

## Lääkkeiden yhteiskunnallinen merkitys

Lääkkeet ovat lääkäreiden useimmin käyttämä hoitokeino. Noin 75 % avohoidon potilaista lähtee lääkärin vastaanotolta reseptin kanssa. Lääkkeet ovatkin osa suomalaista arkipäivää: päivittäin käyttää jotakin lääkettä noin joka toinen meistä.

Lääkkeiden käyttö on yleistynyt nopeasti etenkin 1960-luvun alusta lähtien. Syitä kasvuun on useita: väestön ja erityisesti ikääntyneiden määrä on kasvanut eliniän pidetessä. Lääkäreitä on koulutettu lisää ja terveyspalvelut tuotu jokaisen kansalaisen ulottuville. Olenainen merkitys on myös lääketieteellisyydellä, joka on voimistunut ja kehittänyt uusia, aikaisempaa tehokkaampia ja turvallisempia lääkkeitä monien sellaisten tautien hoitoon, joihin ei aikaisemmin ollut hoitoa tunnettu. Lääkkeitä myös markkinoidaan yhä taitavammin.

Lääkekulutusta lisää epäsuorasti myös sairausvakuutus, joka pyrkii taloudellisesti helpottamaan välttämättömien lääkkeiden hankkimista. Lääkkeet ovat kuuluneet vakuutuksen piiriin sen voimaantuloa eli vuoden 1964 syksystä alkaen. Lääkärin on helpompi määrätä lääkettä potilaalle, jos tämä joutuu maksamaan sen hinnasta vain pienen osan.

Vuonna 2000 lääkkeiden kokonaismyynti tulee ylittämään 9 miljardin markan rajan, mikä tekee noin 1 800 markkaa kansalaista kohden. Lääkekorvauksia saa vuosittain kaksi kolmasosaa väestöstä, ja niiden kautta yhteiskunta osallistuu lääkehoidon kustannuksiin lähes 4 miljardilla markalla vuodessa. Lisäksi yhteisistä varoista kustannetaan sairaaloissa annettava lääkehoito kokonaisuudessaan.

Kriittinen keskustelu lääkkeiden hyödyistä, haitoista ja hoidon kustannuksista on erityisesti 1990-luvun aikana kiihtynyt terveydenhuollon kustannusten kasvun ja julkisen talouden ongelmien myötä. Lääkkeiden yhteiskunnallisen merkityksen kannalta onkin keskeistä arvioida, mitä terveyshyötyjä niillä tuotetaan ja paljonko lääkehoitoon kannattaa investoida.

## Lääkekorvaukset

Lääkehoito tuskin onnistuisi, jos potilaat joutuisivat kustantamaan sen kokonaan itse. Sairaimmat ovat usein samalla vähävaraisia, joten he tarvitsevat yhteiskunnan tukea sairauksiensa hoitoon. Joidenkin elintärkeiden, mutta samalla huippukalliiden lääkkeiden käyttö voi enimmillään maksaa yli miljoona markkaa vuodessa. Lääkekorvausjärjestelmää siis tarvitaan.

- *korvausluokat*
    - *peruskorvausluokka*
    - *erityiskorvausluokat*
- Suomen lääkekorvausjärjestelmä on säilyttänyt vuosien varrella perusrakenteensa, joskin siihen on tehty monenlaisia täydennyksiä ja pikkumuutoksia. Järjestelmän rungon muodostaa *peruskorvausluokka*, johon kuuluvista lääkkeistä potilas saa 50 markkaa ylittävältä osalta 50 %:n korvauksen (tilanne vuonna 2000). Tiettyjen pitkäaikaisten ja vaikeiden sairauksien lääkehoitoa voidaan korvata tätä suuremmalla osuudella. Näitä *erityiskorvausluokkia* on kaksi: ylemmän erityiskorvausluokan lääkkeistä maksetaan 25 markan kiinteän omavastuuosuuden jälkeen 100 %:n korvaus ja alemman erityiskorvausluokan lääkkeistä 75 %. Ylempään erityiskorvausluokkaan kuuluu mm. diabeteksen, epilepsian, Parkinsonin taudin, syöpätautien, kilpirauhasen vajaatoiminnan ja psykoosien lääkehoito, ja alempaan kuuluu useita suuria kansantauteja, kuten verenpainetauti, astma, sepelvaltimotauti, reumaattiset niveltulehdukset ja sydämen vajaatoiminta.

Vuonna 1999 maksettiin ylemmän erityiskorvausluokan sairausvakuutuskorvauksia 984 miljoonaa markkaa, alemman erityiskorvausluokan korvauksia 1 012 miljoonaa ja peruskorvausluokan 1 419 miljoonaa markkaa. Erityiskorvauksia saa vuosittain yli miljoona suomalaista.

Saadakseen oikeuden erityiskorvattaviin lääkkeisiin potilaan on annettava tätä Kelalta. Hakemuksen liitteeksi tarvitaan yleensä erikoislääkärin lausunto, jossa perustellaan lääkehoidon tarpeellisuus ja osoitetaan, että potilaan sairaus ja sen vaikeusaste täyttävät ne kriteerit, jotka Kela erityiskorvattavuudelle on asettanut. Valtioneuvoston päätöksellä nimetään ne lääkeaineet, joista sairauksittain on mahdollista saada erityiskorvaus.

- *itsehoitolääkkeet*
- Itsehoitolääkkeistä ei pääsääntöisesti makseta korvausta. Korvauksen maksaminen edellyttää myös, että lääkeyritys on hakenut valmistelleen sosiaali- ja terveysministeriöltä hyväksytyyn tukkuhinnan. Halutessaan hinnoitella lääkkeen vapaasti yritys voi vetää sen pois korvattavuuden piiristä. Tätä mahdollisuutta on sovellettu viime vuosina muutama sataan valmisteeseen.

## Mikä lääkekuluja kasvattaa?

Lääkekustannusten jatkuva kasvu on ominaista kaikille teollistuneille valtioille, mikä on saanut ne etsimään mitä erilaisimpia kei-

## 67. Lääkkeiden yhteiskunnallinen merkitys

noja kasvun hillitsemiseksi tai kääntämiseksi laskusuuntaan. Yleensä toimenpiteet ovat kohdistuneet lääkkeiden hintoihin sekä potilaiden ja sairausvakuutuksen osuuksiin lääkekustannuksista. Lähinnä näitä kahta keinoryhmää Suomikin on käyttänyt.

Lääkekustannukset kasvavat suhteellisesti nopeammin kuin lääkkeiden kulutus. Myös käyttäjämäärät ovat silti kasvusuunnassa, etenkin siksi että väestö ikääntyy. Vanhukset kuluttavat noin 40 % lääkkeistä, vaikka heidän osuutensa väestöstä on vain 15 %. Eliniän pidentessä mahdollisuus sairastua pitkäaikaisiin, lääkehoitoa tarvitseviin tauteihin suurenee.

Korvattavien lääkkeiden hinnankorotuksia on ollut 1990-luvulla varsin vähän. Näiden lääkkeiden hintoja säännellään edelleen, ja korotukselle on saatava sosiaali- ja terveysministeriöltä hyväksyntä. Vuosien 1998 ja 1999 aikana lääkkeiden hinnat enimmäkseen laskivat useiden erilaisten toimenpiteiden vuoksi. Lääkkeiden arvonlisävero on alennettiin, apteekkien myyntipalkkiota pienennettiin muiden kuin aivan halvimpien lääkkeiden osalta, varastointivelvoitteen perusteella aikanaan myönnetty korotettu hintapäätös purettiin, ja lisäksi on arvioitu systemaattisesti suurimpien lääkeryhmien valmisteiden hinnat. Vuonna 1998 mm. näiden toimenpiteiden ansiosta lääkekorvaukset kasvoivat vain pari prosenttia edellisvuodesta.

Joidenkin lääkeryhmien hintatasoa on viime vuosina madaltanut koostumukseltaan samanlaisten, mutta erihintaisten rinnakkaisvalmisteiden välinen hintakilpailu. Sitä on käyty erityisesti tulehduskipulääkkeiden, mikrobilääkkeiden ja masennuslääkkeiden kesken. Säästöjä on tullut sairausvakuutukselle ja potilaille erityisesti silloin, kun ryhmän eniten käytettyjen valmisteiden hintoja on alennettu. Hintaerot ovat sinänsä vaikuttaneet lääkärin lääkevalintoihin kuitenkin suhteellisen vähän.

Pääselitys kustannusten kasvulle löytyy siitä, että uudet, aikaisempaa kalliimmat lääkkeet syrjäyttävät aikaisemmin käyttöön otetuja. Silloin uusi lääke maksaa käyttäjää kohti enemmän kuin vanha lääke. Esimerkiksi kohonneen verenpaineen lääkehoidossa käytetään yhä enemmän kalsiumkanavan salpaajia, ACE:n estäjiä ja angiotensiini II:n antagonisteja, vaikka niitä halvemmat diureetit ja beetasalpaajat ovat virallisten hoitosuosituksen mukaan ensisijaislääkkeitä. Antibioottihoidossa valtaavat alaa etenkin uudet makrolidit. ACE:n estäjien käyttö myös sydämen vajaatoiminnan lääkehoidossa yleistyy. Insuliini on leviämässä tyypin 2 diabeteksen hoitoon, mikä tehostaa hoitoa mutta lisää samalla kustannuksia. Mahahaavaa lääkittiin 1980-luvulla pääasiassa antasideilla, kun nykyisin määrätään yhä enemmän protonipumpun estäjiä eli omepratsolia ja sen sukulaisaineita.

- *kustannus/kulutus*

- *hinnankorotukset*

- *hintakilpailu*

- *uudet kalliit lääkkeet*

## Lääkärien erityisasema

- *reseptilääkkeet*

Kaksi kolmasosaa lääkekustannuksista syntyy avohoidon lääkärien antamien lääkemääräysten välityksellä. Terveyskeskuslääkärit kirjoittavat resepteistä noin puolet, ja heidän määräämisensä lääkkeiden vuotuinen arvo on keskimäärin noin 800 000 markkaa lääkäriä kohti. Lääkäriin oikeus määrätä lääkkeitä tekeekin hänestä merkittävän rahavirtojen ohjaajan, sillä jokainen resepti maksaa keskimäärin pitkälti yli 200 markkaa.

- *valta, entä vastuu?*

Rahoitusjärjestelynä lääkkeen osto poikkeaa useimmista muista kulutushyödykkeistä: tuotteen valitsee lääkäri, joka kuitenkin ei osallistu päätöksensä kustantamiseen (muutoin kuin veroja maksamalla). Potilaskin maksaa hinnasta vain osan, joka joidenkin sairauksien hoidossa on nimellinen. Koska korvaus vähennetään lääkkeen hinnasta jo apteekissa, ei potilas aina pane edes merkille lääkkeen todellista hintaa. Loppuosan maksaja eli sairausvakuutus ei ole paikalla lääkettä määrättäessä, vaan lääkäriellä on kustannuksen synnyttämiseen tavallaan avoin valtakirja.

- *markkinointi*

Lääkekustannusten ohjaajina lääkärit ovat kiinnostavia sekä lääkeyritysten että sairausvakuutuksen kannalta. Lääkeyritykset pyrkivät vaikuttamaan lääkevalintoihin monin keinoin. Tuotteidensa menekin lisäämiseksi yritykset tiedottavat niistä mm. lähettämällä ja julkaisemalla mainoksia ja tiedotteita sekä järjestämällä lääke-esittelyjä. Lääkeyritykset osallistuvat lääkärien täydennyskoulutukseen tuemalla koulutustilaisuuksia ja järjestämällä niitä itse. Moni yritys julkaisee myös omaa lehteä. Lääkeyritysten merkitys lääkeinformaation jakajina on suurin terveyskeskuksissa ja muissa avohoidon toimipisteissä.

- *koulutus*

Lääkeyritysten suhteellisen runsaan tiedotuksen ohella lääkärit saavat tietoa lääkkeistä mm. työpaikallaan sekä lääkäriyhdistysten tai -seurojen järjestämissä koulutustilaisuuksissa. Lukijatutkimusten mukaan Suomen Lääkärilehti ja Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim ovat lääkärien saamista ammattilehdistä lääkeinformaation jakajina tärkeimmät. Etenkin erikoislääkärit ja erikoistumassa olevat lääkärit seuraavat myös johtavia ulkomaisia lääkärilehtiä.

Lääkelaitos ja Kela osallistuvat lääkeinformaation tuottamiseen ja levittämiseen eri tavoin, edellinen mm. julkaisemalla TABU-lehteä ja jälkimmäinen lähettämällä vuosittain lääkkeitä määränneille lääkäreille henkilökohtaisen koosteen edellisvuoden lääkemääräyksistä ja niihin liittyneistä kustannuksista. Yhteistyössä nämä organisaatiot julkaisevat Suomen Lääketilastoa. Yhdessä mm. lääkärijärjestöjen ja sosiaali- ja terveysministeriön kanssa nämä tahot ovat mukana lääkkeiden järkevää käyttöä edistävässä ROHTO-ohjelmassa, joka kestää vuoden 2001 lopulle saakka.

## Lääkkeiden järkevä käyttö

Lääkkeet ovat hoitokeinona monella tavoin taloudellisia. Lääkkeen ottaminen perustuu suurelta osin itsehoitoon eli potilas tai hänen omaisensa huolehtii lääkkeen ottamisesta itse. Tällöin terveydenhuollon ammattilaisten apua tarvitaan lääkkeen valinnan jälkeen lähinnä arvioimaan hoidon sujumista sekä tarvittaessa uusimaan lääkityksen edellyttämiä reseptejä. Tavallista kalliimpikin lääkehoito voi onnistuessaan säästää muita, selvästi suurempia terveydenhuollon kustannuksia.

Käytännössä lääkehoito ei toteudu optimaalisesti. Monen kansantaudin hoidossa olisi tehokkaiden lääkkeiden olemassaolosta huolimatta tehostamisen varaa. Hyvä esimerkki tästä on kohonnut verenpaine, joka on potilasmäärältään selvästi suurin pitkäaikaista lääkehoitoa vaativa tauti. Potilaiden suuren määrän vuoksi lääkekorvausten kokonaissummasta noin viidesosa menee verenpainelääkkeisiin. Verenpainepotilaista kuitenkin vain noin joka kymmenes on saanut paineensa alenemaan tavoitetasolle. Yleensä vika ei ole lääkkeissä, sillä nykyvalikoimasta löytyy lähes aina tehoava valmiste tai sellaisen yhdistelmä. Syitä huonoon hoitotulokseen on kaksi: hoidon kannalta olennaiset elämäntapojen muutokset eivät ole onnistuneet, eivätkä potilaat ota lääkkeitään ohjeiden mukaisesti. Kohonneen verenpaineen hoidosta saatava kansanterveydellinen hyöty jääkin todellisuudessa paljon pienemmäksi kuin mihin huolella toteutettujen hoitotutkimusten mukaan voitaisiin päästä. Samantapainen tilanne koskee aikuisiän diabetesta, jota sairastavista huomattava osa on huonossa hoitotasapainossa siksi, että hoidon kulmakivet, oikeaoppinen ruokavalio sekä sopiva liikunta, toteutuvat puutteellisesti.

Mikrobilääkkeitä käytetään Suomessa esimerkiksi Ruotsiin ja Tanskaan verrattuna selvästi enemmän. Vuoden aikana noin joka kolmas suomalainen saa vähintään yhden antibioottikuurin. Suomelle on ominaista kalliiden antibioottien käyttö silloinkin, kun halvemmalla saataisiin vähintään yhtä hyvä tulos. Erityisesti kefalosporiinien suhteellisen runsas käyttö on Pohjoismaista tyyppistä vain Suomelle. Vastaavasti meillä käytetään melko vähän V-penisilliiniä, vaikka sen teho erityisesti tietyissä ylähengitystieinfektioissa on edelleen varsin hyvä.

Mikrobilääkkeiden kulutukseen on kiinnitetty viime vuosina huomiota, kun bakteerit ovat lisääntyvässä määrin muuttuneet tavallisimmille käytetyille antibiooteille vastustuskykyisiksi. On myös todistettu siitä, että vähennettäessä tietyn antibiootin käyttöä sen resistenssitilanne alkaa muuttua parempaan päin. Suomessakin on mikrobilääkkeiden kulutus kehittynyt suositusten osoittamaan suuntaan erityisesti infektioiden avohoitoa koskevien tutkimusten vilkastumisen ja hoitosuosituksen tarkentumisen jälkeen. Meneillään oleva

- *huonosti onnistuva hoito*

- *muu hoito?*

- *hoitomyyntyvyys?*

- *ei köyhä vaikka kipeä*

- *resistenssiriski*

MIKSTRA-ohjelma pyrkii osaltaan voimistamaan tätä myönteistä kehityssuuntaa.

- *hoitoerot*
- *kansainväliset*
- *paikalliset*

Lääkkeiden määrääminen samaan sairauteen vaihtelee eri maissa ja myös Suomessa alueittain. Esimerkiksi tanskalaiset lääkärit määräävät verenpainepotilaille pääasiassa tiatsididiureetteja, kun mm. Suomessa ja etenkin Norjassa käytetään suhteellisen paljon kaliumkanavan salpaajia ja ACE:n estäjiä, jotka maksavat selvästi enemmän kuin diureetit ja beetasalpaajat. Maamme sisällä esimerkiksi astmapotilasta lääkitään kalleimpia lääkkeitä käyttävässä sairaanhoitopiirissä keskimäärin noin 700 markkaa suuremmalla summalla vuodessa halvimman piirin käytäntöön verrattuna. Psykoosilääkityksen keskimääräisten kustannusten vaihteluväli on toista tuhatta markkaa. Toisaalta saattaa olla, että intensiivinen lääkehoito tuottaa paremman hoitotuloksen, jolloin muita sairaanhoitokustannuksia voi säästyä.

Lääkkeistä saadaan kiistatonta hyötyä. Esimerkiksi nykyaikainen kirurgia olisi mahdotonta ilman anestesia-aineita tai puudutteita. Hormoneilla voidaan korvata puutteellisesti toimivien rauhasen toimintaa, mikä on välttämätöntä mm. tyypin 1 diabeteksen, kilpirauhasen vajaatoiminnan, kasvuhormonin puutoksen tai aivolisäkkeen muiden toimintahäiriöiden hoidossa. Hemofiliapotilaat tarvitsevat välttämättä erilaisia veren hyytymiseen vaikuttavia aineita. Antibiooteilla voidaan tappaa hengenvaarallisia bakteereita.

Väestötasolla lääkkeiden hyödyt voivat ilmetä myönteisinä muutoksina terveydentilassa tai elämän laadussa: työ- ja toimintakyky paranevat fyysisen suorituskyvyn kohentuessa ja psyykkisen tilan tasapainottuessa. Muutoksia voi ilmetä myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä sosiaaliturvan tarpeessa: sairaalahoidon tai muun laitoshoidon tarve voi vähetä, erityisesti vanhusten omatoimisuus parantua ja heikentyneen työkyvyn kompensointiin tarkoitettujen varojen, kuten eläkkeiden ja sairauspäivärahojen, tarve vähetä.

## Tulevaisuudennäkymiä

- *ikäntyminen*
- *uudet lääkkeet*

Suomalainen väestö vanhenee lähivuosina olennaisesti ns. suurten ikäluokkien ikääntyessä ja vanhimpien ikäluokkien eliniän edelleen pidentessä. Tämä johtaa monien pitkäaikaissairauksien, kuten osteoporoosin, dementian ja nivelrikon, yleistymiseen ja niiden hoidossa tarvittavien lääkkeiden käytön lisääntymiseen.

Myös lääkehoito jatkaa kehityskulkuaan, ja esimerkiksi syövän, Alzheimerin taudin ja HIV-infektioiden hoitoon saatetaan saada yhä paremmin tehoavia lääkkeitä. Samalla lääkekustannukset tulevat edelleen kasvamaan, kuten käy terveydenhuollon kustannuksille yleensäkin. Edessä onkin syvenevä ristiriita tarjolla olevien hoitomahdollisuuksien sekä yhteiskunnan ja potilaiden maksukyvyn välil-

## 67. Lääkkeiden yhteiskunnallinen merkitys

lä, jolloin myös ainekset erityisesti tulojen mukaiseen eriarvoisuuteen ovat ilmiselvät.

Uusia lääkkeitä ei läheskään aina kannata alkaa käyttää heti laajamittaisesti. Monen lupaavan lääkemolekyylin tie on katkennut käytön laajetessa esiin tulleisiin haittavaikutuksiin. Lääkeuutuudet synnyttävät myös yhä suurempia kustannuksia potilaiden ja sairausvakuutuksen maksettaviksi. Lääkärin tulisikin olla vakuuttunut uutuu- den terapeuttisesta paremmuudesta aikaisempiin vaihtoehtoihin verrattuna alkaessaan määrätä sitä potilailleen.

Lääkehoidon kehitys korostaa lääkärin roolia järkevän hoidon valinnassa. Olennaista on, että jokainen lääkäri muodostaa itselleen perustellun, omaan potilasmateriaaliin perustuvan lääkevalikoiman, jonka ominaisuudet hän tuntee. Myös apteekkien vastuu ja tehtävät lääkehoidon ohjauksessa ja seurannassa lisääntyvät.

Lääkeyritykset joutuvat hinta- ja korvattavuushakemustensa tueksi esittämään tutkimustuloksia uusilla lääkeaineilla aikaansaata- vista hyödyistä suhteessa kustannuksiin. Lääketaloudellinen ajattelutapa korostuu tulevaisuudessa ja lääkärit kohtaavat tähän liittyvää argumentointia myös lääkeyritysten tiedotuksessa ja muussa markkinoinnissa.

- *terve hitaus*

*Timo Klaukka*