

Raport: onkoloogilises ravis on piiratud ressurssidega saavutatud häid tulemusi

Eli Lilles

Oktoobris tutvustati Tallinnas onkoloogilise ravi võimaluste analüüsi raportit, millele järgnenud ümarlauaarutelul vaadati onkoloogilise ravi arengu tulevikku.

Rootsi Terviseökonomika Instituudis (IHE) valminud analüüsis „Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicines in Europe Revisited – Estonian outlook“ on võrreldud olukorda 28-s Euroopa Liidu (EL) riigis ning Norras ja Šveitsis. Aruanne toetub varasemale võrdlusuuringule, mis viidi läbi 2005. aastal, ning annab põhjaliku ülevaate vähktõve arengust Euroopas viimase 20 aasta jooksul.

Aruandest selgub, et vähktõvega inimeste arv kasvab Euroopas jätkuvalt, olles aastatel 1995–2015 suurenenud 30% võrra. Kuigi vananeva rahvastiku tõttu suureneb haigestunute arv ning kulutused vähiravimitele kasvavad, on kogukulud vähiravile püsinud samal tasemel (6% kogu tervishoiukuludest). See on saavutatud suuresti tänu ambulatoorsetele ravivõimalustele ning ravile, mida võimaldavad uued kasutusele võetud ravimid.

Raportis tõdetakse, et vähiravimite kättesaadavus on riigiti väga erinev. Suuremad erinevused torkavad silma rikkamate ning vaesemate riikide vahel, kuid erinevusi võib märgata ka sarnase ostujõuga riikide võrdluses. Eri osapoolte koostöös üritatakse leida lahendusi, kuidas kõige otstarbekamalt tasakaalustada uute ravimite rahastamine ravimite tootjate ning muude rahastajate vahel.

Olukord Eestis: head tulemused piiratud ressurssidega

Prof Peter Lindgren tõi raportit tutvustades välja, et nii nagu Euroopas üldiselt, on ka Eestis vähijuhtude arv aastatel 1995–2012 kasvanud.

Vähijuhtude arv 100 000 inimese kohta on aastatel 1995–2014 suurenenud 348-lt 546 juhuni. Lindgren tõi siinkohal välja suurenemise erinevad põhjused: rahvastik vananeb,

diagnoositakse rohkem haigusjuhte. Samas arenevad ka teiste valdkondade (näiteks südamehaigused) ravivõimalused ning nii jõuab enam inimesi suurema vähiriskiga vanusesse.

Levinuimad vähitüübid olid eesnäärmevähk (29% juhtudest) meestel ning rinnavähk (21% juhtudest) naistel. Vähi suremus oli suurim meestel kopsuvähi ja naistel rinnavähi puhul.

Suremus on ajavahemikul 1995–2016 suurenenud 26% ning suremuse määr on Eestis suurem kui Euroopas keskmiselt. Naiste suremuse näitajad sarnanevad enam ELi keskmisega, kuid meeste suremus on ELi keskmisest suurem.

Viie aasta suhteline elulemus (aastatel 1994–2007) on suurenenud, kuid jääb siiski ELi keskmisele alla. Vähktõvest tingitud majanduslik koormus on Eestis aastatel 2010–2014 kasvanud enneaegse suremuse tõttu.

Raportist selgub, et Eesti kulutused vähiravile jäävad alla Euroopa keskmise (60 eurot versus 169 eurot). Samas on ka Eesti kogukulutused tervishoiule Euroopa keskmisest väiksemad, seda nii sisemajandusliku koguprodukti poolest kui ka *per capita*. Vähiravisse tehtud investeeringute osa on väike, uute ravimite kasutuselevõtt aeglane ning kasutus väiksem kui teistes võrdlusriikides.

Kättesaadavuse parandamiseks pakutakse välja erinevaid võimalusi, näiteks riski- ja kulujagamise skeemide laiendamine (ingl *managed entry agreements*). Nende skeemide arv on küll suurenenud, kuid erinevate lahenduste edasine areng vajab eelkõige tehnoloogilisi lahendusi. Mitmetes riikides on kasutusel spetsiaalsed fondid harvikaiguste jaoks.

Vähiravi on prioriteet

Eesti Haigekassa ravimite ja meditsiiniseadmete talituse juht Erki Laidmäe nentis, et kuigi Eesti tervishoiusüsteemis on vähe

raha, kasutatakse seda efektiivselt. Hinnang tegevusele sõltub vaatenurgast – kas klaas on pooltühi või pooltäis. „Haiguskoormuse puhul YLD [ingl *years lost due to disability* – toim.] ei kasva vastavalt vähijuhtude arvule – see tähendab, et tehakse midagi õigesti. Uute ravimite kasutuselevõtt oli alguses aegavõttev, kuid nüüd on protsess kiirem,“ töö Laidmäe näiteks.

Laidmäe hinnangul on võrreldes teiste valdkondadega vähiravi Eestis prioriteet. Selle ilmestamiseks töö ta välja, et haigekassa investeeris eelmisel aastal vähi valdkonda 83 miljonit eurot (sh kemoterapia, kirurgiline ravi, ravimid) ning lisaks kulus 15 miljonit jaemüügi ravimitele.

„Avalikkuses toimuvat arutelu kuulates tundub mõnikord, et areng on aeglane, kuid tegelikkuses lisatakse hüvitatavate ravimite nimekirja igal aastal uusi vähiravimeid. Näiteks lisati tänavu loetellu rinnavähi, melanoomi, kroonilise lümfoidse leukeemia ning munasarjavähi ravimeid. Järgmise aasta kohta pole veel teada, kuid augustist 2017 ootab otsust 30 uut taotlust ning suure tõenäosusega lisatakse nimekirja 5–6 uut ravimit,“ kommenteeris Laidmäe.

Laidmäe tutvustas, et aastast 2018 ootavad süsteemi ees muutused – haigekassa saab suurema rolli ravimite hinnastamise ning hüvitamise protsessis. Samuti pööratakse suuremat tähelepanu statsionaarselt ning ambulatoorselt kasutatavate ravimite hüvitamise protsesside ühtlustamisele: kõik taotlused vaatab üle ravimikomisjon, kes teeb ettepanekud haigekassa juhile. Haigekassa juhatus teeb omalt poolt ettepaneku uute ravimite piirhindade määramiseks või hinnakokkulepete tegemiseks töö- ja terviseministrile.

Laidmäe sõnul ollakse mitmes riigis probleemi ees, et hinnamudel pole jätkusuutlik.



Maris Jesse

Foto: Peeter Langovits



Erki Laidmäe

Foto: Julia-Maria Linna

Samuti tuleb juurde üha rohkem kalleid ravimeid ning nende kohta on vähem andmeid, samas on ebaeetiline patsientide lootusi liialt suurendada. Positiivsena töö Laidmäe välja, et riski- kulujagamise skeemid toimivad praktikas, kuid nende rakendamisel ollakse veel tagasihoidlikud. „Nii saab tõesti uusi ravimeid turule tuua ning loodud on võimalus paindlikuks koostööks ravimitootjatega. Ka patsientide tervisealane kirjaoskus on paranenud,“ tõdes Laidmäe.

Vähi puhul tuleb vaadata tervikpilti

Sotsiaalministeeriumi terviseala asekanstler Maris Jesse rõhutas, et vähisuremuse ja -elulemuse puhul tuleb vaadata tervikpilti – nii ennetust, varast avastamist, ravi kättesaadavust, ravi koordineerimist kui ka farmaatsiatööstuse rolli selle kõige juures. Võrreldavad tulemused saab vaid kõiki neid aspekte arvesse võttes.

„Raport on näide, kuidas samu arve võib visualiseerida erinevalt – võime rääkida sellest, et olukord on tõsine või hoopis paranenud. Kui vaadata suremuse üldnäitajaid, siis vähist tingitud suremus on kasvanud ning jääb mulje, et olukord on halvemaks läinud. Kui vaadata aga vanusele kohandatud suremust, siis on selge, et Eesti on saavutanud märkimisväärseid tulemusi, eriti piiratud ressursse silmas pidades. Kuidas oleme sellised tulemused saavutanud ja üldine tulemus on halb? Seetõttu, et mehed, kes varem surid nooremas eas õnnetuste tõttu või südamehaigustesse, elavad nüüd piisavalt kaua, et arenevad välja vähkkasvajad. Riskitegurid on endiselt samad, näiteks alkohol,“ selgitas Jesse.

Jesse rõhutas, et ravi tulemust mõjutab varane ravi kättesaadavus, mitte vaid vähi

puhul. „Peame silmas pidama, et alates aastast 2010 on Eesti tervishoiusüsteem pidanud elama piirangute all, kui palju tohib kulutada. Eelarvetasakaal on olnud olulisem.“

„On ilmne, et tervisekulutusi vaadates kulutatakse Eestis ravimitele vähem *per capita* kõikides diagnoosigruppides, mitte vaid vähi puhul. Viimase kümne aasta jooksul on onkoloogias (tervishoiuteenused ja ravimid) kulude kasv olnud võrreldes teiste valdkondadega suurem. Seega ei saa öelda, et me pole vähiravi prioriteediks seadnud, oleme küll,“ kinnitas Jesse ning lisas, et uute ravimite kättesaadavuse puhul on hind, efektiivsus ning lisaväärtus need küsimused, mille ees on ka teised riigid, mitte vaid Eesti. Ka need riigid, kes on meist jõukamad.

Onkoloogile on vähiravimid patsiendi aitamiseks sageli põhiline instrument

Eesti Onkoteraapia Ühingu juhatuse liige dr Peeter Padrik nentis, et tema jaoks on vähiravimid patsientide aitamiseks põhiline instrument. „On selge, et meil on kasutada palju vähem ressursse kui Euroopas keskmiselt,“ kommenteeris dr Padrik raportit.

Eesti olukorda kirjeldades tõi Padrik välja, et Eestis on ravimite hüvitamisel ning soodusravimi nimekirja saamise taotlemisel kasutusel duaalne süsteem. Haiglas kasutatavad ravimid kuuluvad enamasti tervishoiuteenuste nimekirja ning taotluse uute ravimite lisamiseks teevad tavaliselt erialaselt ning retseptiravimite puhul teevad taotluse müügiloa hoidjad.

Eesti Onkoteraapia Ühingu juhatuse liikmena tõi ta näiteid ühingu tööst: ühingu põhimõtete järgi tehakse taotlus kõikidele vähiravimitele, mis on ELis registreeritud ning millel on näidustus ja mille puhul nähakse kliinilist vajadust. Ühing pole seni selgelt defineerinud kliinilist kasu, kuid see küsimus on päevakorral ka teistes riikides. Nii on tänava alustatud arutelusid ja hindamisi Euroopa Onkoteraapia Ühingu seatud skaala (ESMO-MCBS) põhjal, kuid siiski pole väga selgeid reegleid, kuidas valida ravim, millele soodustust taotleda. Seni on peamised tegurid ravimi hüvitamise otsust tehes olnud kliiniline tõendus, kulutõhusus, mõju eelarvele ning konkreetse vähipaikme üldine olukord (juhud, suremus, teised ravivõimalused).

Padriku sõnul kujunevad haigekassa ning ravimifirmade läbirääkimistel üha enam välja erinevad riskijagamismudelid.



Peeter Padrik

Foto: Andres Tennus

Samuti on korraldatud tervisetehnoloogiate hindamisi, näiteks järgmiste haiguste puhul: melanoom, kolorektaalvähk, HER2 (ingl *Human Epidermal Growth Factor Receptor 2*) positiivne rinnavähk, mitteväikerakk-kopsuvähk, müeloom, samuti HPV (ingl *human papilloma virus*) vaktsiinidele. Endiselt on aga probleemiks, et ravimid ei ole meil kättesaadavad, kinnitas Padrik.

Võimalused katta vajadust ravimite järele

Üks lahendusvõimalus on vähiravifond Kingitud Elu, mis kogub annetusi patsientidele, kelle ravi pole piisavalt kulutõhus. Fondi asutaja Toivo Tänavsuu sõnul on 3,5 aastaga kogutud annetusi enam kui 2,6 miljonit eurot ning rahastatud 165 patsiendi (vanuses 5–83) ravi.

Dr Padriku sõnul tekib siinkohal diskussioon: ühest küljest on tegu rahvatervise küsimusega, meil valitseb solidaarsus, kuid teatud maani. „Rahvatervise seisukohast peame rääkima sellest, kuidas ressursse efektiivselt kasutada, kuid teisalt on iga patsiendi jaoks vähk väga isiklik probleem. On olukordi, kus ravim ei pruugi olla kulutõhus kõigile patsientidele, kuid võib samas kellegi puhul väga efektiivne olla. Peame tõdema, et juhuslikustatud uuringud on olnud kuldne standard, kuid siseneme individualiseeritud meditsiini ajastusse ning uuringutel on oma piirangud,“ selgitas Padrik.

„Küsimus on, kuidas saaksime paremini? Vaadates tulevikku, vajame rohkem ressursse. Arstidena vajame rohkem arutelusid ja siis olukorra selgitamist patsiendile. Osale patsientidele on keeruline selgitada kulutõhusust. Ravimifirmadelt ootame tõhusamaid ravimeid väiksema hinnaga. Haigekassalt ootame erinevaid riskijagamismudeleid, et ravimifirmad saaks olla

efektiivsemad. Kuidagi peame hakkama mõtlema ka uutele mudelitele, et hinnata individuaalse ravi kulutõhusust ning vastavalt selle hüvitamist," lisas dr Padrik.

Kuidas hüvitada uusi ravimeid?

Eesti Hematoloogide Seltsi juht dr Ain Kaare kinnitas, et ka tema põhiinstrument on ravim – kui seda pole, ei saa patsienti ravida. Dr Kaare näitas oma ettekandes loendit ravimiteist, mis on turule tulnud viimase kümne aasta jooksul, ning tõi välja, kui paljusid neist on võimalik Eestis kasutada. „Aastatel 2007–2010 välja tulnud ravimid on enamasti hüvitatud, kuid näiteks uute ravimite puhul, mis turule tulnud viimase kolme aasta jooksul, pole olukord kiita – hüvitatakse vaid ibrutiniibi, mis on kättesaadav väga väikesele osale patsientidest,“ selgitas Kaare.

„Enamik uutest hematoloogilistest ravimiteist on harvikaiguste ravimid. Nende puhul on olukord teistsugune, mõnikord ei tehta juhuslikustatud 3. faasi uuringuid. Müeloomi või kroonilise müeloidse leukeemia patsiendid elavad haigusega kauem, haigus muutub krooniliseks ning puuduvad elulemuse andmed, ravimitele soodustust taotledes aga progressioonivaba elulemuse andmeid ei



Ain Kaare

Foto: Med24

aktsepteerita. Samuti ei aktsepteerita kaudseid võrdlusi, kuid uute ravimite ja praegu kasutatavate ravimite otsesest võrdlust sageli pole,“ kirjeldas Kaare olukorda.

„Leian, et otsustuse tegemise periood on liiga pikk (haiglaravimite kohta tehakse otsus vaid korra aastas) – kui täna teeme taotluse, võime uut ravimit kasutama hakata aastal 2019. Kuid valdkonnas, kus areng on kiire, on see liiga hilja,“ lisas ta. Näitena tõi ta bortesomiibi, mida saab kõikidel müeloomipatsientidel kasutama hakata alates järgmisest aastast, kuid ravim tuli turule enam kui kümme aastat tagasi. Nüüd räägitakse juba uuematest ravimiteist, aga neid ei saa me kasutada. Hematoloogia vaatepunktist pole kogupilt väga optimistlik,“ nentis dr Kaare.

Prof PETER LINDGRENI, raporti ühe autori kommentaar

Millised on Teie üldmuljed analüüsi tutvustusele järgnenud arutelust?

Diskussioon oli väga positiivne, kaasatud olid erinevad huvirühmad. Loomulikult ei saa nad kõiges ühel meelel olla, kuid õhkkond oli positiivne.

Millised olid Teie hinnangul raporti kõige huvitavamad tulemused?

Üks tähelepanek on see, et Eesti on olemasolevate ressurssidega hästi hakkama saanud ja neid on efektiivselt kasutatud, kuid investeringute tase on suhteliselt madal.

Millise soovitus meile annaksite, kuidas edasi minna ja olukorda parandada?

Ressursid on loomulikult üks osa. Eesti on väike ja toimekas riik ning saaks kasutada digitaalse valdkonna kogemust, te ei pea tegelema vanade struktuuridega. Arvan, et kui seisab ees liikumine individualiseeritud meditsiini suunas, olete võrreldes paljude teiste riikidega paremas olukorras.

Üldiselt on Eesti heas seisus, vajalik on paika saada struktuur uute ravimite hüvitamiseks ning patsientide jälgimiseks.

Jönsson B, Hofmarcher TLU, Lindgren P, Wilking N. Comparator report on patient access to cancer medicines in Europe revisited. (2016)

Raporti tutvustus ning sellele järgnev arutelu toimus 19. oktoobril Tallinnas. Ümarlauda korraldas European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) koostöös Rootsi Tervishoiuökonomika Instituudi teadlastega ja Eesti Ravimitootjate Liiduga.