

Lugupeetud kohalviibijad

Esmalt soovin tänada Eesti Infektsioonihaiguste Seltsi mulle osutatud au eest avada tänane c-hepatiidi ravi käsitlev konverents.

Eesti Haigekassale on väga oluline, et kõigile meie kindlustatutele oleks tagatud kaasaegsed tõenduspõhised ravimeetodid.

Eesti ravikindlustussüsteemi põhimõte on sätestatud ravikindlustuse seaduses, mille kohaselt põhineb ravikindlustus kindlustatud isikute solidaarsusel ja piiratud omaosalusel ning lähtudes vajadustele vastavate teenuste osutamise, ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse ja ravikindlustusraha otstarbeka kasutamise põhimõttest.

Haigekassa peab süsteemi eesmärkide saavutamisel lähtuma ravikindlustuseks ettenähtud rahalistest vahenditest, st **haigekassa jaoks on võtmeküsimus, kuidas ravikindlustuse eelarve raames eelnimetatud ravikindlustuse põhimõtteid võimalikult hästi järgida.**

Eesti tervishoiukulud on rahvusvahelises võrdluses suhteliselt madalad moodustades 2011.aastal kõigest 5,9% SKPst. Võrdluseks – Euroopa Liidu keskmine on samas 9,6%. **Ostujõu pariteedile kohandatud dollarites** kulutati Eestis tervishoiule 2011.a **isiku kohta 1303 dollarit**. Euroopa Liidu keskmine näitaja oli ligi kolm korda kõrgem, s.o 3307 dollarit.

Ravikindlustuse eelarve moodustab Eestis ligikaudu 70% kogu tervishoiule kuluvast rahast. Arvestades meie nii suhteliselt kui absoluutsemelt võrdlemisi madalaid kulusid ning asjaolu, et meditsiiniseadmete ja ravimite hinnad vastavad üldjuhul maailmaturu tasemele, tuleb ravikindlustusraha kasutada ülimalt otstarbekalt, et võimalikult hästi saavutada süsteemile seatud eesmärgid.

Seega seisneb haigekassa jaoks Eesti ravikindlustuse **korraldamise põhiküsimus selles**, kuidas olemasolevat ressursi inimeste heaks parimal moel ära kasutada selliselt, et kõigile kindlustatutele oleks tagatud võrdsed võimalused vajaliku kvaliteetsete tõenduspõhiste teenuste saamiseks.

Selleks peavad ravimite, meditsiiniseadmete ja teenuste rahastamisotsused tuginema meditsiinilisel **tõenduspõhisusel** ja järgima kindlaid **ühetaolisi ja läbipaistvaid** põhimõtteid.

Siinkohal ongi paslik anda lühike ülevaade, **kuidas toimub ravikindlustuspaketi täiendamine**. Kõige aluseks on ravikindlustuse seadus.

- Enne igat rahastamisotsust tuleb hinnata, kas uus ravimeetod, ravim või meditsiiniseade on **tõestatud toimega** ning millised on selle **eelised** ja **puudused** võrreldes **olemasolevate ravivõimalustega**. Tihti on küsitud, kas ei võiks seda etappi ravimite puhul vahele jätta, kuna näiteks müügiloa taotlemise käigus ravimid juba läbivad ühe hindamise. Müügiloa kõlbulikkuse hindamise ülesandeks on enamasti kaaluda, kas ravim on platseeboga ehk mitteravimisega võrreldes efektiivne, ohutu ja kvaliteetne, st ei tekita võrreldes ravimata jätmisega tervisele kahju. Ravimite hüvitamise hindamise etapis on aga lisaks oluline **võrrelda uut ravimit juba kasutatavate ravimeetoditega**, et selgitada välja, kas see on **vähemalt võrdväärne** seniste standarditega ja milline on uuest ravimist saadav **lisakasu**.

- Ravikindlustuse seisukohalt on oluline ka **kulutõhususe hindamine**, mille eesmärgiks on vaadata, **kas ravist saadav kasu on sellega kaasneva võimaliku lisakuluga, st ravimi maksumusega vastuvõetavas tasakaalus**. Vastuvõetav kulutase on osaliselt seotud rahvusliku rikkusega.

Käesoleval hetkel püüab Eesti järgida maailma terviseorganisatsiooni poolt soovitatud põhimõtet, mille kohaselt tuleb kulutõhusaks lugeda selliseid ravimeetodeid, mille abil lisanduva täiskvaliteetse eluaasta maksumus ei ületa kolmekordset rahvusliku kogutulu aastamäära ühe elaniku kohta. 2013. aasta andmetel on seega jõukohasuse tase umbes 40 tuhande euro juures.

Näiteks Inglismaal peetakse vastuvõetavaks tasemeks 20–30 tuhat naelsterlingit (24–36 tuhat eurot). Loomulikult ei ole nimetatud kulutase Eestis ega Inglismaal ainsaks otsustuskriteeriumiks, **oluline on näiteks arvestada alternatiivsete ravivõimaluste olemasolu**. Kui kulu soovitatavat taset juba tunduvalt ületab, peavad seda tugevamad olema ka põhjendused positiivse rahastamisotsuse korral.

- Kui nii meditsiinilise tõenduspõhisuse kui kulutõhususe hinnangud on positiivsed, ei saa kõrvale jätta ka aspekti, kas ravimeetodi rahastamiseks kõigile seda eeldatavalt vajavatele patsientidele **vahendeid jätkub**.

Tänase ürituse peamiseks kõneaineks olevate uute ravimite puhul on otsustajaid nõustav ravimikomisjon leidnud, et kõik eelpool nimetatud nõutud tingimused on täidetud.

Seega alustas haigekassa alates 2014-ndast aastast uue põlvkonna C-hepatiidi viirusevastaste ravimite kompenseerimist. Praktiliselt üheaegselt on kaks erinevat ravimifirmat jõudnud efektiivsete ravimite turustamiseni Eestis. Kui varasemate raviskeemide abil sai ca 40-50% patsientidest viirusevabaks, siis uute raviskeemide efektiivsus on 70-80%. **Taolist efektiivsushüpet ei kohta tänapäeva ravimiarenduses just sageli**.

Tõsi, ravimitootja soovib selle eest ka kuninglikku tasu – ühe patsiendi ravikuuri maksumus oleks taotluse kohaselt neljakordistunud.

Tänase konverentsi teemaks olevate ravimitega seondub aga veel üks oluline muudatus. Ravimitootja esialgne pakkumine oleks teinud ravimi kättesaadavaks ainult neile raskekujulise maksafibroosiga C-hepatiidi patsientidele, kellel varasema raviga head tulemust ei saavutatud. Intensiivsete läbirääkimiste tulemusena jõuti aga hinnatasemeni, mis lubas ravimit pidada kulutõhusaks ka varem ravimata patsientidel.

Läbirääkimistes ja hinnalangetustes ei ole iseenesest midagi väga uudset, aga eriline on moodus, kuidas hinnalangus saavutati. Seda moodust kasutatakse tänapäeval arenenud riikides järjest laiemalt ja seda võib kutsuda ka riskijagamiseks. Oleme kokku leppinud, et esimese 4 nädala ravikulud katab ravimi müügiloo hoidja ning üksnes juhul kui patsiendil on saavutatud defineeritud ravieesmärgid, võtab haigekassa rahastamise sealt alates üle. Sedasi kasutatakse ravikindlustuse vahendeid mõistlikumalt, kuna osa kuludest, mis tehakse patsientide ravimiseks, kes tegelikult ravimist kasu ei saa, jäävad äripoole kanda.

Tean, et on arvamusi, et riski- ja kulujagamise skeemid teevad olukorra läbipaistmatumaks ja ravi organiseerimise mõnevõrra keerulisemaks, kuid kui see on ainus võimalus patsiente aidata, siis tuleb meil seda kasutada.

C-hepatiit on tõsine haigus. Arvatakse, et Eestis on nakatunud hinnanguliselt 1% rahvastikust, seega kindlasti üle 10 tuhande inimese. Hea on see, et infektsiooni põhjustaja on tänaseks teada. Kuigi selle vastu me end vaksineerida veel ei saa, oskame tänasel päeval end selle eest siiski efektiivselt kaitsta. Kuna haigus on tõsine ja toimub intensiivne uurimistöö, siis on lootus, et ühel päeval jõutakse toimiva vaktsiinini ja parandatakse ühtlasi ka juba nakatunute ravivõimalusi.

Haigekassa soodusravimite kuluaruannetest leiab esimesi märke C-viirushepatiidi ravist 2003-ndast aastast, kui kompenseerisime soodusravimina 80-le kindlustatule interferooni kokku 670 tuhande krooni eest (43 tuhat €). Need summad on aasta aastalt kasvanud ja ulatuvad viimastel aastatel 2 miljoni euroni. Seoses uute ravimite kompenseerimisega on haigekassa arvestanud käesolevast aastast selle kulu kahekordistumisega. Usume, et see on hea investeering inimeste tervisesse.

Lõpetuseks - peame oluliseks, et meie kindlustatutele oleks õigeaegselt tagatud kaasaegne tõenduspõhine ravi, mis pakub tervisele parima tulemuse. Tervishoius kasutatavad ravimeetodid ja – korraldus arenevad, samuti muutuvad teenuste osutamisel seadmete, instrumentide ja ravimite hinnad ning seetõttu ka iga tervishoiuteenuse osutamisega seotud kulud. Samas tuleb raha optimaalseks kasutamiseks kaaluda uutest ravivõimalustest saadavat kasu koos nende osutamise kuluga. Tegutseme jätkuvalt kindlustatute huvides tõenduspõhise meditsiini kättesaadavuse tagamisel ning peame ülioluliseks, et meie põhimõtted oleks selged, läbipaistvad ja avalikustatud, et tagada erinevate haiguste ravimeetodite võrdne hindamine.