

Kuidas hinnata uusi ravimeid? Haigekassa vaatenurk

Krista Meresmaa – Eesti Haigekassa

Olgu kohe alguses öeldud, et ravimite kompenseerimise otsuseid ei tee Eestis haigekassa, vaid neid teeb sotsiaalminister, kes tugineb nõuandva ravimikomisjoni soovitustele. Komisjoni kuuluvad erinevate osapoolte esindajad: arstid, patsiendid ning nii sotsiaalministeeriumi, ravimiameti kui ka haigekassa ametnikud. Haigekassa roll on lisaks üheks komisjoniliikmeks olemisele anda ravimitootja taotlusele omapoolne majanduslik hinnang.

MIS ON RAVIKINDLUSTUSE RESSURSS?

Haigekassa saab kindlustatute, sh soodusravimite eest tasumiseks kasutada seda raha, mis Eestis sotsiaalmaksu kaudu ravikindlustuseks kogutakse. Seega on ravikindlustuse ressursid selgelt piiritletud. Selle raha eest tuleb tasuta eriarstiabi ning üldarstiabi kulud, samuti töövõimetushüvitiste ning ambulatoorsete soodusravimite kulud, lisaks veel haiguste ennetuseks ja terviseenduseks vajaminevad summad ning rahalised hüvitised (hambaravi- ja proteesihüvitis, täiendav ravimihüvitis). Kuna ravikindlustuse eelarve konkreetsel aastal on konstantne, saab rääkida olemasoleva ressursi võimalikult mõistlikust jagamisest, sh võttes arvesse asjaolu, et kõik sama probleemiga kindlustatud oleksid koheldud võrdselt.

Kindla rahahulga juures ei ole võimalik suurendada väljaminekuid mõne hüvitise osas, kui kusagilt mujalt kulutusi ei kärbita. Kui on soov näiteks ambulatoorsetele

soodusravimitele kuluvat rahahulka suurendada, siis tuleb kusagil mujal seda vähendada, näiteks vähendada raviteenuste mahtu või hindu. Alati tuleks kaaluda ka võimalust otsida lisavahendeid süsteemi seest, optimeerides juba tehtavaid kulutusi.

MILLEST TULEB RAVIMI KOMPENSEERIMISEL LÄHTUDA?

Piltlikult väljendudes tuleb ravikindlustuse rahakotti käsitleda samade reeglite järgi, nagu üks mõistlik inimene oma isikliku rahakoti sisu käsitleb, püüdes saada võimalikult suurt kasu võimalikult väikese raha eest. Igapäevaselt tuleb inimesel kaaluda, kas üks või teine ost küsitud hinna eest on mõistlik. Sama kehtib ravikindlustuses: iga maksumaksja krooni eest püüab haigekassa osta võimalikult palju tervist ja/või elukvaliteeti. Samal ajal tuleb jälgida, et võrdselt raskeid haigusi käsitletakse võrdselt.

Selle keerulise ülesande lahendamiseks kasutatakse ühe komponendina ravimite majanduslikku hindamist, mille absoluutseks eeltingimuseks on asjatundlik ravimi kliinilise efektiivsuse hinnang. Balti riikide pädevad asutused on kaheksa aastat tagasi leppinud omavahel kokku ravimite majandusliku hindamise põhimõtetes ning lähtuvad selles protsessis samadest alustest. Need põhimõtted on kirja pandud ravimite majandusliku hindamise juhendis, mis on kättesaadav ka haigekassa kodulehel.

Ravimite majandusliku hindamise käigus püütakse saada selgust, kas pakutava hinnatasemega ravim on ravikindlustusele hea ost: kas ravimist saadav kasu ja selleks

kuluv raha on tasakaalus. Saadava kasu all peetakse silmas ainult selliseid tulemusühikuid, mis on otseselt või kaudselt tõendatult seostatavad inimese tervise ja/või elukvaliteedi paranemisega. Näiteks juhul, kui südameravimite kasutamise eesmärk on kardiovaskulaarsete tüsistuste vähendamine ning seeläbi eluea pikendamine, tuleks südameravimeid omavahel võrrelda selle tulemusühiku suhtes. Mõnikord tuleb tugineda ka surrogaat-tulemusnäitajatele, näiteks onkoloogias kasutatakse aegajalt tulemusnäitajana teatud ravivastuse saavutamist, mis on tõendatult seostatav elulemusega.

Erinevate ravimite kulude võrdlemisel võetakse arvesse eelkõige otsesed tervishoiukulud, mille tekkimine on tõendatud. Lisaks ravimi maksumusele võidakse arvesse võtta kaasnevate tervishoiuteenuste kulud, kõrvaltoimete või tüsistuste ravi, uuringute vajadust jm. Analüüsis välditakse selliste kulude arvestamist, mis võivad suurel määral varieeruda või on liiga oletuslikud. Lisaks ravikindlustuse perspektiivile tehakse mõnikord majanduslik analüüs ka patsiendi perspektiivist lähtuvalt – seda juhtudel, kui on alust arvata, et taotletav ravim konkreetsetel näidustustel konkreetse hinnaga on küll ravikindlustusele soodne, kuid ei pruugi seda olla patsiendile.

ERINEVAD ANALÜÜSIMETOODIKAD

Alljärgnevalt on nimetatud kolm peamiselt kasutatavat analüüsimeetodit.

1. Kuluminimeerimise ehk kulu-vähendamise analüüs (ingl *cost minimisation*). Sellel juhul on kliiniliste uuringutega tõestatud, et võrreldavatel ravimitel on sama näidustuse ning sama patsiendigrupi korral samaväärne toime. Juhul kui on olemas kaks toimelt võrdset ravimit, võrreldakse omavahel vaid ravimite maksumust (see hõlmab ka eespool mainitud muid otseseid kulud). Siinkohal eelistab riik kompenseerida odavamalt või laiendada valikut sama raharessursi piires. Näiteks siis, kui uuel toimeainel ei ole meditsiinilisi

eeliseid olemasoleva ravimi ees, kuid on samaväärse või pisut madalama hinnaga.

2. Kulutõhususe analüüs (ingl *cost effectiveness*). Siin on võrdluse aluseks ravimid, mille toime sama haiguse ravis on erinev. Erinev toime peab olema tõestatud meditsiiniliste uuringute, soovitatavalt juhuslikustatud topeltpimedate otseste võrdlusuuringute käigus. Ravimite toime erinevus peab kajastuma mõjus patsiendi elulemusele või elukvaliteedile. Erinevused näiteks ravimite farmakokineetilistes parameetrites (poolväärtusaeg, plasma kontsentratsioon vm) ei ole lõpptulemusena arvestatavad.

Selle analüüsi korral kalkuleeritakse, kui palju lisaraha tuleb panustada, et saada lisaks üht tulemusühikut, näiteks lisanduvat eluaastat (LYG, *life years gained*). Tulemus esitatakse täiendkulu tõhususe määrana (ICER) tulemusühiku kohta. Näiteks ICER LYG = 500 000 krooni tähendab, et efektiivsema ravimi kompenseerimise korral peab ravikindlustus tasuma täiendavalt 500 000 krooni, et osta lisaks üht eluaastat. Situatsiooni, kus efektiivsem ravim on samas ka odavam, tuleb praktikas ette äärmiselt harva.

Aastaid on arutatud selle üle, milline täiendkulu tõhususe määr on Eesti riigile vastuvõetav. On riike, kus see väärtus on soovituslikult fikseeritud (nt USA 50 000 \$, Suurbritannia 20 000 – 30 000 £), kuid enamasti lähtuvad riigid oma rikkuse tasemest, mida väljendab nt SKT-näitaja inimese kohta.

Kulutõhususe analüüsi käigus kalkuleeritud ICER väärtus ei ole siiski ainsaks otsustuskriteeriumiks. Eelmainitud ravimikomisjon vaeb sellisel juhul kõike ravimi ja haigusega seonduvat, sh alternatiive, vajadust ning kogukulu ravikindlustusele.

3. Kulukasulikkuse analüüs (ingl *cost utility*). See analüüs on eelmise analüüsi n-õ täiuslikum variant, kus lisaks võidetud eluaastatele on tulemusena arvesse võetud ka elukvaliteeti sellel ajal. Tulemust väljendatakse kvaliteedile kohandatud eluaastates (QALY). See võimaldab saada aimu ravimi

tegelikust kasulikkusest – võidetud eluaas-
tatega saavutatav kasu ei pruugi olla väär-
tuslik, kui samal ajal on patsiendi elukvali-
teet väga halb. Või teisalt – ka väheselt elu
pikendamist võimaldav ravim võib olla väär-
tuslik, kui patsiendi elukvaliteet paraneb
selle ravimi kasutamise tulemusel märkimis-
väärselt. Sama matemaatilise loogika alusel
nagu kulutõhususe analüüsil saadakse teada,
kui palju elukvaliteeti mingi rahasumma
eest osta saab. Kulukasulikkuse analüüs on
oluline näiteks ühelt poolt selliste haiguste
korral, kus tervenemist ja märkimisväärset
elu pikenemist ei saavutata, küll aga on
võimalik parandada inimese elukvaliteeti,
ning teisalt jälle juhtudel, kus võib aimata, et
elu pikendamine saavutatakse elukvaliteedi
vähenemise hinnaga (nt ohtrate kõrvaltoi-
metega elu pikendav ravim).

PÜÜELGEM RATSIONAALSUSELE

On väga positiivne, et Eestis arutatakse
ravimite kompenseerimise üle komisjonis,
kuhu kuuluvad meditsiinisüsteemi eri

osapoolte esindajad. Lihtsaid lahendusi
pakutakse komisjonile harva (uus ravim
on efektiivsem ja odavam või sama efek-
tiivne ja odavam), enamasti tuleb kaaluda,
kas uue ravimi eest makstav lisaraha on
väärt tulemusi, mida ravim pakub. Haige-
kassa teeb komisjoniliikmetele ülevaate
ravimi majanduslikust põhjendatusest,
kasutades eelloetletud meetodikaid,
samuti annab ülevaate ravimi kompenseerimisega kaasnevatest lisakuludest. Peale selle on haigekassal „tänamatu“ roll olla ravikindlustuse jätkusuutlikkuse üle valvajak, tuletades üha meelde, et kasutada saab vaid olemasolevat raha ning võetud kohustused tuleb täita ka aastate pärast. Seepärast tekib tihti küsimus, kuidas suurendada tervise hulka olemasoleva piiratud rahahulga eest. Leiame, et ratsionaalsus ravikindlustusraha kasutamisel on tõsiselt võetav eesmärk, mille poole püüelda.

krista.meresmaa@haigekassa.ee

VABANDUS

Eesti Arsti 2009. a 9. numbris lk 557 on tabelis „Riiklik immuniseerimiskava ...“ ebatäpsus: ülevalt 9. reas peab olema „6–7 aastat“ ja „IPV 5, DTPa 5“.