

Viite: Lausuntopyyntö 28.01.2013 (STM084:00/2011). Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän loppuraportti.

Suomen Diabetesliitto ry:n lausunto lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän loppuraportista

1. Yleistä

Hallitusohjelmaan kirjattujen lääkekorvausjärjestelmän uudistamisen perusteiden sekä Lääkepolitiikka 2020-asiakirjan periaatteiden mukaan korvausjärjestelmän uudistamisessa keskeistä oli huomioida erityisesti paljon lääkkeitä käyttävät henkilöt. Samoin tuli varmistaa, etteivät lääkekustannukset muodostu pienituloisille esteeksi tarpeellisen lääkehoidon saamiselle. Lisäksi tavoitteena oli kehittää lääkekorvausjärjestelmää pitkällä aikavälillä siten, että taloudellisesti kestävällä pohjalla oleva, tehokas, turvallinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito mahdollistetaan kaikille sitä tarvitseville.

Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjassa todetaan nykyisen korvausjärjestelmän selkiyttämisen ja yksinkertaistamisen tarve. Asiakirjassa nykyistä sairausperusteista korvausjärjestelmää pidetään hallinnollisesti raskaana ja monimutkaisena. Kuitenkin lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmä on päättänyt kehittää lääkekorvausjärjestelmää nykyisen sairausperusteisen korvausjärjestelmän pohjalta. Työryhmä on käsitellyt sairausperusteista korvausjärjestelmää, kahden korvausluokan järjestelmää sekä ns. kustannusperusteista järjestelmää.

2. Diabetesliiton kanta työryhmän ehdotuksiin

2.1. Lääkekorvausjärjestelmän kehittäminen nykyisen sairausperusteisen järjestelmän pohjalta

Työryhmä ehdottaa, että lääkekorvausjärjestelmä perustuisi edelleen sairausperusteiseen korvausmalliin, jossa korvaukset kohdentuisivat sairauden vaikeuden ja pitkäaikaisuuden perusteella ja erityiskorvaukseen oikeutetut sairaudet määriteltäisiin lääketieteellisin perustein. Työryhmä pitää tarkoituksenmukaisena nykyisten kolmen korvausluokan säilyttämistä toistaiseksi, mutta kehittämistavoitteena on korvausluokkien määrän väheneminen tai erityiskorvausluokkiin kuuluvien sairauksien vähentyminen.

Diabetesliiton näkemyksen mukaan lääkekorvausjärjestelmän kehittämistä tulee aina tarkastella hoidollisin perustein ja sosioekonomisesti tasa-arvoisen lääkehoidon valossa. Lääkekorvaukset tulee nähdä osana terveydenhuollon kokonaiskustannuksia eikä niitä tule tarkastella irrallaan muista terveydenhuollon kustannuksista. Rationaalinen ja kaikille mahdollinen lääkehoito on investointi kansanterveyteen ja pienentää terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Oikein toteutettuna lääkehoito on tärkeää ja tehokasta kalliimpien lisäsairauksien ennaltaehkäisyä.

Diabetesliitto pitää nykyistä sairausperusteista mallia ongelmallisena erityisesti siitä syystä, että siinä eri sairauksia ja lääkkeitä arvotetaan eriarvoisesti. Nykyisessä korvausjärjestelmässä eri sairaudet kilpailevat keskenään, ja sairauksien sisällä eri lääkkeet kilpailevat keskenään. Potilaita asetetaan eriarvoiseen asemaan heidän sairautensa perusteella. Malliin sisältyy epäloogisuutta ja osin myös epäoikeudenmukaisuutta. Diabetesliitto haluaa korostaa eri sairauksien ja potilasryhmien tasavertaisuutta ja oikeudenmukaista kohtelua lääkekorvausjärjestelmässä.

Työryhmä on käsitellyt kustannusperusteista mallia yhtenä lääkekorvausjärjestelmän mahdollisena toteuttamistapana. Kustannusperusteisessa mallissa korvauksia ei myönnetä diagnoosin vaan portaittain kertyneiden kustannusten perusteella. Kustannusperusteisesta mallista tehdyt laskelmat toisivat eri tuloksia jo pelkästään korvaustasojen porrastuksia ja lääkekattoa muuttamalla. Mallia ei voida arvioida kokonaisvaltaisesti vain yhden simulaation perusteella. Mallin etuina olisivat joka tapauksessa hallinnollinen keveys verrattuna nykyiseen korvausjärjestelmään sekä sairauksien epätasa-arvoisen keskinäisen arvottamisen loppuminen. Huonoina puolina olisi omavastuuosuuden nouseminen etenkin henkilöiden kohdalla, jotka ovat käyttäneet paljon nykyiseen ylempään erityiskorvausluokkaan kuuluvia lääkkeitä. Tähän ryhmään kuuluisivat myös useimmat diabeetikot. Kustannusperusteisen mallin sisällä on kuitenkin mahdollista tehdä linjaukset elämälle välttämättömien lääkkeiden, kuten insuliinin, pitämisestä porrastustasosta riippumattomasti täysin korvattavana. Väliportaiden samoin kuin maksuttomuuden eli lääkekaton rajat tulisi tutkia huolella ja asettaa kohtuullisiksi. Kustannusperusteinen korvausjärjestelmämalli tulisi ehdottomasti valmistella suhteessa terveydenhuollon maksukattojen yhdistämiseen. Nyt sitä käsiteltiin muusta terveydenhuollosta ja maksukatoista irrallisena.

Diabetesliitto tuo esiin, että kustannusperusteisen mallin laskelmat työryhmän raportissa ovat vain yksi vaihtoehto ja ne voidaan tehdä myös toisilla luvuilla. Esimerkiksi Ruotsissa käytössä oleva kustannusperusteinen korvausjärjestelmä on maksukatoltaan huomattavasti alempi: työryhmän raportin mukaan vuonna 2012 potilaan omavastuu kustannuskaton perustella oli enintään 244 euroa.

Työryhmä toteaa, että kustannusperusteisen mallin käyttöönotto edellyttäisi muita malleja pidempää valmistelu-aikaa ja laajapohjaista selvitystyötä. Perusteellista selvitystyötä ei ole siis vielä tehty. Niinpä järjestelmän arviointi on käytännössä mahdotonta.

Diabetesliitto pitää valitettavana, että lääkekorvausjärjestelmän kehittämisessä jatketaan osauudistusten tiellä. Työryhmä esittää, että nykyiset kolme korvausluokkaa säilytetään toistaiseksi, mutta tavoitteena tulee olla korvausluokkien vähentäminen tai erityiskorvausluokkiin kuuluvien sairauksien vähentyminen. Tällöin erityiskorvausluokkiin sijoitettavia sairauksia tulisi arvioida uudestaan. Diabetesliitto muistuttaa, että mikäli uudistuksia jatketaan tällä tiellä, tulee insuliinin ja muun elämää ylläpitävän lääkehoidon olla aina sataprosenttisesti korvattavaa kaikille sitä tarvitseville.

2.2. Lääkekaton alentaminen

Työryhmä ehdottaa vuotuisen omavastuuosuuden eli lääkekaton alentamista 140 eurolla. Diabetesliitto pitää tätä ehdotusta oikeansuuntaisena, mutta tuo esiin, että lääkekatto jää siltikin varsin korkeaksi. Lääkekustannusten vuotuinen omavastuu onkin Suomessa kansainvälisesti katsoen suuri. Suomalaiset potilaat maksavat lääkkeistään enemmän kuin potilaat Euroopan maissa keskimäärin osittain juuri korkean omavastuun vuoksi. (Saastamoinen ym., 2013).

Lääkekustannusten omavastuuta pidetään yleisesti liian suurena. Tillmanin ja Airion tutkimuksessa vastaajista 19 prosenttia piti enintään 300 euron lääkekustannuskattoa sopivana, ja enintään 500 euron kattoa piti sopivana 64 prosenttia vastaajista. (Tillman ja Airio, 2013).

Lääkekorvausjärjestelmän keskeinen tarkoitus on mahdollistaa turvallinen ja tehokas lääkehoito kaikille sitä tarvitseville tulotasosta riippumatta. Potilasjärjestöt tietävät jo nyt, että lääkekaton täyttymisen jälkeinen 1,5 euron omavastuuosuus ei ratkaise pienituloisten henkilöiden lääkkeiden hankkimiseen liittyviä ongelmia. Lääkekaton täytyminen kertoo siitä, että potilaalla on ollut varaa ostaa lääkkeitä siihen asti. Näin ei tilanne ole nytkään kaikilla. Kelan tuoreen tutkimuksen mukaan 11 prosenttia väestöstä jättää lääkkeitä hankkimatta kustannussyistä. Etuudensaajilla lääkkeitä tinkiminen on selvästi yleisempää: kolmasosa työttömistä ja myös pitkäaikaissairaista jättää ainakin joskus hankkimatta lääkkeitä kustannussyistä. Lääkkeistä tinkivät eniten ne, joilla on pienimmät tulot ja huonoin terveydentila – siis ne, joilla tarve on kaikkein suurin. (Aaltonen ym., 2013). Suuret lääkekustannukset voivat johtaa talouden tasapainottamiseksi ratkaisuihin, joiden vaikutus terveydentilaan voi olla lääkkeitä suurempi – kuten ruuasta tinkimiseen (Saastamoinen ym. 2013).

Vuotuisen lääkekaton pitämisellä mahdollisimman alhaisena vaikutetaan tehokkaasti siihen, etteivät lääkekustannukset muodostu kenellekään esteeksi lääkkeiden ostamiselle.

2.3. 50 euron alkuomavastuu

Diabetesliitto painottaa sosioekonomisten terveyserojen pienentämisen tärkeyttä. Pienituloisten maksurasitusta ei tule missään tapauksessa lisätä. Työryhmä ehdottaa, että säädettäisiin 50 euron alkuomavastuuosuus, joka koskisi kaikkia muita lääkkeiden käyttäjiä paitsi alle 18-vuotiaita. Alkuomavastuu kerryttäisi lääkekattoa. Tätä perustellaan sillä, ettei lapsiperheille aiheutuisi kohtuuttomia lääkekustannuksia. Tämän ryhmän ulkopuolelle jää kuitenkin paljon pienituloisia henkilöitä, joiden huomioimista sekä alkuomavastuussa että lääkekatoissa ei ole riittävästi selvitetty. Tillmanin ja Airion (2013) tutkimuksen valossa pienituloisten huomioiminen alkuomavastuussa ja lääkekatoissa saa vahvaa tukea: sopivana pidetyn omavastuun ja tulojen välillä on selvä lineaarinen yhteys. Ne, jotka kokevat toimeentulonsa todella vaikeaksi, haluavat pienentää omavastuuosuuttaan kaikkein eniten.

Alkuomavastuun säätämistä voidaan pitää tarkoituksenmukaisena vain yhdessä lääkekaton alentamisen kanssa. Diabetesliitto tuo esiin, että pienituloiset maksavat jo nyt absoluuttisesti enemmän lääkeomavastuita kuin suurituloiset. Lääkekorvauksien eriarvoisuutta tasaava vaikutus ei ole riittävä. Pienituloisiin henkilöihin kuuluu etenkin eläkeläisiä, työttömiä, opiskelijoita ja lapsiperheitä; kansaneläkkeen, peruspäivärahan, työmarkkinatuen tai opintotuen varassa eläviä henkilöitä. Koska lääkekatto on henkilökohtainen, saattaa lääkemaksurasitusta koitua kohtuuttomasti perheisiin, joissa useat henkilöt tarvitsevat paljon lääkkeitä. Alkuomavastuun korottamiseen saattaa kohdistua paineita yleisen kustannustason noustessa tai muista syistä. Alkuomavastuun tason määrittämisessä tulee muistaa, että pienikin omavastuun korotus voi muodostaa pienituloisille esteen lääkkeiden hankkimiselle.

Alkuomavastuu lisäisi myös ylemmän erityiskorvauksen piirissä olevien lääkkeiden omavastuuosuutta. Korvausjärjestelmästä riippumatta Diabetesliitto esittää, että insuliinin tulee aina olla 100-prosenttisesti korvattavaa kaikille sitä tarvitseville. Insuliinin tulisi olla vapautettu myös alkuomavastuusta.

2.4. Rationaalisen lääkehoidon edistäminen

Työryhmä painottaa lääkehoidon tehokasta, turvallista ja rationaalista määräämistä ja käyttöä. Keinoina tähän nähdään moniammatillinen yhteistyö ja potilaan aktiivisen roolin korostaminen.

Diabetesliitto tuo esiin, että potilaan kanssa yhteistyössä laadittava terveys- ja hoitosuunnitelma on tehokas rationaalisen lääkehoidon määräämisen ja lääkkeiden tarkoituksenmukaisen käytön väline. Hoitosuunnitelma ei ole saanut työryhmän raportissa ansaitsemaansa huomiota. Terveystieteiläisissä säädetään hoitosuunnitelmasta, joka kokoaa potilaan kannalta keskeiset terveysongelmat ja niiden hoidon yhteen. Olennainen osa potilaan hoitosuunnitelmaa on lääkehoidon suunnitelma.

Hoitosuunnitelmaan perustuvan kokonaisnäkömyksen avulla lääkäri voi rationaalisesti ja turvallisesti karsia mahdollista potilaan päällekkäistä tai muuten tarpeetonta lääkitystä. THL on valmistellut valtakunnallisen potilastietojärjestelmien kanssa yhteensopivan terveys- ja hoitosuunnitelma-ohjelman.

Diabetesliitto pitää tärkeänä, että hoitosuunnitelma otettaisiin nykyistä laajemmin käyttöön terveydenhuollossa potilaan tarkoituksenmukaisen hoidon määräämiseksi, ohjaamiseksi ja toteuttamiseksi.

Lisäksi Diabetesliitto tuo esiin seuraavat kantansa:

1 Terveystietoa tulee aina tarkastella kokonaisuutena

Työryhmän ensimmäinen toimeksianto painottui voimakkaasti kustannusten karsimiseen ja hallitusohjelmaan kirjatun 113 miljoonan euron vuotuisen lääkekorvausmenojen säästön toimeenpanemiseen. Työryhmän väliraportin pohjalta sairausvakuutuslakia muutettiin mm. lääkkeiden korvausprosentteja alentamalla, mikä korotti vakuutettujen omavastuuosuuksia. Kustannuspainotteisuus on nähtävissä myös työryhmän jatkotyöskentelyssä. Terveystieteen kokonaisuudessa lääkehoito on vain yksi osa. Diabetesliitto katsoo, että lääkekorvausjärjestelmää tulee tarkastella ennen kaikkea hoidollisin perustein. Lääkekorvausmenoja pyritään toistuvasti vähentämään, vaikka tiedetään, että toimiva ja oikein ajoitettu lääkehoito on erittäin kustannustehokasta hoitoa ja estää kalliiden lisäsairauksien ja komplikaatioiden syntymistä. Lääkekorvausjärjestelmää tulisi aina tarkastella osana terveydenhuollon kokonaisuutta.

Työryhmä käsittelee myös elintapaohjausta terveydenhuollon kokonaiskustannusten hillitsijänä. Tutkimustieto todentaa, että ajoissa aloitettu elintapaohjaus voi jopa estää esimerkiksi tyypin 2-diabeteksen puhkeamisen, ja diabeteksen hoidossa elintavoilla on ylipäänsä erittäin suuri merkitys. On muistettava, että onnistuneesta elintapaohjauksesta huolimatta useimmat sairaudet edellyttävät silti lääkehoitoa. Diabetes on lääkkeillä hoidettava sairaus – liikunta ja ruokavalio eivät yksinään ehkäise tai hoida kaikkien tyypin 2 diabetesta ja tyypin 1 diabeteksessa insuliinilla on välitön elämää ylläpitävä merkitys. Lääkehoito ja elintapaohjaus yhdessä muodostavat toimivan ja turvallisen sekä kustannustehokkaan hoidon.

Diabetesliitto huomauttaa, että painopisteen siirtäminen sairauden hoidosta terveyden aktiiviseen edistämiseen edellyttää määrätietoista panostusta elintapaohjauksen riittäviin resursseihin terveydenhuollossa. Potilasjärjestöillä on terveyden edistämässä merkittävä rooli kansalaisten

tietämyksen lisääjinä, motivaation ylläpitäjinä, vertaistuen tarjoajina ja uusien terveystyön innovaatioiden kehittäjinä.

2 Maksukattojen yhdistäminen tulee selvittää

Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmä ehdottaa lääkekaton alentamista. Diabetesliitto pitää tärkeänä, että lääkekattoa tarkastellaan osana potilaalle koituvia terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Liitto pitää valitettavana, että lääkekattoa on nyt tarkasteltu pelkästään osana lääkekorvausjärjestelmää eikä terveydenhuollon kokonaisuutta.

Nykyisin on kolme erillistä maksukattoa: kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuille, lääkekustannuksille sekä sairaudesta ja kuntoutuksesta aiheutuneille matkakustannuksille. Asiakasmaksukaton täyttymisen seuraamisen hoitaa potilas itse, mistä koituu ylimääräistä vaivaa. Pitkäaikaissairaille kasaantuu lääkekustannusten lisäksi usein muita terveydenhuollon maksuja. Tuoreen Kelan tutkimuksen mukaan (Tillman ja Airio, 2013) terveydenhuollon vuotuisia omavastuuosuuksia halutaan yleisesti pienentää. Lähes kaikki väestöryhmät pitivät sopivana omavastuun tasona nykyistä pienempää maksua. Erityisesti lääkkeiden omavastuuosuutta sekä terveydenhuollon asiakasmaksuosuutta haluttiin pienentää.

Diabetesliitto on esittänyt maksukattojen yhdistämistä tasolle, joka olisi alempi kuin nyt kolme kattoa yhteenlaskettuna. Tämä uudistus tulisi kuitenkin toteuttaa osana lääkekorvausjärjestelmän ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta. Lääkekorvausjärjestelmän tarkasteleminen potilaan kokonaistilanteesta irrallaan ei ole tarkoituksenmukaista, etenkin nyt, kun sosiaali- ja terveydenhuolto kohtaa mittavia järjestelmäuudistuksia. Lääkekorvausjärjestelmän kehittämisessä olisi tullut huomioida enemmän hallitusohjelmaan kirjattu asiakasmaksujärjestelmän kehittäminen, jonka tavoitteena on yhdistää kunnallisen terveydenhuollon ja lakisääteisen sairausvakuutuksen lääkekustannusten maksukatto.

3 Potilasjärjestöjen asema lääkekorvausjärjestelmässä on selvitettävä

Diabetesliitto katsoo, että potilasjärjestöillä on korvaamatonta asiantuntemusta potilaiden tarpeista ja olennaista näyttöä elämänlaadun ja hoitotuloksen arvioimiseen. Nykyisessä lääkekorvausjärjestelmässä potilaiden elämään ratkaisevasti vaikuttavia lääkekorvauspäätöksiä tehdään puhtaasti viranomaisvalmisteluna. On kestävätilanne, että potilaat eli lääkkeiden käyttäjät ovat tällä hetkellä ainoa ryhmä, joka on täysin ulkoistettu lääkekorvausjärjestelmän päätöksenteon ulkopuolelle. Päätöksiä tekemässä ovat lääketeollisuuden tuottaman tutkimustiedon perusteella viranomaiset Lääkkeiden hintalautakunnassa.

Eduskunnan oikeusasiamiehen mukaan¹ potilasjärjestöjen kuulemisella voidaan osaltaan turvata tärkeän potilasnäkökulman huomioon ottamista lääkevalmisteen erityiskorvattavuutta koskevassa päätöksenteossa. Nykyisessä sairausperusteisessa korvausjärjestelmässä tulisi ehdottomasti selvittää potilasjärjestöjen asema lääkekorvauspäätöksentekoon osallistumisessa. Diabetesliitto muistuttaa oikeusasiamiehen ratkaisusta ja pitää tärkeänä, että potilaiden kuuleminen kirjattaisiin sairausvakuutuslakiin. Hintalautakunnan päätösten läpinäkyvyyttä tulee lisätä ja päätöksistä

¹ Dnro 3227/4/06.

tiedottamista tehostaa sekä lääkäreille että potilaille. Potilasjärjestöjen tulee nykyisessä järjestelmässä saada pysyvä edustus Hintalautakuntaan.

Tampereella 11.3.2013

Jorma Huttunen
Toimitusjohtaja
Suomen Diabetesliitto ry

Laura Tuominen-Lozić
Sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntija
Suomen Diabetesliitto ry

Lähteet:

Artikkelit teoksesta Airio, Ilpo (toim.) 2013: *Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa. Kansalaisten käsitykset ja odotukset*. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Tillman, Päivi ja Ilpo Airio: *Mielipiteet terveydenhuollon vuotuisten omavastuiden suuruudesta*.

Saastamoinen, Leena K., Ulla Tuominen, Katri Aaltonen ja Jaana E. Martikainen:
Keitä lääkekustannusten vuotuisen omavastuuosuuden ylittäneet ovat?

Aaltonen, Katri, Jani Miettinen, Leena K. Saastamoinen ja Jaana E. Martikainen:
Kenellä ei ole varaa lääkkeisiin?