

Leena K. Saastamoinen, Timo Maljanen, Jaana Martikainen,
Maria Valaste ja Hennomari Mikkola

Mitä tapahtui Eksotessa?

Lääkekustannukset sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa



Kirjoittajat

Leena K. Saastamoinen, erikoistutkija, FaT, dos.
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Timo Maljanen, johtava tutkija, VTM
Kelan tutkimus (30.11.2017 asti)
etunimi.lw.sukunimi@gmail.com

Jaana Martikainen, tutkimuspäällikkö, FaT, dos.
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Maria Valaste, erikoistutkija, VTT, dos.
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Hennamari Mikkola, tieto- ja viestintäyksikön päällikkö, KTT, tutkimusprofessori
Kelan tieto- ja viestintäyksikkö
etunimi.sukunimi@kela.fi

Toinen, korjattu painos

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018091735927>

Helsinki 2018

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Tavoitteet	7
3 Aineisto ja menetelmät	7
4 Tulokset.....	10
4.1 Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset	10
4.2 Lääkekustannukset	11
4.2.1 Laitoksiin hankittujen lääkkeiden tukkuhintaisten kustannukset	11
4.2.2 Avohoidon korvattujen reseptilääkkeiden kustannukset.....	11
4.2.3 Lääkekustannukset yhteensä.....	12
4.2.4 Peruskorvattujen lääkkeiden kustannukset	13
4.2.5 Rajoitetusti peruskorvattujen lääkkeiden kustannukset	14
4.2.6 Alemman erityiskorvausluokan lääkkeiden kustannukset	15
4.2.7 Ylemmän erityiskorvausluokan lääkkeiden kustannukset	15
4.2.8 Lääkkeiden vuosiomavastuun ylittäneiden osuudet.....	16
4.2.9 Psykenlääkkeiden sekä syöpälääkkeiden ja immunovasteen muuntajien kustannukset	17
4.3 Palveluasumisen piirissä olevien henkilöiden lääkkeiden rahoitusvastuun siirto Eksotelle ...	18
5 Pohdinta.....	19
6 Päätelmät.....	22
Lähteet	22

TIIVISTELMÄ

Lääkehoitojen kustannuksia rahoittavat pääasiassa sairausvakuutus, kunnat ja potilaat. Lääkkeiden monikanavaisen rahoituksen on esitetty johtavan osaoptimointiin, jolloin rahoitusvastuuta pyritään siirtämään toiselle osapuolelle. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimen (Eksote) alueella sosiaali- ja terveydenhuolto integroitiin vuoden 2010 alussa saman budjetin ja johdon alaisuuteen. Integraation mahdollisia vaikutuksia lääkekustannuksiin ei ole tutkittu aikaisemmin.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli arvioida, miten Eksote-alueen lääkekustannukset muuttuivat integroinnin seurauksena, kun palvelujen järjestämismäärä siirtyi yksittäisiltä kunnilta suuremmalle organisaatiolle rahoitusvastuiden pysyessä muuttumattomina. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin, miten lääkekustannukset muuttuisivat, jos palveluasumisen piirissä olevien potilaiden käyttämien lääkkeiden rahoitusvastuu siirrettäisiin sairausvakuutukselta ja potilailta sote-yksikölle. Raportissa kuvaamme myös muutosta sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksissa.

Integraation vaikutuksia tarkasteltiin vertaamalla Eksote-alueen lääkekustannusten sekä sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannusten kehitystä koko maan sekä kahden erillisistä kunnista koostuvan vertailualueen kustannuskehityksiin. Laitosten lääkekustannusten tarkastelussa käytettiin Lääkehoidon turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean tietoja lääketukku kauppojen tukkuhinta- ja myynnistä laitoksiin vuosina 2003–2015 ja avohoidon reseptilääkkeiden kustannusten tarkastelussa käytettiin Kelan reseptitiedoston tietoja vuosina 2003–2015 korvatuista avohoidon reseptilääkeostoista. Sosiaali- ja terveystoimen kustannustietoina on käytetty tammikuussa 2015 päivitettyjä Sotkanetin tietoja sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista vuosilta 2003–2013.

Kuntien vastuulla olevat laitoshoidon lääkekustannukset näyttivät lisääntyneen integraation aikana Eksote-alueella jonkin verran nopeammin kuin koko maassa. Sairausriskin ja potilaiden vastuulla olevat avohoidon lääkekustannukset kehittyivät sen sijaan integraation aikana Eksote-alueella saman tyyppisesti kuin vertailualueilla. Kuntien vastuulla olevien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannusten kasvu hidastui integraation aikana. Palveluasumisen piirissä olevien henkilöiden lääkkeiden rahoitusvastuun siirto sote-yksiköille merkitsisi huomattavia säästöjä potilaille. Julkisen sektorin rahoituksen määrää siirto – kun verojen vaikutus huomioidaan – puolestaan kasvattaisi selvästi edellyttäen, että kilpailutuksen seurauksena lääkkeiden hinnat eivät jäisi olennaisesti tukkuhintoja alhaisemmiksi.

Avainsanat: lääkkeet, lääkehoito, kustannukset, rahoitus, sairausvakuutus, monikanavaisuus, laitoshoido, avohoido, potilaat, asumispalvelut, kunnat, sosiaali- ja terveysalueet, alueelliset erot, vertaileva tutkimus, Etelä-Karjala, Suomi

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeimmät rahoittajat ovat tällä hetkellä kunnat ja valtio järjestämisvastuun ollessa pääosin kunnilla (L 1326/2010; L 1301/2014; STM 2015a). Kuntien ja valtion rahoitusta täydentävät kotitaloudet, Kela, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt (Sepälä ja Pekurinen 2014). Kelan toimeenpanema sairausvakuutus täydentää erityisesti terveydenhuollon rahoitusta.

Lääkkeitä rahoittavat pääasiassa potilaat, sairausvakuutus ja kunnat, jälkimmäiset osin valtiolta saamiensa valtionosuuksien turvin. Avohoidossa käytettävistä sairausvakuutuskorvauksen piiriin kuuluvista lääkkeistä sairausvakuutus korvaa osan, ja potilaat maksavat lääkkeen hinnan ja sairausvakuutuskorvauksen välisen erotuksen. Korvausjärjestelmään kuulumattomat valmisteet ja itsehoitolääkkeet potilaat rahoittavat pääasiassa itse. Laitoshoidossa olevilta potilailta ei peritä erillistä maksua heidän käyttämistään lääkkeistä vaan lääkekustannukset sisältyvät hoitopäivämaksuun, joten rahoitusvastuu laitoksissa käytettävistä lääkkeistä kuuluu kunnille. Toimeentulotuen, yksityisten vakuutusyhtiöiden ja työnantajien rahoitusosuus lääkekustannuksista on hyvin pieni.

Sairausvakuutuskorvauksen piiriin kuuluvien avohoidon lääkkeiden hinnat vahvistaa Lääkkeiden hintalautakunta lääkkeen myyntiluvan haltijan hakemuksen perusteella (tietolaatikko). Laitoksiin lääkkeet hankitaan keskitetyn kilpailutusmenettelyn kautta siten, että useat sairaanhoitopiirit hankkivat lääkkeet yhdessä (Iso-Mustajärvi 2016). Vuonna 2015 lääkkeiden kokonaismyynnin arvo oli Suomessa noin 3,0 miljardia euroa (540 euroa asukasta kohden), mikä oli 15 % terveydenhuollon käyttömenojen kokonaismäärästä (Fimea ja Kela 2016; THL 2017). Avohoidossa käytettyjen reseptilääkkeiden osuus lääkkeiden kokonaiskustannuksista oli 70 %, itsehoitolääkkeiden 11 % ja laitoksissa käytettyjen lääkkeiden osuus 19 %. Sairausvakuutuksen rahoitusosuus kokonaiskustannuksista oli 47 %, potilaiden 34 % ja kuntien 19 % (Fimea ja Kela 2016). Vuodesta 2011 vuoteen 2015 lääkekustannukset kasvoivat vuosittain keskimäärin 2,5 % (Fimea ja Kela 2016), mikä on hieman vähemmän kuin terveydenhuollon muiden käyttökustannusten keskimääräinen kasvu (3,0 %) kyseisellä ajanjaksolla (THL 2017).

Tietolaatikko. Lääkkeiden hinnan määräytyminen.

Avohoidon lääkkeet

Avohoidossa käytettävän lääkkeen myyntiluvan haltijan pitää hakea lääkkeelle peruskorvattavuutta ja kohtuullisen tukkuhinnan vahvistamista Lääkkeiden hintalautakunnalta (Hila) (L 1224/2004). Uuden lääkkeen hintahakemukseen tarvitaan muun muassa tiedot lääkkeen hoidollisesta arvosta, annoksesta, lääkehoidon kustannuksesta, arvio myynnistä ja potilasmäärästä, lääkkeen hinnat muissa Euroopan talousalueen maissa sekä terveystaloudellinen selvitys. Hinnan kohtuullisuutta arvioitaessa huomioidaan saman sairauden hoitoon käytettävien vastaavien lääkkeiden hinnat Suomessa, valmisteen hinnat muissa Euroopan talousalueen maissa, lääkkeen hoitokustannukset ja saavutettavat hyödyt, muiden hoitovaihtoehtojen hyödyt ja kustannukset sekä korvauksiin käytettävissä olevat varat.

Lääkkeiden hankinta laitoksiin

Laitosten lääkkeet hankitaan kilpailutusmenettelyllä hankintalain (L 348/2007) mukaisesti, ja hankittavan lääkkeen hinta määräytyy kilpailutuksessa. Eri sairaalat ja sairaanhoitopiirit muodostavat yhdessä hankintarenkaita, joita vuonna 2011 oli Suomessa seitsemän (Havo 2013). Hankintarenkaan vastaava yksikkö, yleensä jokin sairaala-apteekki, tekee kilpailutustyön kaikkien osallistuvien yksiköiden puolesta. Hankittavat lääkkeet päätetään eri yksiköiden peruslääkevalikoimien perusteella. Keskeinen valintakriteeri on kokonaistaloudellisuus, johon vaikuttavat paitsi lääkkeen hinta, myös muun muassa lääkitysturvallisuus, käyttöönottokustannukset ja käyttöympäristöön soveltuvuus. Hankintasopimukset hankkijoiden ja tarjoajien välillä tehdään yleensä kahdeksi tai kolmeksi vuodeksi.

Monikanavaisen rahoituksen on esitetty tuovan lääkehuoltoon monenlaisia ongelmia (OECD 2005; Mossialos ja Srivastava 2008; THL:n asiantuntijaryhmä 2010). On esimerkiksi esitetty, että lääkkeiden rahoitusvastuuta saatetaan siirtää kunnilta sairausvakuutukselle määräämällä potilaalle sairaalassa annettavan halvemman valmisteen asemesta apteekista ostettava kalliimpi avohoidossa käytettävä lääkevalmiste, jolloin kyseisen lääkkeen kustannukset siirtyvät oman toimintayksikön kustannusvastuulta potilaan ja sairausvakuutuksen rahoitettaviksi. Tätä on kutsuttu osaoptimoinniksi. On myös epäilty, että avohoidon lääkkeiden korvattavuus- ja hintapäätökset tekevällä Lääkkeiden hintalautakunnalla ei olisi riittäviä kannusteita tai mahdollisuuksia huomioida päätöstensä vaikutuksia terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin (THL:n asiantuntijaryhmä 2010; Räsänen ja Roine 2011). Osaoptimoinnin tutkimiseen on hankala laatia luotettavia tutkimusasetelmia, eikä osaoptimoinnista ole Suomessa juurikaan tutkimustietoa.

Hallituspuolueet sopivat maaliskuussa 2014 yhdessä oppositiopuolueiden kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksesta eli niin sanotusta sote-uudistuksesta, jossa yhtä kuntaa laajemmat sote-alueet järjestäisivät alueensa kaikki julkiset sosiaali- ja terveystalvet (Valtioneuvosto 2014). Tarkoitus on integroida kunkin sote-alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhteisen budjetin ja johdon alaisuuteen. Terveystalvetuissa tämä tarkoittaisi myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integrointia. Lakiuudistuksen eduskuntakäsittely kuitenkin raukesi syksyllä 2014, ja sote-uudistuksen toteutus siirtyi Juha Sipilän toukokuussa 2015 työnsä aloittaneelle hallitukselle.

Sote-uudistus on yksi hallituskauden tärkeimmistä rakenteellisista uudistuksista (STM 2015a). Kuitenkin tätä kirjoitettaessa vuoden 2018 alkupuoliskolla useita sote-uudistukseen liittyviä seikkoja oli vielä ratkaisematta. Toistaiseksi ei ole tehty päätöksiä siitä, miten avohoidossa käytettävien korvattavien lääkkeiden kustannusten rahoittaminen järjestetään. Sote-uudistuksen yksi keskeinen tavoite on sosiaali- ja terveydenhuollosta aiheutuvien kustannusten hallinta. Jotakin laskelmia on tehty siitä, miten uudistus tulisi mahdollisesti vaikuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin (THL 2013; Kinnula ym. 2015), mutta sitä, miten uudistus mahdollisesti vaikuttaisi lääkekustannuksiin, ei ole tarkemmin selvitetty. Hallituksen maaliskuussa 2017 julkaistussa sote-uudistusta koskevassa esityksessä on kuitenkin arvioitu, että lääkkeissä ja lääkinnällisissä kulutustuotteissa säästömahdollisuus on 10 % (HE 15/2017).

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalpiirin (Eksote) alueella sosiaali- ja terveydenhuolto on integroitu vuoden 2010 alusta alkaen, joten alue tarjoaa mahdollisuuden arvioida integraation vaikutuksia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin että lääkekustannuksiin. Eksote-alueeseen kuuluu yhdeksän Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntaa: Imatra, Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Eksote vastaa alueen julkisista terveystalvetuista, sosiaali- ja perhepalvetuista ja ikäihmisten palvetuista (Eksote 2014). Imatralta oli Eksotessa mukana vuoden 2015 loppuun asti vain erikoissairaanhoido ja kehitysvammaisten erityishuolto, mutta vuoden 2016 alusta myös Imatran muut sote-palvetut integroitiin Eksoteen (Imatran kaupunginvaltuuston pöytäkirja 2015). Lappeenrannassa, Lemillä, Luumäellä, Parikkalassa, Rautjärvellä, Ruokolahdella, Savitaipaleella ja Taipalsaarella oli vuoden 2013 lopussa yhteensä 104 083 asukasta, noin 2 % koko Suomen asukasluvusta. Imatran asukasluku oli vuoden 2013 lopussa 28 243.

2 TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on arvioida, miten sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ja palvelujen järjestämisvastuun siirto yksittäisiltä kunnilta suuremmalle organisaatiolle on vaikuttanut alueen lääkekustannuksiin, jos rahoitusvastuut pysyvät muuttumattomina eli potilaat ja sairausvakuutus rahoittavat koko ajan avohoidossa käytettävät lääkkeet ja kunnat laitoksissa annettavat lääkkeet. Tutkimuksessa arvioidaan myös, miten lääkkeiden rahoitusvastuun siirtäminen sairausvakuutukselta ja potilailta sote-yksikölle vaikuttaisi palveluasumisen piirissä olevien väestöryhmien käyttämien lääkkeiden hankintakustannuksiin. Tautitietona tarkastellaan myös, millä tavoin kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset ovat muuttuneet integraation aikana.

Tarkemmat tavoitteet ovat

1. selvittää, miten seuraavat kustannukset ovat muuttuneet sosiaali- ja terveydenhuollon integraation aikana verrattuna siihen, mikä tilanne oli ennen integraatiota:

- sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset
- laitoksissa käytettyjen lääkkeiden kustannukset
- sairausvakuutuksen korvaamat avohoidossa käytettyjen lääkkeiden kustannukset siten, että tarkastellaan
 - kaikkia korvattuja lääkkeitä
 - lääkkeitä korvausluokittain
 - niiden henkilöiden osuutta, joiden lääkkeistä maksamat omavastuut ylittävät vuosiomavastuun (nk. lääkekaton)
 - psyykenlääkkeitä sekä syöpälääkkeitä ja immunovasteen muuntajia

2. arvioida, miten palveluasumisessa olevien henkilöiden lääkkeiden rahoitusvastuun siirto Eksotelle vaikuttaisi lääkekustannuksiin, jos oletetaan, että Eksote hankkisi palveluasumisen piirissä olevien lääkkeet ja saisi ne tukkuhintaisten.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

Muutoksia kustannuskehityksissä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation aikana pyrittiin selvittämään vertaamalla Eksote-alueen lääkekustannusten sekä sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannusten kehitystä koko maan sekä kahden vertailualueen kustannuskehityksiin. Lääkekustannusten tarkastelu kattoi vuodet 2003–2015 ja sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannusten tarkastelu vuodet 2003–2013. Kustannuksia tarkasteltiin käyvin hinnoin. Arvio palveluasumisessa olevien henkilöiden lääkkeiden rahoitusvastuun siirtämisestä potilailta ja sairausvakuutukselta sote-organisaatiolle perustui Eksoten vuoden 2013 tilanteeseen.

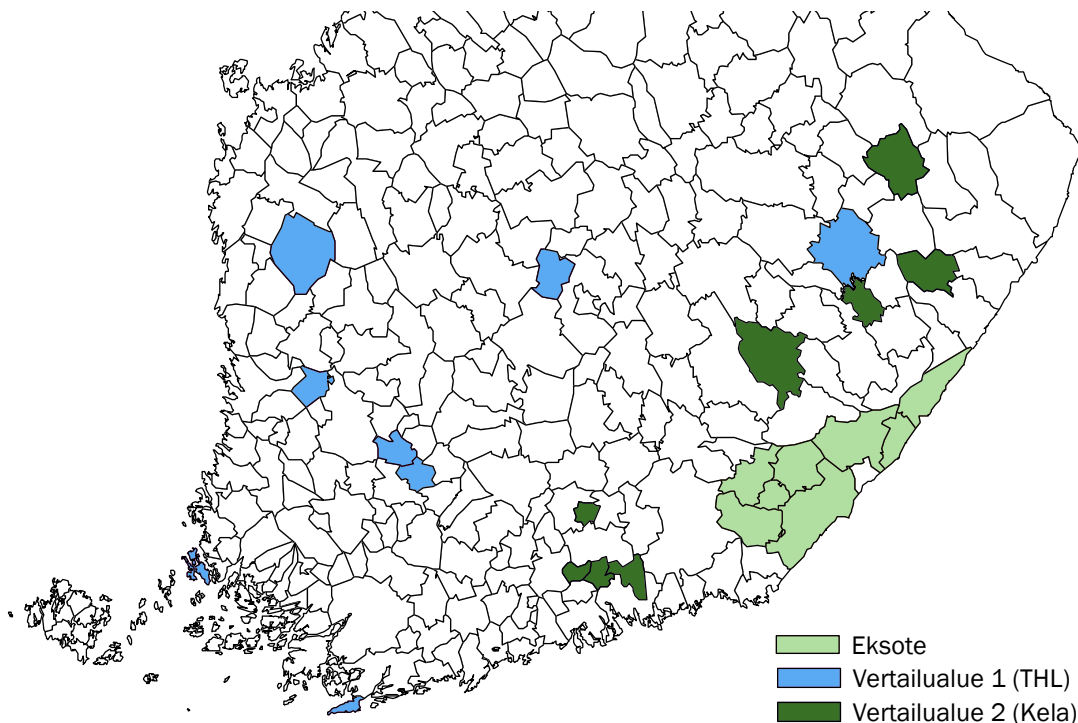
Eksote-alueen vertailualueiksi valitut kaksi pienempää vertailualueetta on muodostettu siten, että kullekin Eksote-alueen kunnalle, Imatraa lukuun ottamatta, valittiin vertailukunta, joka muistuttaisi mahdollisimman paljon kyseistä Eksote-alueen kuntaa. Siten kumpikin vertailualue muodostui kahdeksasta kunnasta. (Kuvio 1, s. 8.)

Vertailualueeseen 1 kuuluvat samat eri puolilla Suomea sijaitsevaa kahdeksan kuntaa (Akaa, Hanko, Heinävesi, Kauhajoki, Kustavi, Lavia, Petäjävesi ja Vesilahti), joita THL oli käyttänyt aiemmin arvioidessaan sote-uudistuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksiin. THL:n selvityksessä kunnat oli valittu viiden kriteerin perusteella, jotka olivat kunnan asukasluku, naisten osuus väestöstä, 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä, työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus 16–64-vuotiaista sekä työttömien osuus työvoimasta (THL 2013).

Vertailualueen 2 muodostamisen lähtökohtana oli, että vertailukuntien tuli sijaita Eksoten lähialueella eli Etelä-Savon, Itä-Savon, Kymenlaakson tai Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien alueilla, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin eteläosassa (Heinävesi, Kitee, Kontiolahti, Liperi, Oulokumpu, Polvijärvi, Rääkkylä ja Tohmajärvi) tai Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin itäosassa (Askola, Lapinjärvi, Loviisa, Pornainen ja Porvoo).

Näillä alueilla sijaitsevista kunnista valittiin kahdeksan kuntaa käyttäen neljää valintakriteeriä, joista kolme liittyi läheisesti tässä tutkimuksessa tarkasteltaviin kustannuksiin: 1) kunnan terveys- ja sosiaalitoimen käyttökustannukset (poisluettuna lasten päivähoitokustannukset) asukasta kohden vuonna 2009, 2) Kelan terveystuntien ikävakioiden sairastavuusindeksilukema kunnassa vuonna 2009 ja 3) korvattujen reseptilääkkeiden kustannukset kunnassa asukasta kohden vuonna 2009. Neljäntenä kriteerinä oli kunnan asukasluku. Vertailualueen 2 kunniksi valikoituivat Enonkoski, Juva, Lahti, Lapinjärvi, Myrskylä, Polvijärvi, Pukkila ja Rääkkylä.

Kuvio 1. Eksote-alueen sekä vertailualueiden 1 ja 2 kuntien sijainnit.



Sosiaali- ja terveystoimen kustannustietoina on käytetty tammikuussa 2015 päivitettyjä Sotkanetin tietoja sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista vuosilta 2003–2013. Käyttökustannustiedoista on poistettu lasten päivähoitoon liittyvät kustannuserät. Avohoidossa käytettyjen lääkkeiden kustannukset eivät sisälly sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksiin.

Laitosten lääkekustannusten tarkastelussa on käytetty Lääkehoidon turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean tietoja lääketukkukauppojen myynnistä laitoksiin vuosina 2003–2015. Fimean lääkemyyntitiedostossa lääkkeiden kustannukset perustuvat lääkkeiden tukkuhintoihin, eivät laitosten niistä todellisuudessa maksamiin kilpailutettuihin hintoihin, jotka voivat olla merkittävästikin tukkuhintoja alhaisemmat. Tarkastelussa Eksote-alueen laitoksiin ostettujen lääkkeiden kustannuksia on voitu verrata ainoastaan koko maan laitosmyyntiin. Yksittäisten vertailukuntien laitosten lääkeostotiedot eivät olleet käytettävissä, koska laitosten lääkehuolto on keskitetty alueittain kuntia suurempiin yksiköihin, eivätkä eri kuntien laitoksiin toimitettujen lääkkeiden kustannukset ole eroteltavissa Fimean lääkemyyntitiedostosta.

Avohoidon reseptilääkkeiden kustannusten tarkastelussa käytettiin Kelan reseptitiedoston tietoja vuosien 2003–2015 lopussa Eksotessa ja vertailualueilla asuneiden henkilöiden korvatuista avohoidon reseptilääkeostoista. Lääkkeiden kokonaiskustannusten lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin erikseen kustannuskehitystä lääkkeiden eri korvausluokissa (peruskorvaus, alempi erityiskorvaus ja ylempi erityiskorvaus) sekä psyykenlääkkeiden (ATC-luokat N05A, N05B, N05C ja N06A) että syöpälääkkeiden ja immunovasteen muuntajien kustannuksissa (ATC-luokka L).

Psyykenlääkkeiden kustannukset otettiin tarkasteluun, koska Eksotessa oli integraatiossa erityisesti kiinnitetty huomiota mielenterveyspalvelujen järjestämiseen ja lisätty psykiatrasta avohoittoa (Savolainen 2013). Syöpälääkkeiden kustannuksia tarkasteltiin toisaalta sen vuoksi, että myös syövän hoidossa kustannusten painopiste on muuttunut laitoshoidosta avohoitokäynteihin ja avohoidon lääkehoitoon (Torkki ym. 2018), mutta myös siksi, että syöpälääkkeiden kustannukset ovat usein korkeat. Avohoidon lääkekustannusten lisäksi tässä tutkimuksessa on selvitetty, ovatko lääkekustannusten vuosiomavastuun (601,15 euroa vuonna 2003 ja 616,62 euroa vuonna 2015) ylittäneiden potilaiden määrät muuttuneet integraation aikana. Avohoidon lääkekustannuksista on käytetty niiden arvonlisäverollisia vähittäismyyntihintoja.

Imatra on jätetty pois sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannusten ja avohoidon lääkekustannusten tarkasteluista, koska vain sen erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuolto oli integroitu muun Eksote-alueen palvelujen kanssa. Sen sijaan laitoshoidon lääkekustannuksia tarkasteltaessa Imatra on mukana, koska Imatran laitosten lääkehuolto yhdistyi Lappeenrannan keskussairaalan lääkehuollon kanssa vuonna 2005, eikä Imatran laitosten lääkekustannuksia siten voi erottaa Lappeenrannan laitosten lääkekustannuksista.

Palveluasumisen piirissä olevat henkilöt katsotaan tällä hetkellä avohoidossa oleviksi, ja he ostavat lääkkeensä apteekista ja saavat niihin sairausvakuutuskorvausta. Jos palveluasumisen piirissä olevien henkilöiden lääkkeiden hankinta olisi kunnan tai sote-yksikön vastuulla, kunta tai sote-yksikkö maksaisi ostamistaan lääkkeistä tukkuhinnan tai kilpailutuksen takia mahdollisesti vähemmän. Tutkimuksessa on laskettu, kuinka paljon palveluasumisen piiriin kuuluvien

henkilöiden lääkekustannuksissa olisi Eksote-alueella säästetty vuonna 2013, jos lääkkeitä maksettaisiin niiden tukkuhinta. Vuoden 2013 tiedot kuntalaisten kuulumisesta palveluasumisen piiriin saatiin Eksoten asiakastiedoista. Lääkkeiden tukkuhinnat poimittiin Kelan lääkehinnastosta. Laskelmassa ei ole huomioitu Eksotelle lääkkeiden hankkimisesta ja jakelusta syntyviä kustannuksia eikä kilpailutuksen vaikutuksia lääkkeiden hintoihin.

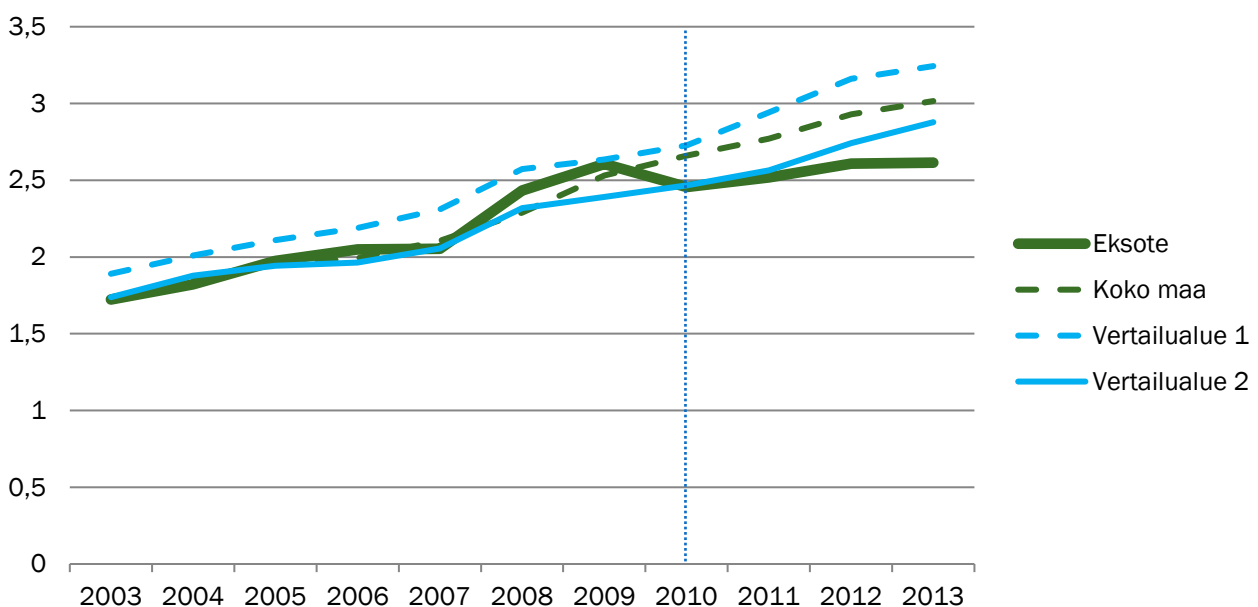
4 TULOKSET

4.1 Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset

Kunnallisen sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset kasvoivat koko maassa 9,2 miljardista eurosta 16,4 miljardiin euroon vuosien 2003–2013 aikana. Kasvu oli vuosittain keskimäärin 6,2 %. Eksote-alueen käyttökustannukset olivat vuosittain noin 2,0–2,1 % koko maan käyttökustannuksista vuoteen 2009 saakka, ja 1,7–1,8 % integraation aikana vuosina 2010–2013.

Asukaskohtaiset käyttökustannukset kasvoivat tarkastelujakson aikana koko maassa varsin tasaisesti 1 736 eurosta 3 016 euroon. Integraation ensimmäisenä vuonna, vuonna 2010, Eksote-alueen sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset asukasta kohti (2 457 euroa) olivat selvästi edellisvuotta pienemmät (5,7 %), kun muualla käyttökustannukset sen sijaan kasvoivat vuonna 2010 vuoteen 2009 verrattuna: 5,1 % koko maassa, 3,4 % vertailualueella 1 ja 3,1 % vertailualueella 2. Vuoden 2010 jälkeenkin vuosina 2011–2013 käyttökustannusten kasvu oli Eksote-alueella hitaampaa kuin vertailualueilla. Koko integraatioaika huomioden integraatio näyttää jossain määrin hidastaneen sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannusten kasvua. (Kuvio 2.)

Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset (1 000 €) asukasta kohti vuosina 2003–2013.

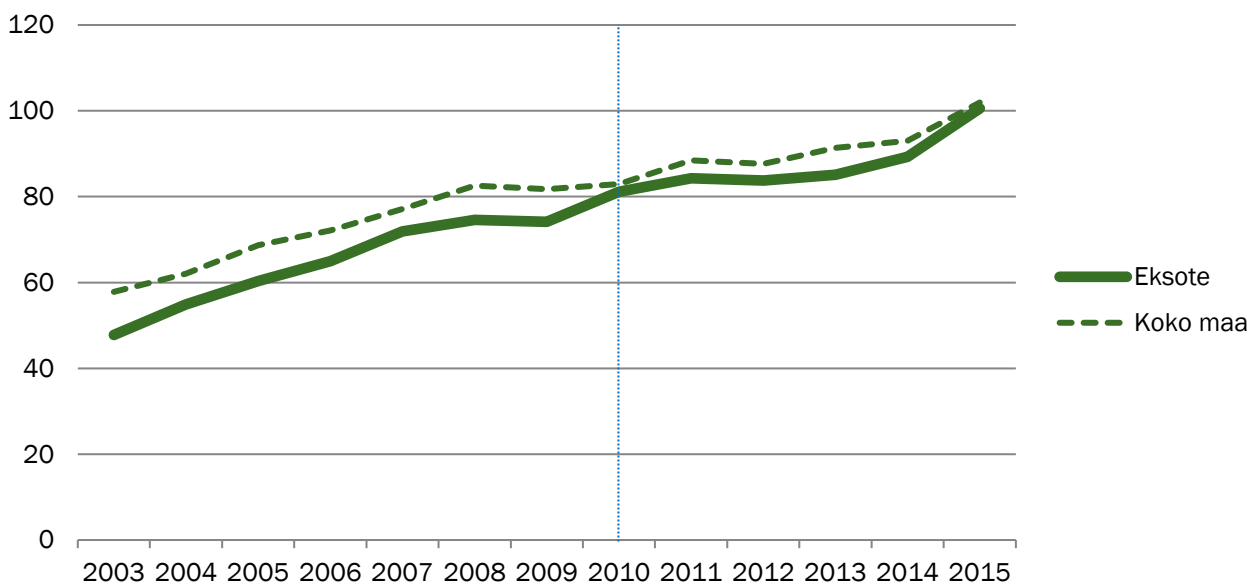


4.2 Lääkekustannukset

4.2.1 Laitoksiin hankittujen lääkkeiden tukkuhintaisten kustannukset

Eksote-alueen laitoksiin hankittujen lääkkeiden tukkuhintaisten vuotuiset kustannukset asukasta kohden kasvoivat 48 eurosta 101 euroon vuosina 2003–2015. Vastaavat kustannukset koko maassa kasvoivat 58 eurosta 102 euroon. Vuosina 2003–2009 Eksote-alueen laitosten vuotuiset asukaskohtaiset lääkekustannukset olivat 6,7–17,4 % pienemmät kuin koko maassa. Vuonna 2010, jolloin integraatio toteutettiin, Eksoten laitosten kustannukset kasvoivat (9,5 %) nopeammin kuin koko maan laitosten kustannukset samaan aikaan (1,5 %), ja tämän jälkeen Eksoten ja koko maan välinen kustannusero on ollut pienempi kuin ennen integraatiota. Vuosina 2014 ja 2015 kustannukset Eksotessa olivat lähes yhtä suuret kuin koko maassa. (Kuvio 3.)

Kuvio 3. Laitoshoidon lääkekustannukset (€) tukkuhinnoin asukasta kohti vuosina 2003–2015.



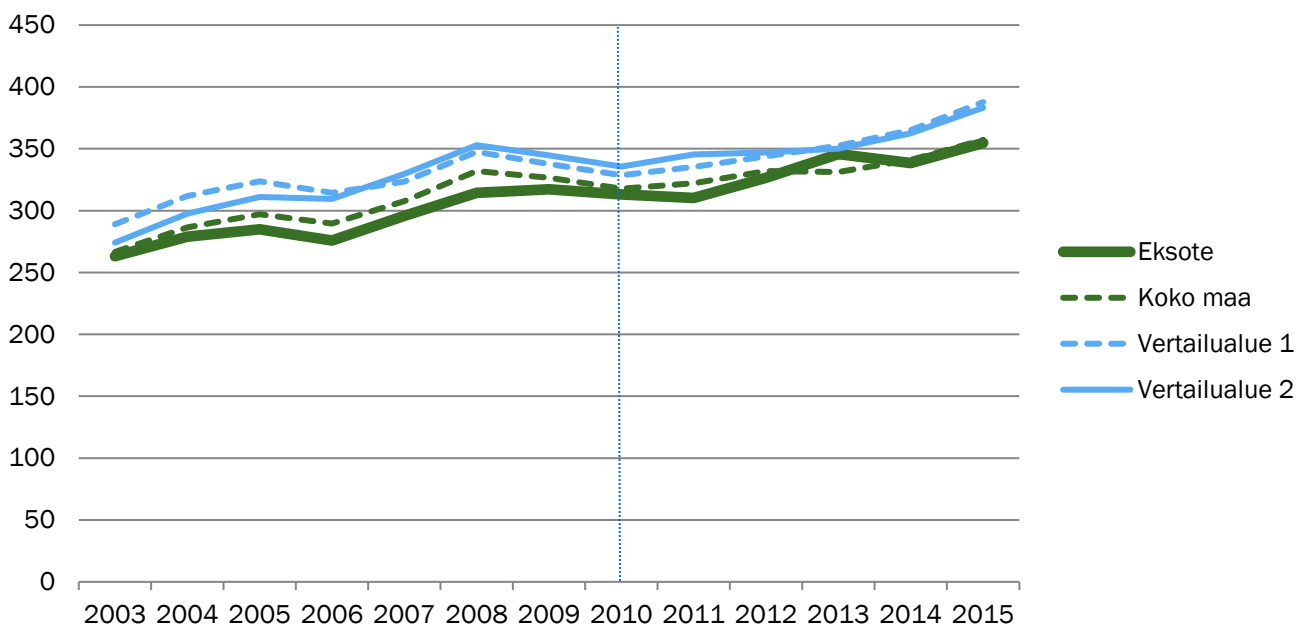
4.2.2 Avohoidon korvattujen reseptilääkkeiden kustannukset

Kaikkien sairausvakuutuksesta korvattujen reseptilääkkeiden kustannukset olivat vuosina 2003–2015 Eksote-alueella vuosittain 27–37 miljoonaa euroa. Eksote-alueen kustannusten osuus koko maan reseptilääkkeiden kustannuksista pysyi koko tarkastelujakson ajan 1,9–2,0 %:ssa.

Ennen integraatiota avohoidon lääkekustannukset asukasta kohti olivat Eksote-alueella pienemmät kuin vertailualueilla. Koko maan kustannuksiin verrattuna Eksote-alueen kustannukset olivat vuosina 2003–2009 keskimäärin 3,6 % pienemmät. Ero oli 9,7 % vertailualueeseen 1 ja 8,5 % vertailualueeseen 2. Vuonna 2010 lääkekustannukset olivat Eksote-alueella 6,7 % pienemmät kuin vuotta aikaisemmin, mutta kustannukset pienenevät samaan aikaan myös muilla alueilla (5,9–7,8 %). Vuonna 2011 kustannukset pienenevät edelleen Eksote-alueella, kun muilla alueilla kustannukset sitä vastoin kasvoivat. Vuosina 2012 ja 2013 Eksote-alueen kustannukset kasvoivat kuitenkin selvästi nopeammin kuin muualla, ja vuonna 2013 Eksote-

alueen kustannukset (346 euroa) ylittivät koko maan asukaskohtaiset kustannukset (331 euroa) ja olivat lähes yhtä suuret kuin vertailualueiden 1 ja 2 kustannukset (350 euroa ja 352 euroa). Tarkastelujakson viimeisenä vuonna, vuonna 2015, Eksote-alueen kustannukset olivat 8,5 % pienemmät kuin vertailualueen 1 kustannukset, 7,4 % pienemmät kuin vertailualueen 2 kustannukset ja samalla tasolla koko maan kustannusten kanssa. Avohoidossa käytettyjen lääkkeiden kustannukset kehittyivät siis Eksote-alueella ennen integraatiota samalla tavoin kuin vertailualueilla. Integraation aikana vuotuiset muutokset Eksote-alueen kustannuksissa poikkesivat kuitenkin jonkin verran muutoksista vertailualueilla, mutta koko integraatioaika huomioiden Eksote-alueen kustannusten voidaan katsoa kehittyneen varsin saman tyyppisesti kuin vertailualueilla. (Kuvio 4.)

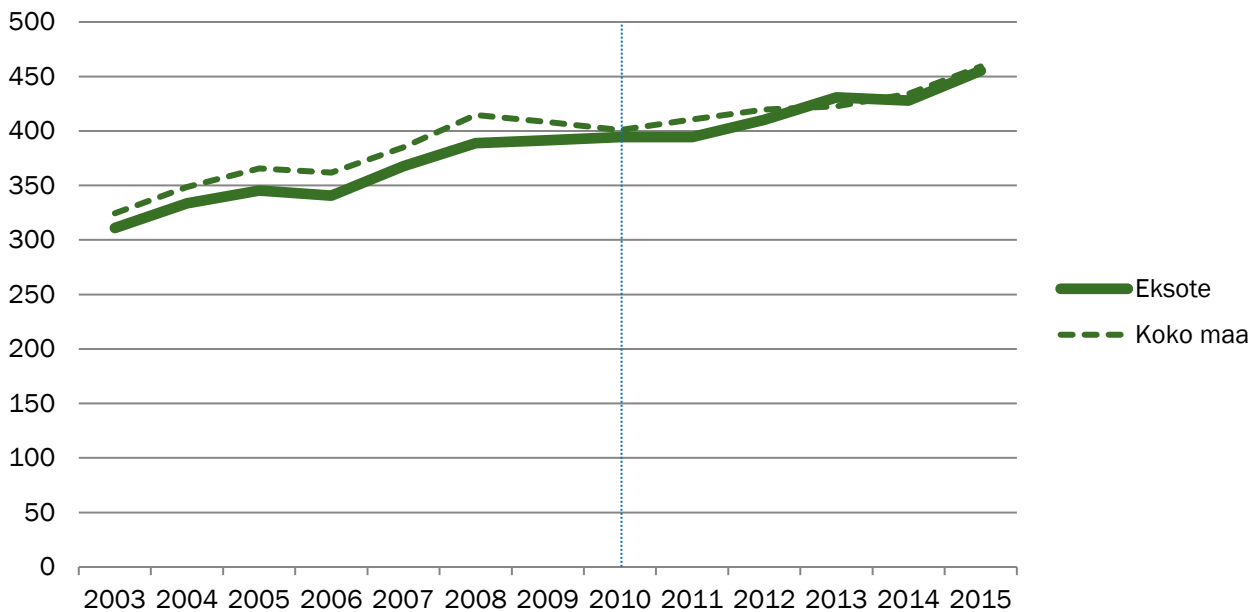
Kuvio 4. Avohoidon lääkekustannukset (€) asukasta kohti vuosina 2003–2015.



4.2.3 Lääkekustannukset yhteensä

Avohoidon reseptilääkkeiden ja laitoksissa käytettyjen lääkkeiden yhteenlasketut kustannukset asukasta kohti olivat Eksote-alueella ennen integraatiota vuosina 2003–2009 vuosittain 4,1–6,2 % pienemmät kuin koko maassa. Integraation aikana, vuotta 2013 lukuun ottamatta, yhteenlasketut lääkekustannukset ovat olleet Eksote-alueella pienemmät kuin koko maassa, mutta ero on selvästi pienempi kuin ennen integraatiota. Vuonna 2015 Eksote-alueen lääkekustannukset olivat asukasta kohden 0,9 % pienemmät kuin kustannukset koko maassa (455 euroa vs. 459 euroa). (Kuvio 5, s. 13.)

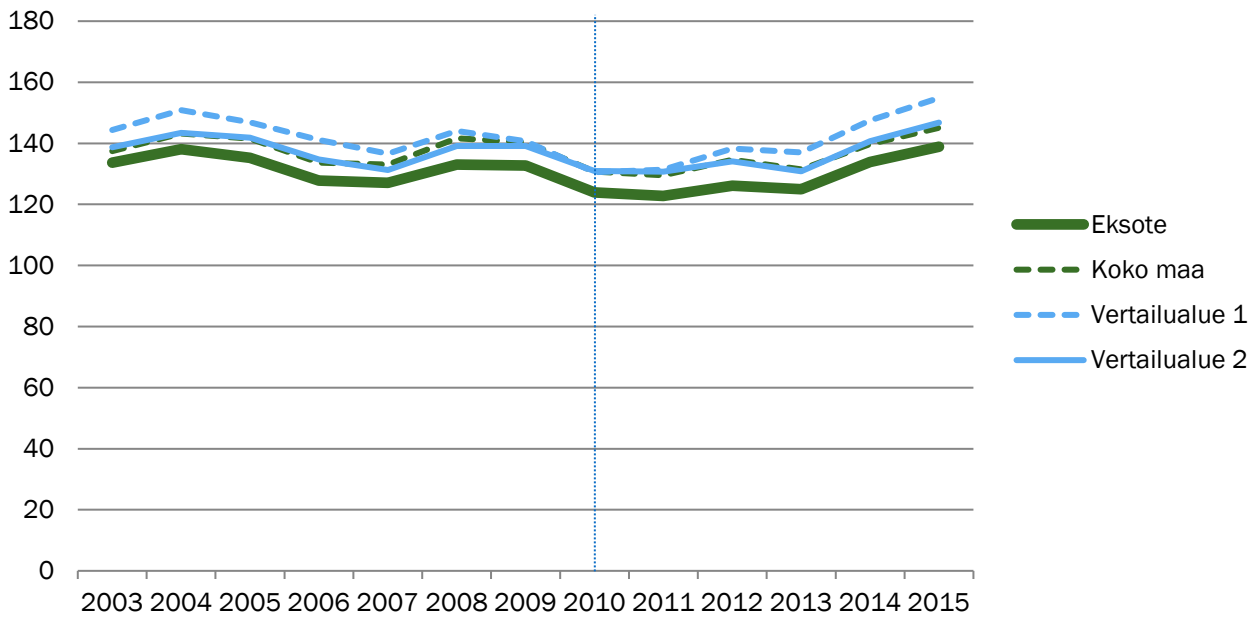
Kuvio 5. Lääkekustannukset (€) yhteensä asukasta kohti vuosina 2003–2015.



4.2.4 Peruskorvattujen lääkkeiden kustannukset

Peruskorvattujen lääkkeiden vuotuiset kustannukset asukasta kohti muuttuivat tarkastelluilla neljällä alueella vuosina 2003–2015 varsin yhdenmukaisella tavalla: Eksote-alueella kustannukset olivat koko ajan kaikkein pienimmät ja vertailualueella 1 suurimmat ja koko maan ja vertailualueen 2 kustannukset olivat lähellä toisiaan. Integraation aikana Eksote-alueen ja muiden alueiden välinen kustannusero kasvoi jonkin verran, sillä ennen integraatiota Eksote-alueen kustannukset olivat vuosittain keskimäärin 6,18 euroa (4,5 %) pienemmät kuin koko maassa, kun integraation aikana ero oli 6,71 euroa (5,0 %). Vertailualueeseen 1 nähden kustannusero oli ennen integraatiota 10,99 euroa (7,6 %) ja integraation aikana 11,45 euroa (8,1 %), ja vertailualueeseen 2 nähden ero ennen integraatiota oli 5,80 euroa (4,2 %) ja integraation aikana 7,05 euroa (5,2 %). (Kuvio 6, s. 14.)

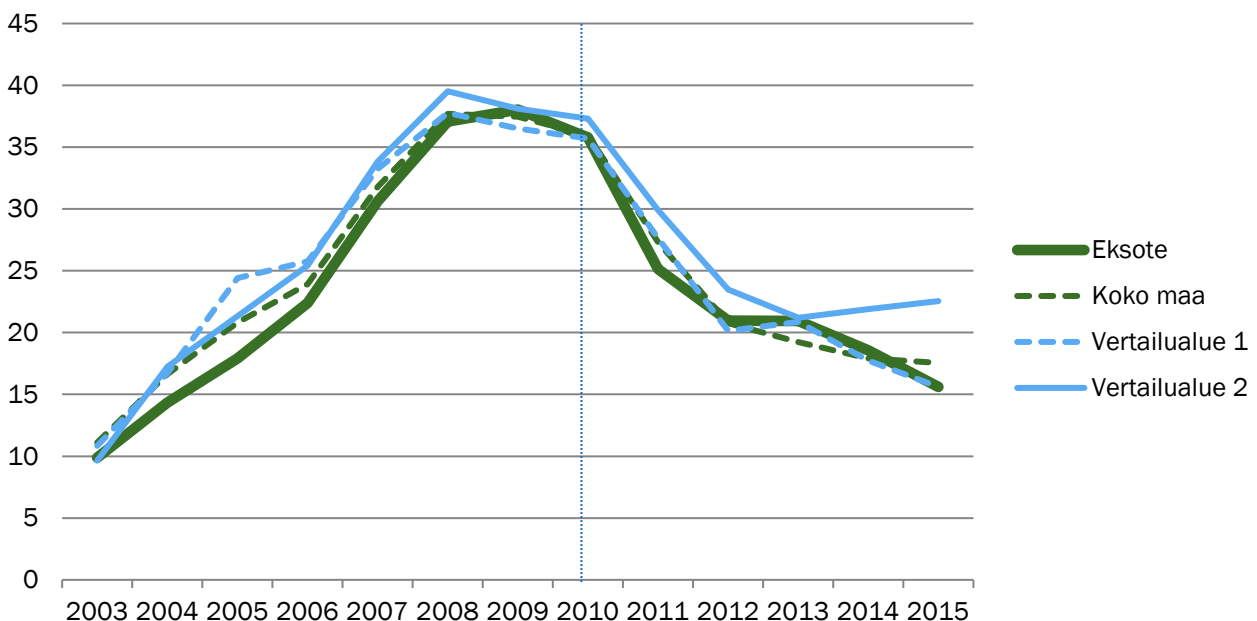
Kuvio 6. Avohoidossa käytettyjen peruskorvausluokkaan kuuluneiden lääkkeiden kustannukset (€) asukasta kohti vuosina 2003–2015.



4.2.5 Rajoitetusti peruskorvattujen lääkkeiden kustannukset

Sekä Eksote-alueella, koko maassa että vertailualueilla 1 ja 2 rajoitetusti peruskorvattujen lääkkeiden asukaskohtaiset kustannukset kasvoivat voimakkaasti vuodesta 2003 vuoteen 2008. Vuosina 2009 ja 2010 kustannukset pienenevät hieman, ja muutos vauhdittui selvästi vuonna 2011. Eksote-alueen kustannukset olivat tarkastellun ajanjakson 2003–2015 useimpina vuosina varsin lähellä muiden alueiden kustannuksia eli myös integraation aikana rajoitetusti peruskorvattujen lääkkeiden kustannukset muuttuivat Eksote-alueella kuten muillakin alueilla. Tässä ryhmässä on paljon erityisen kalliita lääkkeitä. (Kuvio 7.)

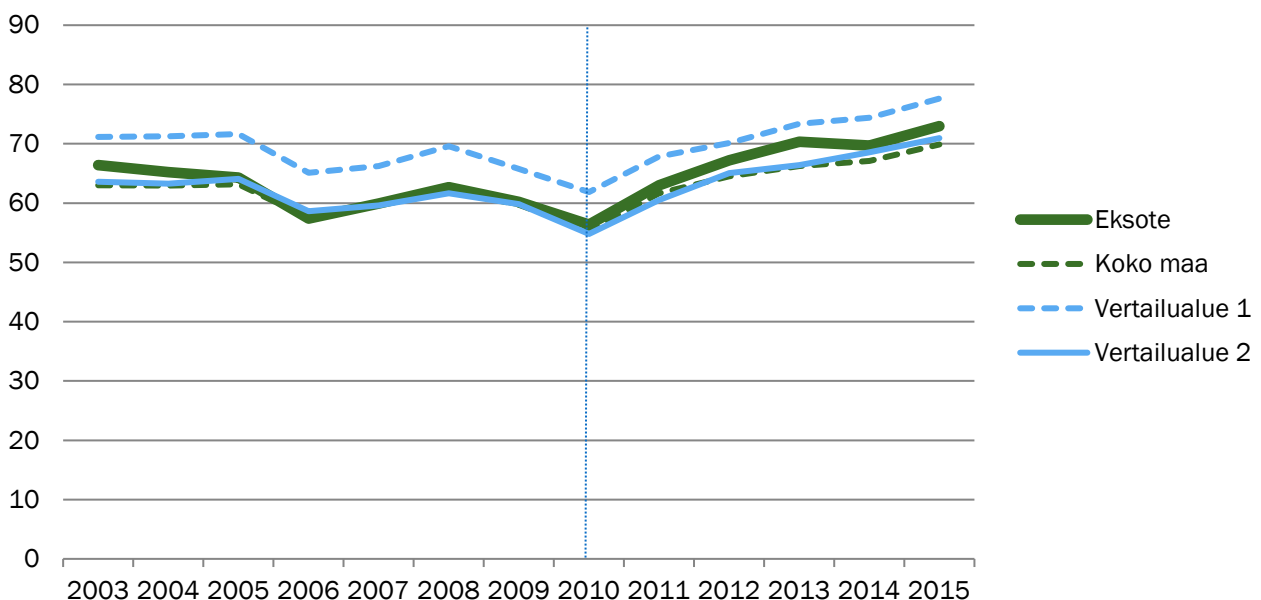
Kuvio 7. Avohoidossa käytettyjen rajoitetusti peruskorvattujen lääkkeiden kustannukset (€) asukasta kohti vuosina 2003–2015.



4.2.6 Alemman erityiskorvausluokan lääkkeiden kustannukset

Integraatiota edeltäneinä viitenä vuonna, vuosina 2005–2009, alemman erityiskorvausluokan lääkkeiden asukaskohtaiset kustannukset olivat Eksote-alueella (57–64 euroa) hyvin lähellä koko maan (57–63 euroa) ja vertailualueen 2 vastaavia kustannuksia (59–64 euroa). Vertailualueeseen 1 nähden Eksote-alueen kustannukset olivat ennen integraatiota vuosittain keskimäärin 6,39 euroa (9,3 %) pienemmät. Integraation aikana kustannukset kasvoivat Eksote-alueella nopeammin kuin muualla, sillä vuodesta 2010 alkaen Eksote-alueen kustannukset olivat vuosittain korkeammat kuin koko maan ja vertailualueen 2 kustannukset, ja toisaalta ero vertailualueeseen 1 supistui siten, että vuosina 2010–2015 Eksote-alueen kustannuksia olivat vuosittain keskimäärin 4,28 euroa (6,1 %) pienemmät kuin vertailualueen 1 kustannukset. Alemmassa erityiskorvausluokassa korvataan pääasiassa sydän- ja verisuonitautien sekä astman hoidossa käytettäviä lääkkeitä. (Kuvio 8.)

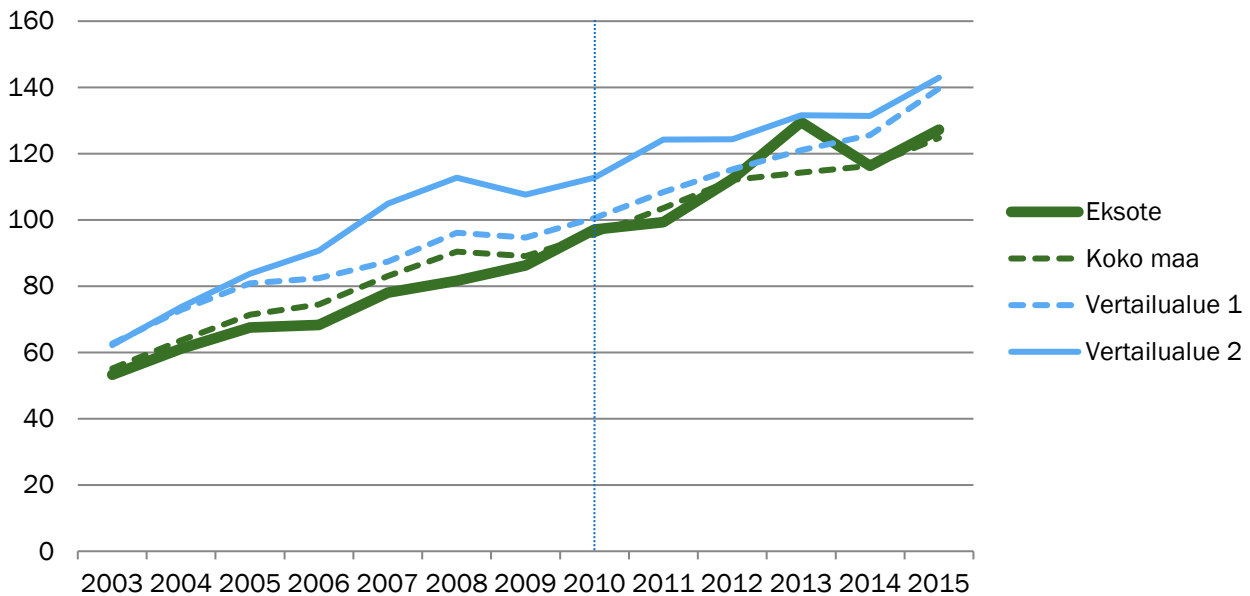
Kuvio 8. Avohoidossa käytettyjen alemmaan erityiskorvausluokkaan kuuluneiden lääkkeiden kustannukset (€) asukasta kohti vuosina 2003–2015.



4.2.7 Ylemmän erityiskorvausluokan lääkkeiden kustannukset

Ylemmän erityiskorvausluokkaan kuuluneiden lääkkeiden asukaskohtaiset kustannukset kasvoivat Eksote-alueella ennen integraatiota suhteellisen tasaisesti, keskimäärin 8,4 % vuodessa, ja ne olivat selvästi pienemmät kuin kustannukset vertailualueilla 1 ja 2 sekä jonkin verran pienemmät kuin kustannukset koko maassa. Integraation aikana kustannukset sen sijaan kehittyivät Eksote-alueella vuosittain hyvin epätasaisesti, sillä vuosina 2012 ja 2013 Eksote-alueen kustannukset kasvoivat poikkeuksellisen paljon (13,1 % ja 15,3 %), mutta toisaalta vuonna 2014 ne pienenevät tuntuvasti (10,2 %). Integraatio ei näytä muuttaneen tilannetta siinä suhteessa, että integraation aikana – vuotta 2013 lukuun ottamatta – Eksote-alueen asukaskohtaiset kustannukset pysyivät pienempinä kuin vertailualueiden 1 ja 2 kustannukset ja ero koko maan kustannuksiin oli pieni. Ylemmässä erityiskorvausluokassa on paljon esimerkiksi syöpätautien, diabeteksen, erilaisten aineenvaihduntasairauksien, psykoosien, Alzheimerin taudin ja MS-taudin lääkkeitä. (Kuvio 9, s. 16.)

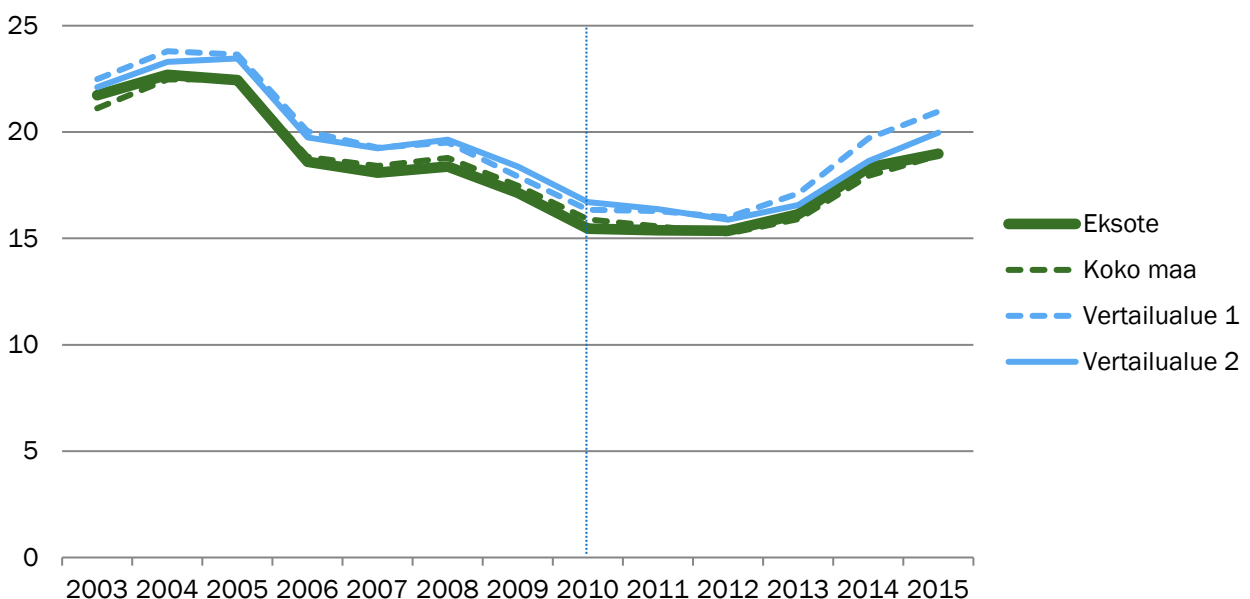
Kuvio 9. Avohoidossa käytettyjen ylempään erityiskorvausluokkaan kuuluneiden lääkkeiden kustannukset (€) asukasta kohti vuosina 2003–2015.



4.2.8 Lääkkeiden vuosiomavastuun ylittäneiden osuudet

Lääkkeiden vuosiomavastuun ylittäneiden henkilöiden osuudet kaikista avohoidossa reseptilääkkeitä käyttäneistä muuttuivat vuosittain sekä ennen integraatiota että sen aikana kaikilla neljällä alueella yhdenmukaisella tavalla. Eksote-alueella nämä osuudet olivat kaikkina vuosina lähes samat kuin koko maassa, sillä suurimmillaankin (vuonna 2003) näiden osuuksien ero oli vain 0,6 prosenttiyksikköä. Vertailualueisiin 1 ja 2 verrattuna vuosiomavastuun ylittäneiden osuudet olivat Eksote-alueella koko ajan pienemmät, mutta erot olivat sekä ennen integraatiota että sen aikana johdonmukaisesti pieniä. (Kuvio 10.)

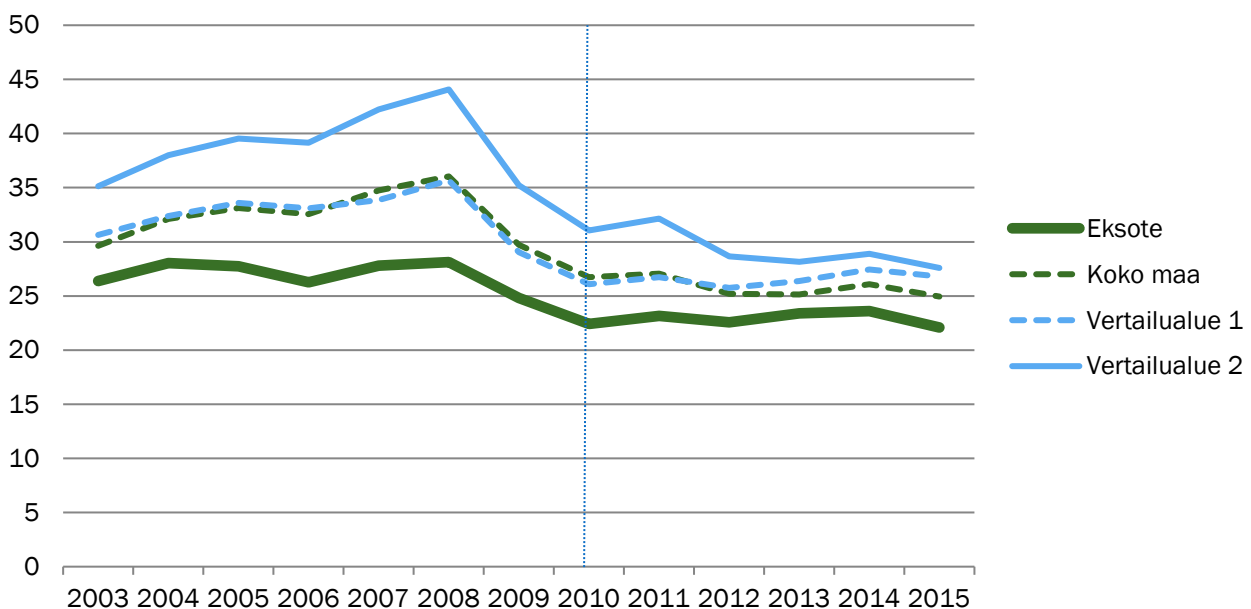
Kuvio 10. Lääkkeiden vuosiomavastuun ylittäneiden osuudet (%) kaikista avohoidossa korvattuja lääkkeitä käyttäneistä vuosina 2003–2015.



4.2.9 Psykyklääkkeitien sekä syöpälääkkeitien ja immunovasteen muuntajien kustannukset

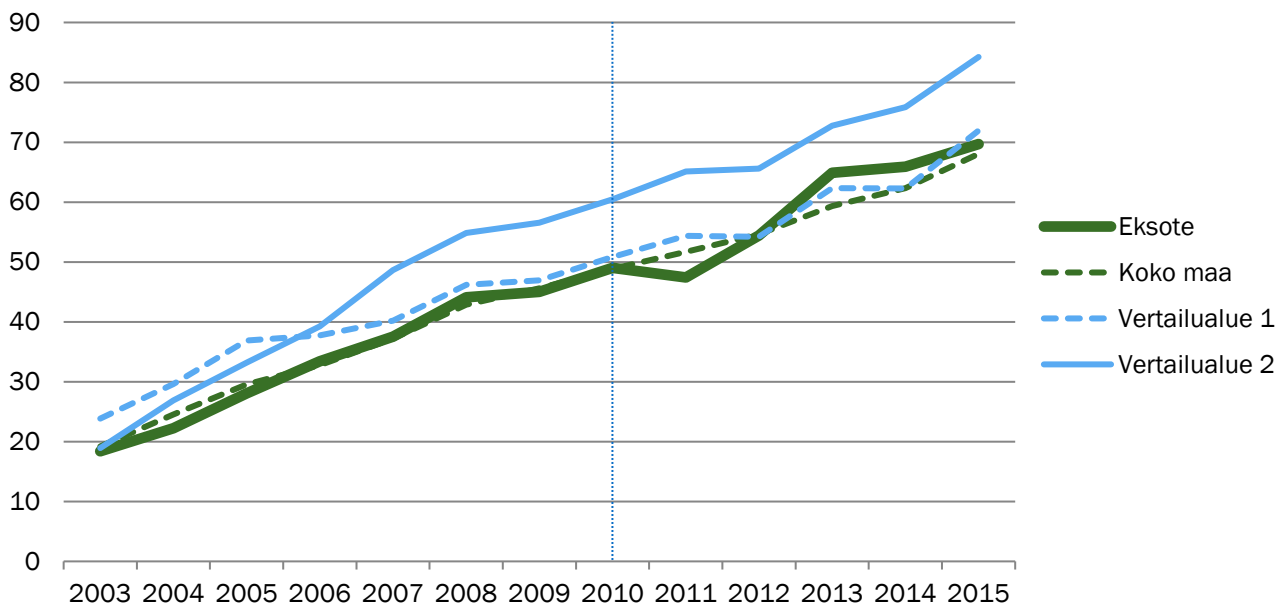
Asukasta kohden lasketut avohoidon psykyklääkkeitien kustannukset olivat ennen integraatiota vuosina 2003–2009 Eksote-alueella selvästi pienemmät kuin muilla alueilla. Tänä ajanjaksona Eksote-alueen vuotuiset kustannukset olivat keskimääräinen 5,54 euroa (16,8 %) pienemmät kuin koko maassa, 5,59 euroa (17,0 %) pienemmät kuin vertailualueella 1 ja 12,03 euroa (30,6 %) pienemmät kuin vertailualueella 2. Integraation aikana vuosina 2010–2015 kustannukset pienenevät kaikilla alueilla, mutta Eksote-alueella vähemmän kuin muilla alueilla. Tämän seurauksena Eksote-alueen ja muiden alueiden väliset erot kustannuksissa supistuivat: vuosina 2010–2015 Eksote-alueen keskimääräiset vuotuiset kustannukset olivat 3,27 euroa (11,5 %) pienemmät kuin koko maassa, 3,74 euroa (13,8 %) pienemmät kuin vertailualueella 1 ja 7,10 euroa (22,0 %) pienemmät kuin vertailualueella 2. (Kuvio 11.)

Kuvio 11. Avohoidossa käytettyjen psykyklääkkeitien kustannukset (€) asukasta kohti vuosina 2003–2015.



Avohoidossa käytettyjen syöpälääkkeitien ja immunovasteen muuntajien asukasta kohden lasketut kustannukset kasvoivat tarkastelujakson aikana kaikilla alueilla voimakkaasti. Nopeinta kasvu oli vertailualueella 2, jolla kustannukset olivat vuonna 2015 yli nelinkertaiset vuoteen 2003 verrattuna. Vertailualueen 2 kustannukset olivat vuodesta 2007 alkaen selvästi korkeammat kuin muilla alueilla. Vuosina 2008 ja 2009 Eksote-alueen kustannukset olivat hyvin lähellä sekä koko maan että vertailualueen 1 kustannuksia. Integraation aikana kustannuskehitys oli Eksote-alueella epätasaisempaa kuin muualla, sillä vuonna 2011 Eksote-alueen kustannukset pienenevät, mutta kahtena seuraavana vuonna ne kasvoivat nopeasti. Koko integraatioaika huomioiden Eksote-alueen kustannukset eivät kuitenkaan juuri poikenneet koko maan tai vertailualueen 1 kustannuksista, sillä vuosina 2010–2015 keskimääräiset vuotuiset kustannukset olivat Eksote-alueella (58,55 euroa), koko maassa (57,48 euroa) ja vertailualueella 1 (59,32 euroa). (Kuvio 12, s. 18.)

Kuvio 12. Avohoidossa käytettyjen syöpälääkkeiden ja immunovasteen muuntajien kustannukset (€) asukasta kohti vuosina 2003–2015.



4.3 Palveluasumisen piirissä olevien henkilöiden lääkkeiden rahoitusvastuun siirto Eksotelle

Tällä hetkellä palveluasumisen piirissä olevat henkilöt hankkivat avohoidossa käyttämänsä lääkkeet apteekista, maksavat niistä normaalin vähittäismyyntihinnan ja saavat korvattavista lääkkeistä sairausvakuutuskorvauksen. Jos palveluasumisen piiriin kuuluvat henkilöt rinnastettaisiin varsinaisissa hoitolaitoksissa oleviin henkilöihin ja heidän lääkkeensä hankittaisiin kuten hoitolaitoksiin, lääkkeistä maksettaisiin korkeintaan niiden tukkuhinta. Alla on esitetty laskelma siitä, millä tavoin Eksote-alueella palveluasumisen piiriin kuuluneiden henkilöiden avohoidossa käyttämien korvattujen reseptilääkkeiden kustannukset olisivat muuttuneet vuonna 2013, jos lääkkeiden hankinta olisi ollut Eksoten vastuulla ja Eksote olisi maksanut lääkkeistä niiden tukkuhinnan.

Vuonna 2013 Eksote-alueella palveluasumisen piiriin kuului yhteensä 984 henkilöä. He olivat keskimäärin 82-vuotiaita ja 67 % heistä oli naisia. Näiden henkilöiden korvattujen lääkkeiden yhteenlasketut kustannukset olivat vuonna 2013 hieman yli miljoona euroa (taulukko, s. 19). Lääkekustannukset olivat siten keskimäärin lähes 1 060 euroa palveluasumisen piirissä ollutta kohden, mikä on yli kolminkertainen määrä koko Eksote-alueen keskiarvoon (350 euroa) verrattuna. Palveluasumisen piirissä olleiden lääkekustannusten osuus oli 2,9 % Eksote-alueella avohoidossa käytettyjen korvattujen lääkkeiden kokonaiskustannuksista.

Jos Eksote olisi hankkinut palveluasumisasukkaiden lääkkeet tukkuhinnoin, olisivat näiden henkilöiden avohoidossa käyttämien lääkkeiden hankintakustannukset olleet noin 35 % pienemmät kuin ne todellisuudessa olivat (taulukko). Rahoitusvastuun siirtymisellä Eksotelle ei olisi suurta vaikutusta lääkkeiden julkisen rahoituksen määrään, sillä tukkuhinnoin lasketut lääkekustannukset (682 200 euroa) olisivat vain noin 4 % suuremmat kuin sairausvakuutuskorvaukset (655 500 euroa), jos tarkastellaan ainoastaan lääketoisiin välittömästi liittyvää

rahaliikennettä. Jos laskelmassa huomioidaan lääkkeiden apteekkimyynnistä muodostuvat julkiselle sektorille maksettavat verot ja veroluonteiset maksut (arvonlisävero, apteekkimaksu ja apteekkien liikevoitosta maksettavat verot), tilanne muuttuisi. 1 042 000 euron myynnistä koituvien verojen kokonaismäärä on arviolta noin 122 000 euroa¹, mikä huomioiden julkisen sektorin nettorahoituksen määrä oli vuonna 2013 arviolta noin 533 500 euroa. Näin ollen rahoitusvastuun siirtyminen Eksotelle olisi lisännyt julkisen rahoituksen määrää lähes 149 000 eurolla (noin 28 %). Myös apteekkeille rahoitusvastuun siirto olisi merkinnyt taloudellisia menetyksiä pienentyneen myynnin seurauksena. Palveluasumisen piirissä oleville siirto olisi sitä vastoin tarkoittanut huomattavia säästöjä, mikäli palveluasumisen asiakasmaksuja ei korotettaisi. Tällöin kukin palveluasumisen piirissä ollut henkilö olisi säästänyt omissa lääkemenois- saan keskimäärin 393 euroa.

Taulukko. Eksotessa palveluasumisen piiriin kuuluneiden henkilöiden käyttämien korvattujen reseptilääkkeiden kustannukset vuonna 2013 sekä arvio kustannuksista rahoitusvastuun siirron jälkeen.

Asiakasryhmä	Toteutuneet lääkeostot, €			Lääkkeet tukkuhinnoin, € (D)	Ero kustannuk- sissa, € (%) (D-A)	Ero julkisessa rahoituk- sessa, € (%) (D-B)
	Kustannukset (A)	Korvaukset (B)	Omvastuut (C)			
Palvelu- asuminen (239 henk.)	240 300	152 100	88 200	153 400	-86 900 (-36 %)	+1 300 (+0,1 %)
Tehostettu pal- veluasuminen (745 henk.)	801 700	503 400	298 300	528 800	-272 900 (-34 %)	+25 400 (+5 %)
Yhteensä (984 henk.)	1 042 000	655 500	386 500	682 200	-359 800 (-35 %)	+26 700 (+4 %)

5 POHDINTA

Integraatiota edeltäneinä vuosina sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset kehittyivät Eksote-alueella ja vertailualueilla samansuuntaisesti, mutta integraation ensimmäisinä vuosina, vuosina 2010–2013, olivat kustannukset Eksote-alueella pienemmät kuin vertailualueilla. Laitosten lääkekustannukset olivat Eksote-alueella vuosina 2003–2009 pienemmät kuin koko maassa ja myös integraation aikana Eksoten kustannukset pysyivät koko maan kustannuksia pienempinä vaikkakin ero Eksoten ja koko maan kustannusten välillä supistui. Avohoidossa käytettyjen reseptilääkkeiden kustannukset kehittyvät Eksote-alueella sekä ennen integraatiota että integraation aikana samankaltaisesti kuin vertailualueillakin. Avohoidossa käytettyjen psyykenlääkkeiden kustannukset olivat ennen integraatiota Eksote-alueella pienemmät kuin vertailualueilla. Integraation aikana kustannukset kuitenkin pienenevät vertailualueilla

¹ Nämä 122 000 euron verotulot muodostuvat arvonlisäveroista (95 000 euroa) sekä arvion veroista (27 000 euroa), joita apteekit maksoivat 1 042 000 euron myynnistä muodostuneesta liikevoitosta. Arvio liikevoitosta maksetun veron määrästä perustuu Fimean raporteihin (Reinikainen ym. 2017 ja 2018), joiden mukaan apteekkien liikevoittoprosentti liikevaihdosta on viime vuosina ollut noin 6,9 ja apteekit ovat maksaneet liikevoitosta veroa hieman yli 42 %, sekä olettamukseen, että nämä prosenttiluvut kuvaavat tilannetta Eksote-alueella. Arvioon liittyy huomattavan paljon epävarmuutta. Liikevaihdon perusteella määräytyvän apteekkimaksun suuruuteen ei rahoitusvastuun siirtymisellä oletettu olevan vaikutusta, sillä palveluasumisen piirissä olleiden lääkekustannusten osuus Eksote-alueen avohoidon lääkekustannuksista oli hyvin pieni, vain 2,9 %.

nopeammin kuin Eksote-alueella, minkä seurauksena Eksote-alueen ja vertailualueiden väliset kustannuserot olivat tarkastelujakson viimeisinä vuosina merkittävästi pienemmät kuin integraatiota edeltäneinä vuosina. Avohoidossa käytettyjen syöpälääkkeiden kustannukset kasvoivat ennen integraatiota ja integraation aikana Eksote-alueella merkittävästi, mutta eivät kuitenkaan sen nopeammin kuin koko maan ja vertailualueen 1 kustannukset ja hitaammin kuin vertailualueen 2 kustannukset.

Palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden avohoidossa käyttämien lääkkeiden välittömät hankintakustannukset olisivat kolmanneksen nykyistä pienemmät mutta julkisen rahoituksen määrä ei muuttuisi, jos lääkkeet hankittaisiin tukkuhinnoin sote-yksikön rahoituksella. Jos tarkastelussa huomioidaan apteekkien lääkemyynistä muodostuvat verot, lisäksi rahoitusvastuun siirto sote-yksikölle julkisen rahoituksen määrää merkittävästi. Todellisuudessa sote-yksikkö saisi hankkimansa lääkkeet lääkehankintojen kilpailuttamisen seurauksena tukkuhintoja edullisemmin, mutta tätä ei voitu huomioida laskelmassa, koska käytettävissä ei ollut luotettavia tietoja kilpailutuksen vaikutuksista. Riippumatta siitä, huomioidaanko tarkastelussa verot vai ei tai se, mitä sote-yksikkö lääkkeistä maksaa, olisi rahoitusvastuun siirto sote-yksikölle aina apteekkeille epäedullista ja palveluasumisen piirissä oleville henkilöille edullista edellyttäen, että rahoitusvastuun siirto potilailta (ja sairausvakuutukselta) ei johtaisi potilailta perittävien palvelumaksujen merkittäviin korotuksiin.

Tämän tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon integrointi saman budjetin ja johdon alaisuuteen saattaa hillitä kuntien vastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten kasvua. Sairausvakuutuksen, potilaiden ja kuntien varoista rahoitettavien lääkkeiden kustannusten kasvu ei integraation aikana kuitenkaan näytä hidastuneen. Esimerkiksi Eksote-alueella psyykenlääkkeiden kustannukset olivat ennen integraatiota selvästi pienemmät kuin vastaavat kustannukset vertailualueilla, mutta integraation aikana nämä erot supistuivat merkittävästi.

Vuonna 2013 julkaistun THL:n arvioinnin mukaan sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset pienenevät Eksote-alueella integraation aikana vuosina 2011 ja 2012, kun vertailualueella kustannukset sen sijaan kasvoivat (THL 2013). Toisaalta THL:n haastattelemat asiantuntijat arvioivat, että sote-uudistuksen yhteydessä hallintokustannukset tulisivat puolestaan jonkin verran kasvamaan lyhyellä aikavälillä uuteen järjestelmään siirryttäessä muun muassa tietojärjestelmien uusimisen takia.

THL:n arviot ja tämän tutkimuksen tulokset eroavat toisistaan jossain määrin. Syynä tähän on muun muassa se, että tässä tutkimuksessa vertailtavien alueiden kustannuksina käytettiin Sotkanetin tammikuussa 2015 korjattuja kustannuksia. Korjaamattomia tietoja käyttäen vertailualueen 1 kustannuskehityksessä näytti olevan hyppäksenomainen pieneneminen vuosina 2008–2009. Lisäksi tässä tutkimuksessa sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista poistettiin lastenhoitoon liittyvät kustannuserät, mitä ei oltu tehty THL:n arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa kustannuksia ei myöskään deflatoitu, kuten oli tehty THL:n arvioinnissa. THL:n raportissa ei arvioitu lääkekustannusten muutoksia, mikä oli tämän tutkimuksen keskeinen tavoite.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on ilmeistä, että ainakaan Eksote-alueella toteutettu useiden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon integrointi, jossa yksi olennainen osa on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio, ei ole hidastanut lääkekustannusten kasvua, vaikka myös lääkekustannuksissa on uskottu voitavan saavuttaa säästöjä integraation avulla (HE 15/2017). Siihen, että Eksote-alueella lääkekustannusten kasvu pysyi samanlaisena kuin muilla alueilla, on todennäköisesti useita syitä.

Eksote-alueella toteutettu integraatio ei poistanut lääkekustannusten rahoittamiseen mahdollisesti liittyvää osaoptimoinnin ongelmaa, koska rahoitusvastuu laitoksissa käytetyistä lääkkeistä oli Eksotella, kun rahoitusvastuu avohoidossa käytetyistä lääkkeistä pysyi edelleen potilailta ja sairausvakuutuksella.

Toisaalta Eksote-alueella toteutettu integraatio ei koskettanut yksityissektorilla toimivia lääkäreitä eikä työterveyshuoltoa, eikä siten todennäköisesti vaikuttanut millään tavoin näiden sektoreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöihin. Yksityislääkäreiden määräämien lääkkeiden osuus avohoidossa käytettävien lääkkeiden kokonaiskustannuksista on kuitenkin suhteellisen pieni (Aaltonen ym. 2018), joten vaikka yksityissektori olisi ollut mukana integraatiossa, tällä olisi tuskin ollut suurta vaikutusta siihen, miten integraatio vaikutti lääkekustannuksiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio saattoi myös parantaa joidenkin sosiaalitoimen palveluita käyttäneiden mahdollisuuksia päästä sairaanhoitoon, mikä on voinut osaltaan lisätä lääkekustannuksia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen paraneminen voi lisätä palveluja käyttävien määrää, mikä voi puolestaan kasvattaa lääkekustannuksia. Lisäksi Eksotessa integraation yhteydessä useita laitospaikkoja muutettiin avohoidon paikoiksi, joten on mahdollista, että näiden uusien avohoitopotilaiden lääkekustannukset ovat kasvattaneet Eksoten avohoidon lääkekustannuksia vuoden 2010 jälkeen.

Avohoidossa käytettyjen psyykenlääkkeiden kustannukset pienenevät integraation aikana Eksote-alueella hitaammin kuin vertailualueilla, mikä saattaa osin selittyä sillä, että Eksotessa muutettiin mielenterveyspalvelujen järjestämistapaa vähentämällä laitospaikkoja ja lisäämällä avohuoltoa. Tämän tutkimuksen tuloksia tulkittaessa on toisaalta huomioitava, että joidenkin yksittäisten potilaiden erityisen kalliit lääkekustannukset saattavat pienillä alueilla lisätä kustannusten vuotuista vaihtelua koko maan kustannuksiin verrattuna. Tarkastelujakson aikana Eksotessa oli asukkaita vain noin 104 000, kun Imatraa ei huomioida. Eksote-alueella käytettyjen lääkkeiden kustannuskehitys ei näytä olennaisesti muuttuneen integraation aikana. Onkin todennäköistä, että ilman lääkehuollon rahoituksen nykyjärjestelmään tehtäviä muutoksia ei lääkekustannusten kasvuun pystytä integraation avulla merkittävästi vaikuttamaan ainakaan lyhyellä tähtämellä.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä, jonka tehtävänä oli tehdä ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen selkeyttämiseksi, sen ongelmien poistamiseksi ja osaoptimoinnin mahdollisuuksien vähentämiseksi, totesikin raportissaan (STM 2015b), että jos lääkehuollon rahoitus siirtyisi alueellisille toimijoille, alueille tulisi rakentaa ohjausjärjestelmät lääkkeiden määräämiselle ja kustannusten hallinnalle. Tämä vaatisi useita uusia ratkaisuja, muun muassa korvausjärjestelmissä, jakelussa ja tietojärjestelmissä. Työryhmä piti kuitenkin

mahdollisena nykyisen keskitetyn korvaus- ja hinnanvahvistusjärjestelmän pitämistä nykyisenlaisena, mutta rahoitusvastuun keskittämistä järjestämisvastuulliselle toimijalle. Tässäkin järjestelmässä tarvittaisiin mahdollisesti avo- ja laitoshoidon lääkkeille uusi, yhtenäinen arviointimenettely.

6 PÄATELMÄT

- Kuntien vastuulla olevan sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannusten kasvu hidastui integraation aikana Eksote-alueella.
- Laitoshoidon lääkekustannukset näyttivät lisääntyneen Eksote-alueella integraation aikana jonkin verran nopeammin kuin kustannukset koko maassa.
- Avohoidon lääkekustannukset ovat integraation aikana kehittyneet Eksote-alueella samantyyppisesti kuin muuallakin Suomessa.
- Palveluasumisen piirissä olevien lääkekustannukset ovat huomattavat ja potilaiden maksuosuudet suuret. Rahoitusvastuun siirto sote-yksiköille merkitsisi huomattavia säästöjä potilaille. Julkisen sektorin rahoituksen määrää siirto – kun verojen vaikutus huomioidaan – puolestaan kasvattaisi selvästi edellyttäen, että kilpailutuksen seurauksena lääkkeiden hinnat eivät jäisi olennaisesti tukkuhintoja alhaisemmiksi.

LÄHTEET

Aaltonen K, Miettinen J, Maljanen T, Virta L, Martikainen J. Lääkkeiden määrääminen avohoidon eri sektoreilla. Suomen Lääkärilehti 2018; 73 (35): 1875–1880.

Eksote. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi. 2018. Saatavissa: <<http://www.eksote.fi/Sivut/default.aspx>>. Viitattu 27.8.2018.

Fimea ja Kela. Suomen lääketilasto 2015. Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos, 2016.

HE 15/2017. Hallituksen esitys maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskeväksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.

Havo M. Sairaaloiden lääkehankinnat ja yhteistyö erityisvastuualueilla. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2013.

Imatran kaupunginvaltuuston pöytäkirja 16.11.2015. Saatavissa: <<https://www.imatra.fi/sites/default/files/atoms/files/16.11.2015.pdf>>. Viitattu 27.8.2018.

Iso-Mustajärvi M. Lääkkeiden hankinta sairaalaan, peruslääkevalikoima ja uusien lääkkeiden käyttöönotto. Julkaisussa: Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2015. Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos, 2016: 61–64.

Kinnula P, Malmi T, Vauramo E. Miten sote-uudistus toteutetaan? Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätiö, Tutkimusjulkaisu 91, 2015.

Lait:

L 1326/2010. Terveysturvotolaki.

L 1301/2014. Sosiaaliturvotolaki.

Mossialos E, Srivastava D. Pharmaceutical policies in Finland. Challenges and opportunities. European Observatory on Health Systems and Policies and Ministry of Social Affairs and Health, Finland, Observatory Studies Series 10, 2008. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/80651/E91239.pdf>. Viitattu 27.8.2018.

OECD. OECD reviews of health systems. Finland. Paris: OECD, 2005.

Reinikainen L, Oravilahti T, Happonen P. Apteekkien tilinpäätösanalyysi vuosilta 2012–2015. Kuopio: Fimea, Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 1, 2017.

Reinikainen L, Hyvärinen A, Happonen P. Apteekkien tilinpäätösanalyysi vuosilta 2013–2016. Kuopio: Fimea, Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 5, 2018.

Räsänen P, Roine R. Uudet lääkeinnovaatiot hallitusti käyttöön. Miten arvioida kalliiden lääkkeiden hyötyjä. Pääkirjoitus. Duodecim 2011; 127: 1999–2000.

Savolainen J. Uusi pomo pani terveysturvot uudeksi: hoito parani ja rahaa säästyi. Helsingin Sanomat 24.11.2013. Saatavissa: <<https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000002691297.html>>. Viitattu 27.8.2018.

Seppälä T, Pekurinen M, toim. Sosiaali- ja terveysturvotun keskeiset rahavirrat. Helsinki: THL, Raportti 22, 2014. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-236-2>>. Viitattu 27.8.2018.

STM. Hallituksen kärkihankkeissa uudistetaan sote-palveluja. Helsinki: STM, Tiedote 141, 2015a. Saatavissa: <http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallituksen-karkihankkeissa-uudistetaan-sote-palveluja>. Viitattu 27.8.2018.

STM. Sosiaali- ja terveysturvotun monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysturvotun ministeriön raportteja ja muistioita 19, 2015b. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3579-2>>. Viitattu 27.8.2018.

THL. Sote-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi. Helsinki: THL, 2013.

THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010. Sosiaali- ja terveysturvotun monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: THL, 2010. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085347>>. Viitattu 27.8.2018.

THL. Terveysturvotun menot ja rahoitus 2015. Helsinki: THL, Tilastoraportti 26, 2017. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706307598>>. Viitattu 27.8.2018.

Torkki P, Leskelä R-L, Linna M ym. Cancer costs and outcomes in the Finnish population 2004–2014. Acta Oncologica 2018; 57 (2): 297–303. DOI: 10.1080/0284186X.2017.1343495.

Valtioneuvosto. Sosiaali- ja terveysturvotun järjestäminen kattavasti viidelle alueelle. Helsinki: Valtioneuvosto, Tiedote 114, 2014.