

Eemeli Koskenvuo

# KANNATTAVUUDEN MITTAAMINEN YKSITYISEN TERVEYDENHUOLLON PALVELULIIKETOIMINNASSA

Kandidaatintyö  
Johtamisen ja talouden tiedekunta  
Joulukuu 2025

# TIIVISTELMÄ

Eemeli Koskenvuo: Kannattavuuden mittaaminen yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnassa (Profitability Measurement in Private Sector Healthcare Services)  
Kandidaatintyö  
Tampereen yliopisto  
Tuotantotalouden tutkinto-ohjelma  
Joulukuu 2025

---

Yksityinen terveydenhuolto muodostaa merkittävän osan suomalaista terveydenhuoltojärjestelmästä, mutta sen palveluliiketoiminnan kannattavuuden mittaamiseen liittyy erityisiä haasteita. Kannattavuuden mittaaminen edellyttää riittävän tarkkaa kustannusinformaatiota, jonka tuottaminen on yksityisessä terveydenhuollossa vaikeaa palveluliiketoiminnalle ominaisen aineettomuuden, hoitoprosessien monivaiheisuuden, potilaiden yksilöllisten hoitopolkujen sekä resurssien yhteiskäytön vuoksi. Lisäksi toimialan heterogeeninen asiakaskunta ja sen samanaikainen kytkytyminen markkinaehtoiseen toimintaan ja julkiseen ohjaukseen monimutkaistavat taloudellista mittaamista.

Tämän kandidaatintyön tavoitteena on tarkastella, miten kannattavuutta mitataan yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnassa. Työ on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, ja aineisto koostuu tieteellisistä artikkeleista sekä keskeisistä alan oppikirjoista. Kirjallisuudessa esitetyt menetelmät ja mittarit analysoidaan palveluliiketoiminnan sekä yksityisen terveydenhuollon kontekstissa.

Työn keskeinen havainto on, että kirjallisuudessa ei tunnista yksittäisiä, nimenomaisesti yksityistä terveydenhuoltoa varten kehitettyjä kannattavuusmittareita. Sen sijaan kannattavuuden mittaaminen rakentuu ensisijaisesti kustannuslaskennan varaan. Julkisessa terveydenhuollossa käytettävät DRG-luokitukset näyttäytyvät yksityisen terveydenhuollon puolella pääosin raportointiin liittyvänä rakenteena, eivätkä ne ratkaise hoitoprosessien todellisten kustannusten mittaamisen ongelmia.

Kirjallisuus korostaa potilasta luontevana laskentakohteena sekä elinkaarinäkökulmaa, jossa kannattavuutta tarkastellaan koko hoitopolun aikaisena kokonaisuutena yksittäisten toimenpiteiden sijaan. Tässä kontekstissa time-driven activity-based costing -menetelmä (TDABC) nousee keskeiseksi lähestymistavaksi. Laajaan terveydenhuollon kustannusmittaamista koskevaan kirjallisuuskatsaukseen perustuen TDABC:tä pidetään parhaana menetelmänä terveydenhuollon kustannusten mittaamiseen, sillä se mahdollistaa kustannusten kohdistamisen todellisen resurssien käytön perusteella. Menetelmä tukee potilaskohtaista ja hoitopolkutasoista kannattavuuden mittaamista ja on perinteistä toimintolaskentaa kevyempi ylläpitää, vaikka sen käyttöönottoon ja ylläpitoon liittyvät vaatimukset edellyttävät edelleen lisätutkimusta.

Työ tuottaa kokonaiskuvan yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnan kannattavuuden mittaamisen lähtökohdista ja keskeisistä menetelmistä sekä osoittaa, että tarkka kustannuslaskenta on edellytys mielekkäälle kannattavuuden mittaamiselle.

Avainsanat: yksityinen terveydenhuolto, palveluliiketoiminta, kannattavuuden mittaaminen, kustannuslaskenta, TDABC

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

# TEKOÄLYN KÄYTTÖ OPINNÄYTTEESSÄ

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

- Ei
- Kyllä

Ilmoitukseni mukaan olen käyttänyt opinnäytteessäni tutkielmaprosessin aikana seuraavia tekoälysovelluksia:

ChatGPT

Tekoälysovellusten nimet ja versiot:

ChatGPT 5.1

Käyttötarkoitus:

ChatGPT:n avulla on tarkastettu työn kieliasu kokonaisuudessaan työn päätteeksi.

Olen tietoinen siitä, että olen täysin vastuussa koko opinnäytteeni sisällöstä, mukaan lukien osat, joissa on hyödynnetty tekoälyä, ja hyväksyn vastuun mahdollisista eettisten ohjeiden rikkomuksista.

# ALKUSANAT

Kiinnostukseni tämän kandidaatintyön aiheeseen on syntynyt tuotantotalouden opintojen aikana, erityisesti kursseilla, joissa yrityksen talous ja taloudellisen tiedon analysointi ovat keskiössä. Työ tarjosi mahdollisuuden syventyä kannattavuuden mittaamiseen johdon laskentatoimen näkökulmasta. Yksityinen terveydenhuolto valikoitui tutkimuksen kontekstiksi sen merkittävän yhteiskunnallisen roolin sekä kannattavuuden mittaamiseen liittyvien erityispiirteiden vuoksi.

Haluan kiittää työni ohjaajaa Jussi Valtaa asiantuntevasta ohjauksesta ja rakentavista kommentteista sekä professori Teemu Lainetta arvokkaista näkemyksistä työn tekemisen aikana. Kiitos myös kanssaopiskelijoille arvokkaista keskusteluista seminaareissa ja niiden ulkopuolella.

Tampereella, 7.12.2025

Eemeli Koskenvuo



# 1. JOHDANTO

## 1.1 Työn tausta ja motivointi

Terveydenhuoltojärjestelmillä on keskeinen rooli paitsi yksilöiden terveyden ylläpitämisessä myös yhteiskunnan tuottavuuden ja toimivuuden edistämässä. Terveydenhuoltojärjestelmän merkitystä yhteiskunnalle voidaan jäsentää kolmen keskeisen tavoitteen avulla: sosiaalinen koheesio, ympäristön kestävyys ja taloudellinen kehitys. Näitä yhteiskunnallisia tavoitteita terveydenhuoltojärjestelmät edistävät ennen kaikkea ydintehtäviensä kautta, kuten väestön terveyden parantamisen, tasa-arvon vahvistamisen, ihmiskeskeisyyden lisäämisen ja kriisinkestävyiden kehittämisen avulla. (Greenley et al., 2024) Terveydenhuollon yhteiskunnallisesti merkittävää roolia havainnollistaa se, että sen menot muodostavat huomattavan osuuden bruttokansantuotteesta (BKT:sta). Vuonna 2022 Euroopan unionin (EU:n) jäsenmaiden painotettu keskiarvo terveydenhuoltomenojen osuudelle BKT:sta oli 10,4 %. (OECD, 2024)

Kaikissa Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) jäsenmaissa terveydenhuoltojärjestelmät rakentuvat julkisen ja yksityisen sektorin yhdistelmille (Molander, 2025). Myös Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä perustuu hybridimalliin, jossa julkinen ja yksityinen sektori toimivat rinnakkain ja toisiaan täydentäen. Julkiset terveydenhuollon palvelut muodostavat järjestelmän perustan, ja jokaisella Suomessa vakituisesti asuvalla on perustuslain turvaama oikeus hoitoon (Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste, 2025).

Yksityisellä terveydenhuoltosektorilla tarkoitetaan toimijoita, jotka eivät ole valtion omistuksessa tai välittömässä hallinnollisessa ohjauksessa, mutta jotka osallistuvat terveystalouden tuottamiseen osana kansallista palvelujärjestelmää (World Health Organization, 2023). Yksityinen sektori koostuu yrityksistä, itsenäisistä ammatinharjoittajista, järjestöistä ja säätiöistä, ja se voi tuottaa palveluja joko julkisille tilaajille osana julkisesti rahoitettua palvelujärjestelmää tai suoraan asiakkaille markkinaehtoisesti (Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste, 2025). Suomessa yksityinen sektori vastaa noin 25 prosentista kaikista sosiaali- ja terveystalouden palveluista, mikä

korostaa sen asemaa osana terveydenhuollon kokonaisuutta. (Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteispiste, 2025).

Yrityksen taloudellista suorituskykyä voidaan mitata kannattavuudella, joka ylätasolla kuvaa sen kykyä tuottaa voittoa suhteessa toiminnan kustannuksiin ja tehtyihin investointeihin (Suomala, 2011, s. 39). Terveydenhoito-organisaatioiden kannattavuus on keskeinen edellytys terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudelle. Riittävä taloudellinen suorituskyky mahdollistaa investoinnit teknologiaan, henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja rakenteellisiin uudistuksiin, jotka ovat välttämättömiä laadukkaan ja saavutettavan hoidon turvaamiseksi. Kannattavuus on keskeistä sekä voittoa tavoitteleville että voittoa tavoittelemattomille terveydenhuollon organisaatioille toiminnan jatkuvuuden varmistamiseksi. (Rosko et al., 2018)

Onnistunut johtaminen luo perustan organisaation kannattavuudelle, ja laskentatoimi toimii keskeisenä päätöksenteon tukijärjestelmänä tarjoamalla johdolle relevanttia ja ajantasaista taloudellista informaatiota päätöksenteon tueksi (Roslender & Hart, 2002). Koska tämän tutkimuksen konteksti sijoittuu yksityisen terveydenhuollon kenttään, on tärkeää huomioida, että terveystalouden tuottaminen on luonteeltaan palveluliiketoimintaa. Yksityisen terveydenhuollon organisaatiot tuottavat ja toimittavat palveluita, joissa arvo syntyy vuorovaikutuksessa asiakkaan eli potilaan kanssa.

Palveluliiketoiminta tarkoittaa toimintaa, jossa arvo tuotetaan asiakkaalle ensisijaisesti aineettomien prosessien kautta. Palvelut eroavat tuotteista siten, että ne ovat aineettomia, häviäväisiä, erottamattomia, samanaikaisia ja vaihtelevia. Palvelu ei ole konkreettinen hyödyke, jota voisi käsitellä, varastoida, palauttaa tai jälleenmyydä, vaan se syntyy ja kuluu samanaikaisesti vuorovaikutuksessa palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä. Tämä vuorovaikutteisuus tekee jokaisesta palvelutapahtumasta ainutlaatuisen ja vaikeasti standardoitavan. Koska palvelujen tuotannossa ei yleensä saavuteta mittakaavaetua, palveluliiketoiminta on voimakkaasti riippuvainen inhimillisestä pääomasta, kuten osaamisesta, kokemuksesta ja asiakassuhteiden jatkuvuudesta. Nykypäivänä raja aineellisten tuotteiden ja aineettomien palvelujen välillä on kuitenkin hämärtyvässä, sillä yhä useampi yritys yhdistää tuotteisiin palveluelementtejä osana laajempaa arvonluontiprosessia. (Parker, 2012, s. 3–9)

Palveluliiketoiminnan luonne tekee laskentatoimen näkökulmasta keskeiseksi sen, miten aineettomia ja samanaikaisesti tuotettavia palveluja voidaan mitata, hinnoitella ja raportoida taloudellisesti mielekkäällä tavalla. Tämä on erityisen tärkeää terveydenhuollossa, jossa palveluprosessit ovat henkilöstöintensiivisiä, resurssien

käyttö on ajallisesti rajoitettua ja potilaskohtainen kustannusrakenne vaihtelee huomattavasti.

Yksityinen terveydenhuolto muodostaa olennaisen osan terveydenhuoltojärjestelmää, joka puolestaan edustaa yhteiskunnallisesti keskeistä toimintoa. Näin ollen kannattavuuden mittaamisen tutkiminen tarjoaa mahdollisuuden syventää ymmärrystä taloudellisten tekijöiden ja yhteiskunnallisten tavoitteiden välisestä vuorovaikutuksesta terveydenhuollon kontekstissa.

Kaplanin ja Nortonin (2008) mukaan terveydenhuollon keskeiset haasteet eivät johdu ensisijaisesti vakuutukseen tai politiikkaan liittyvistä kysymyksistä, vaan siitä, että terveydenhuollossa mitataan usein vääriä asioita tai mitataan niitä väärällä tavalla. Koska ihmiset ovat entistä taipuvaisempia maksamaan nimenomaan arvosta eivätkä volyymistä, pelkästään hoidon kustannusten nousu ei takaa parempaa hoitoa, mikä lisää tarvetta tarkoituksenmukaisille ja luotettaville kustannuslaskentajärjestelmille (Lee et al., 2016). Lisäksi aiempi tutkimus on kuitenkin osoittanut, että sairaaloiden kannattavuuteen vaikuttavia tekijöitä koskeva tutkimus on ollut epäyhtenäistä ja johtopäätöksiltään ristiriitaista (Holt et al., 2011).

## **1.2 Työn tavoite, tutkimuskysymykset ja rajaukset**

Tämän kandidaatintyön tavoitteena on tarkastella, miten ja mitä menetelmiä käyttäen kannattavuutta mitataan yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnassa.

- Mitä menetelmiä ja mittareita kirjallisuudessa on esitetty yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnan kannattavuuden mittaamiseen?

Tämä kandidaatintyö on rajattu koskemaan ainoastaan yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoimintaa. Tässä työssä rajataan kaikki yksityinen terveydenhuollon liiketoiminta palveluliiketoiminnaksi. Tämän rajauksen tarkoitus on mahdollistaa yhtenäinen kannattavuuden mittaamisen tarkastelu, sen sijaan että analyysi pirstoutuisi tuote- ja palvelulogiikoiden välille. Työssä kannattavuuden mittaamista lähestytään ensin yleisen ja johdon laskentatoimen näkökulmista, jotta tarkastelulle muodostuu riittävä käsitteellinen ja mittaamiseen liittyvä perusta. Tämän jälkeen huomio siirretään johdon laskentatoimeen. Työn varsinainen analyysi kohdistuu siten niihin johdon laskentatoimen menetelmiin, joiden avulla yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnan kannattavuutta voidaan mitata ja ohjata tarkoituksenmukaisesti.

### 1.3 Tutkimusmenetelmät

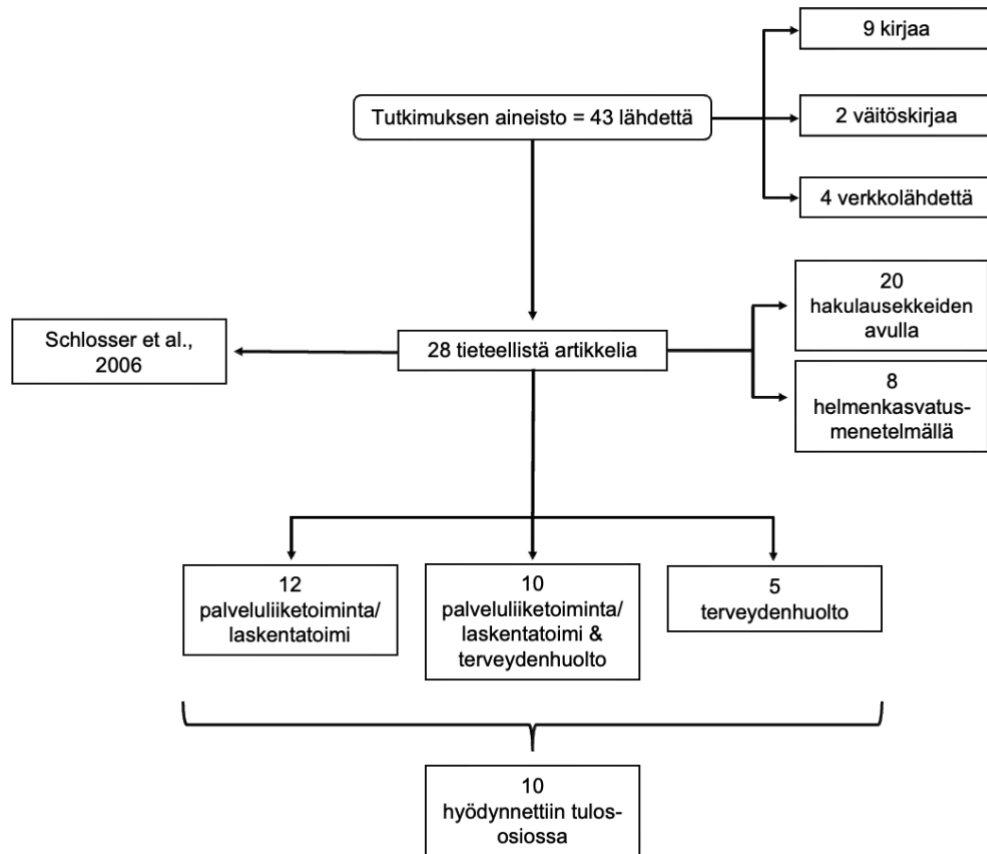
Työ toteutetaan kirjallisuuskatsauksena ilman empiiristä aineistoa, kuten yrityshaastatteluja tai tilinpäätösanalyysiä. Kirjallisuuskatsauksen aineisto perustuu tieteellisiin artikkeleihin, jotka hankitaan Scopus-tietokannasta. Keskeisten käsitteiden määrittelyä varten hyödynnetään alan oppikirjoja, jotka etsitään Andor-tietokannasta. Andorin käyttö oli perusteltua, koska johdon laskentatoimen ja palveluliiketoiminnan keskeiset käsitteet on usein systemaattisimmin esitetty oppikirjallisuudessa. Työssä on käytetty myös yksittäisiä julkisten toimijoiden julkaisuja ja verkkolähteitä erityisesti terveydenhuoltojärjestelmää koskevan taustatiedon esittämisessä.

Aineiston haku Scopuksesta perustui tutkimuskysymyksestä johdettuihin keskeisiin käsitteisiin, joista muodostettiin hakulausekkeita AND- ja OR-operaattoreiden avulla. Laskentatoimen näkökulmaa edustivat käsitteet 'MANAGEMENT ACCOUNTING', 'COST ACCOUNTING' ja 'COSTING'. Kannattavuuden mittaamiseen liittyvää kirjallisuutta haettiin käsitteiden 'PROFITABILITY MEASUREMENT' ja 'PROFITABILITY ANALYSIS' avulla, minkä lisäksi joissakin hakulausekkeissa, joissa muu sisältö rajasi tulosten määrää, käytettiin käsitettä 'PROFITABILITY'. Palveluliiketoiminnan kontekstia jäsennettiin käsitteillä 'SERVICE BUSINESS', 'SERVICE OPERATIONS', 'SERVICE INDUSTRY'. Hakuprosessin aikana havaittiin, että palveluliiketoimintaan liittyvät käsitteet tuottivat runsaasti palvelullistamista käsittelevää kirjallisuutta. Tätä aineistoa hyödynnettiin rajatusti palveluliiketoiminta koskevien lähtökohtien ymmärtämisessä, mutta se rajattiin pääosin tutkimuksen ulkopuolelle.

Terveydenhuollon kontekstia koskeva kirjallisuus kohdennettiin käsitteillä 'HEALTH CARE' ja 'HEALTHCARE'. Alkuvaiheessa terveydenhuoltoa koskevissa hauissa käytettiin 'PRIVATE'-etuliitettä, mutta tämä rajasi hakutuloksia liikaa ja sulki pois tutkimuskysymyksen kannalta relevantteja artikkeleita. Tämän vuoksi etuliite jätettiin pois, ja hakutulokset rajattiin laadullisesti sen perusteella, oliko artikkeli relevantti yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnan näkökulmasta.

Aineiston valinta eteni vaiheittain. Hakulausekkeiden tuottamat artikkelit käytiin ensin läpi otsikoiden ja tiivistelmien perusteella, minkä jälkeen aineistosta rajattiin pois tutkimukset, jotka eivät vastanneet työn tavoitetta tai joiden julkaisukanavan JUFO-luokitus oli alle 1. Tämän jälkeen valitut artikkelit analysoitiin kokonaisuudessaan, ja niiden pohjalta jäsennettiin tulososion keskeiset teemat. Hakuprosessia täydennettiin helmenkasvatusmenetelmällä, jossa keskeisten artikkeleiden viitteitä hyödyntämällä aineistoon lisättiin tutkimuskysymyksen kannalta relevantteja lähteitä (Schlosser et al., 2006).

Kuvassa 1 on kuvattu, miten työn lähdeaineisto, joka koostuu 43 lähteestä jakaantuu eri lähdetyyppien välille. Lisäksi kuvasta käy ilmi, miten työssä käytetyt tieteelliset artikkelit jakaantuvat työn kontekstin määrittämiin kategorioihin.



**Kuva 1.** Aineiston rakenne

Koko lähdeaineisto tukee tutkimuksen teoreettista ja kontekstuaalista perustaa, mutta tulososiossa hyödynnetään rajattua joukkoa tieteellisiä artikkeleita, jotka luovat synteessin laskentatoimen ja kustannuslaskennan sekä tämän myötä kannattavuuden mittaamisen ja yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnan välille. Tulososiossa käytettyjen artikkeleiden JUFO-luokitukset on esitetty liitteessä A.

## 1.4 Työn rakenne

Tämä työ jakaantuu viiteen lukuun, jotka muodostavat viisi erillistä kokonaisuutta: johdannon, teoreettisen tarkastelun, kontekstin esittelyn, teorian ja kontekstin synteessin ja lopuksi päätelmät. Ensimmäinen luku eli johdanto esittelee työn taustan sekä

perustelee, miksi kannattavuuden mittaaminen ja raportointi yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnassa on valittu tutkimuksen kohteeksi. Lisäksi johdannossa määritellään tutkimuksen tavoitteet, tutkimuskysymykset ja tutkimuksen rajaukset.

Toinen luku muodostaa teoreettisen perustan kannattavuuden mittaamiselle ja raportoinnille palveluliiketoiminnassa. Luvussa määritellään, mitä kannattavuudella tarkoitetaan ja tarkastellaan kannattavuuden merkitystä liiketoiminnassa. Tämän jälkeen tarkastellaan kannattavuuden mittaustapoja. Toisen luvun kaksi jälkimmäistä alalukua käsittelevät palveluliiketoiminnan erityispiirteitä kannattavuuden mittaamisen ja raportoinnin näkökulmasta.

Kolmas luku esittelee tutkimuksen kontekstin eli yksityisen terveydenhuollon. Aluksi tarkastellaan yksityisen terveydenhuollon roolia osana terveydenhuoltojärjestelmää. Tämän jälkeen käsitellään palveluliiketoimintaa yksityisessä terveydenhuollossa. Kolmannen luvun lopuksi käsitellään laskentatoimea yksityisessä terveydenhuollossa, mikä liittyy kolmannen luvun tutkimusaiheeseen.

Neljännessä luvussa luodaan synteesi toisen ja kolmannen luvun sisällölle. Tässä luvussa vastataan niin ikään molempiin tutkimuskysymyksiin. Luvun aluksi käsitellään kannattavuuden mittaamisen haasteita ja mahdollisuuksia yksityisessä terveydenhuollossa. Tätä seuraa yksityisessä terveydenhuollossa käytettävien kannattavuusmittareiden esittely. Luvun lopuksi käsitellään kannattavuuden raportoinnin roolia yksityisen terveydenhuollon päätöksenteossa.

Viidennessä luvussa esitellään tutkimuksen päätelmät. Luvussa yhdistetään tutkimuksessa esiin nousseet keskeiset havainnot ja tarkastellaan niiden laajempaa merkitystä niin teoreettisessa viitekehyksessä kuin käytännön sovelluksissa. Samalla arvioidaan kriittisesti tutkimuksen tuloksia, tuodaan esiin tutkimusasetelman mahdolliset rajoitteet sekä hahmotellaan tulevia jatkotutkimusmahdollisuuksia, joiden avulla voidaan lisätä ymmärrystä kannattavuuden mittaamisesta ja raportoinnista yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnassa.

## 2. KANNATTAVUUDEN MITTAAMINEN PALVELULIIKETOIMINNASSA

### 2.1 Kannattavuuden merkitys ja mittaaminen

Osakeyhtiölain (624/2006) 1 luvun ja 5 pykälässä todetaan, että yhtiön toiminnan tarkoituksena on osakkeenomistajille voiton tuottaminen, jollei yhtiöjärjestyksessä toisin määrätä. Yrityksen kannattavuus (profitability) viittaa ylätasolla yrityksen kykyyn järjestää toimintansa siten, että se kykenee myyntituloillaan kattamaan menonsa, voitonjakomaksunsa ja lainanlyhennyksensä (Suomala et al., 2011, s. 39). Tämä tekee kannattavuudesta yrityksen lakisääteisen tavoitteen ja nostaa sen toiminnan päämääräksi. Kannattavuus ja voitollisuus eivät kuitenkaan ole ainoastaan osakeyhtiöiden tavoitteita, vaan ne muodostavat keskeisen edellytyksen minkä tahansa organisaation pitkän aikavälin toiminnan jatkuvuudelle. (Suomala et al., 2011, s. 39)

Yrityksen taloudelliset tavoitteet voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan: kannattavuuteen, maksuvalmiuteen ja vakavaraisuuteen. Neilimon ja Uusi-Rauvan (2005, s. 20) mukaan kannattavuus muodostaa näistä hierarkkisesti ylimmän tavoitteen, jota maksuvalmius ja vakavaraisuus tukevat. Painotukset voivat kuitenkin vaihdella yrityksen taloudellisen tilanteen sekä sen investointi- ja kasvutarpeiden mukaan (Neilimo & Uusi-Rauva 2005, s. 20). Alan kirjallisuudessa vallitsee yhtenäinen näkemys siitä, että kannattavuus on yrityksen keskeisin taloudellinen päämäärä, mutta sen rinnalle tarvitaan maksuvalmiuden ja vakavaraisuuden välistä tasapainoa yrityksen toiminnan jatkuvuuden varmistamiseksi. Yrityksellä on oltava riittävä maksuvalmius maksuvelvoitteistaan selviytymiseen ja vakavaraisuus kestävän taseaseaman turvaamiseksi (Alhola & Lauslahti 2005, s. 154–155).

Hyvä kannattavuus tukee yrityksen tulorahoitusta ja siten maksuvalmiutta, mutta vahvaan kannattavuus ei yksin takaa riittävää maksuvalmiutta, jos esimerkiksi investoinnit ovat suuria tai kassavirrat viivästyvät. Samoin kannattavuus ja vakavaraisuus ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa: voitollinen toiminta kasvattaa omaa pääomaa ja vahvistaa taseen omavaraisuutta. Vakavarainen yritys voi puolestaan hallita pääomarakennettaan joustavammin ja esimerkiksi vähentää vieraan pääoman osuutta. Tämä puolestaan alentaa rahoituskustannuksia ja heijastuu pidemmällä aikavälillä kannattavuuden paranemisena. (Suomala et al., 2011, s. 51–52).

Koska kannattavuustavoite on yrityksen tärkein taloudellinen päämäärä ja sen toiminnan perusta, sen mittaaminen saa keskeisen roolin yrityksen johtamisessa. Organisaation

tavoitteenasettelu ja suorituskyvyn mittausjärjestelmät ohjaavat keskeisesti sitä, mihin organisaation huomio, resurssit ja toiminta kohdistuvat (Otley, 1999). Toisin sanoen mittaamisen kohteet muovaavat organisaation käyttäytymistä ja päätöksentekoa. Näin ollen systemaattinen kannattavuuden mittaaminen näyttäytyy paitsi taloudellisen ohjauksen välineenä myös keskeisenä osana yrityksen strategista johtamista.

Kannattavuutta voidaan mitata sekä absoluuttisesti että suhteellisesti (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 20–21; Suomala et al., 2011, s. 39–40). Absoluuttinen kannattavuus viittaa rahamääräiseen lukuun, joka jää jäljelle, kun yrityksen tuloista vähennetään tulojen aikaansaamiseksi tarvittut menot. Tämä määritelmä pohjautuu ulkoisen laskentatoimen tuottamaan informaatioon, jossa yrityksen taloudellinen tulos määritellään suoriteperusteisesti tilikauden tuottojen ja kulujen erotuksena. (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 20–21)

Kannattavuuden suhteelliset mittarit puolestaan kuvaavat absoluuttisen kannattavuuden suhdetta valittuun vertailulukuun. Tyypillisesti vertailulukuna käytetään joko tuottojen aikaansaamiseen tai koko toimintaan sitoutunutta pääoman määrää. (Suomala et al., 2011, s. 40) Suhteelliset kannattavuusmittarit tarjoavat perustan taloudellisen suorituskyvyn vertailulle eri laskentakohteiden, kuten tulosityksiköiden, yritysten ja toimialojen, välillä. Yrityksen taloustavoitteiden tulisi kuitenkin sisältää sekä absoluuttisia että suhteellisia kannattavuustavoitteita. (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 21)

Sen lisäksi, että kannattavuuden mittaamista voidaan jäsentää absoluuttisten ja suhteellisten mittareiden avulla, voidaan mittaamisen näkökulmia tarkastella myös laskentatoimen kahden pääalueen kautta. Kannattavuutta ja sen mittaamista voidaan tehdä joko ulkoisen tai sisäisen laskentatoimen kontekstissa, jotka poikkeavat toisistaan niin tavoitteidensa, aikajänteidensä kuin laskentakohteidensa osalta (Suomala et al., 2011, s. 10). Eroavaisuudet kannattavuuden mittaamisessa selittyvät ulkoisen eli yleisen laskentatoimen ja sisäisen eli johdon laskentatoimen eriävillä rooleilla. Yleinen laskentatoimi perustuu yrityksen kirjanpidon tietojärjestelmään, jonka perusteella laaditaan tilinpäätös (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 9). Johdon laskentatoimi edustaa puolestaan nimensä mukaisesti johtoa tukevaa laskentaa, joka voidaan nähdä organisaation sisäisenä palvelutoimintona (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 14; Suomala et al., 2011, s. 9–10). Johdon laskentatoimen tehtävänä on kerätä, luokitella, analysoida ja raportoida sisäiseen päätöksentekoon tarvittavaa informaatiota. Toisin kuin ulkoisen laskentatoimen tuottama taloudellinen informaatio, joka on tarkoitettu yrityksen ulkopuolisille sidosryhmille, johdon laskentatoimen tuottama tieto palvelee organisaation sisäisiä tarpeita ja johdon päätöksentekoa eri käyttötarkoituksissa. (Cinquini & Tenucci, 2016)

Absoluuttiset kannattavuusmittarit johdetaan yleisen laskentatoimen puolella kirjanpitoasetuksen tuloslaskelman kaavasta. Suhteelliset kannattavuusmittarit puolestaan perustuvat samaan informaatioon, koska niiden laskeminen edellyttää tuloslaskelmaan pohjautuvaa absoluuttista kannattavuusmittaria. (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 20–21; Suomala et al., 2011, s. 40). Johdon laskentatoimen puolella kannattavuusmittarit määräytyvät laskentatilanteen mukaan. Näin ollen vain osa käytettävistä kannattavuusmittareista johdetaan yleisen laskentatoimen eristä ja termeistä, sillä johdon laskentatoimen kannattavuuslaskennassa tuotot ja kustannukset määritellään tarkoituksenmukaisuuden perusteella. (Suomala et al., 2011, s. 40)

Yleisen ja johdon laskentatoimen välinen ero antaa myös lähtökohdan tarkastella kannattavuuden mittaamisen aikajänteitä. Alan kirjallisuudessa nämä erotetaan usein toisistaan aikasuuntautuneisuuden perusteella siten, että molemmat voivat tarkastella mennyttä ja nykyhetkeä, mutta vain johdon laskentatoimen näkökulmaan sisältyy tulevaisuussuuntautuneisuus (Suomala et al., 2011, s. 10–11). Eräs tapa jakaa johdon laskentatoimi kahteen kokonaisuuteen on eritellä päätöksentekoa avustaviin sekä suunnittelulaskelmiin (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 14). Tulevaisuussuuntautuneisuus näkyy johdon laskentatoimen puolella etenkin suunnittelulaskelmissa, joita ovat esimerkiksi investointilaskelmat. Alhola ja Lauslahti (2005, s. 52) toteavatkin investointilaskelmien olevan pitkän aikavälin kannattavuuslaskelmia.

Lisäksi yleisessä ja johdon laskentatoimessa laskennan kohteet ovat keskenään erilaisia. Yleisessä laskentatoimessa laskentakohteena on tyypillisesti juridinen yrityskokonaisuus. Johdon laskentatoimessa tarkastelu on sen sijaan huomattavasti joustavampaa. (Suomala et al., 2011, s. 10–11) Yritykset hyödyntävät kannattavuusanalyysiä ensisijaisesti huomion kohdistamisen välineenä. Sen avulla pyritään tunnistamaan tuotteet, asiakkaat ja toiminnot, joiden taloudellinen suorituskyky tai resurssien käyttö edellyttää syvällisempää tarkastelua. Tämä tukee näkemystä, että sisäisen laskentatoimen mittarit eivät ainoastaan kuvaa mennyttä taloudellista suorituskykyä, vaan tuottavat päätöksenteon kannalta olennaista tietoa toiminnan kehittämisen ja resurssien tehokkaan kohdentamisen tueksi. (Drury & Tayles, 2006)

## 2.2 Kannattavuuden mittareita

Absoluuttiset kannattavuusmittarit johdetaan yleisen laskentatoimen puolella kirjanpitoasetuksen mukaisesta tilinpäätöksestä, ja suhteelliset kannattavuusmittarit perustuvat samaan informaatioon, sillä niiden laskenta edellyttää taustalle absoluuttista tuloserää (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 20–21; Suomala et al., 2011, s. 40).

Tuloslaskelman keskeinen kannattavuuserä on liikevoitto, jota hyödynnetään yleisesti yritysten taloudellisen suorituskyvyn vertailussa ja josta käytetään myös nimitystä EBIT (earnings before interest and taxes) (Alhola & Lauslahti, 2005, s. 13; Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 275–277). Tilikauden voitto puolestaan muodostuu, kun liikevoitosta vähennetään rahoitustuotot ja -kulut, tilinpäätössiirrot ja verot (Kirjanpitolaki, 1339/1997, 1 luku 1 §).

Näitä absoluuttisia tulosmääreitä käytetään suhteellisten kannattavuusmittareiden, kuten liikevoitto- ja voittoprosentin, muodostamiseen suhteuttamalla tulos liikevaihtoon (Suomala et al., 2011, s. 41). Johdon laskentatoimessa puolestaan yleisesti käytettyjä lyhyen aikavälin kannattavuusmittareita ovat myyntikate ja käyttökate, jotka perustuvat kustannusten jakamiseen muuttuviin ja kiinteisiin (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 275–277; Suomala et al., 2011, s. 40). Myyntikate kertoo tuottojen ja muuttuvien kustannusten erotuksen. Käyttökate saadaan vähentämällä myyntikatteesta vielä kiinteät kustannukset (Suomala et al., 2011, s. 41). Vaikka käyttökate ei sisälly kirjanpitoasetuksen mukaiseen viralliseen tuloslaskelmakaavaan, se on helposti johdettavissa lisäämällä suunnitelman mukaiset poistot ja arvonalentumiset liikevoittoon. (Salmi, 2016)

Eräs yritystoiminnan käytetyimmistä ohjauksen tunnusluvuista on pääoman tuottoprosentti (return on investment, ROI-%) (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 278). Pääoman tuottoprosentille on olemassa useita erilaisia esitysmuotoja, mutta tunnusluvun perusajatus on suhteuttaa tulos sijoitettuun pääomaan (Burns et al., 2013, s. 444–445). Yleisen laskentatoimen puolella osoittajassa käytetään tyypillisesti liikevoittoa ja nimittäjässä taseen loppusummaa, joka kuvastaa yritykseen sijoitettua kokonaispääomaa (Neilimo & Uusi-Rauva, 2005, s. 278; Suomala et al., 2011, s. 41). Kirjallisuudessa ja liikkeenjohdossa suosittu versio pääoman tuottoprosentista on kokonaispääoman tuottoprosentti, kun taas oman pääoman tuottoprosentissa tulos suhteutetaan taseen omaan pääomaan (Delen et al., 2013; Suomala et al., 2011, s. 41).

Sijoitetun pääoman tuottoprosentin suosion voidaan katsoa selittyvän sen kyvyllä huomioida samanaikaisesti liikevaihto, kustannukset ja sijoitettu pääoma, mikä edistää johdon kokonaisvaltaista arviointia näiden kolmen keskeisen muuttujan välisistä vuorovaikutussuhteista ja niiden välisistä kompromisseista (Burns et al., 2013, s. 444–445). Tunnuslukua voidaan hyödyntää sekä koko yrityksen että yksittäisten tulosyksiköiden taloudellisen suorituskyvyn arvioinnissa, ja se tarjoaa näin johdolle

yhtenäisen mittariston kannattavuuden seurantaan ja vertailuun (Burns et al., 2013, s. 444–445).

Johdon laskentatoimen näkökulmasta investointiprojektien kannattavuuden mittaaminen on olennainen osa yrityksen kokonaisvaltaista kannattavuuden mittaamista. Sijoitetun pääoman tuoton ohella investointivaihtoehtojen priorisointia voidaan täydentää muilla kannattavuuden mittareilla, jotka tarjoavat erilaisia näkökulmia investointien tuottopotentiaalin arviointiin (Alhola & Lauslahti, 2005, s. 155–161). Näistä erityisesti nettonykyarvo (net present value, NPV) ja sisäinen korkokanta (internal rate of return, IRR) ovat vakiintuneet kirjallisuudessa yleisimmin käytetyiksi menetelmiksi. Nettonykyarvo lasketaan diskonttaamalla investoinnista aiheutuvat tulevat nettotuotot nykyhetkeen ja vähentämällä niistä alkuinvestointi, jolloin investointi on taloudellisesti kannattava, mikäli nettonykyarvo on positiivinen. Sisäinen korkokanta puolestaan kuvaa sitä laskentakorkokantaa, jolla investoinnin nettonykyarvo on nolla, ja investointi on hyväksyttävä, jos sisäinen korkokanta ylittää asetetun tuottovaatimuksen (Alhola & Lauslahti, 2005, s. 155–157). Teoreettisesta näkökulmasta nettonykyarvoa pidetään näistä menetelmistä johdonmukaisempana, vaikka käytännössä sisäinen korkokanta on myös laajasti käytetty (Alhola & Lauslahti, 2005, s. 155–157).

Edellä kuvattu kannattavuuden mittaamisen tarkastelu osoittaa, että mittarit voivat kohdistua eri laskentatasoille ja aikajäniteille sekä hyödyntää joko ulkoisen tai johdon laskentatoimen tuottamaa informaatiota. Taulukossa 1 voidaan tiivistää nämä näkökulmat erottelemalla yritystason tunnusluvut, yksikkö- ja palvelutasoiset katemittarit, asiakas- ja potilastason kannattavuuslaskelmat sekä investointien ja elinkaaren aikaiset kannattavuusmittarit sen mukaan, millaiseen kustannustietoon ne perustuvat.

Vaikka yleisen laskentatoimen kannattavuustunnusluvut kuvaavat yrityksen taloudellista suorituskykyä, ne eivät yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnassa sellaisenaan kerro, miten kannattavuus muodostuu hoitoprosesseissa tai potilaskohtaisessa resurssien käytössä. Tämän vuoksi tässä työssä tarkastelu kohdistuu erityisesti johdon laskentatoimen menetelmiin, joiden avulla kannattavuutta voidaan mitata laskentakohteisiin sidotusti ja päätöksenteon kannalta mielekkäällä tarkkuustasolla.

### **2.3 Kannattavuuden mittaamisen erityispiirteet palveluliiketoiminnassa**

Palveluliiketoiminnan kannattavuuden mittaamisen ymmärtäminen edellyttää huomion suuntaamista siihen, miten palveluliiketoiminnan erityispiirteet heijastuvat laskentatoimen rakenteisiin ja mittaushetkiin. Tämän vuoksi palveluliiketoiminnan yhteydessä ei tarkastella yksityiskohtaisesti yleisen laskentatoimen tuottamia

kannattavuusmittareita, jotka johdetaan kirjanpitoasetuksen määrittämistä tuloslaskelman ja taseen kaavoista. Rajauksen perusteena on se, että tilinpäätöksen mukaiset laskennalliset erät eivät erottele valmistavaa liiketoimintaa palveluliiketoiminnasta, eivätkä ne sellaisenaan muodosta mielekästä tutkimuskohdetta palveluliiketoiminnan kannattavuuden mittaamisen tai raportoinnin kontekstissa.

Palveluliiketoiminta eroaa olennaisesti valmistavasta liiketoiminnasta siten, että sen keskiössä ovat aineettomat suoritukset sekä asiakkaan ja palveluntarjoajan vuorovaikutus. Palvelut tuotetaan ja kulutetaan usein yhtä aikaa, eikä palvelukapasiteettia voida varastoida tulevaa käyttöä varten. Tämä tekee kysynnän vaihtelusta ja kapasiteetin hallinnasta keskeisiä johtamisen haasteita. (Parker, 2012. s. 3–9) Samalla palvelujen merkitys on kasvanut huomattavasti digitalisaation ja teknologisen kehityksen myötä: uusien teknologioiden leviäminen on lisännyt palveluiden osuutta ja muuttanut niiden roolia pelkistä tukitoiminnoista keskeisiksi arvonmuodostuksen lähteiksi (Cinquini & Tenucci, 2016). Nämä erityispiirteet vaikuttavat suoraan kannattavuuden mittaamiseen, sillä palvelujen samanaikainen tuotanto ja kulutus sekä kapasiteetin joustamattomuus määrittävät kustannusten muodostumista ja siten myös palvelujen taloudellista suorituskykyä.

Vaikka palvelusektorin osuus taloudessa on kasvanut, palveluja on pitkään käsitelty johdon laskentatoimessa erityistuotteina eli tuotantolähtöisen ajattelun poikkeustapauksina. Näin ollen myös laskentatoimen menetelmät ja mittarit ovat usein peräisin teollisen tuotannon logiikasta, jossa painopiste on fyysisten suoritteiden kustannusten, volyymien ja tehokkuuden hallinnassa. Palveluorganisaatioissa tämä lähestymistapa johtaa helposti mittausvirheisiin, koska palvelut perustuvat vuorovaikutukseen, laatuun ja asiakaskokemukseen, joita ei voida täysin kuvata rahamääräisin mittarein. (Cinquini & Tenucci, 2016) Alan kirjallisuudessa tuodaan esiin, että palveluympäristöissä kustannusten kohdistaminen yksittäisiin suoritteisiin ei ole suoraviivaista, koska laskennan kohteena voi olla palvelu, asiakas tai loppukäyttäjä. Laskentakohteiden moninaisuus yhdistettynä välillisten kustannusten suhteellisesti suureen osuuteen vaikeuttaa sellaisten laskentajärjestelmien rakentamista, jotka kykenevät tuottamaan vertailukelpoista ja päätöksenteon kannalta relevanttia tietoa. (Cinquini & Tenucci, 2016). Kustannusten kohdistamisen vaikeus heijastuu kannattavuuden mittaamiseen siten, että yksikkökustannuksiin perustuvat mittarit menettävät selitysvoimansa, koska laskentakohteelle aiheutuvia todellisia kustannuksia ei pystytä luotettavasti määrittämään.

Palveluliiketoiminnan luonteeseen kuuluu arvon yhteisluonti, jossa palveluntarjoaja ja asiakas tuottavat arvoa yhdessä. Tämä vuorovaikutteinen prosessi muodostaa

palveluorganisaatioiden kannattavuuden perustan, ja sen mittaaminen on huomattavasti monimutkaisempaa kuin yksittäisten suoritteiden kustannuslaskenta. (Cinquini & Tenucci, 2016) Asiakkaalla on palveluliiketoiminnassa suuri vaikutus palvelusta aiheutuneisiin kustannuksiin, minkä seurauksena asiakas on palveluliiketoiminnan johdon laskentatoimessa tyypillinen laskentakohde (Dalci et al., 2010). Arvon yhteisluonti edellyttää, että laskentatoimi kykenee kuvaamaan ja seuraamaan niitä vuorovaikutussuhteita ja prosesseja, joiden kautta taloudellinen tulos syntyy. Cinquini ja Tenucci (2016) toteavat, että perinteiset johdon laskentatoimen viitekehykset eivät kykene huomioimaan palveluille ominaisia aineettomuuden, yhteistuotannon ja elinkaarisuuntautuneisuuden piirteitä riittäväällä tarkkuudella, mikä edelleen heikentää niiden soveltuvuutta palveluliiketoiminnan ohjaukseen. Kannattavuuden arviointi ei tällöin rajoitu yksittäiseen myyntitapahtumaan, vaan ulottuu pitkäaikaisen asiakassuhteen tuottamaan yhteisarvoon. (Grönroos & Helle, 2010)

Elinkaarinäkökulma voidaan ottaa laskentatoimen osalta huomioon hyödyntämällä elinkaarilaskentaa (life cycle costing, LCC). Elinkaarilaskennan tavoitteena on kohdistaa laskentakohteelle sen koko elinkaaren aikana syntyvät tuotot ja kustannukset (Suomala et al., 2011, s. 245–246). Laskentakohteen elinkaariarvo saadaan diskonttaamalla tulevat kassavirrat nykyhetkeen, jolloin kyseessä on nettonykyarvomenetelmään perustuva lähestymistapa. Näin ollen kyse on kannattavuuslaskennan muodosta, mutta elinkaarilaskenta ei perustu yksittäisten kustannusten tietynlaiseen kohdistamiseen, vaan tarjoaa kokonaisvaltaisen näkökulman laskentakohteen taloudellisiin vaikutuksiin sen elinkaaren aikana (Suomala et al., 2011, s. 245–246). Palveluliiketoiminnan kontekstissa elinkaarilaskennan, kuten muidenkin kannattavuuslaskelmien, tyypillinen laskentakohde on asiakas (Dalci et al., 2010; Lorenz, 2015, s. 66).

Palveluliiketoiminnan kannattavuuden ajureita tarkasteltaessa tuottavuus voidaan nähdä moniulotteisena ilmiönä, joka muodostuu sisäisen, ulkoisen ja kapasiteettitehokkuuden vuorovaikutuksesta. Näiden ulottuvuuksien ymmärtäminen on keskeistä, jotta laskentatoimi voi tukea päätöksentekoa palveluliiketoiminnassa. Sisäinen tehokkuus heijastuu kustannusrakenteen hallintaan ja palveluprosessien operatiiviseen tehokkuuteen, kun taas ulkoinen tehokkuus liittyy asiakkaiden kokemaan laatuun ja sen kautta syntyviin tuloihin. Kapasiteettitehokkuus yhdistää nämä näkökulmat vaikuttamalla samanaikaisesti sekä kustannuksiin että tuloihin optimoimalla palvelukapasiteetin käytön suhteessa kysyntään. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta muodostuva tuottavuus toimii keskeisenä palveluliiketoiminnan kannattavuuden ajurina. (Grönroos & Ojasalo, 2004) Näin ollen kannattavuuden mittaamisen yhteydessä on oleellista tarkastella myös tuottavuutta, vaikka se onkin luonteeltaan ei-rahamääräinen ilmiö (Suomala et al., 2011,

s. 48–49). Tämän vuoksi palveluliiketoiminnan kannattavuuden mittaamisessa on oleellista, että johdon laskentatoimen menetelmät huomioivat myös palveluihin liittyviä ei-taloudellista informaatiota (Cinquini & Tenucci, 2016).

Palveluliiketoiminnan erityispiirteet ovat synnyttäneet tarpeen kehittää laskentamenetelmiä, jotka pystyvät ottamaan huomioon toimintaympäristön, joka poikkeaa valmistavasta liiketoiminnasta. Perinteiset kustannuslaskentamallit eivät usein tavoita palveluliiketoiminnan ymmärtämisen kannalta tärkeitä laskentakohteita, kuten asiakkuuden elinkaariarvoa (Adrodegari & Sacconi, 2017). Keskeiseksi kysymykseksi nousee, mikä laskentakohte on palveluorganisaatiossa analyttisesti mielekäs. Kirjallisuudessa todetaan, että laskentakohteena voi olla paitsi yksittäinen palvelu myös asiakas, mikä heijastaa palvelujen tuotantotapaan liittyvää vuorovaikutteisuuutta ja asiakaslähtöisyyttä (Cinquini & Tenucci, 2016) Välilliset kustannukset, kuten IT-, infrastruktuuri- sekä tutkimus- ja kehityskulut, muodostavat merkittävän osan palveluyritysten kustannusrakenteesta, jolloin kustannusten erottelu on laskennan kannalta tavallista haastavampaa (Modell, 1996).

Useat tutkimukset ovat lisäksi osoittaneet, että perinteiset kustannuslaskentamenetelmät voivat systemaattisesti yli- tai aliarvioida palvelujen todellisia kustannuksia. Ongelmana ei ole ainoastaan suoritteiden määrä, vaan palvelujen tuottamisen vaihteleva monimutkaisuus, joka vaikuttaa ratkaisevasti välillisten kustannusten syntymiseen. Volyymiperusteiset kohdistusperiaatteet eivät kykene huomioimaan tätä vaihtelua, minkä seurauksena kustannukset näyttävät virheellisesti joko liian korkeina tai liian matalina tiettyjen palveluiden ja asiakkaiden osalta. (Popesko et al., 2015) Tämä havainto vahvistaa palveluliiketoiminnan kontekstissa esitettyä näkemystä siitä, että kannattavuuden mittaaminen edellyttää kustannuslaskentamenetelmiä, jotka pystyvät kuvaamaan resurssien käyttöä palveluprosessien todellisen rakenteen mukaisesti.

Tämä on lisännyt kiinnostusta menetelmiin, jotka pystyvät kuvaamaan resurssien käyttöä aiempaa tarkemmin. Aikaperusteinen toimintolaskenta (time-driven activity-based costing, TDABC) on esitetty palveluympäristöihin erityisen hyvin soveltuvaksi menetelmäksi, sillä se käyttää laskentaperustanaan aikaa, joka on monissa palveluprosesseissa keskeinen ja ihmisresursseihin kiinnittyvä kustannusajuri (Cinquini & Tenucci, 2016; Kaplan & Anderson, 2004). TDABC pohjautuu perinteiseen toimintolaskentaan (activity-based costing, ABC), jonka tavoitteena on kohdistaa kustannukset tarkemmin niille toiminnoille ja laskentakohteille, jotka kuluttavat resursseja (Kaplan & Anderson, 2004). ABC:n ydinajatus perustuu kolmeen peruslähtökohtaan: tuotteet tai palvelut edellyttävät toimintoja, toiminnot kuluttavat

resursseja ja resurssien käyttö aiheuttaa kustannuksia (Cooper & Kaplan, 1988). Toimintolaskennassa kustannusten kohdistaminen edellyttää laajamittaista tiedonkeruuta siitä, kuinka paljon henkilöstö käyttää aikaa eri toimintoihin. Tämä toteutetaan tyypillisesti haastattelujen, työaikakirjausten ja suorien havaintojen avulla. Toimintojen kustannusajurit määritellään jakamalla kunkin toiminnon kokonaiskustannukset sen suoritelmäärällä, kuten vastaanottojen lukumäärällä, tarkastusten määrällä tai toimitusten määrällä. (Kaplan & Anderson, 2004)

Vaikka ABC tuottaa yksityiskohtaista kustannusinformaatiota, sen ylläpito osoittautuu käytännössä raskaaksi ja haastavaksi. Toimintorakenteen tai resurssien käytön muuttuessa mallin päivittäminen edellyttää uutta tiedonkeruuta, mikä tekee laskentajärjestelmästä helposti vanhentuvan ja vaikeasti skaalautuvan. Näiden haasteiden seurauksena ABC-mallit jäävät usein päivittämättä, jolloin niiden tuottama kustannustieto menettää päätöksenteon kannalta olennaisen ajantasaisuutensa. TDABC kehitettiin vastaamaan juuri näihin ongelmiin, ja se tarjoaa yksinkertaisemman, joustavamman ja tarkemman tavan mallintaa resurssien kulutusta erityisesti palveluympäristöissä. (Kaplan & Anderson, 2004) Näiden kahden järjestelmän keskeinen ero on siinä, että ABC hyödyntää useita erilaisia kustannusajureita, kun taas TDABC perustuu kustannusten muodostumisessa yksinomaan aikaan (Niñerola et al., 2021).

## 3. YKSITYINEN TERVEYDENHUOLTO JA SEN ERITYISPIIRTEET

### 3.1 Terveydenhuoltojärjestelmä ja yksityinen terveydenhuolto

Terveydenhuoltojärjestelmät ovat kehittyneet eri maissa historiallisten, poliittisten ja taloudellisten tekijöiden ohjaamina, mutta OECD-maita yhdistää se, että kaikissa niissä terveydenhuolto rakentuu julkisen ja yksityisen sektorin hybrideistä (Molander, 2025). Näin ollen myös Suomessa on käytössä hybridimalli, jossa julkinen ja yksityinen sektori toimivat rinnakkain ja toisiaan täydentäen. Suomessa terveydenhuoltojärjestelmän perusta on julkisissa terveydenhuollon palveluissa, joihin jokaisella Suomessa vakituisesti asuvalla on perustuslain mukaan oikeus. (Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste, 2025) Samanaikaisesti Suomi on kuitenkin omaksunut laaja-alaisen yksityisen terveydenhuollon palvelutuotannon, jonka rooli terveydenhuoltojärjestelmässä on kasvanut voimakkaasti 2000-luvun alusta lähtien (Hiltunen, 2024).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä rakentuu kolmen toisiaan täydentävän osa-alueen varaan: julkinen terveydenhuolto, työterveyshuolto ja yksityinen terveydenhuolto muodostavat kokonaisuuden, jossa osa palveluista on kaikille saatavilla ja osa järjestyy työnantajan tai yksilön valintojen perusteella. (Keskimäki et al., 2019). Yksityinen terveydenhuolto käsittää ne organisaatiot, jotka eivät kuulu valtion omistukseen tai suoraan hallinnolliseen ohjaukseen, mutta jotka osallistuvat terveystalouden tuottamiseen osana kansallista palvelujärjestelmää (World Health Organization, 2023). Suomessa yksityinen sektori muodostuu yrityksistä, itsenäisistä ammatinharjoittajista, järjestöistä ja säätiöistä, jotka myyvät palveluitaan joko suoraan kuluttajille, työnantajille tai julkiselle sektorille ostopalveluina (Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste, 2025). Näin ollen yksityisellä terveydenhuollolla on sekä täydentävä että järjestelmää kuormitusta purkava tehtävä, mikä tekee siitä merkittävän osan terveydenhuollon kokonaisuutta (Hiltunen, 2024).

Pohjoismainen terveydenhuoltojärjestelmä sijoittuu Molanderin (2025) mukaan malliksi, jossa valtio kantaa vahvan vastuun terveydenhuollon rahoituksesta ja järjestämisestä, ja jossa yksityisen sektorin rooli on perinteisesti ollut rajatumpi kuin anglosaksisissa tai Keski-Euroopan malleissa. Tästä huolimatta yksityisen terveydenhuollon osuus Suomessa on kasvanut merkittävästi: yksityisten terveydenhoitoyritysten osuus terveystalouden kokonaistuotannosta on noussut noin 11 prosentista yli 26 prosenttiin

vuosina 2000–2022. Tämä kasvu on seurausta useista rakenteellisista ja kysyntää lisäävistä tekijöistä. Ikääntyvä väestö on lisännyt palvelutarvetta, ja kasvava osa tästä kysynnästä on suuntautunut yksityiselle sektorille. Samalla kansalaisten kiinnostus omaehtoiseen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen on vahvistunut, mikä näkyy yksityisten palveluiden käytön yleistymisenä. (Hiltunen, 2024) Lisäksi yksityisen terveydenhuollon kysyntää kasvattaa vapaaehtoisen sairausvakuuttamisen nopea yleistyminen, mikä on Pohjoismaissa laaja yhteiskunnallinen trendi. Vakuutukset tarjoavat mahdollisuuden päästä suoraan erikoislääkärille ilman lähetettä, mikä lisää huomattavasti yksityisten palvelujen käyttöä. (Lavaste, 2023) Vakuutetut käyttävät terveydenhuollon palveluita myös muita useammin, mikä korostaa ilmiötä (Blomgren & Virta, 2020).

Suomessa yksityisen terveydenhuollon toimijat toimivat markkinaehtoisesti. Toisin sanoen he päättävät markkinoille tulosta, poistumisesta, palveluvalikoimasta ja hinnoittelusta lainsäädännön ja sääntelyn asettamissa rajoissa. Markkinaehtoisuus ei kuitenkaan tarkoita täydellistä autonomisuutta, sillä yksityisten toimijoiden toimintaympäristö kytkeytyy kiinteästi julkiseen rahoitukseen ja valvontaan. Näin ollen yksityisen sektorin toimijoiden on täytettävä julkisen tilaajan laajat laatuvaatimukset, joita seurataan järjestelmällisesti. (Hiltunen, 2024)

### **3.2 Palveluliiketoiminta yksityisessä terveydenhuollossa**

Terveydenhuollon palveluliiketoimintaa luonnehtivat erityisesti työvoimavaltaisuus, korkea palvelun räätälöintiaste ja tiivis asiakaskontakti (Lorenz, 2015). Terveydenhuollon palvelut tuotetaan pitkälti asiantuntijatyönä, ja henkilöstö muodostaa näin ollen toimialan keskeisimmän tuotannontekijän (Hiltunen, 2024). Näin ollen toiminta on riippuvaista henkilöstön saatavuudesta ja kapasiteetin tehokkaasta hyödyntämisestä, mikä on palvelutuotannon rakenteellinen haaste (Lorenz, 2015). Lisäksi dynamiikkaa lisää toimialalle ominainen organisaatioiden rakenteellinen hajanaisuus. Yksityiset lääkärit ovat perinteisesti harjoittaneet ammattiaan pienpraktiikoissa tai vuokralla terveystaluyritysten tiloissa, ja ammatinharjoittajalääkäreiden hinnoitteluvapaus on edelleen keskeinen osa toimialaa (Hiltunen, 2024). Yritykset vastaavat puolestaan muiden palvelujen, kuten kuvantamisen ja laboratoriodiagnostiikan, hinnoittelusta. Tämän seurauksena palveluiden tulonmuodostus ja kustannusrakenne ovat hajautuneita useiden toimijoiden kesken. (Hiltunen, 2024)

Yksityisessä terveydenhuollossa huomio on kohdistunut yhä voimakkaammin arvon tuottamiseen, joka määritellään potilastulosten ja kustannusten suhteena. Näin ollen arvoa voidaan lisätä joko parantamalla potilastuloksia tai vähentämällä palveluiden

tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. (Choudhery et al., 2021; Lee et al., 2016; Leusder et al., 2022) Hoitotulosten mittaaminen edellyttää potilaan terveydentilan muutoksen tarkastelua useilla ulottuvuuksilla, kuten eloonjäämisellä, toimintakyvyllä, hoidon kestolla ja komplikaatioiden määrällä. Kustannusten mittaaminen on puolestaan jäänyt vähemmälle huomiolle, vaikka potilaan hoitopolun todelliset kokonaiskustannukset vaikuttavat suoraan terveydenhuollon tuottamaan arvoon. (Kaplan & Porter, 2011) Arvon tuottamisen näkökulmasta palveluliiketoiminnan rakenteelliset erityispiirteet tekevät kustannusten systemaattisesta mittamisesta poikkeuksellisen haastavaa.

Haastavuuden taustalla on ennen kaikkea se, että potilaan hoito edellyttää useiden resurssien, kuten henkilöstön, tilojen, laitteiden ja tarvikkeiden, yhteiskäyttöä. Nämä resurssit kytkeytyvät monivaiheisiin prosesseihin, jotka ulottuvat ensimmäisestä kontaktista tutkimuksiin, klinisiin toimenpiteisiin ja hallinnollisiin vaiheisiin aina hoidon päättymiseen saakka. Valinnat potilaan hoitoon käytettävistä menetelmistä voivat vaihdella huomattavasti, ja tämän seurauksena kaksi samoista oireista kärsivää potilasta kulkevat usein erilaisen palvelupolun läpi. Prosessien standardoinnin puute heijastaa terveydenhuollon ammatillista käsityömäisyyttä. (Kaplan & Porter, 2011)

Yksityisen terveydenhuollon asiakaskunta on niin ikään monimuotoinen. Työterveyshuolto muodostaa yhden keskeisimmistä asiakassegmenteistä, sillä valtaosa työterveyspalveluista tuotetaan yksityisen terveydenhuollon parissa. Palvelut ovat työntekijöille maksuttomia käytön yhteydessä sekä nopeasti saavutettavissa, mikä johtaa siihen, että työterveyshuollon käyttäjät eivät yleensä käytä lainkaan julkisia palveluja. (Blomgren & Virta, 2020) Toisen merkittävän segmentin muodostavat vapaaehtoisen sairausvakuutuksen piirissä olevat asiakkaat. Vakuutukset mahdollistavat suoran pääsyn erikoislääkäripalveluihin ilman lähetettä ja lisäävät siten yksityisten palvelujen käyttöä, minkä vuoksi vakuutetut ovat palveluntuottajille keskeisiä asiakkaita (Lavaste, 2023). Vakuutetut käyttävät terveydenhuollon palveluita myös muita useammin, mikä korostaa ilmiötä (Blomgren & Virta, 2020).

Suomalaisessa terveydenhuollon kontekstissa julkisen sektorin toimijat muodostavat kuitenkin yksityisten terveydenhuollon merkittävimmän asiakaskunnan, mikä vahvistaa yksityisten palveluntuottajien riippuvuutta julkisista ostopalveluista (Hiltunen, 2024). Julkiset toimijat hankkivat osan terveydenhuollon palveluista yksityiseltä sektorilta, jolloin palveluiden käyttäjinä ovat yksityishenkilöt, mutta kustannusvastuu säilyy julkisella tilaajalla (Hiltunen, 2024). Vaikka julkinen perusterveydenhuolto on kaikille saatavilla, pitkät jonot ohjaavat osan asiakkaista yksityisille palveluntuottajille. Yksityisten terveystalusten käyttö kohdistuu keskimääräistä enemmän korkeampiin tuloluokkiin

palvelujen korkean hinnan vuoksi. Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että sosioekonomisesti paremmassa asemassa olevat käyttävät lääkäripalveluja muita useammin jopa hoidon tarpeella vakioituna, ja Suomi kuuluu tältä osin epätasa-arvoisimpiin maihin. (Blomgren & Virta, 2020) Yksityisten yritysten on myös täytettävä julkisen tilaajan laajat laatu- ja raportointivaatimukset, joita seurataan hoidon tasalaatuisuuden varmistamiseksi (Hiltunen, 2024). Tämä puolestaan heijastuu yksityisille yrityksille raportointivaatimuksena.

Yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnan erityispiirteet vaikuttavat ratkaisevasti siihen, millaista informaatiota palveluntuottajat tarvitsevat päätöksenteon tueksi. Koska palveluprosessit ovat vaihtelevia ja kustannusten synty jakautuu useisiin resursseihin, toimialalla korostuu tarve kustannuslaskentajärjestelmille, jotka kykenevät tuottamaan tarkkaa, prosessikohtaista ja potilastason informaatiota. Tätä tarvetta korostaa Kaplanin ja Porterin (2011) huomio siitä, että palveluista laskutetut veloitukset tai maksetut korvaukset eivät heijasta resurssien todellisia kustannuksia. Resurssin, kuten lääkärin ajan, laitteen tai tilan, kustannus määräytyy sen mukaan, kuinka suuri osa sen käytettävissä olevasta kapasiteetista kohdistuu tietyn potilaan hoitoon, riippumatta palvelun hinnasta tai korvauksesta (Kaplan & Porter, 2011).

### **3.3 DRG-järjestelmä**

Yksityisen terveydenhuollon toimintaympäristöä eivät määritä ainoastaan markkinaehtoisuus ja palveluliiketoiminnan erityispiirteet, vaan myös julkisen sektorin ohjaus- ja raportointirakenteet, joista keskeisimpiä on DRG-järjestelmä (Diagnosis-Related Groups). DRG-järjestelmällä on vahva institutionaalinen asema terveydenhuollon ohjausjärjestelmässä sekä kansainvälisesti että Suomessa (Järvinen, 2009). DRG-järjestelmän ensisijainen tehtävä ei ole tuottaa johdon laskentatoimen tarvitsemää laskentatietoa, vaan luokitella potilaat ryhmiin, joiden oletetaan edellyttävän keskimäärin samankaltaista resurssien käyttöä (Chapman et al., 2014).

DRG-järjestelmät perustuvat potilaiden luokitteluun diagnoosien, toimenpiteiden, iän ja muiden kliinisten tekijöiden perusteella ennalta määritellyn algoritmin avulla. Luokittelu yhdistää kliinistä tietoa ja kustannustietoa, ja sen tuloksena syntyvät DRG-ryhmät toimivat keskeisenä kustannusten raportoinnin kohteena. Näin DRG:t muodostavat taloudellisen tarkastelun perusyksikön, jonka ympärille hinnoittelu, seuranta ja vertailu usein rakentuvat, vaikka varsinainen kustannuslaskennan toteutustapa voi vaihdella palveluntuottajien välillä. (Chapman et al., 2014).

Suomessa DRG:n käyttöönotto on liittynyt laajempaan julkisen terveydenhuollon ohjauslogiikan muutokseen, jossa korostuvat toiminnan läpinäkyvyys, vertailtavuus ja tilivelvollisuus. Siirtymä on merkinnyt painotuksen siirtymistä yksityisen sektorin laskenta- ja ohjausmenetelmistä kohti kollektiivisempaa, vertailua mahdollistavaa ohjausjärjestelmää. Tämän kehityksen myötä DRG-luokitteluun perustuvat käytännöt ovat nousseet keskeiseen asemaan julkisessa terveydenhuollossa, samalla kun toimintolaskentapohjaisten lähestymistapojen rooli on heikentynyt ohjauksen näkökulmasta. (Järvinen, 2009)

Vaikka DRG-järjestelmä kytkeytyy ensisijaisesti julkisen sektorin ohjaukseen, sen vaikutukset ulottuvat myös yksityiseen terveydenhuoltoon. Yksityiset palveluntuottajat toimivat monin osin julkisten tilaajien ostopalvelujen ja niihin liittyvien raportointivaatimusten puitteissa, jolloin DRG-luokitukset määrittävät, millä tasolla kustannus- ja toimintatietoa on tuotettava (Chapman et al., 2014). Tässä mielessä DRG-järjestelmä vaikuttaa yksityisen sektorin kustannuslaskentaan epäsuorasti ohjaamalla laskentatiedon rakennetta ja laskentakohteita, vaikka se ei itsessään määritä käytettävää laskentamenetelmää (Chapman et al., 2014).

Samalla on tunnistettava DRG-järjestelmään liittyvät rajoitteet. DRG-ryhmät eivät välttämättä vastaa kliinisiä hoitoprosesseja tai yksittäisten potilaiden todellisia hoitopolkuja, vaan ne kokoavat yhteen keskenään heterogeenisiä potilaita hallinnollisten luokittelusääntöjen perusteella. Tämän vuoksi DRG-tasoinen kustannustieto soveltuu huonosti potilastason resurssien käytön tai hoitoprosessien tehokkuuden analysointiin (Chapman et al., 2014). DRG-järjestelmä toimii siten ennen kaikkea ohjauksen, raportoinnin ja vertailun välineenä, ei yksityiskohtaisen kustannuslaskennan tai johdon päätöksenteon ensisijaisena tietolähteenä.

Näin DRG-järjestelmä muodostaa kehyksen, jonka puitteissa sekä julkinen että yksityinen terveydenhuolto toimivat. Sen rinnalle tarvitaan kuitenkin muita kustannuslaskennan lähestymistapoja, jotka kykenevät vastaamaan palveluprosessien vaihtelevuuden ja potilaskohtaisen resurssien käytön asettamiin vaatimuksiin.

## 4. KANNATTAVUUDEN MITTAAMINEN YKSITYISESSÄ TERVEYDENHUOLLOSSA

### 4.1 Johdon laskentatoimi yksityisessä terveydenhuollossa

Johdon laskentatoimi muodostaa keskeisen osan yksityisen terveydenhuollon ohjausjärjestelmää, sillä se tuottaa päätöksenteon kannalta kriittistä tietoa palveluiden kustannuksista, resurssien käytöstä ja toiminnan kannattavuudesta. Alan kirjallisuudessa korostetaan, että terveydenhuollon organisaatioiden on tunnettava palveluidensa kustannukset, jotta ne voivat tehostaa toimintaa, vähentää hukkaa ja parantaa palvelutuotannon arvoa (Choudhery et al., 2021). Popesko et al. (2015) huomauttavat, että yksi terveydenhuollon organisaatioiden suurimmista haasteista kannattavuuden mittaamisessa liittyy juuri luotettaviin kustannusten kohdistamismenetelmiin. Ilman tarkoituksenmukaista kustannuslaskentajärjestelmää organisaation kyky muodostaa oikeellista kuvaa palveluiden tai potilaiden kannattavuudesta jää olennaisesti vajaaksi (Popesko et al., 2015).

Terveydenhuollossa kustannusten mittaamisen tulisi kattaa koko hoitopolku, mutta todellisten kustannusten määrittäminen on haastavaa, koska sekä kustannusten laskenta että käsitteiden yhdenmukaisuus eri toimijoiden välillä ovat ongelmallisia (Kaplan & Porter, 2011). Alan kirjallisuus osoittaa, että kustannusten määrittelyyn liittyy epäselvyyksiä: kustannukset sekoitetaan usein potilaiden tai vakuutusyhtiöiden maksamiin hintoihin, vaikka hinnat eivät heijasta palvelun tuottamisen todellista kustannusrakennetta (Leusder et al., 2022). Kustannusten kohdistamista vaikeuttaa lisäksi se, että niitä jaetaan usein toimenpiteille, yksiköille ja palveluille korvausperusteiden mukaisesti sen sijaan, että kohdistus perustuisi todelliseen resurssien käyttöön. Korvausjärjestelmät puolestaan rakentuvat oletuksille hoidon intensiteetistä ja prosessien työmäärästä, mutta nämä oletukset eivät välttämättä vastaa todellista toimintaa, mikä johtaa kustannuslaskennan vääristymiin. Korvausperusteiset kustannuslaskentajärjestelmät kätkevät lisäksi arvokkaiden mutta ei-laskutettavien toimintojen, kuten potilaskonsultaatioiden, kustannukset laajoihin yleiskustannuseriin, jotka kohdistetaan laskutettaville toiminnoille epätarkoin perustein. (Kaplan & Porter, 2011). Näin ollen kustannusten ja hintojen välinen ero sekä korvausperusteisiin sidottu kohdistaminen vaikeuttavat olennaisesti niitä pyrkimyksiä, joiden tavoitteena on tuottaa hoitoprosessien todellisia kustannuksia kuvaavaa informaatiota.

Kustannuslaskentaa vaikeuttaa erityisesti välillisten kustannusten suuri osuus, sillä niitä ei voida kohdistaa yksittäisille potilaille suoraviivaisesti, vaan ne edellyttävät ajureita, jotka pystyvät kuvaamaan resursseista aiheutuneita todellisia kustannuksia (Leusder et al., 2022). Haastetta lisää hoitoprosessien huomattava vaihtelu: potilaan hoito etenee useiden resurssien yhteiskäyttöä prosesseissa, jotka ulottuvat ensimmäisestä kontaktista klinisiin toimenpiteisiin ja hallinnollisiin vaiheisiin aina hoidon päättymiseen saakka (Kaplan & Porter, 2011). Tämä heterogeenisyys vaikeuttaa kustannusten systemaattista kohdistamista ja heikentää kustannusinformaation vertailukelpoisuutta. Näissä olosuhteissa johdon laskentatoimen tehtävänä on tuottaa mahdollisimman täsmällistä ja luotettavaa kustannustietoa. Kustannuslaskentajärjestelmän valinnalla on siten keskeinen merkitys, sillä järjestelmä määrittää, millaista kustannusinformaatiota organisaatio kykenee tuottamaan ja miten tätä tietoa voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä (Niñerola et al., 2021).

Edellä kuvatut haasteet ovat heijastuneet siihen, millaisia kustannuslaskennan lähestymistapoja terveydenhuollossa on kehitetty ja hyödynnetty. Alan kirjallisuus osoittaa, että terveydenhuollon kustannusten mittaaminen on ollut pitkään hajanaista, ja merkittävä osa tutkimuksesta nojaa yhä korvausperusteisiin arvioihin todellisten kustannusten sijaan (Leusder et al., 2022). Samanaikaisesti tutkimus, jossa kustannuksia on mitattu arvoperusteisen terveydenhuollon viitekehyksessä, korostaa sellaisten laskentamenetelmien merkitystä, jotka kykenevät kohdentamaan sekä välittömät että välilliset kustannukset hoitoprosesseille ja koko hoitopolulle (Leusder et al., 2022).

Tässä työssä tarkastelu kohdistuu kahteen keskeiseen yksityisessä terveydenhuollossa käytettyyn kustannuslaskentajärjestelmään: TDABC:hen, ABC:hen. Näitä lähestymistapoja yhdistää niiden keskeinen rooli kustannusinformaation tuottamisessa, mutta ne eroavat toisistaan sekä laskentatavan että ohjauksellisen käyttötarkoituksen osalta (Leusder et al., 2022). TDABC on noussut keskeiseen asemaan terveydenhuollon kustannuslaskennan tutkimuksessa ja käytännöissä. TDABC:tä pidetään perustellusti tehokkaana menetelmänä erityisesti silloin, kun tavoitteena on kuvata koko hoitoketjun kustannuksia. (Leusder et al., 2022) Toisaalta yksityisessä terveydenhuollossa potilaan hoitopolku voidaan rinnastaa asiakkaan elinkaareen. Elinkaarilaskenta on puolestaan yleisesti tunnustettu lähtökohta laskennalle palveluliiketoiminnassa (Grönroos & Helle 2010). TDABC:n etuna on kyky yhdistää hienojakoinen kustannusten kohdistaminen suhteellisen yksinkertaiseen toteutustapaan, mikä tekee siitä käyttökelpoisen monimutkaisissa ja vaihtelevissa palveluprosesseissa (Leusder et al., 2022).

TDABC:n tarkastelu kytkeytyy luontevasti ABC:hen, joka on ollut yksi keskeisistä terveydenhuollossa käytetyistä kustannuslaskentamenetelmistä. ABC perustuu välillisten kustannusten kohdistamiseen todellisten resurssiyksiköiden kulutuksen perusteella ja edustaa siten hyvin hienojakoista kustannusten kohdistamistasoa, mikä on erityisen relevanttia terveydenhuollossa välillisten kustannusten suuren osuuden vuoksi. TDABC kohdentaa välillisiä kustannuksia aikaperusteisten kustannusajureiden avulla, mikä tekee menetelmästä kevyemmän toteuttaa erityisesti laajoissa ja vaihtelevissa hoitoprosesseissa. (Leusder et al., 2022) Näin ollen näiden menetelmien tarkastelu rinnakkain on perusteltua, sillä ne tarjoavat eritasoista yksityiskohtaisuutta yksityisen terveydenhuollon kustannuslaskentaan, mikä puolestaan heijastuu kannattavuuden mittaamiseen. Seuraavassa luvussa analysoidaan näiden järjestelmien ominaispiirteitä ja arvioidaan, millaista kustannusinformaatiota ne tuottavat yksityisen terveydenhuollon kannattavuuden mittaamisen tueksi.

## **4.2 Yksityisen terveydenhuollon kustannuslaskentajärjestelmät**

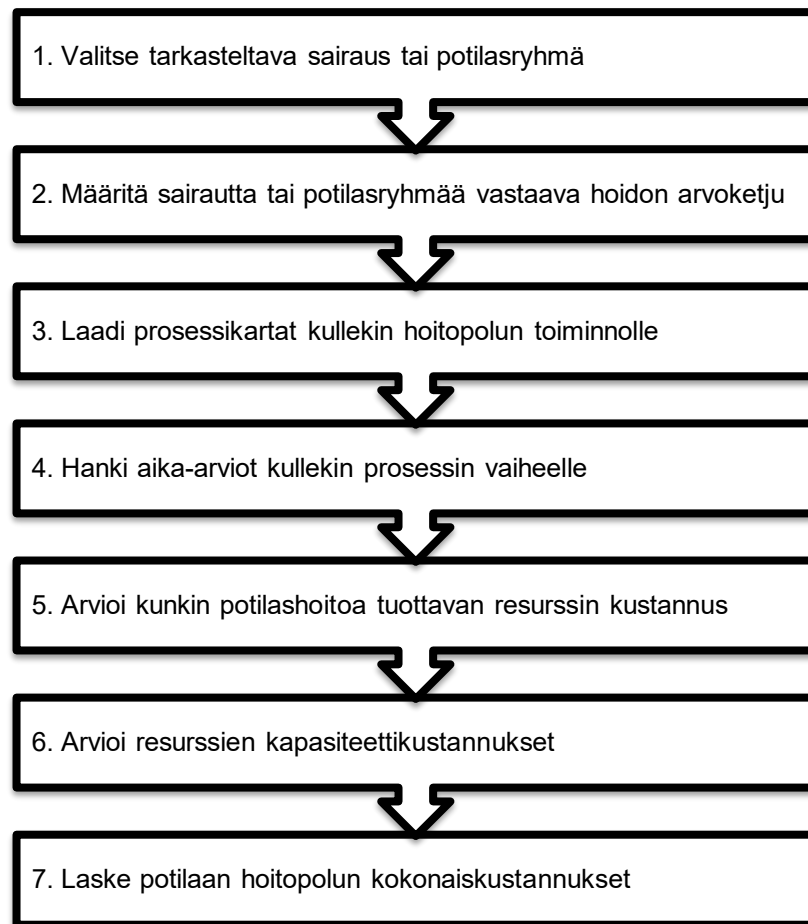
Palveluliiketoiminnassa vallitsee näkemys, että toimintolaskentajärjestelmät ovat perinteisiä kustannuslaskentajärjestelmiä arvokkaampia (Kaplan & Anderson, 2007). Tämä havainto perustuu siihen, että kyseiset järjestelmät tehostavat resurssien kohdentamista ja tuottavat tarkempaa kustannusinformaatiota erityisesti monimutkaisissa toimintaympäristöissä, joissa resurssit ovat vahvasti sidoksissa osaamiseen, kuten terveydenhuollossa (Popesko et al., 2015).

Leusder et al. (2022) tarkastelivat arvoperusteisen terveydenhuollon kustannuslaskentajärjestelmiä koskevaa tutkimuskirjallisuutta. Heidän analyysissään 110 tutkimusta käsitteli kustannuslaskentaa arvoperusteisen terveydenhuollon viitekehyksessä. Kun tutkijat kohdistivat huomionsa menetelmiin, jotka kykenevät kohdentamaan sekä välittömät että välilliset kustannukset hoitoprosesseille, tutkimuskenttää kavensi käytännössä kahteen vaihtoehtoon. Tarkasteluun jäivät ABC ja TDABC, eikä aineistosta noussut esiin näille varteenotettavia vaihtoehtoisia kustannuslaskentamenetelmiä. Samalla analyysi tuo esiin olennaisen eron menetelmien käytännön soveltuvuudessa. (Leusder et al., 2022) ABC tuottaa erittäin yksityiskohtaista kustannusinformaatiota, mutta sen hyödyntäminen edellyttää laajaa ja jatkuvaa tiedonkeruuta, mikä rajoittaa menetelmän käyttöä terveydenhuollon palveluympäristössä. TDABC vastaa tähän ongelmaan säilyttämällä ABC:n keskeisen lähtökohdan välillisten kustannusten kohdistamisesta toimintojen avulla, mutta

yksinkertaistamalla mallinnusta aikaperusteisten kustannusajureiden avulla. (Leusder et al., 2022; Niñerola et al., 2021)

Toisaalta terveydenhuollon kustannuslaskenta kirjallisuus on myös linjassa Kaplanin ja Andersonin (2004) esittämän proposition kanssa, jonka mukaan TDABC-järjestelmällä on potentiaalia täydentää ABC-menetelmän hyödyntämiseen liittyviä haasteita ja tarjota yksinkertaisempi sekä käyttökelpoisempi lähestymistapa kustannuslaskentaan (Lee et al., 2016). Myös Leusder et al. (2022) päätyivät lopputulokseen, että TDABC näyttäytyy tarkoituksenmukaisimpana kustannuslaskentamenetelmänä terveydenhuollossa erityisesti silloin, kun tavoitteena on tuottaa päätöksenteon kannalta relevanttia, koko hoitoketjun kattavaa kustannusinformaatiota. Tämän seurauksena työssä syvennyttään erityisesti TDABC:n soveltamiseen yksityisen terveydenhuollon kontekstissa.

Vaikka TDABC-menetelmää on hyödynnetty laajasti muilla palvelualoilla jo pitkään, terveydenhuollossa sen potentiaali on noussut esiin vasta viime vuosina. Kaplan ja Porter (2011) sovelsivat TDABC-menetelmää ensimmäisinä terveydenhuollon kontekstissa. (Choudhery et al., 2021) Menetelmä kohdistaa kustannukset niihin resursseihin, joita potilas hoitoprosessin aikana käyttää, sekä resurssien potilaskohtaiseen ajankäyttöön. TDABC:n logiikassa potilas toimii luontevana ja tarkoituksenmukaisena laskentakohteena, sillä kustannusten syntyminen on suoraan sidoksissa potilaan kulkemaan hoitopolkuun. (Kaplan & Porter, 2011) Tämä on yhteneväistä palveluliiketoiminnan johdon laskentatoimen havaintojen kanssa, joissa korostetaan asiakkaan asemaa keskeisenä laskentakohteena arvon yhteisluonnin näkökulmasta (Cinquini & Tenucci, 2016; Dalci et al., 2010). TDABC korostaa niin ikään elinkaarinäkökulmaa: kustannuslaskennan oletetaan kattavan hoitopolun kaikki vaiheet ja edellyttävän sekä kliinisten että hallinnollisten toimintojen systemaattista potilaskohtaista dokumentointia. Tämä mahdollistaa hoidon kokonaiskustannusten määrittämisen. (Kaplan & Porter, 2011) Alan kirjallisuus osoittaa, että TDABC:n avulla on mahdollista tuottaa terveydenhuoltopalveluiden todellisia kustannuksia kuvaavaa laskentatietoa, mutta lopputulos riippuu olennaisesti sen soveltamistavasta (Leusder et al., 2022). Näin ollen kuva 2 esittää prosessia, joka muodostaa TDABC:n hyödyntämisen perustan terveydenhuollossa (Kaplan & Porter, 2011).



**Kuva 2.** TDABC-menetelmän kustannuslaskentaprosessi (mukaillen Kaplan & Porter, 2011)

Prosessin ensimmäisessä vaiheessa ei ainoastaan valita tarkasteltavaa sairautta tai potilasryhmää, vaan huomioidaan myös siihen liittyvät kliiniset erityispiirteet, kuten komplikaatiot ja samanaikaissairaudet, jotka vaikuttavat potilaan hoitopolkuun ja siten myös resurssien kuormitukseen. Tässä yhteydessä rajataan myös hoitajakson alku ja loppu. Toisessa vaiheessa muodostettava hoidon arvoketju ei vielä kuvaa hoitoprosessin yksityiskohtaisia toimintoja, vaan jäsentää hoitopolun ylätasoa rakenteen. Tämä kokonaisvaltainen näkymä hoitopolusta auttaa tunnistamaan ne keskeiset ulottuvuudet, joilla hoitotuloksia on tarkoituksenmukaista mitata, ja toimii samalla lähtökohtana myöhemmälle prosessitason mallinnukselle, jossa kunkin päävaiheen yksittäiset toiminnot kuvataan tarkemmin. (Kaplan & Porter, 2011)

Kolmannessa vaiheessa nämä päävaiheet puretaan yksityiskohtaisiksi prosessikartoiksi, jotka kuvastavat potilaan mahdollisia kulkureittejä ja tuovat näkyväksi kaikki prosesseissa tarvittavat resurssit. Prosessikarttoihin sisällytetään sekä potilaalle suoraan näkyvät resurssit, kuten henkilöstö, tilat ja laitteet, että ne tukevat resurssit, joita tarvitaan primääritoimintojen mahdollistamiseen. Myös kulutustarvikkeet tunnistetaan,

vaikka niitä ei välttämättä visualisoida karttaan. Aika-arvioiden määrittäminen neljännessä vaiheessa edellyttää resurssikohtaista ajankäytön arviointia kussakin prosessivaiheessa. Lyhyissä ja standardoiduissa prosesseissa voidaan hyödyntää vakiomittauksia, kun taas monimutkaiset ja vaihtelevat prosessit vaativat todellisten aikojen systemaattista keruuta. Viidennessä vaiheessa arvioidaan resurssien tuottamisen kustannukset, mukaan lukien henkilöstökulut, laitteiden poistot ja tarvikekustannukset, sekä tunnistetaan ne tukitoiminnot, joiden kustannusten kohdistaminen potilaskohtaisesti muodostaa selvän parannuksen verrattuna perinteisiin jakomenetelmiin. (Kaplan & Porter, 2011)

Kuudennessa vaiheessa arvioidaan resurssien käytännöllinen kapasiteetti, joka muodostaa kapasiteetikustannuksen laskennan perustan. Henkilöstöresurssien osalta kapasiteetin määrittäminen edellyttää vuosittaisten työpäivien, päivittäisen työajan ja ei-potilastyöhön kuluvan ajan huomioimista, jotta voidaan arvioida todellinen potilastyöhön käytettävissä oleva kapasiteetti. Laitteiden osalta kapasiteetti määrittyy niiden mahdollisen käyttöajan perusteella. Kun resurssille kohdistettavat kokonaiskustannukset ja käytettävissä oleva kapasiteetti on määritetty, kapasiteetikustannus saadaan laskemalla resurssin kustannus aikayksikköä kohden Kaplanin ja Porterin (2011) esittämällä kaavalla

$$\text{kapasiteetikustannus} = \frac{\text{resurssille kohdistettavat kustannukset}}{\text{resurssin käytettävissä oleva kapasiteetti}} \quad (1)$$

Viimeisen vaiheen tavoitteena on yhdistää resurssikustannukset, kapasiteettitiedot ja aika-arviot kokonaisuudeksi, joka kuvaa potilaan hoitopolun todellisia kustannuksia. Kun resurssien kapasiteetikustannukset on määritetty, ne voidaan kohdistaa potilaalle sen mukaan, kuinka paljon aikaa potilas on kussakin prosessin vaiheessa käyttänyt kyseistä resurssia. Tässä hyödynnetään prosessin neljännessä vaiheessa tuotettuja aika-arvioita, sillä ne erittelevät potilaan hoitopolun ja resurssien käytön vaihteittain. Kustannukset lasketaan erikseen jokaiselle resurssi-toiminto-yhdistelmälle ja tämän jälkeen ne kootaan yhteen koko hoitojakson osalta. Menetelmän lopputuloksena syntyy potilaskohtainen kokonaiskustannus, joka tarjoaa huomattavasti aiempia laskentamenetelmiä tarkemman kuvan hoitopolun kokonaiskustannuksista. (Kaplan & Porter, 2011)

### **4.3 Kannattavuuden mittaaminen yksityisessä terveydenhuollossa**

Kustannusten tarkka kohdistaminen on edellytys yksittäisten laskentakohteiden kannattavuuden luotettavalle mittaamiselle. Terveysthuollon kontekstissa tämä

koskee erityisesti potilas- ja diagnoositasoisia tarkasteluja, joissa hoitoprosessien aikana syntyvät kustannukset ja tuotot kumuloituvat ja joiden yhteisvaikutuksesta organisaation kokonaistulos lopulta muodostuu. Julkisessa terveydenhuollossa kannattavuuden ja kustannusten tarkastelun laskentakohteena toimivat usein myös DRG-ryhmät. (Popesko et al., 2015) Koska yksityiset terveydenhuollon palveluntuottajat toimivat monilta osin julkisten tilaajien asettamien raportointivaatimusten puitteissa, DRG-luokituksiin perustuvia tarkasteluja hyödynnetään myös yksityisessä terveydenhuollossa taloudellisen tiedon jäsentämisessä Chapman et al., 2014).

Kannattavuuden mittaamisen keskeinen haaste ei siten ole ensisijaisesti mittareiden puute, vaan se, että käytetyt mittarit nojaavat kustannustietoon, joka ei kuvaa hoitoprosesseissa toteutuvaa todellista resurssien käyttöä (Popesko et al., 2015). TDABC:n keskeinen kontribuutio kannattavuuden mittaamiseen ei rajoitu kustannusten tarkempaan kohdistamiseen, vaan sen kykyyn mallintaa toiminnan muutosten taloudellisia vaikutuksia. Kaplan ja Porter (2011) havainnollistavat tätä terveydenhuollon kontekstissa esimerkillä, jossa perinteinen kustannusjärjestelmä johti virheellisiin johtopäätöksiin hoitoyksiköiden kannattavuudesta. Tukipalveluiden kustannukset oli kohdistettu hoitoyksiköille pääosin hoitopäivien lukumäärän perusteella, minkä seurauksena kuntoutusyksikkö näyttäytyi vähemmän kannattavana kuin akuuttihoito. TDABC-analyysi osoitti kuitenkin, että tukipalveluiden, kuten laskutuksen ja hallinnon, resurssien käyttö painottui voimakkaasti akuuttihoiton vaiheisiin eikä kuntoutusjaksoon. Kun välilliset kustannukset kohdistettiin todellisen resurssien käytön perusteella, yksikön kannattavuuskuva muuttui olennaisesti, mikä johti aiemmin suunnitellun kapasiteetin supistamisen sijaan laajentamispäätökseen. (Kaplan & Porter, 2011)

Tämä havainnollistaa tarkan kustannustiedon roolia kannattavuuden mittaamisen edellyttäjänä ja toisaalta alleviivaa, että virheellinen kustannustieto voi johtaa strategisesti virheellisiin päätöksiin. TDABC mahdollistaa vaihtoehtoisten hoitoprosessien taloudellisen vertailun jo ennen niiden käyttöönottoa ja antaa johdolle perustan käydä resurssien käyttöä koskevia, usein vaikeita keskusteluja kliinisten asiantuntijoiden kanssa (Kaplan & Porter, 2011). Elinkaarilaskennassa puolestaan tuotot ja kustannukset kohdistetaan laskentakohteen koko elinkaaren ajalle (Suomala et al., 2011). Näin ollen TDABC tukee elinkaarinäkökulmaa tarjoamalla kustannustietoa, jonka varaan potilaan hoitopolun kannattavuuslaskelmat voidaan rakentaa. TDABC:n soveltaminen terveydenhuollossa kuvan 2 mukaisesti ei korvaa elinkaarilaskentaa, vaan mahdollistaa elinkaarilaskennan hyödyntämisen tarjoamalla tietoa potilaiden hoitopolkujen todellisista kustannuksista. Lisäksi Kaplanin ja Porterin (2011) TDABC:n

soveltamisprosessin noudattaminen tekee näkyväksi ne prosessit ja resurssivirrat, joista elinkaaren aikaiset kustannukset tosiasiallisesti muodostuvat.

Popesko et al. (2015) tuovat esiin, että toimintolaskentapohjaisten kustannuslaskentajärjestelmien käyttöönotto mahdollistaa myös DRG-tason kannattavuusanalyysin. DRG:t toimivat tällöin laskentakohteina. DRG-tason kannattavuus ei kuitenkaan ole itsenäinen analyysitaso, vaan aggregaatti potilas- ja hoitopolkutason kustannuksista, joiden tarkkuus riippuu käytetystä kustannuslaskentamenetelmästä.

Näin ollen DRG-pohjainen raportointi ja TDABC eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan ne tarkastelevat samaa taloudellista ilmiötä eri resoluutiotasoilla. DRG muodostaa hallinnollisen ja raportointiin liittyvän viitekehyksen, kun taas TDABC tuottaa sen alle yksityiskohtaisen kustannusinformaation, jota kannattavuuden mittaaminen ja toiminnan kehittäminen edellyttävät.

Popesko et al. (2015) osoittavat, että DRG- ja potilastason kannattavuutta voidaan arvioida julkisessa terveydenhuollossa vertaamalla vakuutuskorvauksiin perustuvia tuottoja kustannuksiin. Heidän tuloksensa tuovat esiin merkittäviä eroja eri potilaiden ja DRG-ryhmien kannattavuudessa, mikä periaatteessa tarjoaisi päätöksenteolle huomattavasti nykyistä tarkemman perustan. Samalla he korostavat, että julkisen terveydenhuollon organisaatioiden mahdollisuuksia hyödyntää tällaista kannattavuustietoa rajoittavat tiukasti toimialalle ominaiset eettiset velvoitteet. Erityisesti julkisessa terveydenhuollossa kannattavuuteen perustuvat potilas- tai hoitopolkukohtaiset valinnat ovat ongelmallisia, koska palvelujen kohdentamisen on perustuttava hoidon tarpeeseen eikä taloudelliseen tuottoon. (Popesko et al., 2015)

Yksityisen terveydenhuollon kontekstissa vastaava kannattavuustieto on lähtökohtaisesti hyödynnettävissä laajemmin liiketoiminnan ohjauksen näkökulmasta. Tästä huolimatta tämän tutkimuksen tarkastelemassa kirjallisuudessa DRG-taso näyttää ensisijaisesti raportointiin ja julkisten tilaajien edellyttämään kustannusten raportointiin liittyvänä analyysitasona, ei varsinaisena operatiivisen kannattavuuden mittaamisen tai johtamisen välineenä (Chapman et al., 2014). DRG-tasoinen kannattavuus rakentuu siten potilas- ja hoitopolkutason kustannus- ja tuottotiedon jalostuksena, jonka informaatio sisältö ja käyttökelpoisuus riippuvat ratkaisevasti käytetyn kustannuslaskentamenetelmän tarkkuudesta (Popesko et al., 2015).

## 5. PÄÄTELMÄT

### 5.1 Työn keskeiset havainnot ja johtopäätökset

Tämän työn perusteella yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnassa kannattavuuden mittaaminen rakentuu samalle peruslähtökohdalle kuin muillakin toimialoilla: kannattavuus edellyttää riittävän tarkkaa kustannusinformaatiota. Keskeinen ero syntyy kuitenkin siitä, että tarkan kustannustiedon tuottaminen on yksityisessä terveydenhuollossa poikkeuksellisen haastavaa. Palveluliiketoiminnan yleiset piirteet, kuten aineettomuus, vuorovaikutteisuus, kapasiteetin varastoimattomuus ja asiakassuhteiden elinkaariluonne, vaikeuttavat kustannusten kohdistamista yksittäisille suoritteille. Hoitoprosessit ovat monivaiheisia ja potilaiden hoitopolut keskenään erilaisia, minkä vuoksi kustannukset jakautuvat useiden yhteiskäytössä olevien resurssien kesken, kuten henkilöstön, tilojen ja laitteiden. Samanaikaisesti asiakaskunta on heterogeeninen ja koostuu esimerkiksi työterveysasiakkaista, vakuutusasiakkaista, itse maksavista potilaista sekä julkisista tilaajista, ja toimiala toimii yhtä aikaa markkinaehtoisessa toimintaympäristössä ja julkisen ohjauksen määrittämässä puitteissa. Nämä tekijät yhdessä aiheuttavat haasteita tarkan kustannus- ja siten kannattavuuskuvan muodostamiselle.

Työn aineiston perusteella ei voida erottaa sellaisia kannattavuusmittareita, jotka olisivat nimenomaisesti kehitetty yksityisen terveydenhuollon tarpeisiin. Julkisen terveydenhuollon osalta kirjallisuudessa tunnistetaan DRG-pisteet erityistapauksina kannattavuuden arvioinnissa. Yksityisen terveydenhuollon puolella DRG-järjestelmän rooli näyttäytyy sen sijaan ensisijaisesti raportoinnin välineenä. Tämä heijastaa yksityisen ja julkisen terveydenhuollon erityistä suhdetta: julkinen sektori toimii sekä merkittävänä asiakkaana että sääntelyn määrittäjänä, mikä konkretisoituu yksityisille toimijoille laajoina raportointi- ja läpinäkyvyysvaatimuksina. DRG-luokittelu ohjaa siten tiedon rakennetta, mutta ei sellaisenaan ratkaise hoitoprosessien todellisten kustannusten ja kannattavuuden mittaamisen haasteita.

Samanaikaisesti kirjallisuus korostaa, että palveluliiketoiminnalle tyypillinen asiakaslähtöisyys näkyy myös yksityisen terveydenhuollon kannattavuuden mittaamisessa. Potilas muodostaa yksityisessä terveydenhuollossa luontevan laskentakohteen, jonka ympärille kannattavuuden mittaaminen usein rakentuu. Työssä hyödynnetty aineisto osoittaa, että kannattavuuden mittaaminen nähdään harvoin yksittäisen toimenpiteen tai käyntikerran tasoisena ilmiönä. Sen sijaan laskentakohtena

on potilaan koko hoitopolku, jonka aikana syntyvät kustannukset ja tuotot kumuloituvat ja määrittävät asiakassuhteen taloudellisen tuloksen. Elinkaarinäkökulma on näin vahvasti läsnä sekä palveluliiketoiminnan yleisessä kirjallisuudessa että terveydenhuoltoa koskevissa tutkimuksissa. Näin ollen yksityisessä terveydenhuollossa kannattavuutta tarkastellaan ajallisesti laajempaan kokonaisuutena, jossa yksittäiset toimenpiteet ovat osa potilaan hoitopolun ja asiakassuhteen kokonaisarvoa.

Elinkaarinäkökulmaan ja potilaskohtaiseen laskentaan kytkeytyen työn aineisto nostaa selvästi esiin TDABC-menetelmän keskeisenä kustannuslaskennan lähestymistapana yksityisen terveydenhuollon kontekstissa. TDABC:n vahvuus on sen kyky tuottaa tarkkaa, prosessitasoista kustannustietoa monivaiheisista ja heterogeenisistä hoitopoluista perustuen resurssien ajankäyttöön ja kapasiteetin kustannuksiin. Tämä vastaa suoraan yksityisen terveydenhuollon kustannuslaskennan haasteeseen, jossa kustannukset syntyvät pääosin yhteiskäytössä olevista resursseista ja jakautuvat epätasaisesti potilaiden ja hoitopolkujen kesken. Aineiston perusteella TDABC mahdollistaa kustannusten kohdistamisen potilaalle, hoitopolulle ja asiakassuhteelle tavalla, joka ei ole saavutettavissa perinteisillä kustannuslaskennan menetelmillä.

TDABC:n asemaa terveydenhuollon kustannuslaskennan kannalta vahvistaa niin ikään laajaan systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen perustuva tutkimus, joka tarkasteli, miten kustannuksia mitataan nykyisessä terveydenhuollon tutkimuksessa. Katsauksen keskeinen johtopäätös on, että TDABC näyttäytyy parhaana käytettävissä olevana menetelmänä terveydenhuollon kustannusten mittaamiseen. (Leusder et al., 2022).

Tämän kandidaatintyön tulosten perusteella voidaan näin ollen todeta, että kirjallisuudessa yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnan kannattavuuden mittaaminen nojaa ensisijaisesti johdon laskentatoimen menetelmiin, joissa potilas ja hoitopolku toimivat keskeisinä laskentakohteina. Varsinaisia yksityisen terveydenhuollon käyttöön räätälöityjä kannattavuusmittareita ei aineistossa tunnistettu, mutta TDABC mahdollistaa kannattavuuden mittaamisen epäsuorasti tuottamalla tarkkaa kustannustietoa, jota voidaan yhdistää potilas- ja asiakaskohtaisiin tuottoihin kannattavuuskuvan aikaansaamiseksi. Näin TDABC vastaa tutkimuskysymykseen tarjoamalla menetelmän, jonka avulla kannattavuutta voidaan mitata yksityisen terveydenhuollon palveluliiketoiminnassa tavalla, joka huomioi sekä palveluliiketoiminnan luonteen että yksityisen terveydenhuollon toimialakohtaiset erityispiirteet.

## 5.2 Työn rajoitukset ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Tämän työn keskeisimmät rajoitteet liittyvät sen toteutustapaan kirjallisuuskatsauksena. Työ perustuu olemassa olevaan tutkimuskirjallisuuteen, eikä siinä ole hyödynnetty empiiristä aineistoa, kuten yksityisten terveydenhuollon organisaatioiden kustannusdataa tai johdon haastatteluja. Näin ollen työn johtopäätökset kuvaavat sitä, miten kannattavuuden mittaamista ja siihen liittyviä menetelmiä on kirjallisuudessa esitetty, eivätkä ne suoraan kerro, miten näitä menetelmiä sovelletaan käytännössä yksityisen terveydenhuollon organisaatioissa. Lisäksi artikkelivalinnat ja käytetyt hakukäsitteet vaikuttavat aineiston muodostumiseen, minkä vuoksi toisenlaisilla rajauksilla tai tietokannoilla työn painotukset voisivat olla osittain erilaisia.

Sisällöllisesti työn rajoitteena voidaan pitää sitä, että vaikka TDABC tunnistettiin kirjallisuudessa keskeiseksi kustannuslaskentamenetelmäksi, työ ei tarkastele menetelmän käyttöönottoon tai ylläpitoon liittyviä haasteita. Kirjallisuudessa TDABC esitetään usein perinteistä ABC:ta kevyemmäksi ja helpommin ylläpidettäväksi menetelmäksi, mutta tästä huolimatta sen absoluuttiset käyttöönottoon ja jatkuvaan ylläpitoon liittyvät vaatimukset jäävät aineistossa vähäiselle huomiolle. Työssä hyödynnetty aineisto painottaa TDABC:n tarjoamia hyötyjä kustannusten kohdistamisessa ja hoitopolkujen kustannusrakenteen näkyväksi tekemisessä, mutta vähemmälle huomiolle jäävät esimerkiksi tarvittavat tietojärjestelmäratkaisut, ajankäytön mittaamiseen liittyvät käytännöt sekä laskentamallien ylläpitoon liittyvät resurssitarpeet ja kustannukset. Näiden tekijöiden systemaattinen tarkastelu voisi tarjota arvokasta lisäymmärrystä siitä, missä määrin TDABC on käytännössä skaalautuva ja kustannustehokas menetelmä erilaisissa yksityisen terveydenhuollon toimintaympäristöissä kannattavuuden mittaamisen mahdollistajana.

Jatkotutkimuksen kannalta keskeisin tarve liittyi empiiriseen tarkasteluun TDABC:n käytöstä yksityisessä terveydenhuollossa. E erityisen hyödyllistä olisi tutkia, miten TDABC:tä on käytännössä otettu käyttöön, millaisia kustannuksia ja hyötyjä sen hyödyntäminen tuottaa sekä miten sen tuottamaa kustannustietoa hyödynnetään johdon päätöksenteossa. Laajemmassa tutkimusasetelmassa jatkotutkimus voisi myös vertailla TDABC:tä muihin terveydenhuollossa käytettyihin kustannuslaskennan lähestymistapoihin. Tällainen tutkimus syventäisi ymmärrystä siitä, missä määrin kirjallisuudessa esitetyt menetelmät siirtyvät käytäntöön ja millä edellytyksillä yksityisen terveydenhuollon kannattavuutta voidaan mitata sekä taloudellisesti että toiminnallisesti kestäväällä tavalla.

## LÄHTEET

Adrodegari, F., & Sacconi, N. (2017). Business models for the service transformation of industrial firms. *The Service Industries Journal*, 37(1), 57–83.

Alhola, K. & Lauslahti S. (2005). *Taloutta johtamista varten*. Edita.

Blomgren, J., & Virta, L. J. (2020). Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. *PLOS ONE*, 15(4), 1–18.

Burns, J., Quinn, M., Warren, L. & Oliveira J. (2013). *Management Accounting*. McGraw-Hill Education.

Chapman, C., Kern, A., & Laguecir, A. (2014). Costing Practices in Healthcare. *Accounting Horizons*, 28(2), 353–364.

Choudhery, S., Hanson, A. L., Stellmaker, J. A., Ness, J., Chida, L., & Conners, A. L. (2021). Basics of time-driven activity-based costing (TDABC) and applications in breast imaging. *The British Journal of Radiology*, 94(1119).

Cinquini, L., & Tenucci, A. (2016). Challenges to management accounting in the new paradigm of service. *In Service Supply Chain Systems: A Systems Engineering Approach*, 49–72. CRC Press.

Cooper, R., & Kaplan, R. S. (1988). Measure costs right: Make the right decisions. *Harvard Business Review*, 66(5), 96–103.

Dalci, I., & Tanis, V. K. (2010). Customer profitability analysis with time-driven activity-based costing: A case study in a hotel. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 22(5), 609–637.

Delen, D., Kuzey, C., & Uyar, A. (2013). Measuring firm performance using financial ratios: A decision tree approach. *Expert Systems with Applications*, 40(10), 3970–3983.

Drury, C., & Tayles, M. (2006). Profitability analysis in UK organizations: An exploratory study. *The British Accounting Review*, 38(4), 405–425.

Greenley, R., Rajan, D., Koch, K., & Figueras, J. (2024). How health systems contribute to societal goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(7), 544–546.

Grönroos, C., & Helle, P. (2010). Adopting a service logic in manufacturing: Conceptual foundation and metrics for mutual value creation. *Journal of Service Management*, 21(5), 564–590.

Grönroos, C., & Ojasalo, K. (2004). Service productivity: Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in services. *Journal of Business Research*, 57(4), 414–423.

Hiltunen, R. (2024). *Tutkimuksia yksityisen terveystarvikemarkkinan kilpailusta* (Väitöskirja). Turun yliopisto.

- Holt, H. D., Clark, J., DelliFraine, J., & Brannon, D. (2011). Organizing for performance: What does the empirical literature reveal about the influence of organizational factors on hospital financial performance? *Advances in health care management* (Vol. 11), 21–62. Emerald Group Publishing.
- Järvinen, J. (2009). Shifting NPM agendas and management accountants' occupational identities. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 22(8).
- Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2004). Time-driven activity-based costing. *Harvard Business Review*, 82(11), 131–138.
- Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2007). *Time-driven activity-based costing: A simpler and more powerful path to higher profits*. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2008). *The execution premium: Linking strategy to operations for competitive advantage*. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., et al. (2019). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 21(2).
- Kirjanpitolaki (1997). L 30.12.1997/1339. Saatavissa (viitattu: 1.11.2025): [https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1997/1339#chp\\_1\\_\\_sec\\_1](https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1997/1339#chp_1__sec_1)
- Lavaste, J. (2023). Private health insurance in the universal public healthcare system: The role of healthcare provision in Finland. *Health Policy*, 132.
- Lee, K. H., Austin, J. M., & Pronovost, P. J. (2016). Developing a measure of value in health care. *Value in Health*, 19(4), 323–325.
- Leusder, M., Porte, P., Ahaus, K., & van Elten, H. (2022). Cost measurement in value-based healthcare: a systematic review. *BMJ Open*, 12(12).
- Lorenz, A. (2015). *Contemporary management accounting in the UK service sector* (Doctoral dissertation). University of Gloucestershire.
- Modell S. (1996) Management accounting and control in services: structural and behavioural perspectives, *International Journal of Service Industry Management*, 7(2), 57–80.
- Molander, P. (2025). Public versus private healthcare systems in the OECD area: A broad evaluation of performance. *The European Journal of Health Economics*. 26(7), 1163–1173.
- Neilimo, K. & Uusi-Rauva, E. (2005). *Johdon laskentatoimi*. Edita.
- Niñerola, A., Hernández-Lara, A.B., & Sánchez-Rebull, M.V. (2021). Improving healthcare performance through Activity-Based Costing and Time-Driven Activity-Based Costing. *International Journal of Health Planning and Management*, 36, 2079–2093.
- OECD. (2024). Health at a glance: Europe 2024: State of health in the EU cycle.

OECD Publishing. Saatavissa (viitattu: 1.10.2025):  
<https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

Osakeyhtiölaki (2006). L 21.7.2006/624. Saatavissa (viitattu: 3.11.2025):  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060624>

Otley, D. (1999). Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 10(4), 363–382.

Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste. (2025). Terveydenhuoltojärjestelmä Suomessa. EU-terveydenhoito.fi. Saatavissa (viitattu: 28.10.2025): <https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuoltojarjestelma-suomessa/>

Parker, D. (2012). *Service operations management: the total experience*. Edward Elgar.

Popesko, B., Novák, P., & Papadaki, Š. (2015). Measuring diagnosis and patient profitability in healthcare: economics vs ethics. *Economics & Sociology*, 8(1), 234–245.

Rosko, M., Goddard, J., Al-Amin, M., & Tavakoli, M. (2018). Predictors of hospital profitability: A panel study including the early years of the ACA. *Journal of Health Care Finance*, 44(3).

Roslender, R., & Hart, S. J. (2002). Integrating management accounting and marketing in the pursuit of competitive advantage: The case for strategic management accounting. *Critical Perspectives on Accounting*, 13(2), 255–277.

Salmi, I. (2016). *Mitä tilinpäätös kertoo?* (8.-9. painos.). Edita.

Schlosser, R. W., Wendt, O., Bhavnani, S., & Nail-Chiwetalu, B. (2006). Use of information-seeking strategies for developing systematic reviews and engaging in evidence-based practice: the application of traditional and comprehensive Pearl Growing. A review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(5), 567-582.

Suomala, P., Manninen, O., & Lyly-Yrjänäinen, J. (2011). *Laskentatoimi johtamisen tukena*. Edita.

World Health Organization. (2023). *The private sector in health service delivery: An operational definition*. World Health Organization.

## LIITEET

Artikkeli	JUFO-luokitus
Chapman, C., Kern, A., & Laguecir, A. (2014). Costing Practices in Healthcare. <i>Accounting Horizons</i> , 28(2), 353–364.	2
Choudhery, S., Hanson, A. L., Stellmaker, J. A., Ness, J., Chida, L., & Conners, A. L. (2021). Basics of time-driven activity-based costing (TDABC) and applications in breast imaging. <i>The British Journal of Radiology</i> , 94(1119).	1
Cinquini, L., & Tenucci, A. (2016). Challenges to management accounting in the new paradigm of service. <i>In Service Supply Chain Systems: A Systems Engineering Approach</i> , 49–72. CRC Press.	1
Grönroos, C., & Helle, P. (2010). Adopting a service logic in manufacturing: Conceptual foundation and metrics for mutual value creation. <i>Journal of Service Management</i> , 21(5), 564–590.	2
Dalci, I., & Tanis, V. K. (2010). Customer profitability analysis with time-driven activity-based costing: A case study in a hotel. <i>International Journal of Contemporary Hospitality Management</i> , 22(5), 609–637.	1
Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. <i>Harvard Business Review</i> , 89(9), 46–52.	1
Lee, K. H., Austin, J. M., & Pronovost, P. J. (2016). Developing a measure of value in health care. <i>Value in Health</i> , 19(4), 323–325.	2
Leusder, M., Porte, P., Ahaus, K., & van Elten, H. (2022). Cost measurement in value-based healthcare: a systematic review. <i>BMJ Open</i> , 12(12).	1
Niñerola, A., Hernández-Lara, A.B., & Sánchez-Rebull, M.V. (2021). Improving healthcare performance through Activity-Based Costing and Time-Driven Activity-Based Costing. <i>International Journal of Health Planning and Management</i> , 36, 2079–2093.	1
Popesko, B., Novák, P., & Papadaki, Š. (2015). Measuring diagnosis and patient profitability in healthcare: economics vs ethics. <i>Economics &amp; Sociology</i> , 8(1), 234–245.	1