

Levemir-detemirinsuliinin sekä esitäytettyjen Humalog KwikPen ja NovoRapid FlexPen –insuliinikynien korvattavuus

Lääkkeiden hintalautakunta päättää kokouksessaan 7.11. Levemir-detemirinsuliinin sekä esitäytettyjen Humalog KwikPen ja NovoRapid FlexPen –insuliinikynien korvattavuuden jatkumisesta.

Diabetesliiton lääkarineuvosto on käsitellyt asiaa kokouksessaan 31.10.2013. Diabetesliitto vetoaa sekä viranomaisiin että maahantuojiin neuvottelujen ratkaisemiseksi siten, että insuliinihoito säilyy 100-prosenttisesti erityiskorvattavana kaikille sitä tarvitseville. Lääkäreille ja potilaille pitäisi turvata mahdollisuus etsiä paras, yksilöllisesti sopivin insuliinivalmiste sekä hoitomuoto potilaan varallisuudesta riippumatta.

Insuliinin oikea valinta ja sen annostelutavan sopivuus (pumppu, monikäyttökynä, esitäytetty kynä) on jokapäiväisen omahoidon perusta. Hintalautakunta päättääkin marraskuussa kokouksessaan paitsi korvattavuudesta myös hyvän hoidon minimistä. Riittääkö hyvän hoidon kriteeriksi, että potilas pysyy hengissä, vai tavoitellaanko tasa-arvoista ja täysivaltaista yhteiskunnan jäsenyyttä, jonka yksilöllisesti sopiva hoito diabeetikolle mahdollistaa?

Haiman normaali perusinsuliinin erityis tapahtuu pienin muutaman minuutin välein tapahtuvien sykäyksin verensokerin ja hormonitoiminnan mukaan suoraan maksan verenkiertoon. Pitkävaikutteisen insuliinin pistäminen kerran tai kaksi päivässä ihonalaiseen kudokseen on aina kaavamaista hoitoa. Insuliinivalmiste altistaa potilaan liian matalalle verensokerille silloin kun insuliinivaikutus on liian voimakas suhteessa tarpeeseen ja toisaalta liian korkealle verensokerille, silloin kun insuliinivalmisteen vaikutus on liian vähäinen suhteessa tarpeeseen. Pitkävaikutteisen insuliinivalmisteen päivittäinen imeytymisvaihtelu voi valmisteesta riippuen ja yksilöllisesti olla 20–50%, vaikutuksen huippu vaihtelee 4-12 tuntia pistoksesta ja vakaan plasmapitoisuuden saavuttaminen annosmuutosten yhteydessä vaihtelee 1-4 vrk välillä. Nämä ominaisuudet ovat erilaisia eri valmisteilla ja lisäksi valmisteet toimivat eri henkilöillä yksilöllisesti.

Detemirinsuliinin hoidollisesta arvosta on kiistatonta näyttöä. Joillekin se on paras vaihtoehto hyvän hoitotasapainon tiellä – toisille ainoa. Levemir-valmisteen detemirinsuliini ei ole suoraan vaihtokelpoinen minkään muun valmisteen kanssa. Neuvotteluissa on Diabetesliiton saamien tietojen mukaan noussut esiin Levemir-valmisteen korvattavuuden rajaaminen vain tyyppin 1 diabeteksen hoitoon. Tällöin valmiste ei olisi lainkaan korvattavaa tyyppin 2 diabeteksen hoidossa.

Diabeetikon lokeroiminen tiettyyn diabeteksen alaryhmään on usein käytännössä mahdotonta. Käypä hoito –suosituksen mukaan jako alatyyppeihin on epätarkka, eikä sitä voida pitää hoidon valinnan ainoana perustana. Päätös Levemirin rajaamisesta vain tietyille diabetestyyppille olisi siis hoitosuositusten vastainen ja käytännön kannalta hyvin hankala. Tyyppin 1 diabetes on insuliininpuutossairaus, jossa insuliinin saanti on elämän edellytys. Myös tyyppin 2 diabetes johtaa useimmilla potilailla vuosien kuluessa merkittävään insuliininpuutokseen, ja osa tarvitsee insuliinia jo aikaisemminkin verensokerin hallintaan muun hoidon ohella. Tällöin on ehdottoman tärkeää, että potilaalle voidaan räätälöidä yksilöllisesti toimivin insuliinihoito varallisuudesta riippumatta.

Mekaaniset rajoitukset korvattavuudessa tarkoittavat kohtuutonta lisätyötä sekä potilaille että terveydenhuollolle, kun toimiva insuliinihoito joudutaan purkamaan ja rakentamaan pala palalta uudestaan. Potilaalle insuliinin vaihtaminen tarkoittaa useita lääkärikäyntejä, lisääntyntä verensokerin mittaamisen tarvetta, sokeritasapainon heittelyä ja epävarmuutta. Yhteiskunnan kustannusten kannalta kyse on

osaoptimoinnista: mitä lääkekustannuksissa säästetään, maksetaan lisääntyneinä hoitokäynteinä ja tuottavuuskustannuksina jo hyvin lyhyen ajan kuluessa.

Insuliinihoidon muuttamiselle ei voi olla muita kuin hoidollisia perusteita. Lääkkeen hinta ei mielestämme ole hoidollinen peruste. Käytännössä useat diabeetikot eivät pysty ostamaan tarvitsemaansa valmistetta, jos se ei ole korvattavuuden piirissä. Vanhemmat NPH-insuliinit ovat uusia insuliinijohdoksia halvempia. Tämä ei mielestämme ole syy palata huonosti toimivaan hoitoon. Dehkon hoitotasapainotutkimuksessa on selvästi osoitettu, että tyyppin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino on parantunut oleellisesti viime vuosina myös insuliinihoitoa käyttävillä, joskin huomattavaa parantamisen tarvetta on edelleenkin. Diabeteksen hoidon kokonaiskustannukset huomioiden on selvää, että insuliinit eivät ole järkevä tai kannattava säästökohde vaan oikein valittuna kustannustehokasta hoitoa, jolla diabeteksen lisäsairauksia voidaan siirtää tai jopa ehkäistä. Kohtuullista tukkuhintaa arvioitaessa tulisi huomioida ne säästöt, jotka syntyvät, kun voidaan valita yksilöllisesti sopiva insuliinihoito ja näin estää kalliiden lisäsairauksien syntymistä.

On ongelmallista, että diabeetikot ovat joutuneet jo toistamiseen hyvin epävarmaan tilanteeseen, ikään kuin välikappaleiksi lääkkeen maahantuojaan ja hintalautakunnan välisiin neuvotteluihin. Yksittäisen diabeetikon kohdalla päätös siitä, mitä insuliinia hän voi käyttää, on aivan keskeinen jokapäiväisen elämän kannalta ja usein pitkän kokeilun ja kokemuksen tulos.

Ensimmäisen sokeritautisten yhdistyksen perustamisen aikoihin 1948 insuliini oli niin kallista, että monilla ei ollut siihen varaa. Diabeetikot järjestäytyivät ajamaan oikeuttaan elämään. Mielestämme nyt on syytä palata jo kertaalleen hyväksytyihin perusasioihin: insuliinit korvataan diabeetikoille. Levemir-insuliinin, NovoRapid FlexPenin sekä Humalog KwikPenin korvattavuus kaikille diabeetikoille tulee säilyttää.

Jorma Huttunen, toimitusjohtaja

Pirjo Ilanne-Parikka, LT, ylilääkäri

Johan Eriksson, professori, Diabetesliiton lääkäriineuvoston puheenjohtaja

Laura Tuominen-Lozić, sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntija