

Lääkkeet – kannattava investointi työ- ja toimintakyvylle

Apulaisprofessori Paulus Torkki, Helsingin yliopisto

23.12.2020

Tiivistelmä

Investoimalla sote-palveluihin voidaan useiden tutkimusten mukaan säästää yhteiskunnan kokonaiskustannuksia. Käytännössä säästöt tulevat esimerkiksi vähentyneistä työkyvyttömyyskustannuksista tai vähentyneestä laitoshoidon tarpeesta toimintakyvyn parannuttua.

Ongelma on, että nykyisin kustannusvaikuttavuutta arvioidaan rajatusti. Kehittämistarve kulminoituu uusien lääkkeiden, rokotteiden ja muiden hoitoteknologioiden käyttöönotossa.

Vaikuttavuutta on tulevaisuudessa mitattava systemaattisemmin. Samalla sekä hoitomenetelmien, lääkkeiden ja teknologioiden arviointi- että rahoitusjärjestelmää on kehitettävä suuntaan, joka tukee kustannusvaikuttavien menetelmien nopeaa käyttöönottoa ja hoitojen vaikuttavaa kohdentamista.

Terveyspalveluiden tarpeet muuttuvat ja teknologia kehittyä nopeasti. Jotta voimme tulevaisuudessa varmistua palveluiden kustannusvaikuttavuudesta, on meidän jatkuvasti uudistettava järjestelmäämme ja arvioitava tuloksia avoimesti. Sote-palveluiden keskeisimmät tavoitteet ovat tukea väestön hyvinvointia ja terveyttä, kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia. Tällä hetkellä emme kuitenkaan mittaa näistä juuri muita kuin kustannuksia ja osittain saatavuutta.

Terveydenhuollon tarpeet ja teknologian kehittyminen edellyttävät



Eri menetelmien arviointi ja siitä seuraavat päätökset toteutuvat Suomessa hajautuneesti ja itse arviointi- ja seurantaprosessi kaipaa uudistamista. Nykyisin menetelmiä arvioidaan koeasetelmissa ennen käyttöönottoa, mutta käytön jälkeen systemaattista seurantaa ei ole.

Asetelmaa on käännettävä siihen suuntaan, että käytönaikaista kustannusvaikuttavuuden arviointia lisätään. Tämä edellyttää muutoksia: 1) seurantaa on tehtävä potilastasolla ja sairausryhmittäin 2) vaikuttavuutta on mitattava systemaattisesti jokaiselta potilaalta ja 3) relevantit suorat ja epäsuorat kustannukset on voitava kerätä potilaskohtaisesti. Systemaattisempi seuranta varmistaa, että oikeat hoidot kohdentuvat oikeille potilaille oikea-aikaisesti. Vaikuttamattomia tai heikosti vaikuttavia hoitoja voidaan vähentää ja vastaavasti investoida lisää tehokkaisiin hoitoihin. Tämä on pitkällä näkemällä väestön ja potilaiden etu.

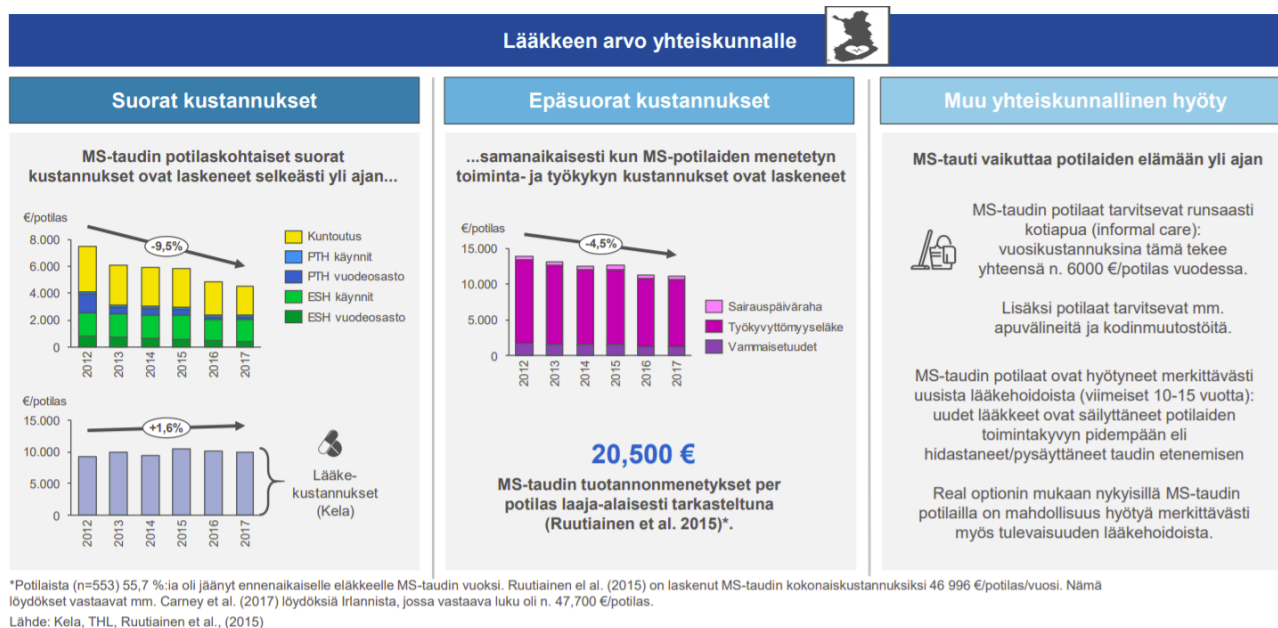
Samalla tulee kehittää rahoitusta eli käytännössä rahanjakokanavia ja -periaatteita. Nykyinen rahoituksen monikanavaisuus voi aiheuttaa osaoptimointia, eli että kustannusvaikuttavimpia hoitoja ei oteta nopeasti käyttöön tai niitä ei voida optimaalisesti toteuttaa johtuen budjettirajoitteista. Rahoituksen tulee huomioida koko hoito- ja palveluketjun kustannusvaikuttavuuden parantamiseen kannustavat elementit. Terveyspalvelut on investointi ja hyötyjä tulee seurata vastaavasti.

Lääkkeet ovat usein kannattava investointi ja lääkkeillä on iso rooli nykyaikaisessa terveydenhuollossa

Viime aikoina on käyty paljon keskustelua sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksista. Tämä on ymmärrettävää monestakin syystä: väestö ikääntyy, hoitomahdollisuudet kasvavat kehittyvien teknologioiden myötä, ihmisten halu saada palveluita kasvaa ja toisaalta julkisen sektorin taloudelliset mahdollisuudet eivät kasva. Tämä keskustelu koskee myös lääkkeitä – erityisesti uusia kalliita lääkkeitä – ja rokotteita. Keskustelusta saattaa saada jopa käsityksen, että sote-palveluiden tavoitteena on säästää kustannuksia, vaikka tietenkin tavoitteena on tarjota kustannusvaikuttavia palveluita ja huolehtia väestön terveydestä oikeudenmukaisesti.

Juuri kustannusvaikuttavuusnäkökulma saa meidät ymmärtämään terveyspalvelut investointina. Esimerkiksi lääkehoito on yksi nopeimmin kehittyvistä terveydenhuollon sektoreista ja uusia lääkkeitä tutkitaan paljon. Maailmaa koettelevassa COVID-19 -kriisissä ymmärrämme, että rokotteen tai viruksen oireisiin vaikuttavan lääkkeen yksikkökustannuksilla ei ole suurta merkitystä verrattuna taloudelliseen haittaan, joka muunlaisista torjuntatoimista aiheutuu. Esimerkiksi Suomen valtiolle kriisin kustannukset ovat kymmeniä miljardeja.

Kyse ei ole pelkästään tästä poikkeuksellisesta kriisistä. Lääkkeen arvo -raportissa¹ on tarkasteltu asiaa monipuolisesti ja useat esimerkit osoittavat, millaisia hyötyjä on saatu eri potilasryhmissä. Esimerkiksi MS-taudin potilaskohtaiset kustannukset ovat laskeneet (Kuva 1.) ja vastaava tulos on havaittu myös syövän hoidossa. Säästöt tulevat ennen kaikkea toiminta- ja työkykyisyyden parantumisesta ja hoidon avopainotteisuuden lisääntymisestä. Kansallisesti KELA:n korvaamat vuosittaiset sairauspäivärahat laskivat n. 30 miljoonaa euroa 2014-2018 ja työkyvyttömyyseläkkeet n. 65 miljoonaa.



Kuva 1 Esimerkki sairausryhmittäisestä kustannushyöty-analyysistä MS-taudista

Tarkastelua hankaloittaa usein se, että kustannukset näkyvät terveyspalveluiden tuottajien budjetissa, mutta hyötyjä on vaikeampi havaita. Hyödyt voivat olla esimerkiksi työn tuottavuuden paranemista ja sairauspäivien vähenemistä, parempaa omatoimisuutta ja vähentynyttä muiden julkisten palveluiden tarvetta – terveydellisten hyötyjen ohella. Esimerkiksi syövän aiheuttamat työkyvyttömyyskustannukset ovat

¹ <https://www.laaketeollisuus.fi/media/tiedostot/laakkeen-arvo-2019.pdf>

vähentyneet 2000-luvulla, vaikka työikäisten syöpäpotilaiden määrä on kasvanut.² Osittain tämä selittyy hoitojen paremman vaikuttavuuden kautta.

Elinajanodote on kasvanut vuosi vuodelta. Samaan aikaan THL:n sairastavuusindeksi on laskenut. Yhä useampaan sairauteen on olemassa hoitomuoto, jolla sairaus voidaan joko parantaa tai sen ihmiselle aiheuttamaa haittaa lieventää.

COVID-19 kriisin takia rokotteiden merkitys sairauksien ennaltaehkäisyssä ja globaalisti ratkaisevana yhteiskuntien toimintakyvyn varmistajana on noussut esiin. Rokotusohjelmat ovat olleet erinomainen esimerkki julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyöstä. Rokotteet ovat kuitenkin myös laajemmin kustannusvaikuttava keino ennaltaehkäistä sairauksia ja ohjata terveydenhuollon kustannuksia. Yksilön kannalta myönteinen terveyshyöty on välttää sairastuminen rokotteiden avulla. Kansallisen rokotusohjelman tavoitteena on myös suojata väestöä tarttuvilta taudeilta. Se edistää väestön tasa-arvoisuutta infektio- ja tartuntatauti-ehkäisemisessä. Rokotteet vaikuttavat yhteiskuntaan ja talouteen, jos niiden avulla painopistettä voidaan siirtää sairauksien hoidosta niiden ennaltaehkäisyyn. Siten myös rokotteiden arvioinnissa on syytä tarkastella hyötyjä ja taloudellisia vaikutuksia laajasti.

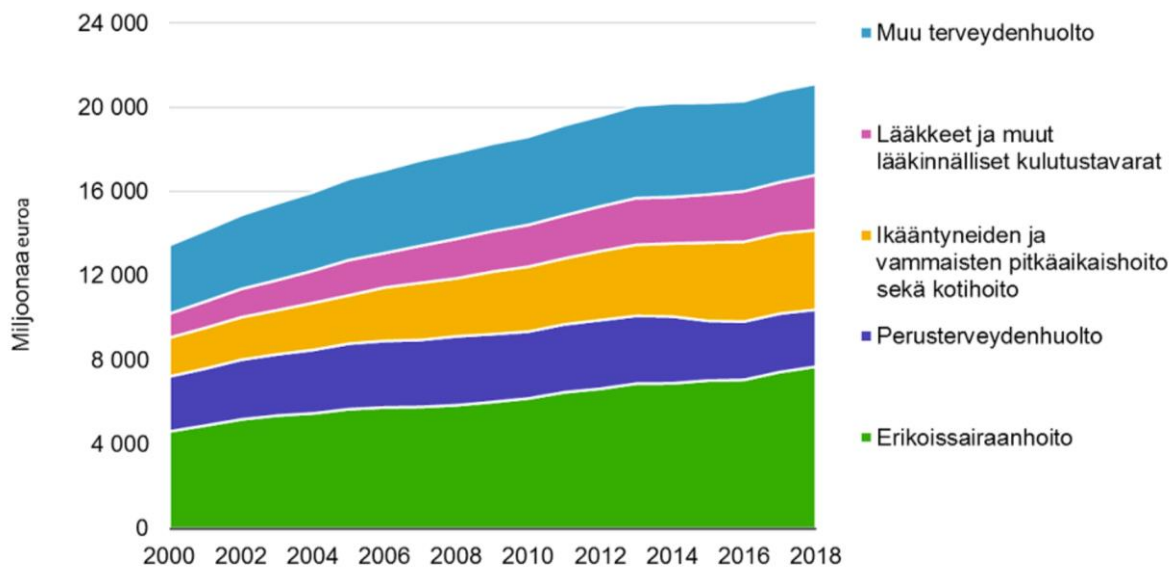
On kuitenkin useita syitä tarkastella terveyspalveluiden ja koko soten kustannuskehitystä. Kokonaiskustannuksia on vaikea kasvattaa nykyisestä. Toki, jos työkykyisyyden tai työkyvyttömyyden kustannukset liitetään sote-budjettiin, voidaan edelleen löytää alueita, jossa hoidon kustannuksia voi kannattaa kasvattaa, jotta työkykyisyys ja työn tuottavuus paranevat. Ensiksi on kuitenkin syytä tarkastella nykyistä kustannustasoa ja rakennetta, ja mitä tiedämme nykyisten palveluiden kustannusvaikuttavuudesta.

Mihin nykyinen kustannusrakenne perustuu?

SOTE-uudistuksen yhteydessä on pohdittu, miten kustannukset tulisi tulevaisuudessa kattaa. Ehdotuksena on, että kustannukset pohjautuisivat suurimmalta osin palvelutarpeeseen, joka taas on määritetty laskennallisesti ihmisten toteutuneen palvelukäytön perusteella.³ Tähän kuitenkin liittyy muutamia ongelmia. Ensinnäkin palvelukäyttö on muodostunut – ei suunniteltu. Suomessa on suuria alueellisia eroja palvelukäytössä ja selittävinä tekijöinä voivat olla vaikkapa palvelujen alueellinen tarjonta ja saatavuus. Toisekseen, kun katsotaan kustannusten kautta (Kuva 2.) palvelutarjonnan kehittymistä, huomataan, että palvelut eivät välttämättä ole kehittyneet niinkään tarpeen vaan monien muiden tekijöiden summana. Esimerkiksi erikoissairaanhoidolla on ollut kuntiin nähden suuri neuvotteluvoima, mikä lienee lisännyt erikoissairaanhoidon suhteellista osuutta.

² Torkki P, Leskela RL, Linna M, Maklin S, Mecklin JP, Bono P, et al. Cancer costs and outcomes in the Finnish population 2004-2014. *Acta Oncol* 2018;57(2):297e303.

³ https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139708/URN_ISBN_978-952-343-483-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Kuva 2. Terveydenhuoltomenot vuosina 2000–2018 vuoden 2018 hinnoin, milj. euroa (<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>)

Rahoituksen pohdinnassa on otettava huomioon kehittyvä lääketiede. Nykyinen järjestelmämme on kehkeytynyt aikojen saatossa ajatukselle, että ihmiset ovat joko perusterveitä tai sitten heidän sairautensa tai tapaturmansa tarvitsee erikoissairaanhoitoa. Ennen näin olikin, mutta nykyisin suurimman osan resursseista vaatii erilaisten perussairauksien hoito.⁴ Seuraava iso muutos lienee yksilöllistytävä hoito, jota jo esimerkiksi syöpähoidoissa tapahtuu, mutta varsin rajatusti. Tämä voi aiheuttaa suuriakin muutostarpeita eri kustannuslajien välillä. Esimerkiksi sairaus voidaan hoitaa lääkkeillä leikkausten sijaan tai päinvastoin. Tällöin on varmistettava, ettei järjestelmässä ole sellaisia kannustinrakenteita, jotka hidastavat kehitystä.

Onkin siis jatkuvasti syytä tarkastella, onko kustannusrakenteemme tarkoituksellinen eli käytämmekö resurssimme kokonaisuutena vaikuttavasti. Esimerkiksi nykyinen hallitus on tullut lopputulemaan, että perustasoa pitää vahvistaa, eli että käytämme tällä hetkellä suhteellisesti liikaa rahaa erikoissairaanhoitoon ja liian vähän perusterveydenhuoltoon. Vastaavaa tarkastelua pitää tehdä sosiaali- ja terveystalouden välillä ja palveluiden ja KELA:n korvaamien etuisuuksien välillä ja niin edelleen. Paras ymmärrys saadaan, kun vaikuttavuutta ja kustannuksia seurataan asiakas- ja potilasryhmittäin.

Tulevaisuudessa seurattava potilasryhmiä yksiköiden tarkastelun sijaan

Kuten aiemmin todettiin, arviointia vaikeuttaa järjestelmän monikanavaisuus – rahoituksen, palveluiden järjestämisen sekä tuotannon osalta. (Kuva 3.) Rahoituksen monikanavaisuudesta ei koskaan päästä täysin eroon, koska ihmisten terveyteen vaikuttavat niin monet tekijät, mutta oleellista olisi ainakin keskeisimpien hoitoon liittyvien tai sairauksien aiheuttamien muiden palvelutarpeiden yhtenäistäminen paitsi rahoituksellisesti, myös tiedolla johtamisen näkökulmasta.

⁴ Leskelä RL, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli SL, Ylitalo-Katajisto K. Paljon sosiaali- ja terveystaloutta käyttävät asukkaat Oulussa. Suom Lääkäril 2013;68(48):3163–9.

lääke-, työkyvyttömyys- ja kuntoutuskorvaukset olisi hyvä liittää yhteen kokonaisuuteen. Joissakin palveluissa voisi olla hyötyä jopa laajemmasta integroinnista, mutta toisena vaihtoehtona on kannustinmekanismien rakentaminen. Kaiken integrointi sote-näkökulmasta ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista.

Lääkehoito kehittyy nopeasti

Lääkehoito kehittyy nopeasti paitsi määrällisesti myös laadullisesti. Huomionarvoista on, että lääketieteen kehittyessä lääkkeet kohdentuvat yhä pienemmille potilasjoukoille – tulevaisuudessa kasvavasti jopa yksilöllisesti. Tämä aiheuttaa muutostarpeita koko lääkehoidon roolille terveyspalveluissa lähtien jo arvioinnista liikkeelle. Vastaava koskee muitakin uusien hoitomenetelmien arviointia. Lisäksi myös palvelut ja koko palvelujärjestelmä tulee sovittaa kehittyvään hoitoon.

”Terveystieteiden tutkimuksessa käytetään mitä moninaisimpia menetelmiä. Niiden arvioinnissa ja käyttöönotossa on suurta vaihtelua. Vain joskus lähtee jo tutkimustiedon tuotannosta siten, että vaikka lääkkeitä tulee markkinoille melko vähäisen tutkimusnäytön vaiheessa, niin niitä silti tutkitaan selvästi enemmän kuin mitään muita menetelmiä, kun taas kaikki muut menetelmät voivat markkinoille ja käyttöön tullessaan olla hyvinkin niukasti tutkittuja”¹⁰

Perinteisesti uusia lääkkeitä on arvioitu monivaiheisesti lähtien liikkeelle uusien lääkevalmisteiden tehosta ja turvallisuudesta randomoidussa kontrolloidussa tutkimuksessa (RCT). Tutkimusten perusteella lääkkeet ovat saaneet luvan myytäväksi ja käytettäväksi osana terveyspalveluita. Uusien lääkevalmisteiden vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta arvioidaan käyttöönottopäätöksissä pääasiassa kliinisen tutkimuksen pohjalta mallinnetuilla terveystaloudellisilla analyyseillä. Varsinaisen käytön aikana lääkkeiden vaikuttavuutta ei ole systemaattisesti seurattu, vaikka tiedetään, että tutkimuksista saatu näyttö ei takaa vaikuttavuutta arjessa. Tutkimuksissa usein rajataan potilasjoukko tarkasti, tutkimuksessa havaittu teho ei välttämättä toteudu samalla tavoin rutiinihoidossa, kun potilaan tilaan vaikuttavat monet muutkin tekijät.¹¹ Esimerkiksi kroonista tautia sairastavan potilaan hoidossa tai varsinkin monia eri sairauksia sairastavalla, yksittäisen lääkemolekyylin vaikutus voi olla rajallinen.

Lääkehoitojen yksilöllistyessä on yhä vaikeampi myös muodostaa yleistettäviä koeasetelmia. Mitä yksilöllisemmin hoidot kohdentuvat, sitä työläämpää ja hitaampaa on rekrytoida tutkimuksissa vaadittava potilasjoukko. Myös tutkimustulosten yleistettävyys arkitodellisuuteen voi olla heikompaa. Vaaditaan entistä enemmän myös käytönaikaista seuranta hoitojen vaikuttavuudesta, turvallisuudesta ja kustannuksista.

SOTE-uudistus ja lääkehoito

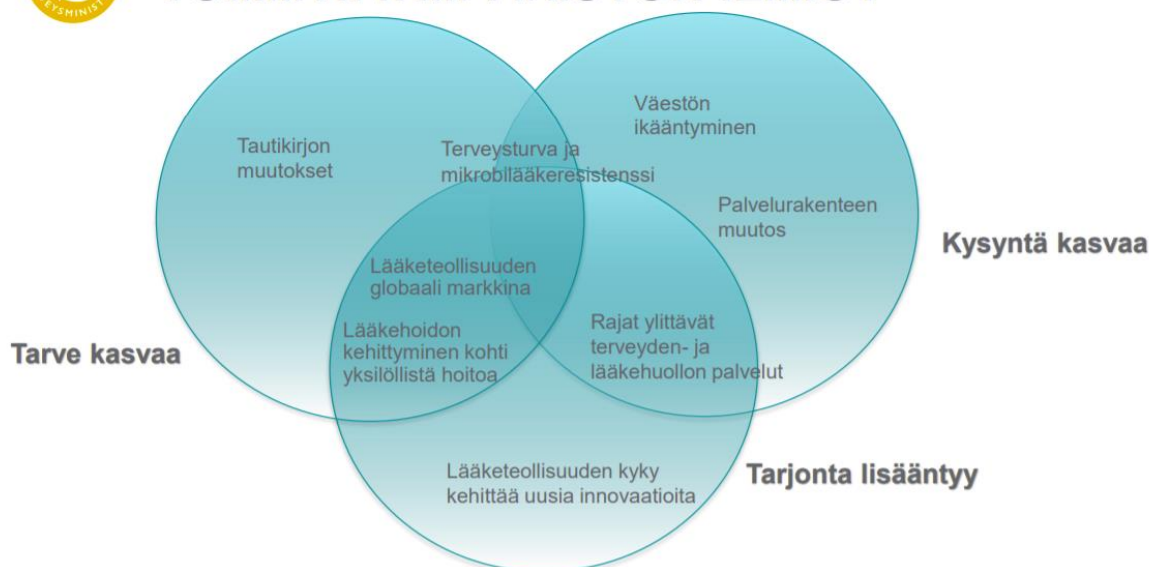
Lääkehoidossa on tunnistettu kehittämistarpeita ja Suomessa on jo pitkään valmistelut ns. Lääkeasioiden tiekarttaa. Kehitystyössä on kuvattu osittain tässäkin raportissa esiintyviä ilmiöitä ja haasteita. (Kuva 4.) Kuitenkin ratkaisuehdotuksissa monet asiat ovat yhä sisällöllisesti ja aikataulullisesti auki. Keskeisimpinä kehittämistarpeina ovat arviointiprosessin uudistaminen sekä rahoituksen uudistaminen ja myös siihen liittyen ohjauksen rinnakkainen kehittäminen, kuten lääkeasioiden tiekartassa todetaan. Näitä voidaan tehdä osittain myös varsinaisesta sote-uudistuksesta riippumatta.

¹⁰ https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162447/STM_2020_31_rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y

¹¹ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/07853890.2015.1027255>

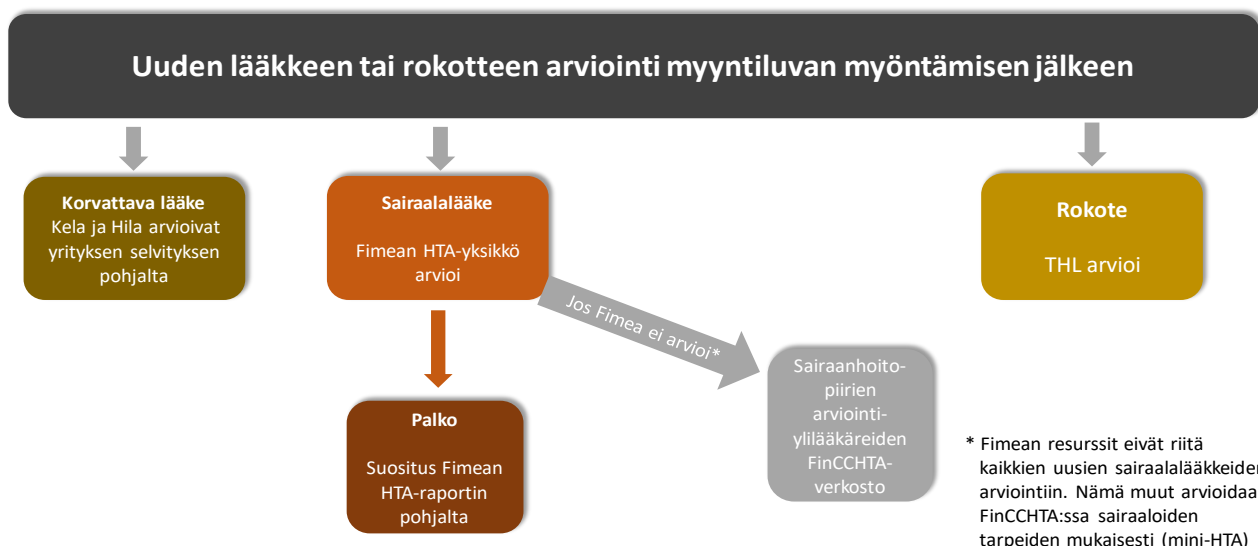


TOIMINTAYMPÄRISTÖN ILMIÖT



Kuva 4. Lääkehoidon toimintaympäristön ilmiöt¹²

Lääkehoidon kannalta Suomi on pieni maa ja etenkin lääkkeiden kohdentuessa yhä pienemmille potilasryhmille on arviointiprosessin ja hoitolinjausten järkevää olla kansallisesti päätettyjä. Nykyisin arviointi tehdään kansallisesti, mutta kolmen eri toimijan toimesta, riippuen onko kyseessä sairaalalääke, korvattava reseptilääke vai rokote. (Kuva 5.)



Kuva 5 HTA-arviointi eri rahoituskanavissa Suomessa

Tiekartassa on ehdotettu, että rahoitus voitaisiin kuitenkin integroida alueellisten sote-toimijoiden budjetteihin, jotta he pystyvät optimoimaan hoito- ja palvelukokonaisuuksia. Tässä mielessä sote-uudistus parantaa valmiuksia, mutta mukaan hyvinvointialueiden rahoitukseen tulee ottaa myös KELA:n etuudet.

Tämä kuitenkin edellyttää, että kansallisesti voidaan seurata hoitojen kustannuksia ja hyötyjä potilaille. Muutoin riskinä on, että tiukassa budjettitilanteessa alueen toimijat osaoptimoivat hoitokokonaisuuksia kiinnittäen huomiota liikaa yksiköiden budjetteihin.

Muutoin tiekartan kehittämissuunnitelmat ja -toimenpiteet ovat vielä hyvin avoimesti kuvattuja. Kansallisesti on rakennettava kustannusvaikuttavuuden seurantamalleja, jotta voidaan verrata ja seurata eri alueiden suoriutumista keskeisissä asiakas- ja potilasryhmissä. Laaturekisterityö vie tätä jo jonkin verran eteenpäin, mutta on vasta alkua.

Visio

Terveyspalvelut on investointi ja hyötyjä tulee seurata vastaavasti. Seurannan kehittäminen voidaan aloittaa vaikkapa kansansairauksista, koska niiden aiheuttama terveydellinen haitta on pitkäkestoinen ja merkittävä ja kansansairauksista aiheutuu myös merkittävät kokonaiskustannukset.

Arvioinnissa asetelmaa on käännettävä siihen suuntaan, että käytönaikaista kustannusvaikuttavuuden arviointia lisätään. Eli varsinainen kustannusvaikuttavuuden arviointi tapahtuu tosielämässä lääkkeen käyttöönoton jälkeen. Tämä edellyttää muutoksia seuraavia muutoksia nykyjärjestelmältä:

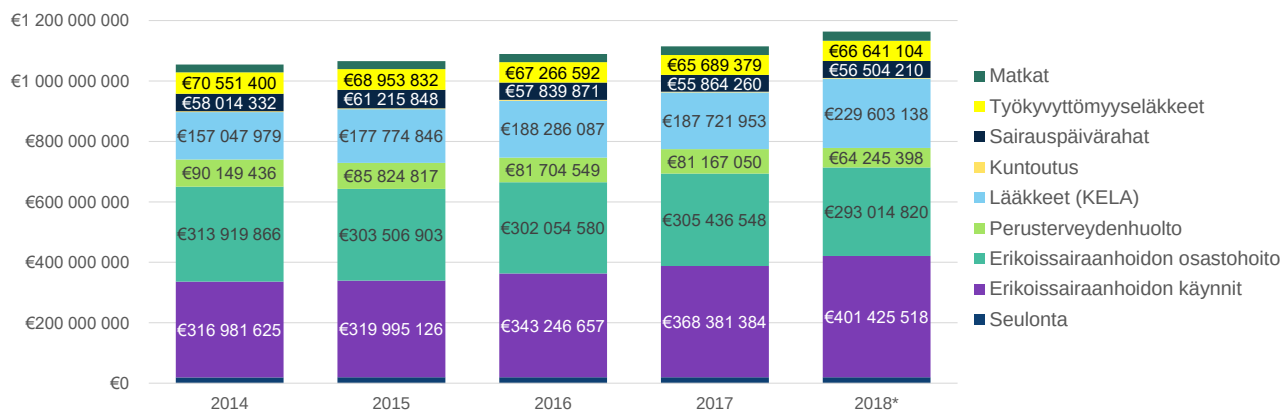
1. Potilasryhmäkohtaiset kokonaiskustannukset pitää saada näkyville

Suomen kansalliset rekisterit mahdollistavat jo nyt sen, että kustannukset voitaisiin koota asiakkaittain ja ryhmitellä ja raportoida asiakas- ja potilasryhmittäin. Kyse ei edes ole kovinkaan suuresta työmäärästä ja tuloksia voitaisiin raportoida joko KELA:n tai THL:n toimesta. Tällainen tarkastelu avaa silmiä, kuten voidaan havaita vaikkapa Lääkkeen arvo -raportista tai syöpäsairauksien kustannusraportoinnista.¹³ Useassa potilasryhmässä jopa kokonaiskustannukset ovat alentuneet, vaikka niissä on otettu käyttöön uutta ”kallista teknologiaa” ja julkinen keskustelu onkin painottunut kalliisiin hoitoihin, koska parempaa tietoa ei ole ollut käytössä. Toiminnan tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta voidaan seurata vain tarkastellen kaikkia toimintaan liittyviä toimintoja yli potilasepisodin.¹⁴

Esimerkiksi syöpien aiheuttamat kokonaiskustannukset kerätään vuosittain päivittyvänä Suomen Syöpäsäätiön verkkosivuille (Kuva 6.). Kustannukset saadaan analysoitua diagnooseittain ja maakunnittain. Suomessa kustannukset uutta syöpäpotilasta kohden ovat laskeneet 2000-luvulla ja kustannusten lievä nousu johtuu täysin kasvaneesta potilasmäärästä.

¹³ <https://syopasaatio.fi/tutkimus/vuosittain-paivittyva-tilasto-syovan-kustannuksista/>

¹⁴ Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. N Engl J Med. 2016 Feb 11;374(6):504-6. doi: 10.1056/NEJMp1511701.



Kuva 6. Esimerkki syöpien aiheuttamista kokonaiskustannuksista

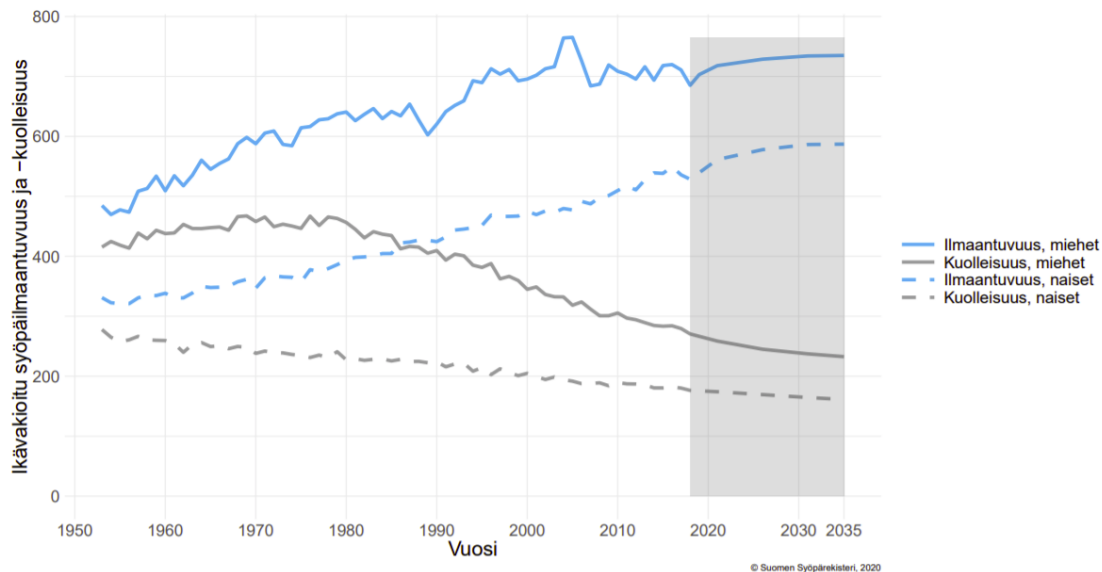
2. Vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta pitää seurata lääkkeiden käyttöönoton jälkeen rutiinisti

Arviointiprosessia on kehitettävä suuntaan, jossa käyttöönottoa voidaan nopeuttaa ja lisätä käytönaikaisen turvallisuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden raportointivaatimuksia ja aktiivista seuranta. Tämä parantaa valmiuksia ottaa käyttöön yksilöllisiä ratkaisuja tulevaisuudessa. Havainnoiden muutoksia tietyssä potilasryhmässä yli ajan voidaan havaita, miten vaikuttavuus ja kokonaiskustannukset kehittyvät ja tehdä tarvittaessa päätelmiä ja linjauksia myös käytön aikana.

Arkivaikuttavuuden systemaattisempi seuranta varmistaa, että oikeat hoidot kohdentuvat oikeille potilaille ja että hoitojen kohdentaminen perustuu tulevaisuudessa entistä enemmän potilaan saamaan hyötyyn. Vaikuttamattomia tai heikosti vaikuttavia hoitoja voidaan vähentää ja vastaavasti investoida lisää tehokkaisiin hoitoihin. Tämä on pitkällä näkemällä väestön ja potilaiden etu.

Syöpätaudeissa kansalliseen syöpärekisteriin kertyy jo tiettyjä vaikuttavuutta kuvaavia mittareita ja nämä voidaan liittää aiemmin esitettyihin kustannustietoihin. Kokonaiskuoilleisuus on vähentynyt kasvavasta potilasmäärästä huolimatta. (Kuva 7.) Kun huomioidaan lisäksi työkyvyttömyyden vähentyminen, näyttää siis, että syövän hoidossa kustannusvaikuttavuus on parantunut selvästi viime vuosikymmeninä näiden karkeiden mittarien valossa.¹⁵ Uudet hoitomenetelmät ovat osoittautuneet kannattavaksi investoinniksi. Kuitenkin tarvitaan yhä parempaa vaikuttavuuden seuranta huomioiden myös potilaiden hyvinvointi, toimintakyky ja elämänlaatu.

¹⁵ Torkki P, Leskela RL, Linna M, Maklin S, Mecklin JP, Bono P, et al. Cancer costs and outcomes in the Finnish population 2004-2014. Acta Oncol 2018;57(2):297e303.



Kuva 7. Ikävakioitu syöpäilmaantuvuus ja syövän aiheuttama kuolleisuus (100 000 henkilövuotta kohden) vuosina 1953–2018 ja ennustettu kehitys vuoteen 2035 saakka sukupuolittain.¹⁶

3. Arviointi- ja rahoitusprosessia pitää yksinkertaistaa

Nykyisin hoitoteknologioiden arvioinnissa on useita toimijoita ja roolit eivät ole yleisellä tasolla kovinkaan selviä. Lääkkeiden osalta arviointiprosessiin liittyy tutkimusta muita teknologioita enemmän ja arviointiprosessi jakautuu käytännössä Fimean, Hilan ja THL:n toimesta tehtäväksi.

Kuitenkin lääkkeiden osaltakin arviointi- ja rahoitusprosessi sisältää kehittämistarpeita. Nykyisin Palko antaa sairaalalääkkeiden HTA-raportin pohjalta suosituksen sairaanhoitopiireille ilman tietoa lopullisesta hinnasta ja kustannuksesta terveydenhuollolle. ”Suositukset eivät sido sen paremmin palvelun tilaajaa, palvelun tuottajaa, yksittäistä ammattilaista kuin kansalaistakaan.”¹⁷ Sairaalalääkkeiden käyttöön otosta päättävät maksajat (SHP:t) todellisen hinnan perusteella. järjestelmää ollaan kehittämässä 2021 alusta kohti yhtä kansallista hintaneuvottelua ja yhtä kansallista käyttöönottopäätöstä. Vastaava HTA-arviointi ja päätöksenteko toteutuu Hilassa avohoidon korvattavien lääkkeiden osalta.

Myös rokotteiden osalta on arvioinnissa kehittämistarpeita. Vastaava kokonaisvaltainen kustannusvaikuttavuuden tarkastelu kuin raportissa on esitelty, voidaan ulottaa myös rokotteisiin. Ikäkausirokotteiden ohella arviointiin tulee tulevaisuudessa huomioida myös kohdennetummat rokotusohjelman ulkopuoliset rokotteet.

Tulevaisuudessa uusien hoitomenetelmien arviointi (HTA) voidaan tehdä kansallisesti yhden toimijan toimesta. Tämän rinnalla lääkehoito voidaan nivota hyvinvointialueiden budjettiin ja hyvinvointialueet voivat optimoida kustannusvaikuttavuutta potilasryhmittäin.

¹⁶ <https://syoparekisteri.fi/assets/files/2020/05/Syopa2018-raportti.pdf>

¹⁷ https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162447/STM_2020_31_rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Askeleet eteenpäin

Koska vision mukainen kehityskulku edellyttää vuosien työtä eri osa-alueilla, mutta kehitystarpeet ovat jo olemassa, on kehitystä syytä vaihteistaa. Ensiksi voidaan lähteä kehittämään periaatteita vaikuttavuusperustaisille seurantamalleille sekä rakentamaan sairausryhmäkohtaista kustannusraportointia. Näille molemmille on perusta jo olemassa ja kansallisten rekisterien pohjalta päästään eteenpäin.

2021

Pilotit valituissa potilasryhmissä (esim. kansansairaudet): - Mittaamisen tavoitteet ja periaatteet - Tietojen kokoaminen rekistereistä ja seurantamallien rakentaminen - Juridiset vaatimukset (esimerkiksi tietojen hyödyntämismahdollisuudet ns. toisiokäyttölain pohjalta) - Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointiprosessi: toimijat ja toimintaperiaatteet	Analysoidaan sairausryhmäkohtaiset kustannukset kokonaisvaltaisesti: - Relevanttien kustannusten määrittäminen - Analyysin pohjalta pysyvän asiakas-/potilasryhmittelyn määrittäminen	Järjestelmän uudistaminen on jo käynnistynyt - Rahoituksen määräytymisperusteissa ja jakokanavien suunnittelussa huomioitava kannusteet oikeudenmukaiseen ja vaikuttavaan hoitojen valintaan - Kustannusvaikuttavuuden kehittämisen kannalta on tarkasteltava eri rahoituskanavien tarkoituksenmukaista käyttöä. Tavoitteena on ehkäistä ja vähentää epäsuotuisaa osaoptimointia ja yksinkertaistaa seurantaa.
Pilottien kokemusten pohjalta: - Rakennetaan lääkkeiden hallitun käyttöönnoton ja hallitun käytöstä poistamisen malli perustuen kustannusvaikuttavuuden arviointiin - Määritetään periaatteet sille, miten päätöksenteko tapahtuu potilasryhmittäisen kustannusvaikuttavuuden ja turvallisuuden liittyvien tietojen pohjalta. - Havaittujen mahdollisten muutostarpeiden tunnistaminen rahoitusjärjestelmän, lainsäädännön ja teknologisen kehityksen osalta . Näiden pohjalta tehtävä toimenpidesuunnitelma. Liitetään vaikuttavuusperustainen malli rahoitusjärjestelmän uudistamiseen.	Kansallinen potilasryhmäkohtainen kustannusten seurantamalli otetaan vaiheittain jatkuvaan käyttöön	Kehitetään rahoitusjärjestelmää tukemaan vaikuttavuusperustaista lääkkeiden käyttöönottoa, käyttöä sekä käytöstä luopumista: - arviointi ja korvattavuus päätetään kansallisella tasolla - rahoituksellisesti vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että palveluiden järjestäjät voivat optimoida koko palvelukokonaisuutta vaikuttavuustietoon ja kokonaiskustannuksiin pohjautuen.

2023