

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

Kommenttinne koskien yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten osiota (luku 3)

-

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

-

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

-

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

-

Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

-

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

-

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

Virkamiestyöryhmässä on nyt ensimmäisen kerran määritelty lääkekorvausten rahoitukselle vaihtoehtoja. Asiaa on aikaisemmin sivuttu Lääkeasioiden uudistuksessa (STM: Lääkeasioiden tiekartta 2019) vain tavoitetasolla, kun hyvinvointialueiden rahoitusmalli oli kesken.

Työryhmä nosti esille isoja periaatekysymyksiä, jotka vaativat laajaa yhteiskunnallista harkintaa, mm. sairausvakuutuksen rooli lääkehoituksessa. Mielestämme eri mallien vertailussa on kiinnitettävä erityistä huomiota mallien vaikutukseen kansalaisten yhdenvertaisuuteen: mm. erot hyvinvointialueiden taloudellisessa kantokyvyssä heikentävät yhdenvertaisuutta, ellei puskurina ole kansallisia järjestelmiä ja periaatteita. Potilaiden oikeusturvan kannalta on tärkeä arvioida malleja myös muutoksenhakuoikeuden näkökulmasta.

Eri mallien tosiasiallisia vaikutuksista ihmisten saamaan lääkehoitoon, hoitoyksikön vastuuseen hoitopolun toteutumisesta, osaoptimointiin, rajapintojen madaltamiseen, ohjaukseen ja lääkehoituksen riittävyteen jne. ei voida kuitenkaan vielä tässä vaiheessa arvioida. Vaikutukset selviävät vasta lainsäädännön valmistelun yksityiskohdissa.

Raportissa on määritelty ne nykyisen lääkekorvausjärjestelmän sääntelyn periaatteet, jotka tulisi toteuttaa jatkossakin yhdenmukaisesti kansallisella tasolla valittavasta rahoitusmallista riippumatta. Tällaisia olisivat korvausjärjestelmän rakenne, lääkkeiden käyttäjiltä perittävät omavastuuosuudet, lääkkeiden korvattavuuden ja hintasääntelyn periaatteet, korvausjärjestelmän toimeenpano ja suorakorvausmenettely, lääkkeiden jakelu sekä kansalliset tietojärjestelmät (ml. tietovarannot). Kannatamme näiden periaatteiden säilyttämistä kansallisesti yhtenäisenä.

Sairaalamarkkinoilla on raportin mukaan tarkoitus toimia jatkossakin julkisten hankintojen periaatteiden mukaan, eikä hankintamenettelyitä ole tarkoituksenmukaista soveltaa avohoitoon, jossa noudatetaan valmistekohtaista hintakontrollia. Tehokkaan ja toimivan hallinnon varmistamiseksi viranomaistoiminnan mm. Fimean, Palkon ja Hilan roolit tulisi jatkossa arvioida uudelleen.

Eri rahoitusmallien

arviointia

Nykyinen sairausvakuutuksen lääkekorvausjärjestelmä turvaa kansallisesti yhtenäisillä korvausehdoilla potilaiden yhdenvertaisuuden avohoidossa asuinpaikasta riippumatta. Lääkkeiden korvattavuudesta päättää järjestelmässä yksi taho, STM:n lääkkeiden hintalautakunta, yhtenäisillä ehdoilla. Yksi viranomainen varmistaa hallinnon kustannustehokkuuden, mikä on tärkeä näkökulma myös lääkeyrityksille.

Nyt kun julkisen sektorin toimintaa nostetaan sote-uudistuksessa kunnista isommille hartioille, ts. keskitetään, ei kansallisella tasolla toimivaa lääkekorvausjärjestelmää tulisi hajauttaa alueille. Potilaiden eriarvoistumisen lisäksi alueellisten järjestelmien rakentaminen hukkaisi yhteiskunnan resursseja ja johtaisi tehottomaan hallintoon. Näiden syiden vuoksi pidämme hyvänä sitä, että virkamiesryhmän kaikissa vaihtoehtoisissa malleissa lähtökohtana on kansallisen tason lääkekorvausjärjestelmä.

Mallissa B rakennettaisiin uusi valtakunnallinen lääkekorvausjärjestelmä, jonka rahoitus tulisi täysin hyvinvointialueilta. Vaikka malli teoriassa nostaisi korvattavat lääkkeet ja sairaalalääkkeet muun hoidon kanssa yhdenveroisesti hyvinvointialueiden järjestämisvastuun piiriin, sille ei ole tosiasiallisia mahdollisuuksia mm. hyvinvointialueiden taloudellisten resurssien suurten erojen vuoksi.

Koska mallissa B ei ole vakuutettujen sv-maksuosuutta, hyvinvointialueet eivät maksaisi korvauksia työterveyshuollon ja yksityisen terveyshuollon lääkäreiden määräämistä lääkkeistä. Näiltä osin jouduttaisiin joko luomaan uusia erillisiä korvausjärjestelmiä tai tekemään muita erillistoimia valtion maksujärjestelyissä. Hallinnollisesta näkökulmasta erilliset järjestelmät loisivat taas uusia osaoptimoinnin mahdollisuuksia ja uusia rajapintoja sekä heikentäisivät hallinnon tehokkuutta. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta työterveyshuollon rajaaminen korvausjärjestelmän ulkopuolelle heikentäisi työterveyshuollon sairaanhoitoa ja sen edellytyksiä työkyvyn tukemiseen ja työurien pidentämiseen. Yksityisen terveydenhuollon osalta muutos lisäisi yksityisvakuutuksia, mikä puolestaan rapauttaisi potilaiden yhdenvertaisuutta. Näiden hallinnollisten ja yhteiskunnallisten näkökulmien vuoksi puollamme malleja, joissa vakuutetuilta kerättävä sv-rahoitus on mukana.

Koska mallien B ja C uusi valtakunnallinen korvausjärjestelmä veisi lääkekorvaukset erilleen Kelan sairausloma- ja työkyvyttömyysmenoista, asia on huomioitava mallien arvioinnissa, jotta vältetään taas uusi rajapinta. Mallissa C olisi myös syytä arvioida mahdollisuuksia Kelan nykyisen lääkekorvausten maksatus- ja siihen pohjautuvan tilastointijärjestelmän käyttöön, vaikka uusi lääkekorvausjärjestelmä korvaisi Kelan roolin korvausten toimeenpanoon liittyvänä päätöksentekijänä.

Mallien A-B-C tarkastelu

lääkehoidon näkökulmasta:

Lääkehoito on yksi keskeinen työkalu potilaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa. Lääkekorvausten rahoitusmallin tulee tukea sitä, että lääkekorvausjärjestelmä voisi optimaalisesti tukea muuta hoitoa. Tehokas ja vaikuttava lääkehoito edistää ihmisten toimintakykyä ja työhön palautumista sekä avohoitomahdollisuuksia, ja hillitsee siten sote-huollon kokonaiskustannusten kasvua. Kun päävastuu lääkehoidon ohjauksesta siirtyy hyvinvointialueille, nousee esiin tarve harkita korvausjärjestelmän roolia lääkehoidon ohjauksessa. Nykyisestä lääkekorvausjärjestelmästä monimutkaistavasta sairauksien erityiskorvausluokittelusta tulisi tässä yhteydessä luopua.

Lääkkeiden kaksikanavainen rahoitus ei huomioi lääketieteen kehitystä, eikä palvele terveydenhuoltoa. Rahoitusta pitää yksinkertaistaa. Innovatiiviset uudet lääkehoidot ovat terveyspalvelu, jotka voidaan määritellä investoinneiksi. Rahoitusmalleja on tarkasteltava myös siitä näkökulmasta, miten ne mahdollistavat uusien lääkeinnovaatioiden käyttöönoton ja käytön terveydenhuollossa.

Tällä hetkellä lääkkeen antoreitti määrää sen rahoituskanavan. Lääkemarkkinan jako tämän pohjalta sairaalalääkkeisiin ja avohuollon lääkkeisiin perustuu sosiaaliturvan historialliseen kehitykseen ja yli 50 vuotta vanhaan lääkevalikoimaan. Jako ei vastaa tätä päivää eikä ole enää lainkaan yksiselitteinen. Esimerkiksi monet sairaalalääkkeet annetaan polikliinisesti ilman osastohoitoa ja toisaalta ihon alle pistettävän lääkkeen voi antaa joko terveydenhuollon henkilöstöön kuuluva tai potilas itse.

Lääke- ja muun hoidon laadun ja vaikuttavuuden tulee ohjata päätöksentekoa. Resurssien allokoimisesta ja hyvinvointialueiden johtamisesta vaikuttavuusperusteisesti tiedolla on huolehdittava sote-tavoitteiden mukaisesti. Lääkehoito investointina edellyttää sitä, että sen kustannuksia ja hyötyjä seurataan vastaavasti. Rekisteriseurantaa tulee tehostaa rahoitusmallista riippumatta. Rahoitusta tulee kohdentaa vaikuttavuusperusteisesti, esimerkiksi lisäämällä lääkkeiden vaikuttavuusperusteisia käyttöönottosopimuksia. Uuden rahoitusmallin tulee mahdollistaa myös useamman vuoden raamibudjettien tai rahoituksen annuiteettimallit, jotta julkisten menojen vuosibudjetointi ei asettaisi tarpeettomia rajoituksia.

Kaikki rahoitusmallit edellyttävät tietojärjestelmämuutoksia, jotta tiedolla johtamiseen ja siihen liittyvään seurantaan ja tutkimukseen päästäisiin. Rahoituksen uudistuksessa tulisi huomioida myös yhä kasvava tarve myös kansallisen tason luotettavalle rekisteritiedolle koskien lääkkeiden käyttöä. Uudistuksen tulisi parantaa edellytyksiä rekisteritiedon hyödyntämiselle. Lääkehoitojen aiheuttamissa kustannuksissa voi olla huomattavia alueellisia eroja riippuen hyvinvointialueiden väestöpohjasta ja sairastavuudesta. Sairaaloiden käyttämien lääkkeiden vielä kovin puutteellinen tietopohja tuo lisähaasteita. Osasto- tai polikliinisessä hoidossa käytettäviä sairaalalääkkeitä ei ole vielä huomioitu hyvinvointialueiden tarvevakioidussa rahoituksessa. THL:n tilastot eivät kuvaa sairaalalääkkeiden todellisia kustannuksia, vaan bruttolukuja. Lääkekustannukset eivät ole läpinäkyvästi mukana erikoissairaanhoidon kuntalaskutuksen DRG-hinnoittelussa.

Nykyinen rahoitusmalli voi johtaa osaoptimointiin niin, että rahoituskanava ohjaakin hoidon valintaa, ei potilaan hoidollinen tarve. Hoidon määräytyminen hoidollisin perustein onkin yksi keskeinen peruste lääkekorvausten monikanavarahoituksen purkamiselle.

Raportissa on sivuttu mallien vaikutuksia myös tällä hetkellä tiukasti erillisten rahoituskanavien aiheuttamiin rakenteellisiin ongelmiin, jotka haittaavat potilaan hoidon sujuvuutta (ns. rajapintaongelmat). Haasteita on esimerkiksi eri kanavista rahoitettavien infusoitavien ja

tablettilääkkeiden muodostamien yhdistelmähoitojen käytössä, yksilöllistä syöpähoitoa saavan potilaan jatkohoidon järjestämisessä sairaalasta avohoitoon ja ultraharvinaisten sairauksien lääkkeiden osalta. Sairaala- ja avohoitolääkkeiden rahoituksen joustavuutta on lisättävä, ts. rahoitusjärjestelmien välisiä rajapintoja on madallettava.

Hyvinvointialueiden välille tulee luoda kustannusten tasausjärjestelmä siten, että potilailla on yhtäläinen mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkehoitoon asuinalueesta riippumatta. Jos budjettivastuu esimerkiksi ultraharvinaisten sairauksien lääkkeistä tai soluterapialääkkeistä lankeaa pienemmille hyvinvointialueille, riskinä on potilaiden eriarvoistuminen lääkehoidon saatavuudessa.

Muistutamme myös siitä, että monikanavarahoituksen purkamiseen menee lääkekorvausten osalta käytännössä vielä vuosia. Lääkehoito kehittyy koko ajan, ja nykyjärjestelmän kipupisteet tulevat päivä päivältä aina vain näkyvämmäksi. Kipupisteet liittyvät joustamattomiin rajapintoihin ja eri rahoituskanavien erilaisiin lääkkeiden käyttöönottopäätöksiin ja arviointijärjestelmiin. Uusien lääkkeiden arviointiprosessia tulisi kehittää nopeasti rahoitusuudistuksesta erillään nykyistä yhtenäisemmäksi ”Lääkeasioiden uudistuksia” koskevan tiekartan mukaisesti. Arviointikriteerien tulisi olla samat kaikille uusille lääkkeille lääkemuodosta tai jakelukanavasta riippumatta.

Kannattamme monikanavarahoituksen purkua. Lääkkeiden osalta nykyiset rakenteet ovat auttamattomasti vanhentuneet niin, että lääkekorvausjärjestelmä ei tue enää optimaalisesti muuta hoitoa.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Malli C antaisi parhaat mahdollisuudet varmistaa lääkkeiden yhdenvertainen käyttö potilaille sekä kehittää nykyisiä rahoitusjärjestelmiä, joiden erillisyyt aiheuttaa haasteita lääkehoidon toteuttamiselle.

Mallin C avulla voitaisiin huomioida nykyistä paremmin tieteen kehitys ja mahdollistaa uusien innovaatioiden käyttöönotto sekä antaa tilaa uusien innovatiivisten käyttöönotto- ja rahoitusmallien kehittämiseksi.

Myös hallinnon tehokkuusnäkökulmat puoltaisivat mallia C, jonka valinta mahdollistaisi laajan viranomaisomaistoimintojen uudelleentarkastelun.

Muita kommentteja ja huomioita

Onko teillä muita kommentteja tai huomiota monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun jatkotyössä huomioitavaksi?

-

Rinta Sirpa
Lääketeollisuus ry