

Sosiaali- ja terveystieteiden ministerityöryhmälle

5.3.2012

EAPN -Finin kannanotto STM:n Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän väliraporttiin:

Lääkkeiden Kela -korvausten 7 prosentin vähennyksistä on luovuttava!

Lääkekorvausjärjestelmän kokonaisuudistus on tarpeen toteuttaa. Nyt sosiaali- ja terveysministeriö on aloittanut uudistustyön lakisääteisen sairausvakuutuksen lääkekorvausmenojen vähentämisestä, tavoitteena säästää valtiontalouteen 113 miljoonaa euroa vuositasona.

Kehittämistyötä valmistelevan työryhmän väliraportin (STM raportteja ja muistioita 2012:6) johdosta EAPN-Fin toteaa, että vastustamme väliraportin ehdotuksia lääkkeiden peruskorvausten sekä alempien erityiskorvausten 7 prosentin alentamisesta, koska Kela-korvaustasojen vähentäminen nostaa pitkäaikaissairaiden korkeita asiakasmaksuja entisestään ja kasvattaa väestöryhmien terveyseroja.

Lääkemääräykset ovat olennainen ja välttämätön osa pitkäaikaishoidon hoitoa. Jokaisella potilaalla tulee olla oikeus Käypä hoito -suositusten ja vakiintuneiden hoitokäytäntöjen mukaiseen hoitoon.

Suomessa reseptilääkkeiden tukkuhinnat ovat eurooppalaista keskitasoa ja pohjoismaisittain kaikkein edullisimmat, mutta **Suomessa potilaiden omavastuuosuudet ovat keskitasoa korkeammat.** Väliraportissa todetaan, että lääkekorvausten saajista noin 75 % on erilaisten etuuksien saajia, ja palkansaajia on vähemmistö. Osa vähävaraisista maksaa jopa katastrofaalisia asiakasmaksuja, jolloin asiakasmaksut ovat yli 40 % kotitalouden maksukyvyistä (Chess). Vähävaraisten pitkä-aikaissairaiden on erityisen vaikea ostaa huomattavan kalliita lääkkeitään kuten biologisia reuma-lääkkeitä, koska vuotuinen omavastuu täyttyy heti vuoden ensimmäisellä ostokerralla. Potilas ei hae lääkeostoihinsa aina toimeentulotukea; tukia jää hakematta kaikkiaan noin 240.000 toimeentulo-tukeen oikeutetulta kotitaloudelta. Terveyserot kasvavat, koska vähävaraisimmat jättävät lääkkeitään ostamatta (Kruunari).

Omavastuiden nostaminen vähentää lääkkeiden käyttöä (Martikainen, s. 31). Lääkkeiden käyttämättä jättämisestä aiheutuu monia muita kustannuksia yhteiskunnalle. Esimerkiksi nivelreumalääkkeiden alikäyttö, tehokkaiden Reko-yhdistelmä-lääkkeiden sekä biologisten reumalääkkeiden käytön aloittamisen viivästyminen johtaa työssäkäyvien kohdalla sairauspoissaoloihin ja jopa työkyvyttömyyseläkkeisiin, joiden keskimääräinen vuosihinta on 30.000 euroa (Puolakka). **Elintärkeiden lääkkeiden käyttämättä jättäminen ja alikäyttö lisäävät jo lyhyellä aikavälillä nopeasti kunnan kotipalvelujen, vammaispalvelujen (kuljetuspalvelut, palveluasuminen, henkilökohtainen apu), omaishoidon ja lopulta laitospalvelujen tarvetta; lisäksi päivystyskäyntien tarve lisääntyy.** Kokonaiskustannukset lisääntyvät samalla tavoin myös vähävaraisilla astmapotilailla, jotka jättävät kalliimmat hoitavat lääkkeensä ostamatta ja ostavat vain tarvittaessa otettavia oireenmukaisia ja halvempia lääkkeitä.

Osa vuotuisen lääkekaton ylittäneistä jättää lisäkorvauksen hakematta Kelasta. Vuonna 2006 lisäkorvauksen jätti hakematta 22.000 henkilöä, ja vuosina 2002-2005 hakematta jättäneitä oli yli 30.000 henkilöä vuodessa (THL Avauksia, s. 15). Lisäksi osalla potilaista jää lääkkeiden erityiskorvaus saamatta, koska he eivät hanki lääkäriltään maksullista lääkärintodistusta rajoitetun korvauksen saamiseksi, esim. allopurinoli -kihtilääkkeen erityiskorvauksia jää hakematta (Suomen Lääkärilehti).

Osa peruskorvattavista lääkkeistä on vuosien mittaan siirretty vaivihkaa Kela-korvausten ulkopuolelle, esimerkiksi glukosamiini -nivelrikkolääke, josta sai vuonna 2007 Kela-korvausta 147.461 potilasta. Värikalvontulehduksia sairastavat eivät saa glukokortikoiditipoistaan eivätkä värikalvon laajennustipoistaan Kela-korvausta, vaikka näiden lääkkeiden avulla pystytään estämään potilaiden sokeutuminen. Lisäksi Kela-korvaukset puuttuvat uusilta, usein kalliilta lääkkeiltä.

Ratkaisuehdotukset:

- Jokaiselle pitkäaikaispotilaalle laaditaan kokonaisvaltainen terveys- ja hoitosuunnitelma THL:n uudelle sähköiselle lomakkeelle ml. yksilöllinen lääkehoitosuunnitelma. Tehostetaan terveyskeskuslääkärien koulutusta kokonaisvaltaisten suunnitelmien tekemiseen.
- Avohoitopotilaiden lisäksi jokaiselle laitospotilaille laaditaan yksilöllinen lääkehoitosuunnitelma.
- Sähköisen eReseptin ja potilastietojärjestelmän käyttöönottoa nopeutetaan, jotta saadaan ajantasainen lääkekattoseuranta ja potilaskohtainen kokonaislääkitys seuranta, samalla edistetään rekisteritutkimuksia, valvontaa ja seurantaa. Lääke- ja potilasturvallisuus lisääntyvät.
- Erityisen kalliit lääkkeet muutetaan potilaalle maksuttomiksi, esimerkiksi lääkekustannusten tasausjärjestelmän avulla.
- Tehostetaan tiedotusta toimeentulotuen hakemiseksi lääkekustannuksiin.
- Lääkekorvauksia varten kirjoitettavat lääkärintodistukset säädetään maksuttomiksi. Lisätään potilaille sekä lääkäreille tiedotusta erityiskorvattavuuden hakemisesta.
- Valmistajia aktivoidaan hakemaan lääkevalmisteilleen puuttuvat Kela -korvattavuudet hintalautakunnalta.
- Hintalautakunnan päätösten läpinäkyvyyttä lisätään ja päätöksistä tiedottamista tehostetaan erityisesti lääkäreille. Hintalautakuntaan otetaan potilasjärjestöjen edustus.
- Kelan vuotuinen lääkekatto (700.92 €) ja julkisen terveydenhuollon maksukatto (636 €) yhdistetään kaikille samansuuruiseksi noin 600 euron suuruiseksi tasakatoksi paljon lääkkeitä ja palveluita käyttävien aseman parantamiseksi, hallitusohjelman sekä lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän tavoitteiden toteuttamiseksi.

Pitkäaikaissairaille ja vähävaraisille potilaille on turvattava tarvittava lääkehoito. Lääkekustannuksia säästyy ja lääkehoidon vaikuttavuus tehostuu potilaille laadittavien yksilöllisten kokonaisvaltaisten lääkehoitosuunnitelmien avulla, joita eResepti ja valtakunnallinen potilastietojärjestelmä edistävät. Pitkäaikaispotilaille laadittavien terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttöönotolla on mahdollista sitouttaa potilas turvalliseen lääkehoitoon ja muuhun omahoitoon, ja yhteiskunnan muut kustannukset vähenevät pitkäaikaissairaana omatoinaisuuden lisääntyessä.

Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen verkosto EAPN-Fin

Outi Ruishalme
Hallituksen puheenjohtaja
outi.ruishalme@mielenterveysseura.fi
gsm 040 5426 164

Marja Eronen
Terveys ja köyhyys -työryhmän puheenjohtaja
marja.eronen@reumaliitto.fi
gsm 040 8255 694

LÄHTEET:

- CHESS 1/2007, ss. 4-5. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakasmaksut kasaantuvat pienituloisille. Satu Kapiainen ja Jan Klavus.
- Kruunari Anna (pro gradu): Lääkkeitä vai ruokaa? Pitkään sairastaneiden omakohtaisia kokemuksia perusturvan riittävytydestä. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Helmikuu 2009.
- Martikainen Jaana (väitös): Uusien lääkkeiden markkinoille tulo ja lääkekustannuksiin vaikuttaminen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 119. Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2012.
- Puolakka Kari (väitös): Work capacity and productivity costs in early rheumatoid arthritis. A five-year prospective study. Helsingin yliopisto 2005.
- Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:6. Sairausvakuutuksen lääkekorvausmenojen vähentäminen. Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän väliraportti.
- Suomen Lääkärilehti 26/2007, ss. 2562-2563. Kihti yleistyy, mutta sen lääkityksen erityiskorvaukset vähenevät. Timo Klaukka ja Lauri Virta. Kelan tutkimusosasto.
- THL Avauksia 10/2009. Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä. Hennamari Mikkola, Satu Kapiainen, Timo Seppälä, Mikko Peltola, Ulla Tuominen, Markku Pekurinen ja Unto Häkkinen.
- THL 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. Jorma Komulainen, Riikka Vuokko ja Matti Mäkelä.