on neuvotteluvoimaa erillisinäkin, sekä kun hankintatehtävät ovat yksinkertaisia, tai toimittajamarkkinoiden hinta- ja kustannuskehitys ovat suhteellisen stabiileja. (Iloranta 2008, s. 161; van Weele 2002, s.245–246)

4 VARASTONOHJAUS

Keskitetyn tai hajautetun mallin valintaan vaikuttavat itse jakelutoiminnan karakteristiikat ja kysynnän vaatimukset. Sekä keskusvaraston että paikallisten varastojen pito on kannattavaa kun kysyntä on vaihtelevaa. Kun kysyntä on erittäin epätasaista, tuotteen hinta on korkea, sen siirtokustannukset ovat korkeat ja jakeluverkko on laaja, kannattaa tuotetta pitää keskusvarastossa. Jos kysyntä on tasaista ja jakeluverkko pieni, kalliitakin tuotteita saattaa kannattaa pitää hajautetuissa varastoissa. Halvat ja suuren, tasaisen kysynnän tuotteet pidetään hajautetuissa varastoissa. (De Leeuw 1999, s. 102–104)

Varmuusvarastoa voidaan pitää yhdessä varastossa keskitetysti, tai monessa paikassa lähellä loppuasiakasta. Keskitettyyn varastoon kohdistuu kysyntä koko toiminta-alueelta, kun taas hajautetussa systeemissä kysyntä kohdistuu jokaiseen varastoon erikseen. Hajautetuilla varastoilla on usein oma valuma-alueensa. (Caron et al. 1996. s. 233–238)

Suuri varastojen lukumäärä puoltaa keskitettyä varastointimallia. Koska kysyntä kohdistuu yhteen varastoon suurelta alalta, on todennäköisempää, että eri alueiden toisistaan riippumattomat kysynät tasapainottavat toisiaan. Jos taas eri alueiden kysynät vastaavat toisiaan suuresti, ei keskittämisestä ole hyötyä, jolloin tuotteet kannattaa sijoittaa hajautetusti. Näin varastoitava materiaali on samalla lähempänä loppuasiakasta. Jos suuri osa loppuasiakkaista on lähellä keskusvaraston sijaintia, on kannattavaa pitää pelkästään keskusvarastoa (Caron et al. 1996. s. 233–238)

5 PALVELUIDEN SIOITTAMINEN JA KYSYNTÄ

Keskittäminen tarkoittaa yritysten tai organisaatioiden hankintojen tai toimintojen yhdistämistä. Keskittämisen hyötyinä ovat usein yhteistyön tuomat synergiaedut. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 15)

Keskittämisen haittoja ovat muun muassa ruuhkautuminen, maan, kiinteistöjen, asuntojen ja työvoiman korkea hinta. Keskittymisen edut ovat Suomessa haittoja suuremmat. Kaupunkialueella eri toimijat ovat lähekkäin, jolloin liikkumis-, kommunikaatio- ja kuljetuskustannukset ovat alhaiset. Esimerkiksi asiantuntijapalveluiden käyttö edellyttää yleensä henkilökohtaisia kontakteja palvelun toimittajan ja käyttäjän välillä. Vaikka uusi tieto- ja tietoliikenneteknologia mahdollistaa asiantuntijapalvelut kaukaakin, todellisuudessa ”face to face” kontaktien tarve on lisääntynyt. Keskittäminen mahdollistaa keskittymisen toiminnan ydinalueisiin ja näin aiemmin itse tuotettujen palveluiden ulkoistamiseen. (Kauppa- ja teollisuusministeriö 2004, s.17–33)

Palvelutyöpaikkoja voi syntyä suhteellisesti sitä enemmän, mitä enemmän on palveltavia ihmisiä. Yhä enemmän on toimintoja, joissa fyysisen läheisyyden merkitys korostuu. On kahdenlaista ajattelua tietoyhteiskunnasta. Se mahdollistaa monien toimintojen sijoittumisen vapaammin, kun taas kasvavat alat usein edellyttävät toimintojen fyysisistä läheisyyttä. (Kauppa- ja teollisuusministeriö 2004, s.17–33)

5.1 Kysynnän ennustaminen

Aineettomuudesta seuraa suoraan, ettei palvelualoilla ole varastojen ja varastoihin sitoutuneen pääoman hallinnan ongelmaa. Palvelualoilla olennaista on kapasiteetin hallinta. Koska kysyntähuippuihin ei voida varautua varastoilla, on kapasiteettia oltava riittävästi, muttei liikaa, jolloin vältetään turhat kustannukset. Monilla palvelualoilla on tärkeää vaikuttaa kysyntään (jos vain on mahdollista, esimerkiksi happy hour), koska kysynnän vaihtelu saattaa olla erittäin suurta. (Lehtonen 2004, s.185–190)

Kysynnän ennustaminen alkaa tunnistamalla kysyntään vaikuttavat seikat. Arvioinnissa on otettava huomioon objektiiviset ja subjektiiviset tekijät. Kysyntää voi ennustaa kvantitatiivisesti aiemmasta kysynnästä saadun datan avulla, mutta pitää ottaa huomioon myös henkilöstön mielipiteet, sillä heillä on ensikäden tietoa mitä sillä hetkellä tapahtuu: tietoa, jota ei ole saatavilla ennustamistyökaluissa. Asioita joita tulee ottaa huomioon kysynnän ennustamisessa, ovat muun muassa kysyntähistoria, tuotteen täydennysaika, suunniteltu markkinointi, yleinen taloustilanne, mahdolliset hinnanalennukset ja kilpailijoiden toiminnot. (Chopra 2010, s. 200–201)

Kysynnän arviointi mahdollisimman tarkkaan parantaa palvelun kannattavuutta ja asiakastytyvääisyyttä. Yliarviointi aiheuttaa resurssien hukkaa ja aliarviointi taas palvelun ruuhkautumista. Kannattavuuden vuoksi resurssit pyritään optimoimaan mahdollisimman pieniksi siten, että tavanomaiseen kysynnän vaihteluun pystytään vastaamaan. Kysynnän vaihtelun tarkastelu on kriittisin ennustamisen vaihe. Satunnaisvaihtelu täytyy pystyä erottamaan trendeistä ja kausivaihteluista, jotta pystyttäisiin hahmottamaan kysynnän kehitys. (Chopra 2010, s. 200–201)

Kysynnän vaihtelu vaikuttaa kysynnän ennustamiseen. Se voidaan jakaa stabiiliin tai dynaamiseen vaihteluun. Stabiilissa vaihtelussa kysyntä pysyy vakaana, joten kysyntää on helpompi ennustaa. Dynaaminen kysyntä vaihtelee ajoittain, jolle on neljä syytä trendi-, kausi-, satunnais- sekä syklinen vaihtelu. Trendivaihtelussa kysyntä vaihtelee lineaarisesti, se voi olla nousevaa, laskevaa geometrinen tai eksponentiaalinen. Kausivaihtelussa kysyntä muuttuu vuodenajan mukaan tai jopa päivittäisesti, johtuen säästä, lomakausista tai muista tapahtumista jota tapahtuu sesonkiluonteisesti. Satunnaisvaihtelua syntyy, kun moni tekijä vaikuttaa kysyntää vaihtelevasti. Vaihtelu voi olla suurta tai pientä, mutta sen eroavaisuudet voidaan mitata ja käyttää hyväksi kysynnän ennustamiseen. Syklinen vaihtelu tapahtuu usean vuoden tai vuosikymmenen välein taloudellisen tilanteen vaikuttaessa kysyntään. (Arnold 2008, s. 216–221)

6 TERVEYDENHUOLLON SIOITUSPÄÄTÖKSET

Pentti Arajärven mukaan terveydenhuollossa yksikkökokoja tulisi suurentaa, koska yksittäisten lääkäreiden terveyskeskukset eivät voi toimia tehokkaasti. Se myös asettaa kohtuuttomia rasioita päivystyksen ylläpitämiseen. (Arajärvi 2003, s. 64–67)

6.1 Taustaa

Terveydenhuollossa saatavuudella tarkoitetaan asiakkaan ja palvelupisteen välistä välimatkaa ja aikaa hoitoon pääsyyn. Koska julkisen terveydenhuollon on tarjottava apua kaikille, jotka sitä tarvitsevat, täytyy ylikysynnän vallitessa tiukennettava hoitoon pääsyn kynnyksarvoa, tai pistämällä potilaat hoitojonoon. Suomessa hoitoon pääsy ei ole yhtäläinen koko väestölle maantieteellisen väestöjakauman takia. Jonotusajat voivat olla hyvinkin pitkiä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lokakuun 2011 tutkimuksen mukaan lähes 60 % potilaista odottaa lääkärille pääsyä 2-4 viikkoa, ja 20 % yli neljä viikkoa. Hoitajan vastaanotolle odotusaika on alueesta riippumatta lyhyempi. Valtaosassa hoitajalle pääsee lain velvoittamana kolmen päivän sisällä. Alueelliset erot hoitoon pääsyyssä ovat erittäin suuria. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011; Lillrank 2010, s. 70–73)

Palveluilla, joilla palvelupisteen sijainti on vakio, on valuma-alue. Palvelu saa valuma-alueen sisältä asiakkaansa. Perusterveydenhuollossa valuma-alueen määrittää kunnan tai kuntayhtymän raja. Valuma-alueen sisällä kysynnän määrä ja laatu voidaan ennustaa yleensä varsin hyvin. Mitä suurempi alue, sitä tarkempi ennuste voidaan tehdä. (Lillrank 2010, s. 65; Lillrank 2010, s. 67 [Malmström 2008]; Terveydenhuoltolaki 2010)

6.2 Toimivuus

Koska julkisissa palveluissa käyttäjät maksavat vain murto-osan tuotantokustannuksista, on kysynnän suhde tarjontaan täysin erilainen kuin käyttäjän kokonaan itse maksavissa palveluissa. Terveydenhuollon puolella potilaan on vieläpä hankala itse arvioida hyödyllisyyttä, jolloin heidän päätöksensä terveydenhuollon palveluiden käytöstä voi johtaa yli- tai alikysyntään. Äärimmäisessä tapauksessa, jotkut käyttäisivät palveluita, vaikkei palveluntoimittajan kustannuksiin verrattuna vastaava hyöty olisi merkittävä.

Kun toiset taas eivät suostu hoidettavaksi, vaikka tilanne sitä vaatisi. Ylikysynnän välttämiseksi on julkisessa terveydenhuollossa käytössä ns. portinvartijamalli, jossa kiireellistä hoitoa lukuun ottamatta potilas ohjataan aina halvimman resurssin luo, josta tarpeen vaatiessa saa lähetteen seuraavalle tasolle. Eli potilaat ohjataan ensin yleislääkärille tai sairaanhoitajalle, joka laittaa tarvittaessa lääkärielle, josta taas tarvittaessa saa lähetteen erikoislääkärille. (Lillrank 2010, s. 33–37)

Keskittämisen hyötyjä sairaanhoidossa voivat tuoda taloudelliset ja laadulliset mittakaavaedut. Terveyskeskuksissa ja sairaaloissa on kiinteitä kustannuksia, kuten missä tahansa kiinteän pisteen palveluyksikössä. Kiinteitä kustannuksia ovat mm. kiinteistön vuokra, ylläpito, pakolliset tarvikkeet ja laitteet, ja jossain määrin pakollinen minimihenkilökunta riippuen palveluyksikön tarkoituksesta (esim. päivystävän lääkärin palkkio voidaan lukea kiinteäksi kustannukseksi, sillä siihen ei vaikuta käyttöaste). Keskittäminen on mielekästä kun kysyntä vaihtelee suuresti. Jos vaikka kahden yksikön palvelut keskitetään yhteen, voi yksiköiden entisten erillisten valuma-alueiden kysynnän muutokset muodostaa yhdessä tasaisemman kysynnän keskitettyyn yksikköön. Tällöin on helpompi arvioida tarvittavaa kapasiteettia, joka johtaa kustannussäästöihin. Terveysdenhuollossa kiinteiden kustannusten säästöt ovat tosin kyseenalaisia kustannusrakenteen painottuessa vahvasti henkilöstön palkkioihin: n. 80 % kustannuksista on henkilöstökustannuksia. Henkilöstöä ei nimittäin irtisanota keskittämisissä. (Lillrank 2010 s. 135)

7 ESIMERKKITAPAUKSET

Seuraavissa kappaleissa paneudutaan kahteen tapaukseen, joissa julkisia palveluita on keskitetty tai hajautettu. Terveyskioskin tapaus on esimerkki hajautetusta palvelusta ja sairaala-apteekki keskitetystä. Selvitämme mitä hyötyjä ja haittoja toiminnoista on seurannut.

7.1 Terveyskioski

Ylöjärven terveyskioski kuuluu Suomen itsenäisyyden juhlarahaston, Sitran, kuntaohjelmaan, jonka tarkoituksena on uudistaa kuntien palvelurakenteita, vahvistaa asiakaslähtöisyyttä ja lisätä kuntalaisten valinnan- ja vaikutusmahdollisuuksia. Terveyskioskiin on otettu mallia Yhdysvalloissa yleistyneestä Retail Clinicistä. Nämä palvelupisteet sijaitsevat ostoskeskuksissa. Palveluvalikoima on kapea terveydenhuollollisesti, jonka ansiosta palvelu on nopeaa, ja hinnat edulliset muihin terveydenhoitolaitoksiin verrattuna. Suomen terveyskioskien suurin ero Yhdysvaltalaiseen roolimallinsa nähden on se, että kun Yhdysvalloissa käyttäjät maksavat palvelusta, on se Suomessa liitetty kunnalliseen terveydenhoitoon. (Sitra 2010)

Terveyskioskien ajatuksena on madaltaa kynnystä hakeutua terveydenhuollon piiriin ja vähentää terveyskeskusten kuormaa terveydenhuollossa. Näin terveyspalveluiden saatavuus paranee ja asiakastyytyväisyys kasvaa. Niiden palveluvalikoimaan kuuluu rajatut, mutta yleisimmät sairaanhoitajan tekemät toimenpiteet sekä neuvontaa. Terveyskioskeissa on myös järjestetty erilaisia terveyteen liittyviä teemapäiviä. Teemapäivien aiheita ovat olleet esim. hammashoito, fysioterapia, ravitsemus, liikunta, sydänterveys ja savuttomuus. Yleisimpiä käynnin syitä ovat erilaiset mittaukset, kuten verenpaine, sokeriarvot ja kolesteroli. Muita vastaanotolla tehtäviä toimenpiteitä ovat mm. rokotukset, haavan sidonta, ompeleiden poisto ja korvahuuhtelu. Palveluvalikoimaan ei kuulu sairauksien diagnosointi tai niiden hoito, vaan toiminta on lähinnä ennaltaehkäisevää ja neuvontaan painottuvaa. Vaativampaa hoitoa tarvitsevat asiakkaat ohjataan terveyskeskuksiin. (Ovaskainen 2010; Sitra 2010)

Terveyskioskit on sijoitettu suurten asiakasvirtojen keskuuteen, kuten kauppakeskuksiin. Kioskeissa on helppo pistäytyä, koska ne ovat keskeisillä paikoilla, ajanvarausta ei tarvita ja ovat auki toimistoaikojen ulkopuolella arkipäivinä. Ensimmäisen kioskin auetessa Ylöjärvellä aukioloaika oli pidempi, mutta kokemusten perusteella todettiin, että valtaosa käynneistä keskittyi aamupäivälle. Kioskien pieni määrällinen henkilökunta tekee palvelusta myös asiakaslähtöisemmän vaikutelman kun palvelussa ei näy ympärillä suurta koneistoa, vaan palvelupisteenä on yksi huone, kioski. Hoitajilta voi kysyä neuvoja pienimpiinkin ongelmiin, joiden takia ei terveyskeskukseen viitsisi mennä. Toisaalta liian alhainen kynnyksen hakeutua hoitoon lisää kysyntää, eikä silloin kioskin ajatus korvata osa terveyskeskuspalveluista enää toimi. Terveyskeskusten pitäisi lain mukaan olla edistämässä terveyttä ja hyvinvointia. Ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon on kuitenkin vähenemässä määrin käytettäviä resursseja sairauksien hoidon viedessä potentiaalin. (Sitra 2010)

Ylöjärven terveyskioskin toimintaa seurattiin aikavälillä 1.6.2009–31.5.2011. Seurantajakson aikana kävijämäärä pysyi korkeana ja osa asiakkaista on vakituksia. Asiakaskyselyihin vastanneista 75 % oli käynyt terveyskioskissa ainakin kolme kertaa. Kyselyn perusteella voidaan todeta että osa terveyskioskikäynneistä on korvannut terveyskeskuskäynnit. Osa käynneistä selittyy myös mediajulkisuudella, jonka Suomen ensimmäinen terveyskioski on saanut osakseen. Vakioasiakkaat viittaavat toisaalta siihen, että kioski on vakiinnuttanut paikkansa ihmisten mielessä osana julkista terveydenhuoltoa. (Sitra 2011)

Kioskin vuosikustannukset olivat tarkkailuajanjaksolla 117 627 € vuodessa, kuten näemme taulukosta 1. Se on alle kolme prosenttia poliklinikan kustannuksista ja n. prosentin avosairaanhoidon vastaanottopalveluiden kustannuksista. Kioskin kustannuksista n. 70 % aiheuttaa kahden henkilötyövuoden palkat, n. 13 % menee kiinteistön vuokriin, n. 6 % hoitotarvikkeisiin ja loput muihin kuluihin. (Sitra 2011)

Taulukko 1. Ylöjärven terveiskioskin toiminnan kustannukset suhteessa keskeisiin avainlukuihin vuonna 2010 (Sitra 2011, s. 17).

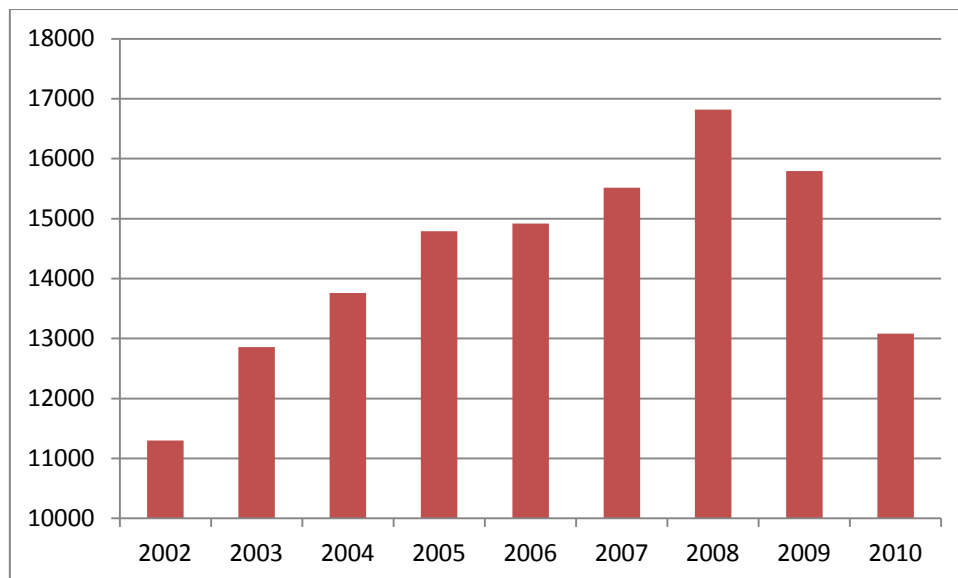
Terveiskioskin kustannukset vuonna 2010	€
Henkilöstökustannukset	84 272
Toimitian vuokrat	14 822
Hoitotarvikkeet	7 289
Muut	11 244
Kokonaiskustannukset	117 627

Ylöjärvellä sairaanhoitajakäynnin hinta terveysasemilla per asiakas oli vuonna 2010 27,26 €; terveiskioskissa vastaava kustannus oli 14,78 €. Kustannus on laskettu jakamalla yksikön kokonaiskustannukset käyntimäärällä. Tuloksessa pitää ottaa huomioon se, että kioskin asiakaskäyntejä laskettiin kioskissa Excel -taulukolla ja kaikkia käyntejä ei kirjattu potilasrekisteriin. Näin Excel -taulukossa näkyy reilusti enemmän käyntejä kuin mitä potilasrekisteristä voi nähdä. Potilaskäynneistä lasketaan kuitenkin vain ne, joilla on tehty terveydentilan seuranta tai toimenpiteitä, eli ei neuvontapotilaita eikä teemapäiville osallistuneita. Kioskissa asioinnin helppoudesta johtuen sen asiakaskäyntien luonteet ovat nopeampia ja helpompia kuin yleensä terveysasemilla, jonka takia pelkästään yksikkökustannuksella ei voida arvioida palvelun tuottavuutta. Terveiskioskin vastaanottokäynnit muodostavat koko Ylöjärven julkisen terveydenhuollon hoitajakäynneistä noin neljäsosan. (Sitra 2011)

Kioskin asiakkaat ovat olleet hyvin tyytyväisiä sen palveluun. Kyselyyn vastanneet ovat antaneet kioskille kouluarvosanaksi 9,3 keskiarvon. Yli puolet olisi valmis maksamaan palvelusta, vaikka sen käynnit kuuluvat terveystakeskusmaksun alle. Kyselyn vastauksissa kiitettiin kioskin aukioloaikoja ja sijaintia, henkilökunnan palveluallttiutta ja palveluun pääsyä ilman ajanvarausta tai jonottamista. (Sitra 2011)

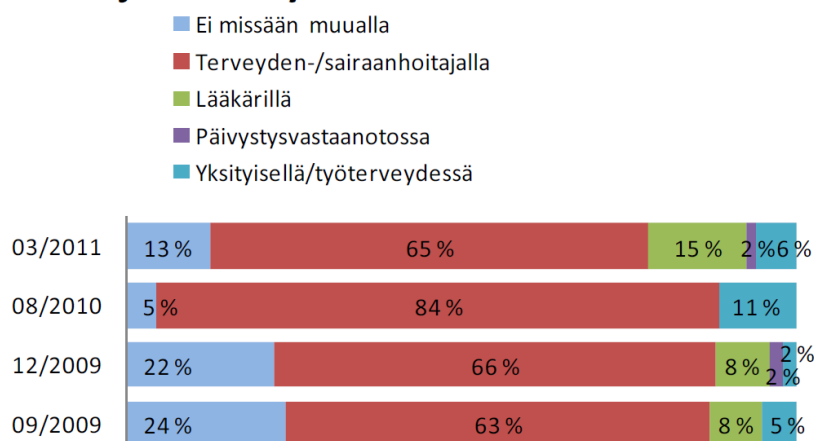
Ylöjärven pääterveysaseman hoitajakäynnit ovat laskeneet siitä lähtien kun terveiskioski aloitti toimintansa. Sitä ennen käyntimäärät olivat kasvaneet vuodesta 2003 alkaen, kuten kuvasta 1 voidaan havaita. Hoitajakäyntien lukumäärän kasvu kaksinkertaistui vuodesta 2009 vuoteen 2010. Kasvanut kysyntä voi selittyä terveiskioskin tuomalla uudella kysynnällä ja asiakaskunnalla. Terveiskioskin

asiakkaille tehtiin kysely missä he asioisivat jos terveystioskia ei olisi ollut. Kyselyn tulokset näkyvät kuvassa 2. Vuoden 2011 maaliskuussa neljä viidestä vastaajasta olisi käynyt joko päivystyksessä, lääkäriellä tai terveyden- tai sairaanhoitajalla. Kyselyn perusteella voidaan arvioida, että terveystioski säästää n. 600 kuukausittaista käyntiä muilta julkisen terveydenhoidon palvelupisteiltä. (Sitra 2011)



Kuva 1. Ylöjärven pääterveysaseman hoitajakäynnit vuosina 2002-2010 (mukailten Sitra 2011, s. 25).

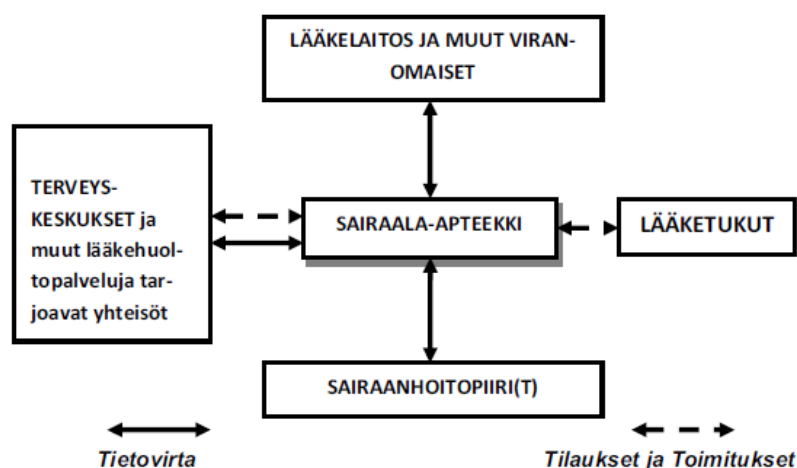
Missä olisi asioinut, jos terveystioskia ei olisi ollut



Kuva 2. Missä olisi asioinut jos terveystioskia ei olisi ollut (Sitra 2011, s. 28).

7.2 Lääkehuoltopalveluiden keskittäminen sairaala-apteekkiin

Pohjois-Savon, Pohjois- Karjalan ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirien alueellista lääkehuoltoa koskevalla tutkimuksella mitattiin miten terveyskeskusten henkilöstö näkee lääkehuoltopalveluiden keskittämisen onnistuneen. Tutkimus keskittämisyjärjestelmän käyttöönotosta aloitettiin jo vuonna 1998 hankintojen keskittämisellä. Tätä on laajennettu ajan kuluessa koskemaan lääkkeiden hankintaa, varastointia, valmistusta, tutkimista, jakelua ja lääkeinformaatiota. Alueellisen lääkehuollon keskittäminen sairaala-apteekkiin merkitsee toimintatavan vaihtumista kuntakohtaiseksi ja verkkojärjestelmäksi, jossa sairaala-apteekki toimii palvelujärjestelmän koordinoijana (kuva 3). (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)



Kuva 3. Alueellisen lääkehuollon palveluverkko (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 32).

Alueellisten lääkehuoltopalveluiden organisoinnissa on siirrytty, tai ollaan siirtymässä koko maassa hajautetusta, tai osittain hajautetusta järjestelmästä keskitettyyn järjestelmään, jossa lääkehuoltopalvelut ovat kokonaisvaltaisesti siirtyneet yliopistollisten tai keskussairaaloiden tehtäväksi. Suuri osa maan sairaaloiden lääkehankinnoista kilpailutettiin vuonna 2009, joten lääkemenojen kasvueroja selitti lääkehuollon uudelleen organisointi, alueellisten lääkehuoltopalveluiden keskittäminen sairaala-apteekkiin. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)

Lääkkeiden toimitusten ja tilausten keskittämisestä on tullut hyviä kokemuksia. Yhtenäisen peruslääkevalikoiman ylläpidon siirtäminen sairaala-apteekkiin koetaan onnistuneeksi. Organisaatiouudistuksen tavoitteena oli tarjota alueelliseen lääkehuoltoon toiminnallinen ja kustannustehokas vaihtoehto, eli keskitetty järjestelmä, jonka uskottiin selkeyttävän ja lisäävän lääkehuoltopalveluiden toimivuutta alueen terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa ja erilaisissa palvelukeskuksissa. Syitä keskittämiseen olivat muun muassa uuden teknologian ja tietotaidon hyödyntäminen yli organisaatorajojen, synergiaedut, toiminnallisten päällekkäisyyksien karsiminen, kustannusrakenteen muuttaminen kiinteistä muuttuviksi ja riskien hallinta. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)

Toiminnan keskittäminen on parantanut lääkehuollon kustannustehokkuutta pienentämällä hävikin määrää, alentamalla varastointikustannuksia ja vähentämällä lääkitysvirheitä. Jatkamalla lääkehuoltopalveluiden keskittämistä on mahdollista saavuttaa entistä suurempia volyymietuja ja prosessisäästöjä, uudistaa palvelurakennetta hyödyntämällä palveluverkossa toimivien ydinosaamista, poistaa päällekkäisyyksiä, lisätä lääkehuollon toiminnallista ja laadullista tehokkuutta, sekä parantaa potilasturvallisuutta ja säästää kustannuksista. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)

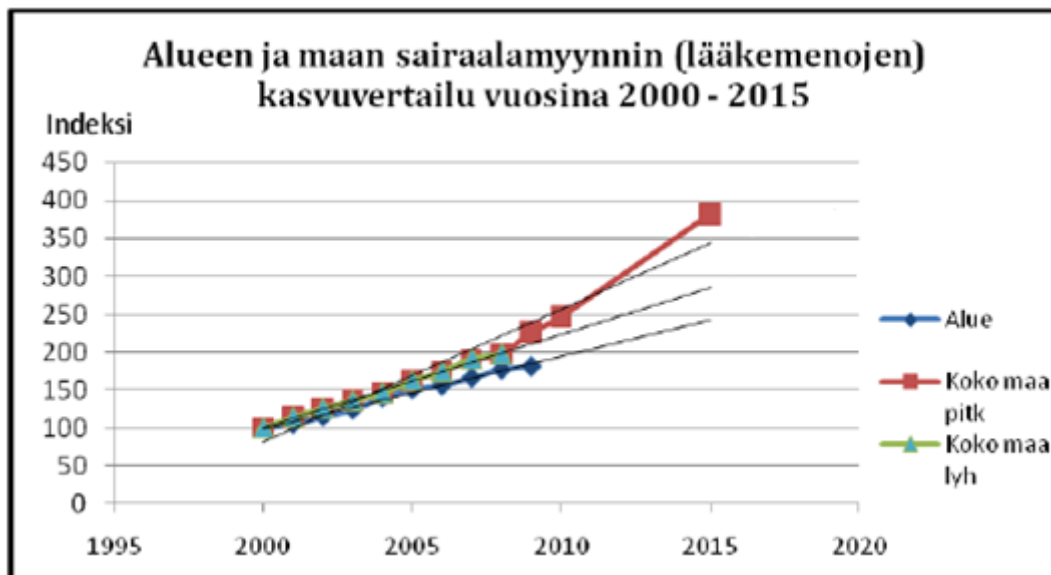
Keskitettyyn järjestelmään siirtyminen vähentää muun muassa tarjouskierroksen, kilpailuttamisprosessin, informaatiohaun, varastoinnin ja valvonnan käyttökuntoon saattamisen kustannuksia sekä lääkkeiden valmistuskustannuksia. Prosessin toistojen siirtyminen keskitettyyn ostamiseen, jatkuvien kilpailutusten sijaan, tuottaa myös ajallisia säästöjä. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)

Tutkimuksen pohjalta tiedetään, että lääkkeiden tilaus- ja toimitusjärjestelmä on selkeytynyt ja tullut joustavaksi, yhtenäiset lääkekäytännöt ovat lisääntyneet, lääkkeiden ja lääkeinformaatio- ja asiantuntijapalveluiden saatavuus on parantunut, laadun valvonta- ja lääkkeiden seurantajärjestelmät ovat yksinkertaistuneet ja yleisesti lääkehuoltopalvelujärjestelmän palvelualltius on kasvanut. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)

Vaarana verkostoitumisen liiallisessa alueellisessa laajenemisessa saattaa olla päätöksenteon etäännyminen ja toiminnan hajautuminen. Jatkokehityskohteita ovat teknologian (sähköisen tietoyhteyden) ja informaatiopalveluiden hyötykäyttö sairaala-apteekin ja terveyskeskusten välillä, osastofarmasian kehittäminen hoitohenkilökuntaa kouluttamalla sekä koneellisen lääkkeiden jakamisen toteuttaminen sairaala-apteekista käsin. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)

Lääkkeiden kysyntään vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa väestön ikääntyminen, diagnostiikan kehittyminen, aktiivihoidon lisääntyminen ja uusien lääkkeiden markkinoille tulo sekä lääkkeiden käytön yleistymisen. Jottei lääkemenot kasvaisi huomattavasti, täytyy menojen nousua hillitä. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)

Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon sairaanhoitopiireissä toteutetun lääkehuoltopalveluiden keskittämisen kustannusvaikutusten tilastollisten analyysien perusteella voidaan todeta (kuva 4), että alueen lääkemenot ovat kasvaneet selvästi hitaammin kuin koko maan lääkemenot (sairaalamyynti). Kuvassa on myös koko maalle tehty ennuste lääkemenojen kehityksestä vuoteen 2015 asti. Keskittäminen leikkaa vuonna 2015 alueen lääkemenoista noin 25 %. Vaikka koko maan lääkemenojen kasvu on lyhyellä aikajaksolla hidastunut, se on kuitenkin edelleen huomattavasti nopeampaa kuin Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirien alueen lääkemenojen kasvu. Tutkimuksen mukaan potentiaaliset kustannussäästöt, eli menetetyt hyödyt koko maan lääkemenoissa arvioitiin vuositasolla sadoiksi miljooniksi euroiksi, jos vertailufunktiona on kyseisten sairaanhoitopiirien lääkemenojen kasvu. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)



Kuva 4. Tarkasteltavan alueen (Pohjois-Savon, Pohjois- Karjalan ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirien) lääkemenojen kasvu on ollut merkittävästi hitaampi kuin koko maan sairaalamyynnin kasvu 2000 -luvulla. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, s. 30–138)

8 TULOKSET JA NIIDEN ARVIOINTI

Seuraavissa kappaleissa arvioimme miten teoriapohjaa voidaan soveltaa käytäntöön esimerkkitapausten avulla. Lähtökohtana oli valitun teorian hyödyntäminen arviointityökaluna.

8.1 Terveyskioski

Sitran alulle pistämä terveydenhuoltokioskihanke pyrki parantamaan kuntalaisten terveydenhuoltoon pääsyä ja hakeutumista. Tämä saavutettiin helpottamalla palvelun saatavuutta sijoittamalla se kauppakeskukseen, jossa ihmiset muutenkin asioivat runsaasti. Koska terveyskioskiin sijoittuvat käynnit ovat luonteeltaan astetta nopeampia ja helpompia kuin yleensä terveyskeskuskäynnit, jää asiakkaille siitä positiivinen mielikuva. Tämän vaikutuksesta myös palveleva hoitohenkilökunta on todennäköisemmin hyväntuulista. Näin helppokäyntisen terveydenhuoltokioskin maine leviää suusta suuhun ja yhä useampi kuntalainen hakeutuu kioskiin terveysasioissa jättäen suuremmille terveysasemille resursseja hoitaa vaativampia potilaita. Koska kioski vapauttaa miestyötunteja sekä sairaanhoitajilta, että lääkäreiltä, nopeutuu potilaiden hoitoon pääsy vapautuneiden resurssien myötä. Näin kunta pystyy vastaamaan paremmin lakisääteiseen hoitoon pääsyn määräaikoihin. Koska terveydenhuollon palvelupisteiden sijoitusten trendinä on ollut keskittää palveluita yhä laajemmalla alueella, voi terveyskioskin konsepti luoda uuden tavan toteuttaa sairaanhoitopalveluiden keskittämistä. Parin lääkärin terveyskeskuksia saatetaan joutua lakkauttamaan jos suuri osa käynneistä kohdistuukin paremmin sijoiteltuihin terveyskioskeihin. Toisaalta voidaan pohtia onko mielekäästä perustaa terveyskioskeja pienimmille paikkakunnille.

Ylöjärven terveydenhuoltokioskia voidaan pitää terveydenhoidon osittain hajautettuna palveluna. Sen tarvikkeet ja henkilökunta ovat tietenkin peräisin paikalliselta terveysasemalta, vain toiminnan sijoitus eriiä muusta terveydenhuollosta.

Terveyskioskin pitäminen kannattaa, koska sen kulut ovat isompiin terveysasemiin nähden pienet ja kysyntä tasaisen suurta. Erillisen pienen terveydenhuollon yksikön ylläpito kannattaa, sillä kustannukset koostuvat lähinnä työntekijöiden palkoista. Toisin sanoen ylimääräisellä kiinteistökustannuksella ei ole juuri merkitystä toiminnan ollessa muuten kohtuullisen tehokasta.

Kioskin palvelun kysynnän laatu on samankaltainen suuremman terveysaseman kanssa, sillä kummallakin on sama valuma-alue jos ei oteta huomioon, että terveyskioskissa saavat asioida myös ulkopaikkakuntalaiset vähäpätöisissäkin terveysasioissa. Näin terveyskioski voi omalta osaltaan tasata mahdollisia kysyntähuippuja pääterveysasemalta. Terveyskioskin terveysasemien kanssa eroava aukioloaika voi myös mahdollistaa joidenkin mahdollisten kysyntäpiikkien synnyn.

8.2 Lääkehuoltopalveluiden keskittäminen sairaala-apteekkiin

Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirien keskittämishankkeen takana on ollut lääkehuoltopalveluiden toimivuuden tehostaminen keskittämisen avulla. Palveluiden saatavuus haluttiin tuoda lähelle asiakasta, eli palvelemaan terveyskeskuksien, vanhainkotien ja erilaisten palvelukeskuksien henkilökuntaa ja loppujen lopussa heidän asiakkaitaan eli potilaita, ottaen huomioon käyttäjän tarpeet. Myös uusien teknologioiden hyväksikäyttö sähköisenä jakelutienä oli keskittämisen takana, johon pyritään tulevaisuudessa tuomaan uusia ratkaisuja. Perusterveydenhuollon varmistaminen on myös keskitetyssä sairaala-apteekissa oleellista. Tähän tarpeeseen voidaan paremmin vastata, kun asiakas saa laadukasta ja osaavaa palvelua yhdestä paikasta, mikä parantaa myös potilasturvallisuutta.

Lääkehuoltopalvelun keskittäminen on toteutettu niin, että sairaala-apteekit toimivat keskitetysti omissa toimipaikoissaan. Itsenäisesti toimivien yliopistollisten sairaaloiden tai keskussairaaloiden vastuulla on lääkehuoltopalvelun tuottaminen. Sairaala-apteekit hankkivat, varastoivat, valmistavat, jakelevat ja antavat lääkeinformaatiota lääketuotteistaan, joista saadaan keskittämisen myötä volyymituotteina kustannussäästöjä.

Vaikka trendinä on hajauttaa osto-organisaatiot riippumattomiin ja kevyisiin tulosityksiköihin, on lopputulos tutkimuksessa samankaltainen myös keskitetyllä palveluorganisaatiolla. Keskitetyssä järjestelmässä on siis samanlaisia hyötyjä, kuin hajautetussa osto-organisaatiossa, ja tältä osin teoria ei soveltunut käytäntöön. Perusteena tälle on toiminnan palveluluonteisuus.

Keskittämisen luonteen mukaisesti palveluorganisaatiossa näkyy volyymietuja: osaaminen kumuloituu sekä varastojen hallinta tehostuu kustannusten pienentyessä ja hävikkien vähetessä. Sairaala-apteekki ei toimi suoranaisesti eri toimijoiden yhteisenä hankintaelimenä, vaan alueellisesti. Sairaala-apteekki kuitenkin koetaan samoin, kuin keskitetyn organisaatiotavan sovellus yksiköiden yhteisestä hankintaelimestä yhteisenä palveluna. Lääkehuoltopalveluiden toimintojen lukumäärän suuruudesta johtuen tässä tapauksessa keskittäminen kannattaa.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Lopputuloksena todetaan, että teoriapohjan siirtäminen käytäntöön ei ollut niin vaikea haaste, kuin voisi kuvitella. Vaikka teoria oli hajanaista, pystyi sen pohjalta mallintamaan esimerkkipalveluiden toimintaa ja onnistumista. Teorian avulla pystyy usein ennustamaan miten palvelut käyttäytyvät. Täytyy kuitenkin muistaa, että jokaisella toimialalla on omat erityispiirteensä, jotka vaikuttavat liiketoiminnan kokonaisvaltaiseen toimivuuteen. Keskittämisen ja hajauttamisen toimintamalleja mukauttamalla ja yhdistelemällä saadaan hyviä ehdotuksia liiketoiminnan kehittämiseksi. Vaikka terveydenhuollossa on pyritty saavuttamaan säästöjä ja laatueta suuremmilla yksiköillä, voi pienikin yksikkö toimia kannattavasti tietyin ehdoin.

Työn johtopäätöksenä voidaan vielä sanoa, että vaikka liiketoiminnassa seurataan erilaisia keskittämisen tai hajauttamien trendejä, on palvelustrategiaa kehittäessä hyvä miettiä vaihtoehtoisia lähestymistapoja, eikä kangistua ääripäihin. Valinta tulisi tehdä organisaation omien ehtojen mukaisesti räätälöiden palvelu käyttökohteen mukaan. Molemmista ratkaisuista voi saada hyötyä julkiseen palvelutoimintaan riippuen palvelusta ja sen tarvitusta funktiosta. Johtuen julkisten palveluiden voittoa tavoittelemattomasta luonteesta, josta seuraa omanlainen kysynnän ja tarjonnan suhde, valinta keskittämisen ja hajauttamisen suhteen ei ole yksiselitteinen. On tutkittava johtaako toimi haluttuun saatavuuteen.

LÄHTEET

- Arajärvi, P. 2003. Paremminvointiyhteiskunta. Vammalan kirjapaino Oy. 127 s.
- Arnold, T. 2008. Introduction to materials management. Upper Saddle River (NJ) : Pearson/Prentice Hall, cop. 515 s.
- Caron, F. & Marchet, G. 1996. The impact of inventory centralization/decentralization on safety stock for two-echelon systems. Journal of Business Logistics, Jan 1996, Volume: 17 Issue: 1 s. 233-257.
- Chopra, S. & Meindl, P. 2010. Supply chain management: strategy, planning and operation. Pearson, cop. 519 s.
- De Leeuw, S. 1999. The selection of distribution control techniques. International journal of logistics management, 10(1), s. 97–112.
- Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2010. Lääkehuoltopalveluiden keskittäminen sairaala-apteekkiin, alueellisen lääkehuollon toiminnallinen vaihtoehto, Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon sairaanhoitopiireissä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja nro 48, Kopijyvä. Kuopio. 164 s.
- Grönroos, C. 2009. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Helsinki: WSOY. 565 s.
- Iloranta, K. 2008. Hankintojen johtaminen ostamisesta toimittajamarkkinoiden hallintaan. Helsinki: Tietosanoma. 498 s.
- Kauppa- ja teollisuusministeriö. 2004. Yritysten alueelliset sijoittumis- ja verkostoitumispalvelut. Kauppa- ja teollisuusministeriön asettaman työryhmän loppuraportti 2003. KTM julkaisuja 4/2004 elinkeino-osasto. 50 s.
- Lehtonen, J-M. 2004. Tuotantotalous. Helsinki: WSOY. 292 s.

Lillrank, P. 2010. Terveysthuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum. 267 s.

Sitra. 2010. Terveyskioski palveluinnovaationa. Vaihe I: Peruskartoitus Ylöjärven terveystkioski -hankkeesta. Sitran selvityksiä 19. Helsinki. 40s.

Sitra. 2011. Julkinen terveystpalvelu kauppakeskuksessa. Ylöjärven terveystkioskin loppuarviointi. Sitran selvityksiä 56. Helsinki. 45 s.

Terveystden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Hoitoonpäästy terveystkeskuksissa. [verkkajulkaisu]. [Viitattu 10.3.2012]. Saatavilla: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/51e989bd-a535-4967-9584-54e040978e2c>

Terveystdenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 2010.

van Weele, A. 2002. Purchasing and Supply Chain Management. Third edition. Seng Lee Press Pte Ltd, Singapore. 363 s.

Ylikoski, T. 1999. Unohtuiko asiakas? Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu. 357 s.