

Hanna Koskinen
TtM
Tutkija, Kela

Timo Maljanen
VTM
Johtava tutkija, Kela

Leena K. Saastamoinen
FaT, dosentti
Erikoistutkija, Kela

Viitehintajärjestelmä – kustannusten hillintää vai hintojen hidasta hivutusta ylöspäin?

Viitehintajärjestelmän avulla on saavutettu merkittäviä säästöjä. Nyt useiden lääkeaineiden viitehinnat ovat hiljalleen alkaneet nousta uudelleen. Kun käyttäjiä on paljon, hinnannousuista aiheutuu merkittäviä lisäkustannuksia.

Lääkkeiden viitehintajärjestelmällä pyritään hillitsemään lääkekustannusten kasvua edistämällä rinnakkaisvalmisteiden välistä hintakilpailua sekä lisäämällä potilaiden ja lääkärien hintatietoutta. Suomessa on huhtikuusta 2009 alkaen ollut voimassa viitehintajärjestelmä, joka täydentää vuonna 2003 alkanutta lääkevaihtoa.

Vuonna 2014 sairausvakuutuksesta korvatun lääkemyynnin kokonaiskustannukset olivat 1 858 miljoonaa euroa, josta viitehintajärjestelmään kuuluneiden valmisteiden osuus oli 592 miljoonaa euroa. Vuosina 2009–2014 viitehintajärjestelmään kuuluneiden valmisteiden osuus kokonaiskustannuksista on kasvanut 18 %:sta 32 %:iin (**kuvio 1**). Vuonna 2014 lääkekorvauksia maksettiin 1 304 miljoonaa euroa 3,8 miljoonalle henkilölle, joista 91 % sai korvausta jostakin viitehintajärjestelmään kuuluneesta valmisteesta. Tämä osuus ei ole paljoa muuttunut, sillä neljä vuotta aikaisemmin se oli 89 %. Vuoden 2014 lopussa korvausjärjestelmään kuuluneista lääkepakkauksista

55 % kuului viitehintajärjestelmään, 20 % pelkkään lääkevaihtoon ja 25 % oli molempien järjestelmien ulkopuolella.

Viitehintajärjestelmällä on saavutettu säästöjä

Viitehintajärjestelmä ja samaan aikaan toteutettu lääkevaihdon laajentaminen säästivät ensimmäisten 12 kuukauden aikana sairausvakuutuksen ja potilaiden kustannuksia yhteensä 110 miljoonaa euroa. On arvioitu, että noin 90 % säästöistä johtui kuitenkin nimenomaan lääkevaihdon laajenemisesta.

Viitehintajärjestelmän käyttöönoton yhteydessä lääkevaihtoa laajennettiin menetelmäpatentin suojaamiin valmisteisiin. Tämän seurauksena lääkevaihtoon ja viitehintajärjestelmään tuli mukaan kuusi lääkeainetta: atorvastatiini, donepetsiili, ketiapiini, losartaani, olantsapiini ja valasikloviiri. Valasikloviiriä lukuun ottamatta kaikkien lääkeaineiden kustannukset korvausta saanutta kohden alenivat selvästi heti valmisteiden tultua viite-

hintajärjestelmään, ja hintojen lasku jatkui vuoteen 2011 asti (**kuvio 2**). Sen jälkeen atorvastatiinin ja losartaanin ja vuonna 2013 myös valasikloviirin kustannukset alkoivat kasvaa. Kaikkien lääkeaineiden kustannukset olivat kuitenkin vuonna 2014 edelleen vähintään 60 % alhaisemmat kuin ennen viitehintajärjestelmän voimaantuloa.

Lääkekorvausjärjestelmään hyväksyttävän rinnakkaisvalmisteen tukkuhinnan tuli vuoteen 2015 saakka olla Suomessa vähintään 40 % edullisempi kuin vastaavan alkuperäisvalmisteen hyväksytyyn tukkuhinnan. Tämän vuoksi viitehintaryhmän muodostuminen alentaa sen piiriin tulevien valmisteiden hintatasoa nopeasti. Se, miten järjestelmä vaikuttaa lääkkeiden hintoihin pidemmällä aikavälillä, riippuu lääkemarkkinoilla vallitsevasta kilpailutilanteesta.

Monien viitehintavalmisteiden kustannuksissa suuria muutoksia

Kaikkien viitehintajärjestelmään kuuluvien valmisteiden yhteenlaske-

tut kustannukset kasvoivat vuodesta 2013 vuoteen 2014 noin 47 miljoonaa euroa (8,5 %). Eniten kasvoivat simvastatiinin kustannukset (5,5 miljoonaa euroa, 27,5 %), vaikka simvastatiinista korvausta saaneiden määrä väheni 31 000 henkilöllä (7,8 %). Toiseksi eniten kasvoivat atorvastatiinin kustannukset (4,1 miljoonaa euroa, 20,9 %), mutta toisaalta myös siitä korvauksia saaneiden määrä kasvoi 11 000 henkilöllä (5,5 %). Molempien statiinien kustannukset korvausta saanutta kohden kuitenkin kasvoivat: simvastatiinilla 38 % ja atorvastatiinilla 15 %.

Toisaalta esimerkiksi mesalatsiinin ja kandesartaanin kustannukset olivat vuonna 2014 yli 3 miljoonaa euroa (32 %, 26 %) alhaisemmat kuin vuonna 2013, vaikka mesalatsiinista korvausta saaneiden lukumäärä pysyi lähes muuttumattomana ja kandesartaanista korvausta saaneiden lukumäärä kasvoi. Kustannus korvausta saanutta kohden pieneni sekä mesalatsiinilla että kandesartaanilla 31 %.

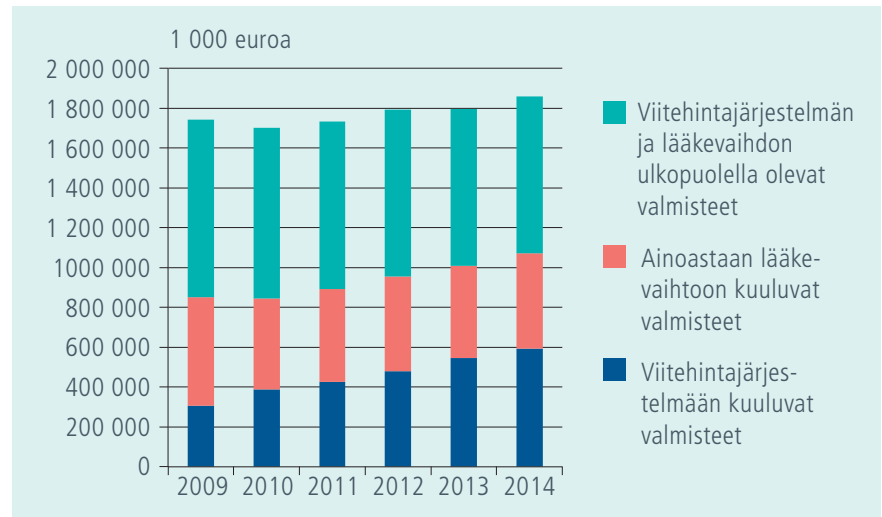
Mielenkiintoista on myös kahden protonipumpun estäjän, pantopratsolin ja omepratsolin, kustannusten ja käyttäjämäärien kehitys. Pantopratsolin kustannukset ja siitä korvausta saaneiden lukumäärä ovat kasvaneet, samoin kustannus korvausta saanutta kohden. Samaan aikaan omepratsolin kustannukset ja käyttäjämäärä ovat laskeneet, kuten myös sen kustannus korvausta saanutta kohden. Tämä antaa viitteitä siitä, että lääkärin on vaikea seurata vaihtoehtoisten lääkeaineiden hintoja ja hyödyntää niitä hoitopäätöksissään.

Hintakilpailua tehostetaan uusilla toimenpiteillä

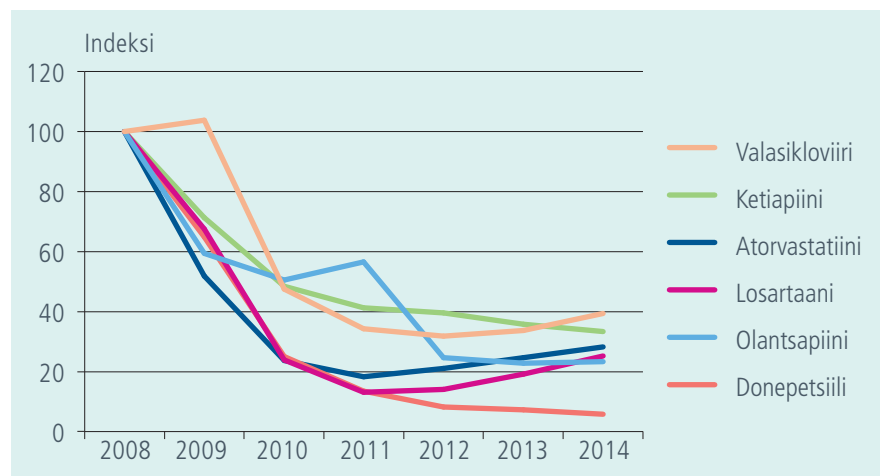
Lääkevaihdon ja viitehintajärjestelmän avulla on saavutettu merkittäviä säästöjä. Järjestelmien oltua voimassa pidempään on kuitenkin havaittu, että joidenkin viitehintajärjestelmään kuuluvien lääkeaineiden kustannukset ovat alkaneet kasvaa. Tämä johtuu valmistajien viitehintojen hitaasta noususta.

Hintakilpailun tehostamiseksi hinnoittelusäädöksiä onkin vuoden 2016

Kuvio 1. Korvattujen lääkkeiden kokonaiskustannukset, viitehintajärjestelmään ja ainoastaan lääkevaihtoon kuuluvien valmistajien sekä molempien järjestelmien ulkopuolella olevien valmistajien kustannukset v. 2009–2014.



Kuvio 2. Huhtikuussa 2009 viitehintajärjestelmään tulleiden atorvastatiinin, donepetsiilin, ketiapiinin, losartaanin, olantsapiinin ja valasikloviirin kustannukset korvausta saanutta kohden indekseinä (2008 = 100) v. 2008–2014.



alussa muutettu siten, että uuden rinnakkaisvalmisteen on oltava vähintään 50 % edullisempi kuin vastaavan alkuperäisvalmisteen. Kilpailua pyritään lisäämään myös siten, että tämän vuoden alusta apteekit ovat velvoitettuja kertomaan asiakkaalle, mikä on hänelle tosiasiallisesti edullisin valmiste. ●

KIRJALLISUUTTA

- Ruokoniemi P, ym. Lääkevuosi 2014. Kirjassa: Suomen lääketilasto 2014. Helsinki: Fimea ja Kela 2015, s. 24–30.
- Saastamoinen LK, ym. Viitehintajärjestelmän ensimmäinen vuosi. Kirjassa: Suomen lääketilasto 2009. Helsinki: Fimea ja Kela 2010, s. 39–44.

