

Sosiaali- ja terveysministeriö

PL 33

00023 Valtioneuvosto

Asia: Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta

Aivoliitto ry, Suomen Diabetesliitto ry ja Suomen Sydänliitto ry ovat huolissaan valtimosairauksien lääkekorvauksista ja palveluiden omavastuuosuudesta tulevaisuudessa.

Hallitusohjelman mukaisesti lääkekorvausmenoja esitetään vähennettäväksi 1.1.2013 alkaen siten, että säästö valtiontalouteen on 113 miljoonaa euroa vuositasolla vuoteen 2015 mennessä. Lisäksi sairausvakuutuksen matkakorvausten omavastuuta esitetään korotettavaksi viidellä eurolla 14,25 euroon siten, että säästö valtiontalouteen on vuositasolla 20 miljoonaa euroa. Omavastuuosuutta kasvatettaisiin 17 yhdensuuntaisen matkan kustannuksilla 242,25 euroon. Lisäksi sairaanhoitovakuutuksesta korvattavia menoja esitetään vähennettäväksi vuosille 2013–2016 annetun valtiontalouden kehyspäättökseen mukaisesti siten, että valtion menot alenevat vuositasolla 20 miljoonaa euroa.

Liitot ymmärtävät taloudelliset paineet, mutta katsovat, että **tavoite valtiontalouden tasapainottamiseksi onnistuu kestäväällä tavalla vain siten, että terveyttä ja toimintakykyä koskevat menot nähdään investointeina**. Sairausvakuutusta koskevat ratkaisut tulee rakentaa tutkittuun tietoon perustuvista hoidollisista lähtökohdista. Korvausten ja Käypä hoito -suositusten tulee olla samassa linjassa keskenään. Kyseessä on kansalaisten terveys ja työkyky. Toisin kuin esityksessä, ratkaisuja tulee tehdä pitkäjänteisesti. Ellei diabetesta ja valtimosairauksia hoideta hyvin, tulevat valtiontalouden menot kasvamaan kestäättömällä tavalla.

Tehokas lääkehoito sekä oikein ajoitettu hoito ja kuntoutus pienentävät kustannuksia. Valtimotaudit ovat vakava kansanterveyden ongelma. Vuosittain noin 25 000 suomalaista sairastaa eriasteisen aivoverenkiertohäiriön, ja joiden elinikäiset hoitokustannukset ovat 1,1 miljardia euroa ¹. Joka toiselle jää pysyvä haitta, heistä puolelle vaikea-asteinen haitta. 0,5 miljoonaa suomalaista sairastaa diabetesta. Diabeteksestä aiheutuvat sairaanhoidon lisäkustannukset olivat yhteensä 833 miljoonaa euroa vuonna 2007. Diabeteksen aiheuttamat tuottavuuskustannukset, sairauspoissaolot ja ennenaikainen eläköityminen, on yhtä kallista kuin diabeteksen hoito (1333 miljoonaa euroa vuonna 2007)².

Sydän ja verisuonitaudit ovat Suomessa suurin yksittäinen kuolinsyyryhmä. Väestön kokonaiskuolleisuudessa insuliinista riippuvaisten diabeetikoiden ylikuolleisuus on miehillä yli kolminkertainen ja naisilla nelinkertainen koko vastaavan ikäiseen väestöön nähden. Sepelvaltimotautiin liittyvä ylikuolleisuusriski on naisilla lähes kahdeksankertainen ja miehillä yli nelinkertainen. Ei insuliinista riippuvaisten diabeetikoiden kokonaiskuolleisuus on lähes kaksinkertainen koko väestöön nähden.³

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia ja pallolaajennuksia tehdään yhtä paljon niin pieni- kuin suurituloisille. Pienituloisten kuolleisuus sepelvaltimotautiin on lähes kolminkertainen verrattuna suurituloisiin. Kasvavien

¹ Aivoverenkiertohäiriöt lukuina 08/2012, www.aivoliitto.fi

² Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007. Jarvala, Raitala, Rissanen. Tampereen yliopisto ja Diabetesliitto 2010.

³ Forssas E, Sund R, Manderbacka K, Arffman M, Ilanne-Parikka P, Keskimäki I: Diabeetikoilla yhä suuri ylikuolleisuus muuhun väestöön verrattuna. Suomen Lääkärilehti 2010;65:2359-2367

tuloerojen vaikutukset terveyteen näkyvät kasvavina terveydenhuollon menoina. Tuloerot eivät ole ainut syy terveyseroihin, mutta tilastojen valossa vaikutus on merkittävä.⁴

Lääkehoito voi olla pääasiallinen hoitokeino, jonka avulla voidaan turvata parantumattomasti tai pitkäaikaisesti sairaan henkilön työ- ja toimintakyky. Lääkekorvausjärjestelmää on viimeisen 10 vuoden aikana uudistettu yksinomaan taloudellisen perustein jo kolmesti. Näistä lyhyen aikavälin ja yksinomaan säästöihin perustuvista uudistuksista tulee luopua. Esitetty lääkekorvausmenojen leikkaus heikentää pienituloisten asemaa. Suomessa potilaiden maksuosuus lääkekustannuksista on eurooppalaisittain korkea.

OECD:n terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta käsittelevässä aineistossa Suomi jää viimeisimmäksi jäsenmaiden keskuudessa mitattaessa lääkärikäyntien jakautumista tuloryhmittäin oikeudenmukaisuusindeksin avulla⁵. Eriarvoisuus on myös alati kasvanut, mikä näkyy esimerkiksi nelin - viisinkertaisena erona terveydenhuollon estettävissä olevassa kuolleisuudessa alimman ja ylimmän tuloryhmän välillä. Sama ero oli 1990-luvun alussa kaksi ja puolikertainen. (www.teroka.fi)

Sosioekonominen asema määrittää terveyttä: mitä parempi sosioekonominen asema on, sitä parempi on terveys. Työssä käyvillä on parhaat mahdollisuudet saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Kaikkein huonoimmassa asemassa ovat pitkäaikaissairaat ja työttömät. Kirkon diakonian asiakkaissa on runsaasti väliinputoajia, jotka eivät ole saaneet riittävästi apua julkisessa terveydenhuollossa⁶.

Vaikka maksukattoa esityksen mukaan laskettaisiin 50 euroa, pienituloisimmat joutuisivat maksamaan lääkkeitään nykyistä enemmän. Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän väliraportissa todetaan se minkä liitot jo tietävät: lääkkeen korkea hinta voi olla este sen hankinnalle. Raportissa esitetään toimeentulotukea ratkaisuksi pienituloisten henkilöiden lääke-, hoito- ja matkakuluihin. Tämä ei ole varteenotettava käytäntö; kustannukset siirtyisivät vain valtiolta kunnille. Toimeentulotuki on tarveharkintainen ja viimesijainen osa sosiaaliturvaa. Lääkemenojen siirtäminen toimeentulotukeen ei ainoastaan lisäisi kuntien kustannuksia vaan myös työllistäisi turhaan kuntien sosiaalipalveluja. Lääkekorvaus kuuluu sairausvakuutuksen piiriin, joka on osa perustoimeentuloturvaa.

Sairausvakuutuslakiin esitetyt muutokset ja hallitusohjelmaan kirjattu terveyserojen kaventaminen sekä köyhyyden ja syrjäytymisen vähentäminen ovatkin selkeästi toisilleen vastakkaiset tavoitteet.

Tulossa olevan lääkekorvausjärjestelmän uudistaminen ja sairausvakuutuksen rakenteelliset ratkaisut tulee suunnitella seuraavalta pohjalta:

1 Lääkekorvausjärjestelmän kokonaisuudistus tulee toteuttaa siten, että **lääkkeet nähdään osana terveydenhuollon kokonaiskustannuksia**. Oikein ajoitettu, potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtevä hoitosuosituksen mukainen lääkehoito on investointi terveyteen. Lääkekorvausjärjestelmän kokonaisuudistus on toteutettava hallitusohjelman mukaisesti siten, että **korvauksista hyötyvät erityisesti paljon lääkkeitä käyttävät henkilöt ja etteivät kustannukset muodostu pienituloisille esteeksi**.

2 Hallitusohjelmaan kirjatun asiakasmaksujärjestelmän kehittämisen tavoitteena on yhdistää kunnallisen terveydenhuollon ja lakisääteisen sairausvakuutuksen lääkekustannusten yhteinen maksukatto. Lääkehoito

⁴ Väärälä: Sosiaalihuolto murroksessa. Yhteiskuntapolitiikka 5/2010: 545-561.

⁵ Van Doorslaer E., Masseria c. & Koolman X. for the OECD Health Equity Research Croup (2006) Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ 2006;174(2):177-83.

⁶ Kinnunen K. (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7.

ja sen kustannukset ovat vain osa pitkäaikaissairaanhoidon ja terveydenhuollon kustannuksista. Pitkäaikaissairaille kasaantuu usein myös muita sairauden hoitoon liittyviä kustannuksia kuten terveydenhuollon maksuja ja matkakuluja. **Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon maksut eivät muodostuisi palvelujen käytön esteeksi tulevaisuudessa, yhteinen katto tulee alhaisemmaksi kuin nykyiset katot yhteensä ovat.**

Turussa 6.9.2012

Tiina Viljanen
toiminnanjohtaja
Aivoliitto ry

Tampereella 12.9.2012

Jorma Huttunen
toimitusjohtaja
Suomen Diabetesliitto ry

Helsingissä 10.9.2012

Tor Jungman
pääsihteeri
Suomen Sydänliitto ry

Asiantuntijat:

Marika Railila
projektipäällikkö
Aivoliitto ry

Riitta Vuorisalo
sosiaali- ja terveystieteellinen asiantuntija
Suomen Diabetesliitto ry