

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 Valtioneuvosto

Viite: Lausuntopyyntö STM039:00/2015

Asia: Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi laeiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta sekä apteekkimaksusta annetun lain 2 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Suomen Diabetesliitto kiittää sosiaali- ja terveysministeriötä järjestöille osoitetusta lausuntopyynnöstä ja lausuu SOSTE Suomen Sosiaali ja terveys ry:n jäsenjärjestönä kohteliaimmin seuraavaa.

Nopealla aikataululla tulleen ylimääräisen 50 miljoonan euron leikkauksen kohdentaminen on kaikille osapuolille vaikea tehtävä. Koska riittämättömästi hoidetut sairaudet tulevat kaikkein kalleimmiksi yhteiskunnalle, Diabetesliitto haluaa kiinnittää huomiota pitkäaikaissairaiden heikentyviin mahdollisuuksiin sekä itse toteuttaa että saada tarvitsemaansa hoitoa. Toiseksi Diabetesliitto kiinnittää huomiota siihen, että lääkealan muiden toimijoiden osalta leikkaustoimet toteutetaan esityksen mukaan vain vuonna 2016. Potilaiden maksuosuuden kasvattaminen sitä vastoin esitetään tehtäväksi toistaiseksi. Esitys sisältää myös valitettavia ristiriitoja hallituksen sosioekonomisten terveyserojen loiventamisen tavoitteen kanssa.

Kommentit lakiesityksittäin:

1 Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta

4 luku Matkakustannusten korvaaminen

7§ Korvauksen määrä ja omavastuuosuus

Matkakustannusten omavastuuosuuksien korottamisesitys osuu samaan aikaan kun hallitus esittää haja-asutusalueiden julkista liikennettä purettavaksi. Esitys uhkaa oikea-aikaisen hoidon saantia syrjäseuduilla ja haja-asutusalueilla. Esimerkiksi diabetesta esiintyy eniten Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon ja Kainuun maakunnissa¹.

Matkojen kertakohtaisen omavastuuosuuden nosto 25 euroon vaikeuttaa entisestään pienituloisten asemaa ja erityisen ongelmallinen esitys on syrjäseuduilla asuvien pitkäaikaissairaiden kannalta.

18 luku Sairausvakuutusrahasto ja vakuutusmaksut

10 a § Palautusmaksuvelvollisuus

Palautusmekanismin huono puoli on se, että se voi hämärtää hinnoittelun läpinäkyvyyttä. Potilaiden kannalta lääkevalmisteen myyntiluvan haltijoille tai näiden edustajille sekä lääketukkukaupoille esitetty

¹ Kela, Terveyspuntarin sairastavuusindeksi / diabetes

palautusmaksuvelvollisuus näyttäisi olevan lääkkeiden kohtuullisten tukkuhintojen alentamista suotuisampi vaihtoehto alentaa lääkekorvausten kokonaiskustannuksia. Kohtuullisten tukkuhintojen alentaminen voi vaarantaa valmisteiden Suomen markkinoilla säilymistä tai tuloa markkinoille tänne, mitä ei voida pitää potilaiden hyvän hoidon kannalta toivottavana.

2 Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta annetun lain muuttamisesta

3 a § Alkuomavastuu

Esitys alkuomavastuun korottamisesta 60 euroon kalenterivuodessa sisältää vakavan epäkohdan.

Diabetesliitto ei pidä hyväksyttävänä, että elämää välittömästi ylläpitävää lääkehoitoa tarvitsevat ihmiset joutuisivat vuosittain maksamaan hengestään alkuomavastuun. Elämää välittömästi ylläpitävä lääkehoito tulisi kokonaan jättää vuosittaisen alkuomavastuun ulkopuolelle.

Tyyppin 1 diabeteksen hoidossa insuliini on elämää välittömästi ylläpitävää lääkehoitoa. Ilman insuliinia tyyppin 1 diabeetikko menehtyy muutamassa vuorokaudessa. Lääkkeiden loppumiseen liittyy välitön kuoleman uhka ja vaara. Kaikkiaan tyyppin 1 diabeetikkoja on Suomessa noin 50 000.

Ongelma kohdentuu erityisesti niihin pitkäaikaissairaisiin, jotka ovat täysin riippuvaisia elämää välittömästi ylläpitävästä lääkevalmisteesta ja jotka eivät käytä muita korvattavia lääkkeitä. Diabeetikoiden kohdalla kyseessä on pieni joukko henkilöitä, joilla on täydellinen insuliinin puutos ja insuliinin korvaushoito, mutta ei mitään muita korvattavia lääkkeitä käytössään. 31.12.2014 ryhmässä 'diabetes A10A' oli 4504 kpl 18 vuotta täyttänyttä vakuutettua, joilla oli 100 prosentin erityiskorvausoikeus insuliiniin eikä insuliinin lisäksi mitään muita lääkkeitä².

Kuten esityksen perusteluissa todetaan, alkuomavastuun korotus myös heikentää jo entisestään kaikkein pienituloisimpien mahdollisuuksia hankkia tarvitsemiaan lääkkeitä ennen kuin vuosittainen alkuomavastuu on täyttynyt.

5 § Erityiskorvaus ja

8 § Vuosiomavastuu ja oikeus lisäkorvaukseen

Esitetyt lääkekohtaisten omavastuiden korotukset (5 euroa ylemmässä erityiskorvausluokassa alkuomavastuun täyttymisen jälkeen sekä 2 euroa vuosiomavastuun lisäkorvausoikeuden synnyttyä) tuntuvat erityisesti pienituloisissa talouksissa. Elämää välittömästi ylläpitävän lääkehoidon tarvitsijoita kohtaan alkuomavastuun täyttymisen jälkeisen lääkekohtaisten omavastuun korotus kolmesta eurosta viiteen euroon ei ole hyväksyttävissä. Yhdessä eläkkeensaajan asumistukeen suunniteltujen leikkausten kanssa korotukset heikentävät erityisesti eläkkeellä olevien tai työkyvyttömyyseläkkeelle jääneiden pitkäaikaissairaiden selviytymismahdollisuuksia.

3 Ovatko vakuutettuihin kohdennetut leikkaukset turvallisia?

Esityksen perusteluiden mukaan tutkimusnäytön perusteella omavastuuosuuksien kasvattaminen vähentää lääkkeiden käyttöä. Samoin korkean omavastuun on osoitettu vähentävän uusien hoitojen aloittamista. Lääkkeiden omavastuuosuuksien korottamisen on kansainvälisissä tutkimuksissa havaittu heikentäneen lääkkeiden käyttäjien terveydentilaa ja lisänneen muiden terveyspalveluiden käyttöä. Perusteluissa todetaan edelleen, että vakuutettujen maksuosuuksien kasvattamisella voi olla terveyseroja kasvattavia vaikutuksia.

²28.5.2015 Timo Partio, pääsuunnittelija, Kelan aktuaari- ja tilasto-osasto

Perusteluissa todetaan, että omavastuuosuuksien korottamisen tavoitteena on ohjata tekemään vain tarpeellisia lääkehankintoja ja lisätä vakuutetun motivaatiota hankitun lääkkeen käyttöön ja vähentää kotiin kertyviä tarpeettomia lääkkeitä. Ensinnäkin on huomattava että korvausten tason alentaminen kohdentuu parantumattomasti sairaisiin vakuutettuihin, jotka käyttävät pysyvästi lääkkeitä.

Toiseksi on huomattava, että kyseessä ovat lääkärin määräämät valmisteet, jotka vakuutetun tulee hankkia sairautensa hoitoa varten. Täydellisestä insuliinin puutoksesta johtuvassa diabeteksessä lääkkeiden käytön vähentäminen on mahdotonta toteuttaa ja lääkkeiden käytön vähentäminen on hoidollisesti täysin väärä tavoite. Esityksessä todetaan totuuden mukaisesti se, että toimeentulotuki on iäkkäiden ja syrjäytyneiden keskuudessa alikäytetty tuen muoto. Nämä ryhmät eivät joko ole tietoisia oikeudestaan tai eivät halua tai kykene hakemaan tukea johon olisivat oikeutettuja.

Diabeetikoiden lisäsairaudet ovat seurausta riittämättömästä hoidosta ja kasautuvat alimpiin tuloryhmiin³. Esitys heikentää kaikkein heikoimmassa asemassa olevien pitkäaikaissairaiden mahdollisuuksia hankkia tarvitsemansa hoito ja vaarantaa heidän potilasturvallisuutensa.

4 Ovatko vakuutettuihin kohdennetut leikkaukset kustannusvaikuttavia?

Lisäsäästöjen vaikutusten arviointia hankaloittaa ensinnäkin se, ettei edellinen muutos ole vielä tullut voimaan.

Toiseksi vakuutettujen maksuosuuksien kasvattaminen on siirtänyt lääke- ja matkakulumenoja kuntien maksettaviksi kohonneina toimeentulotukimenoina. Esityksen toimeentulotukivaikutusten kattava arviointi on myös mahdotonta, koska arviointiin tarvittavia tietoja tilastointimenetelmien puutteen vuoksi ole käytettävissä. Nyt tilastoissa eivät näy lääkeostot, jotka on jälkikäteen korvattu toimeentulotuesta.

Valtiontalouden tasapainottamiseksi lääkekorvausmenoja leikataan laajentamalla itsehoitolääkkeiden valikoimaa eli kokonaan korvausjärjestelmän ulkopuolelle lääkkeiden käyttäjien maksettavaksi⁴. Itsehoitovalikoiman laajentamisilla on arvioitu noin miljoonan euron siirtyvän korvattavista lääkemenoista lääkkeiden käyttäjien maksettaviksi. Diabetesliitto ei pidä itsehoitovalmisteiden ryhmän järjestelmällistä kasvattamista hyvänä samanaikaisesti useita lääkkeitä tarvitsevien pitkäaikaissairaiden kannalta. Osa tarvittavista lääkkeistä jää jo nyt lunastamatta, koska lääkkeiden hankintaan ei ole taloudellisia mahdollisuuksia eikä toimeentulotuella korvata itsehoitovalmisteita. Korvausjärjestelmän ulkopuolella olevat lääkkeet eivät myöskään kerry asiakkaan vuosiomavastuuseen. On nähtävissä, että pienituloisten pitkäaikaissairaiden kohdalla mahdollisuus tarpeellisten lääkkeiden käyttöön heikentyy nykyisestään.

Vain otetut lääkkeet auttavat. Diabetes on esimerkki monimutkaisesta sairaudesta, jonka hoidossa useat päällekkäiset lääkkeet ovat välttämättömiä. Puutteellisesta hoidosta aiheutuu lisäsairauksia, joiden hoito tulee keskimäärin 12 kertaa kalliimmaksi kuin niiden tyyppin 1 diabeetikkojen hoito, joilla ei ole mitään lisäsairauksia⁵. Diabeteksen sairaanhoidon lisäkustannuksiin kuluu noin 6 % terveydenhuollon menoista Suomessa⁶. Lisäksi tulevat tuottavuuskustannukset.

³ Manderbacka 2014; Häkkinen 2014 THL

⁴ Lain sairausvakuutuslain muuttamisesta 252/2015 perustelut (HE330/2014)

⁵ Kangas: Diabeetikkojen terveyspalvelut ja niiden kustannukset. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. KELA 2002.

⁶ Koski, Sund: FinDM II Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen - Tekninen raportti Diabetesliitto 2009.

Sairaanhoidovakuutuksen rahoittavat vakuutetut 55,1 prosentin ja valtio 44,9 prosentin rahoitusosuudella. Kansainvälisesti vertailtuna Suomessa vakuutettujen maksuosuus lääkekustannuksista on keskimääräistä korkeampi.

5 Diabetesliiton ehdotukset

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen tavoitteena on sosioekonomisten terveyserojen loiventaminen. Sosioekonomiset erot ja vältettävissä oleva kuolleisuus ovat kuitenkin kasvaneet. Eri ikäryhmissä diabeetikoiden kuolleisuus on selvästi suurempi kuin muun väestön vastaavissa ikäryhmissä⁷.

Diabetesliitto ei pidä vakuutettujen omavastuiden korottamista hoidollisesti perusteltuina. Sen vuoksi niistä tulisi pidättäytyä. Mikäli vakuutettuihin kohdennetut leikkaukset toteutettaisiin esitetyllä tavalla, Diabetesliitto pitää välttämättömänä, että vakuutettuihin kohdennetut leikkaukset rajataan vastaavalla tavalla määräraikaisiksi kuin muihin lääkealan toimijoihin kohdennetut leikkaukset: vain vuodelle 2016. Tämä koskee niin ensin mainitun lain matkakorvaussäännöstä (7 §) kuin jälkimmäisen lain alkuomavastuuta (3 a §), erityiskorvauksen omavastuuta (5 §) ja lisäkorvauksen jälkeistä omavastuuta (8 §) korottavia korotusesityksiä.

Diabetesliitto toivoo, että vuodesta 2017 eteenpäin lääkekorvauksiin kohdistettavia 100 / 150 miljoonan euron leikkauksia valmistelevaan työryhmään tulisi edustus suurista kansansairauksista edustavista potilasryhmistä nyt heti työskentelyä aloitettaessa.

Diabetesliitto katsoo, että lääkehoidon yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia tulee vähentää hoidollisin perustein kehittämällä rationaalista lääkehoitoa. Lääkehoidon kokonaisarvio tulee toteuttaa hoitavan lääkärin vuositarkastuksen yhteydessä osana pitkäaikasairaana potilaan hoitosuunnitelmaa.

Jatkovalmistelussa terveydenhuollon kustannusten vuosittaiset maksukatot tulee yhdistää siten, että maksukattojen kokonaisuus asetetaan nykyistä huomattavasti alhaisemmalle tasolle. Nykyiset terveydenhuollon maksukatot ovat yhteensä 1563 euroa kalenterivuodessa. Ruotsissa samat maksukatot yhteenlaskettuina ovat yhteensä 492 euroa vuodessa.

Lisätiedot: erityisasiantuntija Riitta Vuorisalo: riitta.vuorisalo@diabetes.fi, p: 0400723667

Tampereella 9.10.2015



Janne Juvakka
toiminnanjohtaja
Suomen Diabetesliitto ry

⁷ Sund, Keskimäki: Loppuraportti. Diabeteksen komplikaatiot - ilmaantuvuus, yhteisesiintyvyys ja riskiryhmien tunnistaminen. Kela 2014