

Kustannusvaikuttavuus on myös uuden teknologian käyttöönoton ehto

Martti Kekomäki

Kaikkien lienee helppoa olla yhtä mieltä siitä, että terveydenhuollon yhteisillä voimavaroilla tulisi voida tuottaa mahdollisimman paljon terveyttä ja jakaa tuo terveys vielä oikeudenmukaisesti

Hoidon vaikuttavuudella ymmärretään sitä, että hoitointerventio muuttaa potilaan terveyttä tavalla, joka on luettavissa intervention tulokseksi. Muutos voi olla terveyslisä, terveyden parempi säilyminen tai terveyden menettämisen hidastuminen. Terveyden määrän muutosta verrataan aina tilanteeseen, jossa hoitoa ei ole annettu.

Kustannusvaikuttavuudella ymmärretään terveysmäärän muutoksen suhdetta hoitoon sitoutuneisiin kustannuksiin. Kustannusvaikuttavuus on siis kahden erotuksen, terveysmäärien ja kustannusten erotusten suhde. Jotta vertailu eri sairauksien hoidon kustannusvaikuttavuuden kesken kävisi edes karkealla tasolla mahdolliseksi, syntyvä terveys-hyöty jyvitetään vastaamaan yhtä täysin tervettä vuotta, ns. laatupainotettua elinvuotta (= QALY, sanoista quality adjusted life-year). Hoitoon sitoutuneet kustannukset ilmoitetaan rahamääräisinä. Tulokseksi saadaan näin yhden laatupainotetun elinvuoden kustannukset, eli €/QALY. – Kaikista puutteistaan huolimatta QALY-käsite antaa jonkinlaisen mahdollisuuksien eri hoitomenetelmien kustannusvaikuttavuuden keskinäisiin vertailuihin.

Uudet hoitomenetelmät ovat harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta kalliimpia kuin vanhat. Jotta niiden käyttö olisi ekonomisesti perusteltavissa, tulisi niiden myös tuottaa aikaisempia menetelmiä parempia hoitotuloksia, muutenhan niiden käyttöönotto olisi voimavarojen haaskausta. Juuri tämän takia varsinkin uudet lääkkeelliset hoitomenetelmät hyväksytään kansallisten vakuutusjärjestelmien, Suomessa siis Kelan korvattaviksi vasta sitten, kun niiden kustannusvaikuttavuus on osoitettu aikaisempia lääkkeitä suuremmaksi. Kustannusvaikuttavuus on siis tullut lääkkeiden turvallisuuden ja vaikuttavuuden rinnalle lääkkeiden käyttöön ottamisen kriteeriksi.

Operatiivisille ja radiologisille hoidoille tulisi asettaa yhtä tiukka kustannusvaikuttavuuden vaatimus. Monista syistä johtuu, että tästä tavoitteesta on usein tingitty. Hoitomenetelmän leviämisen jälkeen on vaikeata saada rakennetuksi sellaista tieteelliset kriteerit täyttävää tutkimusasetelmaa, joka antaisi luotettavat tiedot vaikkapa leikkausmenetelmän kustannusvaikuttavuudesta. Esimerkeiksi kelpaavat laparoskooppinen kirurgia ja robottivälineiset leikkaukset.

Tieteellinen tutkimustyö antaa tietoa hoitomenetelmän tehosta (efficacy) eli optimivaikuttavuudesta. Tieteellisen tutkimuksen 'heikkoutena' ovat sen tiukat kriteerit tutkimukseen sisällytettävälle potilaille. Ns. poissulkukriteerit rajaavat hyvin usein koko aineistoista pois monisairaant iäkkäät potilaat, jotka muodostavat silti hoidettavien kasvavan osan kaikista hoidettavista. Tämän takia suuri osa julkaistusta tieteellisestä tiedosta yliarvioi hoitomenetelmän tosiasiallista arvoa. Näin siis tieteellisesti kustannusvaikuttavaksi "todistettu" uusi hoito saattaa olla tavallisten potilaiden enemmistön hoitamiseen sovellettuna jopa arvoton.

Tämän takia terveydenhoidon tietojärjestelmien on kyettävä antamaan reaaliaikaista ja kattavaa tietoa sekä uusien että vanhojen hoitojen kustannusvaikuttavuudesta. Tämä tieto täyttää harvoin tieteelliselle tutkimustyölle asetettavat vaatimukset, koska verrokiryhmä yleensä puuttuu. Siitä huolimatta vaikuttavuuden ja sitoutuneiden kustannusten kattava seuranta koskee jatkossa jokseenkin kaikkea hoitoa. Yhdysvalloissa hanke kulkee akronyymillä CER-nimellä (sanoista comparative effectiveness research).

Uusien onkologisten hoitojen käyttöön ottamiseen liittyy vielä yksi erikoispiirre. Tutkimustyön edistyessä yhä useampi syöpätauti jakautuu geneettisesti tautiperheeksi, jossa monen alamuodon hoitomenetelmät ovat ratkaisevan erilaiset. Tämä on luonut tilanteen, jossa lääketeollisuus on investoinut hyvin suuria summia sellaisten lääkkeiden kehittämiseen, joista hyötyy lopulta hyvin harva potilas. Näin syntyy yksi terveysekonomian visaisimpia ongelmia: otetaanko huomattavan kallis lääke käyttöön, jos se hyödyttää vain ani harvoja potilaita? Yhteiskunnan maksuhalukkuudella (societal willingness to pay) on nimittäin jokin epämääräinen yläraja, jonka on sanottu asettuvan noin 2–3 bkt/capita/v -yksikön tuntumaan. Jos siis esimerkiksi Suomen kansantuloksi oletetaan pyörein luvuin 30 000 USD/kansalainen, yhteiskunta olisi valmis maksamaan yhdestä syntyvästä QALYstä 60–90 000 USD. On painotettava sitä seikka, ettei kysymys ole rahan absoluuttisesta puuttumisesta vaan siitä, että samalla rahalla toisin käytettynä saatetaan tuottaa paljon suurempia terveysmääriä.

Uusista hoitomenetelmistä on juuri tämän vuoksi jouduttu myös luopumaan myös onkologiassa. Hyvä esimerkki on ns. boorineutronikaappaushoito (BNCT), jonka perusajatus, syöpäsoluun toimitettu booriatomi ja sen hajottaminen neutronisäteilyllä, on tieteellisesti täysin järkevä. Tämä on siis deduktiivinen tapa lähestyä asiaa. Induktio merkitsee sitä, että osa potilaista hoidetaan, osa ei, minkä jälkeen tulokset mitataan. Terveysmuutokset suhteutetaan sitoutuneisiin kustannuksiin ja arvioidaan hoidon kannattavuus. Hoidon näin arvioidun kustannusvaikuttavuuden ei päätelty riittävän menetelmän järjestelmälliseen soveltamiseen. Menetelmästä onkin luovuttu Suomessa.

Lopuksi on vielä painotettava potilasvalinnan merkitystä hoidon järkevyyttä arvioitaessa. Loogisesti on pääteltävissä, että kaikkien hoitojen kustannusvaikuttavuudella on tietty maksiarvonsa, joka vastaa jotain tiettyä kliinistä tilannetta. Tätä tilannetta helpompi tai vaikeampi kliininen tila pienentää järjestelmällisesti hoidon kustannusvaikuttavuutta: ”pieneen” pulmaan ei mahdu suurta kustannusvaikuttavuutta, eikä ”suurelle” pulmalle mahdeta mitään.

Juuri tämä totuus korostaa hoidosta päättävän lääkärin suurta taloudellista vastuuta. Noin 70 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista sidotaan juuri lääkärikunnan hoitopäätöksin. Sen vuoksi taloudellisen ajattelun perusteiden tulisi kuulua jokaisen suomalaisen lääkärin koulutusohjelmaan.