

# SUOMEN DIABETESLIITTO RY

Sosiaali- ja terveysministeriö  
Vakuutusosasto

Viite: Lääkekorvaustyöryhmän kokous **12.1.2012**. Kokouksessa on järjestöjä pyydetty esittämään näkemyksiä ja ehdotuksia liittyen työryhmän asettamispäätöksen kohdassa 1 mainitun säästötehtävän toteuttamisvaihtoehtoihin

**Diabetesliitto katsoo, että säästöt tulee tehdä noudattaen jo vahvistettuja linjauksia. Näitä ovat hallitusohjelma sekä Lääkepolitiikka 2020 –työryhmän tavoitteet . On oleellista turvata väestön hyvinvointi ja työkykyisyys. Diabeteksen ja muiden suurten kansansairauksien kohdalla väline tähän on terveydenhuoltolain mukainen hoitosuunnitelma. Säästöjä ei tule toteuttaa pääasiassa potilaiden maksurasitusta kasvattamalla.**

## 1 Hallitusohjelma

Hallituksen toimintaa ja kaikkea päätöksentekoa yhdistää kolme keskeistä painopistealuetta. Yksi on köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen. Hallitus lupaa kaventaa terveyseroja ja panostaa terveydellisten ongelmien ennaltaehkäisyyn.

Hallitus on ohjelmassa sitoutunut uudistamaan lääkekorvausjärjestelmää siten, että korvauksista hyötyvät erityisesti paljon lääkkeitä käyttävät henkilöt. Samassa yhteydessä hallitus on luvannut varmistaa, etteivät kustannukset muodostu pienituloisille esteeksi tarpeellisen lääkehoidon saamiselle. Lakisääteisen sairausvakuutuksen lääkekorvausmenoja vähennetään siten, että säästö valtiontalouteen on 113 milj. euroa vuoteen 2015 mennessä.<sup>1</sup>

Lisäksi hallitus on sitoutunut jatkamaan asiakasmaksujärjestelmän kehittämistä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon maksut eivät muodostuisi palvelujen käytön esteeksi. Maksukatkoja yhdistetään ja uudistetaan. Tavoitteena on yhdistää kunnallisen terveydenhuollon ja lakisääteisen sairausvakuutuksen lääkekustannusten yhteinen maksukatko.

Hallitusohjelmaan on kirjattu sekä lääkekorvausjärjestelmän uudistaminen että valtiontalouden säästöt vähentämällä lääkekorvausmenoja. Miten työryhmä on ajatellut näiden keskinäisen suhteen?

Lääkekorvausjärjestelmän osia on viimeisen 10 vuoden ajan uudistettu kolmesti. Perusteena ovat olleet taloudelliset säästöt. Diabetesliiton näkemys on, että tällaisista **yksinomaan taloudelliseen säästöön perustuvista toistuvista osauudistuksista tulee luopua**. Hyväksyttävä peruste pienentää potilaan lääkekustannuksia on hoidollinen: tarpeettoman tai päällekkäisen lääkityksen karsiminen rationaalisesti ja turvallisesti.

**Säästöjä ei tule pohtia irrallisena järjestelmän kokonaisuudistuksesta.** Tutkittavaksi tulee ottaa kustannusperusteinen malli. Tässä mallissa korvauksia ei myönnetä diagnoosin vaan portaittain kertyneiden kustannusten perusteella. Mallin ääripäissä vähän lääkkeitä tarvitsevat henkilöt vastaavat lääkekustannuksistaan itse ja paljon lääkkeitä tarvitseville ne ovat maksuttomia.

---

<sup>1</sup> Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 17.6.2011

Väliportaiden samoin kuin maksuttomuuden raja tulee asettaa kohtuulliseksi. Tämä malli tulee valmistella suhteessa maksukattojen yhdistämiseen.

Kohtuulliset rajat tarkoittavat sitä, että lääkekorvausjärjestelmän tulee olla osa universaaleja (kaikki kansalaiset kattavia) sosiaali- ja terveystalouksia.

## 2 Lääkepolitiikka 2020

Lääkepolitiikka 2020<sup>2</sup> on asiakirja, jossa sosiaali- ja terveysalan viranomaiset ja toimijat linjaavat yhteisiä lääkepoliittisia näkemyksiään kymmenelle tulevalle vuodelle. Pää tavoitteisiin kuuluvat:

1. Lääkehoito on osa sosiaali- ja terveystalouksien järjestelmää
2. Lääkehoito on laadukasta, vaikuttavaa ja kustannustehokasta
3. Rationaalinen lääkehoito ja hyvä lääkitysturvallisuus lisäävät väestön hyvinvointia, parantavat kansanterveyttä ja vähentävät terveydenhuollon kustannuksia.

Diabetesliiton mielestä säästöjä harkittaessa nämä näkökulmat tulee säilyttää.

Työryhmä on katsonut viitehintajärjestelmä olevan tehokas keino pitkään käytössä olleiden lääkkeiden kustannusten hillitsijänä ja hintakilpailun lisääjänä ja ehdottaa järjestelmän kehittämistä kehitettävä toimivammaksi ottaen huomioon siitä saadut kokemukset eri toimijoiden sekä potilaiden kannalta.

Viitehintajärjestelmän aiheuttaman hintakilpailun avulla lääkekorvausmenot ovat kääntyneet laskuun. Diabetesliiton mielestä viitehintajärjestelmän toimivuutta ja potilasturvallisuutta tulee pitkäjänteisesti seurata. **Potilasturvallisuuden vaarantumisen vuoksi viitehintajärjestelmän nykyistä geneeristä pohjaa ei tule muuttaa esimerkiksi terapeuttiseen viitehintamalliin.**

## 3 Diabetesliiton ehdotukset

### 3.1 Lääkekorvaukset on nähtävä osana terveydenhuollon kokonaiskustannuksia

Diabetesliitto on ollut valtakunnallinen edelläkävijä mm. tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä elintapa- ja ruokavaliomuutoksia painottavalla ohjelmalla (DEHKO 2000-2010). Silti diabetes on lääkkeillä hoidettava sairaus: liikunta ja ruokavalio eivät yksinään ehkäise tai hoida kaikkien tyypin 2 diabetesta.

Pitkäaikaissairauksia kannattaa hoitaa hyvin. **Rationaalinen lääkehoito on investointi kansanterveyteen ja pienentää terveydenhuollon kokonaiskustannuksia.** Puutteellisesti hoidettuun diabetekseen liittyy työkykyä heikentäviä ja vammauttavia lisäsairauksia (silmä-, munuais-, hermo-, jalka- sekä sydän- ja verisuonisairauksia).

Diabeetikoiden **sairaanhoidon kokonaiskustannukset olivat 714 milj. € vuonna 1998 ja vuoteen 2007 mennessä ne kasvoivat 1 304 milj. euroon. Keskimääräinen kasvu oli 6,2 % vuodessa.** Diabeetikoiden sairaanhoidon kokonaiskustannuksilla tarkoitetaan kaikkia diabetesta sairastavan sairaanhoitoon kuuluvia kustannuksia, myös niitä, jotka eivät liity mitenkään diabeteksen hoitoon.

Diabeteksen kustannuksia kuvataan paremmin diabeteksen aiheuttamilla lisäkustannuksilla. Näillä tarkoitetaan diabeteksen hoidon kustannuksia ja diabeteksen myötä tulleiden muiden sairauksien kustannuksia, mutta myös muiden sairauksien kustannuksia, kun hoidosta koituu ylimääräisiä kustannuksia diabeteksen vuoksi. Diabeteksen aiheuttamat **lisäkustannukset olivat vuonna 1998 482 milj € ja vuonna 2007 833 milj. €. Keskimääräinen kasvu oli 5,6 % vuodessa.**

---

<sup>2</sup> Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2.

Sairaalahoidot ja terveyskeskusten hoidot aiheuttivat jokseenkin yhtä suuret kustannukset, kummatkin noin kolmanneksen lisäkustannuksista. Lääkkeet olivat toiseksi suurin kustannuserä, 29 %. Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon vuodeosastokustannusten osuus oli yhtä suuri, 23 %. Hoitovälineiden osuus diabeteksen aiheuttamista lisäkustannuksista oli 5 %.<sup>[3]</sup>

Lisäsairaudet nostavat kustannuksia. Diabeteksestä aiheutuvat **lisäkustannukset** diabeetikkoa kohti olivat lisäsairauksia saaneilla keskimäärin 3,7 -kertaiset niiltä välttyneisiin diabeetikoihin verrattuna. **Tyyppin 1 diabeetikoilla ne olivat kuusinkertaiset ja tyyppin 2 diabeetikoilla 4,5 - kertaiset lisäsairauksilta välttyneisiin diabeetikoihin verrattuna.**

Diabeteksen aiheuttamat tuottavuuskustannukset eli sairauspoissaolokustannukset ja ennenaikaisen eläköitymisen aiheuttamat kustannukset ovat kokonaisuutena yhtä suuret kuin sairaanhoidon kustannuksetkin.

16–58-vuotiaiden **diabeetikkojen tuottavuuskustannukset vuonna 2007 olivat 1 333,2 miljoonaa euroa**, kun tuotannon menetys laskettiin kertomalla tämän ikäluokan saamatta jäänyt potentiaalinen työpanos sukupuolittaisella keskipalkalla ja lisäämällä siihen maksetut sairauspäivärahat.

72 % tuottavuuskustannuksista oli 16–58-vuotiaiden diabeetikoiden **ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymisen vuoksi syntyneitä tuotannon menetyksiä (961,9 miljoonaa euroa).**

**Sairauspoissaolojen osuus oli 4,1 % (54,8 miljoonaa euroa).**

Neljännes (24 %) tuottavuuskustannuksista oli **ennenaikaisten kuolemien vuoksi syntyneitä tuotannonmenetyksiä (316,5 miljoonaa euroa).**

Pitkäaikaissairauksien hyvän hoidon merkitys näkyy siinä trendissä, että **niin diabeetikoiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset kuin diabeteksen aiheuttamat lisäkustannuksetkin ovat laskeneet diabeetikkoa kohden vuodesta 2005 alkaen. Tätä kehitystä ei tule vaarantaa.**

### **3.3 Lääkehoidon tulee perustua potilaan hoitosuunnitelmaan**

Lääkepolitiikka 2020-työryhmä halusi lisätä potilaan ja asiakkaan omaa roolia erityisesti pitkäaikaissairauksien ja helposti itse hoidettavien oireiden hoidossa.

Potilaslaissa<sup>3</sup> ja terveydenhuoltolaissa<sup>4</sup> mainittu hoitosuunnitelma on väline hahmottamaan potilaan kokonaistilanteen vaatima apu ja tuki, se voi auttaa potilasta sitoutumaan paremmin omaan hoitoonsa sekä tukea häntä ottamaan vastuuta sairautensa hoidosta. Lääkehoito kirjataan hoitosuunnitelmaan osana potilaan hoitoa.

Samassa hoitosuunnitelmassa kuvataan kaikkia potilaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat jolloin tulee mahdolliseksi arvioida ja järjestää potilaan hoitoa kokonaisuutena. Hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Se on osa potilasasiakirjaa, ja sen laatimisesta ja ylläpidosta vastaa potilasta hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö.

Lääkehoidot eivät aina toteudu ohjeiden mukaisesti. Lääkkeiden epätarkoituksenmukainen tai virheellinen käyttö voivat heikentää lääkehoidon tuloksia, aiheuttaa merkittäviä terveyshaittoja sekä lisätä terveyspalvelujen käyttöä ja kustannuksia. **Hoitosuunnitelmaan perustuvan kokonaisnäkömyksen avulla lääkäri voi rationaalisesti ja turvallisesti karsia potilaan**

<sup>3</sup> Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on edellyttänyt tutkimus- ja hoitosuunnitelman tekemistä (17.9.2004/857 4 a §)

<sup>4</sup> Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 24§

**mahdollista päällekkäistä tai muuta tarpeetonta lääkitystä.** THL on valmistellut valtakunnallisen potilastietojärjestelmien kanssa yhteensopivan terveys- ja hoitosuunnitelma-ohjelman.

Lääkehoidon tavoitteiden saavuttamista voidaan edistää myös potilaskohtaisen lääkehoitosuunnitelman, lääkekortin, lääkehoidon kokonaisarvioinnin tai annosjakelun avulla.

#### **4 Potilaiden maksurasitusta ei tule kasvattaa**

Hallitusohjelman mukaan lakisääteisen sairausvakuutuksen matkakustannusten korvausten matkakohtainen omavastuu tullaan korottamaan nykyisestä 9,25 eurosta 14,25 euroon. Pitkäaikaissairaat ovat säännöllisen lääkityksen lisäksi riippuvaisia monista eri terveydenhuollon palveluista ja matkoista hoitoon. Näistä kaikista aiheutuu toistuvasti ja vuosittain kuluja. Palveluita jätetään myös käyttämättä niiden kalleuden vuoksi.

Suomalaisen sosiaaliturvan tasoa on heikennetty 1990-luvulta lähtien siten, että se on nykyisin yhtä vaatimaton kuin 1970-luvulla. Pienituloisten kotitalouksien asema on heikentynyt kahden viimeisen vuosikymmenen aikana sekä suhteellisesti että absoluuttisesti mitattuna. Syynä ovat olleet sosiaaliturvan leikkaukset ja tulonsiirtojen vaatimaton kehitys ansiotuloihin verrattuna. Toimeentulotuen perusosa on jäänyt jälkeen yleisestä palkkakehityksestä ja vuoden alun uudistuksesta huolimatta toimeentulotuen reaalin ostovoima on laskenut.

Samaan aikaan kun yleinen tulotaso on Suomessa noussut, on lapsiperheiden köyhyys moninkertaistunut. Vuodesta 1995 vuoteen 2007 köyhissä perheissä elävien lasten määrä on kasvanut lähes kolminkertaiseksi.<sup>5</sup>

**Lääkekorvaussäästöjen kärki tulee kohdistaa muihin lääkealan toimijoihin kuin lääkkeitä tarvitseviin pitkäaikaissairaisiin.**

Tampereella 5.1.2012

Jorma Huttunen  
toimitusjohtaja  
Suomen Diabetesliitto ry

Pirjo Ilanne-Parikka  
ylilääkäri  
Suomen Diabetesliitto ry

Riitta Vuorisalo  
sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntija  
Suomen Diabetesliitto ry

---

<sup>5</sup> Lammi-Taskula, Johanna; Karvonen, Sakari & Ahlström, Salme (toim.) (2009) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.