

Hoidon hinta ja tasa-arvo
terveydenhuollon eettisenä haasteena

*ETENE:n 3. kesäseminaari
Helsinki, 20. elokuuta 2002*

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2003

TIIVISTELMÄ

Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 3. kesäseminaari, Helsinki, 20. elokuuta 2002, 36 s. (ETENE-julkaisuja, ISSN 1458-6193;6) ISBN 952-00-1269-9

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta järjesti ensimmäisen kautensa päätteenä elokuussa 2002 sisäisen seminaarin kalliista hoidoista ja niihin liittyvistä eettisistä kysymyksistä erityisesti tasa-arvon näkökulmasta. Aihe on jatkoa ETENE:ssä läpi sen ensimmäisen toimikauden käytyyn keskusteluun priorisoinnista ja potilaiden oikeudenmukaisesta kohtelusta terveydenhuollossa. Neuvottelukunnan jäsenten ja varajäsenten lisäksi seminaarissa oli mukana asiantuntijoita eri lääketieteen alueilta, priorisoinnin ja hoitojen arvioinnin tutkijoita sekä myös potilaan näkökulmasta asiaa arvioivia henkilöitä. Seminaarista koottiin tämä julkaisu, joka sisältää ETENE:n oman yhteenvedon seminaarissa käydystä keskustelusta sekä tiivistelmät siellä pidetyistä alustuksista.

Asiasanat: arvot, etiikka, ihminen, hinnat, hoito, oikeudenmukaisuus, priorisoiminen, tasa-arvo, terveydenhuolto

SAMMANDRAG

Priset på vård och jämlikhet i vården en etisk utmaning för hälso- och sjukvården. Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). 3 sommarseminariet, Helsingfors 20.8.2002, 36 s. (ETENE-publikationer, ISSN 1458-6193;6) ISBN 952-00-1269-9

Den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården ordnade i augusti 2002 som avslutning på sin första period ett internt seminarium om dyr vård samt etiska frågor i anslutning till dyr vård särskilt med tanke på jämlikheten. Ämnet är en fortsättning på den diskussion om prioritering och rättvist bemötande av patienterna som förts under hela delegationens första mandatperiod. I seminariet deltog förutom delegationens medlemmar och deras suppleanter sakkunniga inom olika medicinska områden, forskare i prioritering och bedömning av vård samt personer som bedömer frågan även ur patienternas synvinkel. Den här publikationen innehåller delegationens egen sammanfattning av den diskussion som fördes vid seminariet samt sammandrag av de anföranden som hölls vid seminariet.

Nyckelord: etik, människa, hälsovård, jämlikhet, likställdhet, prioritering, pris, vård, vården

SUMMARY

Price of care and equality as an ethical challenge in health care. National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE). 3rd seminar, Helsinki, August 20th, 2002, 36p. (ETENE-publications, ISSN 1458-6193:6) ISBN 952-00-1269-9

The National Advisory Board on Health Care Ethics arranged an internal seminar in August 2002 in conclusion of its first term of office. The seminar discussed expensive treatments and related ethical issues, in particular from the equality point of view. This theme is a continuation to the discussion about prioritisation and equitable treatment of patients in health care that has gone on all through the first term of office. The participants included, besides the board members and their deputies, experts in various fields of medicine, researchers in the field of prioritisation and evaluation of treatments and persons evaluating the issue from the patient's point of view. The present publication covers a summary drawn up by the ETENE of the discussions at the seminar and summaries of the introductory addresses given at the seminar.

Key words: equality, ethics, health care, human being, justice, prices, priority setting, treatment, values

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Summary	5
Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena	9
Terveys ja sairaus jakautuvat epätasaisesti	9
Kalliit hoidot	9
Hoidon hinta, yhteiskunta ja valinnat	10
Hoitojen kalleus ja etiikka	10
Etiikka ja valinnat: tasavertaisuus ja oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa	
<i>Martti Lindqvist</i>	12
Kalliit lääkkeet ja lääkekustannukset Suomessa <i>Timo Klaukka</i>	15
Lääkekustannukset ovat jatkuvasti kasvaneet	15
Uutta toivoa potilaalle	15
Kahden tulen välissä	16
Eettisiä pulmia	16
Kallista hoitoa yhdelle – vai halpaa hoitoa monille? <i>Markku Myllykangas</i>	18
Kalliit hoidot tai toimenpiteet ja niiden vaikuttavuus <i>Marjukka Mäkelä</i>	21
Laatupainotettu elinvuosi	21
Paljonko maksaa kallis?	21
Myös haittavaikutukset mukaan arvioon	23
Eri maissa ja eri-ikäisillä eri tuloksia	23
Mikä on suurin kustannustekijä?	23
Kallis on katsojan silmässä	24
Syövän hoito ei tuhoa kuntien taloutta <i>Inkeri Elomaa</i>	25
MS-taudin kallis hoito <i>Markus Färkkilä</i>	27
MS- taudin kalliit lääkkeet	27
Beeta-IFN- ja glatirameerihoidon indikaatiot MS-taudissa Suomessa 2002	28
Potilas kalliina terveydenhuollon käyttäjänä <i>Tatu Kulmala</i>	29
Yleistä immuunipuutossairauksista	29
Hoitomuodot	29
Hoitojen hinnat	30
Potilaan ja yhteiskunnan kokonaisetut	30
Yhteiskunnan vastuu ja rajat kalliiden hoitojen antamisessa? <i>Anne Huotari</i>	31
ETENE:n jäsenet ja varajäsenet	35

HOIDON HINTA JA TASA-ARVO TERVEYDENHUOLLON EETTISENÄ HAASTEENA

Lääketieteessä tapahtuu kehitystä kiihtyvällä nopeudella. Uusia lääkkeitä ja hoitoja moniin aiemmin vakaviin ja henkeä uhkaaviin sairauksiin saadaan käyttöön yhä enemmän. Elinikä on pidentynyt ja väestön hyvinvointi lisääntynyt. Ymmärrys tautien syntymekanismeista sekä myös sairauksien luonne itsessään muuttuivat paljon viime vuosisadalla. Esimerkiksi monet virus-

taudit ovat joko kokonaan hävinneet tai vähentyneet ja lieventyneet rokotuksilla, ja antibiootit parantavat useimmat ennen jopa kuolemaan joutaneet bakteeritaudit. Syövästä paranee usein. Monien yleisten sairauksien syiden selvittäminen on muuttanut niiden hoitoa, mm. vatsahaavaa hoidetaan nykyään tulehdustautina, samoin monia sydän- ja verisuonitauteja.

TERVEYS JA SAIRAUUS JAKAUTUVAT EPÄTASAISESTI

Huolimatta siitä, että kehitys on tuonut paljon hyvää, sairaudet aiheuttavat edelleen paljon kärsimystä. Tautien kirjo ja niiden aiheuttamat ongelmat vaihtelevat eri puolilla maailmaa. Kehitysmaiden asukkaat eivät voi uneksiakaan siitä hoidon tasosta, mitä teollisuusmaissa pidetään itsestäänselvyytenä. Alueelliset erot ovat suuria myös Suomessa. Keskimäärin terveimpiä ovat ruotsinkieliset Pohjanmaalla, sairaimpia edelleen Pohjois-Karjalan miehet. Myös eri sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat huomattavat. Pienen maan pienissä kunnissa on käytännössä mahdotonta ennustaa, miten, milloin ja mihin sen asukkaat sairastuvat, ja millaisiin kustannuksiin pitäisi varautua sairauksien hoidossa. Sairastumisriskiin vaikuttaa perimä, elämänta-

vat ja ympäristö, mutta sen, kuka johonkin tautiin lopulta sairastuu, määrää usein sattuma. Kuvitelma sairastumisen, sairastamisen ja tapaturmien täydellisestä hallinnasta on perusteeton ja tulee myös pysymään sellaisena.

1990-luvulla Suomessa eriarvoisuus hoitoon pääsyssä on lisääntynyt. Vaikuttaa myös siltä, että ne, jotka eniten tarvitsevat hoitoa, saavat sitä vähiten. Tämä on nähtävissä jopa sydäninfarktin liuotushoidossa tai psykiatristen palveluiden käytössä. Syitä hoitoon hakeutumisen ja saannin eroihin on monia. Selvitettäessä syitä tähän löydetään toivottavasti myös keinoja väestöryhmien terveyserojen pienentämiseen.

KALLIIT HOIDOT

Terveydenhuollon menojen odotetaan kasvavan jyrkästi seuraavien parinkymmenen vuoden aikana. Kasvuun vaikuttaa pääasiassa väestön vanheneminen, hoidon vaatimusten kasvu ja uudet markkinoille tulevat hoidot. Uudet hoidot ovat yleensä huomattavasti kalliimpia kuin entiset. Jos kustannusten kasvua ei rajoiteta, enemmän tai myöhemmin siitä syntyvien kustannusten sietokyky ylittyy ja terveyden- ja sairaanhoidossa joudutaan todellisen karsinnan eteen. Keskustelua valinnoista ja karsinnasta ei pidä lykätä aikaan, jolloin karsintoja joudutaan tekemään paljon, vaan sitä on ylläpidettävä erityisesti silloin, kun raha riittää ja kustannukset hel-

posti karkaavat käsistä.

Ilmaisu "kalliit hoidot" tarkoittaa monenlaisia toisistaan paljon poikkeavia hoitoja. On lääkkeitä, joilla potilasta pidetään kalliisti hengissä. Esimerkiksi HIV-infektion hoito maksaa potilasta kohti 10 000 - 20 000 euroa vuodessa, mutta se myös suurella todennäköisyydellä antaa potilaalle hyviä elinvuosia ja siksi hoidon katsotaan olevan hyödyllistä. Uudet syöpälääkkeet ovat kalliita, mutta niistä suurinta osaa käytetään lyhyen aikaa. Jotkut uudet lääkkeet pysäyttävät syövän kasvun, jopa hävittävät kasvaimen näkyvistä - tosin todennäköisimmin vain lääkkeen

käytön ajaksi. Syöpähoitoihin liittyvät pahoinvointilääkkeet ovat kalliita, mutta auttavat potilaita kotiutumaan ja käymään töissä, mikä on yhteiskunnallekin edullisempaa kuin sairaala-hoito. Geeniteknologian avulla valmistetaan mm. elimistön hormoneita, joita käyttäen jotkut kasvavat ja kehittyvät normaalisti kyeten elämään tavallista, täysipainoista elämää.

On olemassa myös kalliita lääkkeitä, jotka voivat auttaa joitain potilaita, mutta eivät auta

aina. Esimerkiksi interferoni MS-taudin hoidossa voi hidastaa taudin etenemistä, mutta näin ei suinkaan aina tapahdu. Myös joissain infektio-taudeissa ja syöpätaudeissa interferoni usein hidastaa taudin etenemistä. On kuitenkin vaikeaa ennustaa ennustaa, ketä lääke auttaa ja kenelle se sopii, siksi sitä kokeillaan monille. Kalliita lääkkeitä käytettäessä on kuitenkin varsin pian arvioitava, milloin ja miten pitkään hoitoa voidaan jatkaa.

HOIDON HINTA, YHTEISKUNTA JA VALINNAT

Kalliilta tuntuva hoito voi olla yhteiskunnalle halpaa, jos potilasryhmä on pieni ja hoidon teho hyvä. Vastaavasti suhteellisen halpa hoito voi tulla hyvin kalliiksi, jos potilaita on paljon ja hoidon antama rajahyöty pieni. Kallis hoito on usein hintansa arvoista, jos se parantaa tai antaa ihmiselle hyvää elämää, hyvinvointia, ja jos ihminen pääsee takaisin työelämään. Kallis hoito on kallista, mikäli se ei tuo mitään näistä. Lisäkustannuksia tuovat töistä poissaolot, kuntoutus ja hoitopäivämaksut. Potilaan kokema elämän laatu kotona on erilainen verrattuna hoitoon sairaalassa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Yhteiskunnalliset päättäjät ja päätökset vaikuttavat paljon yksittäisen ihmisen sairauden hoidon kalleuteen. Pitkäaikaiseen, vakavaan tautiin käytettävät lääkkeet ovat yleensä erityiskorvattavia. Jotta lääke kuuluisi perus- tai erityiskorvattaviin lääkkeisiin, sen tukkuhinta pitää hyväksyä Sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa lääkkeiden hintalautakunnassa. Jos lautakunta ei hyväksy tukkuhintaa, potilas maksaa

lääkekulunsa kokonaan. Sairasvakuutus-korvauksen ulkopuolella olevia lääkkeitä ei sisällytetä vuosittaiseen lääkkeiden hintakattoon. Tällaista lääkettä tarvitsevan, joskus vaikeasti sairaan potilaan lääkekustannukset voivat nousta kohtuuttoman suuriksi.

Koska voimavarat ovat aina rajalliset, terveyden ja sairauksien hoitojen arviointiin tarvitaan erilaisia mittareita. Tutkimus tuo markkinoille uusia hoitoa, mutta tutkimusta tarvitaan myös siihen, että erilaisia hoitoja voidaan arvioida keskenään. On tärkeää arvioida muutakin kuin varsinaisen hoidon hintaa. Laatupainotteisten elinvuosien (QALY) arviointi on helpottanut hoitojen vertailua keskenään, mutta myös tämän mittarin rajoitukset on muistettava: Vanhukselle vuosien lisääntyminen ei välttämättä paranna elämän laatua, kun taas lasten ja nuorten hoidot saavat aikaan sekä suuria elämänlaadun muutoksia että potentiaalisia lisävuosia. Tällöin myös laatupainotettu QALY nousee ja vastaavasti hoidon hinta suhteellisesti arvioiden laskee.

HOITOJEN KALLEUS JA ETIIKKA

Priorisointineuvottelukunta esitti loppuraportissaan v. 1999, että ainoa kestävä peruste priorisointiin on hoitojen vaikuttavuus. Potilaita pitää kohdella tasapuolisesti ja heidän tulisi päästä hoitoon sen perusteella, miten paljon he hoitoa tarvitsevat, riippumatta iästä, sukupuolesta, kotipaikkakunnasta tai siitä, onko potilas itse omalla toiminnallaan aiheuttanut sairauden puh-

keamisen.

Oikeudenmukaisuus ja tasavertaisuus on Suomessa kirjattu myös lainsäädäntöön. Terveystuho on osa yhteiskuntapolitiikkaa, ja sen tila heijastaa koko yhteiskunnan asetelmia. Mikäli yhteiskunnassa esiintyy eettisesti arveluttavia, epäinhimillisiä ja epätasa-arvoisia kehityskulku-

ja, ne tunkeutuvat vähitellen myös terveydenhuollon sisään. Nykyisin ehkä selvin ja kauaskantoisin esimerkki tästä on alueellinen epätaasa-arvo.

Kalliiden hoitojen etiikkaa ei pidä käsitellä irrallaan terveydenhuollon kokonaisuudesta, johon vaikuttavat ennen kaikkea sen arvopohja, resursointi, ammattitaito, yhteistyökyky ja inhimillisuus. On tärkeää huolehtia ensisijaisesti peruspalvelujen riittävydestä ja laadusta. Jos tämä taso pettaa, yksittäisillä kannanotoilla ja toimenpiteillä on verraten vähän merkitystä.

Yhteiskunnan eri tasoilla toimivilla päättäjillä on keskeisin vastuu siitä, miten terveydenhuolto resursoidaan ja millaisiksi korvauskäytännöt muodostuvat. Tämä tehtävä korostuu tulevaisuudessa. Terveydenhuoltoa koskevassa päätöksenteossa tarvitaan läpinäkyvyyttä, selkeyttä ja turvallisuutta. Jos valtakunnalliset ja kunnalliset päättäjät käyttävät terveydenhuoltoa aseenaan keskinäisessä valtataistelussa, se aiheuttaa väestössä hämmennystä ja pelkoa. Kansalaisilla täytyy olla mahdollisuus luottaa siihen, että kansallinen ohjelma terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi toteutetaan, niin kuin maan hallitus on luvannut.

Vapaa ja laaja kansalaiskeskustelu terveydenhuollon tilasta, arvoista ja tulevaisuudesta on tärkeää ja luo pohjaa terveydenhuollon etiikan selkeyttämiselle ja vaikuttavuudelle. Nyky-yhteiskunnassa eettisyys perustuu yhä enemmän jatkuvalle ja julkiselle arvokeskustelulle. Se synnyttää myös uusia haasteita, koska keskustelu ei rajoitu vain kansallisiin puitteisiin, vaan esim. internetin välityksellä kansalaiset saavat paljon

tietoa terveystieteistä, sairauksista ja niiden hoitomahdollisuuksista myös muualla maailmassa.

Pelkästään hoitojen hinta ei ole järkevä eikä mahdollinen kriteeri arvioitaessa hoitojen eettisyyttä. Kun puhutaan kalliista hoidosta on aina kysyttävä, missä suhteessa, kenen kannalta ja mihin verrattuna hoito on kallista. Keskeisiä asioita ovat ainakin hoidon vaikuttavuus, siitä saatava rajahyöty, sen vaikutus elämänlatuun ja elinvuosiin sekä yksilöllisten ja inhimillisten tekijöiden huomioon ottaminen. Potilaille tulisi antaa hoitoa, jonka vaikutukset, myös niiden kustannusvaikutus, tunnetaan. On kuitenkin tärkeää painottaa, että potilaan hoitoa ei pidä ratkaista pelkästään numeroilla. Monet mittarit sisältävät paljon tekijöitä, joita ei voi verrata eri potilas- ja ikäryhmien kesken.

On tärkeää jatkaa tutkimusta eri hoitojen vaikuttavuudesta, jotta terveydenhuollon ammattihenkilöllä olisi käytössään näitä tietoja potilaidensa hoidossa ja arvioidessaan, miten hoitaa potilastaan parhaalla mahdollisella tavalla olemassa olevilla resursseilla. Hoidon hinnalla olisi säädeltävä sitä, että entistä tarkemmin ajateltaisiin potilaan hoitoa eettisestä näkökulmasta eikä sen suinkaan tulisi johtaa etiikan ohentumiseen. Joka tapauksessa hoitoja on joskus rajoitettava perustuen yhä täsmällisempiin arvioihin siitä, milloin hoito on perusteltua ja milloin ei. Toisaalta jos joku hoito katsotaan perustelluksi kalleudesta huolimatta, potilaille tulisi taata hoitoon pääsy asuinpaikasta riippumatta. Kansallisilla ja alueellisilla hoitosuosituksilla on tärkeä merkityksensä tässä prosessissa.

Helsingissä 16. päivänä joulukuuta 2002

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998-2002

Martti Lindqvist
puheenjohtaja

Ritva Halila
pääsihteeri

ETIIKKA JA VALINNAT: TASAVERTAISUUS JA OIKEUDENMUKAISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA

Ajassamme on paljon hämmennystä ja levottomuutta, joka lienee seurausta ainakin nopeasta sosiaalisesta ja teknologisesta muutoksesta, ihmiskunnan tulevaisuuteen liittyvistä maailmanlaajuisista epävarmuustekijöistä, keskeisten ihmissuhdeverkkojen höllentymisestä tai rikkoutumisesta sekä arvomaailman ja elämäntyylien moninaistumisesta. Toiset ihmiset kestävät muutosta ja epävarmuutta paljon paremmin kuin jotkut muut riippuen esimerkiksi heidän asemastaan, tiedoistaan, resursseistaan ja toimintakyvystään. Hyvin paljon tähän ajan henkeen ja prosessiin liittyvää keskustelua kytetään terveydenhuollon kysymyksiin ja valintoihin. On hämmästyttävää, miten huomattava määrä esimerkiksi Helsingin Sanomien palstoilla käydystä keskustelusta kytkeytyy sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kattamalle toimialueelle. Ainoastaan koulusta ja kasvatuksesta käytävä keskustelu pääsee ajoittain samalle tasolle. Mielestäni tämä toisaalta osoittaa, että terveydenhuolto on kansalaisten arvomaailmassa korkealla. Toisaalta on varmaan niin, että mielikuviin terveydestä ja sairaudesta puetaan paljon muitakin unelmia ja pelkoja, jotka koskevat elämää ylipäätään.

Tekniikka, talous ja politiikka – tärkeimmät ulkoista hallintaa edustavat voimat - eivät heville tunnusta kaiken elämisen kehällisyyttä ja rajallisuutta. Välillä näyttää kuin ne uskoisivat, että ihminen voisi irtautua itse luomansa historiallisen kehityksen avulla elämän kierrosta. Ääritapauksissa ne saattavat kuvata historian päämäärän kaikki tarpeet tyydyttävänä keinomaailmana, missä luonnon primitiivisyys on lopullisesti voitettu. Sille käänteinen kertomus kuvaa edessä hämmäyttävää lopputulosta ihmisen aiheuttamana suurena katastrofina, mihin kaikki elämä päättyy äkkirysäyksellä. Viihteellistetty kauhu ja irrationaalisuuden nousu osoittavat, että myös tuhon mielikuville on suuri valta ihmismieliin. Merkillepantavaa on, että molemmat tarinat – sekä teknologinen utopia että apokalypsi – ovat aikakäsitykseltään tiukan lineaarisia. Teknista-

loudellisen kulttuurin on vaikea ymmärtää, että elämä luo sekä alkunsa että loppunsa kaiken aikaa. Ne ovat joka hetki sisäkkäin tässä ja nyt. Siitä on aina pohjimmiltaan kysymys myös sukupolvien kierrossa.

Terveydenhuollon tulevaisuudesta käytävän keskustelun sakeus viitannee monien ihmisten huoleen siitä, että ehkä kukaan ei ihan oikeasti välitä eikä ymmärrä ja että hän ja hänen lähimpänsä voivat jäädä vaille tarvitsemaansa apua ja läheisyyttä tilanteessa, missä he ovat kyvyttömiä selviämään itsensä varassa.

Keskusteluun syntyy myös käsitteistö, joka tuntuu tärkeältä ja jolla vaikeita valintoja pyritään perustelemaan ja hallitsemaan. Tällaisia käsitteitä ovat esim. “kiireellinen hoito”, “käypä hoito”, “vaikuttavuus”, “näyttöön perustuva hoito”, “rationalisointi”, “tulosjohtaminen”, “priorisointi” ja “kustannustehokkuus”. Näillä sanoilla kuvataan myös eettisesti tärkeitä asioita, mutta niiden hokeminen ei poista asioiden tulkinnallisuutta ja monitasoisuutta, yksilöllisten tarpeiden ja kokemusten vaihtelevuutta sekä elämän rajallisuutta. Ne eivät myöskään poista sitä, että terveydenhuollossa on kysymys monien muidenkin kuin potilaiden välillä ilmenevien ristiriitaisten intressien kamppailuista. Liike-elämä, teollisuus ja ammatilliset eliitit omaavat hyvin suuria intressejä tällä alueella. Mitä kalliimmista hoidoista on kysymys, sitä suuremmaksi pelissä olevat panokset useimmiten nousevat. Kun esimerkiksi julkisessa sanassa puhutaan, että joku terveydenhuoltoon liittyvä asia on tehtävä “hinnalla millä hyvänsä” tai “kaikki voitava” on panostettava johonkin, niin sellaisella retoriikalla ei ole oikeastaan mitään merkitystä, koska se ei konkretisoidu mihinkään eikä elämä myöskään tunne sellaisia rajattomia valintoja, joista kuitenkin puhutaan kuin tosiasioista. Tunteet ovat tärkeitä ja tunteisiin on helppo vedota, mutta elämä on konkreettista ja valinnat tapahtuvat aina rajallisessa maailmassa. Kukaan ei voi

saada kaikkea. Se on elämän ankara laki.

Terveydenhuollossa vaikuttaa paljon sellaista dynamiikkaa, joka kärjistää oikeudenmukaisuuskysymyksiä, vaikka ei liitykään suoraan potilaan hoitoon. Nimenomaan ammatillisten eliittien ja professioiden keskinäinen kilpailu sekä lääketieteellisen ja lääketieteellisen teknologian kehittämisen dynamiikka lisäävät huomattavasti kustannuspaineita ja saattavat vaikeuttaa joidenkin ongelmien ratkaisuja, vaikka varmaan ne myös helpottavat joissakin tapauksissa ratkaisujen löytymistä. Niiden vaikutus on siis ambivalentti, monimerkityksinen. Nämä tekijät yhdessä väestön ikääntymisen ja syntyvyyden laskun kanssa merkitsevät, että joka tapauksessa priorisointiongelma on vastassamme ennen näkemättömän vakavana 10-20 vuoden kuluessa. Siihen täytyy valmistautua vastuullisesti ja rationaalisesti hyvissä ajoin etukäteen. Tällä hetkellä ei ole helppoa nähdä, miten suomalaisessa yhteiskunnassa julkinen ja yksityinen terveydenhuolto ovat kehittymässä suhteessa toisiinsa. Se on kai havaittu, että julkisten palvelujen tason pudotessa alle tietyn kriittisen minimin sekä potilaat että työntekijät kärsivät asiasta huomattavasti ja pyrkivät muulla tavoin ratkaisemaan ongelmansa.

Ei ole myöskään niin, että halvat hoidot olisivat yksiselitteisesti hyviä ja perusteltuja, ja kalliit hoidot puolestaan aina ongelmallisia ja huonoja. Mitään tällaista yleistä riippuvuussuhdetta ei ole kumpaankaan suuntaan, vaan kysymys on enimmäkseen konkreettisista, usein tilannekohtaisista ja laajemmasta taloudellisesta, sosiaalisesta ja kulttuurisesta asiayhteyksistä riippuvista asioista. Tärkeää on muistaa, että niukkuus toiveisiin ja tarpeisiin verrattuna on aina ollut realiteetti ja että ensisijaisesti odotusten tyydyttämiseen pyrkivä hoito ajautuu aina umpikujaan – ensiksi eettisesti ja sitten myös taloudellisesti.

Sekä globaalisesti että kansallisesti terveydenhuollon eettiset ongelmat painottuvat kahteen hyvin erilaiseen alueeseen, jotka näyttävät saman U-käyrän vastakkaisilta päiltä. Toisessa päässä ovat lääketieteellisen tutkimuksen ja teknologian nopeasti kehittyvät ja muuttuvat sovellukset. Etenkin genetiikan ja lisääntymislääketieteen

alueella on tapahtunut valtavaa kehitystä ja odotukset nousevat kiihtyvällä tahdilla. Ihmisen kyky ymmärtää ja muokata omaa rakennettaan on saavuttamassa uuden laadullisen tason. Siihen liittyy myös suuria kaupallisia intressejä. Nekin on otettava huomioon, sillä etiikka ei saa olla naivia suhteissa valtakysymyksiin.

Toisessa päässä U-käyrää ovat monet potilasryhmät, jotka kärsivät tavanomaisista, kroonisista ja parantumattomista sairauksista tai ovat muuten sosiaalisesti ja terveydellisesti moniongelmaisia. He tuntuvat hankalasti hoidettavilta ja heidän hoidossaan mitattavat hoitotulokset ovat ehkä vaatimattomia. Esimerkiksi osa vanhuksista, monet mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset kuuluvat heihin. Vaarana on heidän hylkäämisensä kilpailua, suorituksia ja huippusaavutuksia palvovassa yhteiskunnassa. Samalla on muistettava, että myös tavallisten tautien hoidossa on edistytty paljon. Lääkehoidon alueella esimerkiksi monet kolesteroli-, syöpä- ja mielialalääkkeet voivat olla esimerkkejä tästä. Niihinkin liittyy suuria kustannuskysymyksiä, koska potentiaaliset käyttäjäryhmät voivat olla hyvin laajoja.

Etiikan tehtävänä on käynnistää ja ylläpitää arvokeskustelua sekä huippulääketieteen soveluksista että terveydenhuollon syrjäytymisilmiöistä. Molemmista tapauksista viisaus ja välittäminen ovat eettisesti avainasemassa. Viisaus on elämäkokemukseen jäsennettyä sisäistettyä tietoa ja välittäminen puolestaan kykyä nähdä ja kokea asiat toisen ihmisen näkökulmasta.

Pidän nykyisin muodissa olevaa vaikuttavuuskeskustelua hyvin tärkeänä. Pyrkimys näyttöön perustuvaan lääketieteeseen ja sitä määrätietoisesti soveltavaan hoitoon on perusteltu ja sen ympärille on syntynyt järkevää tutkimusta, tiedotusta ja keskustelua. Esimerkiksi käypä hoito –suositukset ovat hyvä esimerkki tästä. On kuitenkin muistettava, että se on parhaassakin tapauksessa suhteellinen ja rajallinen näkökulma ja että päätöksenteossa yhteiskuntatasolla on otettava huomioon sellaisia tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen liittyviä kysymyksiä, jotka muuten helposti tulevat sivuutetuksi. “Parantaminen” ja “hoitaminen” eivät ole milloinkaan arvoneutraaleita käsitteitä. Ne saavat merkityk-

sensä viime kädessä tietyssä kulttuurissa, yhteisössä, suhteessa ja yksilön mielessä. On paljon hoitoa, joka on olennaista potilaan ihmisarvon ja integriteetin kannalta, vaikka siitä ei voisikaan todeta suoraan kustannushyötyä. Keskustelussa myöskin helposti dikotomisoidaan asioita ikään kuin ilmiöt voitaisiin jäännöksittä määrittellä kahteen luokkaan (esimerkiksi “tieteelliseksi” ja “epätieteelliseksi”).

Hyvä elämä ja hyvä yhteiskunta rakentuvat yhteisvastuulle, realismille ja rajallisuuden myöntämiselle. Olennaista on, että yhteistä hyvää, olipa se sitten laadultaan kulttuurista, sosiaalista, psyykkistä tai taloudellista, suojellaan ja lisätään. Tärkeää on myös se, että yhteisössä ylläpidetään pyrkimystä sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen kuunnelleen kaikkia ryhmiä ja osapuolia ja että pidetään kiinni ihmisarvosta, joka on kaikkien ihmisoikeuksien perusta. Ihminen on yhä rajallinen, sairastuva ja kuoleva olento. Tämä rajallisuus ei ole satunnaista, ohimenevää tai toisarvoista hänen todellisuudessaan. Se on yksi alkuperäinen ja tosi puoli hänen ihmi-

syyttään. Joillakin tämä puoli on enemmän näkyvä kuin muilla, mutta jokaiselle se on pysyvää sisäistä todellisuutta, joka myös ulkoisesti realisoituu hänen elämänsä kaarellaan joissakin kohdissa - ja on kaikkein alastominta hänen kuolemassaan.

Eettisyys on ytimessään keskustelua, jossa oma kokemuksemme ja ajattelumme peilautuu toisten kokemukseen ja ajatteluun. Ei ole syyttä sanottu, että kansalaisyhteisön uskottavuus ja elinkelpoisuus riippuu olennaisesti siitä, miten eettinen diskurssi kansalaisten kesken sekä kansalaisten ja päättäjien välillä toteutuu. Meillä on tähän paljon teknistä osaamista ja välineitä, mutta melko vähän luovia ideoita ja laadukasta keskustelukulttuuria.

Etiikka ei tule koskaan valmiiksi, se on tekemisissä keskeneräisyyden, rajallisuuden ja alati muuttuvien prosessien kanssa. Etiikan on eletävä ajassaan silloinkin kun se voi nähdä vain osan ajastaan.

KALLIIT LÄÄKKEET JA LÄÄKEKUSTANNUKSET SUOMESSA

Suomen markkinoilla on lähes tuhat erilaista lääkeainetta tai niiden kiinteätä yhdistelmää, ja erilaisia valmistenimiä on noin 1700. Valikoima uudistuu siten, että vuoden 2001 aikana Pharmaca Fennicaan tuli 160 uutta ja siitä poistui 180 valmistetta. Lääketeollisuus tuottaa maailmanlaajuisesti vuosittain noin 40-50 kokonaan uutta lääkeainetta, jotka kaikki eivät kuitenkaan tule Suomen markkinoille.

LÄÄKEKUSTANNUKSET OVAT JATKUVASTI KASVANEET

Lääkekustannukset ovat kasvaneet viime vuosina noin 10 %:n vauhdilla. Vuonna 2001 olivat kustannukset 1,84 miljardia euroa, eli lähes 11 miljardia markkaa. Kasvu ei katkennut edes lamavuosina, jolloin muut terveydenhuollon kustannukset pienenevät. Lääkkeiden osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista onkin kasvanut 1990-luvun alun 9 %:sta nykyiseen noin 15 %:iin, ja osuus näyttää edelleen suurenevan.

Uudet lääkkeet ovat yleensä selvästi kalliimpia kuin aiemmin markkinoille tulleet. Tämän myötä monen taudin lääkehoito on kallistunut siitä huolimatta, että käyttäjien määrä on pysytellyt suhteellisen vakaana. Lääkekustannusten kasvu selittyykin suurimmaksi osaksi sillä, että uudet lääkkeet syrjäyttävät vanhempia valmisteita.

Sairaanhoitovakuutuksen etuuskien keskuudessa lääkkeet muodostavat selvästi suurimman kuluerän. Vuonna 2001 maksettiin lääkekorvauksia 768 miljoonaa euroa, ja pelkkä kasvusumma oli suurempi kuin mitä maksettiin kaikkiaan korvauksia esimerkiksi yksityislääkäripalkkioista.

Lääkehoidossa kulkee kohtalaisen suuria

rahavirtoja, mikä lisää alan toimijoiden ja myös poliitikkojen kiinnostusta asiaan. Korvattavien lääkkeiden arvo on päivää kohti vähittäishinnoin keskimäärin 3,3 miljoonaa euroa, ja apteekit toimittavat joka päivä 75 000 korvaukseen johtanutta reseptiä. Yhden reseptin keskihinta oli viime vuonna 44 euroa.

Lääkehoidon hinta vaihtelee lääkkeestä ja sairaudesta toiseen suuresti. Kalleimmaksi tulee hoitaa miespuolisen potilaan veren hyytymättömyystautia eli hemofiliaa. Vuonna 2002 sen lääkitys maksoi potilasta kohti keskimäärin yli 63 000 euroa. Kasvuhormonin puute vaati 24 000 euron ja vaikea, dialyysihoitoa edellyttävä munuaistauti yli 22 000 euron lääkitystä. Myös syöpälääkitys on suhteellisen kallista, mutta toisaalta useimmiten lyhytaikaista. Vuonna 2001 syöpälääkitys kallistui kaikista pääryhmistä eniten, eli tukkumyynnin kasvu oli 26 % vuodesta 2000.

Edellisiin verrattuna esimerkiksi verenpaine-lääkitys maksoi viime vuonna potilasta kohti selvästi vähemmän eli keskimäärin 322 euroa, mutta potilaiden suuri määrä – lähes puoli miljoonaa henkilöä – nosti kohonneen verenpaineen lääkekustannuksiltaan selvästi suurimmaksi sairaudeksi.

UTTA TOIVOA POTILAALLE

Uusi lääke merkitsee pitkäaikaista, vaikeaa tautia sairastavalle potilaalle uutta toivoa, joten halukkuutta sellaisen kokeilemiseen löytyy. Uusi lääke voikin tuoda hoitoon lisää tehoa, ja myös

haittavaikutusten määrä voi olla aikaisempaan lääkitykseen verrattuna pienempi. Potilaiden ohella valmisteen tuottaneella lääkeyrityksellä on kova tarve saada se käyttöön nopeasti, koska

yritys haluaa koota takaisin lääkkeen kehittämiseen kuluneita varoja, ja tuotolla se voi myös rahoittaa muiden uutuuslääkkeiden kehittelytyötä.

Uusien lääkkeiden käyttöön ottamista hidastaa pääasiassa kolme tekijää.

Ensinnäkin aikaisemmat valmisteet ovat ehjineet vakiinnuttaa asemansa tiettyjen sairauksien hoidossa, ja tulokkaan voi olla vaikea läpäistä tietään käyttöön, etenkin kun markkinointi johtaa tavallisesti kilpailijoiden vastatoimiin. Erittäin pitkääikäissairauksien lääkehoito perustuu valtaosin reseptien uusimiseen, jolloin uutuus voidaan ottaa käyttöön lähinnä lääkitystä aloitettaessa, tai kun aiemmassa lääkityksessä ilmenee lääkkeen vaihtoon johtavia ongelmia.

Toiseksi lääkkeen korkea hinta hidastaa sen käyttöön ottoa, sitä enemmän mitä suurempi osa hinnasta jää potilaan maksettavaksi. Ilman sairausvakuutuksen tai kunnan tukea potilaan olisi käytännössä mahdotonta rahoittaa kallista

lääkitystä omin varoin. Suomessa lääkeuutuus voi kuitenkin saada erityiskorvattavuuden yleensä vasta kahden vuoden kuluttua siitä kun sille on hyväksytty korvauksen perusteeksi tukkuhinta.

Kolmanneksi käytön laajenemista hidastaa epävarmuus sen turvallisuudesta. Uutuuslääkkeiden haitat ovat myyntiluvan saamisen aikaan tiedossa vasta osittain. Mahdolliset harvinaiset haitat tulevat ilmi usein vasta kun käyttäjämäärät nousevat useisiin kymmeneen tuhansiin, ja kun käyttö on jatkunut vähintään useita kuukausia tai vuosia. Tämä hillitsee lääkäreiden halua altistaa potilaitaan tuntemattomien haittavaikutusten koehenkilöiksi.

Uusien lääkkeiden ohella pitkään markkinoilla olleiden valmisteiden hinta voi olla huippukorkea. Esimerkkejä tällaisesta ovat monet syövän hoidossa käytettävät lääkkeet, MS-taudin hoitoon tarkoitettu beetainterferoni, kasvuhormoni ja monet muut, korkean teknologian menetelmin tuotetut lääkkeet.

KAHDEN TULEN VÄLISSÄ

Lääkekustannuksista ja niihin liittyvistä korvauksista päättävät ovat kahden tulen välissä. Rajallisten resurssien vuoksi kustannusten kasvu tulisi pitää siedettävänä, mutta uutuuslääkkeiden saamista käyttöön vaativat erityisesti potilaat järjestöineen sekä lääkeyritykset. Myös erikoislääkäriyhdistykset saattavat tuoda äänensä kuuluviin toivoessaan uusia keinoja potilaidensa hoitoon. Potilasjärjestöillä on yhteisiä poliittikkoihin, ja lääkeyritykset etsivät yhä avoimemmin yhteistyömuotoja näiden järjestöjen kanssa. Joukkoviestimet seuraavat valppaasti keskustelua, sillä lääkkeet ovat liikenteen lailla laajoja kansalaispiirejä koskettava aihepiiri, josta löytyy loputtomiin jännitteitä ja vastakkainasetelua.

Yhdysvalloissa ja Uudessa Seelannissa saa kuluttajille mainostaa myös reseptilääkkeitä. EU-maissa tämä on direktiivin voimalla kielletty. Käytännössä lääkeyritykset kuitenkin viestivät täälläkin reseptilääkkeistään tietyille potilasryhmille ja suurelle yleisölle mm. lehdistötiedotteiden kautta. On myös lääkeyritysten tuottamia mainoskampanjoita, joissa kuvaillaan tietyn sairauden hoidon tärkeyttä ja kehoitetaan keskustelemaan asiasta tarkemmin lääkärin kanssa. Kampanjan takaa löytyy aina tietty, juuri tämän taudin hoitoon tarkoitettu reseptilääke, vaikka sen nimeä ei mainoksessa suoraan kerrotakaan.

EETTISIÄ PULMIA

Lääkehoitoon liittyy monia eettissävyisiä ongelmia, kuten seuraavat:

- Mille sairauksille ja mille lääkkeille tulisi asettaa tuen jakamisessa etusija, kun julkinen lääkeraha halutaan pitää rajallisena?
- Missä määrin lääkäreiden tulisi ottaa lääkevalinnoissaan huomioon yhteiskunnan voimavarat?

- Tulisiko suomalaisten kantaa huolta EU-maiden lääketieteellisuuden kilpailukyvyistä ja turvata siten uusien lääkkeiden tuotanto eurooppalaisin voimin?
- Tulisiko lääkeyrityksille sallia nykyistä vapaampi mahdollisuus kertoa uusista lääkkeistään suoraan niitä tarvitseville potilaille?
- Altistavatko uusien lääkkeiden nopeaa käyttöön ottoa korostavat tahot suomalaiset potilaat lääkevaarojen koehenkilöiksi?

KALLISTA HOITOA YHDELLE – VAI HALPAA HOITOA MONILLE?

Terveydenhuoltoamme voidaan kasvavista ongelmista huolimatta pitää hyvänä ja halpana. Suomi on edelleen terveydenhuollon mallimaa. Jokaisen maan terveydenhuoltojärjestelmässä on puutteita eikä täydellistä järjestelmää luoda koskaan.

Usein esitetään vaatimuksia, että “kaikille on tarjottava parasta mahdollista hoitoa”. Tätä vaatimusta on kuitenkin mahdoton toteuttaa. Mikään yhteiskunta ei koskaan ole tehnyt eikä koskaan tule tekemään kaikkien sairaiden eteen niin paljon kuin se olisi teknisesti mahdollista. Jokainen yhteiskunta myös tavallaan valitsee omat sairastavuus- ja kuolleisuuslukunsa arvottamalla terveyttä suhteessa muihin tavoitteisiin.

Taloudellisiin tosiasioihin on pakko sopeutua. Terveydenhuollon resurssit ovat aina rajalliset ja niukat suhteessa alati kasvaviin toiveisiin, vaatimuksiin ja tarpeisiin “nyt näköpiirissä olevassa tulevaisuudessa”. Terveydenhuollon ongelmia ei hoideta pelkästään rahalla. Esimerkiksi Suomessa sijoitetaan terveydenhuoltoon tällä hetkellä noin seitsemän kertaa enemmän rahaa kuin neljäkymmentä vuotta sitten. Lääkäreitä, hoitajia ja muita resursseja on enemmän kuin koskaan aiemmin. Silti ongelmat vain lisääntyvät. Hoidamme entistä terveempiä ihmisiä yhä raskaammalla kalustolla. Vaikka väestön terveydentila on kohentunut, ihmiset ovat entistä huolestuneempia terveydestään. Nykyihmistä kuvaa hyvin termi “worried well”.

Rahalla ei saa terveyttä, vain terveyspalveluja. Olisi suuri virhe pumpata terveydenhuoltoon vain lisää rahaa ilman selkeitä prioriteetteja ja koko terveydenhuoltojärjestelmän uudelleen organisointia. Lisärahat hukkuvat muutoin terveydenhuollon mustaan aukkoon eikä väestön terveys välttämättä koheneisi lainkaan. Pahimmassa tapauksessa väestön terveys saattaisi jopa heiketä. Hoitojen lisääntyessä komplikaatiotkin lisääntyvät ja terveydenhuoltoon sijoitetut lisä-

rahat olisivat pois joistakin muista yhteiskunnan toiminnoista, joilla voi olla väestön terveyteen suurempi vaikutus kuin terveyspalveluilla. Sairauksilla on suuri taipumus parantua itsekseen. Hoidoilla on puolestaan taipumus komplisoitua.

Hollantilaisten selvitysten mukaan lasten terveydenhuolto on lähes ilmaista, nuoret aikuiset maksavat kohtalaisesti ja 70 ikävuoden jälkeen kustannukset kasvavat huimasti. Kun ikäluokkien koot vakioidaan, terveydenhuollon menot ampaisivat pilviin 50 ikävuoden jälkeen. Kaikki sydän- ja verisuonitaudit ja syövät yhteensä nielaisevat 16 prosenttia terveydenhuollon menoista. Mielenterveyteen liittyvät ongelmat kattavat noin kolmanneksen kaikista menoista, kärjessä dementia ja kehitysvammaisuus. Hoiva maksaa yleensä hoitoa enemmän ja järkikullan menetys on yhteiskunnalle kaikista kalleinta, läheisten ihmisten inhimillisistä kustannuksista puhumattakaan.

Terveydenhuoltoon sijoitetuilla resursseilla on vaihtoehtoisia käyttötarkoituksia. Yhden sydämen siirron hinnalla saa karkeasti arvioiden esimerkiksi yhden vuoden dialyysihoidon, neljä ohitusleikkausta, yhdeksän lonkkaproteesia, 11 yhden kuukauden pituista mielisairaalakjaksoa, 30 tyräleikkausta, 70 liimakorvan putkitusta, 1500 flunssan hoitoa terveyskeskuksessa tai 3000 B-hepatiittirokotusta.

Yleinen harhaluulo on, että kaikki mitä lääketieteessä tehdään, on hyvää ja vaikuttavaa. Käytännössä vaikuttavuus vaihtelee suuresti. Vaikuttavuutta voidaan mitata esimerkiksi laskemalla QALYja eli laatupainotettuja elinvuosia (Quality Adjusted Life Years). Menetelmässä on puutteita, mutta parempaakaan ei toistaiseksi ole käytettävissä. Yksi QALY tarkoittaa sitä, että yksi henkilö elää yhden vuoden täysin terveenä. Mielipidemittauksin on voitu arvottaa esimerkiksi tietyn vamman olevan puoli terveyttä, täten kaksi elinvuotta puolella terveydellä tuottaa yh-

den QALYn. Eri hoidoille on laskettu yhden QALYn hintoja. Saatua hintalistojä voi arvostella, mutta ne antavat käsityksen eri hoitojen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. QALY-listat ovat mielenkiintoista ja opettavaista luettavaa.

Kolesterolin mittaus ja korkeiden arvojen hoitaminen maksaa noin 13 000 mk/QALY. Mutta yli 40-vuotiailla hinta on vain 2 000 mk/QALY, kun taas alle 40-vuotiailla hinta on jo noin 130 000 mk/QALY. Terveyskeskuslääkärin neuvo tupakoinnin lopettamiseksi maksaa noin 2 500 mk/QALY, verenpaineen hoito yli 45-vuotiailla noin 8 500 mk/QALY. Sydämen tahdistimen asennus, aorttaläpän korjausleikkaus ja lonkkaproteesin asennus maksavat kaikki saman verran eli noin 10 000 mk/QALY. Mammografia maksaa yli 50 000 mk/QALY, sydämen siirto 70 000 mk/QALY, dialyysi 200 000 mk/QALY, pahanlaatuisen aivokasvaimen leikkaus noin 1 000 000 mk/QALY ja erytropoietiinihoito dialyysipotilaalle noin 1 300 000 mk/QALY.

Hoitojen kustannukset / QALY vaihtelevat siis suuresti. Siihen vaikuttaa potilaan iän lisäksi myös sairauden vaikeusaste. Ohitusleikkaus vaikeassa rintakivussa maksaa noin 19 000 mk/QALY, mutta keskivaikeassa rintakivussa hinta on jo noin 170 000 mk/QALY. Suuret vaihtelut hoitojen kustannuksissa selittyvät pitkälle hoitojen vaikuttavuuden vaihtelulla. Myös alueelliset ja lääkärikohtaiset erot ovat merkittävät. Mitä kalliimmasta hoidosta on kysymys, sitä suurempaa vaikuttavuutta on vaadittava.

Se, mikä näyttää kalliilta, ei sitä välttämättä ole. Halvalta näyttävät hoidot voivat puolestaan maksaa hyvinkin paljon. Hoitoja ei siis pidä laittaa tärkeysjärjestykseen pelkän hinnan perusteella. Pelkkä tieto rahasta ei siis kerro, mitä sillä lopulta saa. On myös muistettava, että hoidon kustannus ei ole rahaa, vaan hoidon kustannus on se toiminta, joka jää tekemättä, koska voimavara on käytetty muualle.

Terveysturvallisuuden kriisi on toistaiseksi ensisijassa vaikuttavuuden kriisi, ei niinkään kustannusten. Tulevaisuudessa tilanne voi kuitenkin ohjautua entistä enemmän siihen suuntaan, että kustannukset on sellaisenaan huomioitava. Näin

joudutaan menettelemään, kun erittäin kalliit hoitomenetelmät yleistyvät.

Mikä sitten on kallista hoitoa ja paljonko yksi laukupainotettu elinvuosi saa maksaa? Jonkinlaisena raja-arvona hoidon kannattavuudelle pidetään noin 300 000 mk:aa. Kyse on lähinnä rajasta, jonka ylittäviä hoitoja pitäisi seurata entistä tarkemmin. Onneksi sairaudet, joiden hoito on hyvin kallista, ovat melko harvinaisia. Suomessa on harvinaissairautta sairastaville potilaille annettu etusija kalliisiin hoitoihin. On kuitenkin muistettava, että moniin suhteellisen halpoihin ja vaikuttavuudeltaan hyviksi osoitettuihin hoitoihin joudutaan jonottamaan pitkiäkin aikoja.

Väestön terveyspalvelujen järjestäminen on kuntien kontolla. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen kuntien erikoissairaanhoidon kustannukset ovat heilahdelleet rajusti. Erittäin kalliit hoidot ovat ongelmallisia nimenomaan pienille kunnille. Kalliiden hoitojen kasvaminen tietyllä vuodelle voi panna pienen kunnan terveysbudjetin täysin sekaisin. Kalliiden hoitojen kustannusten tasausjärjestelmällä yritetään turvata erityisesti pienten kuntien selviämistä maksuvelvoitteistaan tilanteessa, kun kuntaan tulee erityisen kalliita hoitoja.

Erittäin kalliit hoitomenetelmät ovat tähän mennessä olleet mahdollisia siksi, että potilasmäärät ovat olleet pieniä. Jos potilaita olisi runsaasti, kustannusten raja tulisi nopeasti vastaan. Tilanteessa on myös vähälle huomiolle jäänyttä epätasa-arvoa. Jos sairastat tautia, johon on olemassa vaikuttava, mutta erittäin kallis hoito, on parasta, että kyseistä sairautta sairastaa vain muutama henkilö koko maassa. Jos potilaita olisi tuhansittain, olisi hoito käytännössä mahdotonta. Jos diabeetikon hoito olisi yhtä kallista kuin hemofiliapotilaan hoito tällä hetkellä, diabeetikojen hoitoon menisi enemmän rahaa kuin Suomen koko erikoissairaanhoidon.

Yleisessä keskustelussa vaaditaan usein kaikista eniten elämää uhkaavien sairauksien hoidon priorisoimista. Hoitomahdollisuudet eivät kuitenkaan valitettavasti ole yhteneviä sairauden uhkaavuuden kanssa. Moniin vakaviin sairauksiin ei ole olemassa mitään ratkaisevaa hoitoa.

Jyrkkä priorisointi sairauden muodostaman uhan perusteella johtaisi tilanteeseen, jossa hoidettaisiin kalliilla vain vakavia sairauksia riippumatta hoidon tuloksellisuudesta. Tällöin osa potilaista jäisi tyystin ilman hoitoja. Nyrkkisääntönä voidaan pitää, että kaikista terveimmät ja kaikista sairaimmat hyötyvät hoidoista vähiten.

Lääketieteellisen teknologian kehittyessä huimaa vauhtia kaikkien teollistuneiden länsimaiden terveydenhuollossa keskitytään liiaksi ihmishengen pelastamiseen hinnalla millä hyvänsä. Eliniän keinotekoisessa pidentämisessä on menty jo liian pitkälle. Näin kalliit ja vaikuttavuudeltaan usein kyseenalaiset hoitomenetelmät uhkaavat vaarantaa koko terveydenhuollon rahoituksen. Myös Kelan tukien piiriin pääsy näyttää nosta-

van hoidon kustannuksia ja myös lisäävän sairaiden määrää.

Terveydenhuollossa valinnat ovat väistämättömiä. Niissä on aina kyse etiikasta. Karkeasti yleistäen velvollisuusetiikan mukaan toimiminen johtaisi siihen, että kaikkia potilaita hoidettaisiin parhaalla mahdollisella tavalla niin kauan kuin rahat riittäisivät, riippumatta potilaiden hoidon tarpeesta ja hoidon kustannusvaikuttavuudesta. Utilitaristinen seurausetiikka puolestaan lähtee siitä, että yritetään tehdä mahdollisimman monta ihmistä mahdollisimman terveeksi. Väestön terveys on asetettava etusijalle. Terveydenhuollon on tuotettava hoitoja, joista mahdollisimman monet hyötyvät.

KIRJALLISUUTTA:

Kekomäki M. Paljonko yksi laadukas elinvuosi saa maksaa? Impakti 2:1999.

Ryynänen O-P, Myllykangas M. Terveydenhuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY, Porvoo 2000.

Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P, Takala J. Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen Kuntaliitto, Kuopion yliopisto, Helsinki 1999.

KALLIIT HOIDOT TAI TOIMENPITEET JA NIIDEN VAIKUTTAVUUS

Yhteisin varoin rahoitamme monia erilaisia terveyttä muokkaavia toimintoja. Niihin kuuluvat hoitojen (lääkkeet, leikkaukset, fysikaaliset hoidot jne.) lisäksi kaikki diagnostiset toimet, kuten laboratoriotutkimukset ja kuvantaminen, sekä sairauksien ehkäisy rokotuksin, lääkkein tai muilla väestöön tai ympäristöön suunnatuilla toimenpiteillä. Terveyttä muovaavat myös sekä yksilöön että perheeseen kohdistuvat kuntouttavat toimet, ja lopulta vielä erilaiset hoivan muodot, vaikka niillä ei parantavaa vaikutusta olisikaan. Miten näitä voidaan vertailla keskenään? Missä kulkee kalliin toimenpiteen raja?

Toimenpiteen terveysvaikutusta arvioitaessa pitää ottaa huomioon sen kaikki vaikutukset: voidaan estää kuolema tai vammautuminen, parantaa toimintakykyä tai elämän laatua. Kaikki hyödyt pitää mitata selvinä yksikköinä: montako tervettä elinvuotta lisää, miten monella pisteellä elämänlaatu parani? Terveydenhuollossa on totuttu käyttämään yhteisenä mittarina laatupainotettuja elinvuosia (quality-adjusted life years, QALY).

LAATUPAINOTETTU ELINVUOSI

QALY-arviota varten ihminen arvioi elämän laatua asteikolla nolasta yhteen, jossa ykkönen vastaa täysin tervettä olotilaa ja nolla kuolemaa. Hyvä, monipuolinen elämänlaatumittari yhdistää terveyden eri osatekijät (esim. liikkuminen, kuulo, mieliala jne.) kokonaisuudeksi, jossa useimmat ihmiset pisteyttävät esim. tietyn sairauden aiheuttaman elämän laadun alenemisen varsin samalla tavalla. Vaikka tämä voi vaikuttaa keinotekoiselta, voidaan arvioiden hämmästyttävän hyvää samankaltaisuutta pitää riittävänä perusteena vertailuille.

Yhä yleisemmin terveydenhuollossa vertaillaan toimenpiteitä toisiinsa käyttäen arvioita siitä, kuinka paljon yksi laatupainotettu elinvuosi maksaa. Idea on samanlainen kuin mäkihypyn arvostelussa: otetaan huomioon sekä elämän pituus (kuten ilmalento metreissä) että elämän laatu (eli tyyli pisteet). Neljä vuotta täysin

terveenä voi vastata arvoltaan vaikkapa viittä vuotta keinomunuaisoidossa tai kuutta vuotta sokeana.

Toimenpiteen kustannuksista tulee ottaa huomioon näkyvien välittömien kustannusten lisäksi myös epäsuorat kulut (esim. vanhempien työstä poissaolo sairaan lapsen kanssa asioidessa). On myös muistettava mahdolliset haittavaikutukset, jotka voivat muuttaa QALY-arviota. Seurattavan ajanjakson pituus vaikuttaa siihen, onko jokin kallista vai halpaa: saammeko tulosta heti toimenpiteen jälkeen ja odotammeko ehkäisyn hidasta vaikutusta vuosien kuluttua. Vielä on mietittävä, kenen näkökulmasta rahan kulumista tarkastellaan: potilaan, hoitolaitoksen vai koko yhteiskunnan silmin. Hyödyllisintä on yleensä miettiä yhteiskunnan kokonaiskustannuksia riippumatta siitä, kenen taskusta raha kulloinkin menee.

PALJONKO MAKSAA KALLIS?

Mikä terveydenhuollossa on kallista ja mikä halpaa? Se riippuu ainakin siitä, kuka maksaa laskun, kuka ja kuinka moni toimenpiteestä hyötyy, hyödyn suuruudesta ja siitä, mihin verrataan. Yhteinen tapa tarkastella tällaisia kysymyksiä

edellyttää, että tietyn toimenpiteen kustannukset ja hyödyt kootaan yhteen ja verrataan muihin mahdollisiin toimenpiteisiin, joilla samaa terveysongelmaa voitaisiin hoitaa. Tuloksena on kustannus-hyötyanalyysi (kun hyödyt voidaan

Taulukko 1. Eräiden terveydenhuollon toimenpiteiden kustannuksia laatupainotettua elinvuotta (QALY) kohti. Tutkimukset teollisuusmaista 1990-luvulta, hinnat euroissa. Kaikki taulukossa esitetyt summat perusteluineen on kuvattu tarkemmin tekstissä.

Toimenpide	Maa	• / QALY
Sumatriptaani migreenin hoitona	Kanada	30 000
Välilevyn poisto iskiaksessa	Iso-Britannia	30 000
Alendronaatti osteoporoosin estohoitona	Iso-Britannia	64 000
<i>Sama korkean riskin potilailla</i>		23 000
Sepelvaltimotaudin seulonta ja hoito <i>kohtalaisen riskin potilailla</i>	Yhdysvallat	36 000
Suolistosyövän etsiminen ulosteen verestä <i>havaittua kasvainta kohti</i>	Japani	7 000
Rintasyövän hoito kyhmyn poistolla rinnan poiston sijasta, <i>lisäkustannus</i>	Norja	20 000
Uuden aivohalvauksen esto varfariinihoidolla	Yhdysvallat	14 000
<i>Varfariinin rajakustannus aspiriiniin verraten</i>		380 000
Vasemman kammion avustuslaite sydämensiirtoa odottavilla potilailla	Iso-Britannia	62 000
<i>Sama, halvin arvioitu vaihtoehto</i>		45 000
<i>Sama, kallein arvioitu vaihtoehto</i>		162 000
Dialyysi vaikeaa munuaistautia sairastavilla	Hollanti	86 000
Dialyysi vaikeaa munuaistautia sairastavilla	Kanada	43 000
Munuaisen siirto vaikeaa munuaistautia sairastavalle	Hollanti	13 000
Munuaisen siirto vaikeaa munuaistautia sairastavalle	Kanada	
<i>Ensimmäinen vuosi</i>		43 000
<i>Seuraavat vuodet</i>		18 000
Kotona asuvien vanhusten avun tarpeen arviointi	Yhdysvallat	11 000
Rintaruokinnan tehostaminen vastasyntyneillä	Australia	15... 60
<i>Säästö suolistotulehdusten vähenemisestä</i>		4.1 milj.
<i>Säästö ihottuman vähenemisestä</i>		500 000
<i>Säästö diabeteksen vähenemisestä</i>		79 000
<i>Säästö erityisopetuksen tarpeen vähenemisestä</i>		17 milj.

muuttaa rahaksi) tai kustannus-vaikuttavuusarvio (jos hyötyjen rahallista arvoa on vaikeaa mitata).

Konkreettiseen keskusteluun päästäksemme tarvitaan esimerkkejä. Tässä kirjoituksessa käytetyt QALY-arviot on etsitty Cochrane-tietokannasta, johon on koottu korkeatasoista tietoa terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuudesta. Kaikki arviot on poimittu julkaistuista alkuperäistutkimuksista, jotka on tehty teollisuusmaissa pääosin 1990-luvulla. Summat on muutettu euroiksi vuoden 2002 kurssien mukaan (Taulukko 1).

Hoitojen tai sairauden ehkäisyyn vaikuttavuut-

ta on selvitetty paljon QALY-mittarin avulla. Esim. sumatriptaani-lääkityksen käyttö migreenissä antaa yhden laatupainotetun elinvuoden noin 30 000 euron hinnalla (Ilerisch 1997). Välilevyn poisto iskiaksessa maksaa yhä paljon (Gibson ym. 2002). Alendronaatin käyttö osteoporoosin estämiseen maksaa 64 000 •/QALY, mutta jos sen käyttö suunnataan vain korkean riskin potilaisiin, laskee kustannus 23 000 euroon QALYä kohti (Best ym. 1998).

Yleensä onkin tärkeää kysyä, mille potilasryhmälle hoito annetaan ja mihin sitä verrataan. Samoin on tiedettävä, puhutaanko koko hoitotapahtumasta vai sen jostakin osasta. Sepelvaltimotaudin etsimisen henkilöiltä, joiden tautiriski

on kohtalainen, on arvioitu maksavan noin 36 000 • / QALY. Siinä on otettu huomioon sekä seulontojen hinta että löydettyjen potilaiden hoito (Garber ym. 1999). Jos rintasyöpä voidaan hoitaa kyhmyin poistolla sen sijaan, että poistetaan koko rinta, on saavutetun laatu-painotetun elin-

vuoden lisäkustannus arvioitu noin 20.000 euroksi (Norum ym. 1997). Suolistosyövän etsiminen ulosteen verestä maksaisi Japanissa noin 7 000 • havaittua syöpäkasvainta kohti (Yamamoto ym. 2000).

MYÖS HAITTAVAIKUTUKSET MUKAAN ARVIOON

Kun hoitovertailussa otetaan huomioon myös haitat, voi tulos olla yllättävä. Aivohalvauksen sairastaneilla potilailla uuden halvauksen esto varfariinihoidolla (verrattuna siihen, että potilaat eivät saa lainkaan ehkäisevää lääkitystä) maksaa 14 000 • / QALY. Näiden potilaiden lääkityksen sopivuutta pitää seurata melko tiheästi laboratoriotekoin. Varfariinin käyttöön liittyy myös lisääntynyt verenvuotoriski. Jos samat potilaat saavat aspiriinia, on vuotoriski pienempi eikä kontrolleja tarvita, mutta uusia halvauksia ehkäisevä vaikutuskin on hiukan vähäisempi. Kun varfariinin tehoa verrataan aspiriiniin, havaitaan yllättäen, että yhden ylimääräisen QALYn tuottaminen varfariinilla (aspiriinin si-

jasta) maksaa peräti 380 000 euroa (Gage ym.1995).

Kustannusten ja hyötyjen arviointi voi sisältää monia tekijöitä, joiden todellista vaikutusta ei voida tietää kovin tarkoin. Tutkijat voivat ottaa laskelmien epävarmuustekijät huomioon antamalla parhaan arvion lisäksi myös tiedon siitä, mitä hinta pahimmillaan tai parhaimmillaan saattaisi olla (herkkyysanalyysi). Sydämensiirtoa odottavilla potilailla arvioitiin, että vasemman kammion avustuslaitteen käyttö maksaisi noin 62 000 • / QALY; halvin arvioitu elinvuoden hinta oli 45 000 euroa ja kallein mahdollisuus 116 000 • (DEC/Wessex 1999).

ERI MAISSA JA ERI-ikäisillä ERI TULOKSIA

Kustannusarviot riippuvat aina siitä, missä maassa arvio tehdään. Hollannissa arvioitiin, että dialyysi vaikeaa munuaistautia sairastavilla maksaa noin 86 000 • / QALY, kun Kanadassa hinta on 43 000. Jos tällainen potilas saa siirtomunuaisten, on hollantilainen hinta noin 13 000 • / QALY. Kanadassa ensimmäinen vuosi munuaissiirron jälkeen maksaa noin 43 000, seuraavat vuodet noin 18 000 • / QALY (de Wit ym.1998, Laupacis ym. 1996). Eroihin vaikuttaa mm. terveydenhuollon kustannusrakenne, esim. henkilöstön palkkaus, tai hoidon keskittämisen perinne.

Eroja voi myös aiheuttaa se, onko hoidon kohteena vanha vai nuori väestö ja tehdäänkö toimenpide kalliissa yliopistosairaalassa vai avohoidossa. Lapsilla saadaan aikaan paljon terveitä elinvuosia pienin toimenpitein, sillä jäljellä olevia vuosia on paljon. Mutta myös vanhusten hoito voi olla hyvin kohtuuhintaista. Kotona asuvien vanhusten toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi avohoidossa esti toimintakyvyn heikkenemistä melko hyvin, ja maksoi vain 11 000 • / QALY (Keeler ym. 1999).

MIKÄ ON SUURIN KUSTANNUSTEKIJÄ?

Rintaruokinnan tehostaminen kaikilla vastasyntyneillä Australiassa maksaisi arvion mukaan vain 15...60 • / QALY (Drane 1997). Tavoitteena oli täysimetettyjen vauvojen määrän nostaminen 60%:sta 80%:iin 3 kk iässä ja tuloksena suolisto- ja muiden tulehdusten, ihottumien, allergioiden, diabeteksen ja kehityshäiriöiden väheneminen erityisesti pienipainoisilla vastasyntyneillä. Ohjelman kustannus oli ilmeisesti vähäinen. Kustannussäästöinä otet-

tiin huomioon nekrotisoiva enterokoliitti, johon liittyy selvä kuoleman riski, ja muut lievemmät suolistotaudit. Niiden vaikutus oli arvioitu erikseen pienipainoisilla vauvoilla (joita oli vain 8% kaikista vastasyntyneistä) ja täysiaikaisilla. Kummassakin ryhmässä saatiin säästöä saman verran, 2,1 milj •. Ihottuma väheni 500 000 euron edestä ja diabetes 79 000 eurolla.

Suurin säästetty kustannuserä australialaisil-

la vauvoilla syntyi kuitenkin yllättävällä tavalla. Tutkijoiden arvion mukaan erityiskoulutuksen tarve vähenisi selvästi, kun keskoset saisivat äidinmaitoa ja heidän älykkyyssosamääränsä pysyisi siksi normaalitasolla. Tästä johtuvat säästöt olivat yli kaksi kolmasosaa kaikista eli 17 milj. • vuodessa. Ulkopuolisten mielestä tämä arvio on kuitenkin harhaanjohtavan suuri tai ainakin melkoisen epävarmalla pohjalla. Jos tämä osa jätetään pois, muuttuisi imetysohjelman kustannusvaikuttavuus selvästi.

Kustannusvaikuttavuuden kuvaaminen edellyttää siis monipuolisia arviointitaitoja ja yhteistyötä kyseessä olevan terveysongelman asiantuntijoiden kanssa. Arviointitapa on erikseen mietittävä ja tarkastettava joka kerta, kun tietoja halutaan siirtää väestöstä toiseen. Terveystieteiden välinen vertailu QALYjen avulla on kyllä mahdollista, mutta altista monenlaisille virheille. QALYjen käyttö ja ymmärtäminen vaativat aikaa ja taitoa.

KALLIS ON KATSOJAN SILMÄSSÄ

Mikä sitten terveydenhuollossa on kallista ja mikä halpaa? Päätös on aina poliittinen eli riippuu yhteiskunnan – meidän kaikkien – arvoista, käytettävissä olevista voimavaroista ja siitä, mitä vaihtoehtoja kulloinkin asetetaan rinnakkain punnittavaksi. Hyvän päätöksen pohjaksi terveydenhuollon toimenpiteitä käyttöön otettaessa tarvitaan huolellisesti tehty selvitys, joka tarjoaa kattavat kustannustiedot kaikkien oleellisten terveystulosten, myös haittojen, osalta. Tiedot pitää saada oman maan oloihin sovellettuina jär-

kevästi valitulta ajanjaksolta. Ne on parasta kuvata koko yhteiskunnan näkökulmasta ja raportoida niin läpinäkyvästi, että tervejärkinen maallikko voi ymmärtää mistä on kysymys.

Hyvä kustannusvaikuttavuusarvio muuntaa ongelman numeroiksi, mutta se ei ratkaise tuloista päättäjän puolesta. Hyvä päätös yhdistää tarpeellisen tiedon ja yhteisen käsityksen siitä, mitä yhteisin voimavaroin halutaan saada aikaan.

VIITTEET:

- Ardine de Wit G, Ramsteijn PG, de Charro FT. Economic evaluation of end stage renal disease treatment. *Health Policy* 1998;4:215-32.
- Best L, Milne R. Bisphosphonates (alendronate and etidronate) in the management of osteoporosis. Southampton: Wessex Institute for Health Research and Development. DEC Report 1998:79.
- DEC (Development and Evaluation Committee). Left ventricular assist devices (LVADs) for end stage heart failure. Southampton: Wessex Institute for Health Research and Development. DEC Report 1999:103.
- Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeeding Review* 1997;5:7-15.
- Gage B, Cardinali A, Albers G, Owens D. Cost-effectiveness of warfarin and aspirin for prophylaxis of stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *JAMA* 1995;274:1839-45.
- Garber AM, Solomon NA. Cost-effectiveness of alternative test strategies for the diagnosis of coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine* 1999;130:719-28.
- Gibson JNA, Grant IC, Waddell G. Surgery for lumbar disc prolapse (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
- Ilerisch L. An economic analysis of sumatriptan for acute migraine - summary. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). 1997:13.
- Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB: Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. *Medical Care* 1999;37:1199-206.
- Laupacis A, Keown P, Pus N, Krueger H, Ferguson B, Wong C, Muirhead N. A study of the quality of life and cost-utility of renal transplantation. *Kidney International* 1996;50:235-42.
- Norum J, Olsen JA, Wist EA. Lumpectomy or mastectomy: is breast conserving surgery too expensive? *Breast Cancer Research & Treatment* 1997;45: 7-14.
- Yamamoto M, Nakama H. Cost-effectiveness analysis of immunochemical occult blood screening for colorectal cancer among three fecal sampling methods. *Hepato-Gastroenterology* 2000;47:396-9.

SYÖVÄN HOITO EI TUHOA KUNTIEN TALOUTTA

Noin 20 000 naista tai miestä sairastuu vuosittain syöpään. Se on joka kolmannen kohtalo, valtaosalle eläkeiän tunteissa, silloin kun on maksanut velkansa ja veronsa. Nykyhoidoilla syöpään sairastuneista paranee yli 50%, kun 50-luvulla parantuneiden määrä oli vain 10%. Näin huima hoidon kehitys on ollut mahdollista vain kliinikoiden ja tutkijoiden yhteistyön serauksena löydetyistä uusista ja tehokkaammista hoitomuodoista. Nyt meitä syöllistetään kalliista hoidoista. Ovatko syöpähoidot liian kalliita?

Syövän hoitoaika on rajallinen; se ei kestä vuosikymmeniä kuten esim. verenpaine-, rasvatai sokeritautien hoito. Kun potilas parantuu, hoitoaika on vain muutaman viikon tai kuukauden, sisältäen yleensä primaarihoidon: paikallisen hoidon (leikkaus ja/tai sädehoito) ja joissakin tapauksissa vielä liitännäislääkehoidon. Lääkehoidon osuus syövän hoidossa on vain 15%.

Kokonaiskustannuksista kalleinta on taudin määritys ja primaarihoito, joka on noin 35-50% diagnoosista riippuen. Toiseksi eniten maksaa terminaalinhoito 35-40%. Seuranta, taudin uusimisen diagnostiikka ja uusinnan hoidot maksavat vain 10-30% (Taulukko 1). Kun tauti - vajalla puolella potilaista - uusii, elinaikaa on keskimäärin 1-4 vuotta. Harva on oivaltanut, ettei potilas tänä aikana tarvitse jatkuvaa syövän hoitoa, vaan sitä annetaan muutaman päivän jaksosoina 3-6 kuukauden aikana, yleensä niin kauan

kuin se tehoaa.

Kustannuksia syntyy, kun syövän hoitoon osallistuu monen eri alan spesialisteja; potilas on milloin leikkaussalissa, milloin toipumassa vuodeosastolla, milloin avohoidossa lääkkeitä tai sädehoitoa saamassa. Eniten maksaa laitoshoidon (yliopistosairaala yli 13 500 euroa/kk, keskussairaala yli 10 000 euroa/kk, terveyskeskussairaala noin 3400 euroa/kk ja kotihoito noin 1700 euroa/kk). Syöpäosastoilla kustannukset ovat halvemmat kuin esim. kirurgisilla, sisätautien, lastentautien, naistentautien tai neurologisilla osastoilla. Sama pätee avohoitokäynteihin (Taulukko 2 ja 3). Tämä johtuu siitä, että syövän hoidosta yli 80% annetaan avohoitona ja rajallisen ajan. Taulukoissa 4-6 on joitakin esimerkkejä syöpälääkkeiden nykyhinnoista ja tukihoidosta, joka sekin maksaa. Vaikka syövän lääkehoidot ovat kallistuneet moninkertaiseksi, silti syövän lääkehoitoon kuluu alle 5% koko maan lääkekuluista. HYKS:n syöpätautien klinikan kokonaisbudjetti on vajaa 5% koko HUS-budjetista!

Helsingissä syöpätautien klinikan avohoitosektorin hoitokerrat ovat lisääntyneet viidessä vuodessa; esim. lääkehoidot 15 tuhannesta 22 tuhanteen. Vastaavasti lääkekuluihin hupeni viisi vuotta sitten 18 mmk (3 miljoonaa euroa) ja viime vuonna lähes 35 mmk (6 miljoonaa euroa). Hoidot ovat monimutkaisempia ja enemmän ai-

Taulukko 1: Hoidon kalleuden vertailua

(eri hoidon vaiheiden osuus kokonaiskustannuksista) Kanada

	Rintasyöpä	Keuhkosyöpä
Dg+alkuhoito	34	47
Seuranta	7	4
Uusinnan dg	5	4
Sädehoito meta	9	5
Lääkehoito meta	18	2
Terminaalinhoito	27	38

Taulukko 2: Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset (mk) v. 1999 (Stakes 2001)

Vuodeosastot	kustannus/hpv		kustannus/hj	
	KS	YOS	KS	YOS
sisätaudit	1870	2900	9700	14140
kirurgia	2620	4070	10110	16970
lastentaudit	2900	4170	10160	16260
neurologia	1810	2220	10760	13390
naistentaudit	2290	2480	7070	8030
syöpä	1790	2350	9440	13610
hpv = hoitopäivä, hj = hoitajakso				
KS = keskussairaala, YOS = yliopistosairaala				

Taulukko 3: Hoidon kalleuden vertailua Erikoissairaanhoidon kustannuksia (mk) v. 1999 (Stakes 2001)

avohoitokäynti	kust./päiv		kust./ajanvaraus	
	KS	YOS	KS	YOS
sisätaudit	1410	1750	930	1150
kirurgia	1390	1690	800	970
lastentaudit	920	1190	900	1160
neurologia	1960	2430	880	1090
naistentaudit	920	1000	740	810
syöpä	810	1170	660	950

kaa vieviä. Hoitopaikoista alkaa olla pulaa. Potilaita on enemmän; samoin hoitoaiheita. Henkilökuntaa on lisätty, mutta ei samassa suhteessa potilasmääriin ja hoitokertoihin. Lisäykset on tehty osin sisäisin siirroin muista toimipisteistä ja seurantapoliklinikalta. 20 lääkäriä on jättänyt klinikan. Yhteenkään erikoislääkärin virkaan ei ole ilmaantunut hakijaa talon ulkopuolelta. Röntgenhoitajat eivät enää hakeudu sädehoitajiksi. Kesälomat tehdään ilman lääkärisijaisia ja hoitohenkilökunnan osalta tilanne on lähes yhtä huono. Väistämättä tämä tarkoittaa hoitojen priorisointia.

Kaikesta huolimatta yhä useampi syöpäpotilas saa paremman syövän hoidon. Kalliskin hoito on halpaa, jos se parantaa tai pitää potilaat kotikuntoisina. Maailman ensimmäinen täsmähoito suoliston sarkoomaan annettiin tässä klinikassa. Osa uusista hormoni-, solunsalpaaja ja vasta-ainehoidoista on pidentänyt elinaikaa. Niitäkö ei saisi antaa hyvin perusteluin? Kaikkien kalleinta hoitoa tarvitsee vain harva syöpäpotilas. Yksikään avosektorin hoito ei ole niin kallis kuin kuukauden makuu sairaalan vuodeosastolla. Elämänlaatu on kuitenkin ihan toinen kotona. Jos hoitoon käytetyt rahat tuovat oireettomia elinpäiviä, mahdollisuuden käydä työssä tai hoitaa lapsenlapsia, kulut on kuitattu. Kyllä veronmaksaja on ansainnut hoitonsa. Lääkärin tulee pysyä lestissään - ei muuttua kunnan taloudenhoitajaksi. Jos käypää uutta hoitoa ei

anneta omasta kunnasta, se pitää voida saada muualta, jos ei Suomesta, niin toisesta EU-maasta. Ei ole oikeudenmukaista, että kuntalaiset ovat hoidon suhteen eri asemassa. Erikoissairaanhoidon tasausrahaa voitaneen käyttää köyhien kuntien rahoitusapuna. Rahapula terveydenhuollossa jatkuu niin kauan, kun kunnat jatkuvasti alibudjetoivat erikoissairaanhoidon kulut.

Suomalaisen sädehoidon tietotaito on maailman huipputasoa. Sen uudet tekniikat auttaisivat esim. eturauhassyöpäpotilaita. Näitten tehokkaampien, tarkempien ja tervettä kudosta säästävempien hoitojen toteutus vie kuitenkin niin paljon lääkäreiden ja fyysikoiden aikaa, ettei niiden anto nykyisellä henkilökunnalla ole mahdollista..

Luottamus lääkäriin on potilaan henkinen voimavara. Yhteinen ja oikeutettu haave on, että potilaalla on sama lääkäri, jolla on riittävästi aikaa, kuulevat korvat ja jolla on kokonaisnäkemys potilaan taudista ja hoidoista. Syöpäpotilaan hoidossa se olisi semminkin tärkeää, kun hoitoon pakosta osallistuu monen eri alan spesialisteja. Yliopistosairaalassa pulmana on, että erikoistuvat lääkärit kouluttautuvat eri yksiköissä tietyn ajan ja se johtaa tiuhaan lääkärin vaihtumiseen potilaiden kohdalla. Myös erilaiset päivystys- ja virkavapaat, vuosi- ja sairauslomat vaikuttavat asiaan. Mahdollisuus omaan korvamerkittyyyn lääkäriin vaatisi moninkertaisen miehityksen ja pysyvyyden klinikassa. Lisämiehitys maksaa, mutta uusien lääkkeiden ja tekniikoiden tuomat hyvät hoitotulokset ovat vähintäänkin kohtuullinen vaatimus lisäsatsaukseen. Henkilökunnan pysyvyyden takaa vain oikein mitoitettu, innovatiivinen työ ja sellaiset työolosuhteet, joissa jää aikaa käsitellä myös nykyistä informaatioähkä, aikaa seuloa jyvät akanoista. Tärkeintä on tiedon oikea arviointi, jonka parhaiten hallitsevat tutkijalääkärit. Osaamiskeskusta ei ole ilman heitä eikä heidän työnsä arvostusta.

MS-TAUDIN KALLIS HOITO

MS-tauti (muitippeli skleroosi) on tärkein nuorten 20-30-vuotiaiden vakavaa invaliditeettia aiheuttava sairaus. Taudin perussy on edelleen epäselvä. Suomessa on 6000 –7000 MS-potilasta. Tauti esiintyy eniten Etelä-Pohjanmaalla.

MS-tauti voidaan jakaa oireiden alkamistavan perusteella kahteen päätyyppiin. Aaltomaisesti etenevässä muodossa (80-85%) tauti alkaa yleensä yhdellä tai muutamalla oireella, tavallisimmin silmän ja näön oireina tai tunto- ja tasapainohäiriöinä. Oireet korjaantuvat osittain tai kokonaan viikkojen tai kuukausien kuluessa, ja väliaikoina tilanne pysyy vakaana. Pahenemisvaiheiden aikana (relapsi) kehittyä uusia oireita tai entiset pahenevat. Suurimmalla osalla potilaista tauti muuttuu myöhemmin kulultaan toissijaisesti eteneväksi. Toinen, harvinaisempi tautityyppi on ensisijaisesti etenevä tauti, jossa oireisto etenee tasaisesti heti taudin

alusta lähtien.

90-luvun puoliväliin saakka MS-tautiin oli ainoastaan oireenmukaisia hoitoja. Vuodesta 1996 alkaen on ollut käytössä taudinkulkua muuntavia lääkkeitä. Näitä ovat beetainterferonit 1 b (Betaferon) sekä 1 a (Avonex ja Rebif) sekä vuodesta 2002 glatirameeriasetaatti (Copaxone). Nämä ovat ensimmäiset lääkkeet, joilla on voitu vaikuttaa MS-taudin kulkuun eikä vain lievittää oireita. Lääkkeet vähentävät n. 30 % taudissa esiintyviä pahenemisvaiheita (relapseja). Ne estävät mahdollisesti jonkin verran myös taudin etenemistä. Hoitoa saa tällä hetkellä noin 1400 MS-potilasta Suomessa. Yhden potilaan hoidon hinnaksi tulee noin 60.000-70.000 mk eli 10.100 – 11.780 euroa vuodessa. Hoitoa olisi nykytiedon valossa jatkettava 10 – 20 vuotta, ehkä pitempäänkin. Potilas maksaa kalenterivuositain lääkekulujen kattokorvauksen, jolloin omavastuu on noin 600 euroa/vuosi.

MS- TAUDIN KALLIIT LÄÄKKEET				
Aine Kauppanimi suositeltu annos	INF 1b Betaferon 250 ug joka toinen päivä	IFN 1a Avonex 30 ug x 1/vk	IFN 1a Rebif 22 tai 44 ug x 3/vk .	glatirameeri Copaxone 20 mg x 1/vrk
pistospaikka	ihon alle	lihakseen	ihon alle	ihon alle
Neutraloivia vasta-aineita	38 %	5 -19 %	22 ug: 23,8 % 44 ug: 12,5 %	-

Nykykäsityksen mukaan interferoni- tai glatirameerihoido on syytä aloittaa aaltomaisesti etenevässä muodossa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun diagnoosi on varmistunut. Jotkut tutkimukset antavat viitteitä siitä, että interferonihoido pitäisi aloittaa jo ensimmäisen oirejakson jälkeen, varsinkin jos aivojen magneetikuvauksessa todetaan MS-tautiin viittaavia muutoksia. Näin voitaisiin ehkä hidastaa todennäköisen MS-taudin muuttumista varmaksi MS-taudiksi. Suomessa interferoni on erityiskorvattava lääke vain diagnostisesti var-

massa vaiheittain pahenevassa ja paranevassa MS-taudissa tai siihen läheisesti liittyvässä taudissa.

Interferonilla on jotain tehoa myös toissijaisesti etenevässä MS-tautimuodossa, erityisesti jos taudissa vielä on pahenemis- ja paranemisvaihtelua jäljellä. Interferonien käytöstä tämän MS-tautimuodon hoidossa on tehty viisi kontrolloitua tutkimusta. Eurooppalaisessa IFN 1b tutkimuksessa osoitettiin tautivaiheiden vähenemisen ja taudin etenemisen estyvän jo kahden

ja puolen vuoden seuranta-aikana. Interferoni 1b onkin EU:n alueella hyväksytty lääke myös sekundaarisesti etenevässä MS-taudissa. Muis-

sa tutkimuksissa MS-lääkkeet eivät ole osoittautuneet tehokkaiksi, ja näihin perustuen Suomessa ei MS-lääkkeet ole korvattavia etenevässä muodossa.

BEETA-IFN- JA GLATIRAMEERIHOIDON KORVATTAVUUS MS-TAUDISSA SUOMESSA 2002

1. MS-diagnoosi on varma ja perustuu neurologian erikoislääkärin tutkimuksiin.
2. potilas kävelee n. 20 m apuvälineillä tai ilman (EDSS pisteet < 6.5).
3. MS-tauti on aaltomaisesti etenevää tai siihen läheisesti verrattavaa muotoa, ja todennettuja pahenemisvaiheita hoitoa edeltävinä kahtena vuotena on ollut vähintään kaksi.

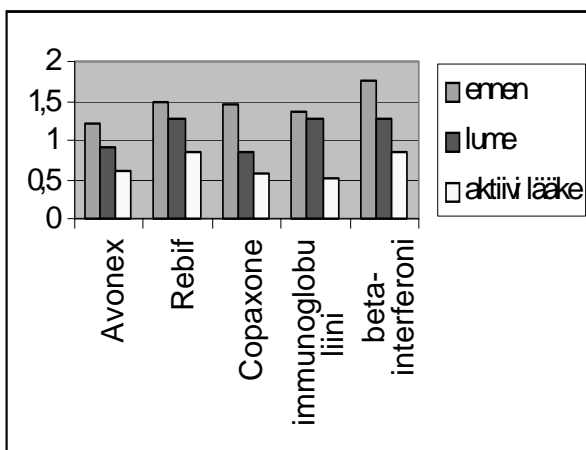
Interferonit annetaan pistoksina, ja joillekin potilaille kehittyä lääkelle vasta-aineita. Ihon alle pistettynä vasta-aineita kehittyä herkemmin kuin lihaksensisäisesti annosteltuna. Vasta-aineet vähentävät usein hoidon tehoa. Hoidon teho ei välttämättä parane annosta lisäämällä.

MS-lääkkeiden tehosta on saatu paras näyttö pään magneettitutkimuksilla. Interferonia tai glatirameeriasetaattia saaneilla MS-taudin tulehduspesäkemutokset vähenevät aivoissa 40 – 50 % lumeryhmään verrattuna. Samoin on osoitettu, että interferoni 1a-hoito estää merkittävästi aivojen myeliinin häviämistä. MRI-mutokset eivät valitettavasti ole suoraan verrannolliset

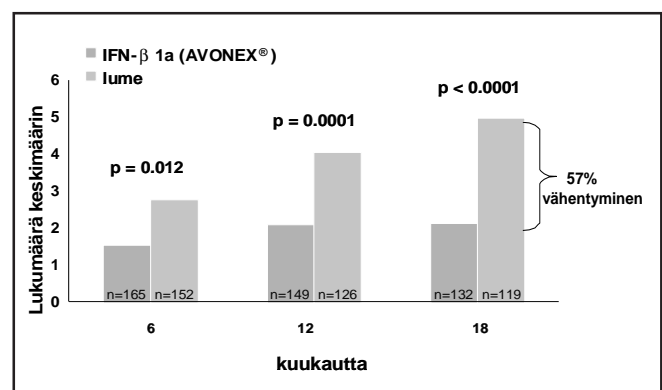
taudin kulkuun ja potilaan invalidisoitumiseen.

Nykytiedon valossa lääkehoito estää uusia pahenemisvaiheita, ei poista niitä. Noin joka kolmas pahenemisvaihe estyy. Ei tiedetä, estääkö monivuotinen, heti taudin alkuvaiheessa aloitettu interferonihoito potilaiden invalidisoitumista esim. 10 – 20 vuoden kuluttua. Jos pahenemisvaiheet vähenevät 30 %/ vuosi, hoitoa alusta asti saaneilla uskotaan invalidisoitumisen olevan vähäisempää. Lisäksi arvioidaan, että 10-15 vuoden aika, jolloin aaltomaisesti etenevä tautimuoto muuttuu toisijaisesti eteneväksi, pitenee.

Kuva 1: Vuosittainen relapsien määrä eri immunologisilla hoidoilla



Kuva 2: Uusien tai laajenevien MS-plakkien määrä magneettikuvissa (T2)



Kuva 2: Uusien tai laajenevien T2-painotteisten magneettikuvauksessa näkyvien MS-plakkien lukumäärä ensimmäisen demyelinaatiotapahtuman jälkeen hoidetuilla verrattuna lumehoitoryhmään (CHAMPS-tutkimus)

POTILAS KALLIINA TERVEYDENHUOLLON KÄYTTÄJÄNÄ

YLEISTÄ IMMUUNIPUUTOSSAIRAUKSISTA

Primaarisia immuunipuutossairauksia tunnetaan useita erilaisia. Niitä esiintyy väestössä keskimäärin 1/50 000:lla. Yleisimmät sairauksista ovat CVI (Common Variable Immunodeficiency, XLA (X-Linked Agammaglobulinemia), IgG- ja IgA-alaluokkapuutos ja Hyper-IgM -syndrooma. Ominaista näille sairauksille on, että immuunipuutosta sairastavan henkilön elimistö kykenee tuottamaan vain vähän tai ei lainkaan bakteerinfektioiden torjumiseen tarvittavia vasta-aineita (gammaglobuliineja).

Primaaristen immuunipuutossairausten perimmäistä syytä ei tiedetä. Ne eivät ole infektioiden aiheuttamia, vaan johtuvat elimistön usein synnynnäisestä kyvyttömyydestä muodostaa vasta-aineita. Primaariset immuunipuutossairaudet eroavat näin ollen HI-viruksen

aiheuttamasta immuunikadosta. Jotkin immuunipuutossairauksista myös periytyvät. Tauti ilmenee muodosta riippuen joko heti syntymän jälkeen tai kehittyy iän myötä.

Immuunipuutossairauksien aste vaihtelee. Vakavimmat muodot johtavat hoidosta huolimatta kuolemaan, kun taas lievempiä muotoja sairastavat pystyvät asianmukaisella hoidolla elämään normaalia elämää. Kaikkein lievimmät muodot eivät välttämättä edes koskaan tule diagnostisoiduiksi, vaikka oireita esiintyisikin (ajoittaiset vaikeat infektiot ym.). Hoitamaton tai puutteellisesti hoidettu sairaus voi johtaa pahoihin infektiokierteisiin erityisesti hengitysteiden, korvien, silmien ja suoliston alueella.

Suomessa KELA:n korvaamaa hoitoa saavia immuunipuutospotilaita on noin 150. Kyseessä on näin ollen hyvin harvinainen sairaus.

HOITOMUODOT

Immuunipuutossairauksia hoidetaan ns. korvaushoidolla eli potilaat saavat säännöllisesti vasta-aineinjektion tai –infuusion. Korvaushoito voi tapahtua sairaalassa tapahtuvana suonensisäisenä infuusiona, kotona tapahtuvana ihon alle annettavana injektiona tai lihakseen pistettävänä injektiona.

Suomessa yleisin hoitomuoto on sairaalassa tapahtuva suonensisäinen infuusio, aikuiselle keskimäärin kolmen viikon välein. Tällöin potilas joutuu olemaan sairaalassa yleensä useita tunteja tai miltei koko päivän. Pääsääntöisesti potilas joutuu tuolloin olemaan osan päivästä poissa töistä tai koulusta. Infuusio on mahdollista antaa myös kotona, mutta tämä edellyttää koulutusta. Suomessa koti-infusioita ei vielä tietyvästi ole toteutettu ilman hoitajan tai lääkärin läsnäoloa.

Lihakseen annettava injektio on kivuliaisuusensa ja vastareaktion riskien vuoksi jättämässä hoitomuotona syrjemmälle. Erityisesti muissa Pohjoismaissa selvästi yleisin hoitomuoto on kotona tapahtuva ihonalainen (subkutaani) injektio. Tällöin potilas laittaa vatsa- tms. nahkansa alle pienen neulan, josta lähtee letku paristokäyttöiseen pumppuun kiinnitettyyn ruiskuun. Pumppu työntää hitaasti ruiskun sisällön nahan alle, josta gammaglobuliinineneste leviää elimistöön. Aikaa kuluu keskimäärin 3-4 tuntia ja hoito tapahtuu noin kerran viikossa.

Lääketieteellisesti eri hoitomuotojen välillä ei ole olennaisia eroja. Valinta riippuu käytännön edellytyksistä ja potilaan mieltymyksistä. Kustannusten kannalta eri hoitomuodoissa on kuitenkin huomattavia eroja.

Erityisesti infuusioidossa potilas on sidottu hoitorytmiin ja esimerkiksi pitkät ulkomaanmatkat ovat mahdottomia tai edellyttävät hoidon etukäteistä järjestämistä. Joissakin maissa tämä

saattaa olla erittäin vaikeaa. Injektiona tapahtuva hoito mahdollistaa oleskelun ulkomailla edellyttäen, että potilas vie vasta-ainevalmisteen mukanaan tai hankkii sen paikan päältä.

HOITOJEN HINNAT

Yhden hoitokerran hinta vasta-aineen osalta infuusioidossa on täysikasvuisella potilaalla keskimäärin 700–1000 euroa. Mikäli infuusioväli on kolme viikkoa, on hoitokertoja vuodessa 17,3. Kokonaisvuosikustannus on suuruusluokaltaan 10 000–17 000 euroa. Lisäksi huomioon tulee ottaa, että potilaan hoitaminen sairaalassa maksaa ja vie hoitohenkilökunnan resursseja.

Yhteiskunnalle hoidosta aiheutuvien kokonaiskustannusten laskeminen on vaikeaa.

Kotona tapahtuvaan ihonalaiseen injektioon soveltuva vasta-aine maksaa vain noin puolet infuusiovasta-aineesta samoin kuin myös lihakseen annettava vasta-aine.

POTILAAN JA YHTEISKUNNAN KOKONAISSETU

Potilaan kannalta keskeistä on hoitojen sujuvuus sekä mahdollisimman pieni töistä ja koulusta poissaolo.

sisä sairaaloissa toistaiseksi vain vähän avohoittoon lainattavaksi.

Työpoissaolot voidaan minimoida, mikäli mahdollisimman suuri osa potilaista hoitaisi itsensä kotona ja lääkärin tapaaminen hoidettaisiin säännöllisillä kontrollikäynneillä. Eri hoitomuotojen kustannuksista voidaan havaita, että edullisin hoitomuoto on ihonalaisena injektiona kotona tapahtuva hoito. Myös koti-infuusio alentaisi jonkin verran kustannuksia.

Potilaan näkökulmasta on tärkeää, että yhteiskunta tukisi erilaisia hoitovaihtoehtoja, jolloin potilaalla olisi mahdollisuus valita kulloiseenkin tilanteeseensa sopivin hoitomuoto. Kun lääketieteellisesti perusteltuja ja hinnaltaan samantasoisia hoitomuotoja on olemassa, olisi niiden kaikkien oltava potilaan saatavilla. Yhteiskunnan näkökulmasta tärkeää on pitää potilaat terveinä ja mukana työelämässä. Valtaosa immuunipuutospotilaista pystyy hoidon avulla elämään täysin normaalisti ja tuottamaan valtiolle verotuloja.

Tällä hetkellä ihonalaishoitoa kuitenkin vaikeuttaa se, ettei Suomessa valmisteta eikä myydä ihonalaishoittoon hinnaltaan sopivaa valmistetta. SPR:n Veripalvelu tosin valmistaa soveltuva valmistetta, mutta se on valmistuskustannuksiltaan niin kallista, että se on hinnankorotuksen vuoksi pudonnut pois KELA:n erityiskorvattavien lääkkeiden joukosta.

Potilaiden ja yhteiskunnan kokonaisedun mukaista on, että potilaat voivat hoitaa itseään heille parhaiten sopivalla tavalla. Erityisesti hoitohenkilökunnasta riippumatonta kotihoitoa tulisi tukea, koska se on kustannuksiltaan edullisinta. Hoitokustannukset alenevat sekä lääkkeitä sairaalakulujen osalta.

Lääkelaitoksen erityislupamenettelyllä ihonalaishoitoa haluavat voivat kuitenkin vuodeksi kerrallaan saatavalla luvalla tilata valmistetta ulkomailta. Halvin valmistevaihtoehto löytyy Ruotsista, josta muutamat potilaat ovatkin sitä tilanneet. Menettely on kuitenkin jonkin verran työläs, vaikka itse tilaamisen hoitaakin apteekki.

Koska kyseessä on monen eri toimijan (mm. SPR:n Veripalvelu, Lääkelaitos, KELA) välinen asia, ei potilaan etu toteudu, ellei kukaan ota asiaa omakseen. Tämän vuoksi potilasjärjestöillä on keskeinen asema potilaiden “asianajajana”. Potilasjärjestöjä tukemalla voidaan saada potilaiden ääni kuuluviin ja pienin kustannuksin saada aikaiseksi huomattavia välittömiä ja välillisiä kustannussäästöjä.

Ihonalaishoidon saatavuutta rajoittaa myös se, että hoitoon käytettäviä pumppuja on suomalais-

YHTEISKUNNAN VASTUU JA RAJAT KALLIIDEN HOITOJEN ANTAMISESSA?

Olemme tänään kuulleet päivän teemasta hyviä puheenvuoroja eri näkökulmista. Minun tehtäväni on tuoda yhteiskuntapoliittinen näkökulma. Mitä pidemmälle mietin otsikon sisältöä, sitä enemmän löysin kysymyksiä. Enemmän kysymyksiä kuin vastauksia.

Taustaksi haluan aluksi muistuttaa siitä, miten nykyisin saamme ja annamme huomattavasti enemmän ja monipuolisempaa hoitoa kuin vuosikymmeniä sitten. Rahaa käytämme toki enemmän, mutta myös rakenteita uusimalla olemme saaneet lisää voimavaroja. Haluan mainita esimerkiksi vain yhden merkittävän uudistuksen 1970-luvulta, eli kansanterveyslain. Sen aikaansaama kehitys jatkui 1990-luvulle saakka, josta lähtien pikkuhiljaa järjestelmä alkoi rapautua osittain rahoituksen vähenemisen myötä, osittain poliittisen tahdon seurauksena - näin väitän.

Niin valtion kuin kuntienkin voimavaroille päättäjät löysivät muitakin kehittämiskohteita ja kuntalaisille tuli uusia tarpeita samalla, kun valtio pienensi radikaalisti omaa rahoitusosuuttaan kuntapalveluihin. Valtionosuusjärjestelmän muutos osui juuri tähän samaan saumaan, rahojen tiukka korvamerkintä loppui.

Ja nyt tähän päivään. Joudun ihan ensimmäiseksi esittämään näkemyksen, joka on mielestäni kaiken ydin. *Väitän, että Suomessa ei ole selkeästi päätetty, kuka kantaa vastuun terveydenhuollon tasa-arvosta.* Monikanavainen rahoitusjärjestelmä antaa kansalaiselle valinnanmahdollisuuksia, mutta samalla se luo tilanteen, jossa vastuu jää epäselväksi.

Pahin vastuuongelma on mielestäni kuntien ja valtion välillä. Ihmiset kuuntelevat ihmeissään keskustelua, jossa kunnat syyttävät valtiota rahapulastaan, joka johtaa palvelujen karsimiseen. Samalla valtio, lähinnä jotkut virkamiehet (esim. valtiovarainministeriöstä) antavat lausun-

toja, että kunnat tuhlaavat rahaa, eikä toiminta ole tehokasta. Valtio taas antaa kunnille lisätehtäviä, joiden rahoitus täytyy osittain etsiä kunnan muista toiminnoista.

Toistensa syyttely on johtanut tilanteeseen, jossa on unohdettu katsoa peiliin ja miettiä, mitä kunnat itse voisivat tehdä tilanteen parantamiseksi. Valtakunnassa on hyvin vähän uskallettu hakea uusia organisaa-tiomalleja ja kuntien välinen yhteistyö on aivan liian vähäistä. Osa näistä ongelmista haettiin ratkaisua kansallisessa terveysprojektissa.

Toinen ristiriita ja vastuuongelma on kuntien sisällä. Siellä käydään keskustelua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhteesta. Perusterveydenhuollossa epäillään, että erikoissairaanhoidon vie liikaa voimavaroja, eikä perusterveydenhuoltoon jää rahoitusta riittävästi. Tätä kissanhännänvetoa edesauttaa tilanne, jossa erikoissairaanhoidon ylittää budjettinsa ja lähettää lisälaskun kunnalle. Sitä pyritään paikkaamaan perusterveydenhuoltoon leikkaamalla. Tosiasiassa kyseinen toimenpide vain lisää erikoissairaanhoidon kustannuksia ja kierre pahe-nee.

Kolmas ristiriita on koulukuntien ristikkäiset näkemykset.

Yksittäinen ihminen on aika heikoilla tässä pallottelussa. Häntä ei välttämättä lähetetä erikoissairaanhoidon sairauden hoidon kannalta ajoissa, koska terveyskeskuslääkäri joutuu miettimään samalla budjettiin. Minulle on kerrottu, että erään kaupungin terveyskeskuslääkäri sanoi potilaalle, että yksityisen lääkärin kautta pääset nopeammin erikoissairaanhoidon tutkimuksiin. Tällaiset sanomiset vievät uskottavuutta koko julkiselta järjestelmältä.

Tutkimuksiin pääseminen on erityisen ongelmallista silloin, kun ei ole tietoa siitä, mikä potilasta vaivaa. Joskus käy niin, että

erikoissairaanhoidossa potilaalle sanotaan, että hänen olisi pitänyt hakeutua aiemmin hoitoon.

Halusin ottaa vastuukysymyksen tähän alkuun siksi, että se vaikuttaa olennaisesti siihen, onko ihmisellä ylipäättään mahdollisuutta saada tasa-arvoisesti hoitoa - puhumattakaan kalliista hoidosta.

Keskusteltaessa kalliista hoidoista luen niihin sekä sairaalahoidon että lääkehoidon. Järjestelmämme on vielä monikanavaisempi, kun otetaan mukaan lääkehoito, jonka kustannukset jäävät laitoshoidossa kunnan maksettavaksi ja avohoidossa potilaan sekä sairausvakuutuskorvauksen kautta Kelan maksettaviksi. Kelan sairausvakuutusrahastoon kerätään rahoitus valtiolta, vakuutetuilta ja työnantajilta. Koska on olemassa aiemmin mainittu rahoitusristiriita, kunnat mielellään laittavat potilaat avohoitoon, jolloin osa kustannuksista saadaan siirrettyä muiden maksettavaksi.

Lääkekorvausten määrä on kasvanut huimaa vauhtia viime vuosina. Siihen on useita syitä ja yksi niistä on erittäin kalliiden lääkkeiden tulo markkinoille. Yksi syy lienee myös se, että viime vuosina kunnat ovat muuttaneet vanhainkotejaan palveluasumiseksi, jolloin lääkekustannukset ovat jääneet asiakkaan kustannettavaksi ja tulleet KELA-korvauksen piiriin. Myös psykiatrisessa hoidossa on viimeisen kymmenen vuoden aikana siirretty laitospainotteisesta hoidosta avohoitoon.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lääkkeiden hintalautakunta vahvistaa "kohtuullinen, korvausperusteeksi hyväksyttävä tukkuhinta" (sv-laki 5a §). ETA-sopimuksen tultua voimaan vuoden 1994 alussa lääkkeen hinnan kohtuullisuus ei enää ole ollut myyntiluvan saannin esteenä. Myyntiluvan saanutta lääkettä voidaan markkinoida ilman, että sillä on viranomaisen vahvistama tukkuhinta. Lääkkeen kustannuksista annetaan sv-lain mukainen korvaus kuitenkin vain siinä tapauksessa, että hintalautakunta on vahvistanut tukkuhinnan (=enimmäishinta, jolla valmistetta saadaan myydä apteekkeille ja sairaaloille).

Lääke voi jäädä kokonaan potilaan maksettavaksi, jos tukkuhinnasta ei päästä sopimukseen hakijan kanssa tai jos myyntiluvan haltija ei hae lääkkeelle korvausperusteeksi hyväksyttävää tukkuhintaa tai jos myyntiluvan haltija on halunnut poistaa lääkkeen korvattavien lääkkeiden listalta.

Lääkkeen teho, turvallisuus ja laatu eivät ole riittävät kriteerit korvausperusteena olevan koh-tuullisen tukkuhinnan vahvistamiselle. Hakemuksesta tulee käydä ilmi yksilöidysti perusteltu lääkehoidon kustannusten ja saavutettavien hyötyjen kokonaisarviointi.

Lääkkeiden hintalautakunta ottaa ehdotetun tukkuhinnan kohtuullisuutta arvioi-nessaan huomioon lääkkeen käytöstä aiheutuvat hoitokustannukset ja sillä saavutettavat hyödyt sekä potilaan että terveyden- ja sosiaalihuollon kokonaiskustannusten kannalta. Lisäksi hintalautakunta ottaa huomioon muista hoitovaihtoehtoista aiheutuvat kustannukset ja vastaavien lääkevalmisteiden hinnat sekä lääkkeen hinnan EU-maissa. Myös lääkkeen valmistus-, tutkimus- ja tuotekehityskustannukset sekä lääkekorvauksiin käytettävissä olevat varat otetaan huomioon päätöstä tehtäessä.

Ennen päätöstä pyydetään Kelan lausunto.

Viimeisten vuosien aikana markkinoille on siis tullut erittäin kalliita lääkkeitä, joiden on tutkittu vaikuttavan hyvin pienen ryhmän sairauksiin. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan käsittely oli vaikea siksi, että asiantuntijalausunnot olivat hyvin ristiriitaisia siitä, miten ja missä vaiheessa uusia lääkkeitä pitäisi ottaa käyttöön. Samalla piti pitää huolta kasvavista lääkekorvausten kustannuksista.

Lääkkeitä markkinoidaan aktiivisesti, vaikka lääkkeiden hintalautakunta ei vahvistaisi tukkuhintaa. Erityisesti potilasjärjestöt pyrkivät vaikuttamaan siihen, että tukkuhinta vahvistet-

taisiin, että uudet, tehokkaat lääkkeet saataisiin käyttöön. Pitäisikö hintalautakunnan ottaa nykyistä enemmän myös muita kriteerejä huomioon, muun muassa työelämässä olevien potilaiden mahdollisuuden olla pitempään työelämässä?

Jotkut potilasjärjestöt väittävät, että hintalautakunnassa ei ole juuri heidän sairauteensa erikoisasiantuntemusta. Pitäisikö hintalautakunnassa olla vaihtuva asiantuntija?

Olenainen kysymys päättäjien kannalta on, pystyvätkö pienet yksiköt vastaamaan suurista kustannuksista. Toimiiko nykyinen tasausjärjestelmä riittävän hyvin?

Pitäisikö uudelleen korvamerkitä rahaa terveydenhuoltoon? Miten turvataan kansallisessa terveysprojektissa luvatut lisärahoitukset ja kehittämishankkeet? Näyttää siltä, että sekä kunnat että valtio omissa budjeteissaan eivät varaa suunniteltuja rahoja terveydenhuoltoon. Jos näin käy, menee pohja pois paljon työtä vaatineelta projektilta.

Koska rahaa ei ole riittävästi, joudutaan priorisoimaan. Mutta kuka tai mikä taho priorisoi? Kenen tehtävä se on? Mikä rooli päättäjillä on priorisoinnissa? Mitkä perusteet priorisoinnille asetetaan? Ketä siis hoideaan, saako iäkäs tai työtön saman hoidon kuin työelämässä oleva, vaikuttaako asema tai tutuus hoidon saantiin? Päättäjät antavat rahat, mutta eivät tiedä, mihin rahat riittävät. Loppujen lopuksi väitän, että raamibudjetoinnissa päättäjät tietävät erittäin vähän, mitä rahoilla tehdään ja saavatko kaikki hoitoa.

Ovatko päättäjien arvot muuttuneet vuosikymmenten kuluessa? Vieläkö universaali periaate, että kaikilla on oikeus hoitoon toteutuu ja halutaanko sitä enää toteuttaa? Mitä on kallias hoito? Ja kenen näkökulmasta?

Väitän, että Suomessa pitkäaikaissairastaminen on tänä päivänä niin kallista, että siihen ei kohta ole varaa kenelläkään. Vaikka julkisen terveydenhuollon maksukatto ja Kelan lääkekulujen ja matkakulujen katot ovat olemassa, menee kenen tahansa talous sekaisin ennen kuin

katot on saavutettu.

Entä kuinka pitkälle hoidoissa voidaan/haluetaan mennä? Päättääkö lääkäri vai asiakas, mitä hoitoa annetaan? Onko EML-potilaalla muitakin erityisoikeuksia, kuin valita hoitava lääkäri? Mahdollisesti ohittaa kiireellisyysjärjestys?

Jos kunnallinen yksikkö ei voi tarjota jonojen tai osaamisen puutteen vuoksi asiakkaan tarvitsemaa palvelua, saako asiakas etsiä auttavan hoidon vai hoitaako asian kunta tai sairaala? Kansallisessa terveysprojektissa hoitotakuu on ajateltu siten, että sairaala valitsee hoitopaikan.

Miten on harvinaisissa sairauksissa hoidon saanti? Uskotaanko asiakkaan oireisiin jo perusterveydenhoidossa? Jos hoitoa ei löydy läheltä, saako hän lähetteen sinne, mistä hoitoa saa, esimerkiksi ulkomaille? Todennäköisesti ei.

Eräässä tapauksessa n. 45-vuotiaalla työssäkäyvällä henkilöllä oli harvinainen ihosairaus, johon Suomesta ei löytynyt auttavaa hoitoa. Se tuotti myös kosmeettisen haitan. Kela ei maksanut sv-korvausta hoidosta. Miehelle tuli psyykkisiä ongelmia, hän ei voinut enää liikkua ulkona, eikä käydä töissä ja uhkana oli työkyvyn menetys. Hänellä oli vielä 20 vuotta työaika jäljellä. Kela säästi sv-korvauksen, mutta yhteiskunta menetti työn tulokset tulevan 20 vuoden ajalta! Todellisuudessa sv-korvaus olisi tullut paljon halvemmaksi, mikäli hoito olisi auttanut.

Kainuun hallintomallissa haetaan uutta ratkaisua pienten kuntien ongelmiin, sekä lääkäripulaan, rahoitusongelmiin että tehokkaaseen organisaatioon. Uusia malleja tulee kokeilla, jos siten voidaan taata palvelujen saanti eri puolilla maata.

Lopuksi pohdintaa näin budjettiriihen kynnyksellä siitä, miten päätökset syntyvät. Vallitseeko desibelidemokratia vai toinen ääripää asiantuntijademokratia? Saavatko kovaäänisimmät tahtonsa läpi, vaikkaärkevämpää olisi sijoittaa rahoitus esimerkiksi ehkäisevään toimintaan? Toisessa ääripäässä päättäjät eivät voi tehdä kuin yhden päätöksen, koska asiantuntijat/valmistelijat tuovat vain yhden vaihtoehdon.

Käydäänkö millään tasolla (perusturva/terveyslautakunta, sairaanhoitopiirin hallitus, kunnanvaltuusto, kunnanhallitus, puolueet, eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta, täysistunto, sosiaalipoliittinen ministerivaliokunta, valtioneuvosto) periaatteellista keskustelua siitä, miten, ketä ja missä pitäisi hoitaa. Voisi sitä arvokeskusteluksikin nimittää.

Väitän, että syvällistä ja monipuolista keskustelua ei käydä riittävästi millään näistä tahoista. Poliitikoilla ei ole riittävästi aikaa. Miten poliitikko voisi päättää hoidon rajoista tai ottaa vastuun, jos hän ei ole ehtinyt tutustua nykyisen terveydenhuollon arkipäivään tai edes rakenteisiin

kunnolla, puhumattakaan, että istuisi tulevaisuusseminaareissa?

Puhutaanko terveydenhuollon yhteydessä muista terveyteen vaikuttavista asioista, toimista kuten alkoholipolitiikasta (tabu poliitikoille), tupakasta tai työllisyydestä? Tai yksinäisyydestä?

Lopuksi: Kenen asialla päätöksentekijät ovat? Kuntapäätäjät kunnan vai kuntalaisten asialla? Ovatko kansanedustajat valtionhoitajia vai kansalaisten edustajia?

ETENE:N JÄSENET JA VARAJÄSENET

Puheenjohtaja:

Terveydenhuollon etiikan dosentti Martti Lindqvist
Mäntyharju

Jäsenet:

FM Sinikka Lyllys

Mäntyharju

Sosiaalityöntekijä, YM Tarja Sipponen

Tampereen kaupunki, Tampere

Johtava lääkäri Markku Oinaala

Rovaniemi

LKT, dosentti Tapio Tervo

Jyväskylä

Toimialajohtaja LKT Juha Metso

Espoo

Ylilääkäri Helena Kääriäinen

Väestöliitto, Helsinki

Apulaisosastopäällikkö Marjatta Blanco Sequeiros

Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki

professori, emeritus Erik Anttinen

Rantasalmi

Hallintoylihoitaja, THT, dosentti Kaija Nojonen

Tampere

Lastentautien erikoislääkäri, LT Pekka Louhiala

Lammi

Professori, OTT, VTM, VT Raimo Lahti

Helsinki

Hallintoneuvos Marita Liljeström

Korkein Hallinto-oikeus, Helsinki

Dosentti, tutkimusjohtaja Anneli Sarvimäki

Kuntokallio, Helsinki

Sairaalapastori Sirkku Eho

Rovaniemi

Kansanedustaja Riitta Korhonen

Eduskunta

Kansanedustaja Tuula Haatainen

Eduskunta

Kansanedustaja Anne Huotari

Eduskunta

Kansanedustaja Jaana Ylä-Mononen

Eduskunta

Varapuheenjohtaja:

Arkkiatri Risto Pelkonen

Kauniainen

Varajäsenet:

LL, eläkeläinen Kaisa Määttä

Helsinki

Sihteeri Sirkka Puolanne

Lahti

Työterveyslääkäri Pirjo Pyöriä-Haukema

Lappeenranta

Perusturvan toim. johtaja Erkki Torppa

Hämeenlinna

Erikoislääkäri, LKT Ritva Valavaara

TYKS, Turku

Professori Hannu Hausen

Oulun yliopisto, Oulu

Ylilääkäri Vuokko Rauhala

Keski-Suomen keskussairaala, Jyväskylä

Tutkija Olavi Lindfors

Helsinki

Koulutussuunnittelija, TtT Aira Pihlainen

Helsingin kaupunki, opetusvirasto, Helsinki

Professori Juhani Pietarinen

Turun yliopisto, Turku

Professori Martin Scheinin

Åbo akademi, Turku

Hallintoneuvos, OTT Raimo Pekkanen

Espoo

Sosiaalityöntekijä Outi Viitaharju

Riihimäen kaupunki, Riihimäki

Arkkipiispa Leo

Suomen ortodoksinen kirkko, Kuopio

Kansanedustaja Pirjo-Riitta Antvuori

Eduskunta

Kansanedustaja Saara Karhu

Eduskunta

Kansanedustaja Pehr Löw

Eduskunta

Kansanedustaja, KM Merikukka Forsius

Eduskunta

- 1 Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.
ISBN 952-00-1076-9

- 2 Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och socialvården.
ISBN 952-00-1077-7

- 3 Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles.
ISBN 952-00-1078-3

- 4 Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa.
ISBN 952-00-1086-6

- 5 Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998-2002.
ISBN 952-00-1257-5

- 6 Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena.
ISBN 952-00-1269-9