

5 Mitä on ekonomia?

Arjen kielenkäytössä olemme tottuneet yhdistämään *ekonomian* rahaan. Varsinkin terveyssektorilla ekonomia ja ekonominen ajattelu on hyvä määritellä toisella tavalla, joka auttaa heti ymmärtämään koko terveyssektorin toimintaa paremmin.

Tässä tekstissä ekonomia määritellään järkevien valintojen tieteksi (*science of rational choices*) eli niukkuuden (*scarcity*) käsittelyopiksi.

Niukkuus ei tarkoita suoranaista rahan puutetta – elämme-
hän edelleen huomattavan yltäkylläisyyden keskellä. Niukkuus
tarkoittaa sitä, että minkä tahansa voimavaran – niin rahan kuin
vaikkapa ajan – käyttökohteita on enemmän kuin mihin koskaan
voimme tätä niukkaa voimavaraa käyttää. Niukkuus pakottaa siis
valitsemaan. Ekonominen ajattelu auttaa valitsemaan mahdolli-
simman järkevästi. Samalla se auttaa myös perustelemaan jo teh-
dyt valinnat.

Määrittelyn tavoitteena on antaa kiinteämpää perustaa ja
rakennetta myös mielipiteiden vaihdolle. Enää ei kenenkään tar-
vitse turvautua pelkästään sanoihin *minun mielestäni*, koska näitä
mieliä on meillä melkein yhtä paljon kuin miehiä tai naisia.

Miksi niukkuus tuntuu vain pahenevan?

Emme aina ole olleet yhtä pahassa niukkuusraossa kuin nyt. Sata
vuotta sitten hoitomahdollisuudet olivat niin rajallisia, että suuri
osa tarjoutuvasta hoidosta voitiin toteuttaa sen enempää pohti-
matta. Oli aspiriinia, kiniiniä ja morfiinia, mutta ei yhtään teho-
kasta infektiolääkettä, ei edes sulfaa, antibiooteista puhumat-
takaan, ei verenpainelääkkeitä, kolesterolilääkkeitä tai syöpä-
lääkkeitä. Loppuosa hoidosta olikin sitten hämäriä tinktuuroita,
patenttisalvoja, ruiskeita, hauteita ja kylpyjä. Lääke- ja leikkaus-
hoitojen todellinen, järjestelmällinen tieteellinen tutkiminen
alkoi vasta puoli vuosisataa myöhemmin. Lääketiede ei todel-
lakaan syntynyt samaan aikaan kuin nykyaikainen kemia tai
fysiikka, jotka olivat valistusajan synnyttämiä oppeja. Voltaire oli
siis oikeassa (ks. s. 25).

Nyt niukkuus pahenee nopeasti ja kaikista taloussuhdanteista riippumatta. Syynä on aktiivinen tutkimustyö, joka tuottaa lyhyessä ajassa uuden sukupolven lääkehoitomahdollisuuksia.

Parhaaksi esimerkiksi sopii syöpälääkkeiden kehitys. Teknologia on siirtymässä solujen jakautumista hillitsevistä lääkkeistä eli solunsalpaajista biologisiin, suurimolekyyliisiin valkuaislääkkeisiin, jotka kykenevät tarttumaan vialliisiin rakenteisiin kuin tietty avain yhteen nimettyyn lukkoon. Tämä murros kasvattaa hoidon vaikuttavuutta mutta myös hoidon kustannuksia.

Sama koskee hoitolaitteita ja operatiivista hoitoa. Uudet laserlaitteet, hiukkaskiihdyttimet, leikkausrobotit, kuvantamismenetelmät ja laboratoriotutkimuslaitteet pakottavat joka kerta kysymään, onko tämä tai tuo edistysaskel tehokkaampi kuin entinen tapa hoitaa tai tutkia, ja jos on, miten paljon enemmän se sitoo yhteisiä voimavaroja.

Onko hoidon tarve sama asia kuin hoidon kysyntä?

Pahentuvan niukkuuden takia terveyssektorin ekonomisessa tarkastelussa on hyvä erottaa tarve (*need*) ja kysyntä (*demand*) toisistaan.

Tarpeella tarkoitetaan sellaista terveyden puutosta, jolle periaatteessa voitaisiin joissakin olosuhteissa, esimerkiksi loputtoman yltäkylläisyyden teoreettisessa tilanteessa, tehdä jotain. Ellei voimavaroja ole tarjolla, tarve pysyy tarpeena, tarkemmin ilmaisten tyydyttämättömänä tarpeena, eikä muutu kysynnäksi.

Tarve muuttuu kysynnäksi silloin, kun joku nostaa kuvaannollisesti käden ylös ja pyytää lähettämään laskun itselleen. Suomessa tämä käden nostaja on tähän saakka ollut asuinkunta, käynnissä olevan sote-uudistuksen jälkeen jokin kuntaa tuntuvasti suurempi alue.

Kun potilas asetetaan hoitojonoon odottamaan hänelle suunniteltua hoitotoimenpidettä, tarve on muuttunut kysynnäksi. Kysyntä on silti tyydyttämätön siihen saakka, kunnes suunniteltu toimenpide toteutetaan.

Terveysekonomian keskeisimpiä kysymyksiä on, millä perusteilla hoidon tarve muuttuu hoidon kysynnäksi. Tätä muutosprosessia sanotaan hoidon priorisoinniksi (*prioritizing*). Siihen palataan, kun pohditaan kustannusten kasvun hallitsemisen menetelmiä (ks. luvut 22 ja 23).

Mikä on jokaisen hoidon todellinen kustannus?

Ekonomisen ajattelun mukaan jokaisen päätöksen, terveydenhuollossa siis jokaisen hoitopäätöksen, todellinen kustannus on se hoito, joka niukkuudessa tehdyn päätöksen takia on pakko jättää tekemättä. Tätä sanotaan vaihtoehtokustannukseksi (*opportunity cost*). Vähän pidempi määritelmä olisi menetetyn hoitomahdollisuuden synnyttämä kustannus (*the cost of a lost opportunity*).

Niukkuudessa tällainen kustannus on aina olemassa. Tämän hoidotta jääneen potilaan nimeä tai henkilötunnusta emme tiedä, mutta hän on varmasti olemassa, aina.

Tässä kohdassa törmätään tuntuvaan terveyspoliittiseen pulmaan: niukoille voimavaroille voi olla tarjolla vaihtoehtoisia käytötapoja. Poliitikoilla on suuri kiusaus vetäytyä vastuusta toteamalla, ettei mitään hoitoja voida asettaa vastakkain. Ekonomian teoria sanoo toisin: ne ovat joissakin tapauksissa toistensa vaihtoehtokustannuksia. Niiden tuottamia hyötyjä on voitava punnita ääritapauksessa vastakkainkin.

Terveysekonomia ei tarjoa pitävää ratkaisua valintapulmaan, pikemminkin vain välineitä ratkaisuvaihtoehtojen seikkaperäisempään tarkasteluun.

Perinteisen lääkärin toimenkuva rakentui hyvin vahvasti yhden nimenomaisen potilaan asian ajamiseen kerrallaan. Muista potentiaalisista potilaista lääkärin ei tarvinnut kantaa huolta. Koska myös hoitomahdollisuudet olivat kovin rajalliset – niukkuus ei ollut niin konkreettista kuin nykyään – vaihtoehtokustannuskaan ei haitannut suuresti päätöksentekoa. Edes rahoitus ei perustunut voimavarojen kollektiiviseen keräämiseen. Tämä merkitsi hyvin epätasaista hoidon saatavuutta poikki tuloluokkien. Ilmaisuihin *pakko kuin köyhän kuolema* on tätä perua.

Nykyinen monien mahdollisuuksien maailma muuttaa asetelmaa. Jokaisen julkisia voimavaroja käyttävän lääkärin on ymmärrettävä, että hän on vastuussa paitsi jokaiselle potilaalleen antamastaan hoidosta, mutta myös kokonaisuuden huomioon ottamisesta. Muita kuin ainakin osittain julkisia voimavaroja käyttäviä lääkäreitä on Suomessa hyvin vähän.

Kokonaisuuden huomioon ottaminen kuuluu jokaisen lääkärin velvollisuuksiin. Tähän myös nykyisen ja juhlallisen lääkärinvalan pitäisi hänet velvoittaa. Nykyinen vala ei vielä mainitsekaan sanaa *kustannus* tai ilmaisua *toiset avun tarvitsijat*. Se ei siis tunne niukkuutta, jossa kaikki kuitenkin elämme ja josta mikään eikä kukaan meitä enää vapauta. Täsmennys *ketään syrjimättä* ei mielestäni riitä vaihtoehtokustannuksen todelliseen huomioon ottamiseen.

Tämän asetelman selittänee parhaiten niukkuuden nopea paheneminen. Lääkärinvala on kirjoitettu sellaisena aikana, jolloin hoitomahdollisuudet olivat nykyistä tuntuvasti pienemmät, samoin hoitoon sitoutuneet suhteelliset kustannukset.

"Vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta pyrkiväni lääkärintoimessani palvelemaan lähimmäisiäni ihmisyyttä ja elämää kunnioittaen. Päämääränäni on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Työssäni noudatan lääkärin etiikkaa ja käytän vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä. Tutkimuksia ja hoitoja suositellessani otan tasapuolisesti huomioon niistä potilaalle koituvan hyödyn ja mahdolliset haitat. Pidän jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoani ja arvioin työni laatua. Suhtaudun kollegoihini kunnioittavasti ja annan heille apuani, kun he potilaita hoitaessaan sitä pyytävät. Rohkaisen potilaitani kysymään tarvittaessa myös toisen lääkärin mielipidettä. Kunnioitan potilaani tahtoa. Pidän salassa luottamukselliset tiedot, jotka minulle on potilaita hoitaessani uskottu. Täytän lääkärin velvollisuuteni jokaista kohtaan ketään syrjimättä enkä uhkauksestakaan käytä lääkärintaitoani ammattietiikkani vastaisesti."