

Keskustelu lääkesäästöistä vuodelle 2017

STM 18.1.2016

SOSTE TUO ESILLE SEURAAVIA SEIKKOJA:

- SOSTE ei pidä lääkekorvauksiin esitettyjä säästöjä sosiaalipoliittisesti oikeudenmukaisina ja kestävinä. Niitä ei pidä nähdä välttämättöminä säästöinä, jotka automaattisesti laitetaan sellaisenaan täytäntöön.
- SOSTE on erityisesti huolissaan pienituloisten pitkäaikaissairaiden asemasta. Useat suunnitellut ja osin jo voimaan tulleet heikennykset osuvat tähän ryhmään vaikeuttaen monilla kohtuuttomasti toimeentuloa ja terveydestä huolehtimista.
- Johtavana ajatuksena valmisteltavana olevissa lääkesäästöissä tulee olla, ettei niitä tehdä potilaiden omavastuita ja kustannuksia kasvattamalla.
- On tärkeää, että lääkealan kaupalliset toimijat osallistuvat jatkossakin lääkekorvaussäästöihin. Heillä on liiketaloudellista liikkumavaraa kantaa entistä suurempaakin vastuuta tarvittavista säästöistä ja leikkauksista.
- SOSTE suosittaa etsimään lääkekustannusten säästöjä laajempia kokonaisuuksia tarkastelemalla ja huomioimalla rationaalisen lääkehoidon tuomien säästöjen yhteys myös muualla terveydenhuollossa saavutettaviin säästöihin.
- Tällä hetkellä liian suuri osa lääkekuluista muodostuu potilailla turhaan käytössä olevista tai väärin määrätyistä lääkkeistä. Ruotsissa v. 2014 tehdyn väitöskirjatutkimuksen mukaan kymmenes aikuisväestöstä kärsii lääkehaitoista ja näistä neljännes voitaisiin ehkäistä. Erityisesti iäkkäät henkilöt kärsivät epätarkoituksenmukaisten lääkkeiden aiheuttamista haitoista. Farmasialiiton mukaan tutkimuksen tulos pätee myös Suomessa.
- Lääkehoidon kokonaisarviointia ja rationaalista lääkehoitoa tulee kehittää, epätarkoituksenmukaista lääkkeenkäyttöä tulee karsia, lääkityslistat tulee ottaa tehokkaampaan käyttöön ja lääkäreille ja muille lääkkeen määrääjille tulee luoda hyvät lääkitysohjeet.
- Katja Hakkaraisen väitöskirjan (2014) mukaan lääkehoidon kokonaisarvioinnin hyödyt yhteiskunnalle ovat selkeät: 36-47 % vähemmän päivystyskäyntejä, 16 % vähemmän sairaalakäyntejä ja 80 % vähemmän lääkkeisiin liittyviä sairaalakäyntejä. Sitra on laskenut, että lääkehoidon kokonaisarvioinnilla Kela-korvauksissa voitaisiin säästää vuodessa keskimäärin 200 euroa/potilas, lisäksi potilas säästäisi keskimäärin 300 euroa vuodessa.

- Joissakin sairaaloissa on saavutettu lääkekustannusten säästöjä palkkaamalla osastofarmaseutteja lääkehuoltoon. Terveysasemilla ja ns. matalan kynnyksen palvelupisteissä voidaan tehostaa apteekin farmaseutin, hoitajan ja lääkärin yhteistyötä lääkehoidon yhtenäistämiseksi. Esimerkki hyvästä käytännöstä on ns. Lahden malli, jossa on lähdetty tunnistamaan lääkeongelmaisista asiakkaita, parannettu heidän lääkehoidon seurantaa ja ratkaistu lääkityksen ongelmia moniammatillisesti. Myös heidän palvelutaloissaan on saavutettu hyviä tuloksia käytännöllä, jossa sairaala- apteekin farmaseutti käy vuosittain yksikön lääkevastaavan kanssa läpi lääkehoitoprosessia ja sen kehityskohteita.
- Lääkityshaasteiden kuntoon saaminen alentaa kustannuksia myös muualla terveydenhuollossa vähentämällä esim. epäsojivasta lääkityksestä johtuvia hoitokäyntejä. Todennäköisesti olisi tehtävissä jonkinlainen arvio siitä, paljonko säästöjä voitaisiin rationaalisella lääkehoidolla löytää. Osa säästöistä voitaisiin saavuttaa suhteellisen nopeastikin, osa pidemmällä aikavälillä.
- Kela on selvittänyt, että säästöjä voitaisiin löytää kohdennetun potilasryhmän lääkehoitoja arvioimalla. 3 prosentille lääkkeiden käyttäjistä kertyy 22 prosenttia kaikista lääkekustannuksista. Kelan tutkimus kohdistui henkilöihin, joilla oli kolmen kuukauden tarkastelujaksolla hyvin suuret lääkekustannukset (yli 1346 euroa) ja käytössä yli kymmenen lääkettä. Hieman yli puolella oli käytössä vähintään yksi epäsojiva lääke. Kaikista lääkkeiden käyttäjistä epäsojivia lääkityksiä on n. joka kahdeksannella.
- Lääkevaihdoilla sekä viitehintajärjestelmällä ja lääkkeiden hintakilpailulla on saavutettu miljardiluokan säästöt vuoden 2003 jälkeen, jolloin lääkevaihto otettiin Suomessa käyttöön. Yhtä suuria säästöjä tuskin enää saavutetaan, mutta lääkevaihdoilla ja etenkin hintakilpailun lisäämisellä voitaneen yhä saada säästöjä.
- Markkinoilla on enenevissä määrin saatavissa biologisia kaltaislääkkeitä eli ns. biosimilaareja, joiden käyttöönoton mahdollisesti laajentuessa voidaan odottaa saavutettavan lääkekustannusten säästöjä. Lähtökohtana tulee kuitenkin olla, että potilasta ei jatkossakaan pakoteta lääkevaihtoon tai biosimilaarien käyttöön.
- Jos lääkesäästöjä tehdään sairastavien kustannuksella, on tärkeää, että lääkekatto ei nouse. Lääkekatto on Suomessa tällä hetkellä erittäin korkealla tasolla, eikä siinä ole yhtään nostamisen varaa. Päinvastoin sen tasoa pitäisi saada laskettua.
- Yhdessä muun lakivalmistelun kanssa tulisi selvittää mahdollisuutta maksukattojen yhdistämiseen tai kalenterivuositaisesta laskemistavasta luopumiseen. Myös kattojen tulositonnaisen porrastuksen mahdollisuutta voisi tarkastella. Nämä ratkaisut helpottaisivat pienituloisten, paljon sairastavien tilannetta.
- 1.1.2016 voimaan tulleella sairausvakuutuslailla korotettiin lääkekaton täyttymisen jälkeistä omavastuuta eurolla (1,5 e -> 2,5 e) ja pidettiin alkuomavastuu alhaisemmalla

tasolla, jolloin säästöjen maksajiksi joutuivat sellaiset henkilöt, jotka ovat jo muutenkin maksaneet lääkkeitään paljon. Tämä on koettu erityisen epäoikeudenmukaisena ratkaisuna. Tulevassa valmistelussa tällaista epäkohtaa ei saa syntyä.

- Järjestöihin on tullut paljon yhteydenottoja alkuomavastuuseen liittyen. Alkuomavastuun käyttöönotto on luonut hankalia tilanteita ja suoranaisia esteitä hankkia välttämättömiä lääkkeitä monille sellaisille pitkäaikaissairaille, joilla taloudellinen liikkumavara on pieni. Oikea-aikainen lääkehoito ei saisi vaarantua, jotta kustannukset eivät kasva sairauden pahentuessa ja tilanteen monimutkaistuessa. Alkuomavastuun tulee pysyä sille nyt määritellyllä tasolla, jotta kenenkään välttämätön lääkehoito ja hengissä pysymisen edellytykset eivät vaarannu. Oikea-aikainen lääkehoito on aina tehokkain.

