NOVARTIS

FA-50002584_02112026

Terveydestä kasvua

Miten Suomi hyötyy enemmän lääkeinnovaatioista?





NOVARTIS

Sisällysluettelo

Tiivistelmä: Tarvitsemme kolme päätöstä kasvun ja hyvinvoinnin puolesta 3

1. Johdanto 4

2. Terveysalan investoinnit tuovat lisää rahaa terveydenhuoltoon 6

4. Rajallisilla euroilla maksimaalinen yhteiskunnallinen hyöty 13

5. Yhteenveto: Suomi tarvitsee kolme päätöstä kasvun ja hyvinvoinnin puolesta .. 15

Lähteet 16

Liite 1: Nykyinen ja ehdotettu lääkkeiden arviointijärjestelmä 17



Tiivistelmä: Tarvitsemme kolme päätöstä kasvun ja hyvinvoinnin puolesta

Parempi terveys ei ole vain menoerä, vaan kasvun lähde. Korkeatasoinen terveydenhuolto voi yhtäaikaisesti vahvistaa julkista taloutta, parantaa ihmisten hyvinvointia, vähentää sairauksista yksilölle ja yhteiskunnalle koituvia kustannuksia ja houkutella Suomeen investointeja.

Kun valtion menoista etsitään säästöjä, on varmistettava, että jokainen terveyteen käytetty euro tuottaa entistä enemmän terveyttä ja työkykyä. Tarvitaan poliittista sitoutumista terveysalan kasvuun, uusien innovaatioiden nopeaa käyttöönottoa sekä hoitotulosten järjestelmällistä kehittämistä.

Novartiksen esitykset seuraavalle hallituskaudelle Suomen talouden ja hyvinvoinnin vahvistamiseksi:

1. Tehdään pitkäjänteistä terveysalan kasvupolitiikkaa
2. Otetaan uudet lääkkeet käyttöön laajasti ja nopeasti
3. Luodaan terveydenhuoltoon kannusteet hoitotulosten parantamiseen ja innovaatioiden hyödyntämiseen

Terveysalasta on mahdollista tehdä Suomen kansantalouden moottori, joka tuo ihmisille työ- ja toimintakykyä sekä luo kansantalouteen työpaikkoja, investointeja ja vientituloja.



1. Johdanto

Terveys- ja lääkeala on Suomelle sekä hyvinvointi- että kasvukysymys, mutta kasvun tiellä on esteitä

Suomi on maailman onnellisin maa, joka on rakentanut menestyksensä tietoisilla päätöksillä: investoimalla kansalaisten hyvinvointiin, koulutukseen ja innovaatioihin. Nyt hyvinvointiyhteiskunnan kestävyyttä haastavat väestön ikääntyminen, hidas talouskasvu ja julkisen talouden kasvavat menotarpeet. Terveysala auttaa ratkaisemaan kaikkia näitä haasteita.

Terveysala on tunnistettu Suomelle potentiaalisena kasvualana.[1] Lääketeollisuus on osa terveysalaa ja maailmanlaajuisesti merkittävä, kasvava toimiala. Ala tuottaa sekä terveyttä ja työkykyä että osaamista, investointeja ja talouskasvua.[2]

Suomessa useat peräkkäiset hallitukset ovat pyrkineet edistämään terveysalan kasvua ja kilpailukykyä. Eri nimillä kulkeneita terveysalan kasvustrategioita on tehty vuodesta 2014 lähtien. Niiden pohjalta tehdyt uudistukset ovat profiloineet Suomea terveystiedon hyödyntämisen edelläkävijänä sekä maailmanlaajuisesti kiinnostavana maana muun muassa biopankkitutkimukselle.[3, 4]

Silti Suomi on alisuoriutuja siinä, miten houkuttelemme terveysalan investointeja, ja yritysten rahoittamien lääketutkimusten määrä on ollut viime vuosina laskussa. Jos nykyinen kehitys jatkuu, Suomessa aloitetaan vuonna 2030 yritysten rahoittamia lääketutkimuksia lähes 30 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2024.[5] Se on huolestuttava näkymä maalle, joka hakee vahvempaa julkista taloutta ja uusia kasvun lähteitä.

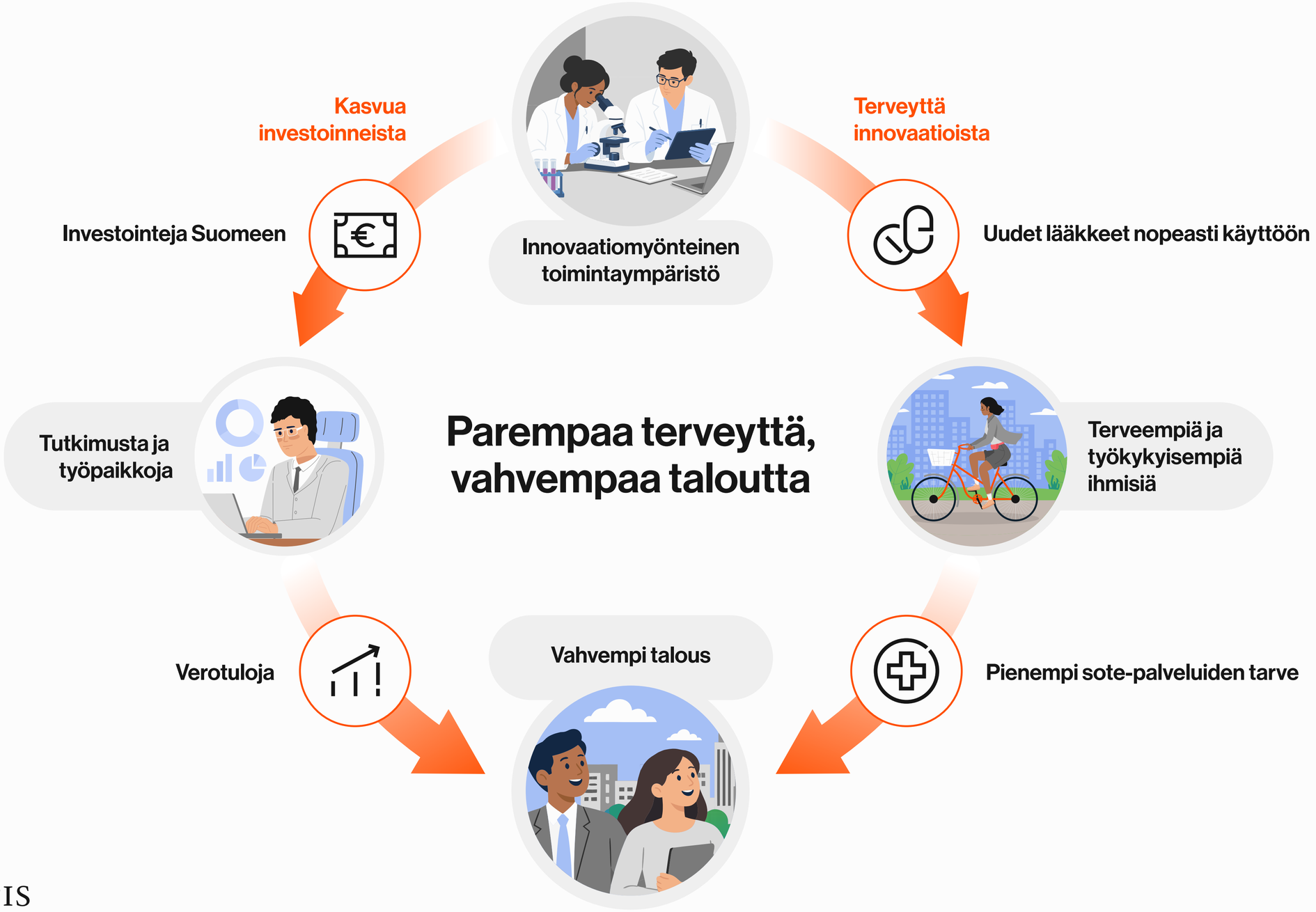
Terveysalan innovaatioita ovat esimerkiksi uudet lääkkeet, terveysteknologia ja digitaaliset palvelut. Uusi lääke on innovaatio siinä missä uusi laite tai sovellus. Jokaisen uuden lääkkeen takana on vuosien tutkimus ja lääkeinnovaatio voi muuttaa sekä potilaan elämän että terveydenhuollon tavan toimia. Keskitymme tässä puheenvuorossa terveysalan innovaatioista erityisesti lääkkeisiin, mutta monet huomiot koskevat terveysalan innovaatioita laajemminkin.

Tässä puheenvuorossa esitämme kansainvälisen lääkeyrityksen näkökulmasta ratkaisuja Suomen talouden vahvistamiseen. Näemme kolme keskeistä pullonkaulaa: terveysalan kasvun vauhdittamiselta puuttuu pitkäjänteinen poliittinen sitoutuminen, uusia lääkehoitoja ei oteta käyttöön riittävän laajasti ja nopeasti ja terveydenhuoltojärjestelmältä puuttuvat kannustimet hoitotulosten parantamiseen ja uusien hoitojen käyttöönottoon.

Suomen tulevaisuuden menestys syntyy tämän päivän päätöksillä. Kansainvälisen kilpailun kiristyessä Suomen on valittava, haluammeko olla terveysalan kasvun, tutkimuksen ja lääkeinnovaatioiden hyödyntämisen kärkimaa vai tyydymmekö perässähiihtäjän tai sivustaseuraajan rooleihin.

Suomen on valittava, haluammeko olla terveysalan kasvun, tutkimuksen ja lääkeinnovaatioiden hyödyntämisen kärkimaa vai tyydymmekö perässähiihtäjän tai sivustaseuraajan rooleihin.

[1] Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelma, 2026. [2] Juneja, Mai ja Albu 2024. [3] Työ- ja elinkeinoministeriö, Terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kasvustrategia, 2014. [4] Valtioneuvosto, Kestävää kasvua ja hyvinvointia. Tiekartta 2020–2023: Terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kasvustrategia, 2020. [5] ESiOR Oy, Kliinisen lääketutkimuksen suunta Suomessa: Loppuraportti 17.9.2025, 2025.


Kasvua investoinneista
Investointeja Suomeen
Innovaatiomyönteinen toimintaympäristö
Terveyttä innovaatioista
Uudet lääkkeet nopeasti käyttöön
Tutkimusta ja työpaikkoja
Parempaa terveyttä, vahvempaa taloutta
Terveempiä ja työkykyisempiä ihmisiä
Verotuloja
Vahvempi talous
Pienempi sote-palveluiden tarve

2. Terveysalan investoinnit tuovat lisää rahaa terveydenhuoltoon

Suomella on mahdollisuus kasvattaa osuuttaan maailman terveysinvestoinneista

Lääkeala on Suomessa kokoonsa nähden taloudellisesti poikkeuksellisen merkittävä toimiala. Alan yritykset työllistivät vuonna 2024 Suomessa noin 10 100 ihmistä, mutta työn tuottavuus oli yli kaksinkertainen yrityssektorin keskiarvoon verrattuna. Lääkealan osuus yrityssektorin liikevaihdosta oli 1,6 prosenttia ja arvonlisäyksestä 2 prosenttia. Alan viennin arvo oli vuonna 2025 noin 2 miljardia euroa.[6] Lääkealan investoinnit Suomeen olivat vuonna 2025 yli 500 miljoonaa euroa, josta 255 miljoonaa euroa kohdistui tutkimukseen ja kehitykseen.[7] Ala on luvannut kasvattaa investointeja edelleen, jos Suomen olosuhteet ovat houkuttelevat.[8]

Euroopassa terveysala on yksi harvoista kasvualoista.[9] Lääkealan yritykset investoivat Euroopassa vuosittain noin 55 miljardia euroa tutkimukseen ja tuotekehitykseen.[10] Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomi kuitenkin kotiuttaa näistä investoinneista vain pienen osuuden ja yritysrahoitteisten kliinisten lääketutkimusten määrä on Suomessa ollut laskussa.[11]

Miksi jotkut maat houkuttelevat enemmän lääketeollisuuden investointeja kuin toiset? Yritysten investointipäätöksissä painavat muun muassa lääkemarkkinan koko, maiden tutkimusosaaminen, vakaat olosuhteet, lääkkeiden käyttöönoton nopeus ja ennustettavuus sekä terveydenhuollon laatu.[12] Markkinan kokoa lukuun ottamatta kaikkiin näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa poliittisilla päätöksillä.

Vaikka terveysala on Suomessa merkittävä investoija ja vientiala[13, 14], alan tarpeita ei oteta järjestelmällisesti huomioon osana Suomen teollisuuspolitiikkaa. Meidän on varmistettava, että pärjäämme kansainvälisessä kilpailussa alan investoinneista jatkossa entistä paremmin. Näin taloutemme pääsee hyötymään kasvavan toimialan vetoavusta. Seuraavan hallituksen tulisikin vahvistaa työtä, joka terveysalan kasvustrategioissa on aloitettu. Terveysalan kasvutoimien edistämisellä tulee olla selkeä vastuutaho, jolla on valta viedä uudistuksia eteenpäin.

Toimintaympäristön kehittäminen ei saa jäädä erillisiksi yksittäisiksi hankkeiksi, vaan kasvunäkökulman on näyttävä kaikessa päätöksenteossa. Näin varmistetaan, että esimerkiksi olennaiset sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset sekä Suomen EU-poliittinen vaikuttaminen tukevat johdonmukaisesti terveysalan kasvun edellytyksiä ja vahvistavat Suomen mainetta innovaatiomyönteisenä maana.

Kliinisen lääketutkimuksen arvo Suomen terveydenhuollolle noin 10 miljoonaa euroa per tutkimus

Jokainen Suomessa tehty kliininen lääketutkimus on terveydenhuollollemme noin 10 miljoonan euron arvoinen.[15] Lääketutkimuksessa potilas saa kuluitta käyttöönsä mahdollisen tulevaisuuden lääkkeen jo tutkimusvaiheessa, mistä voi syntyä hänelle terveyshyötyä. Hyvinvointialueille kliiniset tutkimukset tarkoittavat säästöä potilaiden hoidossa, koska lääkeyritys maksaa tutkimuspotilaiden hoidon ja seurannan.[16]

> **Kaikkien merkittävien sosiaali- ja terveysalan uudistusten tulisi edistää terveysalan kasvun edellytyksiä.**

Myös terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen vahvistuu, kun he osallistuvat tutkimuksen toteuttamiseen. Tämä hyödyttää myös potilaita, jotka eivät ole mukana tutkimuksessa. Tutkimusten myötä kansainväliset yritykset tuovat siis merkittävän määrän lisäresursseja suomalaiseen terveydenhuoltoon.[17]

Kliinisten tutkimusten lisäksi lääkeyritykset investoivat tutkimukseen Suomessa myös muilla tavoilla. Lääkeyritykset muun muassa auttavat hyödyntämään Suomen rikasta terveysdataa terveydenhuollon kehittämiseen, tekevät yhteistyötä yliopistojen kanssa ja luovat suomalaisille tutkijoille

[6] Kuosmanen, Pajarinen ja Lähdemäki, Suomen lääkeala – Tilannekuva ja kasvu. Päätulokset 12.6.2026, 2026, 7-11. [7] Lääketeollisuus ry, Lääketeollisuuden arvolupaus, 2025. [8] Lääketeollisuus ry, Lääketeollisuuden arvolupaus, 2025. [9] Nindl ym., The 2025 EU Industrial R&D Investment Scoreboard, 2025, 7–8. [10] European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), 10 Actions for Competitiveness, Growth and Security, 2026, 1. [11] KPMG Finland ja Amcham Finland, The Future of the Life Sciences & Health Sector in Finland: Results of the 2026 International Life Sciences & Health Business Climate Benchmark, 2026, 17. [12] KPMG Finland ja Amcham Finland, 2026. [13] Kuosmanen, Pajarinen ja Lähdemäki, Suomen lääkeala – Tilannekuva ja kasvu. Päätulokset 12.6.2026, 2026. [14] Teknologiateollisuus ry, Terveysteknologian vientitilastot, 2026. [15] ESiOR Oy ja Lääketeollisuus ry, 2024. [16] ESiOR Oy ja Lääketeollisuus ry, 2024. [17] ESiOR Oy ja Lääketeollisuus ry, 2024.

ja tutkimusryhmille kansainvälisiä kontakteja.

Novartis on esimerkiksi ollut mukana rahoittamassa Helsingin yliopiston yksilöllistetyn syöpälääketieteen professuuria[18] sekä tutkinut kuopiolaisen ESiOR Oy:n ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kanssa sydän- ja verisuonitautien aiheuttamia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ja ennaltaehkäisyn mahdollisuuksia.[19]

Hyvinvointialueiden nykyisessä rahoitusmallissa ei kuitenkaan ole kannusteita tutkimuksen tekemiseen, ulkopuolisen rahoituksen hankkimiseen tai yritysyhteistyöhön. Pahimmillaan ulkopuolinen rahoitus ei rahallisesti hyödytä lainkaan terveydenhuollon yksikköä, jonne tutkimus on tuotu. Hyvinvointialueiden kannusteita tulisikin pikaisesti muuttaa niin, että alueita, sairaaloita, klinikoita ja terveydenhuollon ammattilaisia palkittaisiin tutkimuksen tekemisestä ja yritysinvestointien houkuttelemisesta. Näin terveydenhuollosta voi tulla paitsi terveyden tuottaja, myös entistä vahvempi talouskasvun ja investointien lähde.

Tutkimusinvestoinnit tarvitsevat toimivan innovaatioympäristön ja houkuttelevan markkinan

Kun kansainvälinen lääkeyritys harkitsee tutkimusinvestoinnin sijoittamista, se tarvitsee pitkäjänteisen näkymän siitä, että olosuhteet pysyvät hyvinä ja että potilaat pääsevät hyötymään kehitetyistä uusista lääkkeistä.

Terveysalan näkökulmasta Suomen vahvuuksia ovat muun muassa terveystieto, digitaalinen terveydenhuolto, tutkimusosaaminen ja kansalaisten myönteinen suhtautuminen tutkimukseen.[20, 21] Näitä vahvuuksia on edelleen kehitetty viime vuosina muun muassa terveysalan kasvuohjelmien myötä.[22] Pitkäjänteinen ja ennustettava poliittinen sitoutuminen kuitenkin puuttuu.

Vaikka terveysala on tunnistettu keskeiseksi kasvualaksi, alan kasvutoimilta on puuttunut vaalikaudet ylittävä toimeenpano jokaisen hallituksen tehdessä oman terveysalan kasvustrategiansa. Jotta aina ei tarvitse aloittaa alusta, tarvitaan pysyvä rakenne, jossa valtio, kunnat, hyvinvointialueet, yliopistot, yritykset ja muut toimijat kehittävät alan toimintaympäristöä yhdessä yli vaalikausien. Tällaista rakennetta on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön tuoreessa Suomi Hub -selvityksessä.[23]

Kun lääkeyritys päättää investoida Suomeen, tutkimuksen toteuttamisen tulee olla mahdollisimman sujuvaa. Siksi FinTrials-toimintamalli, jossa lääkeyritys saa yhdestä paikasta kaiken tarvittavan avun lääketutkimuksen käynnistämiseen Suomessa, on kannatettava. Yritykset on otettava tiiviisti osaksi toimintamallin kehittämistä ja toimeenpanoa.[24] Lisäksi hyvinvointialueille tulee luoda kannusteet ottaa käyttöön uusia hoitoja ja innovaatioita, toteuttaa lääketutkimuksia ja tehdä yritysyhteistyötä.[25, 26]

> **Hyvinvointialueille kliiniset tutkimukset tarkoittavat säästöä potilaiden hoidossa.**

[18] Helsingin yliopisto, Suomen ensimmäinen yksilöllisen syöpälääketieteen professuuri perustetaan Helsingin yliopistoon ja HUSiin, uutinen, 12.6.2024. [19] Novartis Finland, Suomalaistutkimus osoittaa: tehostettu sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hoito voi alentaa hoitokustannuksia merkittävästi, tiedote, 5.2.2026. [20] KPMG Finland ja Amcham Finland, 2026, 8. [21] Valtioneuvosto, Kestävää kasvua ja hyvinvointia – Tiekartta 2020–2023: Terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kasvustrategia, 2020, 15–16. [22] Sillanaukee ja Laukka, Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelman toimeenpanosuunnitelma, esitys Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelman kesäjuhlassa 19.6.2024. [23] Niemistö ja Salmivalli, Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelma: Suomi-Hub – Kasvua ja kilpailukykyä Suomelle, 2026. [24] Salmivalli ym., 2026. [25] KPMG Finland ja Amcham Finland, 2026.
[26] Niemistö ja Salmivalli, 2025, 11-13.

3. Uusien lääkkeiden käyttöönoton hitaus jarruttaa terveysalan kasvua

Entistä harvempi uusi lääke pääsee Suomessa potilaiden käyttöön

Suomessa otettiin käyttöön noin 44 prosenttia niistä uusista lääkkeistä, jotka saivat myyntiluvan Euroopassa vuosina 2021–2024. Euroopan kärkimaassa Saksassa vastaava osuus oli yli 90 prosenttia.[27] Vaikka Suomi on maailman huippua usealla terveysalan toimintaympäristöä seuraavalla mittarilla[28], emme yllä pohjoismaisten tai keskieurooppalaisten kärkimaiden tasolle uusien lääkkeiden käyttöönotossa.[29]

Suomi lähettää kansainvälisille investoijille ristiriitaisen viestin: olemme vahva tutkimusmaa ja haluamme terveysalan tutkimusta ja investointeja, mutta kehitettyjen innovaatioiden hyödyntäminen ja käyttöönotto on hidasta. Amerikkalaisen kauppakamarin Amcham Finlandin tuoreen selvityksen mukaan terveysalan yritysjohtajat pitävätkin uusien innovaatioiden käyttöönottoa keskeisenä pullonkaulana investointien saamisessa Suomeen.[30]

Lääkeyrityksen näkökulmasta uusien lääkkeiden käyttöönotto vaikuttaa sekä markkinan kiinnostavuuteen että siihen, voiko maahan tuoda tutkimuksia. Lääketutkimusten edellytys on, että terveydenhuollossa on käytössä tietyt, tyypillisesti kansainvälisten hoitosuositusten mukaiset uudet lääkkeet, joihin kehitteillä olevan hoidon vaikutuksia verrataan. Jos nämä lääkkeet eivät ole Suomessa osa hoitoa, suomalaisia potilaita ei pystytä ottamaan mukaan lääketutkimukseen.

Kliinisten tutkimusten lisäksi lääkevalikoima vaikuttaa myös terveystietoa hyödyntävien tutkimusten tekemiseen. Suomessa tehdyt investoinnit terveystiedon toisiokäyttöön valuvat hukkaan, jos suomalaisen terveydenhuollon arjessa kerätty terveystieto ei pysy kansainvälisesti relevanttina.

Investoinnit suuntautuvat sinne, missä tuotteille on kysyntää. Sujuva lääkkeiden arviointijärjestelmä, jossa uudet lääkkeet pyritään ottamaan nopeasti käyttöön, viestii kansainvälisille yrityksille, että Suomi haluaa hyödyntää tutkimuksen ja innovaatioiden tuloksia. Uusien lääkkeiden käyttöönotossa on siis kyse sekä potilaiden paremmasta hoidosta että terveysalan investoinneista.

Lääkkeiden hitaalla käyttöönotolla on yhteiskunnallinen hinta

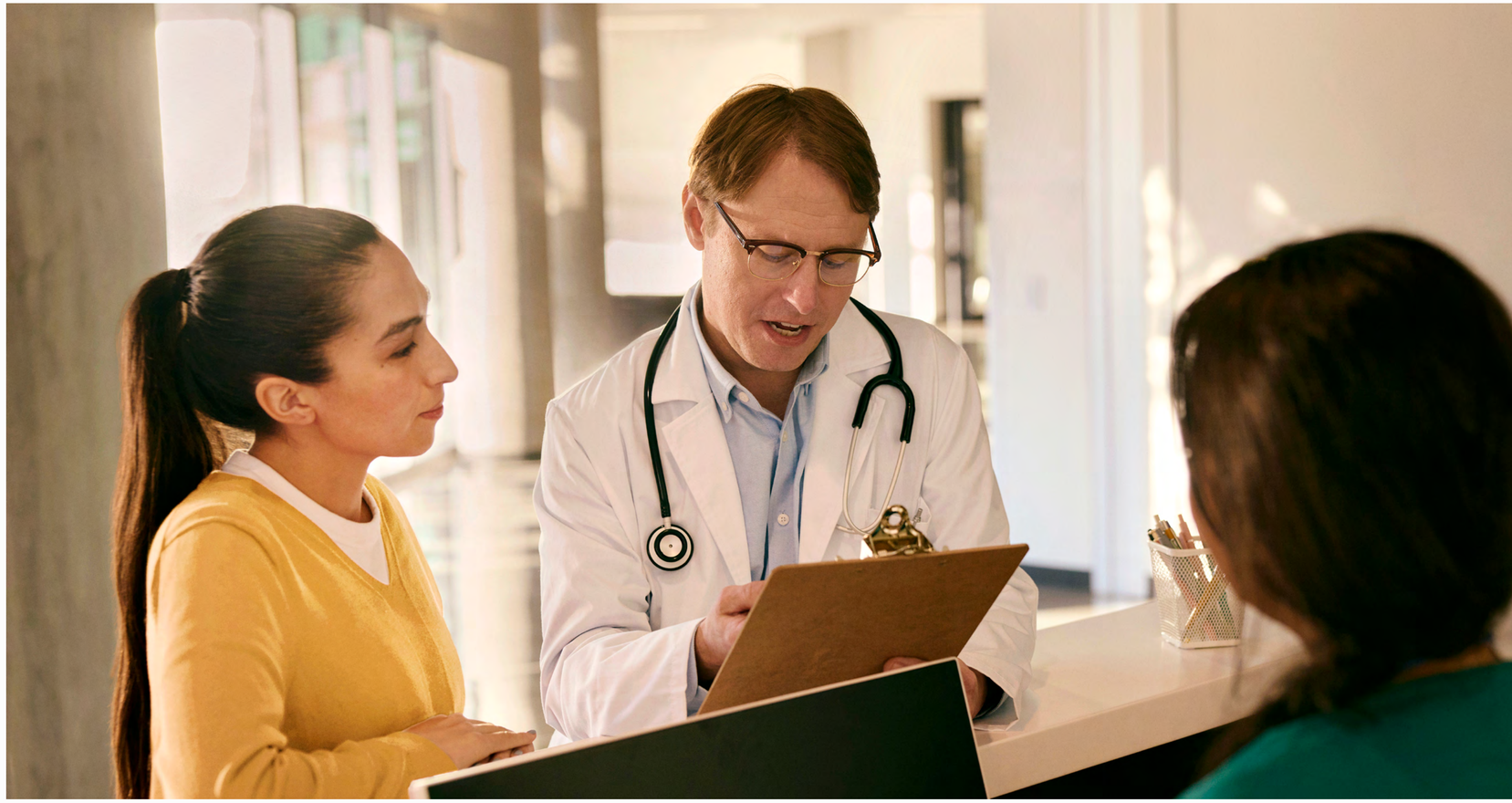
Jokainen uusiin lääkkeisiin käytetty lisäeuro toi yhteiskunnalle keskimäärin 5,7 euron hyödyn. Tähän tulokseen päätyi saksalainen WifOR-tutkimuslaitos Euroopan tutkivan lääketeollisuuden EFPIA:n tilaamassa selvityksessä, joka kattoi 29 Euroopan maata vuosina 2014–2022. Hyöty syntyi, kun ennenaikaiset kuolemat ja sairaalapäivät vähenivät tutkituissa syövissä, aineenvaihdunnan ja ruoansulatuskanavan sairauksissa sekä hengityselinsairauksissa. Mitä laajemmin uudet hoidot otettiin käyttöön, sitä suurempi hyöty oli. Suomessa hyöty oli noin 4,5 euroa per lääkkeisiin investoitu euro.[31]

> **Suomi lähettää kansainvälisille investoijille ristiriitaisen viestin: olemme vahva tutkimusmaa ja haluamme terveysalan tutkimusta ja investointeja, mutta kehitettyjen innovaatioiden hyödyntäminen ja käyttöönotto on hidasta.**

[27] EFPIA, EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey, 2026, 15. [28] KPMG Finland ja Amcham Finland, 2026. [29] EFPIA, EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey, 2026, [30] KPMG Finland ja Amcham Finland, 2026, 6. [31] Müller ym., 2026, IX–X, 38.

Kansanterveyden ja -talouden kytköksestä on vahvaa tutkimuksellista näyttöä. Väestön parempi terveys tukee talouskasvua lisäämällä työkykyä, työvoiman osallistumista ja tuottavuutta.[32] OECD-maita koskeva tutkimus osoittaa, että parempi terveys ja alhaisempi kuolleisuus ovat yhteydessä korkeampaan tuottavuuteen ja suurempaan bruttokansantuotteeseen.[33] Tuoreen tutkimuksen mukaan sairauspoissaolot maksavat Suomelle joka vuosi viisi miljardia euroa menetettynä työpanoksena.[34] Toimiva terveydenhuolto on siten merkittävä kansantaloudellinen kysymys.

Kansantalouden lisäksi parantunut terveys vaikuttaa usein myönteisesti sekä potilaan että hänen läheistensä taloudelliseen tilanteeseen. Toimintakykyisempi ihminen pystyy osallistumaan paremmin työelämään ja voi siten parantaa omaa taloudellista asemaansa. Lisäksi työ- ja toimintakykyä heikentävät sairaudet lisäävät omaishoidon tarvetta ja vaikeuttavat siten paitsi yksilön, myös hänen omaistensa mahdollisuuksia osallistua työelämään.



[32] Jamison ym., Global Health 2035: A World Converging Within a Generation, 2013. [33] Ivankova, Gavurova ja Khouri, Understanding the Relationships Between Health Spending, Treatable Mortality and Economic Productivity in OECD Countries, 2022. [34] Tanskanen, Antti J., Ripatti, Antti ja Rytivaara, Auli. 2026. "Sairauspoissaolojen taloudelliset menetykset Suomessa." Duodecim 142 (12): 1013–1019.

Suomalaiset potilaat joutuvat odottamaan uusia lääkkeitä entistä pidempään

Suomessa uusi lääke tulee potilaiden saataville eurooppalaista keskiarvoa nopeammin, mutta selvästi hitaammin kuin kärkimaissa. EFPIA:n WAIT-vertailun mukaan Suomessa tyypillinen uusi lääke pääsi potilaiden saataville noin 13 kuukaudessa siitä, kun Euroopan lääkevirasto EMA oli todennut lääkkeen tehokkaaksi ja turvalliseksi ja Euroopan komissio oli myöntänyt sille myyntiluvan. Euroopan kärkimaassa Saksassa potilaat saivat lääkkeen jo noin kahdessa kuukaudessa myyntiluvasta (mediaaniaika).[35]

Erityisen huolestuttavaa on kielteinen kehityssuunta. EFPIA:n raporttien mukaan julkisesti rahoitetuksi hyväksyttyjen lääkkeiden osuus on ollut Suomessa viime vuosina laskusuunnassa, ja potilaat ovat joutuneet odottamaan lääkkeitä yhä pidempään.[36]

Myös suomalaisten viranomaisten tuore selvitys antaa viitteitä lääkkeiden käyttöönoton pullonkauloista. Fimean ja Kelan raportin mukaan yhä harvempi sairaalalääke otetaan käyttöön vuoden kuluttua myyntiluvasta ja harvinaisten sairauksien lääkkeitä otetaan käyttöön muita lääkkeitä hitaammin ja vähemmän.[37]

Lääkkeiden hidas käyttöönotto tulee yhteiskunnalle kalliiksi. Kun uusi lääke saadaan hitaammin potilaalle, myös sen tuottama terveys- ja tuottavuushyöty syntyy myöhemmin. Yhteiskunta pääsee hyötymään viiveellä lääkkeistä, jotka voisivat auttaa uudistamaan terveydenhuoltoa esimerkiksi vähentämällä sairaalahoidon tai kotihoivan tarvetta sekä vahvistamaan kansantaloutta tukemalla ihmisten työ- ja toimintakykyä.[38]

Miksi käyttöönotto on hidastunut?

Raporttien tulokset osoittavat tarpeen arvioida syvällisesti, miksi uusien lääkkeiden käyttöönotto on hidastunut ja vähentynyt. Syyt löytyvät todennäköisesti sekä suomalaisesta lääkkeiden arviointi- ja käyttöönottojärjestelmästä että siitä, kuinka houkuttelevana yritykset pitävät Suomen lääkemarkkinaa.

Lääkkeitä ja muita terveydenhuollossa tarjottuja palveluita ja toimenpiteitä on arvioitava huolellisesti. Samalla uudet lääkkeet ja muut ihmisten toimintakykyä parantavat innovaatiot pitäisi saada käyttöön mahdollisimman nopeasti. Näin potilaat ja koko yhteiskunta pääsevät hyötymään lääketieteen ja terveysteknologian kehityksestä mahdollisimman paljon.

Fimean ja Kelan raportissa tunnistetaan, että osa lääkkeistä jäi Suomessa ottamatta käyttöön, koska niille ei ylipäänsä haettu korvattavuutta Suomessa.[39] Kansainväliset lääkeyritykset eivät siis edes aloittaneet Suomessa viranomaisprosessia lääkkeen saamiseksi julkisesti korvattavaksi. Tämä on huolestuttava signaali Suomen lääkemarkkinan houkuttelevuudesta. Lääkepolitiikan uudistuksissa uusien lääkkeiden saatavuus onkin jatkossa nostettava yhdeksi päätavoitteeksi.

Yhteiskunnan valmius investoida vaikuttavien hoitojen käyttöön on potilaiden ja yhteiskunnan etu. Samalla se on keino varmistaa, että yritykset pyrkivät jatkossakin tuomaan uudet hoidot Suomeen ja ovat halukkaita investoimaan tänne.

Ratkaisuja laajempaan ja nopeampaan lääkkeiden käyttöönottoon

Uusien lääkkeiden hitaampi ja vähäisempi käyttöönotto osoittaa tarpeen uudistaa tapaa, jolla uudet lääkkeet Suomessa arvioidaan ja otetaan käyttöön. Lisäksi selvitysten tulokset korostavat tarvetta huolehtia suomalaisen lääkemarkkinan houkuttelevuudesta - siis siitä, että yritykset pyrkivät tuomaan uudet lääkkeet Suomeen mahdollisimman nopeasti niiden saatua Euroopassa myyntiluvan.

Suomessa lääkkeen julkisesta rahoituksesta päätetään eri tavoin riippuen siitä, saako potilas lääkkeen sairaalassa vai ostaako hän sen apteekista. Prosessit ovat erilliset ja niissä on mukana eri viranomaiset. Nyt järjestelmää ollaan uudistamassa. Orpon hallitus on vienyt syksyllä 2026 eduskuntaan lääkkeiden arviointijärjestelmän uudistuksen ensimmäisen vaiheen, joka yhtenäistää sairaala- ja apteekkilääkkeiden arviointia.[40] Hallitus on lisäksi linjannut, että valmistelua jatketaan kohti lääkkeiden kansallista arviointi- ja päätöksentekomallia vuoteen 2029 mennessä.[41] Jotta arviointitoiminnan uudistus saadaan maaliin, myös seuraavan hallituksen on otettava se työpöydälleen.

[35] EFPIA, EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey, 2026, 18. [33] Ivankova, Gavurova ja Khouri, Understanding the Relationships Between Health Spending, Treatable Mortality and Economic Productivity in OECD Countries, 2022. [34] Tanskanen, Antti J., Ripatti, Antti ja Rytivaara, Auli. 2026. "Sairauspoissaolojen taloudelliset menetykset Suomessa." Duodecim 142 (12): 1013–1019. [35] EFPIA, EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey, 2026, 18. [36] EFPIA, EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey, 2026, 58. [37] Kärkkäjärvi ym. 2026, 18-21. [38] Juneja, Mai ja Albu 2024, 40-41. [39] Kärkkäjärvi ym. 2026, 18-19. 4[0] Sosiaali- ja terveysministeriö, Hallituksen esitys eduskunnalle lääkkeiden arviointitoiminnan yhtenäistämistä koskevaksi lainsäädännöksi (hanke STM018:00/2026), 2026. [41] Valtiovarainministeriö, Hallitus käynnistää selvityksen norminpurkuesityksistä, 2025.

Hallitusohjelmaan tulisikin kirjata tavoite siitä, että Suomessa on vain yksi lääkkeitä arvioiva viranomainen, joka neuvottelee lääkkeiden hinnoista ja päättää niiden käyttöönotosta. Uudistus vähentäisi päällekkäistä byrokratiaa ja vahvistaisi viranomaisten arviointiosaamista.

Selkeä keino käyttöönoton nopeuttamiseen olisi siirtyä asteittain kohti välittömän käyttöönoton mallia. Siinä lääke otetaan käyttöön lääkeyrityksen asettamalla hinnalla heti EU-myyntiluvan jälkeen, ja neuvottelut julkisesta rahoituksesta käynnistyvät rinnakkain. Lääkeyritykset sitoutuvat mallissa saattamaan hintaneuvottelut päätökseen sovitussa määräajassa sekä palauttamaan erotuksen, jos lopullinen viranomaisten kanssa neuvoteltu hinta jää alemmaksi kuin yrityksen alun perin vapaasti asettama hinta. Mallin pilotointi tulevalla vaalikaudella esimerkiksi rajatulla lääkeryhmällä profiloisi Suomea eurooppalaisittain kiinnostavana edelläkävijänä lääkkeiden käyttöönotossa.

Jotta potilaille pystytään takaamaan yhdenvertaiset hoidot ja lääkehoidoista voidaan saada suurimmat mahdolliset yhteiskunnalliset hyödyt koko maassa, lääkkeiden arviointijärjestelmän keskittämisen lisäksi myös lääkerahoitus tulee keskittää valtakunnalliselle tasolle. Valtakunnallinen lääkerahoitus takaisi, että julkisesti korvattavaksi hyväksytty lääke on heti saatavilla koko maassa asuinpaikasta riippumatta. Uudistuksen myötä lääkehoitoa voitaisiin nykyistä paremmin ohjata kansallisesti sekä varmistaa, että olosuhteet lääketutkimusten tekemiselle ovat yhtä hyvät kaikilla hyvinvointialueilla. Yhtenäistä valtakunnallista lääkerahoitusta tulisi valmistella samalla kun arviointiuudistus etenee.

Arvioinnin ja rahoituksen rakenteen lisäksi ratkaisevaa on, pysyykö lääkerahoituksen taso hoitojen kehityksen tahdissa. Lääkkeiden osuus terveydenhuollon menoista on Suomessa noin 14 prosenttia, ja osuus on pysynyt vakaana, vaikka lääketiede on kehittynyt, ja osin juuri kehittyneiden hoitojen ansiosta ihmisten elinikä ja elämänlaatu ovat parantuneet.[42] Myös lääkkeiden tukkuhinnat ovat Suomessa Euroopan matalimpien joukossa.[43] Lääkemenot eivät siis ole karanneet käsistä. Vaarana on, että jos lääkerahoitus jää jälkeen, uudet lääkkeet tulevat Suomeen jatkossa entistä hitaammin tai jäävät kokonaan saamatta potilaiden käyttöön. Siksi lääkerahoituksen on voitava kasvaa hallitusti silloin, kun uudet hoidot tuottavat terveyttä ja säästöjä muualla.

Lääkemarkkinan houkuttelevuuden vahvistamiseksi Suomessa tulee myös parantaa entisestään mahdollisuuksia neuvotella luottamuksellisista hinnoista sekä riskinjaosta lääkeyrityksen ja yhteiskunnan välillä. Kun lääkehoidot kehittyvät yhä yksilöllisempään suuntaan ja pienemmille potilasryhmille tarkoitetuiksi, riskinjakosopimukset tarjoavat ratkaisuja erityisesti tilanteisiin, joissa hoitoa on tutkittu vasta pienellä joukolla potilaita tai sen hyödyistä halutaan pidempiaikaista seurantatietoa. Tällöin käyttöönottoon liittyvää epävarmuutta voidaan hallita sopimuksilla, tiedon keräämisellä ja hoidon tulosten seurannalla sen sijaan, että ainoaksi vaihtoehdoksi jää pitkä odotus tai kielteinen päätös. Tällaisten sopimusten käyttöä pitää Suomessa edelleen laajentaa ja kehittää.

Lääkkeiden osuus terveydenhuollon menoista on Suomessa noin 14 prosenttia, ja osuus on pysynyt vakaana. Myös lääkkeiden tukkuhinnat ovat Suomessa Euroopan matalimpien joukossa. Lääkemenot eivät siis ole karanneet käsistä.

Keskeistä on poliittisen tahtotilan määrittäminen: haluaako Suomi olla terveysalan kasvun kärjessä ja varmistaa, että potilaat pääsevät hyötymään myös tulevista lääketieteen edistysaskeleista? Siinä tapauksessa tavoitteeksi tulee asettaa, että suomalainen terveydenhuolto on maailman kärkeä uusien vaikuttavien lääkeinnovaatioiden käyttöönotossa.

[42] Lääketeollisuus ry, Hoitamattomuuden hinta, 2026. [43] Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV). International Price Comparison 2025: An Analysis of Swedish Pharmaceutical Prices in Relation to 19 Other European Countries. 2025.

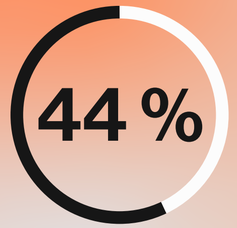
Uuden lääkkeen kehittäminen kestää usein yli vuosikymmenen

Matka tieteellisestä löydöksestä potilaiden käyttöön vaatii vuosien tutkimus- ja kehitystyötä sekä useita viranomaisten arviointeja.



90 % lääketutkimuksista epäonnistuu

- Vain noin joka kymmenes kliinisiin tutkimuksiin edennyt lääkeaihio saa lopulta myyntiluvan.
- Lääkekehitys kestää usein yli 10 vuotta ja vaatii isoja riski-investointeja.



Uuden lääkkeen Kela-korvattavuus tai saatavuus sairaalasta vaatii suomalaisten viranomaisten päätöksiä

- Suomessa potilaiden saataville tulee noin 44 % EU:ssa myyntiluvan saaneista uusista lääkkeistä.
- Käyttöönotto edellyttää kansallisia päätöksiä.
- Reseptilääkkeen määräämisestä päättää lääkäri.

Pitkä tutkimus- ja kehitysinvestointi tuottaa täyden hyödyn vasta, kun potilas saa hoidon käyttöönsä.
Ennakoitava käyttöönotto auttaa tuomaan uusien hoitojen hyödyt potilaille, terveydenhuoltoon ja yhteiskuntaan nopeammin.

4. Rajallisilla euroilla maksimaalinen yhteiskunnallinen hyöty

Valinta jättää uudet hoidot ja innovaatiot hyödyntämättä on päätös, jolla on kustannuksia

Seuraavan hallituksen on tehtävä vaikeita säästöpäätöksiä. Siksi on tärkeää tietää, mikä säästö todella säästää. Jos Suomi ei hyödynnä uusien lääkehoitojen tuomia mahdollisuuksia, kustannukset voivat siirtyä sairaalahoitoon, kotihoitoon, sairauspoissaoloihin ja menetettyyn työpanokseen. Lääkemenoja onkin arvioitava sen mukaan, mitä ne tuottavat, ei vain sen mukaan, mitä ne maksavat.

Reuman hoitojen kehittyminen on esimerkki siitä, miten lääkehoidot voivat vähentää terveydenhuollossa leikkauksiin ja kuntoutukseen käytettyjä resursseja.[47, 48] Vastaavaa kehitystä on nähtävillä myös muissa sairauksissa. Nordic Healthcare Groupin Lääketeollisuus ry:lle tekemän selvityksen mukaan esimerkiksi MS-taudin uudet hoidot ovat hidastaneet palveluntarpeen kasvua. Laskelman mukaan, kun MS-tautiin otettiin käyttöön uusia hoitoja, suomalainen yhteiskunta säästi pelkästään vuonna 2024 arviolta noin 82 miljoonaa euroa.[49]

Tällaiset hyödyt näkyvät vasta ajan myötä, kun potilaiden vointia ja hoitojen vaikutuksia seurataan pitkäjänteisesti. Suomessa vaikuttavuustietoa hyödynnetään kuitenkin vielä liian vähän terveydenhuollon kehittämisessä ja päätöksissä uusien hoitojen käyttöönotosta. Vaikka tietoa kerätään paljon, se jää usein erillisiin selvityksiin sen sijaan, että se muuttaisi reaaliajassa terveydenhuollon arkea.

Suomella on tiedolla johtamiseen poikkeuksellisen hyvät edellytykset laajojen terveystietovarantojensa ansiosta. Samalla tekoälyn nopea kehitys tarjoaa tulevina vuosina täysin uusia mahdollisuuksia tiedon analysointiin, palveluiden kohdentamiseen, vaikuttavimpien toimintatapojen valitsemiseen sekä ennaltaehkäisyyn. Kun väestö ikääntyy ja terveyspalveluiden tarve Suomessa kasvaa, on entistä tärkeämpää tietää, mitkä hoidot ja toimintatavat tuottavat parhaat tulokset.

Esimerkki: Kun reuma lakkasi viemästä liikuntakyvyn

Vielä muutama vuosikymmen sitten nivelreuma oli yksi merkittävimmistä pysyvän vammautumisen syistä Suomessa. Potilaiden nivelvaurioita hoidettiin laajasti kirurgialla, ja vuonna 1951 perustettu Reumasäätiön sairaala oli kansainvälisesti tunnettu reumasairauksien hoidon, kuntoutuksen ja reumaortopedian keskus.[44]

Reuman lääkehoidon kehittyminen muutti tilanteen perusteellisesti. Kun tulehdus opittiin pysäyttämään aiempaa tehokkaammin, nivelvaurioita syntyi vähemmän ja nivelreuman vuoksi tehtyjen tekonivelleikkausten määrä Suomessa väheni yli 40 prosenttia vuosina 1995–2010.[45] Samalla tarve korjaaville leikkauksille, kuntoutukselle ja erikoistuneelle reumaortopedialle väheni merkittävästi.

Lääkehoidon kehittyminen oli iso vaikuttaja siinä, että vuonna 2010 Reumasäätiön sairaala suljettiin.[46]

Reuman hoidon kehittyminen on esimerkki siitä, että terveysalan innovaatiot eivät ainoastaan paranna potilaiden elämänlaatua, vaan voivat myös vähentää raskaiden hoitojen tarvetta, muuttaa koko hoitojärjestelmän rakennetta ja vapauttaa terveydenhuollon resursseja muuhun käyttöön.

[44] Kauppi ym., Beware of the Biologicals – Hospitals May Die: The Rheumatism Foundation Hospital, Heinola, Finland (1951–2010), 2012, 1151–1154. [45] Jämsen ym., The Decline in Joint Replacement Surgery in Rheumatoid Arthritis Is Associated with a Concomitant Increase in the Intensity of Anti-Rheumatic Therapy, 2013, 331–337. [46] Kauppi ym., 2012. [47] Kauppi, Säilä, Belt ja Hakala, Beware of the Biologicals—Hospitals May Die: The Rheumatism Foundation Hospital, Heinola, Finland (1951–2010), 2012. [48] Jämsen ym., The Decline in Joint Replacement Surgery in Rheumatoid Arthritis Is Associated with a Concomitant Increase in the Intensity of Anti-Rheumatic Therapy, 2013, 331–337. [49] Lääketeollisuus ry, Hoitamattomuuden hinta, 2026.

Sitä saa, mitä mittaa

Hyvä hoito ei synny pelkästään siitä, että lääkkeitä on tarjolla. Tarvitaan toimiva terveydenhuolto, oikea-aikaisia diagnooseja, yhdenvertaisia hoitopolkuja sekä kannusteet ottaa uusia hoitoja ja muita innovaatioita käyttöön. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita järjestäviä hyvinvointialueita ei kuitenkaan seurata tai palkita järjestelmällisesti siitä, miten ne onnistuvat parantamaan asukkaidensa terveyttä tai lisäämään terveydenhuollossa tehtävää tutkimus- ja innovaatiotoimintaa.

Hyvinvointialueita ohjataan tällä hetkellä sillä, että niiden budjetit ovat rajalliset sekä laeilla, jotka määräävät esimerkiksi hoitoon pääsystä, hoitajamäärästä ja tarjottavista palveluista.

Valtion rahoitus puolestaan jaetaan ennen kaikkea väestön arvioidun palvelutarpeen perusteella. Palveluntarvetta mitataan diagnoositietoihin perustuen THL:n laskemilla tarvekertoimilla.

Periaate kuuluu: sitä saa, mitä mittaa ja mitä palkitsee. Jos hyvinvointialueita mitataan lähinnä sillä, pysyvätkö ne budjetissa ja hoitavatko lakisääteiset tehtävänsä, alueiden kannattaa tiukan budjetin maailmassa säästää kaikesta muusta. Kun samalla hyvinvointialueiden rahoitus perustuu asukkaiden sairastavuuteen, hyvinvointialueilta puuttuvat lähes kokonaan kannusteet ennaltaehkäisyyn ja hoitotulosten parantamiseen.

Ikääntyvässä Suomessa hyvinvointialueiden ohjaus- ja rahoitusmallin iso riski liittyy siihen, että niitä ei kannusteta riittävästi pitämään väestöä työ- ja toimintakykyisenä.

Siksi hyvinvointialueille tulisi asettaa budjettitavoitteiden rinnalle mitattavia terveystavoitteita ja seurata järjestelmällisesti, miten hoitotulokset kehittyvät eri alueilla. Esimerkkejä tällaisista mittareista ovat asukkaiden toimintakyky, työkyky, ennenaikaiset kuolemat ja aika diagnoosiin tai se, kuinka hyvin keskeisiä kansansairauksia saadaan hoidettua. Samalla hyvinvointialueiden rahoitusmallissa tulisi vahvistaa ennaltaehkäisyyn ja hoitotulosten parantamiseen liittyvää rahoitusosuutta.

Oikein asetetuilla tavoitteilla ja mittareilla alueille syntyy kannuste kehittää hoitokäytäntöjä, ottaa käyttöön vaikuttavia uusia hoitoja ja innovaatioita, kohdentaa palvelut viisaasti ja oppia parhaista käytännöistä yli aluerajojen. Kun terveydenhuollon tulokset nousevat ohjauksen keskiöön, on todennäköistä, että hoitotulokset paranevat ja ihmisten terveys lisääntyy. Tämä puolestaan vahvistaa julkista taloutta.

Jotta malli toimii, tavoitteiden ja kannustimien suunnittelussa on huomioitava väestöryhmien ja alueiden erilaiset lähtökohdat. Ohjauksen tulee edistää parempaa kansanterveyttä kaikkialla Suomessa, ei palkita tai rangaista alueita sellaisista väestörakenteen eroista, joihin ne eivät voi itse vaikuttaa.

> **Hyvinvointialueita ei seurata tai palkita järjestelmällisesti siitä, miten ne onnistuvat parantamaan asukkaidensa terveydentilaa.**

5. Yhteenveto: Suomi tarvitsee kolme päätöstä kasvun ja hyvinvoinnin puolesta

1. Tehdään pitkäjänteistä terveysalan kasvupolitiikkaa

Terveysalan kansainvälinen kasvu voi luoda kasvua myös Suomeen

Seuraavan hallituksen tulee:

- sitoutua hallitusohjelmassa terveysalan kasvun edellytysten parantamiseen
- arvioida kaikkien sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien uudistusten kasvuvaikutukset
- nimetä terveysalan kasvulle selkeä vastuuministeriö ja siirtyä vaalikaudet ylittävään yhteistyömalliin (esimerkiksi Suomi Hub)
- varmistaa FinTrials-toiminta ja palkita hyvinvointialueita tutkimuksesta

2. Otetaan uudet lääkkeet käyttöön laajasti ja nopeasti

Laadukas hoito ei saa jäädä kiinni potilaan asuinpaikasta tai hallinnollisesta prosessista

Seuraavan hallituksen tulee:

- asettaa tavoitteeksi, että vaikuttavat uudet lääkkeet otetaan käyttöön laajasti ja nopeasti terveydenhuollossa
- keskittää sairaala- ja avohoidon lääkkeiden arviointi yhden viranomaisen tehtäväksi
- käynnistää valmistelu lääkkeiden rahoituksen keskittämiseksi yhdelle valtakunnalliselle toimijalle
- mitoittaa lääkerahoitus niin, että vaikuttavat uudet lääkkeet saadaan käyttöön myös jatkossa
- laajentaa luottamuksellisten hintasopimusten ja riskinjaon mallien käyttöä tilanteissa, joissa se nopeuttaa lääkkeen käyttöönottoa
- pilotoida välittömän käyttöönoton mallia, jossa valitut lääkkeet saadaan potilaille heti EU-myyntiluvan jälkeen samalla, kun kansallinen korvattavuuden arviointiprosessi käynnistyy

3. Luodaan terveydenhuoltoon kannusteet hoitotulosten parantamiseen ja innovaatioiden hyödyntämiseen

Mitä mitataan, sitä voidaan kehittää

Seuraavan hallituksen tulee:

- seurata järjestelmällisesti hoitotuloksia, toimintakykyä ja potilaiden kokemaa hyötyä
- asettaa kansalliset terveystavoitteet keskeisille sairauksille ja päättää mittarit, joilla alueiden tuloksia voi vertailla
- sitoa osa hyvinvointialueiden rahoituksesta asetettujen terveystavoitteiden saavuttamiseen
- varmistaa, että hyvinvointialueet oppivat toisiltaan ja parhaat käytännöt leviävät

Lähteet

Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV). 2025. International Price Comparison 2025: An Analysis of Swedish Pharmaceutical Prices in Relation to 19 Other European Countries. Stockholm: Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV). https://www.tlv.se/download/18.7da0ebe919bd8d1ee904a4de/1769772234825/international_price_comparison_2025.pdf

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). 2026. 10 Actions for Competitiveness, Growth and Security. Brussels: EFPIA.

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). 2026. EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey. Brussels: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. https://www.efpia.eu/media/mnfdwzax/efpia-patients-wait-indicator-2025.pdf

ESiOR Oy ja Lääketeollisuus ry. 2024. Lääketutkimuksen arvo yhteiskunnalle: Loppuraportti 11.6.2024. Kuopio: ESiOR Oy.

ESiOR Oy. 2025. Kliinisen lääketutkimuksen suunta Suomessa: Loppuraportti 17.9.2025. Helsinki: Lääketeollisuus ry. https://www.laaketeollisuus.fi/media/julkaisut/esitteita-ja-raportteja/esior-kliinisen-laaketutkimuksen-suunta-suomessa-loppuraportti-17.9.2025.pdf

Helsingin yliopisto. 2024. “Suomen ensimmäinen yksilöllisen syöpälääketieteen professuuri perustetaan Helsingin yliopistoon ja HUSiin.” Uutinen. Viitattu 25.8.2026. https://www.helsinki.fi/fi/uutiset/lahjoittaminen/suomen-ensimmainen-yksilollisen-syopalaaketieteen-professuuri-perustetaan-helsingin-yliopistoon-ja-husiin.

Ivankova, Viera, Gavurova, Beata ja Khouri, Samer. 2022. “Understanding the Relationships Between Health Spending, Treatable Mortality and Economic Productivity in OECD Countries.” Frontiers in Public Health 10. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1040972.

Jamison, Dean T., Summers, Lawrence H., Alleyne, George, Arrow, Kenneth J., Berkley, Seth, Binagwaho, Agnes, Bustreo, Flavia, ym. 2013. “Global Health 2035: A World Converging Within a Generation.” The Lancet 382 (9908): 1898–1955.

Juneja, Mani, Lukas Mai ja Nora Albu. 2024. The Economic Impact of the Global Pharmaceutical Industry. Darmstadt: WifOR Institute.

Jämsen, Esa, Virta, Lauri J., Hakala, Markku, Kauppi, Markku J., Malmivaara, Antti ja Lehto, Matti U.K., 2013. “The Decline in Joint Replacement Surgery in Rheumatoid Arthritis Is Associated with a Concomitant Increase in the Intensity of Anti-Rheumatic Therapy: A Nationwide Register-Based Study from 1995 through 2010.” Acta Orthopaedica 84 (4): 331–337. https://doi.org/10.3109/17453674.2013.810519.

Kauppi, Markku J., Säilä, Hanna, Belt, Eero A., ja Hakala, Markku. 2012. “Beware of the Biologicals—Hospitals May Die: The Rheumatism Foundation Hospital, Heinola, Finland (1951–2010).” Clinical Rheumatology 31 (8). https://doi.org/10.1007/s10067-012-2001-9.

KPMG Finland ja Amcham Finland. 2026. The Future of the Life Sciences & Health Sector in Finland: Results of the 2026 International Life Sciences & Health Business Climate Benchmark. Helsinki: KPMG Finland ja Amcham Finland. https://amcham.fi/wp-content/uploads/2026/09/The-future-of-the-Life-Sciences-Health-sector-in-Finland-2026-KPMG-study-3.pdf

Kuosmanen, Natalia, Lähdemäki, Sakari, Pajarinen, Mika ja Rouvinen, Petri. 2026. Suomen lääkeala: Rakenne, kehitys ja taloudellinen merkitys. Helsinki: Elinkeinoelämän tutkimuslaitos (ETLA). ISSN 2323-2447, 2323-2455 (Pdf) .

Kärkkäjärvi, Onni, Kurko, Terhi, Saastamoinen, Leena, Rannanheimo, Piia, ja Koskinen, Hanna. 2026. Kuinka nopeasti ja kattavasti uudet lääkehoidot tulevat Suomessa käyttöön? Selvitys vuosina 2015–2024 EMAn myyntiluvan saaneista lääkkeistä. Raportteja 15/2026. Kela. ISBN 978-952-284-243-5.

Lääketeollisuus ry. 2026. Hoitamattomuuden hinta. Helsinki: Lääketeollisuus ry. https://www.laaketeollisuus.fi/media/julkaisut/esitteita-ja-raportteja/hoitamattomuuden-hinta-2026.pdf

Lääketeollisuus ry. 2025. Lääketeollisuuden arvolupaus. Viitattu 12.10.2026. https://www.laaketeollisuus.fi/media/julkaisut/esitteita-ja-raportteja/laaketeollisuuden-arvolupaus-032025-id-144836.pdf

Müller, Malina, Atitallah, Adnan, Liaqat, Hamza ja Lichtenberg, Frank R. 2026. How Innovation Drives Health and Growth in Europe: Assessing the Return on Investment of Innovative Medicines. Darmstadt: WifOR Institute. Tutkimusraportti, kesäkuu 2026. Toteutettu European Federation of Pharmaceutical Industries and Associationsin (EFPIA) toimeksiannosta.

Niemistö, Leena, ja Lauri Salmivalli. 2026. Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelma: Suomi-Hub – Kasvua ja kilpailukykyä Suomelle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2026:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Nindl, E., L. Napolitano, H. Confraria, F. Rentocchini, P. Fáko, E. Ince, A. Georgakaki, J. Gavigan, and A. Tübke. 2025. The 2025 EU Industrial R&D Investment Scoreboard. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto. JRC144638. https://data.europa.eu/doi/10.2760/7802619.

Novartis Finland. 2026. “Suomalaistutkimus osoittaa: tehostettu sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hoito voi alentaa hoitokustannuksia merkittävästi.” Tiedote. Viitattu 25.8.2026. https://www.novartis.com/fi-fi/news/media-releases/suomalaistutkimus-osoittaa-tehostettu-sepelvaltimotaudin-riskitekijoiden-hoito-voi-alentaa-hoitokustannuksia-merkittavasti.

Salmivalli, Lauri, Ahlamaa, Jaana, Tuompo, Werneri, Lehto, Petri ja Honkala, Emma. 2025. FinTrials – Kliinisten lääketutkimusten kansallinen toimintamalli. Helsinki: Sitra.

Sillanaukee, Päivi ja Laukka, Elina. 2024. Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelman toimeenpanosuunnitelma. Esitys Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelman kesäjuhlassa 19.6.2024. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Nordic Healthcare Group (NHG).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2026. Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.10.2026. https://stm.fi/terveys-ja-hyvinvointialan-kasvuohjelma

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2025. Lääkkeiden arviointiprosessien ja -kriteereiden lähentäminen: Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:34. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5841-8.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2026. “Hallituksen esitys eduskunnalle lääkkeiden arviointitoiminnan yhtenäistämistä koskevaksi lainsäädännöksi.” Hanke STM018:00/2026.

Tanskanen, Antti J., Ripatti, Antti ja Rytivaara, Auli. 2026. “Sairauspoissaolojen taloudelliset menetykset Suomessa.” Duodecim 142 (12): 1013–1019.

Teknologiateollisuus ry. 2026. Terveysteknologian vientitilastot.. https://teknologiateollisuus.fi/healthtech/terveysteknologia-osana-terveysalaa/vientitilastot/

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2014. Terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kasvustrategia. TEM raportteja 12/2014. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-227-885-2.

Valtioneuvosto. 2020. Kestävää kasvua ja hyvinvointia. Tiekartta 2020–2023: Terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kasvustrategia. Valtioneuvoston julkaisuja 2020:33. Helsinki: Valtioneuvosto. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-520-7.

Valtiovarainministeriö. 2025. Hallitus käynnistää selvityksen norminpurkuesityksistä. Helsinki: Valtiovarainministeriö. Viitattu 20.10.2026. https://vm.fi/documents/194055633/200124281Liite+4+-Hallitus+k%C3%A4ynnist%C3%A4%C3%A4+selvityksen+norminpurkuesityksist%C3%A4.pdf/297270e5-b5c4-7c31-43af-03b142ed62f1?t=1776889679895

Liite 1: Nykyinen ja ehdotettu lääkkeiden arviointijärjestelmä

Lääkkeiden arviointi Suomessa 2026

Lääkkeiden arviointi, käyttöönotto ja maksaja riippuvat Suomessa siitä, onko kyseessä potilaan apteekista hankkima reseptilääke vai osana sairaalahoitoa annettava lääkehoito.

Avohoidon reseptilääkkeiden hoidollisen arvon arvioi ja hinnasta neuvottelee Lääkkeiden hintalautakunta (Hila). Prosessi lähtee liikkeelle lääkeyrityksen hakemuksesta ja sille on määritelty selkeät aikarajat. Vastuu avohoidon lääkkeiden rahoituksesta jakautuu valtion, sairasvakuutuksen ja potilaiden kesken.[50]

Sairaaloissa käytettävät lääkkeet arvioidaan erillisessä prosessissa. Niiden hoidollisen ja taloudellisen arvon arvioi lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Käyttöönottosuosituksen antaa Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palko. Jos Palkon suositus on myönteinen, sairaalalääkkeiden hinnoista neuvottelee hyvinvointialueiden puolesta tavallisesti HUS Apteekki. Sairaalalääkkeet maksavat valtion rahoittamat hyvinvointialueet sekä potilaat osana asiakasmaksuja.[51]

Kuva nykyisestä arviointiprosessista löytyy sivulta 18.

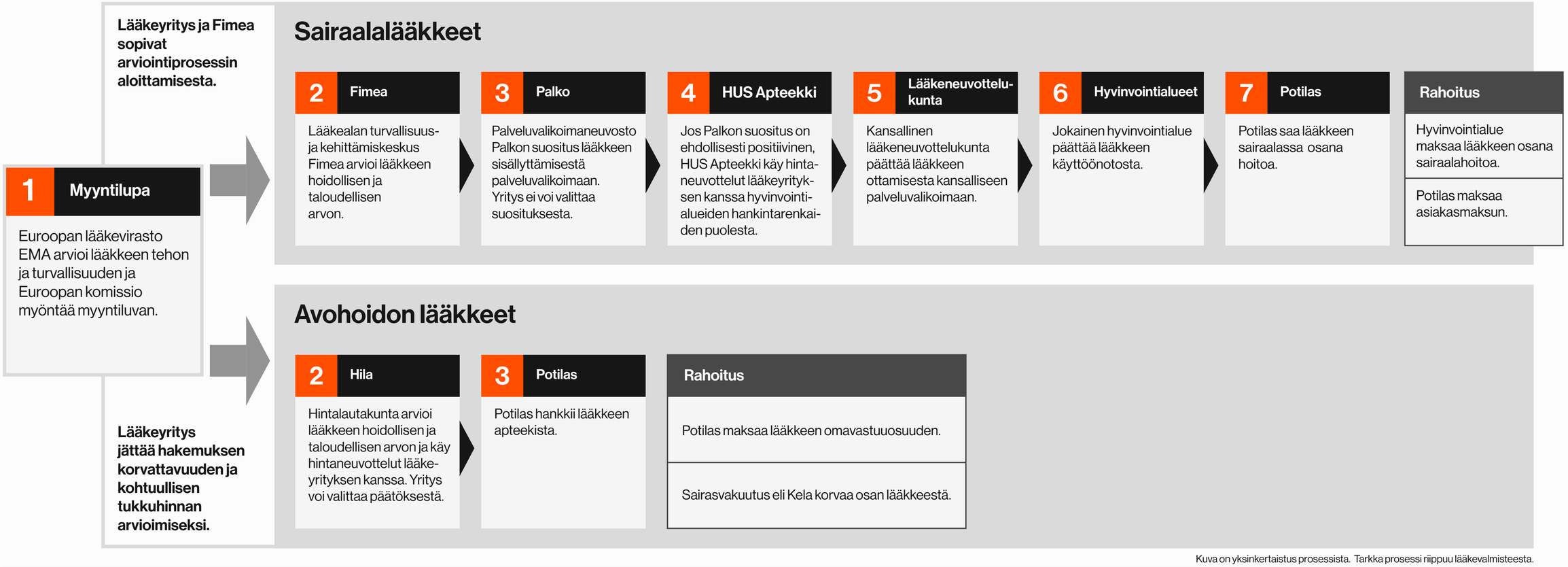
Lääkkeiden arviointi yhden viranomaisen toimesta

Jos lääkkeiden arviointi ja rahoitus keskitetään, lääkkeiden arviointiprosessi tai maksaja ei enää riipu lääkkeen annostelumuodosta. Arviointiosaaminen vahvistuu, kun toiminta keskitetään yhden viranomaisen tehtäväksi. Rahoituksen keskittäminen puolestaan vahvistaa mahdollisuutta ohjata lääkkeiden käyttöä kansallisesti ja varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus asuinpaikasta riippumatta. Jatkovalmistelussa tulee ratkaista, minkä viranomaisen tehtäväksi arviointi ja rahoitus tulee ja miten lääkekorvaukset käytännössä kulkevat sairaaloiden ja kansallisen rahoituksesta vastaavan toimijan välillä.

Kuva ehdotetusta arviointiprosessista löytyy sivulta 19.

[50] Sosiaali- ja terveysministeriö, Lääkkeiden arviointiprosessien ja -kriteereiden lähentäminen: Työryhmän raportti, 2025, 10-18. [51] Sosiaali- ja terveysministeriö, Lääkkeiden arviointiprosessien ja -kriteereiden lähentäminen: Työryhmän raportti, 2025, 10-18.

Nykyinen hajautunut lääkkeiden arviointiprosessi

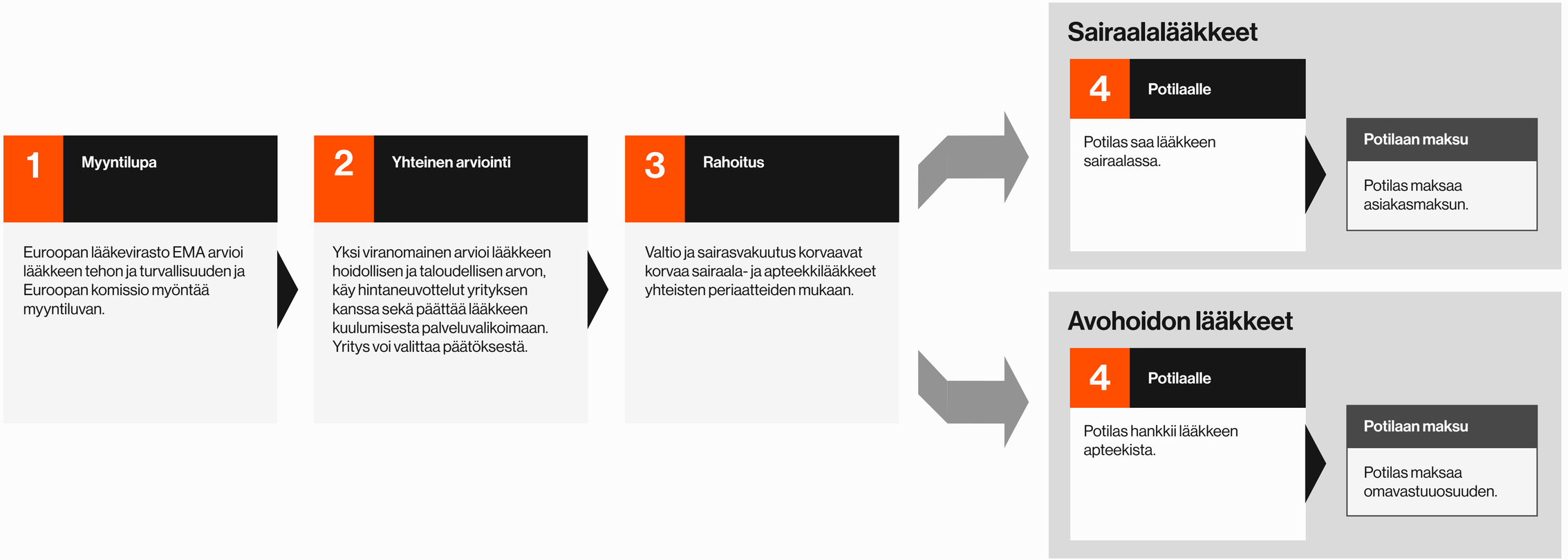


Kuva on yksinkertaistus prosessista. Tarkka prosessi riippuu lääkevalmisteesta.

Nykyisen arviointijärjestelmän haasteet: Arviointiosaaminen hajautunut eri viranomaisile, potilaan saama lääkehoito voi riippua asuinpaikasta, sairaalalääkkeiden arviointi vaikeasti ennustettavaa

Tavoite: yhtenäinen lääkkeiden käyttöönottoprosessi

Lääkkeiden arvioinnin ja rahoituksen keskittäminen lisäävät lääkkeiden käyttöönoton ennakoitavuutta ja takaavat potilaiden yhdenvertaisuuden asuinpaikasta riippumatta.



Kuva on yksinkertaistus ehdotetusta mallista. Tarkemmat yksityiskohdat tulee täsmentää jatkovalmisteluissa.

Ehdotetun mallin hyödyt: Vahvempi viranomaisen arviointiosaaminen, sujuva ja ennakoitava prosessi, yhdenvertainen lääkkeiden käyttöönotto