

<https://helda.helsinki.fi>

Rajahyöty ja vaihtoehtoiskustannus - kliinikolle tärkeät peruskäsitteet

Sintonen, Harri

2021

Sintonen , H & Hytönen , M 2021 , ' Rajahyöty ja vaihtoehtoiskustannus - kliinikolle tärkeät peruskäsitteet ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 76 , Nro 42 , Sivut 2414-2415 . < <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2021/SLL422021-2414.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/338391>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Rajahyöty ja vaihtoehtoiskustannus – kliinikolle tärkeät peruskäsitteet

Abbe/ADP

Kun lääkärinä osaat termit rajahyöty ja vaihtoehtoiskustannus ja sovellat niitä työssäsi, olet omaksunut kaksi terveystaloustieteen keskeisintä käsitettä.

Terveystaloustieteessä on paljon käsitteitä ja määritelmiä, joita lääkärin voi olla joskus haastavaa ymmärtää. Tai ainakin ne tuntuvat vaikeasti omaan työhön sovellettavilta.

Tässä artikkelissa esiteltävät käsitteet rajahyöty ja vaihtoehtoiskustannus ovat kuitenkin helposti ymmärrettäviä terveystaloustieteen peruskäsitteitä. Lisäksi ne ovat laajemminkin käyttökelpoisia taloustieteen käsitteitä, joita jatkuvasti sovellamme – ehkä huomaamattamme – myös oman elämämme päätöksissä.

Rajahyödyllä on lakipisteensä

Usein lääkärit, potilaat ja poliitikot ajattelevat, että mitä enemmän resursseja eli voimavaroja laitetaan yksittäisen potilaan hoitoon tai yleisemmin koko terveydenhuoltoon, sitä parempaa ja laadukkaampaa sairauksien hoitoa ja sitä kautta terveystä saamme. Tiettyyn rajaan asti tilanne onkin näin, mutta suoraviivainen asia ei ole.

Asiaa kuvaa tarkemmin terveystaloustieteen käsite rajahyöty, jolla tarkoite-

taan toinen toistaan seuraavista yhtä suurista resurssien lisäyksistä saatavaa hyötyä, esimerkiksi terveyden lisäystä. Kun hoitoon käytettävät resurssit – olipa ne sitten rahaa, lääkärin tai muun terveydenhuollon asiantuntijan aikaa tai potilaan itsensä hoitoon käyttämiä resursseja – lisääntyvät, hyöty kasvaa aluksi mutta jatkossa yhä vähemmän ja vähemmän.

Jossain vaiheessa resursseja toimintaan lisättäessä saadaan aina vain vähemmän lisäystä terveyshyötyyn, saavutetaan lakipiste ja rajahyöty on nolla. Joskus rajahyöty voi muuttua jopa negatiiviseksi, ts. laskusuuntaiseksi, esimerkiksi kun liiallinen panostus johtaa hoitokomplikaatioiden lisääntymiseen (kuvio). Myös turhat kontrollikäynnit ovat yhteiskunnalle rahanhukkaa ja potilaalle ajanhukkaa, sillä niiden terveyshyöty on olematon. Rajahyöty käsitteenä

toimii niin yksilötasolla kuin terveydenhuollossa.

Esimerkiksi aiemmin oli tavallista, että nenän väliseinäleikkauksen jälkeen potilas oli tamponoituna osastolla kolme päivää leikkauksen jälkeen. Potilaan toipumisen ja terveyden kannalta sairaalassaoloajan antama rajahyöty oli vähäinen, usein lähes nolla, tai se saattoi kääntyä jopa negatiiviseksi, jos potilas sairaalassa ollessaan sai sairaalainfektion. Lisääntynyt päiväkirurgia ja lyhentyneet sairaalassaoloajat ovatkin järkevää terveydenhuollon resurssien käyttöä.

Rajahyöty käsitteenä toimii niin yksilötasolla kuin terveydenhuollossa.

Vaihtoehtoiskustannus kertoo menetetyt hyödyn

On tärkeää, että lääkäri hoitaa potilasta mahdollisimman hyvin, mutta toisaalta hänen tulee muistaa, että yhteen potilaaseen käytetyt resurssit ovat aina jos-

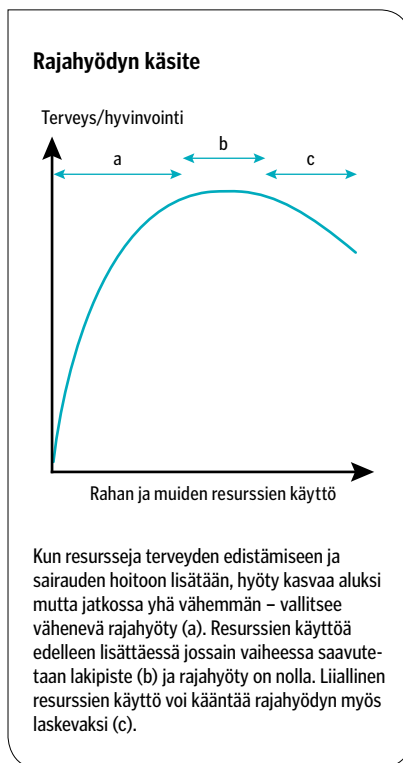
tain muusta toiminnasta pois. Tähän liittyy käsite vaihtoehtoiskustannus, joka sanana viittaa rahaan, vaikka se ei sitä ole.

Aina kun päätetään käyttää voimavaroja tietyllä tavalla, menetetään mahdollisuus siihen hyötyyn, joka olisi saavutettu, jos samoja voimavaroja olisi käytetty vaihtoehtoisella tavalla. Voimavarojen rajallisuus estää saavuttamasta kaikkea haluttua.

Vaihtoehtoiskustannus mittaa tietyn vaihtoehdon valinnasta syntyvää uhrausta, jota edustaa parhaasta menetetystä vaihtoehdosta odotettavissa ollut hyöty. Toisin sanoen vaihtoehtoiskustannus viittaa siihen hyötyyn, joka menetetään, kun voimavaroja ei käytetä toisella tavalla.

Terveydenhuollossa voi joskus olla vaikeaa ymmärtää vaihtoehtoiskustannuksen käsitettä. Nykyisin lääkäri tietää harvoin, miten paljon ja minkä arvoisia terveydenhuollon voimavaroja hän käyttää, ja varsinkin siitä, että hänen hoitoratkaisunsa merkitsee voimavarojen sitomista niin, että ne ovat poissa vaihtoehdoista käyttömuodoista. Kun lääkäri pääsääntöisesti hoitaa vain omia tai oman klinikkansa potilaita, hän ei näe tai saa esimerkiksi tilastoraportteja siitä, miten muualla mahdollisesti menetetään terveyshyötyä hänen käyttämiensä voimavarojen takia.

Joka tapauksessa jos voimavaroja käytetään esimerkiksi miljoonan euron arvosta ohitusleikkauksiin, niitä ei voida samanaikaisesti käyttää esimerkiksi munuaisensiirtoihin. Näin menetetään se terveyshyöty, joka olisi saatu, jos voimavarat olisi käytetty munuaisensiirtoihin. Sekä terveydenhuollon tehokkuuden että vaikuttavuuden kannalta on oleellinen kysymys, onko ohitusleikkauksista saatu terveyshyöty suurempi vai pienempi kuin munuaisensiirroista koitua terveyshyödyn menetys eli vaihtoehtoiskustannus. Jos se on pienempi, ei voimavaroja käytetä terveydenhuollon



tehokkuuden ja vaikuttavuuden kannalta optimaalisesti.

Toinen esimerkki on tavallinen lääkahoitojen valinnoissa. Kun tarjotaan erittäin kallis, mutta vähäisen vaikuttavuuden lääke yhdelle potilaalle, se merkitsee sitä, että lääkebudjetista riittää vähemmän varoja muiden potilaiden hoitamiseen, jotka voisivat hyötyä toisenlaisesta lääkeshoidosta enemmän. Tällöin vaihtoehtoiskustannus on suurempi kuin voimavarojen käytöllä saavutettu terveyshyöty ja se tuottaa terveydenhuoltoon tehottomuutta.

Tosin yhden potilaan hoitoa voidaan perustella muilla, varsin oleellisilla näkökohdilla, kuten oikeudenmukaisuudella. Oikeudenmukaisuutta saateen joutua ostamaan jossain määrin tehokkuuden kustannuksella, eikä siinä

sinällään ole mitään tuomittavaa, jos se perustuu yhteisesti hyväksytyihin oikeudenmukaisuuskriteereihin eli arvovalintoihin.

Vaihtoehtoiskustannus on muutakin kuin rahaa

Joitakin resursseja on mahdollista saada lisää, mutta aikaa on aina sama määrä. Esimerkiksi lääkäri on aamupäivän vastaanotolla. Ensimmäinen potilas tulee klo 8.20 ja viimeinen ennen ruokatuntia klo 10.40. Aikaa on varattu 8 potilaalle 20 minuuttia kullekin. Jos käykin niin, että yhden potilaan hoito kestää tunnin (esim. potilaalla on akuutisti pahentunut tauti, jonka takia hänelle täytyy järjestää vuodeosastopaikka), muille potilaille aikaa riittää vähemmän. Vaihtoehtoiskustannus tässä tapauksessa tarkoittaa sitä hoitohyötyjen menetystä, jonka kohteeksi joutuvat vähemmälle ajalle ja huomiolle jääneet potilaat.

Vaihtoehtoiskustannuksia aiheuttavat nykyisin usein myös uudet sähköiset potilastietojärjestelmät. Jotkin toiminnot, jotka aiemmin teki osastonsihtööri tai hoitaja, on siirretty lääkärin tehtäväksi, kuten leikkausvarauksen tekeminen. Leikkausvarauksen näpyttelemisen sijasta lääkärin olisi järkevämpää tehdä muuta, hänen ammattitaidollaan hyödyllisempää ja vaikuttavampaa työtä. ●

HARRI SINTONEN

VTT, professori emeritus
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta
Clinicum, kansanterveystieteen osasto

MAIJA HYTÖNEN

dosentti, osastonyli lääkäri
Hyks, korva-, nenä- ja kurkkutaudit

SIDONNAISUUDET

Harri Sintonen: Hallituksen jäsen (Herco Ltd), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Apotti Oy, BCBMedical Oy, Checkware AS, StellarQ Oy), ISD-elämälaatumittarin kehittäjä.
Maija Hytönen: Ei sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

Sintonen H, Pekurinen M. Terveystaloustiede. Helsinki: Sanoma Pro 2006.