

Lääkkeiden viitehintajärjestelmän taloudelliset vaikutukset

Mari Heinonen

Opinnäytetyö

Liiketalouden koulutusohjelma

2009



Tekijä	Ryhmä
Mari Heinonen	IY08
Opinnäytetyön nimi	Sivu- ja liitesivumäärä
Lääkkeiden viitehintajärjestelmän taloudelliset vaikutukset	59+10
Ohjaaja tai ohjaajat	
Markku Parviainen Seppo Suominen	
<p>Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää 1.4.2009 voimaan tulleen lääkkeiden viitehintajärjestelmän taloudellisia vaikutuksia neljän tahon kannalta, Kansaneläkelaitoksen, lääketeollisuuden, apteekin sekä apteekin asiakkaiden.</p> <p>Lääkekorvausjärjestelmän uudistusten tavoitteena oli luoda korvausjärjestelmään viitehintajärjestelmä lääkekustannusten kasvun hillitsemiseksi. Viitehintajärjestelmän odotetaan vähentävän kalliimpien lääkkeiden käyttöä ja vastaavasti lisäävän edullisempien ja viitehintaisten valmisteiden käyttöä. Viitehintajärjestelmällä pyritään edistämään edullisimpien vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden käyttöä ja lisäämään lääkeyritysten välistä hintakilpailua. Hinnaltaan edullisempiin rinnakkaislääkkeisiin siirtymisen tavoitteena on pienentää lääkkeen ostosta potilaalle aiheutuvia kustannuksia, vähentää sairausvakuutusmaksujen korotuspainetta ja hillitä valtion menojen kasvua.</p> <p>Viitehintajärjestelmän vuosittainen taloudellinen vaikutus eri toimijoiden tuloihin arvioitiin olevan yhteensä 85 miljoonaa euroa. Vaikutuksen suuruus on laskettu arvonlisäverollisten vähittäishintojen perusteella ja se jakaantuu lääkeyritysten, apteekkien, lääketukkukauppiaiden ja valtion kesken.</p> <p>Tämän tutkimuksen aineistoa on kerätty Kelan lääkevaihto sekä sairausvakuutus tilastoista, Suomen lääke Oy:n ylläpitämästä lääketeollisuuden tilastoista sekä yksityisen apteekin myyntiraportointi- sekä varastohallintaohjelmasta.</p> <p>Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että viitehintajärjestelmä on selvästi pienentänyt kansaneläkelaitoksen lääkekorvausmenoja ja uudistus on hyödyttänyt lääkkeiden käyttäjiä. Apteekien tulot puolestaan ovat pudonneet järjestelmän käyttöönoton myötä ja lääketeollisuudessa erityisesti alkuperäisvalmistajat ovat kokeneet suurimpia myynnin pientymisiä. Läketeollisuudessa rinnakkaislääketeollisuuden edustajat ovat hyötyneet selvästi lisääntyneestä hintakilpailusta sekä lisääntyneestä lääkkeiden vaihtamisesta.</p>	
Asiasanat	
viitehintaa, viitehintajärjestelmä, lääkkeet, lääkekorvaukset	

Malmi campus Business Administration and Economics

<p>Author Mari Heinonen</p>	<p>Group IY08</p>
<p>The title of thesis The Financial Impacts of the Reference Price System</p>	<p>Number of pages and appendices 59+10</p>
<p>Supervisors Markku Parviainen Seppo Suominen</p>	
<p>This study examines the financial effects of the reference price system of medicines on four different parties: The Social Insurance Institution, pharmaceutical industry, pharmacies and pharmacy customers. The reference price system came into effect on 1 April 2009.</p> <p>The purpose of the renewal in the system of the reimbursement of medical expenses was to reduce the rising of the medical costs. It was expected that the reference price system would decrease the use of the most expensive medicines and, on the other hand, increase the use of cheaper medicines and also the ones that are priced under reference price. The reference price system was created to increase the usage of cheaper exchangeable medicines and also to create more competition between pharmaceutical companies. The purpose of going over to collateral medicines was to reduce medicine costs for patients and also to decrease the pressure to raise the health insurance payments and to control the rising of the government's expenses.</p> <p>It was estimated that the effect of the reference price system on different actors' incomes would be altogether EUR85 million. This amount is calculated by the value added tax prices of the retail prices and it is divided between pharmaceutical companies, pharmacies, pharmaceutical wholesalers and government.</p> <p>The material for this study was collected from The Social Insurance Institution's statistics of medicine changes and from national health insurance statistics, as well as from the Finnish Pharmaceutical Data Ltd's data that holds pharmaceutical industry's statistics. The material was also collected from private pharmacies' sales- and storage programs.</p> <p>Based on this study-it can be stated that the reference price system has clearly reduced the reimbursement of medical expenses from The Social Insurance Institution and the renewal of the system has been beneficial for the users of the medicines. Pharmacies' incomes have dropped since this new system came into effect and also the pharmaceutical industry, especially companies selling original medicines have experienced most radical fall in sales. (In pharmaceutical industry) The companies that are collateral medicine sellers have benefitted most of the increased price competition and of the increased changes that patients make with medicines.</p>	
<p>Key words reference price, reference price system, medicines, health insurance system</p>	

Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Tutkimusongelma.....	2
1.2	Aineiston keruu	3
2	Terveydenhuollon menot ja rahoitus	4
2.1	Terveydenhuoltomenot.....	4
2.2	Terveydenhuoltomenojen rahoitus.....	6
2.3	Lääketaloudellinen arviointi.....	8
3	Lääkekorvausjärjestelmä	11
3.1	Peruskorvaus.....	11
3.2	Erityiskorvaus	12
3.3	Nollakorvaus.....	12
3.4	Omavastuuosuuden katto	13
3.5	Tarpeelliset lääkekulut	13
3.6	Lääkekorvausjärjestelmässä ja lääkkeiden hinnoittelussa tehtyjä toimenpiteitä	13
4	Lääkevaihto.....	15
4.1	Samaan lääkeryhmään kuuluvat valmisteet.....	16
4.2	Hintaputki	16
4.3	Lääkepatentti.....	17
4.4	Patenttilainsäädäntö	17
4.5	Lääkevaihdon toteutuminen	18
4.6	Lääkevaihdon tuoman kilpailun vaikutus lääkemarkkinoilla.....	20
5	Kansainväliset viitehintamallit.....	22
6	Suomen viitehintajärjestelmä.....	23
7	Taloudellinen tilanne ennen viitehintajärjestelmää.....	25
7.1	Viitehintajärjestelmän arvioidut taloudelliset vaikutukset	25
7.2	Kansaneläkelaitos	26
7.3	Apteekit.....	30
7.4	Lääketeollisuus.....	34
7.5	Apteekin asiakkaat.....	37
8	Viitehintajärjestelmän taloudelliset vaikutukset.....	40
8.1	Vaikutukset kansaneläkelaitokseen	41
8.2	Vaikutukset apteekeille	43
8.3	Vaikutukset lääketeollisuudelle.....	47

8.4	Vaikutukset apteekin asiakkaille	52
9	Yhteenveto.....	55
	Lähteet	60
	Litteet	65
	Liite 1. ATC1 luokittainen reseptilääkkeiden myynti apteekkeille 2000 - 2008	65
	Liite 2. 32 suurimman markkinoijan reseptilääke myynnit apteekkeille ajalla 2000–2008.....	67
	Liite 3. ATC1 luokittainen reseptilääkkeiden myynti apteekkeille 2009.....	70
	Liite 4. 30 suurimman markkinoijan reseptilääke myynnit apteekkeille 2009	72

1 Johdanto

Lääkehoidon merkitys ihmisen terveyden ja toimintakyvyn kannalta on kasvanut jatkuvasti. Kohonneen verenpaineen ja veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden lääkehoito ehkäisee sydän- ja verisuonitaudeista johtuvaa sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Skitsofrenian ja masennushäiriöiden lääkehoito on muuttanut radikaalisti näiden sairauksien ennustetta. Ikävakioitu syöpäkuolleisuus vähenee, osaksi syövän lääkehoidosta johtuen. Tehokkaiden lääkkeiden ansiosta astmakuolleisuus on vähentynyt murto-osaan, vaikka astma ja allergiat ovat samana aikana voimakkaasti lisääntyneet. Kroonisen kivun lääkehoito kehittyi jatkuvasti. (Huttunen 2006.)

Kaikista saatavilla olevista hoidoista, lääkehoidot eivät ehkä ole kaikkien yleisemmin käytettyjä, mutta ne ovat kaikkein nopeimmin muuttuva ja kehittyvä hoitomuoto. Lääkehoidoilla voidaan hoitaa kasvavassa määrin turvallisesti ja tehokkaasti erilaisia sairauksia. (Martikainen & Rajaniemi 2002). Terveysyhtiöiden lisäksi tehokas lääkehoito voi tuottaa myös kustannussäästöjä. Uusien reumalääkkeiden ansiosta nivelreuman taudinkulku ja ennuste ovat muuttumassa ja sairaanhoidosta, reumakirurgiasta ja kuntoutuksesta syntyvät kustannukset ovat jyrkästi pienenevässä. Sepelvaltimotaudin ehkäisyssä käytettävät lääkkeet vähentävät pallolaajennusten ja ohitusleikkausten tarvetta sekä akuutista sydäninfarktista johtuvia sairaalakustannuksia. (Huttunen 2006.)

Terveydenhuoltojärjestelmien rahoituspainoiden kasvaminen on lisännyt viime vuosikymmenen aikana tarvetta terveydenhuollon organisoinnin tehostamiseen siten, että käytettävillä verorahoille saataisiin mahdollisimman hyvä vastine. Yhtenä tärkeänä terveydenhuollon osa-alueena nämä vaatimukset kohdistuvat myös lääkehoitoon. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

Lääketieteellisissä julkaisuissa esitetään aika-ajoin arvioita sairauksien yhteiskunnalle aiheuttamista kokonaiskustannuksista. Luvut ovat suuria ja niiden oikeellisuuden arviointi on vaikeaa. Joskus arviot perustuvat tarkkoihin laskelmiin, joskus taas sivistyneeseen arvaukseen. Lääke on kuitenkin tärkeä apuväline sairauksien hoidossa. Lääkkeiden kulutusta tilastoidaan tarkasti, ja siksi lääkkeiden aiheuttamien kustannusten hallinta on saanut julkisessa keskustelussa jopa ylikorostuneen aseman. Lääke on kuitenkin useimmiten edullisin ja kustannustehokkain osa sairauksien hoitoa. (Alanko 2008.)

Lääkekustannusten nopea kasvu on ollut voimakkaasti esillä viime vuosina. Kustannusten kasvulle on useampia syitä kuten lääkehoitojen kehittyminen, uusien lääkkeiden tulo markkinoille ja teollisuusmaiden väestön ikääntyminen. Kustannukset tulevat väistämättä kasvamaan myös jatkossa. Kustannusten kasvua on kuitenkin välttämätöntä rajoittaa, jotta lääketieteellisesti perusteltujen lääkehoitojen rahoitus voidaan turvata myös tulevaisuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003.)

Huhtikuun ensimmäisenä päivänä 2009 käyttöön otettiin lääkkeiden viitehintajärjestelmä, joka täydensi vuonna 2003 voimaan tullutta lääkevaihtojärjestelmää. Uudistuksen tarkoituksena on tuoda hyötyjä sekä potilaille että yhteiskunnalle. Potilaalla on mahdollisuus selvittää pienemmillä lääkekuluilla, ja samalla pystytään hillitsemään lääkekorvausmenojen kasvua. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 112 / 2009.)

Viitehintajärjestelmän käyttöönoton tavoitteena on saada säästöjä lääkekorvauskuluihin, vähentää sairausvakuutusmaksujen korotuspainetta ja hillitä valtion menojen kasvua. Viitehintajärjestelmän on odotettu lisäävän sekä lääkäreiden että potilaiden hintatietoisuutta ja ohjaavan lääkevalintoja edullisempiin mutta hoidollisesti samanarvoisiin lääkevaihtoehtoihin. Samalla pyritään edistämään lääkeyritysten välistä hintakilpailua. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 112 / 2009.)

Tässä työssä käydään läpi terveydenhuollon rahoitus ja menot, lääkevaihto sekä viitehintajärjestelmä. Lisäksi tutkitaan Kansaneläkelaitoksen, lääketeollisuuden, apteekkien sekä apteekkien asiakkaiden taloudellinen tilanne lääkkeiden kustannusten suhteen ennen viitehintajärjestelmää sekä taloudelliset vaikutukset viitehintaryhmän voimaantulon 1.4.2009 jälkeen. Seuranta on suoritettu 1.8.2009 asti. Tässä työssä käsitellään viitehintajärjestelmän murrosvaiheen tuloksia. Ajanjaksona seurannalle on kolme kuukautta ennen viitehintajärjestelmää sekä 4 kuukautta viitehintajärjestelmän tulon jälkeen.

Viitehintaryhmäjärjestelmän myötä muutoksia on myös tullut lääkkeiden korvattavuuden- ja hinnanvahvistamismenettelyyn, mutta tässä työssä niitä ei käsitellä.

1.1 Tutkimusongelma

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää 1.4.2009 voimaan tulleen viitehintajärjestelmän taloudellisia vaikutuksia neljän tahon kannalta.

Tutkimusongelmia on neljä:

1. Viitehintajärjestelmän vaikutukset Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan lääkekustannuksiin.
2. Viitehintajärjestelmän vaikutukset lääketeollisuuden apteekkimyynnin muutoksiin reseptilääkkeiden osalta.
3. Viitehintajärjestelmän vaikutukset apteekkien katteiden ja reseptilääkemyyntin osalta.
4. Viitehintajärjestelmän vaikutukset apteekin asiakkaiden reseptilääkkeiden maksuosuuksiin.

1.2 Aineiston keruu

Aineistoa on kerätty Kelan lääkevaihto sekä sairausvakuutusilastoista, Suomen lääke Oy:n ylläpitämästä lääketeollisuuden tilastoista sekä yksityisen apteekin myyntiraportointi- sekä varastonhallintaohjelmasta.

Tutkittava apteekki haluttiin pitää salassa, ja keskeiset liikevaihtoa ja voittoa mittaavat luvut ovat salassa pidettäviä liikesalaisuuksia. Tästä syystä tutkimustuloksia käsiteltäessä puhutaan vain prosentuaalisista muutoksista.

2 Terveydenhuollon menot ja rahoitus

Suomen terveydenhuollon tavoitteena on taata terveys- ja sairaanhoitopalvelut kaikille kuntalaisille asuinpaikasta ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Palvelujen perusta rakentuu julkisen sektorin (valtion ja kuntien) terveydenhuoltopalveluihin, jotka ovat pääosin verorahoitteisia. Tätä täydentää Kansaneläkelaitoksen eli Kelan sairausvakuutuksen tukema yksityinen terveyden- ja sairaanhoito. (Niemelä & Salminen 2006, 36.)

Lääkekuluja korvataan potilaille sairausvakuutuksesta. Sairausvakuutuksesta säädetään sairausvakuutuslaissa ja sairausvakuutuksen toimeenpanosta huolehtii Kela. Sairausvakuutuksesta maksetaan pääasiassa korvausta yksityisen sektorin terveydenhuollon kustannuksista, avohoidon lääkkeitä ja sairauden vuoksi tehdyistä matkoista sekä päivärahaetuksia sairauden, äitiyden ja isyyden johdosta. (Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007, 9.)

Sairausvakuutuksesta korvataan lääkärin ja hammaslääkärin tarpeellisen sairauden hoitoon määräämiä lääkkeitä. Lääkemääräys eli resepti on lääkärin tai hammaslääkärin antama määräys, jonka perusteella apteekki toimittaa lääkkeen. Korvausta maksetaan vain lääkemääräyksellä ostetuista valmisteista. (Kivimäki 2008.) Kivimäen (2008) mukaan Kela on tehnyt apteekkien kanssa sopimuksen lääkkeiden suorakorvauksesta, jolloin potilas maksaa yleensä lääkkeestään apteekissa vain omavastuuosuuden ja Kela maksaa korvauksen apteekille jälkikäteen.

2.1 Terveydenhuoltomenot

System of Health Accounts (SHA) on terveydenhuollon menojen ja rahoituksen tilastointikehikko, jonka avulla terveydenhuoltojärjestelmää voidaan tarkastella kansantalouden tilinpidon kanssa yhteneväisestä näkökulmasta. SHA-tilastointikehikossa eli terveystilinpidossa eritellään terveydenhuoltoon kuuluvat ydintoiminnot terveyteen liittyvistä toiminnoista sekä painotetaan terveydenhuollon roolia eri sektoreiden yli ulottuvana yhteisenä talous- ja sosiaalipolitiikan sillanrakentajan. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Terveydenhuollon kokonaismenoihin tulee SHA-tilastointikehikon mukaisesti sisällyttää kotimaisten talousyksiköiden terveystalouden palvelujen kulutus sekä terveydenhuollon tuottajien bruttopääoman muodostus (bruttopääoma koostuu kiinteän pääoman muodostuksesta, varastojen muutoksesta sekä hankintamenojen poistoista). Määritelmästä seuraa, että terveydenhuollon menoihin lasketaan kotimaisen kulutuksen lisäksi terveystalouden palvelujen tuonti, viennin jäädessä

ulkopuolelle. Tällöin esimerkiksi matkailijoiden ulkomailla käyttämien terveystalveluiden kustannukset tulee lisätä kokonaismenoihin. Vastaavasti kotimainen terveystalveluiden tarjonta ulkomaisille matkailijoille tulee vähentää kokonaismenoista. Terveydenhuollon kokonaismenoja arvioitaessa on määriteltävä, mitä on terveydenhuolto sekä mitkä tavarat ja palvelut katsotaan kuuluviksi terveydenhuollon tuotantoon ja kulutukseen. Terveydenhuollon käsitteen pohjalta terveydenhuollon tuotantoon tulee sisällyttää sairaanhoidon ja muunlaisen hoidon lisäksi hoidon aikaansaamat tarvittavat hallinnointi-, toimisto- ja ylläpitopalvelut. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Terveystillinpidon tiedot voidaan kerätä vaihtoehtoisilla lähestymistavoilla. Osista kokonaismenoista – menetelmällä (bottom-up) tarkoitetaan informaation keräämistä mahdollisimman yksityiskohtaisesta tietoaineksesta. Taulukossa 1. käy ilmi että lääkkeet sisältyvät ryhmään 8. Lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutustavarat. Tähän ryhmään luetaan kuuluvaksi lääkkeet, kuten lääkevalmisteet, alkuperäislääkkeet ja generiset lääkkeet, patenttilääkkeet, seerumit ja rokotteet, vitamiinit ja mineraalit sekä ehkäisytabletit. Luokkaan sisältyy lisäksi lääkinnälliset kulutustavarat eli sidetarvikkeet, tukisukat, inkontinenssituotteet (virtsaeräilytuotteet), kondomit ja muut mekaaniset ehkäisyvälineet. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2007 yhteensä 14 706,3 miljoonaa euroa (taulukko 1.). Terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet tasaisesti vuodesta 1995 alkaen. Euromääräisesti suurimmat menoerät koostuivat vuonna 2007 erikoissairanhoidon (4 852,6 milj. €) ja perusterveydenhuollon palveluista (2650,8 milj. €) sekä avohoidon lääkkeiden ja muiden lääkinnällisten kulutustavaroiden käytöstä (2072,8 milj. €). Reaalisesti terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet vuodesta 1995 yhteensä noin 40 prosenttia. Toiminnoittain tarkasteltuna terveydenhuoltomenojen kasvu on vaihdellut kuitenkin huomattavasti. Suhteellisesti eniten toiminnoista ovat kasvaneet lääkemenot. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Terveydenhuoltomenojen jatkuvasta vuosittaisesta kasvusta huolimatta menojen suhde bruttokansantuotteeseen on vaihdellut. 2000 – luvun vaihteessa bruttokansantuotteen kasvu oli nopeampaa kuin terveydenhuoltomenojen kasvu. Terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen olikin alhaisimmillaan, 7,2 prosenttia vuonna 2000. Vuonna 2007 bruttokansantuotteeseen suhteutetut terveydenhuoltomenot olivat 8,2 prosenttia (taulukko 1). (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Vuonna 2007 kokonaismenot lääkkeisiin ja muihin lääkinnällisiin kulutustavaroihin oli noin 2 miljardia euroa (taulukko 1.) Vuodesta 1995 lääkkeiden reaalihintaiset menot ovat kaksinkertaistuneet. Lääkemenot ovat kasvaneet yhtäjaksoisesti vuodesta 1995 lähtien. Viimeisen kymmenen vuoden aikana lääkekorvausten osuus maksetuista sairausvakuutuskorvauksista on kasvanut 10 prosenttiyksikköä. Vuonna 2005 lääkekorvausten osuus Kelan maksamista sairaanhoitokorvauksista oli lähes kolme neljäsosaa. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.) Lääkemenojen kasvuun on pyritty vaikuttamaan useaan otteeseen ja 1.4.2009 voimaan tullut viitehintajärjestelmä on uusiin vaikutus yritys.

Taulukko 1. Terveydenhuoltomenot toiminnoittain vuosina 1995 – 2007 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009).

Toiminto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. Erikoissairaanhoido	2 470,10	2 595,60	2 611,60	2 738,90	2 840,40	3 055,20	3 328,90	3 622,40	3 858,30	4 054,50	4 324,40	4 590,00	4 852,60
2. Perusterveydenhuolto (pl. työterveys-, opiskelu- ja suun terveydenhuolto)	1 465,00	1 547,40	1 572,60	1 635,00	1 697,00	1 734,60	1 852,70	1 988,40	2 096,40	2 236,10	2 379,80	2 515,80	2 650,80
3. Suun terveydenhuolto	438	459,9	472,9	494,9	518,3	559	609,5	637,6	690,9	729,3	770,5	803,4	866,5
4. Työterveys- ja opiskeluterveydenhuolto	231	245,7	258,3	281,5	301,8	335,7	366,3	395,1	435,8	467,4	498,1	537,8	589,3
5. Vanhusten laitoshoido	480,6	485,5	504,7	511,8	524,4	543,3	573	600,4	617,8	668,9	693,2	715,4	748,5
6. Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto	475,6	486,5	488,2	516,4	571,2	620,6	642,9	688,3	730,9	747,8	760,9	801,7	858,5
7. Muu terveydenhuolto	160,8	160,7	166,1	163,9	155	168,8	179,8	189,7	194,5	209,1	220,3	214,8	225,6
8. Lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutustavarat	956,2	1 052,10	1 115,80	1 201,10	1 344,20	1 408,00	1 549,70	1 698,10	1 814,50	1 944,40	2 060,50	1 985,60	2 072,80
9. Hoitolaitteet ja muut lääkinnälliset kestokulutustavarat	204,7	224	233,6	256,2	274,4	263,7	284,5	302	319,5	332,6	344,7	375,3	391,7
10. Terveydenhuollon hallintomenot	225,7	230	267,8	286,9	277,5	265,1	272,8	296,4	315,9	330	348,3	359	381,2
11. Matkat	100,1	110,2	114,1	119,5	123,4	133,4	132,5	141,8	150,7	161,5	186,7	206,5	220,9
12. Terveydenhuollon bruttoinvestoinnit	346,4	378,6	423,7	399,8	433,7	466,2	531,8	628	646,9	648,4	690,9	785,8	847,9
Terveydenhuoltomenot yhteensä	7 554,00	7 976,10	8 229,30	8 605,90	9 061,20	9 553,50	10 324,40	11 188,10	11 872,00	12 529,90	13 278,20	13 891,00	14 706,30
Terveydenhuoltomenojen bruttokansantuote (BKT)-suhde, %	7,9	8	7,7	7,4	7,4	7,2	7,4	7,8	8,1	8,2	8,4	8,3	8,2

2.2 Terveydenhuoltomenojen rahoitus

Vuonna 2007 terveydenhuoltomenojen julkisen rahoituksen osuus oli 74,6 prosenttia ja yksityisen rahoituksen osuus 25,4 prosenttia (taulukko 2.). Kuntien rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista oli suurin 37,7 prosenttia. Valtion rahoitusosuus vastaavana ajankohtana 22,4 prosenttia. Taulukosta 2. voidaan todeta, että valtion rahoitusosuus laski nopeasti 1990-luvun puolivälin jälkeen, mutta kääntyi nousuun vuonna 2003. Vastaavana ajanjaksona kuntien rahoitusosuus nousi, mutta on viime vuosina hieman laskenut. Kelan rahoitusosuus on noussut vuodesta 1995 alkaen lähes yhtäjaksoisesti ollen vuonna 2007 14,5 prosenttia. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Kuntien ja kuntayhtymien sekä valtion rahoitusosuutta tarkasteltaessa on huomioitava, että rahoitusosuudet ovat laskennallisia. Trendit heijastavat kuitenkin 2000 – luvulla toteutettuja uudistuksia, jossa valtion rahoitusosuutta on pyritty aktiivisesti lisäämään. Sairausvakuutuksen rahoituksen uudistukset esimerkiksi lääkekorvauksissa, ovat osaltaan vaikuttaneet rahoitussuh- teiden muutoksiin. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Kotitaloudet rahoittivat terveydenhuoltoa yli 2 miljardilla eurolla eli niiden rahoitusosuus me- noista vuonna 2007 oli 18,9 prosenttia (taulukko 2.). Kotitalouksien rahoitusosuudesta 45,4 prosenttia oli asiakasmaksuja, 37,9 prosenttia lääkkeiden ja muiden lääkinnällisten laitteiden menoja sekä loput 16,7 prosenttia erilaisten hoitolaiteiden ja lääkinnällisten tuotteiden hankin- ta- sekä matkakuluja. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Kotitalouksien rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista on 2000 – luvulla vähitellen laskenut. Myös koko yksityisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista on laskenut vuoden 2003 jälkeen. Toisaalta työnantajien rahoitusosuus on noussut vuodesta 1995 alkaen heijastaen työ- terveyshuollon palvelujen piirissä olevien työntekijöiden kasvamista. Laajemmin yksityisen sektorin rahoitusosuuden laskussa heijastuu muun muassa valtion rahoitusosuuden lisäys vuo- desta 2003 alkaen. (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen, & Matveinen 2008.)

Taulukko 2. Terveydenhuoltomenojen rahoitus vuosina 1995 – 2007 (Terveyden ja hyvin- voinnin laitos 2009).

	Julkinen rahoitus			Yksityinen rahoitus		Yhteensä
	Valtio	Kunnat	Kela	Kotitalo- udet	Muut	
Vuosi	%					
1995	26,5	33,1	12,5	21,8	6,1	100
1996	22,1	36,9	12,9	21,9	6,2	100
1997	18,3	40,6	13,3	21,6	6,2	100
1998	16,5	41,6	13,7	21,9	6,3	100
1999	15,9	41,5	14	22,2	6,4	100
2000	17,8	39,4	13,9	22,3	6,7	100
2001	17,7	40,1	14,1	21,6	6,5	100
2002	17,6	40,4	14,3	21,2	6,5	100
2003	18,8	39,2	14,6	20,9	6,6	100
2004	20,4	37,7	14,9	20,5	6,5	100
2005	21,5	37,4	14,6	20,1	6,4	100
2006	22,2	37,8	14,7	19	6,3	100
2007	22,4	37,7	14,5	18,9	6,5	100

2.3 Lääketaloudellinen arviointi

Länsimaisten terveydenhuoltojärjestelmien rahoituspaineet ovat kasvaneet huomattavasti. Suuntauksen oletetaan jatkuvan ja jopa lisääntyvän tulevaisuudessa johtuen muun muassa lisääntyvästä lääkkeiden käytöstä, joka on osittain seurausta väestön ikääntymisestä, lääkehoidon tehostumisesta ja lääkkeiden kehittämisestä uusiin hoitotarkoituksiin. Usein uudet ja tehokkaammat lääkkeet ovat kalliimpia kuin vanhat saman sairauden hoitoon käytetyt valmisteet. Kuitenkin markkinoilla jo olevien lääkkeiden hinnat ovat Suomessa laskeneet noin 10 % vuosien 1998 ja 2004 välisenä aikana, vaikka useimpien hyödykkeiden ja tuotantopanosten keskimääräiset hinnat ovat samalla aikavälillä nousseet. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

Yhteiskunnan terveydenhuoltoon käytettävissä olevat resurssit ovat rajalliset. Tällöin joudutaan väistämättä tekemään valintoja siitä, miten nämä niukat resurssit kohdennetaan. Lääkkeiden osalta tämä tarkoittaa Suomessa sitä, että näyttöä lääkkeiden laadusta, tehosta ja turvallisuudesta ei enää pidetä riittävänä päätettäessä verovaroista maksettujen korvattavuusoikeuksien myöntämisessä. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

Terveystaloustieteen ja näin ollen myös lääketaloustieteen tavoitteena voidaan pitää sen varmistamista, että käytetyt lääkkeet ja muut hoitomuodot ovat paras tapa ”sijoittaa” käytettävissä olevat resurssit. Pyrkimyksenä on siis käyttää yhteiskunnan niukkoja resursseja tehokkaasti eli tavalla, joka maksimoi väestön terveyden. Sijoitus on optimaalinen eli allokatiivisesti tehokas, kun resurssit on käytetty siten, että väestössä ei voida saavuttaa enää parempaa terveyden tasoa vaihtamalla resurssien käyttökohteita (esimerkiksi kohdentamalla resurssit muihin käytettävissä oleviin hoitomuotoihin). Välttämätön ehto allokatiivisesti tehokkaalle järjestelmälle on tekninen tehokkuus. Toiminta on teknisesti tehokasta silloin, kun tiettyä hoitotavoitetta ei voida saavuttaa, mikäli yhdenkin tuotantopanoksen (esimerkiksi lääkärit, hoitajat, diagnosilaitteet jne.) määrää vähennetään muiden panosten määrän pysyessä samana. Toisin sanoen terveydenhuoltojärjestelmä ei voi olla allokatiivisesti tehokas ellei kunkin sairauden hoitamiseen tai ehkäisemiseen käytetä teknisesti tehokkaimpia hoitokäytäntöjä. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

Terveystaloustieteessä ja terveydenhuoltoon liittyvässä päätöksenteossa tehokkuus ei ole ainoa tavoite. Päätöksenteossa huomioidaan yleisesti myös oikeudenmukaisuuskysymykset, jotka liittyvät resurssien ja terveyshyötyjen tasa-arvoiseen jakautumiseen väestössä. Käytännössä yhteiskunnan arvovalinnat määrittävät puitteet, joissa resurssien mahdollisimman tehokas

kohdentaminen tapahtuu. Näin ollen tehokkuuspyrkimyksestä poikkeaminenkin voi olla perusteltua, mikäli se on yleisesti hyväksytyjen oikeudenmukaisuuskriteerien mukaista. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

Lääketaloudellisia arviointeja tehdään yhteiskunnallisen päätöksenteon tueksi. Niissä pyritään ottamaan huomioon koko hoitoprosessin vaatimat kustannukset ja prosessin aiheuttamat vaikutukset prosessin maksajasta ja vaikutusten saajasta riippumatta. Tämä yhteiskunnallinen näkökulma auttaa välttämään osaoptimointia, jossa erilliset terveydenhuollon toimijat maksimoivat omia etujaan huomioimatta vaikutuksia muilla terveydenhuollon sektoreilla (esimerkiksi minimoivat omia kustannuksiaan). Muita vaihtoehtoisia näkökulmia ovat esimerkiksi potilas, palveluiden tuottaja (esimerkiksi sairaala), omainen ja maksaja. Näissä näkökulmissa huomioidaan vain ne kustannukset ja vaikutukset, jotka katsotaan kustannuksiksi ja vaikutuksiksi kyseisistä näkökulmista katsottuna. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

Täydellisissä terveystaloudellisissa arvioinneissa käytettäviä analyysimenetelmiä on neljä: kustannusten minimointi-, kustannushyöty-, kustannusvaikuttavuus- sekä kustannus-utiliteetti-analyysi. Menetelmät eroavat toisistaan lääkkeiden vaikutusten määrittämisen suhteen. Kustannusten minimointianalyysi on menetelmistä teoreettisesti yksinkertaisin, sillä siinä keskitytään ainoastaan hoitovaihtoehtojen kustannusten vertaamiseen edullisimman hoitomuodon löytämiseksi. Muut analyysimenetelmät ottavat huomioon erot hoitovaihtoehtojen vaikutuksista. Kustannus-hyötyanalyysissä hoidon kustannusten lisäksi myös hoidon vaikuttavuus arvioidaan rahamääräisesti. Kustannusvaikuttavuus-analyysissä vaikuttavuus arvioidaan luonnollisissa yksiköissä (esimerkiksi muutoksena seerumin kolesterolitasoissa tai potilaiden elinajanodotteessa). Kustannus-utiliteettianalyysissä hoidon vaikuttavuus mitataan laatu painotettuna elinvuosina, joka huomioi samanaikaisesti hoidon aikaansaamat muutokset sekä potilaiden elinajanodotteessa että terveyteen liittyvässä elämänlaadussa. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

Kustannusten, resurssien käytön ja vaikuttavuuden arvioinnin peruseriaatteena voidaan pitää sen määrittelyä, aiheutuisiko kustannuksia, resurssien käyttöä ja vaikuttavuutta ilman kyseistä hoitomuotoa tietyllä ajanjaksolla. Näin ollen yksikkökustannusten, resurssien käytön ja vaikuttavuuden tulee olla eriteltävissä ja niiden tulee aiheutua tutkitusta hoitomuodosta. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

Terveystaloustieteen tavoitteena on tehokas, tuottava ja palveluita oikeudenmukaisesti allokoiva terveydenhuoltojärjestelmä, joka säästää kansalaisia tarpeettomilta sairauksilta, kuolemilta ja veroilta. Lääketaloustiede käyttää terveystaloudellisia menetelmiä lääkehoitoon liittyvään tutkimukseen niukkojen resurssien tarkoituksenmukaisen allokation selvittämiseksi. Lääketaloudellisten arviointien tavoitteena on siis auttaa lääkehoitoon liittyvien päätösten tekemistä kansantalouden makro- ja/tai mikrotasolla lääkehoidon erityispiirteet huomioiden. (Martikainen, Hallinen & Soini 2006.)

3 Lääkekorvausjärjestelmä

Kela korvaa lääkkeitä, jotka ovat lääkemääräystä edellyttäviä lääkevalmisteita ja jotka on tarkoitettu joko sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantamaan tai helpottamaan sairautta tai sen oireita. (Kivimäki 2008.) Ennaltaehkäisevää tai terveydentilaa ylläpitävää lääkehoitoa ei sairausvakuutuksesta korvata (esimerkiksi rokotteet). Kelakorvauksen piiristä on rajattu pois myös valmisteet, joiden hoidollinen arvo on vähäinen tai jotka ovat tarkoitettu lievän sairauden hoitoon. Lisäksi tilapäiseen käyttöön tarkoitettut valmisteet sekä valmisteet, jotka ovat kustannuksiltaan vähäisiä, ovat rajattu pois korvauksen piiristä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 20–21.)

Lääkekorvaukset maksetaan kolmessa korvausluokassa: peruskorvaus on 42 %, alempi erityiskorvaus 72 % ja ylempi erityiskorvaus 100 %. Ylemmässä erityiskorvausluokassa potilas maksaa omavastuuna 3 euroa jokaisesta samalla kertaa korvatusta lääkkeestä. Lisäksi sairausvakuutus korvaa eräiden vaikeiden sairauksien hoitoon käytettävät kliiniset ravintovalmisteet sekä pitkäaikaisen ihotaudin hoitoon käytettävät perusvoiteet. (Sosiaali- ja terveysministeriön esitettä 2007, 10) (Kivimäki 2008.).

3.1 Peruskorvaus

Lääke tulee peruskorvattavaksi, kun hintalautakunta on vahvistanut sille korvattavuuden ja kohtuullisen tukkuhinnan. HILA eli hintalautakunta (toimii Sosiaali- ja terveysministeriössä vakuutusosaston yhteydessä) voi tietyin edellytyksin rajoittaa lääkkeen peruskorvattavuuden tarkoin määriteltyihin käyttöaiheisiin. Peruskorvausta voidaan rajoittaa, jos kyse on erikoisen kalliista lääkkeestä tai jos lääkkeestä aiheutuisi laajassa käytössä saavutettavaan hyötyyn nähden kohtuuttomia kustannuksia. Rajoitetusti peruskorvattavan lääkkeen tulee olla välttämätön vakavan sairauden hoidossa. Lisäksi edellytetään, että lääkkeen käytöstä on tutkimuksessa osoitettu merkittävää hoidollista arvoa tietyissä sairaustiloissa. (Kivimäki 2008).

Hintalautakunta voi vastaavalla tavalla rajoittaa myös kliinisten ravintovalmisteiden, perusvoiteiden ja erityisluvallisten lääkevalmisteiden korvattavuutta. Kela voi päättää tarkemmin tarvittavista selvityksistä ja niistä lääketieteellisistä edellytyksistä, joiden tulee täytyä, jotta rajoitetusti peruskorvattavan lääkkeen korvaaminen on lääketieteellisesti perusteltua. (Kivimäki 2008.)

3.2 Erityiskorvaus

Joidenkin vaikeiden, pitkäaikaisten sairauksien lääkkeitä voi saada peruskorvausta suuremman erityiskorvauksen. Erityiskorvauksiin oikeuttavista sairauksista määrätään valtioneuvoston asetuksella (198/2009: Valtioneuvoston asetus lääketieteellisin perustein vaikeiksi ja pitkäaikaisiksi arvioitavista sairauksista, joiden lääkehoidon kustannuksista sairausvakuutuslain 5 luvun 5 §:n 2 momentin perusteella korvataan 72 tai 100 prosenttia). Erityiskorvaus edellyttää lisäksi, että hintalautakunta on vahvistanut lääkkeelle erityiskorvattavuuden ja erityiskorvattavuuden vahvistaminen edellyttää, että lääkettä käytetään vaikean ja pitkäaikaisen sairauden hoidossa. Lisäksi Kela edellyttää, että lääketieteelliset edellytykset, jotka Kela on määritellyt kunkin sairauden kohdalla, tulee täyttyä, jotta potilas voi saada oikeus erityiskorvaukseen. (Kivimäki 2008).

Erityiskorvaus on alemman erityiskorvausluokan mukainen (72 %) silloin, kun lääke on välttämätön vaikean ja pitkäaikaisen sairauden hoidossa. Alemmaan erityiskorvausluokkaan on määriteltäviä kuuluvaksi mm. krooninen verenpainetauti, periytyvät rasva-aineenvaihdunnan vaikea-asteiset häiriöt ja krooninen keuhkoastma. (Kivimäki 2008)

Ylempään erityiskorvausluokkaan (100 %) lääke puolestaan kuuluu, jos se on vaikean ja pitkäaikaisen sairauden hoidossa tarvittava vaikutustavaltaan korvaava tai korjaava välttämätön lääke. Ylempään erityiskorvausluokkaan kuuluvat mm. diabetes, MS-tauti, epilepsia, vaikeat psykoosit ja muut vaikeat mielenterveyden häiriöt, glaukooma ja syöpäsairaudet. (Kivimäki 2008.)

Kivimäen (2008)mukaan oikeutta erityiskorvaukseen, kliinisten ravintovalmisteiden korvaukseen tai rajoitetusti peruskorvattavien lääkkeiden korvaukseen on haettava Kelalta B-lääkärinlausunnolla. B-lääkärinlausunnon tulee olla erikoissairaanhoidon yksikön tutkimuksiin perustuva tai erikoislääkärin antama lausunto.

3.3 Nollakorvaus

Osasta lääkkeitä ei makseta korvausta ollenkaan, tätä kutsutaan nollakorvaukseksi. Tällaisia ovat mm. valtaosa ilman reseptiä saatavista itsehoidon lääkkeitä, eräät hoidollisesti vähämerkitykselliset lääkkeet sekä sellaiset reseptilääkkeet, joita lääkeyritys ei halua pitää korvattavien lääkkeiden joukossa voidakseen hinnoitella ne ilman viranomaisen hyväksyntää. (Niemelä & Salminen 2006.)

3.4 Omavastuusuuden katto

Potilaan vuotuiselle omavastuusuudelle on määrätty katto, minkä ylittyttyä hän saa kaikki korvauksen piiriin kuuluvat tarpeelliset lääkkeensä loppuvuoden ajan maksamalla niistä vain 1,5 euron suuruisen reseptimaksun (Niemelä & Salminen 2006, 38). Vuotuinen omavastuuraja määritellään Kelassa erikseen vuosittain, vuonna 2009 se on 672,70 euroa (Kansaneläkelaitos 2009a).

3.5 Tarpeelliset lääkekulut

Sairausvakuutus korvaa vain tarpeellisia lääkekuluja. Lääkettä on käytettävä annostusohjeen mukaisesti ja sitä voi ostaa apteekista korvattuna enintään kolmeksi kuukaudeksi kerrallaan, mahdollisimman edullisina pakkauskokoina. Uusi erityiskorvattava tai rajoitetusti korvattava lääke-erä voidaan korvata vasta, kun edellinen erä on käytetty lääkärin ohjeen mukaan lähes kokonaan. Tämä ostojen väliaika on edellytyksenä myös vuotuisen omavastuusuuden ylittävien lääkekustannusten lisäkorvauksen maksamiselle. Tällä säännöllä pyritään edistämään lääketurvallisuutta: ei käytetä lääkkeitä vahingossa liikaa tai liian vähän, eikä ole syytä kasata lääkkeitä kotiin. (Kivimäki 2008.)

3.6 Lääkekorvausjärjestelmässä ja lääkkeiden hinnoittelussa tehtyjä toimenpiteitä

Sairausvakuutusjärjestelmän ja sitä kautta maksettavien lääkekorvauksen tarkoituksena on varmistaa lääkkeiden saatavuus kohtuullisin kustannuksin. Siinä on kyse jatkuvasta tasapainon etsimisestä sekä sosiaali- ja terveystaloudellisten että elinkeinotaloudellisten intressien yhteensovittamisesta. Lääkekustannusten kasvun hillitsemiseksi on tehty useita aktiivisia toimenpiteitä, joista vuoden 1993 jälkeen tehdyt ovat:

- 1993 rajattu lääkevaihto
- 1994 muutoksia lääkekorvauksiin
- 1996 mahdollisuus lääkkeen määräämiseen vaikuttavan aineen nimellä
- 1998 lääkkeiden arvonlisäveroa laskettiin 12 prosentista 8 prosenttiin
- 1998 tukkuhinnan voimassaoloaika muutettiin määräaikaiseksi ja lääkkeiden hintalautakunnalle annettiin mahdollisuus tarkistaa tukkuhintoja. Lisäksi hakemuksiin tuli liittää terveystaloudellinen selvitys uusien lääkkeiden osalta. Erityiskorvattavuuden edellytyksiä tarkistettiin.
- 1998 velvoitevarastointilisiä poistettiin

- 1998 lääketaksan uudistaminen
- 1998 - 1999 kohtuullisten tukkuhintojen tarkastamiskierros
- 1999 merkittävät ja kalliit lääkkeet omaksi ryhmäksi, tarpeellisuus osoitettava potilas-kohtaisesti erillisselvityksillä ennen peruskorvauksen maksamista
- 2003 laaja lääkevaihto
- 2003 - 2005 kohtuullisten tukkuhintojen tarkistamiskierros
- 2004 lääkkeiden erityiskorvattavuuden ratkaiseminen siirrettiin lääkkeiden hintalautakuntaan
- 2006 korvausluokkien muutos, peruskorvattavuuden ratkaiseminen siirrettiin lääkkeiden hintalautakuntaan, ostokertakohtainen omavastuu poistui, ylempään erityiskorvausluokkaan tuli 3 euron lääkekohtainen maksuosuus potilaalle ja lisäkorvatuissa lääkkeissä 1,5 euron lääkekohtainen maksuosuus sekä korvattavien lääkkeiden 5 % tukkuhintaleikkaus
- 2006 sairausvakuutuksen rahoitusuudistus läpinäkyvyyden parantamiseksi
- 2008 - 2011 lääkkeiden kustannusten kasvulle asetettu 5 % vuotuinen reaalkasvuraja. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 26–27.)

4 Lääkevaihto

Lääkevaihto tuli voimaan 1. päivänä huhtikuuta 2003. Lääkevaihdon tavoitteena oli ja on edelleenkin kustannustehokkaan lääkehoidon edistäminen, lääkkeen määrääjien ja apteekkien työnjaon selkeyttäminen rationaalisen lääkehoidon toteuttamiseksi, potilaan itsemääräämisoikeuden ja hoitomyöntyvyyden edistäminen sekä lääkemarkkinoiden tehokkuuden lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 27.)

Kivimäen (2008) mukaan lääkelaki velvoittaa apteekin vaihtamaan lääkärin tai hammaslääkärin määräämän lääkevalmisteen halvimpaan tai siitä hinnaltaan vähän poikkeavaan, Lääkelaitoksen luettelon mukaiseen vaihtokelpoiseen lääkevalmisteseen, joka on yleisesti saatavilla. Palva (2008) toteaa artikkelissaan, että Lääkelaitoksen luettelon laadinnan pääperiaatteena on varmistaa, että vaihto voidaan tehdä turvallisesti niin, ettei lääkkeen vaikutus muutu vaihdon takia. Keskenään vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden halvimmaksi hinnaksi määritellään kunkin vuosineljänneksen ensimmäisen päivän perusteella tuolloin halvimmän valmisteen arvonlisäverollinen vähittäismyyntihinta (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 27).

Lääkevaihdon käynnistyessä Lääkelaitos määritteli keskenään vaihtokelpoiksi sellaiset lääkevalmisteet, jotka ovat vaikuttavien aineiden määrän, lääkemuodon ja laadun osalta samanlaisia. Lisäksi lääkevalmisteiden tulee olla biologisesti samanarvoisia eli lääkkeen imeytyminen elimistöön on oltava riittävän samanlaista (+/- 20 prosentin ero sallitaan) ja biologinen samanarvoisuus tulee osoittaa biologista hyväksikäytettävyyttä koskevilla tutkimuksilla. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 27.)

Lääkevaihto laajeni vuoden 2006 alusta lukien. Tuolloin vaikuttavan aineen määrittelyssä aineen eri kemiallisten muotojen vaihtokelpoisuutta laajennettiin. Samoin välittömästi lääkeainetta vapauttavan suun kautta otettavan lääkemuodon (kapseli muotoiset valmisteet) merkitys lääkevaihdon kannalta muuttui. Lisäksi psykyen- ja dementialääkkeille hyväksyttiin vaihtokelpoisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 27 - 28.)

Lääkelaitos ylläpitää ja päivittää neljä kertaa vuodessa keskenään vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden luetteloa. Suomessa oli markkinoilla vuoden 2006 viimeisellä neljänneksellä noin 7000 myyntipakkausta, joista lääkevaihdon piirissä oli noin 3200 myyntipakkausta, eli noin 46 % myyntipakkauksista. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 28.)

Lääkkeen määrääjällä eli lääkärillä ja ostajalla on oikeus kieltää kauppanimellä määrätyn lääkevalmisteen vaihto. Lääkärillä on oikeus kieltää vaihto silloin, kun se on lääketieteellisesti tai hoidollisesti perusteltua. Lääkkeen ostajalla on oikeus aina kieltää apteekissa lääkkeen vaihto. Tämä oikeus perustuu siihen, että on potilaan itsemääräämisoikeuden mukaista säilyttää potilaalla mahdollisuus saada apteekista hänelle alun perin määrättyä lääkevalmistetta. Vaihdon kieltäminen ei ole lääkevaihdoissa vaikuttanut ostajan oikeuteen saada korvaus siitä lääkkeestä, jonka hän on ostanut apteekista. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 28.)

Sekä lääkärin että apteekin tulee aina neuvoa potilasta lääkkeen oikeasta ja turvallisesta käytöstä. Erityisesti apteekin neuvontavelvollisuus laajeni lääkevaihdon käyttöönoton myötä, sillä apteekille asetettiin velvollisuus ottaa neuvonnassa huomioon myös lääkehoidon kustannukset. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 28.)

4.1 Samaan lääkeryhmään kuuluvat valmisteet

Tällä hetkellä markkinoilla on useita lääkeryhmiä, jotka sisältävät sellaisia lääkeaineita, jotka ovat farmakologisesti toistensa kaltaisia. Toisin sanoen samaan lääkeryhmään kuuluvien valmisteiden vaikutusmekanismit ovat samoja, mutta vaikuttavat aineet eroavat toisistaan kemiallisesti. Joissakin tapauksissa valmisteiden tehossa ja hoidollisessa arvossa saattaa olla yksittäisten tai potilasryhmien kannalta kliinisesti merkittäviä eroja. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 65.)

Samaan lääkeryhmään kuuluvat valmisteet sisältävät samaan lääketieteelliseen keksintöön perustuvia, kilpailevien yritysten kehittämiä valmisteita, jotka tulevat markkinoille peräjälkeen yritysten tuotekehityksen nopeuden mukaisessa järjestyksessä. Myöhemmin markkinoille tulevat valmisteet voivat myös olla kliinisessä käytössä ryhmän aikaisemmillä valmisteilla havaitun epäkohdan systemaattisia korjausyrityksiä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 65.)

4.2 Hintaputki

Kaikkein halvinta markkinoilla olevaa lääkevalmistetta ei välttämättä ole kaikkien apteekkien tai edes tukkukauppojen varastossa riittävästi. Lääkkeiden saatavuuden varmistamiseksi lääkelakiin määriteltiin hintarajat, joiden puitteissa olevista valmisteista apteekki voi valita toimitettavan valmisteen. Nämä valmisteet ovat ”hinnaltaan vähän poikkeavia” verrattuna halvimpaan markkinoille olevaan valmisteeseen. Näitä hintarajoja kutsutaan hintaputkeksi. Ostajalle ja ap-

teekille lääkkeen vaihdosta aiheutuva lisävaiva ei ole perusteltua, ellei vaihdolla saada aikaan säästöjä. Lääkettä pidetään hinnaltaan vähän poikkeavana, jos hintaero:

- 1) halvimpaan alle 40 euroa maksavaan vaihtokelpoiseen valmisteeseen on pienempi kuin 2 euroa; tai
- 2) 40 euroa tai sitä enemmän maksavaan halvimpaan vaihtokelpoiseen valmisteeseen on pienempi kuin 3 euroa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 28.)

4.3 Lääkepatentti

Kuten muutkin patentit lääkepatentti antaa oikeuden kieltää muita käyttämästä ammattimaisesti keksinnön kohdetta. Tutkivalle lääketeollisuudelle olennaisin on lääkeainetta suojaava patentti, mutta patentoitu keksintö voi olla vaikkapa uusi lääkemuoto. Patentin omistajan yksinoikeus kannustaa tutkimaan ja kehittämään uutta. Lisäksi patenttisuoja antaa lääkeyritykselle mahdollisuuden tehdä taloudellisesti kannattavaa tutkimustoimintaa. (Seppi 2007.)

Analogiamenetelmäpatentti suojaa valmistetta, jonka patentoitavuus on perustunut lääkeaineen uutuuteen. Analogiamenetelmäpatentin on voinut saada vain uusi lääkeaine, jonka synteessissä käytettävä menetelmä on sinällään voinut olla jo tunnettu. Menetelmäpatentti sen sijaan perustuu joko lääkevalmisteen valmistus- tai lääkeaineen synteessimenetelmän uutuuteen ja itse lääkeaine on tällöin jo tunnettu. (Lääketeollisuus. 2008.)

4.4 Patenttilainsäädäntö

Patenttilainsäädäntö kuuluu immateriaalioikeuden piiriin. Immateriaalioikeuden tarkoituksena on taata luovan työn tekijälle yksinoikeus käyttää ammattimaisesti hyväkseen suojan kohdetta, oli sitten kyseessä sinfonia, uusi lääkekeksintö tai shampoopullon logo. Lääketeollisuus on teollisuudenalana huomattavan riippuvainen tehokkaasta patenttisuojasta. Lääkkeiden kehittäminen on pitkäjänteistä työtä. Siihen ei kannata ryhtyä ilman varmuutta siitä, että tutkimukseen ja tuotekehitykseen sijoitetut resurssit on patentin tuoman määräaikaisen yksinoikeuden turvin mahdollista saada takaisin niin, että lääkekehitystä pystytään jatkamaan. Valmiiden, tutkittujen lääkkeiden kopioiminen on myös usein melko yksinkertaista, mikä lisää tehokkaan patenttisuojan merkitystä. (Aitlahti 2008.)

Suomen patenttilainsäädännön mukaan lääke- ja ravintoaineille voitiin vuoden 1994 loppuun saakka myöntää ainoastaan niin sanottu menetelmäpatentti. Tämä tarkoittaa sitä, että myönnet-

tävä patentti koskee ainoastaan lääkeaineen tiettyä valmistusmenetelmää, eikä ulotu valmistusmenetelmän kohteena olevaan tuotteeseen. Tämä mahdollistaa vastaavan tuotteen valmistamisen toista valmistusmenetelmää käyttäen. Vuonna 1987 annettiin hallituksen esitys tuotepanttiin siirtymisestä ravinto- ja lääkeaineiden kohdalla. Koska kyseessä oli merkittävä alan teollisuuden käytäntöjä koskeva muutos, annettiin teollisuudelle aikaa sopeutua tuotepanttiin tuomaan uuteen tilanteeseen 8 vuotta uuden lain astuttua voimaan vuoden 1995 alusta. Tämän jälkeen tehdyissä hakemuksissa on voitu myöntää tuotepatentti lääke- ja ravintoaineille. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 31.)

Kun lääkevaihtoa koskeva lainsäädäntö tuli voimaan, lääkevaihdon toteuttamisen yhteydessä ei otettu suoraan kantaa patenttilainsäädännön sisältöön. Lääkevaihtoa rajattiin lääkelain 1.2.2006 voimaan tulleella muutoksella. Tuolloin lääkevaihdon ulkopuolelle suljettiin lääkkeet, joiden vaikuttavan aineen valmistusmenetelmää suojaa Suomessa ennen vuotta 1995 tehdyn hakemuksen perusteella myönnetty patentti, jonka myöntäminen perustuu valmistettavan aineen uutuuteen, tai tällaiseen patenttiin perustuva lisäsuojatodistus, jolla on tuotepatentti voimassa vähintään viidessä EU-maassa. Lainmuutoksen myötä lääkevaihto pystyi käynnistymään vasta menetelmäpatentin voimassaolon päätyttyä. Muutos koski vain lääkevaihtoa, ei rinnakkaisvalmisteen tuomista markkinoille, eikä myöskään menetelmäpatentin suojaaman alkuperäisvalmisteen ja rinnakkaistuontivalmisteen keskinäistä lääkevaihtoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 31.)

4.5 Lääkevaihdon toteutuminen

Lääkevaihto on Kansaneläkelaitoksen mukaan tuonut runsaasti säästöjä niin asiakkaille, kuin sairausvakuutuksen lääkekorvausmenoihin (taulukko 3.) Keskimääräisesti vuonna 2008 säästö per vaihto oli 12,00 € ja kokonaissäästöt olivat 33,4 milj. euroa. Vaihtojen tuomat säästöt on laskettu vertaamalla lääkärin määräämän valmisteen ja asiakkaalle toimitetun valmisteen kustannuksia.

Taulukko 3. Lääkevaihtojen tuomat säästöt milj. euroa vuosina 2004 – 2008 (Kansaneläkelaitos 2009d).

Vuosi	Asiakkaalle	Sairausvakuutuksen lääkekorvausmenoihin	Yhteensä	Säästö / vaihto (€)
2004	13,7	16,9	30,5	19,68
2005	12	13,8	25,7	15,8
2006	18,3	17,9	17,8	17
2007	17,8	17,8	35,6	13,58
2008	16,4	17	33,4	12

Taulukosta 4. on nähtävissä, että vaihdettavien lääkevalmisteiden määrä ei ole kasvanut, vaikka vaihtokelpoisten reseptien määrä on lähes kaksinkertaistunut. Tämä johtuu lähinnä siitä, että lääkärit ovat enimmäksä määrän viimeisen kolmen vuoden aikana alkaneet kirjoittaa reseptejä suoraan edullisemmalle lääkevalmisteelle, joka on jo hintaputken sisällä (taulukko 5). Tämä on johtanut siihen, että potilaan ei ole tarvinnut lääkevalmistetta apteekissa enää vaihtaa. Keskimäärin noin 10 prosenttia potilaista on kieltänyt lääkevaihdon apteekissa (taulukko 5).

Taulukko 4. Vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden kustannukset ja korvaukset vuosina 2004 - 2008 (Kansaneläkelaitos 2009d).

Vuosi	Reseptejä (milj.)	Kokonaiskustannukset (milj. €) (1)	Korvaukset (milj. €)	Reseptejä, joissa lääkevalmiste vaihdettu
2004	12,9	508,3	272,5	12,00 %
2005	14,2	589,1	326,8	11,50 %
2006	19,6	675,6	404,5	12,30 %
2007	22	757,3	451,8	11,90 %
2008	23,8	796,7	467,9	11,70 %

(1) Apteekkien lääkemyynti, josta on maksettu SV korvausta

Taulukko 5. Reseptejä (% osuus), joissa ei vaihtoa tehty vuosina 2004 – 2008 (Kansaneläkelaitos 2009d).

RESEPTEJÄ, JOISSA EI VAIHTOA, KOSKA					
Vuosi	Lääkäri määrännyt hintaputken rajoissa olevaa valmistetta	asiakas kieltänyt vaihdon	lääkäri kieltänyt vaihdon	lääkettä ei vaihdettu muusta syystä (1)	Asiakkaita, jotka ovat vaihtaneet ainakin yhden lääkkeen
2004	73,70 %	11,80 %	0,30 %	2,20 %	691 222
2005	75,70 %	10,40 %	0,20 %	2,20 %	751 593
2006	74,50 %	9,80 %	0,20 %	3,30 %	1 024 452
2007	74,50 %	9,70 %	0,20 %	3,50 %	1 081 396
2008	74,70 %	10,00 %	0,20 %	3,50 %	1 134 547

1 Esim. hintaputkessa olevaa valmistetta ei yleisesti saatavilla tai toimitettu aiemmin samalla reseptillä ostettu toimitushetkellä hintaputken kuulumatonta valmistetta

Lääkevaihdon kokemuksia ensimmäisen vuoden aikana tutkittiin sekä lääkäreiden, potilaiden, apteekkien että lääkeyritysten kannalta. Lääkärit kielsivät vaihdon erittäin harvoin (taulukko 5), mikä viittaisi hyvään lääkevaihdon myöntyvyyteen lääkärinkunnassa. Potilaiden kokemuksia tutkittiin apteekkien asiakkaille jaettujen kyselyiden avulla. Potilaat suhtautuivat lääkevaihtoon myönteisesti ja vaihdon motivaationa oli yleisimmin halu säästää lääkekustannuksissa. Asiakkaiden mielestä vaihto apteekissa sujuu hyvin eivätkä he juurikaan ole havainneet eroja aiem-

man ja vaihdetun valmisteen välillä. Tärkein lääkevaihdon kieltoon vaikuttava tekijä oli tuttu aiempi valmiste, joka oli koettu käytössä hyväksi eikä haluttu vaihtaa uuteen valmisteeseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 63 - 64.)

Lääketeollisuuden avainhenkilöille tehdyn kyselyn mukaan lääkevaihdon seurauksena pääasiassa alkuperäisvalmisteisiin keskittyneiden lääketeollisuusyritysten liikevaihto pieneni ja geneerisiin valmisteisiin keskittyneiden kasvoi. Läketeollisuuden suurimpien lääkeyritysten reseptilääkkeiden myynnin muutokset ovat nähtävissä liitteestä 2, missä on myynnin kehityksen hidastuminen havaittavissa. Läketeollisuus ry katsoo, että lääkevaihto on aiheuttanut lääkeyrityksille ongelmia lääkkeiden varastoinnissa (mm. velvoitevarastointi) ja vähentänyt uusien lääkkeiden tutkimus- ja kehitystyötä Suomessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 64.)

Läikevaihdon vaikutuksia lääketukkukauppojen toimintaan ja talouteen tutkittiin Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta teemahaastattelulla ja apteekkien toimintaan sekä talouteen apteekkihenkilöstölle suunnatuilla kyselyillä. Selvityksen mukaan lääkevalmisteiden määrän lisääntyminen ja nopeat hintamuutokset lisäsivät lääkkeiden varastointiin liittyvää työtä sekä tukkukaupoissa että apteekeissa. Apteekeissa hintaneuvontavelvollisuus pidensi myös asiakaspalveluun käytettyä aikaa. Läkkeiden toimitusvarmuus säilyi kuitenkin hyvänä lukuun ottamatta lääkevaihdon aivan ensimmäisiä kuukausia vuonna 2004. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 64.)

Apteekkariliiton mukaan lääkevaihto on lisännyt merkittävästi varaston hallintaan liittyvää työtä apteekeissa. Erityisesti hintaputken määräytymisen yhteydessä (3 kertaa vuodessa) varastossa on usein ”väärää” lääkkeitä. Osa edullisemmista valmisteista loppuu tukkuliikkeistä nopeasti eikä niitä riitä kaikille apteekeille. Näistä syistä johtuen apteekit pyrkivät toimittamaan valmisteita, joille lääkeyritys antaa saatavuustakuun hintaputkessa. Läkhevaihto on merkinnyt apteekkeille myös lisätyötä asiakasneuvonnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 64.)

4.6 Läkhevaihdon tuoman kilpailun vaikutus lääkemarkkinoilla

Hintakilpailu Suomen lääkemarkkinoilla on ollut perinteisesti vähäistä. Potilaat ovat ostaneet lääkkeitä pääasiallisesti lääkärin määräyksen mukaan. Potilaan lääkkeestä maksama hinta taas ei ole ollut lääkärille merkittävä lääkkeen valintaan vaikuttava tekijä. Kilpailutilanne lääkemarkkinoilla muuttui ratkaisevasti 1.4.2003. Tällöin otettiin käyttöön yksi keino lääkekustannuksien

kasvun hillitsemiseksi eli lääkevaihto. Kilpailullisuuden kannalta kyse on siitä, että ei-patenttisuojuuttujen alkuperäislääkkeiden erityisasema markkinoilla poistettiin altistamalla ne rinnakkaisvalmisteiden kilpailulle. Lääkevaihto vaikuttaa siis ainoastaan ei-patenttisuojuuttujen reseptilääkkeiden kilpailuasetelmaan. (Aalto-Setälä, Saarinen 2006).

Lääkevaihto on laskenut selvästi vaihtokelpoisten lääkkeiden hintoja. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintakehityksen haitari on valtava, sillä joidenkin vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat ovat nousseet ja joidenkin laskeneet jopa yli 80 prosenttia. (Aalto-Setälä, Saarinen 2006.) Norjassa tehtyjen tutkimusten mukaan lääkevaihto pohjoismaissa ei ole tuonut riittävästi kaikkien lääkkeiden hintoja alas, vaikkakin joiden lääkeryhmien kohdalla se on toteutunut hyvin. (Furu, Dalen, Loacatelli & Strom 2008).

Kilpailijoiden lukumäärän lisääntyminen substituutioryhmässä laskee hintoja. Substituutioryhmällä tarkoitetaan lääkkeitä jotka ovat keskenään vaihdettavissa. Yllättävää on kuitenkin, että uudet kilpailijat laskevat selvästi substituutioryhmän hintoja, vaikka ryhmässä olisi jo useita kilpailijoita. Kilpailijoiden hintoja laskeva vaikutus ei lisäksi ole samanlainen kaikissa substituutioryhmissä, sillä kilpailu on laskenut hintoja huomattavasti vähemmän alun perin keskihinnaltaan alhaisissa ryhmissä kuin kalliimmissa ryhmissä. Syynä on se, että keskihinnaltaan alhaisissa ryhmissä 2 euroa leveä hintaputki on kovin leveä prosentuaalisesti. Jos ryhmän alimmaksi hinnaksi määritellään esimerkiksi 4 euroa, kyseistä tuotetta jopa 50 % kalliimmat lääkkeet mahtuvat hintaputkeen. (Aalto-Setälä, Saarinen 2006).

Alkuperäislääkkeiden hintakehitys on ollut hyvin erilainen pienissä ja suurissa substituutioryhmissä. Lääkevaihdon ongelmana onkin tällä hetkellä se, että paljon kilpailijoita sisältävien substituutioryhmien alkuperäislääkkeiden hinnat eivät ole juuri laskeneet. Koska osa kuluttajista haluaa ostaa näitä kalliita alkuperäislääkkeitä, kyseisten lääkkeiden korkeat hinnat nostavat sekä kuluttajille että Kansaneläkelaitokselle lääkkeitä aiheutuvia kustannuksia. (Aalto-Setälä, Saarinen 2006). Norjassa tehdyissä tutkimuksissa onkin todettu, että iäkkäät lääkärit sekä iäkkäät potilaat ovat kovin merkkiuskollisia alkuperäislääkkeitä kohtaan, ja ovat valmiita maksamaan brändilääkkeistä enemmän. (Furu, Dalen, Loacatelli & Strom 2008).

5 Kansainväliset viitehintamallit

Monet Euroopan maat ovat ottaneet viitehintajärjestelmän käyttöön jo 1990 – luvulla, ja nykyisin sen eri versioita on käytössä 18 Euroopan maassa (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 117/2008). Viitehintajärjestelmä on käytössä mm. Hollannissa, Belgiassa, Espanjassa, Islannissa, Italiassa, Ruotsissa ja Saksassa. Norja otti pois käytöstä viitehintajärjestelmän alkuvuodesta 2001. Tämä päätös tehtiin, koska tutkimukset osoittivat että viitehintajärjestelmä ei kyennyt edistämään rationaalista lääkehoitoa ja sen aiheuttamat kustannukset olivat suuremmat kuin säästöt. (Martikainen & Rajaniemi 2002).

Viitehintamalleissa valmisteet luokitellaan ryhmiin joko vaikuttavan lääkeaineen perusteella (generinen malli) tai hoidollisen samanarvoisuuden (terapeuttinen malli) perusteella. Mallit eroavat toisistaan kattavuuden, hinnanmääräytymisen ja valmisteiden ryhmittelyn osalta. (Järvinen 2008.)

Käytössä olevista viitehinta- ja korvaushintamalleista generinen malli on yleisimmin käytössä. Mallissa lääkkeiden ryhmittelyn lähtökohtana on sama vaikuttava lääkeaine. Lääkkeiden tarkemmassa ryhmittelyssä on kuitenkin maakohtaisia eroja. Yleisimmin käytössä on jaottelu, jossa ryhmä sisältää pakkauskooltaan samanlaisia valmisteita, jotka sisältävän saman määrän samaa lääkeainetta samassa lääkemuodossa. Ryhmän viite- tai korvaushinnaksi asetetaan yleensä ryhmän edullisimman valmisteen hinta. Useimmissa maissa korvattavalta rinnakkaisvalmisteelta edellytetään, että sen hinta on tietyn prosenttimäärän alempi kuin alkuperäisvalmisteen hinta. Maasta riippuen hinnanalennus vaihtelee 20 - 75 %:iin. Viitehintojen päivitysvälissä on myös maakohtaisia eroja. Päivitysväli vaihtelee kahdesta viikosta useisiin vuosiin. Generisen viitehinta- tai korvaushintajärjestelmän ohella lähes kaikissa maissa on käytössä myös lääkevaihto. (Rajaniemi 2007; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 62.)

Terapeuttisessa viitehintamallissa viiteryhmä on laajempi ja sisältää yleensä enemmän valmisteita kuin generisessä mallissa. Terapeuttisessa mallissa ryhmittelyn lähtökohtana on eri lääkeaineita sisältävien valmisteiden hoidollinen samanarvoisuus. Käytössä olevien terapeuttisten viitehintamallien laajuus vaihtelee maittain. Yleisimmin on käytössä malli, jossa mallin piiriin kuuluu vain eräitä, hoidollisen aseman vakiinnuttaneita lääkeryhmiä. Lääkkeiden ryhmittelystä päättää yleensä erillinen asiantuntijaelin. Viitehinta määräytyy kussakin maassa erikseen määritetyllä tavalla. Yleistä on, että hinta asetetaan eri lääkeaineille sovitun vertailusuureen perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 62 - 63.)

6 Suomen viitehintajärjestelmä

Hallitus on hallitusohjelmassaan sitoutunut lääkekustannusten kasvun hillintään. Lääkekorvausjärjestelmän uudistusten tavoitteena on luoda korvausjärjestelmään viitehintajärjestelmä lääkekustannusten kasvun hillitsemiseksi. Viitehintajärjestelmän odotetaan vähentävän kalliimpien lääkkeiden käyttöä ja vastaavasti lisäävän edullisempien ja viitehintaisten valmisteiden käyttöä. Viitehintajärjestelmällä pyritään edistämään edullisimpien vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden käyttöä ja lisäämään lääkeyritysten välistä hintakilpailua. Hinnaltaan edullisempiin rinnakkaislääkkeisiin siirtymisen tavoitteena on pienentää lääkkeen ostosta potilaalle aiheutuvia kustannuksia, vähentää sairausvakuutusmaksujen korotuspainetta ja hillitä valtion menojen kasvua. (Hallituksen esitys HE 100/2208 vp.)

Viitehinnalla tarkoitetaan korkeinta hintaa, jonka perusteella jokaisen ryhmään kuuluvan valmisteiden korvauksen suuruus lasketaan (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 254/2007). Viitehintaa asettaa rajat korvausjärjestelmälle aiheutuville kustannuksille. Järjestelmässä valmistaja voi yleensä asettaa yksittäisen valmisteiden hinnan vapaasti ja järjestelmä kontrolloi vain epäsuorasti yksittäisen valmisteiden hintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 67.)

Viitehintajärjestelmällä tarkoitetaan järjestelmää, jossa potilaalle suoritettava korvaus lääkkeen hinnasta lasketaan asetetun kiinteän korvaushinnan tai tietyin perustein määräytyvän hinnan, esimerkiksi määritellyn ryhmän edullisimman valmisteiden hinnan perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 15.)

Viitehintajärjestelmään sisällytetään vain samaa lääkeainetta saman määrän samassa lääkemuodossa sisältävät valmisteet, kun saatavilla on vähintään yksi rinnakkaisvalmiste. Myös pakkauskoon tulee olla sama tai lähes sama (esimerkiksi 100 tablettia ja 98 tablettia) kuin muilla ryhmän lääkkeillä. (Sosiaali- ja terveysministeriön mietintö 24/2008 vp.) Potilas voi halutessaan ostaa viitehintaa kalliimman lääkkeen, mutta maksaa tällöin lääkkeen hinnan ja viitehinnan välisen erotuksen itse (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 180/2008). Viitehinnan ylittävä osuus ei kerrytä potilaan vuotuista omavastuuosuutta (Sosiaali- ja terveysministeriön mietintö 24/2008 vp.).

Klaukan ja Marinaisen (2008) mukaan lääkäriellä on oikeus kieltää lääkkeen vaihto lääketieteellisillä tai hoidollisilla perusteilla. Oikeudesta on säädetty lääkelain 57 b §:n 3 momentissa. Jos lääkäri kieltää lääkevaihdon lääketieteellisin tai hoidollisin perustein, saa potilas korvauksen

lääkemääräyksen mukaisen lääkkeen hinnasta. Tällöin potilaan maksuosuus kerryttää myös vuotuista omavastuuosuutta. Lääketieteellisenä tai hoidollisena syynä on pidetty esimerkiksi potilaan psykiatrasta sairautta tai muistihäiriötä, jos ne aiheuttavat vaihdon seurauksena vaaran lääkkeen virheellisestä käytöstä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön mietintö 24/2008 vp.)

Lääkevalmisteiden viitehintaryhmä muodostetaan korvattavista, lääkelaissa tarkoitettuun lääkevaihtoon kuuluvista, myyntiluvallisista lääkevalmisteista edellyttäen, että muodostettavaan viitehintaryhmään sisältyy vähintään yksi kaupan oleva korvattava rinnakkaisvalmiste. Lääkevaihtoon kuuluvat lääkevalmisteet määritellään lääkelain 57 c §:n tarkoittamassa luettelossa keskenään vaihtokelpoisista lääkevalmisteista. (Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta (802/2008) 5 luku 18 §).

Viitehintaryhmä muodostetaan korvattavista keskenään vaihtokelpoisista lääkevalmisteista, joiden vaikuttavat lääkeaineet ja niiden määrät ovat samanlaisia. Lisäksi samaan viitehintaryhmään sisällytettävien lääkevalmisteiden tulee olla lääke muodoltaan toisiaan vastaavia ja pakkauskooltaan toisiaan läheisesti vastaavia. (Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta (802/2008) 5 luku 18 §).

Kullekin viitehintaryhmälle määritellään korvauksen perusteena oleva viitehintaa, joka määräytyy myyntiluvan haltijoiden hintailmoitusten perusteella. Viitehintaa lasketaan edullisimman viitehintaryhmään sisällytettävän lääkevalmisteiden arvonlisäverollisesta vähittäishinnasta. Arvonlisäverollinen vähittäishinta on lääkelain 58 §:ssä tarkoitetun lääketaksan mukainen hinta lukuun ottamatta apteekin toimitusmaksua. Viitehintaa määräytyy siten, että edullisimman lääkevalmisteiden arvonlisäverolliseen vähittäishintaan lisätään 1,50 euroa, jos valmisteiden arvonlisäverollinen vähittäishinta on alle 40 euroa. Muussa tapauksessa viitehinnaksi tulee viitehintaryhmän edullisimman valmisteiden arvonlisäverollinen vähittäishinta, johon lisätään 2 euroa. (Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta (802/2008) 5 luku 19 §).

Lääkkeiden hintalautakunta vahvistaa lääkevalmisteiden viitehintaryhmät, viitehintaryhmille asetettavat viitehinnat ja viitehintaryhmiin sisällytettävät valmisteet vuosineljänneksittäin. Kukin vuosineljännes muodostaa viitehintakauden. Päätettäessä lääkevalmisteiden sisällyttämisestä viitehintaryhmään kullekin valmisteelle vahvistetaan viitehintakauden alkaessa voimassa oleva tukkuhinta ja arvonlisäverollinen vähittäishinta. Viitehintaryhmälle vahvistettu viitehintaa on voimassa muuttumattomana koko viitehintakauden. (Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta (802/2008) 5 luku 21 §).

7 Taloudellinen tilanne ennen viitehintajärjestelmää

Lääkepoliittiset toimet ovat viime vuosina keskittyneet ennen kaikkea lääkekustannusten hallintaan. Kalliiden uusien lääkkeiden markkinoille tulon ja väestön vanhenemisen myötä huoli lääkekustannusten jatkuvasta noususta on vain kasvanut. Lääkepolitiikka on usein näyttäytynyt muusta terveydenhuollosta erillisenä, kustannuskeskeisenä sarakkeena. Kuitenkin nyt on enimmäksä määrin kiinnitetty huomiota myös turvallisen lääkehoidon, kattavan lääkehuollon ja sairaanhoidon maksukattojärjestelmän oikeudenmukaiseen turvaamiseen. Lääkkeet tulisikin nähdä kiinteänä osana terveydenhuollon kokonaisuutta ja yleiset terveystaloudelliset tavoitteet tulisi huomioida myös lääkepoliittisissa uudistuksissa. (Karjalainen, Koski-Pirilä, Närhi, Wahlroos 2007).

7.1 Viitehintajärjestelmän arvioidut taloudelliset vaikutukset

Viitehintajärjestelmällä on arvioitu saavutettavan vuosittain jopa 85 miljoonan euron kokonaisu säästö. Tästä 33 miljoonaa euroa säästöä kohdistuisi potilaan suoriin lääkekustannuksiin, jos hän vaihtaa halvempaan valmisteeseen. Säästö sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen lääkekorvausmenoon arvioidaan olevan noin 52 miljoonaa euroa. Valtio rahoittaa sairaanhoitovakuutuksen kuluista puolet, joten valtion osuus säästöstä olisi noin 26 miljoonaa euroa. Toisen puolen kuluista rahoittavat palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat. Syntynyt säästö alentaisi vakuutettujen sairaanhoitomaksua 0,03 prosenttia. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 16.)

Viitehintajärjestelmän vuosittainen taloudellinen vaikutus eri toimijoiden tuloihin arvioidaan olevan yhteensä 85 miljoonaa euroa. Vaikutuksen suuruus on laskettu arvonlisäverollisten vähittäishintojen perusteella ja se jakaantuu lääkeyritysten, apteekkien, lääketukkukauppiaiden ja valtion kesken. Lääkeyrityksiin kohdistuva vaikutus on arviolta noin 45 - 50 miljoonaa euroa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 16.)

Kansaneläkelaitoksen toimintaan viitehintajärjestelmällä on välillisiä vaikutuksia. Kansaneläkelaitoksen toimihenkilöitä on koulutettu sekä lääkekorvausten toimeenpanossa käytettäviä tietojärjestelmiä muutettu. Tiedottaminen asiakkaille on vaatinut myös Kansaneläkelaitokselta resursseja. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 18.)

Muutoksesta on arvioitu aiheutuvan apteekkeille kustannuksia. Viitehintajärjestelmän käyttöönotto ja neuvontavelvollisuuden laajeneminen aiheuttavat lisäkoulutuksen tarvetta apteekin farmaseuttiselle henkilökunnalle. Vuonna 2003 käyttöönotetun lääkevaihdon myötä apteekit ovat uusineet tietojärjestelmiään vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden hintavertailun mahdollistamiseksi, mutta viitehintajärjestelmä edellyttää vielä lisämuutoksia tietojärjestelmiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 18.) Siitä miten viitehintajärjestelmä vaikuttaa apteekin myyntiin sekä katteisiin, ei virallisissa selvityksissä viitehintajärjestelmästä oteta kantaa.

Viitehintajärjestelmän tarkoituksena on pienentää potilaiden kustannusosuutta lääkkeiden hintojen alentuessa hintakilpailun seurauksena. Käytännössä viitehintajärjestelmä muuttaa potilaalle maksettavan lääkekorvauksen määräytymisperusteita. Se antaa potilaalle vallan vaikuttaa omalla valinnallaan hänelle aiheutuviin kustannuksiin. Näin ollen viitehintajärjestelmä ei vaaranna potilaan oikeutta korvaukseen sairausvakuutuslain mukaisen tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 18 - 19.)

7.2 Kansaneläkelaitos

Avohoidossa syntyvät lääkekustannukset korvataan sairausvakuutusjärjestelmän kautta. Vaikka Suomen lääkemenot ovat tällä hetkellä kansainvälisesti arvioiden kohtuulliset, muodostaa niiden kasvu uhkan Suomen terveydenhuollon rahoitukselle. (Huttunen 2006.) Avohoidon lääkkeiden osuus terveydenhuollon menoista oli vuonna 1995 6,0 prosenttia ja vuonna 2007 7,8 prosenttia. Vaikka avohoidon lääkkeiden osuus terveydenhuollon menoista on ollut kasvavaa, on huomattavissa, että vuoden 2004 lääkevaihdon vaikutus on kääntänyt prosentuaalisen osuuden laskuun (taulukko 6.).

Taulukko 6. Avohoidon lääkekorvausten osuus terveydenhuollon menoista vuosina 1995 – 2007 (Kansaneläkelaitos 2008; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009).

Vuosi	Terveydenhuollon menot yhteensä (milj. euroa)	Avohoidon lääkkeistä maksetut korvaukset yhteensä (milj. euroa)	Avohoidon lääkkeistä maksetut korvaukset % osuus terveydenhuollon menoihin
1995	7 554,00	455,3	6
1996	7 976,10	504,8	6,3
1997	8 229,30	553,1	6,7
1998	8 605,90	564,9	6,6
1999	9 061,20	611,3	6,7
2000	9 553,50	677,8	7,1
2001	10 324,40	768,2	7,4
2002	11 188,10	859,4	7,7
2003	11 872,00	917,5	7,7
2004	12 529,90	1 014,60	8,1
2005	13 278,20	1 076,90	8,1
2006	13 891,00	1 100,30	7,9
2007	14706,03	1 142,10	7,8

Laskevaa prosentuaalista osuutta on myös huomattavissa Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvauksista maksetuista avohoidon lääkkeistä (taulukko 7.). Avohoidon lääkkeistä maksetut korvaukset ovat vuodesta 1995 lähtien kasvaneet, mutta vuoden 2004 lääkevaihdon alkamisen seurauksena on havaittavissa sen jälkeen kasvun hidastumista.

Taulukko 7. Avohoidon lääkkeistä maksetut korvaukset suhteessa kaikkiin maksettuihin sairausvakuutuskorvauksiin vuosina 1995 – 2007 (Kansaneläkelaitos 2008).

Vuosi	Avohoidon lääkkeistä maksetut korvaukset yhteensä (milj. euroa)	Lääkkeiden osuus prosentteina kaikista maksetuista sairausvakuutuskorvauksista	Sairausvakuutuskorvaukset kaikkiaan yhteensä (milj. euroa)
1995	455,3	28,5	1 597,60
1996	504,8	31,3	1 613,70
1997	553,1	33,2	1 664,20
1998	564,9	33	1 713,00
1999	611,3	33,9	1 804,80
2000	677,8	35,1	1 932,10
2001	768,2	36,6	2 097,20
2002	859,4	37,3	2 305,50
2003	917,5	36,8	2 495,70
2004	1 014,60	37,9	2 676,10
2005	1 076,90	38,1	2 825,10
2006	1 100,30	37	2 973,90
2007	1 142,10	36,2	3 158,40

Sairausvakuutuksen kautta maksetut lääkekorvaukset ovat 1990 luvun alusta kaksinkertaistuneet kokonaistuotannon arvoon verrattuna. Avohoidon lääkkeistä maksettujen korvausten osuus bruttokansantuotteesta (BKT) (käypähinta / avohoidon lääkkeistä maksetut korvaukset *100) oli 0,34 prosenttia vuonna 1990. Vuonna 1995 0,47 prosenttia ja vuonna 2005 0,69 prosenttia (taulukko 8.). Valtioneuvoston voimassaolevan kehyspäättöksen linjaus korkeintaan 5 prosentin reaalikasvusta (6-7 prosentin nimelliskasvusta) lääkekorvausmenoissa sallisi toteutuessaan lääkekorvausten BKT-suhteen jatkuvan kasvun, nykyennustein 0,77 prosentin tasolle saakka. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 65.)

Vuosille 2006 ja 2007 annettujen ennakkotietojen mukaan, avohoidon lääkkeistä maksettujen korvausten osuus bruttokansantuotteesta tulisi laskemaan. 1.4.2009 voimaan tulleen viitehintajärjestelmän tarkoituksena olisi varmistaa jatkossa, että lääkekorvausmenojen kustannukset pysyisivät kurissa ja jopa kääntyisivät laskuun.

Taulukko 8. Avohoidon lääkkeidenkorvausten osuus bruttokansantuotteesta vuosina 1995–2007 (Kansaneläkelaitos 2008; Tilastokeskus 2009).

Vuosi	Käypiin hintoihin (milj. euroa)	Arvon muutos, %	Avohoidon lääkkeistä maksetut korvaukset yhteensä (milj. euroa)	Avohoidon lääkkeiden osuus BKT:sta
1995	95 912,00	8,9	455,3	0,47
1996	99 259,00	3,5	504,8	0,51
1997	107 576,00	8,4	553,1	0,51
1998	117 058,00	8,8	564,9	0,48
1999	122 685,00	4,8	611,3	0,5
2000	132 198,00	7,8	677,8	0,51
2001	139 789,00	5,7	768,2	0,55
2002	143 808,00	2,9	859,4	0,6
2003	145 795,00	1,4	917,5	0,63
2004	152 151,00	4,4	1 014,60	0,67
2005	157 070,00	3,2	1 076,90	0,69
2006*	167 009,00	6,3	1 100,30	0,66
2007*	179 659,00	7,6	1 142,10	0,64
1) *Ennakkotieto				

Lääkekorvauksia maksettiin vuonna 2008 1108,8 milj. euroa (taulukko 9), noin 7,7 % enemmän kuin vuonna 2007. Vuoden 2006 tasoon verraten lääkekorvausmenot kokonaisuudessaan kohoisivat vuosittain 70 - 100 milj. eurolla ja vastaavasti valtion rahoitusosuus 35 - 50 milj. eurolla. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 65.)

Taulukko 9. Korvattujen lääkkeiden kustannukset ja korvaukset vuosina 2004 - 2008 (Kansaneläkelaitos 2009d).

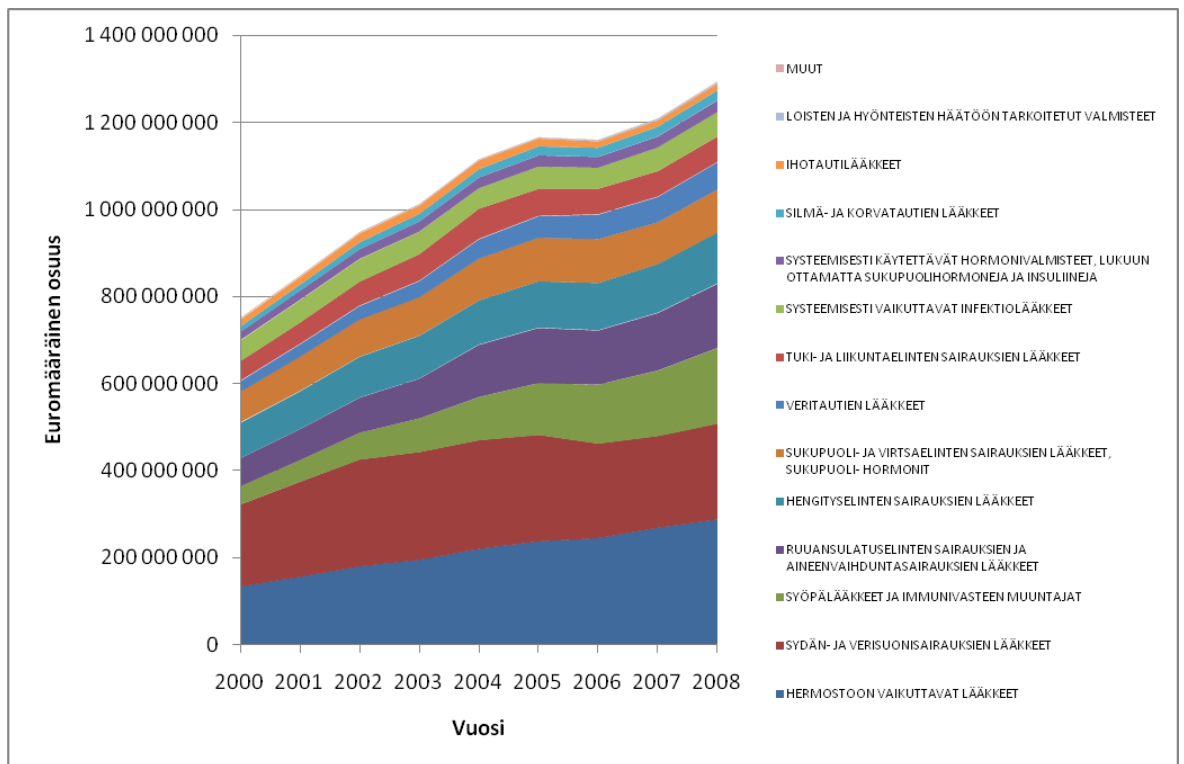
KAIKKI KORVATUT LÄÄKKEET			
Vuosi	Reseptejä (milj.)	Kokonaiskustannukset (milj. €) (1)	Korvaukset (milj. €)
2004	27,9	1497,8	904
2005	28	1557,6	954,5
2006	32,1	1525	950,8
2007	34,8	1626,8	1024,4
2008	37,2	1762,4	1108,8
(1) Apteekkien lääkemyynti, josta on maksettu SV-korvausta			

Edellä mainittu valtion (veronmaksajan) ja palkansaajien, yrittäjien sekä etuudensaajien (vakuutettujen) kasvanut rahoitustaakka luonnollisesti jättää vielä huomiotta potilaiden kantaman

rahoitustaakan vaikutuksen. Potilaan osuus korvattavien lääkkeiden lääkekustannuksista on alentunut kymmenen viime vuoden aikana 8,4 prosenttiyksiköllä 31 prosentin tasolle. Potilaan korvattavista lääkkeistä maksaman osuuden reaaliarvo näyttäisi kohonneen vuodesta 1994 vuoteen 2005 noin 60 prosentilla. Sairausvakuutuksen lääkekorvausten reaaliarvo (kuluttajahintaindeksiä deflaattorina käyttäen) kohosi samana aikana yli kaksinkertaiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 65.)

Terveydenhuollon kokonaiskustannukset kasvavat väestön ikääntyessä. Lääkehoidossa väestön ikääntyminen näkyy mm. erityiskorvauksia saaneiden potilaiden määrän kasvuna. Lääkehoidon piiriin tulee uusia sairauksia ja lääkehoidon piirissä olevissa sairauksissa käytetty lääkitys kehittyy. Uusia kalliita lääkkeitä tulee vuosittain markkinoille, ja tulevaisuudessa on odotettavissa uusia kalliita lääkkeitä mm. alzheimerin - taudin hoitoon. Uudet lääkkeet vaikuttavat huomattavasti lääkekustannuksiin niitä kasvattaen. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 66.)

Liitteessä 1 on eriteltyä ATC 1 eli anatomis-terapeuttis-kemiallinen lääkeluokitus, jossa lääkkeet on luokiteltu anatomisen vaikutuskohdan, indikaation eli käyttöaiheen ja kemiallisen vaikutuksen mukaan. ATC 1 luokka on pääluokka, jossa lääkkeet on jaoteltu neljäntoista pääryhmään. Tämän luokituksen avulla voidaan nähdä liitteestä 1 prosenttilukuina (prosentuaalinen osuus koko myynnistä) ja kaaviosta 1 suhteina, että suurimmin kasvavia ryhmiä apteekkimyyneissä ovat olleet syöpälääkkeet ja immuunivasteen muuntajat sekä ruoansulatuselinten ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet. Näissä ryhmissä on euromääräisesti kalliita lääkkeitä ja erityisesti syöpälääkeryhmän suuri kasvu vuosittain kertoo väestön ikääntymisestä. Kuitenkin on huomattavissa, että 2004 voimaan tulleen lääkevaihdon seurauksena usean ryhmän kasvu, esimerkiksi sydän- ja verisuonilääkkeiden, on hidastunut vaihtokelpoisten lääkkeiden hintakilpailun vuoksi.



Kaavio 1. ATC 1 luokittainen reseptilääkkeiden myynti apteekkeille vuosina 2000 - 2008 (SLD Pharma 2009).

7.3 Apteekit

Suomalainen resepti- ja itsehoitolääkkeiden vähittäisjakelu tapahtuu apteekkeista. Poikkeuksen muodostavat nikotiinikorvaushoitolääkkeet, joita voidaan myös myydä luvan saaneissa päivittäistavara-kaupoissa, kioskeissa ja huoltoasemilla. Apteekkiluvista ja uusien apteekkien tai sivuapteekkien perustamisesta päättää Lääkelaitos, joka myös valvoo apteekkien toimintaa. (Rinta 2008.)

Apteekkitoiminnan keskeiset tavoitteet ja toimintamuodot asetetaan terveystaloudellisten tavoitteiden perusteella. Lääkkeiden vähittäisjakelu on säänneltyä, jotta taataan lääketurvallisuus, potilaan oikeussuoja ja kohtuullinen hintataso. Apteekki on terveydenhuollon toimija, mutta samalla se on myös yritys. Lääkelain säädöksistä johtuen apteekkari on yksityinen liikkeenharjoittaja joka toimii toiminimen alla. (Harjula 2008.) Apteekki on henkilöyritys, jossa apteekkarilla on sekä ammatillinen että taloudellinen vastuu (Rinta 2008). Apteekin toiminta liiketaloudellisesti kannattavana yrityksenä perustuu lääkkeitä saataviin myyntikatteisiin (Harjula 2008).

Apteekkitoiminta on suurimmaksi osaksi säänneltyä. Apteekin perustaminen ei ole vapaata vaan Lääkelaitos päättää uusien apteekkien ja sivuapteekkien perustamisesta sekä apteekkilupien saajista. (Harjula 2008.) Myös apteekkien lukumäärä on rajoitettu yhtä apteekkia kohden. Vain Yliopiston apteekki poikkeaa näistä lakisääteisistä henkilöyrittys- ja ketjurajoituksista (Rintta 2008.), Yliopiston apteekki ei esimerkiksi maksa veroja eikä apteekkimaksua valtiolle vaan se suoritetaan sen sijaan Helsingin Yliopistolle. Lääkkeiden vähittäishinta apteekissa määräytyy valtioneuvoston vahvistamalla lääketaksalla, matemaattisella kaavalla, jolla tukkuhinnasta lähtemällä saadaan vähittäishinta. (Lääketietokeskus 2005.)

Vähittäishinta määräytyy seuraavalla tavalla:

Ostohinta, euroa Vähittäishinta

0 – 9,25	1,5 x ostohinta + 0,50 €
9,26 – 46,25	1,4 x ostohinta + 1,43 €
46,26 – 100,91	1,3 x ostohinta + 6,05 €
100,92 – 420,47	1,2 x ostohinta + 16,15 €
yli 420,47	1,125 x ostohinta + 47,68 €

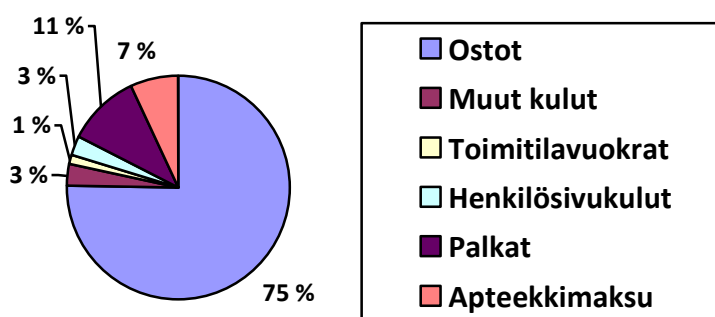
Lääketaksa on degressiivinen eli aleneva, joten apteekin marginaali on sitä pienempi mitä kalliimmasta lääkkeestä on kyse, toisaalta absoluuttinen rahamäärä valmistetta kohden on tällöin suurempi (Lääketietokeskus 2005). Lääkkeen hinnan on oltava apteekin asiakkaille sama, mikä vuoksi myös tukkuhinnan on oltava kaikille apteekkeille sama. Tämä johti vuonna 2006 apteekkikohtaisten lääke alennusten kieltämiseen. (Harjula 2008.)

Apteekit joutuvat vuosittain maksamaan apteekkimaksun, mikä tilitetään valtiolle. Sillä säädelään erikokoisten apteekkien suhteellista kannattavuutta ja turvataan maanlaajuinen lääkejakelu tasaamalla erikokoisten apteekkien myyntikatetta. Apteekkimaksu on progressiivinen eli apteekkimaksun osuus liikevaihdosta nousee liikevaihdon kasvaessa. (Harjula 2008.) Keskimäärin apteekkimaksu on seitsemän prosenttia ja käytännössä lisää lääkkeisiin kohdistuvaa veroluonteisten maksujen räsitystä merkittävästi. (Lääketietokeskus 2005.)

Koska apteekkitoiminta on säänneltyä johtaa se suoriin sekä välillisiin vaikutuksiin apteekin yritystoimintaan. Viranomaisten toimenpiteistä ja lääkevalmistajien hintakilpailusta johtuvat lääkkeiden tukkuhintojen laskut siirtyvät täysimääräisesti vähittäishintoihin ja leikkaavat täten

apteekin katetta. Koska lääkkeiden on oltava samanhintaisia ostopaikasta riippumatta, ei ko-
hoavia palkka-, vuokra- ym. kustannuksia voida siirtää lääkkeiden hintoihin. (Harjula 2008.)

Apteekin liikevaihto koostuu pääasiassa lääkkeiden myynnistä ja suurimmat kustannukset syn-
tyvät lääkkeiden ostoista. Muita kustannuksia ovat: apteekkimaksu, palkat ja henkilösivukulut,
toimitilavuokrat sekä muut liiketoiminnan kulut (Kaavio 2). Näistä kustannuksista alle 18 %:iin
apteekkarin voi itse aktiivisesti vaikuttaa (toimitilavuokrat, henkilösivukulut, palkat ja muut ku-
lut). (Harjula 2008.)



Kaavio 2. Yksityisten apteekkien keskimääräinen kustannusrakenne (Harjula 2008).

Lääkkeiden keskimääräistä osuutta koko myynnistä on vaikea arvioida, ja se vaihtelee suu-
restä apteekin koosta, sijainnista sekä myynnin sisällöstä riippuen. Nämä tiedot ovat myös lii-
kesalaisuuksia, ja harva apteekkarin on valmis luovuttamaan näitä tietoja. Voidaan kuitenkin
arvioida, että keskimääräisesti lääkkeiden myynti vastaa enimmillään 95 %:a apteekkien koko-
naismyynnistä (kaavio 3.). (Harjula 2008.) Valtaosa myydyistä lääkkeistä on teollisesti valmistet-
tuja, sillä apteekkien oma lääkevalmistus on alle prosentin lääkemyynnistä (Rinta 2008). Aino-
astaan 5 % apteekin kokonaismyynnistä voidaan arvioida tällöin olevan apteekkarin hinnoitel-
tavissa. (Harjula 2008.) Muu myynti sisältää muun muassa sidetarvikkeita ja laastareita, pesu- ja
puhdistusnesteitä sekä ihonhoitotuotteita ja kosmetiikkaa (Rinta 2008).



Kaavio 3. Yksityisten apteekkien keskimääräinen myynnin rakenne (Harjula 2008).

Apteekit toimittivat noin 45,6 miljoonaa reseptiä vuonna 2007 eli noin 5,1 % enemmän kuin vuonna 2006 (taulukko 10). Toimitettujen reseptien lukumäärä on kasvanut aina vuodesta 1995 asti, mikä lisää henkilökunnan työmäärää ja tarvetta. (Harjula 2008.) Muutos prosentti on laskettu vertaamalla kyseisen vuoden myyntiä edelliseen vuoteen.

Taulukko 10. Apteekkien toimittamat reseptit vuosina 1990 - 2008 (Harjula 2008).

Vuosi	Milj.kpl	Muutos %
1990	30,1	
1991	31,2	3,7
1992	30,3	-2,9
1993	30,0	-1,0
1994	29,3	-2,3
1995	30,8	5,1
1996	32,1	4,2
1997	32,8	2,2
1998	34,0	3,7
1999	35,2	3,5
2000	36,7	4,3
2001	37,8	3,0
2002	38,5	1,9
2003	39,9	3,6
2004	40,8	2,3
2005	42,1	3,2
2006	43,4	3,1
2007	45,6	5,1
2008	47,9	5,0

Yksityisten apteekkien liikevaihto vuonna 2007 oli 1897 milj. euroa (Suomen apteekkariliitto 06/2009). Liikevaihto reseptiä kohden oli vuonna 2007 keskimäärin 38,76 euroa. Apteekin kate edellä mainitusta summasta on keskimäärin noin 9,11 euroa. Näin ollen liikevaihto toimitettua reseptiä kohden on laskenut 4 % ja kate toimitettua reseptiä kohden on laskenut 6 % viimeisten neljän vuoden aikana. Reseptin toimittamisen työvoimakustannukset olivat yksistään keskimäärin noin 5,81 €/resepti vuonna 2007. (Harjula 2008.) Työvoimakustannukset per resepti lasketaan keskimääräinen tuntipalkka jaettuna käytetyllä ajalla. Kustannus koostuu tai laskee sen mukaan, toimittaako proviisori vai farmaseutti reseptin ja mikä on käytetty aika reseptin toimittamiseen.

Yksityisten apteekkien kokonaisliikevaihto kasvoi vuonna 2008 alustavien tietojen mukaan keskimäärin 6,5 prosenttia edellisvuodesta. Yksityisten apteekkien liikevaihdon arvio vuodelle 2008 on 2000 milj. euroa. (Suomen apteekkariliitto 06/2009.) Lääkemyyntiin liikevaihto kas-

vaisi noin 5 prosenttia ja muun myynnin noin 14,5 prosenttia verrattuna edelliseen vuoteen. Apteekkien välillä on kuitenkin suuria eroja mm. sijainnista sekä itsehoitomyyntin mahdollisuuksista johtuen. Kuitenkin vuonna 2008 yli 90 apteekin liikevaihto laski edellisvuodesta. Yleisimpiä syitä liikevaihdon laskuun olivat alueellisen kilpailutilanteen muutos tai ison asiakkaan menetys. (Harjula 2009.)

Yksityiset apteekit ovat olleet jo pitkään tilanteessa, jossa suhteellinen myyntikate laskee, mutta palkka- ja muut kustannukset nousevat. Käytännössä vain myynnin volyymin kasvu kompensoi kustannusten nousua. Apteekin vaatimaton liikepaikka tai liikevaihtoon nähden liian korkeat palkka- tai toimitilakustannukset johtavat välittömästi keskimääräistä heikompaan menestykseen. (Harjula 2009).

Työvoiman tarve on lisääntynyt koko ajan apteekeissa. Syynä ovat erityisesti reseptilääkkeiden kysynnän kasvu ja lääkevaihdon vaikutukset asiakaspalvelu tilanteeseen. Lääkevaihdon vuoksi asiakkaiden neuvontaan on käytetty enemmän aikaa kuin ennen lääkevaihtoa. Viitehintajärjestelmän käyttöönotto tulee vielä lisäämään apteekeissa annettavan neuvonnan tarvetta ja kuormittaa näin ollen henkilöstöä entisestään. Apteekkien henkilöstökustannuksiin vaikuttavat taas vuonna 2007 sovitut palkankorotukset. Farmaseuttisen henkilöstön työehtosopimus nostaa palkkakustannuksia 14,2 prosenttia joulukuusta 2007 elokuun 2010 loppuun. Vuosittain korotukset ovat 3,5 – 3,8 prosenttia. (Harjula 2009).

7.4 Lääketeollisuus

Kansainvälisen lääketeollisuuden toimintaympäristö elää muutoksen aikaa. Uusia läpimurto-lääkkeitä ei ole syntynyt tuotekehityskustannusten kattamiseksi vaadittavalla tahdilla ja tällä hetkellä useiden kansainvälisten lääkeyritysten liikevaihto kertyy pääosin vuosia sitten lanseerattujen lääkkeiden myynnistä. Uhkakuvana useassa yrityksessä nähdään patenttien umpeutuminen ja menestystuotteiden altistuminen generiselle kilpailulle. Suuria konsolidoitumisia on tapahtunut, joissa tavoitteena on osaltaan ollut tuoteportfolion kunnostaminen. (Saarenketo 2009).

Samaan aikaan lääke markkinat näyttävät kuitenkin kasvavan globaalisti. Ihmisten eliniän pidentyminen länsimaissa, mutta myös kehittyvissä maissa, luo uusia lääkinnällisiä tarpeita ja mittavia mahdollisuuksia lääkeyrityksille. Ihmisten odotuksen lääkinnällisiä hoitoja kohtaan kasvavat tietämyksen lisääntyessä. Terveystieteiden siirtyminen lähemmäksi potilasta, esimerkiksi itse-

diagnosointi mahdollistaa uusien, palveluun perustuvien kokonaisvaltaisten toimintamallien kehittymisen myös lääketeollisuuden yrityksille. (Saarenketo 2009).

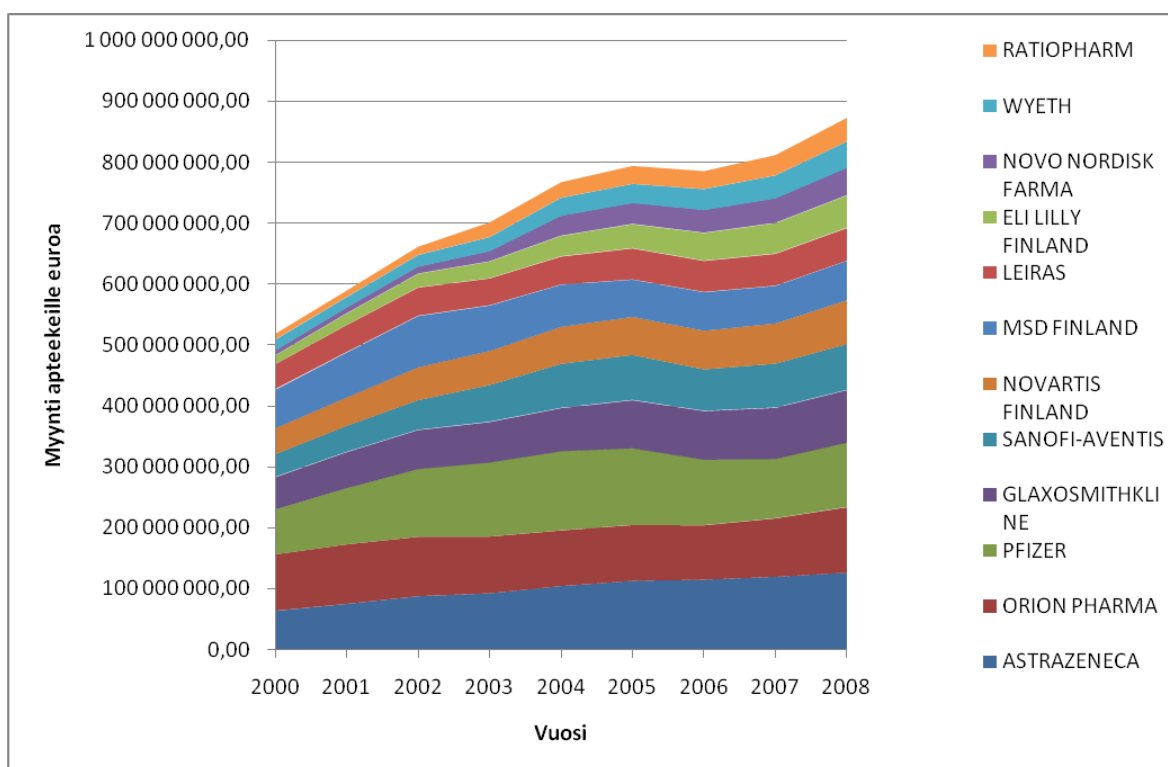
Avohoidon lääkkeiden tukkumyynnin arvo väheni vuonna 2006 ensimmäistä kertaa vuosikymmeniin (taulukko 11). Tähän johtivat vuoden 2006 alussa toteutettu korvattavien lääkkeiden kohtuullisten tukkuhintojen viiden prosentin leikkaus sekä lääkkeiden hintakilpailu, johon vuonna 2006 laajentunut lääkevaihto osaltaan vaikutti. (Karjalainen, Koski-Pirilä, Närhi, Wahlroos 2007). Taulukosta 11. on nähtävissä myös lääketeollisuuden apteekkien reseptilääkemyyntin euromääräinen kehitys vuodesta 2000 aina vuoteen 2008 asti. Prosentuaalinen kasvu edelliseen vuoteen verrattuna on pienentynyt viimeisen neljän vuoden aikana, mikä on lääkevaihdon aiheuttamasta hintakilpailusta seurausta.

Taulukko 11. Läketeollisuuden reseptilääke myynti apteekkeille vuosina 2000 – 2008 (SLD Pharma 2009).

Vuosi	Reseptilääke myynti apteekit EUR	Muutos edelliseen vuoteen %
2000	750 363 333	10,4
2001	847 678 440	13
2002	947 905 691	11,8
2003	1 012 109 571	6,8
2004	1 115 409 560	10,2
2005	1 165 945 320	4,5
2006	1 159 941 551	-0,5
2007	1 209 108 828	4,2
2008	1 294 134 765	7

Vuodesta 1998 vuoteen 2004 kaikkien lääkkeiden tukkuhinnat ovat laskeneet 3,4 prosenttia. Kuluttajahinnat ovat nousseet vastaavana aikana 10,1 prosenttia. Reseptilääkkeiden hinnat laskivat 2,1 prosenttia ja korvattavien reseptilääkkeiden jopa 3,3 prosenttia vuodesta 2003. Vuonna 2003 käynnistynyt lääkevaihto synnytti rajun hintakilpailun, joka laski lääkevaihdon piiriin kuuluvien korvattavien reseptilääkkeiden tukkuhintoja vuosina 2003 ja 2004. Ankaraa hintakilpailua käytiin esimerkiksi kolesterolilääkeryhmässä sekä sydän- ja verisuonilääkkeiden ryhmässä (liite 1). Näiden lääkeriuhmien tukkuhinnat laskivat keskimäärin 10,9 prosenttia vuonna 2004 verrattuna vuoteen 2003. Kilpailu pudotti myös masennuslääkkeiden hintoja reippaasti, niiden hinnat laskivat 6,7 prosenttia vuodesta 2003. Läketeollisuuden käynnistämän hintakilpailun vaikutus kokonaismarkkinoihin on kuitenkin kaiken kaikkiaan ollut vähäistä, sillä lääkevaihdon piirissä on ollut vajaa kolmannes reseptiläkkeistä. (Läketeollisuuskeskus 2005, 2.)

Lääkevaihto on muuttanut myös lääkeyritysten välistä kilpailuasetelmaa. Suurimpia menettäjiä ovat olleet alkuperäislääkkeiden edustajat, kuten Pfizer ja Suomen MSD. Suurimmat voittajat ovat puolestaan olleet pienet rinnakkaistuontiin tai kopiolääkkeiden valmistukseen erikoistuneet yritykset, kuten Paranova ja Ratiopharma (liite 2 & kaavio 4). Pääosa alkuperäislääkkeiden valmistajista onkin tästä syystä kasvattanut myös kopiolääkkeidensä valikoimaa. (Aalto-Setälä, Saarinen 2006).



Kaavio 4. 12 suurimman lääketehtaan reseptilääkkeiden myynnit vuosina 2000 – 2008 (SLD Pharma 2009).

Tilastokeskus laskee vuosittain lääkkeiden tukkuhintaindeksiin. Hintaindeksi vertaa markkinoilla olevien avohoitolääkkeiden tukkuhintoja samojen lääkkeiden hintoihin edellisenä vuonna. Seurannassa on tällä hetkellä reilut 5000 eri myyntipakkausta. Tukkuhintaindeksi kuvaa markkinoilla olevien lääkkeiden tukkuhintojen kehitystä. Kokonaislääkekustannukset ovat kasvaneet lääkkeiden tukkuhintojen alentumisesta huolimatta. Lääkkeiden tukkuhintaindeksi kuitenkin osoittaa, ettei kasvu johdu tukkuhintojen muutoksesta, vaan kysynnän kasvusta ja lääkehoidon muutoksista. Yhä useampiin sairauksiin on tullut entistä tehokkaampia ja paremmin siedettyjä lääkehoitoja, jotka ovat usein entisiä hoitoja kalliimpia. Väestön ikääntyessä rappeumasairaudet yleistyvät ja lääkekäyttö lisääntyy (liite 1). Esimerkiksi 65 vuotta täyttäneiden osuus Kelan kor-

vaamien lääkkeiden kustannuksista on noin 40 prosenttia, vaikka heidän osuus väestöstä on vain 16 prosenttia. (Lääketietokeskus 2005, 4.)

7.5 Apteekin asiakkaat

Potilaan näkökulmasta lääkkeitä maksettavien korvausten perusteita on muutettu kolmesti viimeisten 13 vuoden aikana. Korvauksiin on tehty muutoksia seuraavasti:

- 1994 peruskorvausluokassa korvausprosentti nostettiin 50 %:iin, alemmassa erityiskorvausluokassa korvausprosentti laskettiin 80 %:sta 75 %:iin. Alemmaan ja ylempään erityiskorvausluokkaan tuli 4,20 euron kiinteä ostokertakohtainen omavastuu, peruskorvausluokkaan 8,41 euron kiinteä ostokertakohtainen omavastuu
- 2003 ostokertakohtaiset omavastuut nostettiin 10,00 euroon peruskorvausluokassa ja 5,00 euroon alemman ja ylempään erityiskorvausluokan osalta
- 2006 korvausluokkia muutettiin siten, että ostokertakohtainen omavastuu poistui ja korvausprosentti muuttui 42 %:iin peruskorvausluokassa ja 72 %:iin alemmassa erityiskorvausluokassa. Ylemmässä erityiskorvausluokassa korvausprosentti säilyi 100 %:ssa, mutta lääkkeisiin tuli 3 euron lääkekohtainen maksuosuus vakuutetulle. Myös lisäkorvauksiin tuli 1,5 euron lääkekohtainen maksuosuus. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 31.)

Sairausvakuutuksen kautta korvattavien lääkkeiden kustannukset ovat kasvaneet 0,7 miljardista eurosta (4,1 mrd. mk) vuodesta 1994 vuoden 2007 1,6 miljardiin euroon (taulukko 12). Keskimääräinen korvaus on noussut noin 60 %:sta lähes 70 %:iin ja potilaan maksuosuus vastavasti pienentynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 32.)

Taulukko 12. Sairausvakuutuksen kautta korvattujen lääkkeiden kustannukset ja korvaukset vuosina 1994 - 2007 (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 33).

Vuosi	Korvattujen lääkkeiden kustannukset (1 000 mk / 1 000 €)	Lääkemenoista korvattu keskimäärin %	Potilaan maksuosuus %
1994	4 071 021 mk	60,4	39,6
1995	4 513 774 mk	60	40
1996	4 975 122 mk	60,3	39,7
1997	5 396 222 mk	60,9	39,1
1998	5 517 820 mk	60,9	39,1
1999	5 957 301 mk	61	39
2000	6 529 949 mk	61,7	38,3
2001	7 239 586 mk	63,1	36,9
2002	1 348 902 €	63,7	36,3
2003	1 422 160 €	64,5	35,5
2004	1 538 009 €	66	34
2005	1 598 998 €	67,3	32,7
2006	1 588 395 €	69,3	30,7
2007	1 638 996 €	69,7	30,3

Potilaan prosentuaalinen maksuosuus korvatuista lääkkeistä on laskenut vuodesta 1994 vaikkakin euromääräisesti omavastuu on kasvanut. Prosentuaalisesti potilaan maksuosuus on laskenut vuoden 1994 40 prosentista vuoden 2007 30 prosenttiin. Koska korvauksia saaneiden määrässä tai oikeuksissa korvauksiin ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia, keskimääräinen omavastuun kasvu viittaisi joko aiempaa laajempaan lääkkeiden käyttöön tai aiempaa kalliimpien lääkkeiden käyttöön tai sekä että. Prosentuaalisen maksuosuuden lasku viittaisi ylempien korvausluokkien sekä lisäkorvauksen saajien määrän tai/ja korvauksen määrän kasvuun. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 32.) Kuitenkin suomalaiset potilaat maksavat lääkkeistään eurooppalaisittain paljon. Vaikka Suomen tukkuhintataso on selvästi alle Länsi-Euroopan keskitason, maksaa suomalainen potilas lääkkeistään keskimäärin enemmän kuin moni muu eurooppalainen. (Lääketietokeskus 2005.)

Omavastuuosuus ei jakaudu tasaisesti eri ikäryhmiin vaan vanhemmat ikäryhmät sairastavat enemmän ja maksavat suuremman omavastuun, kuten taulukosta 13 on havaittavissa. Keskimääräinen omavastuu kuten myös omavastuukaton ylittäneiden absoluuttinen osuus ikäryhmän väestöstä kasvaa iän noustessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 33.)

Taulukko 13. Sairausvakuutuksen kautta korvattujen lääkkeiden omavastuu korvauksen saajaa kohti sekä lisäkorvausten saajat ikäryhmittäin vuonna 2007 (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 33).

Ikäryhmä	Keskimääräinen omavastuu (€)	Lisäkorvausten omavastuun ylittäneet henkilöt	Lisäkorvaukseen oikeutettujen osuus ikäryhmän väestöstä (%)
0-14	131	2 167	1,4
15-24	166	1 952	1,3
25-34	216	6 562	4,3
35-44	287	10 202	6,6
45-54	374	16 370	10,7
55-64	499	29 424	19,1
65-74	629	30 630	19,9
75-84	790	40 490	26,4
85-	756	15 859	10,3

Tarkastellessa potilaiden tekemiä lääkevaihtoja vuosina 2004 – 2008 (taulukko 14) voidaan huomata, että noin 75 prosentissa tapauksista lääkäri on jo valmiiksi määrännyt hintaputken rajoissa olevaa valmistetta. 10 prosenttia asiakkaista on kieltänyt vaihdon. Tästä voidaan todeta että potilailta on ollut havaittavissa hyvää myöntyvyyttä lääkevaihtoon.

Taulukko 14. Reseptejä (% osuus), joissa ei vaihtoa tehty vuosina 2004 – 2008 (Kansaneläkelaitos 2009d).

RESEPTEJÄ, JOISSA EI VAIHTOA, KOSKA					
Vuosi	Lääkäri määrännyt hintaputken rajoissa olevaa valmistetta	asiakas kieltänyt vaihdon	lääkäri kieltänyt vaihdon	lääkettä ei vaihdettu muusta syystä (1)	Asiakkaita, jotka ovat vaihtaneet ainakin yhden lääkkeen
2004	73,70 %	11,80 %	0,30 %	2,20 %	691 222
2005	75,70 %	10,40 %	0,20 %	2,20 %	751 593
2006	74,50 %	9,80 %	0,20 %	3,30 %	1 024 452
2007	74,50 %	9,70 %	0,20 %	3,50 %	1 081 396
2008	74,70 %	10,00 %	0,20 %	3,50 %	1 134 547

1 Esim. hintaputkessa olevaa valmistetta ei yleisesti saatavilla tai toimitettu aiemmin samalla reseptillä ostettu toimitushetkellä hintaputkeen kuulumatonta valmistetta

8 Viitehintajärjestelmän taloudelliset vaikutukset

Lääkkeiden viitehintajärjestelmä käynnistyi 1.4.2009 sujuvasti. Lääkevaihtoon kuului huhtikuussa 2009 noin 3500 valmistetta, eli noin 42 prosenttia markkinoilla olevista lääkkeistä. Viitehintajärjestelmä koski näistä noin 2300:aa. (Ekholm 2009, Suomen apteekkariliitto.)

1070 lääkkeen hinta laski maaliskuun alusta huhtikuun loppuun, kun viitehintajärjestelmä otettiin käyttöön. Huhtikuun alussa voimaan tulleet uudistuksen ovat laskeneet lähes joka kolmannen lääkevaihdon piiriin kuuluvan lääkepakkauksen hintaa. Suurimmat vähittäishintojen pudotukset ovat olleet yli 150 euroa, keskimäärin pudotus on ollut noin kuusi euroa. Kuitenkin lääkevaihdon laajeneminen selittää vain pienen osan hintojen muutoksista. Viitehintaa on lisännyt myös hintakilpailua tuntuvasti. (Ekholm 2009, Suomen apteekkariliitto.)

Niissä valmisteissa, joiden hinta laski, vähittäishinnan keskimääräinen pudotus oli kuusi euroa. Suurimmat, yli 150 euron pudotukset nähtiin bikalutamidivalmisteissa, joita käytetään eturauhassyövän hoidossa. Myös risperidonia sisältävät psykoosilääkkeet halpenivat selvästi. Nämä kyseiset lääkkeet olivat jo aiemmin lääkevaihdon piirissä, mutta viitehintajärjestelmän käyttöönotto lisäsi hintakilpailua. Yli 700 valmisteen hinta laski vielä 15.4.2009, kun lääkehinnasto päivitettiin. Huhtikuun alussa oli 142 sellaista viitehintaryhmää, joissa vain yksi kilpailevista, Kela-korvatuista valmisteista oli mahtunut hintaputkeen, mutta huhtikuun puolivälissä niitä oli enää 33. (Ekholm 2009.)

Lääkkeiden hintalautakunta määrittää viitehinnat neljä kertaa vuodessa. Heinäkuun alusta osa lääkkeiden viitehinnoista muuttui jälleen. Lisäksi viitehintajärjestelmään lisättiin 22 uutta viitehintaryhmää ja lisäyksen jälkeen oli yhteensä 598 viitehintaryhmää. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 225/2009.) Heinäkuun alusta alkaen viitehintaryhmiin kuului 2 290 korvattavaa lääkepakkausta, joka on 45 prosenttia kaikista korvausjärjestelmään kuuluvista pakkauksista. Eri kauppanimellä myytäviä lääkevalmisteita on kaikkiaan 652, ja ne sisältävät 137:ää eri lääkeainetta tai lääkeaineyhdistelmää. Keskimäärin yhteen viitehintaryhmään kuuluu neljä eri kauppanimellistä valmistetta. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 225/2009.)

Seuraavaksi tarkastellaan 1.4.2009 käyttöön otetun viitehintajärjestelmän taloudellisia vaikutuksia kansaneläkelaitoksen lääkekorvausmenoihin, apteekkien talouteen, lääketeollisuuden lääkemyyntiin sekä apteekin asiakkaille. Tarkastellaan erityisesti murrosvaiheen tilannetta, 3 kuukautta ennen viitehintajärjestelmän käynnistymistä ja 4 kuukautta käynnistymisen jälkeen.

8.1 Vaikutukset kansaneläkelaitokseen

Tammikuusta maaliskuuhun 2009 lääkevaihdon tuomat säästöt kansaneläkelaitokselle olivat 5,7 miljoonaa euroa (taulukko 15.) Viitehintajärjestelmän käynnistyttyä 1.4.2009 kansaneläkelaitoksen lääkekorvausmenojen säästöt lähes kolminkertaistuivat.

Taulukko 15. Lääkevaihtojen tuomat säästöt (milj. €) tammikuu – maaliskuu 2009 (Kansaneläkelaitos 2009d).

Lääkevaihtojen tuomat säästöt (milj. €)			
	Tammikuu	Helmikuu	Maaliskuu
Sairausvakuutuksen lääkekorvausmenoihin	1,4	1,4	2,9

Lääkevaihdon piiriin kuuluvien lääkkeiden kokonaiskustannukset olivat huhtikuusta - heinäkuuhun 288 miljoonaa euroa, josta sairausvakuutuksen maksama korvaus oli 168 miljoonaa euroa ja asiakkaan maksama osuus 120 miljoonaa euroa (taulukko 16.). Kela säästi neljän kuukauden aikana lääkekorvausmenoissa vajaa 18 miljoonaa euroa, kustannusten erotus oli 24 miljoonaa euroa. Sairausvakuutuksen lääkemenot olivat vajaa 4 % pienemmät kuin ne olisivat olleet ilman viitehintajärjestelmää. (Kansaneläkelaitos 2009b.)

Taulukko 16. Viitehintajärjestelmän tuomat säästöt huhtikuu - heinäkuu 2009 (Kansaneläkelaitos 2009c).

2009	Kustannusten erotus	Korvausten erotus	Kustannukset, kaikki lääkevaihdon piiriin kuuluvat lääkkeet	Korvaukset, kaikki lääkevaihdon piiriin kuuluvat lääkkeet
Huhtikuu	4 850 534	3 742 072	74 115 260	42 864 077
Toukokuu	6 137 170	4 279 600	70 750 677	41 332 108
Kesäkuu	6 176 771	4 349 898	74 491 818	43 793 693
Heinäkuu	7 318 284	5 345 789	68 792 791	40 376 060
Yhteensä	24 482 759	17 717 359	288 150 546	168 365 938

Viitehintajärjestelmän vaikutuksen sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksen lääkekorvausmenoon arvioitiin sosiaali- ja terveysministeriön toimesta olevan noin 52 miljoonaa euroa.

Viitehintajärjestelmän ensimmäisenä vuotena 2009 (huhtikuu - joulukuu) voidaan säästön arvi-

oida olevan noin 40,5 miljoonaa euroa. Valtio rahoittaa sairaanhoitovakuutuksen kuluista puolet, joten valtion osuus näistä säästöistä olisi noin 20 miljoonaa euroa. Toisen puolikkaan kuluista rahoittavat palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan, näillä säästöillä alennettaisiin vakuutettujen sairaanhoitomaksua noin 0,03 prosenttia. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007, 16.)

Samaan aikaan viitehintajärjestelmän käyttöönoton kanssa laajeni vaihdettavien lääkkeiden valikoima. Noin puolet huhti-toukokuun säästöistä syntyikin valmisteista, jotka aiemmin menetelmäpatentin suojaamina eivät kuuluneet lääkevaihdon piiriin. Huhtikuun alussa tuli mahdolliseksi muun muassa kolesterolilääke Lipitorin, psykoosilääkkeiden Zyprexan ja Seroquelin, sydän- ja verisuonitautien lääke Cozaarin ja Alzheimerin taudin lääke Ariceptin vaihtaminen edullisempaan rinnakkaisvalmisteeseen. (Kansaneläkelaitos 2009b.) Lipitorin, Zyprexan ja Seroquelin lääkevaihtoon liittymisen aikaansaamaa hintakilpailua tutkitaan tarkemmin lääketeollisuuden vaikutusten yhteydessä.

Lääkevaihdon ja viitehintajärjestelmän piiriin kuuluvia lääkeostoja huhtikuusta heinäkuuhun oli noin 8,8 miljoonaa. (taulukko 16.) Näistä noin 75 %:ssa määrätty lääkevalmiste oli jo valmiiksi hinnaltaan edullinen, 15 %:ssa lääke vaihdettiin edullisempaan ja 10 %:ssa vaihtoa ei tehty. Vaihdon kielsi lähes aina asiakas. Lääkärit kielsivät vaihdon vain alle puolessa prosentissa ostoista. Kaikkiaan viitehinnan ylittävistä ostoista 60 %:ssa lääkevalmiste vaihdettiin edullisempaan, kun aiemmin valmisteista vaihdettiin noin 45 %. (taulukko 17.) (Kansaneläkelaitos 2009b.)

Taulukko 17. Vaihtokiellot viitehintajärjestelmässä huhtikuu – heinäkuu 2009 (Kansaneläkelaitos 2009c).

2009	Vaihdettu lääke %	Lääkärin kielto %	Potilaan kielto %	Alle viitehinnan %	Saatavuus ongelma %	Muu syy %	Viitehinnan ja vaihdon alaiset lääkeostot Yhteensä
Huhtikuu	16,5	0,4	12,1	69,8	0,4	0,7	2 288 542
Toukokuu	13,5	0,3	5,4	80,0	0,1	0,7	2 183 449
Kesäkuu	13,7	0,4	5,4	79,9	0,1	0,6	2 232 077
Heinäkuu	16,6	0,6	16,1	65,7	0,2	0,8	2 091 071
Yhteensä	15,1	0,4	9,7	73,9	0,2	0,7	8 795 139

Viitehintajärjestelmän tarkoituksena oli muuttaa korvausjärjestelmää niin, että lääkekustannusten kasvu saataisiin hallintaan. Tämän myötä sairausvakuutusmaksujen korotus paine helpottuisi ja valtion menojen kasvua hillittäisiin. Uuden järjestelmän odotettiin myös vähentävän

kalliimpien lääkkeiden käyttöä ja vastaavasti lisäävän edullisimpien vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden käyttöä. Nämä tavoitteet ovat toteutuneet selvästi, arvioidut säästöt on saavutettu ja lääkevalmisteiden vaihtaminen edullisimpiin lääkevalmisteisiin on lisääntynyt. (Hallituksen esitys HE 100/2208 vp.)

8.2 Vaikutukset apteekkeille

Viitehintajärjestelmän on näkynyt tutkittavassa apteekissa jo ennen sen voimaantuloa 1.4.2009. Viitehintajärjestelmään valmistautuminen on tutkittavassa apteekissa saanut aikaan käytännön toimenpiteitä varaston suhteen. Lääkelaitos julkaisi alkuvuodesta 2009 listan Keskenään vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden luettelo 1.4. - 30.6.2009 (Lääkelaitos 28.1.2009), jonka avustuksella tutkittavassa apteekissa viitehintajärjestelmään varauduttiin pienentämällä geneeristen lääkevalmisteiden varastosaldoja jo alkuvuodesta 2009. Tämän vuoksi pystyttiin paremmin hallitsemaan muuttuvien hintojen aiheuttamia varastotappioita sekä reagoimaan paremmin viitehintaputkessa olevien tuotteiden vaihtumisiin. Tämän avulla on myös pyritty takaamaan, että asiakkailta on ollut mahdollisuus saada mahdollisimman edullista valmistetta halutessaan.

Viitehintajärjestelmän voimaantulon jälkeen, uusi korvausjärjestelmä on näkynyt selvänä muutoksena apteekin päivittäisessä toiminnassa. Se on lisännyt asiakasneuvonnan tarvetta ja varaston hallintaan menee myös entistä enemmän aikaa (Suomen apteekkariliitto 2009a).

Viitehintajärjestelmän mukanaan tuovat lääkkeiden saatavuusongelmat ovat haitanneet ehkä eniten apteekkien jokapäiväistä työtä. Varsinkin huhtikuun 2009 alussa puutteita oli paljon, kun monissa viitehintaryhmissä oli vain yksi viitehintainen valmiste. Toistakymmentä valmistetta ei ole saatu apteekkeihin, vaikka ne ovat olleet hintaputken ainoita valmisteita. Lisäksi tukkukauppa on joissain tapauksissa ilmoittanut, että tuotetta on toisessa varastossa, mutta sitä ei toimiteta apteekkiin ilman lisähintaa. Kuitenkin, jos jokin valmiste on valtakunnallisesti ollut loppu, apteekki on voinut toimittaa halvinta saatavilla olevaa korvattuna. (Ekholm 2009.) Huhtikuun puolenvälin jälkeen uuden hinnaston myötä tilanne kuitenkin saatavuusongelmien suhteen helpottui.

Viitehintajärjestelmä on teettänyt enemmän työtä apteekin varaston hallinnassa aina tilaamisprosessista tavaran vastaanottoon. Apteekin varastotuotteiden tilaaja on joutunut seuraamaan varaston geneeristen lääkkeiden menekkiä ja reagoimaan sen mukaan tilaamismäärissä. Taulukosta 18. voidaan nähdä että tutkittavan apteekin reseptilääkkeiden varaston muutoksen hin-

nastomuutoksien yhteydessä on saatu pysymään minimissä varaston aktiivisesta seurannasta johtuen. Useat geneeriset lääkevalmistajat hyvittävät varaston arvon alenemisiä, mikä teettää lisätyötä aina kahden viikon välein, mutta samalla myös tasaa varaston arvon alenemistä.

Varastonarvon prosentuaalinen muutos on laskettu siten, että esimerkiksi 31.3. 2009 on otettu varastoinventaarin avulla varaston arvo ja verrattu sitä 1.4 .2009 olevaan varaston arvoon. Tässä välissä uusi hinnasto on ajettu sisään, jolloin voidaan nähdä hinnaston aikaansaamat varaston muutokset.

Taulukko 18. Yksityisen apteekin varaston arvon prosentuaaliset muutokset 31.3.–1.8.2009 (Apteekin varastonhallinta-, apteekki- ja myyntitilasto - ohjelma 2009).

	Muutos %
31.3.2009	
1.4.2009	-0,59
14.4.2009	
15.4.2009	-0,66
30.4.2009	
1.5.2009	-0,47
14.5.2009	
15.5.2009	0,67
30.5.2009	
1.6.2009	0,10
14.6.2009	
15.6.2009	0,00
30.6.2009	
1.7.2009	-0,47
14.7.2009	
15.7.2009	-1,40
31.7.2009	
1.8.2009	0,03

Tavaran vastaanotossa viitehintajärjestelmän tuomat varastomuutokset näkyvät siinä, että enää ei geneeristen lääkkeiden kohdalla tilata tukkupakkauksia, vaan tilataan jopa päivittäin 1-2 pakkausta. Tämä vaatii enemmän aikaa sekä tavaran vastaanotossa että tavaran paikalleen laitossa, mutta ehkäisee suurten varastotappioiden syntymistä aina uuden hinnaston voimaantullessa.

Asiakaskohtaamisissa reseptintoimituksessa kului etenkin ensimmäisen kuukauden aikana normaalia enemmän aikaa, koska lääkeneuvonnan ohella asiakkaille selvennettiin myös viite-

hintajärjestelmän mukanaan tuomia muutoksia. Tilanne tasoittui toukokuun jälkeen kun viitehintajärjestelmä oli tullut asiakkaille jo tutummaksi.

Viitehintajärjestelmän taloudelliset vaikutukset näkyvät selvästi tutkittavan apteekin reseptilääkkeiden myyntikatteen (myyntihinta-ostohinta) ja myynnin muutoksissa, kuten taulukosta 19 on havaittavissa. Prosentuaaliset muutokset kuvaavat kyseisen kuukauden myyntikatteen ja myynnin muutosta verrattuna edellisen vuoden vastaavaan kuukauteen. Tammikuun 2009 9,38 prosenttia myyntikatteen kasvusta, myyntikate laski huhtikuussa 2009 4,99 prosenttiin. Toukokuussa 2009 kuukausi viitehintajärjestelmän tulon jälkeen myyntikatteen kasvu oli jopa -1,69 prosenttia verrattuna edellisen vuoden toukokuun myyntikatteeseen. Myynnissä on ollut havaittavissa myös isoja muutoksia. Myynnin kasvu on ollut kymmenen prosentin luokkaan, mutta huhtikuussa myynti laski 1,55 prosenttiin ja toukokuussa -2,53 prosenttiin. Kesä- ja heinäkuussa on kuitenkin jo havaittu reseptilääkkeiden myyntikatteen ja myynnin tasaantumista 5 prosenttiluokan tasolle.

Taulukko 19. Yksityisen apteekin reseptilääkkeiden prosentuaaliset myyntikatteen ja myynnin muutokset tammikuu – heinäkuu 2009 (Apteekin varastohallinta-, apteekki- ja myyntitilasto -ohjelma 2009).

	Katteen muutos % vs. ed. vuosi	Myynnin muutos % vs. ed. vuosi
tammikuu 2008		
tammikuu 2009	9,38	8,30
helmikuu 2008		
helmikuu 2009	9,34	11,45
maaliskuu 2008		
maaliskuu 2009	10,54	10,28
huhtikuu 2008		
huhtikuu 2009	4,99	1,55
toukokuu 2008		
toukokuu 2009	-1,69	-2,53
kesäkuu 2008		
kesäkuu 2009	5,84	6,62
heinäkuu 2008		
heinäkuu 2009	5,13	3,94

Apteekkariliiton tekemän selvityksen mukaan lääkevaihdon laajenemisen ja viitehintajärjestelmän käyttöönoton vuoksi apteekkien työmäärä ja sen myötä kustannukset tulevat jatkossa

kasvamaan nopeammin kuin liikevaihto. Apteekkariliiton laskemien mukaan viitehintajärjestelmä pienentää keskiarvoapteekin liikevaihtoa tänä vuonna 4-5 prosenttia ja ensi vuonna 5-6 prosenttia verrattuna edellisen vuoden liikevaihtoon. Keskikokoisen apteekin tuloksen ennakoitaan putoavan tänä vuonna 11–12 prosenttia ja ensi vuonna 14–15 prosenttia verrattuna edellisen vuoden tulokseen (Suomen apteekkariliitto 2009a).

Reseptilääkkeiden myynnin ja myyntikatteen kehityksen laskusta ei tutkittavalle apteekille koidu suurta vaikutusta liikevaihtoon sekä tulokseen. Taulukosta 20 voidaankin nähdä että suurimmat muutoksen myyntikatteen sekä myynnin kehitykseen ovat tapahtuneet huhtikuussa sekä toukokuussa. Tutkittavan apteekin itsehoitovalmisteiden myynti suhteessa reseptilääkkeiden myyntiin on suuri (noin 50 %), joten reseptilääkkeiden myyntikatteen ja myynnin lasku eivät suuresti vaikuta tutkittavan apteekin liikevaihtoon sekä voittoon. Muiden kustannusten kasvu (apteekkimaksu, palkat, henkilösivukulut, toimitilavuokrat) sekä reseptilääkkeiden myynnin lasku yhdessä tulevat pienentämään arviolta vain muutaman prosentin liikevaihtoa.

Taulukko 20. Yksityisen apteekin myyntikatteen ja myynnin muutokset tammikuu – heinäkuu 2009 (Apteekin varastonhallinta-, apteekki- ja myyntitilasto - ohjelma 2009).

	Katteen muutos % vs. ed. vuosi	Myynnin muutos % vs. ed. vuosi
tammikuu 2008		
tammikuu 2009	14,61	12,91
helmikuu 2008		
helmikuu 2009	9,35	10,10
maaliskuu 2008		
maaliskuu 2009	9,96	9,23
huhtikuu 2008		
huhtikuu 2009	10,31	6,85
toukokuu 2008		
toukokuu 2009	4,56	2,41
kesäkuu 2008		
kesäkuu 2009	10,32	9,60
heinäkuu 2008		
heinäkuu 2009	14,45	11,81

Harjulan (2008) mukaan voidaan arvioida, että keskimääräisesti reseptilääkkeiden myynti vastaa enimmillään 81 %:a apteekkien kokonaismyynnistä. Tällöin viitehintajärjestelmän aikaansaama reseptilääkkeiden myynnin laskun voidaan arvioida laskevan liikevaihtoa 4-5 prosenttia ja tulosta 11–12 prosenttia verrattuna edellisen vuoden lukuihin. Yksityisten apteekkien liike-

vaihdon arvio vuodelle 2008 on 2000 milj. euroa (taulukko 21.) (Suomen apteekkariliitto 06/2009). Mikäli liikevaihdon lasku olisi 4-5 prosenttia, tarkoittaisi tämä vuonna 2009 80–100 miljoonan euron laskua yksityisten apteekkien liikevaihdossa. Tässä oletuksena että myynnin rakenne ja volyymit pysyisivät vastaavina elokuusta vuoden loppuun kuin heinäkuuhun 2009 asti on ollut.

Taulukko 21. Yksityisten apteekkien liikevaihto vuosina 2000 – 2008 (Suomen apteekkariliitto 06/2009).

Vuosi	Milj. euroa	Muutos %
2000	1290	
2001	1419	10,0
2002	1548	9,1
2003	1640	5,9
2004	1753	6,9
2005	1835	4,7
2006	1806	-1,6
2007	1897	5,0
2008	2000	5,4* arvio

8.3 Vaikutukset lääketeollisuudelle

Avohoidon lääkkeiden tukkumyynnin arvo väheni vuonna 2006 ensimmäistä kertaa vuosikymmeniin. Tähän johtivat vuoden 2006 alussa toteutettu korvattavien lääkkeiden kohtuullisten tukkuhintojen viiden prosentin leikkaus sekä lääkkeiden hintakilpailu, johon vuonna 2006 laajentunut lääkevaihto osaltaan vaikutti. (Karjalainen, Koski-Pirilä, Närhi, Wahlroos 2007). Vuoden 2009 reseptilääkemyyntiä apteekkeille tutkittaessa lääkkeiden tukkumyynnin arvon väheneminen ei ole enää tavanomaista. Viitehintajärjestelmän aikaansaama hintakilpailu sekä menetelmäpatentilla suojattujen lääkevalmisteiden tuleminen lääkevaihdon piiriin ovat laske-neet reseptilääkkeiden euromääräistä myyntiä tammi-heinäkuussa 2009 (taulukko 22.). Tammi-, helmi-, touko- ja heinäkuussa 2009 ovat reseptilääkemyynnit apteekkeille olleet 1,7–5,2 prosenttia pienemmät kuin edellisvuoden vastaavina kuukausina. Reseptilääkemyynti yhteensä apteekkeille väheni tammikuusta heinäkuuhun 0,3 prosenttia verrattuna edelliseen vuoteen (liite 4).

Taulukko 22. Lääketeollisuuden reseptilääke myynti apteekeille tammikuu - heinäkuu 2009 (SLD Pharma 2009).

Aika	Reseptilääkemyynti apteekit EUR	Muutos ±%
01/2009	97 528 209	-5,2
02/2009	96 097 098	-1,7
03/2009	107 982 954	5,1
04/2009	114 847 428	5,3
05/2009	101 669 012	-5,0
06/2009	110 627 068	3,9
07/2009	100 115 763	-2,4

Viitehintajärjestelmän piiriin päätyi 1.4.2009 2043 reseptipakkausta ja 586 kaupanimeä. Näistä vain runsaan neljänneksen (525 pakkauksen) hintoja laskettiin heti ensimmäiseen viitehinnan alaiseen taksaan (1.4.). Seuraavassa taksassa (15.04) oli hinnanalaskuja jo enemmän eli 643 pakkauksen osalta. Näistä 156 pakkauksen hintaa oli jo laskettu 1.4. taksassa – usein miten oli siis kyseessä hinnan säätäminen viitehinnan piiriin. (PharmaPort Top Info 02/2009.)

Arvioitaessa viitehinnan voimaantumisen rahallisia vaikutuksia lääketeollisuudelle voidaan ottaa pohjaksi ko. kahden taksan hinnanalaskut viitehinnan alaisissa tuotteissa verrattuna edelliseen taksaan ja kertoa nämä hinnanalennukset vuositason myyntivolyymeilla. Näin saadaan seuraavat euromääräiset vaikutukset tukkuhintojen perusteella laskettuna:

Taksa 1.4.2009: hintojen laskuvaikutus vuositasolla 26,7 miljoonaa euroa

Taksa 15.4.2009: hintojen laskuvaikutus vuositasolla 20,9 miljoonaa euroa

Yhteensä siis toteutuneet hinnanalaskut vähentäisivät myynnin arvoa tukkuhinnoin n.48 milj. euroa ja vähittäishinnoin 68 milj. euroa. Tässä on oletuksena että myynnin rakenne ja volyymit pysyisivät ennallaan, mikä on epätodennäköistä. Viitehintaan siirtyminen lisää todennäköisesti edullisempien valmisteiden myyntiä. Edellä mainittu myynnin kokonaislasku jakaantuu niin, että siitä uusien lääkevaihdon piiriin 1.4. tulleiden valmisteiden osuus on tukkuhinnoin 19 milj. euroa (122 pakkausta) ja vanhojen lääkevaihtotuotteiden osuus 29 milj. euroa (1921 pakkausta). (PharmaPort Top Info 02/2009.)

Viitehintajärjestelmään siirtyminen toi eräitä merkittäviä valmisteita kokonaan lääkevaihdon alaisuuteen ja tähän liittyy tietenkin myös analogiamenetelmäpatentilla suojattujen lääkevalmisteiden vapauttaminen kilpailun piiriin. Kaikkiaan huhtikuun alun taksaan tuli 36 valmisteenimen 122 uutta pakkausta ensimmäistä kertaa lääkevaihdon ja viitehinnan piiriin, joiden joukossa oli

eräiden markkinoiden suurimpien valmisteiden myynnillisesti suurimpia pakkauksia, kuten Zyprexa, Lipitor, Seroquel ja Cozaar (taulukko 23.). (PharmaPort Top Info 02/2009.)

Taulukko 23. Suurimmat lääkevaihdon piiriin tulleet lääkevalmisteet (PharmaPort Top Info 02/2009).

Kauppanimi	Markkinoija	Vuosimyynti (EUR)
Zyprexa	Eli Lilly Finland	19 421 396
Lipitor	Pfizer	15 768 395
Seroquel	AstraZeneca	15 421 569
Cozaar	MSD Finland	7 496 189
Cozaar Comp	MSD Finland	5 455 288
Cozaar Comp Forte	MSD Finland	4 318 856
Ketipinor	Orion Pharma	4 014 755
Losatrix	Ratiopharm	1 081 494
Doneratio	Ratiopharm	902 910
Olanzapin Ratiopharm	Ratiopharm	615 751

Uusista lääkevaihdon piiriin tulleista 122 pakkauksesta 39 eli noin neljäsosa laski hintojaan 1.4. taksaan ja hinnanlaskut merkitsivät rahassa noin 15,5 milj. euron menetystä tukkuhinnoin. Edelleen näistä 39 pakkauksesta 17 jäi hinnanlaskusta huolimatta 1.4. taksassa viitehinnan yläpuolelle ja päästäkseen viitehintaryhmään, he joutuivat korjaamaan tukkuhintoja 15.4. taksaan. (PharmaPort Top Info 02/2009.)

Viitehinnan piiriin tulleet uudet valmisteet/pakkaukset edustavat kaikkiaan 76 milj.euron vuosimyyntiä (tukkuhinnoin) ja suurimmat valmisteet tässä ryhmässä ovat Eli Lilly Finlandin Zyprexa, Pfizerin Lipitor ja AstraZenecan Seroquel (PharmaPort Top Info 02/2009). Tarkasteltaessa vuoden 2009 tammi- heinäkuun reseptilääke myyntejä sekä niiden muutoksia edelliseen vuoteen verrattuna, suurimmat myynnin laskut ovatkin juuri Eli Lilly Finlandilla -16,1 %, Pfizerilla -13 % sekä MSD Finlandilla -14,4 % (taulukko 24. & liite 4).

Taulukko 24. Suurimmat reseptilääke myynnin laskut markkinoijittain apteekkimyynnissä 2009 (SLD Pharma 2009).

	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 01/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 02/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 03/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 04/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 05/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 06/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 07/2009 Resepti	Keskiarvo 01/2009 - 7/2009
KAIKKI	-5,2	-1,7	5,1	5,3	-5,0	3,9	-2,4	-0,0
AstraZeneca	-0,8	-0,7	1,4	-6,4	-12,7	-6,6	-11,1	-5,3
Pfizer	-3,5	-8,3	-5,5	-11,6	-20,3	-15,1	-26,9	-13,0
MSD Finland	-4,5	-8,8	-6,8	-13,7	-19,0	-19,0	-29,0	-14,4
Wyeth	-35,9	-13,6	-4,3	0,5	0,5	-0,5	-21,3	-10,6
Eli Lilly Finland	-4,7	-8,2	-5,1	-14,8	-26,2	-18,8	-35,3	-16,1
Janssen-Cilag	-12,3	-11,1	-3,6	-10,9	-13,8	-8,5	-12,2	-10,3

ATC1 luokittaisen myynnin perusteella voidaan nähdä, että luokassa N Hermostoon vaikuttavat lääkkeet pieneni myynti apteekkeille viitehintajärjestelmän voimaantumisen jälkeen keskimäärin 10 prosenttia (vertailuperustana edellisen vuoden vastaavat kuukaudet). Tämä pääryhmä pitää sisällään alaryhmän psykoosi- ja neuroosilääkkeet sekä unilääkkeet, mihin mm. Zyprexa sekä Seroquel luokitellaan. ATC 1 luokittaista myyntiä tarkastellessa (liite 3) Hermostoon vaikuttavat lääkkeet olivat pääryhmä jolla oli suurin myynnin lasku.

Suurimmat apteekkien reseptilääkemyyntien kasvut ovat tammi-heinäkuussa 2009 olleet rinnakkaislääkkeisiin keskittyvillä yrityksillä. Orion Pharmedian kehitys oli +7,9 %, Ratiopharm saavutti +19,5 prosentin keskimääräisen kasvun ja Actavis jopa +31,6 % (taulukko 25. & liite 4). Kasvuprosentit on saatu vertaamalla vuoden 2009 myyntejä edellisen vuoden myynteihin.

Taulukko 25. Suurimmat reseptilääke myynnin kasvut markkinoijittain apteekkimyynnissä 2009 (SLD Pharma 2009).

	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 01/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 02/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 03/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 04/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 05/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 06/2009 Resepti	APTEEKIT ±% KUUKAUSI 07/2009 Resepti	Keskiarvo 01/2009 - 7/2009
TOTAL	-5,2	-1,7	5,1	5,3	-5,0	3,9	-2,4	-0,0
Orion Pharma	-0,6	-2,5	11,8	15,8	3,2	13,4	14,1	7,9
Ratiopharm	4,2	8,9	18,1	32,8	9,6	28,7	33,9	19,5
Abbot	4,9	17,4	27,5	27,8	23,4	30,6	19,3	21,6
Roche	0,9	84,3	4,6	31,1	0,8	14,2	15,9	21,7
Lundbeck	3,8	3,4	14,4	18,6	5,8	17,5	7,1	10,1
Amgen	-10,4	7,9	18,9	10,9	6,6	14,3	11,1	8,5
Actavis	5,8	1,3	13,7	55,3	22,5	39,4	83,1	31,6
Bristol-Myers Squibb	9,5	25,9	24,9	30,0	27,7	24,2	27,7	24,3

Seuraavaksi tarkastellaan kolmen suurimman viitehinnan piiriin tulleen lääkeaine ryhmän hinnanmuutoksia ja niiden vaikutuksia eri markkinoijien myynteihin. (taulukko 26.)

Olantsapiineissä Zyprexa alensi tuotteidensa hintaa noin 35 % 1.4, mutta jäi kaikissa viitehintaryhmissä viitehinnan yläpuolelle. Zyprexan viitehinnan alaisten tuotteiden myynti oli 362 000 € ja laski 70 % edellisen vuoden vastaavaan jaksoon verrattuna. Vastaavasti Olanzapin Ratiopharm, joka oli yksin viitehintaryhmissä, oli suurin nousukomeetta saaden aikaan 469 000 € myynnin. Actaviksen ja Leiraksen valmisteet olivat myös viitehinnan yläpuolella eivätkä näin kovinkaan suurta myyntiä saaneet aikaiseksi. Koko olantsapiiniryhmän myynti laski arvossa 31,7 %. 15.4 alkaen kaikki 4 kaupanimeä ovat alentaneet hintojaan niin, että ovat päässeet viitehinnan piiriin. (Marketing Intelligence 2009.)

Atorvastatiineissa tilanne oli siltä osin sama, että Lipitor ei alennuksista (noin 40 %) huolimatta päässyt viitehintaan yhdelläkään valmisteella, vaan Atorvastatin Orion oli suurimmissa ryhmissä ainoana viitehinnan piirissä. Hinnanalennuksista huolimatta atorvastatiinien myynti arvossa kasvoi 12,8 % ja volyymissä lähes 100 %. Lipitorin myynnin arvo laski 25,5 %, mutta pienempien pakkausten myynti laski vähemmän ja 80 mg kohdalla jopa kasvoi mikä viittaa siihen, että merkittävä osa asiakkaista on maksanut erotuksen ja odottaa Lipitorin viitehintaan tuloa. Volyymissä Lipitorin myynti kasvoikin 29,7 % edellisen vuoden vastaavaan. Atorvastatin Orion sai reilun kolmanneksen (34,7 %) vaikuttavan aineen viitehinnan alaisesta markkinasta 360 000 € myynnillä (lisäksi pohjalla oli 200 000 € maaliskuun myyntiä). Lipitorin myynnin arvo oli 648 000 € ja osuus 62,4 %. (Marketing Intelligence 2009.)

Ketiapiineissä Seroquel ei laskenut hintojaan kuin muutamia prosentteja 1.4 ja oli esim. 100 mg 100 tabletin pakkauksessa lähes 60 euroa viitehinnan yläpuolella. Seroquelin viitehinnallisten valmisteiden myynnin arvo laskikin 84,3 % jääden 117 000 € ja markkinaosuudeksi jäi 18,8 %. Orionin Ketipinor nosti myyntiään 251 000 €, vaikka jäi useimmassa ryhmässä viitehinnan yläpuolelle. Ketipinorin markkinaosuus oli arvosta 40,2 %. Quetiapin Mylan oli ketiapiineissä suurin nousija, sillä se muodosti viitehinnan useimmassa viitehintaryhmässä 1.4. Quetiapin Mylan sai aikaan 256 000 € myynnin ja 41 % markkinaosuuden. Ketiapiinien kokonaismyynti arvossa laski 28,8 % edellisen vuoden vastaavaan jaksoon nähden. Orion laski Ketipinor- valmisteidensa hinnat viitehintaan 15.4, mutta AstraZeneca ei alentanut omien Seroquel- valmisteidensa hintoja. (Marketing Intelligence 2009.)

Taulukko 26. Kolmen suurimman viitehinnan piiriin tulleen lääkeaine ryhmän hinnanmuutokset (Marketing Intelligence 2009).

Viitehinnan alaiset	Apteekit EUR Kuukausi 03/2009 Resepti			Apteekit EUR Kuukausi 04/2009 Resepti		
	±%	%		±%	%	
Yhteensä	2 515 660	-13,7	100	2 497 440	-17,2	100
Atorvastatin	779 475	-9,6	31	1 037 992	12,8	41,6
Lipitor (Pfizer)	552 148	-32,2	70,8	647 696	-25,4	62,4
Atorvastatin Orion (Orion Pharma)	177 733	-	22,8	360 294	-	34,7
Lipitor Orifarm (Orifarm)	30 026	56,1	3,9	19 122	-4	1,8
Lipitor Paranova (Paranova)	19 568	-31,1	2,5	10 880	-66,2	1
Olanzapine	1 077 085	-9,6	42,8	835 327	-31,7	33,4
Olanzapin Ratiopharm (Ratiopharma)	83 092	-	7,7	468 504	323006,2	56,1
Zyprexa (Eli Lilly Finland)	983 307	-17,4	91,3	362 373	-70,3	43,4
Solazin (Leiras)	9 288	-	0,9	3 851	-	0,5
Olanzapin Actavis (Actavis)	1 398	-	0,1	599	-	0,1
Quetiapine	659 100	-23,5	26,2	624 121	-28,6	25
Quetiapin Mylan (Mylan)	24 927	-	3,8	256 069	-	41
Ketipinor (Orifarm)	210 638	82,6	32	250 859	96,4	40,2
Seroquel (AstraZeneca)	423 535	-43,3	64,3	117 193	-84,3	18,8

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen mukaan (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen selvityksiä 2007, 16) viitehintajärjestelmän lääkeyrityksiin kohdistuva vaikutus olisi arviolta noin 45–50 miljoonaa euroa. Vuoden 2008 reseptilääkemyynti apteekkeille oli 1294 miljoonaa euroa (liite 2.). Vuodelle 2009 voidaan arvioida 1249 miljoonan euron reseptilääkemyyntiä (liite 4.). Vuoden 2009 arviossa on laskettu keskimääräinen reseptilääkemyynti tammi-heinäkuun myyntien perusteella. Tässä oletuksena että myynnin rakenne ja volyymit pysyisivät vastaavina elokuusta vuoden loppuun kuin heinäkuuhun 2009 asti on ollut. Tällöin reseptilääkemyynti apteekkeille olisi 3,45 prosenttia pienempi kuin edellisvuonna. Tämä tarkoittaisi 45 miljoonan euron vaikutusta lääkeyrityksille.

8.4 Vaikutukset apteekin asiakkaille

Apteekkariliiton Taloustutkimuksella teettämän tutkimuksen mukaan 8 prosenttia asiakkaista arvioi omien lääkemenojensa keventyneen viitehintajärjestelmän ansiosta. Toukokuussa tehdyssä tutkimuksessa, jossa haastateltiin puhelimitse tuhatta suomalaista. Kyseisessä tutkimuksessa 70 prosenttia vastaajista arvioi, ettei viitehintajärjestelmä ole vielä vaikuttanut heidän

omiin lääkemenoihinsa. Kolme sadasta arvioi lääkemenojensa nousseen. 19 prosenttia haastelluista ei osannut vielä arvioida vaikutuksia. (Suomen apteekkariliitto 2009b).

Apteekkien asiakkaat ovat suhtautuneet viitehintajärjestelmän tuomaan uudistukseen ymmärtävästi. Kaikki asiakkaat eivät edelleenkään halua vaihtaa tuttua lääkettä halvempaan, ja useimmat asiakkaat ovat maksaneetkin muutaman euron hintaeron mukisematta. Myös väärinkäsityksiin on apteekeissa törmätty. Jotkut asiakkaat ovat luulleet, että kaikkien lääkkeiden hinnat putoavat nyt roimasti. Toiset taas ovat pelänneet, että kalliimpia lääkkeitä ei saisi apteekista enää laisinkaan. (Ekholm 2009.) Osa on myös ihmetellyt lääkkeiden halpuutta. (Suomen apteekkariliitto 2009a.)

Lääkevaihtojen tuomat säästöt lääkkeiden käyttäjille tammikuusta maaliskuuhun 2009 olivat yhteensä 4,1 miljoonaa euroa (taulukko 27.). Viitehintajärjestelmän jälkeen huhtikuusta heinäkuuhun 2009 säästynyt summa sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden kustannuksissa oli 10 miljoonaa euroa. Asiakkaan osuudesta noin 3,5 miljoonaa euroa syntyi viitehinnan ylittävistä kustannuksista, mistä Kela ei myöntänyt sairausvakuutuskorvausta. Potilaan todelliset säästöt huhtikuusta heinäkuuhun 2009 olivat vajaa 7 miljoonaa euroa. (Taulukko 28.) (Kansaneläkelaitos 2009b.)

Taulukko 27. Lääkevaihtojen tuomat säästöt potilaille tammikuu - maaliskuu 2009 (Kansaneläkelaitos 2009d).

Lääkevaihtojen tuomat säästöt (milj. €)			
	Tammikuu	Helmikuu	Maaliskuu
Asiakkaalle	1,4	1,3	1,4

Taulukko 28. Viitehintajärjestelmän tuomat säästöt potilaille huhtikuu - heinäkuu 2009 (Kansaneläkelaitos 2009c).

2009	Potilaan omavastuun erotus	Potilaan omavastuu viitehinnan ylittävästä osuudesta, erotus	Potilaan todelliset säästöt
Huhtikuu	2 200 152	-1 091 690	1 108 462
Toukokuu	2 459 484	-601 914	1 857 570
Kesäkuu	2 496 438	-669 565	1 826 873
Heinäkuu	3 161 953	-1 189 457	1 972 496
Yhteensä	10 318 027	-3 552 626	6 765 401

Viitehintajärjestelmän tarkoituksena oli mm. pienentää potilaiden kustannusosuutta lääkkeiden hintojen alentuessa hintakilpailun seurauksena. Potilaat ovat saaneet vallan omalla valinnallaan vaikuttaa hänelle aiheutuviin kustannuksiin. Todelliset säästöt potilaille kasvoivat noin 28 prosenttia viitehintajärjestelmän voimaantullessa ja huhtikuusta joulukuuhun 2009 viitehintajärjestelmän aikaansaamat säästöt lääkkeiden käyttäjille tulevat olemaan 15 miljoonaa euroa. Tässä oletuksena että ostokäyttäytyminen pysyisi vastaavana elokuusta vuoden loppuun kuin huhtikuusta heinäkuuhun 2009 asti on ollut.

9 Yhteenveto

Hallitus on hallitusohjelmassaan sitoutunut lääkekustannusten kasvun hillintään. Lääkekorvausjärjestelmän uudistuksen tavoitteena oli luoda korvausjärjestelmään viitehintajärjestelmä lääkekustannusten kasvun hillitsemiseksi. Viitehintajärjestelmän odotettiin vähentävän kalliimpien lääkkeiden käyttöä ja vastaavasti lisäävän edullisempien ja viitehintaisten valmisteiden käyttöä. Viitehintajärjestelmällä pyrittiin edistämään edullisimpien vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden käyttöä ja lisäämään lääkeyritysten välistä hintakilpailua. Hinnaltaan edullisempiin rinnakkaislääkkeisiin siirtymisen tavoitteena on pienentää lääkkeen ostosta potilaalle aiheutuvia kustannuksia, vähentää sairausvakuutusmaksujen korotuspainetta sekä hillitä valtion menojen kasvua.

Viitehintajärjestelmän vuosittainen taloudellinen vaikutus eri toimijoiden tuloihin arvioitiin olevan yhteensä 85 miljoonaa euroa. Vaikutuksen suuruus on laskettu arvonlisäverollisten vähittäishintojen perusteella ja se jakaantuu lääkeyritysten, apteekkien, lääketukkukauppiaiden ja valtion kesken.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada selville 1.4.2009 voimaan tulleen viitehintajärjestelmän vaikutuksia Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan lääkekustannuksiin, lääketeollisuuden apteekkimyyntiin reseptilääkkeiden osalta, apteekin katteiden ja reseptilääkemyyntiin sekä apteekin asiakkaiden reseptilääkkeiden maksuosuuksiin. Tarkoituksena oli tutkia murrosvaihetta, 3 kuukautta ennen viitehintajärjestelmän voimaantuloa ja 4 kuukautta viitehintajärjestelmän voimaantulon jälkeen.

Tammikuusta maaliskuuhun 2009 lääkevaihdon tuomat säästöt kansaneläkelaitokselle olivat 5,7 miljoonaa euroa. Viitehintajärjestelmän käynnistyttyä 1.4.2009 kansaneläkelaitoksen lääkekorvausmenojen säästöt lähes kolminkertaistuivat. Kela säästi neljän kuukauden aikana, huhtikuusta heinäkuuhun, lääkekorvausmenoissa vajaa 18 miljoonaa euroa. Sairausvakuutuksen lääkemenot olivat vajaa 4 % pienemmät kuin ne olisivat olleet ilman viitehintajärjestelmää.

Viitehintajärjestelmän ensimmäisenä vuotena 2009 (huhtikuu - joulukuu) voidaan säästön kansaneläkelaitokselle arvioida olevan noin 40,5 miljoonaa euroa. Valtio rahoittaa sairaanhoitovakuutuksen kuluista puolet, joten valtion osuus näistä säästöistä olisi 20 miljoonaa euroa. Toisen puolikkaan kuluista rahoittavat palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat. Sosiaali- ja terveystiete-

terion selvityksen mukaan, näillä säästöillä alennettaisiin vakuutettujen sairaanhoitomaksua noin 0,03 prosenttia.

Viitehintajärjestelmän tarkoituksena oli muuttaa korvausjärjestelmää niin, että lääkekustannusten kasvu saataisiin hallintaan. Tämän myötä sairausvakuutusmaksujen korotus paine helpottuisi ja valtion menojen kasvua hillittäisiin. Uuden järjestelmän odotettiin myös vähentävän kalliimpien lääkkeiden käyttöä ja vastaavasti lisäävän edullisimpien vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden käyttöä. Nämä tavoitteet ovat toteutuneet selvästi, arvioidut säästöt saavutetaan ja lääkevalmisteiden vaihtaminen edullisimpiin lääkevalmisteisiin on lisääntynyt.

Viitehintajärjestelmän taloudelliset vaikutukset näkyvät selvästi tutkittavan apteekin reseptilääkkeiden myyntikatteen ja myynnin muutoksissa. Tammikuun 2009 9,38 prosentin myyntikatteen kasvusta myyntikate laski huhtikuussa 2009 4,99 prosenttiin. Toukokuussa 2009 kuukausi viitehintajärjestelmän tulon jälkeen myyntikatteen kasvu otti takapakkia -1,69 prosentilla verrattuna edellisen vuoden toukokuun myyntikatteeseen. Myös myynnissä on ollut havaittavissa myös isoja muutoksia. Myynnin kasvu on ollut kymmenen prosentin luokkaan, mutta huhtikuussa myynti laski 1,55 prosenttiin ja toukokuussa laski -2,53 prosenttiin. Kesä- ja heinäkuussa on kuitenkin jo havaittu reseptilääkkeiden myyntikatteen ja myynnin tasaantumista 5 prosenttiluokan tasolle.

Apteekkariliiton tekemän selvityksen mukaan lääkevaihdon laajenemisen ja viitehintajärjestelmän käyttöönoton vuoksi apteekkien työmäärä ja sen myötä kustannukset tulevat jatkossa kasvamaan nopeammin kuin liikevaihto. Apteekkariliiton laskemien mukaan viitehintajärjestelmä pienentää keskiarvoapteekin liikevaihtoa tänä vuonna 4-5 prosenttia ja ensi vuonna 5-6 prosenttia. Keskikokoisen apteekin tuloksen ennakoidaan putoavan tänä vuonna 11–12 prosenttia ja ensi vuonna 14–15 prosenttia.

Reseptilääkkeiden myynnin ja myyntikatteen kehityksen laskusta ei tutkittavalle apteekille koitu suurta vaikutusta liikevaihtoon sekä tulokseen. Tutkittavan apteekin itsehoitovalmisteiden myynti suhteessa reseptilääkkeiden myyntiin on suuri (noin 50 %), joten reseptilääkkeiden myyntikatteiden ja myynnin lasku eivät suuresti vaikuta tutkittavan apteekin liikevaihtoon sekä voittoon. Muiden kustannusten kasvu (apteekkimaksu, palkat, henkilösivukulut, toimitilavuokrat) sekä reseptilääkkeiden myynnin lasku yhdessä tulevat pienentämään tutkittavan apteekin liikevaihtoa ja liikevoittoa arviolta vain muutaman prosentin.

Keskimääräisesti reseptilääkkeiden myynti vastaa enimmillään 81 %:a apteekkien kokonaisymyynnistä, jolloin viitehintajärjestelmän aikaansaama reseptilääkkeiden myynnin laskun voidaan arvioida laskevan liikevaihtoa 4-5 prosenttia. Tämä tarkoittaisi yksityisten apteekkien liikevaihdon laskua 80–100 miljoonan eurolla. Tässä oletuksena että myynnin rakenne ja volyymit pysyisivät vastaavina elokuusta vuoden loppuun kuin heinäkuuhun 2009 asti on ollut.

Lääketeollisuudessa vuoden 2009 reseptilääkemyyntiä apteekkeille tutkittaessa voidaan huomata, että viitehintajärjestelmän aikaansaama hintakilpailu sekä menetelmäpatentilla suojattujen lääkevalmisteiden tuleminen lääkevaihdon piiriin ovat laskeneet reseptilääkkeiden euromääräistä myyntiä tammi-heinäkuussa 2009. Tammi-, helmi-, touko- ja heinäkuussa 2009 ovat reseptilääkemyyntit apteekkeille olleet 1,7–5,2 prosenttia pienemmät kuin edellisvuoden vastaavina kuukausina. Reseptilääkemyynti apteekkeille väheni tammikuusta heinäkuuhun yhteensä 0,3 prosenttia verrattuna edelliseen vuoteen.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan viitehintajärjestelmän lääkeyrityksiin kohdistuva vaikutus olisi arviolta noin 45–50 miljoonaa euroa. Vuodelle 2009 voidaan arvioida 1249 miljoonan euron reseptilääkemyyntiä, tammi-heinäkuun myyntien perusteella. Tässä oletuksena että myynnin rakenne ja volyymit pysyisivät vastaavina elokuusta vuoden loppuun, kuin heinäkuuhun 2009 asti on ollut. Tällöin reseptilääkemyynti apteekkeille olisi 3,45 prosenttia pienempi kuin edellisvuonna. Tämä tarkoittaisi 45 miljoonan euron vaikutusta lääkeyrityksille, jolloin Sosiaali- ja terveysministeriön arviot viitehintajärjestelmän vaikutuksista lääkeyrityksiin toteutuisivat.

Viitehintajärjestelmän tarkoituksena oli mm. pienentää potilaiden kustannusosuutta lääkkeiden hintojen alentuessa hintakilpailun seurauksena. Lääkkeiden käyttäjien todelliset säästöt olivatkin huhtikuusta heinäkuuhun 2009 vajaa 7 miljoonaa euroa. Säästöt potilaille kasvoivat noin 28 prosenttia viitehintajärjestelmän voimaantullessa. Huhtikuusta joulukuuhun 2009 viitehintajärjestelmän aikaansaamat säästöt lääkkeiden käyttäjille tulevat olemaan arviolta 15 miljoonaa euroa. Tässä oletuksena että ostokäyttäytyminen pysyisi vastaavana elokuusta vuoden loppuun kuin huhtikuusta heinäkuuhun 2009 asti on ollut.

Viitehintajärjestelmä on selvästi pienentänyt kansaneläkelaitoksen lääkekorvausmenoja ja uudistus on hyödyttänyt lääkkeiden käyttäjiä. Apteekkien tulot puolestaan ovat pudonneet järjestelmän käyttöönoton myötä ja lääketeollisuudessa erityisesti alkuperäisvalmistajat ovat kokeneet suurimpia myynnin pienentymisiä. Lääketeollisuudessa rinnakkaislääketeollisuuden edus-

tajat ovat hyötäneet selvästi lisääntyneestä hintakilpailusta sekä lisääntyneestä lääkkeiden vaihtamisesta.

Pitempiaikaiset vaikutukset lääkkeiden hintatasoon, myynnin rakenteeseen ja eri valmisteiden markkinaosuuksiin saadaan selville vasta pitemmässä juoksussa, koska alkuvuoden myyntiä ja sisäänostoja apteekkeihin ovat leimanneet mm. vanhojen varastojen tyhjentämiset ja huhtikuun alun osalta uuteen järjestelmään sopeutuminen. Viitehintajärjestelmään siirtymisen rahallisia ja kilpailullisia vaikutuksia voidaan toden teolla arvioida vasta aikaisintaan muutaman neljänneksen kuluttua. Tämä työ ei kuitenkaan anna vielä luotettavaan kuvaa viitehintajärjestelmän taloudellisista vaikutuksista, koska seuranta-aika oli lyhyt. Kuitenkin tuloksista voidaan todeta suuntaa antavasti viitehintajärjestelmän vaikutuksia.

Mielestäni viitehintajärjestelmä oli turhan radikaali ratkaisu kasvavien lääkekustannusten hillintään. Ratkaisu olisi ollut kaikkien osallisten osalta paras mahdollinen, mikäli olisi löydetty lääkewaihdon sekä viitehintajärjestelmän välistä sopiva ratkaisumalli. Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan säästöt ovat hyvä asia, etenkin jos ne tulevat näkymään vakuutettujen sairaanhoitomaksujen alenemisella. Potilaiden pienentyneet maksuosuudet kannustavat ja luovat pohjaa lääkkeiden säännönmukaiselle käyttämiselle, sekä varmasti lisäävät hoitomyöntyvyyttä ja vähentävät hoitojen keskeyttämisä.

Apteekkien kannalta uudistus ei ole ollut kannustava. Reseptilääkkeiden myynti on iso osa apteekkien liiketoimintaa ja näiden osalta myynnin ja myyntikatteiden pienentyminen kulujen kasvaessa saattaa jopa tehdä jossain vaiheessa reseptilääkemyyntistä kannattamatonta. Apteekit ovatkin keskittäneet enimmäsmäärin voimavarojaan itsehoitupuolen myynteihin, kasvattamalla lähinnä lisämyyntiä. Henkilökunnan kouluttaminen myymiseen ja asiakkaalle lisäarvon tuomiseen on aikaa vievää, mutta maksaa itsensä takaisin pidemmällä aikavälillä. Itsehoitupuolen keskittyminen lisää apteekin kannattavuutta ja nostaa myyntiä. Kuitenkin nähtäväksi jää, miten itsehoitupuolen tulevaisuudessa käy, mikäli itsehoitolääkkeet vapautetaan päivittäistavaramyntiin, kuten Ruotsissa tapahtui. Tämä johtaisi siihen että apteekkitoimintaa täytyisi suuresti muuttaa, jotta Suomen kattava apteekkijärjestelmä säilyisi ja olisi myös kannattavaa liiketoimintaa.

Lääketeollisuuden kannalta rinnakkaislääketeollisuus juhlii kasvavaa myyntiä, samalla kun alkuperäislääkevalmistajat kamppailevat tulevaisuutensa kanssa. Fuusioita on tapahtunut ja tulevaisuudessa tulee myös tapahtumaan, alkuperäislääkevalmistajat lisäävät geneeristen valmisteiden

määrää tuoteportfoliossa ja pyrkivät tällä lailla saamaan kannattavaa toimintaa aikaiseksi. Kuitenkin suurin huolenaihe on mielestäni lääketeollisuuden lääkekehitys. Mikäli lääkekehitykseen ei saada riittäviä varoja aikaiseksi, lääkekehityksen tulevaisuus vaarantuu. Nähtäväksi jää, miten lääketeollisuus tulee selviämään viitehintajärjestelmän aikaansaamista haasteista.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin apteekkien myyntien ja myyntikatteiden vaikutuksia pitemmällä tähtäimellä sekä lääkeyritysten liikevaihtojen muutoksia ja sen vaikutuksia mm. alkuperäislääkevalmistajien lääketutkimuksien rahoitukseen.

Lähteet

Aalto-Setälä, V. & Saarinen, P. 2006. Kilpailun vaikutus lääkemarkkinoilla. Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisu 2004:06.

Aitlahti, T. 2008. Patentti- ja dokumentaatio suoja lääkehoidon kehityksen turvaajina. Teoksessa Saarinen, A. (toim.) & Tamminen, N. (toim.). Lääkkeet ja terveys. s. 51–55. Lääketietokeskus Oy. Helsinki

Alanko, E. 2008. Vaikuttava hoito on kustannustehokasta. Teoksessa Saarinen, A. (toim.) & Tamminen, N. (toim.). Lääkkeet ja terveys. s. 7. Lääketietokeskus Oy. Helsinki

Apteekin varastonhallinta-, apteekki- ja myyntitilasto - ohjelma. 2009. Reseptilääkkeiden kate, varastonarvo ja myyntitilastot.

Ekholm, V. 2009. Viitehintaa lisäsi neuvonnan tarvetta. Apteekkari, 5/09. s. 6-7.

Furu, K., Dalen, D., Locatelli, M. & Strom, S. 2008. Generic substitution. Memorandum, No 11/2008. University of Oslo, Department of Economics. Norway.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja lääkelain muuttamisesta HE 100/2208 vp.

Harjula, I. 2008. Ovatko yrittäjän työkalut apteekkarien käytössä? 25.4.2008. (esitysmateriaali) Suomen apteekkariliitto.

Harjula, I. 2009. Artikkel. Apteekkari, 1-2/09. s. 14 - 17.

Huttunen, J. 2006. Lääkehoidon ja lääkehuollon tulevaisuuden näkymät. Lääketeollisuus Ry. Oddball Graphics, Markprint. 2006.

Järvinen, P. 25.4.2008. Viitehinnastako ratkaisu kasvaviin lääkekustannuksiin? (esitysmateriaali) Kuopion lääkäripäivät 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Karjalainen, A., Koski-Pirilä, A., Närhi, U. & Wahlroos, H. 2007. Lääkepolitiikan kehityslinja. TABU 6/2007. s. 4-9.

Kela. Kansaneläkelaitos. 2008. Kelan tilastollinen vuosikirja 2007. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala. s. 148–149.

Kela. Kansaneläkelaitos. 2009a. Suuret lääkekulut ja lääkkeiden lisäkorvaus. Luettavissa: <http://www.kela.fi>. Luettu 23.3.2009.

Kela. Kansaneläkelaitos. 2009b. Kela tiedottaa: Viitehintajärjestelmä on tuonut merkittäviä säästöjä lääkekustannuksiin. Luettavissa: <http://www.kela.fi>. Luettu 18.6.2009.

Kela. Kansaneläkelaitos. 2009c. Kelan reseptirekisteri. Erikoistutkija, FaT Leena Saastamoinen. 17.8.2009.

Kela. Kansaneläkelaitos. 2009d. Lääkevaihto 2004 - 2009. Luettavissa: <http://www.kela.fi>. Luettu 27.4.2009.

Kivimäki, E. 2008. Lääkekorvausjärjestelmän kuvaus. Lääkkeet & Terveys 2008 - Internetkirja. Luettavissa: <http://www.laaketietokeskus.fi>. Luettu 26.1.2009.

Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 802/2008.

Läkelaitos. 28.1.2009. Keskenään vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden luettelo 1.4. - 30.6.2009. Luettavissa: <http://www.laakelaitos.fi>. Luettu 2.2.2009.

Lääketeollisuus. 2008. Lausuntopyyntö STM006:00/2008 Sosiaali- ja terveysministeriölle. 26.5.2008.

Läketietokeskus. 2005. Lääkkeiden tukkuhinnat laskeneet. 2005. Luettavissa: <http://www.laaketietokeskus.fi>. Luettu 25.1.2009.

Läketietokeskus. 2009. 10 myydyintä lääkevalmistetta 2008. Luettavissa: <http://www.laaketietokeskus.fi>. Luettu 5.8.2009.

Martikainen, J., Hallinen, T. & Soini, E. 2006. Lääkkeiden taloudellinen arviointi. Dosis 4/06 vol. 22. s. 289 - 300.

Martikainen, J. & Rajaniemi, S. 2002. Drug reimbursement systems in EU Member States, Iceland and Norway. Social security and health reports 54. The Social Insurance Institution. Finland.

Moilanen, J., Knape, N., Häkkinen, U., Hujanen, T. & Matveinen, P. 2008. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995-2005. Valopaino Oy. Helsinki. s. 19–22, 43–45, 79, 96–97, 102–105.

Niemelä, H. & Salminen, K. 2006. Suomalainen sosiaaliturva. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala. s. 36–38.

Palva, E. 2008. Lääkevaihdon tavoitteet ja niiden toteutuminen. TABU. 3/2008, s. 14 - 15.

PharmaPort Top Info 02/2009. Viitehintajärjestelmän käyttöönotto – Ensimmäiset kokemukset numeroiden valossa. Luettu 9.8.2009. Luettavissa. <http://www.pharmamarketing.fi>.

Rajaniemi, S. 24.1.2007. Viitehintatyöryhmän esittelyä. (esitysmateriaali) Lääkkeiden hintalautakunta, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rinta, S. 2008. Lääkkeiden jakelu – nykyinen tilanne. Teoksessa Saarinen, A. (toim.) & Tamminen, N. (toim.). Lääkkeet ja terveys. s. 68–72. Lääketietokeskus Oy. Helsinki

Saarenketo, P. 2009. Kilpailukykyä lääketieteellisuuteen. Dosis. vol. 25. 1/2009. s. 56 – 57.

Seppi, S. 2007. Lääkepatentti tulevaisuuden turvana. Lääketeollisuus Ry:n tiedotuslehti, Resepti 2007, s. 14 - 15.

SLD Pharma. 2009. Suomen Lääkedata Oy. Tilasto 2000–2009.

Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007:9. Suomen sosiaaliturvan pääpiirteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino. Helsinki. s. 9-10.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:11. Lääkepolitiikka 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. s. 17.

Sosiaali- ja terveysministeriön mietintö 24/2008 vp. Hallituksen esitys laeiksi sairausvakuutuslain ja lääkelain muuttamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:46. Lääkkeiden viitehintajärjestelmää selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 254/2007. Lääkkeiden viitehintajärjestelmä – suppea vai laaja malli? 5.9.2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 117/2008. Sosiaalipoliittinen ministeriryhmä päätti lääkkeiden viitehintajärjestelmästä. 6.5.2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 180/2008. Viitehintajärjestelmä hillitsemään lääkekorvausmenojen kasvua. 25.6.2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 112 / 2009. Viitehintajärjestelmä hillitsee lääkekorvausmenojen kasvua. 30.3.2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 225/2009. Lääkkeiden viitehinnoissa muutoksia heinäkuun alusta. 23.6.2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Suomen apteekkariliitto. Kostiainen, E. (toim.), Sandler, C. (toim.), Tiainen, O-P. (toim.). 06/2009. Suomen apteekkariliiton vuosikatsaus 2008. Miktor. Helsinki.

Suomen apteekkariliitto. 2009a. Apteekeissa siirryttiin sujuvasti viitehintaan. 24.4.2009. Luettavissa: www.apteekkariliitto.fi. Luettu: 6.7.2009.

Suomen apteekkariliitto. 2009b. Viitehintasäästöt rokottavat apteekkeja. 18.6.2009. Luettavissa: www.apteekkariliitto.fi. Luettu: 4.8.2009.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2007. Helsinki. Luettavissa: www.stakes.fi. Luettu: 25.3.2009.

Tilastokeskus. 2009. Bruttokansantuote (BKT) markkinahintaan 1975 - 2008. Luettavissa:
www.stat.fi. Luettu: 26.4.2009.

Liitteet

Liite 1. ATC1 luokittainen reseptilääkkeiden myynti apteekkeille 2000 - 2008 (SLD Pharma 2009).

	Apteekki EUR YEAR 2000 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2001 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2002 Resepti	±%	%
TOTAL	750 363 333	10,4	100,0	847 678 440	13,0	100,0	947 905 691	11,8	100,0
N Hermostoon vaikuttava lääkkeet	133 101 087	15,3	17,7	155 580 114	16,9	18,4	179 330 291	15,3	18,9
C Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet	188 708 018	12,2	25,1	218 331 987	15,7	25,8	245 696 675	12,5	25,9
L Syöpälääkkeet ja immunivasteen muuntajat	41 975 447	14,4	5,6	50 206 683	19,6	5,9	62 114 014	23,7	6,6
A Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet	64 774 697	9,7	8,6	71 419 902	10,3	8,4	80 826 653	13,2	8,5
R Hengityselinten sairauksien lääkkeet	80 860 663	9,2	10,8	86 108 150	6,5	10,2	92 975 783	8,0	9,8
G Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet, sukupuolihormonit	71 441 545	7,8	9,5	79 999 673	12,0	9,4	86 206 183	7,8	9,1
B Veritautien lääkkeet	24 501 334	4,6	3,3	28 507 776	16,4	3,4	30 963 706	8,6	3,3
M Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet	45 321 810	5,2	6,0	49 188 783	8,5	5,8	55 395 023	12,6	5,8
J Systemisesti vaikuttavat infektiolääkkeet	47 814 875	5,7	6,4	52 109 287	9,0	6,1	52 406 389	0,6	5,5
H Systemisesti käytettävät hormonivalmisteet, lukuun ottamatta sukupuolihormoneja ja insuliineja	19 193 198	6,0	2,6	20 952 768	9,2	2,5	22 159 006	5,8	2,3
S Silmä- ja korvatautien lääkkeet	13 349 386	5,8	1,8	14 760 937	10,6	1,7	16 435 611	11,3	1,7
D Ihotautilääkkeet	16 222 715	9,4	2,2	17 461 726	7,6	2,1	20 310 440	16,3	2,1
P Loisten ja hyönteisten häätöön tarkoitetut valmisteet	1 558 730	11,0	0,2	1 652 289	6,0	0,2	1 768 232	7,0	0,2
V Muut	1 539 828	12,6	0,2	1 398 365	-9,2	0,2	1 317 685	-5,8	0,1

	Apteekki EUR YEAR 2003 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2004 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2005 Resepti	±%	%
TOTAL	1 012 109 571	6,8	100,0	1 115 409 560	10,2	100,0	1 165 945 320	4,5	100,0
N Hermostoon vaikuttava lääkkeet	194 423 898	8,4	19,2	219 667 504	13,0	19,7	236 782 317	7,8	20,3
C Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet	247 943 361	0,9	24,5	249 941 436	0,8	22,4	245 112 946	-1,9	21,0
L Syöpälääkkeet ja immunivasteen muuntajat	77 857 401	25,3	7,7	99 870 700	28,3	9,0	119 765 314	19,9	10,3
A Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet	91 187 859	12,8	9,0	119 803 380	31,4	10,7	126 441 561	5,5	10,8
R Hengityselinten sairauksien lääkkeet	97 767 065	5,2	9,7	101 098 385	3,4	9,1	106 128 058	5,0	9,1
G Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet, sukupuolihormonit	89 046 880	3,3	8,8	96 824 590	8,7	8,7	101 055 816	4,4	8,7
B Veritautien lääkkeet	37 319 606	20,5	3,7	44 523 789	19,3	4,0	49 407 775	11,0	4,2
M Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet	60 950 823	10,0	6,0	69 259 473	13,6	6,2	62 305 585	-10,0	5,3
J Systemisesti vaikuttavat infektiolääkkeet	51 963 057	-0,8	5,1	47 304 290	-9,0	4,2	51 312 111	8,5	4,4
H Systemisesti käytettävät hormonivalmisteet, lukuun ottamatta sukupuolihormoneja ja insuliineja	23 304 094	5,2	2,3	24 995 379	7,3	2,2	25 986 121	4,0	2,2
S Silmä- ja korvatautien lääkkeet	17 889 627	8,8	1,8	19 164 324	7,1	1,7	20 488 370	6,9	1,8
D Ihotautilääkkeet	19 489 005	-4,0	1,9	19 966 394	2,4	1,8	18 072 165	-9,5	1,6
P Loisten ja hyönteisten häätöön tarkoitetut valmisteet	1 782 903	0,8	0,2	1 877 013	5,3	0,2	1 936 170	3,2	0,2
V Muut	1 183 992	-10,1	0,1	1 112 903	-6,0	0,1	1 151 011	3,4	0,1

	Apteekki EUR YEAR 2006 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2007 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2008 Resepti	±%	%
TOTAL	1 159 941 551	-0,5	100,0	1 209 108 828	4,2	100,0	1 294 134 765	7,0	100,0
N Hermostoon vaikuttava lääkkeet	244 386 152	3,2	21,1	268 103 195	9,7	22,2	287 117 117	7,1	22,2
C Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet	217 631 923	-11,2	18,8	211 161 077	-3,0	17,5	220 511 239	4,4	17,0
L Syöpälääkkeet ja immunivasteen muuntajat	136 030 523	13,6	11,7	151 351 993	11,3	12,5	174 925 867	15,6	13,5
A Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet	124 257 042	-1,7	10,7	131 871 997	6,1	10,9	147 049 376	11,5	11,4
R Hengityselinten sairauksien lääkkeet	108 107 728	1,9	9,3	111 503 272	3,1	9,2	117 189 038	5,1	9,1
G Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet, sukupuolihormonit	101 837 003	0,8	8,8	96 913 953	-4,8	8,0	99 678 056	2,9	7,7
B Veritautien lääkkeet	56 125 939	13,6	4,8	58 250 501	3,8	4,8	62 407 059	7,1	4,8
M Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet	58 802 409	-5,6	5,1	58 593 269	-0,4	4,8	58 526 468	-0,1	4,5
J Systemisesti vaikuttavat infektiolääkkeet	48 400 769	-5,7	4,2	54 699 380	13,0	4,5	56 816 764	3,9	4,4
H Systemisesti käytettävät hormonivalmisteet, lukuun ottamatta sukupuolihormoneja ja insuliineja	24 982 386	-3,9	2,2	25 310 711	1,3	2,1	26 557 307	4,9	2,1
S Silmä- ja korvatautien lääkkeet	20 972 799	2,4	1,8	22 171 898	5,7	1,8	22 777 928	2,7	1,8
D Ihotautilääkkeet	14 779 959	-18,2	1,3	14 586 500	-1,3	1,2	15 459 686	6,0	1,2
P Loisten ja hyönteisten häätöön tarkoitetut valmisteet	2 358 390	21,8	0,2	3 116 087	32,1	0,3	3 016 940	-3,2	0,2
V Muut	1 268 529	10,2	0,1	1 474 995	16,3	0,1	2 101 920	42,5	0,2

Liite 2. 32 suurimman markkinoijan reseptilääke myynnit apteekkeille ajalla 2000–2008 (SLD Pharma 2009).

	Apteekki EUR YEAR 2000 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2001 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2002 Resepti	±%	%
TOTAL	750 363 333	10,4	100,0	847 678 440	13,0	100,0	947 905 691	11,8	100,0
AstraZeneca	62 701 901	11,8	8,4	74 182 254	18,3	8,8	86 855 742	17,1	9,2
Orion Pharma	93 463 764	0,3	12,5	98 420 844	5,3	11,6	98 408 203	-0,0	10,4
Pfizer	73 910 924	20,3	9,9	92 461 276	25,1	10,9	111 244 494	20,3	11,7
GlaxoSmithKline	52 918 120	12,0	7,1	59 256 230	12,0	7,0	64 137 619	8,2	6,8
Sanofi-Aventis	37 466 893	16,4	5,0	42 727 326	14,0	5,0	48 707 275	14,0	5,1
Novartis Finland	43 136 411	10,1	5,7	47 263 852	9,6	5,6	54 548 255	15,4	5,8
MSD Finland	63 247 449	14,4	8,4	73 792 456	16,7	8,7	84 162 537	14,1	8,9
Leiras	40 867 644	8,0	5,4	44 337 357	8,5	5,2	46 182 952	4,2	4,9
Eli Lilly Finland	14 338 336	30,2	1,9	18 661 803	30,2	2,2	22 112 620	18,5	2,3
Novo Nordisk Pharma	8 025 517	14,1	1,1	9 731 205	21,3	1,1	11 530 605	18,5	1,2
Wyeth	18 013 857	18,9	2,4	17 343 133	-3,7	2,0	19 554 318	12,7	2,1
Ratiopharm	9 331 678	10,5	1,2	10 432 955	11,8	1,2	13 355 805	28,0	1,4
Bayer	27 011 815	5,6	3,6	28 216 352	4,5	3,3	29 679 924	5,2	3,1
Janssen-Cilak	18 907 304	5,5	2,5	20 321 603	7,5	2,4	22 926 114	12,8	2,4
Abbot	3 537 648	13,6	0,5	4 257 118	20,3	0,5	5 037 284	18,3	0,5
Boehringer Ingelheim	10 025 980	10,2	1,3	12 033 860	20,0	1,4	15 222 805	26,5	1,6
Schering-Plough	21 537 129	17,1	2,9	26 842 900	24,6	3,2	30 901 217	15,1	3,3
Lundbeck	18 315 064	11,9	2,4	19 984 515	9,1	2,4	20 751 431	3,8	2,2
Roche	19 445 059	-7,9	2,6	18 818 804	-3,2	2,2	20 336 007	8,1	2,1
Algol Pharma	14 321 347	26,0	1,9	17 422 125	21,7	2,1	19 658 121	12,8	2,1
Amgen	2 472 684	8,6	0,3	2 966 301	20,0	0,3	3 589 555	21,0	0,4
Merck	15 891 981	31,8	2,1	19 620 877	23,5	2,3	20 387 188	3,9	2,2
Paranova	2 261 050	-7,4	0,3	2 226 519	-1,5	0,3	3 526 207	58,4	0,4
Sandoz	8 893 313	16,2	1,2	10 377 047	16,7	1,2	15 269 107	47,1	1,6
Baxter	3 507 525	-5,9	0,5	4 156 572	18,5	0,5	4 265 357	2,6	0,4
UCB Pharma Finland	8 530 285	17,3	1,1	8 906 786	4,4	1,1	8 799 273	-1,2	0,9
Bristol-Myers Squibb	9 327 372	7,8	1,2	10 565 635	13,3	1,2	12 381 361	17,2	1,3
Meda	5 784 776	3,4	0,8	5 532 194	-4,4	0,7	5 825 916	5,3	0,6
Leo Pharma	3 194 543	7,8	0,4	3 684 408	15,3	0,4	4 072 523	10,5	0,4
Actavis	5 075 054	-6,7	0,7	4 946 643	-2,5	0,6	4 612 292	-6,8	0,5
Biogen Idec Finland	2 382 912	4,0	0,3	3 228 674	35,5	0,4	3 705 278	14,8	0,4
Mylan	2 033 006	11,4	0,3	2 257 617	11,0	0,3	2 484 684	10,1	0,3

	Apteekki EUR YEAR 2003 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2004 Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2005 Resepti	±%	%
TOTAL	1 012 109 571	6,8	100,0	1 115 409 560	10,2	100,0	1 165 945 320	4,5	100,0
AstraZeneca	91 661 480	5,5	9,1	103 564 939	13,0	9,3	112 255 776	8,4	9,6
Orion Pharma	93 875 094	-4,6	9,3	92 160 342	-1,8	8,3	92 274 228	0,1	7,9
Pfizer	121 674 788	9,4	12,0	130 095 764	6,9	11,7	126 232 488	-3,0	10,8
GlaxoSmithKline	66 723 860	4,0	6,6	70 954 843	6,3	6,4	79 019 622	11,4	6,8
Sanofi-Aventis	60 356 458	23,9	6,0	72 348 079	19,9	6,5	74 048 945	2,4	6,4
Novartis Finland	56 374 003	3,3	5,6	61 206 893	8,6	5,5	62 817 327	2,6	5,4
MSD Finland	74 574 647	-11,4	7,4	69 092 168	-7,4	6,2	61 273 721	-11,3	5,3
Leiras	44 054 719	-4,6	4,4	46 007 639	4,4	4,1	50 950 625	10,7	4,4
Eli Lilly Finland	27 225 226	23,1	2,7	33 200 619	21,9	3,0	39 019 046	17,5	3,3
Novo Nordisk Pharma	16 888 805	46,5	1,7	32 987 469	95,3	3,0	34 815 119	5,5	3,0
Wyeth	23 453 008	19,9	2,3	29 902 523	27,5	2,7	31 667 994	5,9	2,7
Ratiopharm	24 064 976	80,2	2,4	25 465 400	5,8	2,3	29 510 921	15,9	2,5
Bayer	29 620 781	-0,2	2,9	30 661 970	3,5	2,7	31 478 259	2,7	2,7
Janssen-Cilak	22 370 005	-2,4	2,2	26 378 857	17,9	2,4	29 698 313	12,6	2,5
Abbot	5 621 080	11,6	0,6	11 931 990	112,3	1,1	17 857 661	49,7	1,5
Boehringer Ingelheim	18 642 664	22,5	1,8	21 690 698	16,3	1,9	24 396 935	12,5	2,1
Schering-Plough	31 340 258	1,4	3,1	31 485 488	0,5	2,8	29 995 244	-4,7	2,6
Lundbeck	16 552 371	-20,2	1,6	18 725 556	13,1	1,7	18 962 809	1,3	1,6
Roche	22 700 994	11,6	2,2	22 095 276	-2,7	2,0	21 911 958	-0,8	1,9
Algol Pharma	21 542 028	9,6	2,1	24 384 654	13,2	2,2	25 705 484	5,4	2,2
Amgen	5 475 081	52,5	0,5	9 060 269	65,5	0,8	11 862 557	30,9	1,0
Merck	18 360 970	-9,9	1,8	18 323 675	-0,2	1,6	18 305 527	-0,1	1,6
Paranova	13 696 952	288,4	1,4	22 697 874	65,7	2,0	25 202 469	11,0	2,2
Sandoz	20 664 042	35,3	2,0	22 813 538	10,4	2,0	26 355 246	15,5	2,3
Baxter	4 667 264	9,4	0,5	5 397 560	15,6	0,5	6 325 261	17,2	0,5
UCB Pharma Finland	6 446 471	-26,7	0,6	5 872 763	-8,9	0,5	6 700 269	14,1	0,6
Bristol-Myers Squibb	12 867 173	3,9	1,3	10 709 856	-16,8	1,0	6 084 723	-43,2	0,5
Meda	5 382 954	-7,6	0,5	6 017 497	11,8	0,5	6 259 168	4,0	0,5
Leo Pharma	4 474 568	9,9	0,4	5 108 655	14,2	0,5	5 207 781	1,9	0,4
Actavis	6 972 936	51,2	0,7	6 775 174	-2,8	0,6	6 173 682	-8,9	0,5
Biogen Idec Finland	3 924 727	5,9	0,4	3 924 727	0,0	0,4	4 581 842	16,7	0,4
Mylan	3 186 941	28,3	0,3	1 964 818	-38,3	0,2	1 763 891	-10,2	0,2

	Apteekki EUR YEAR 2006□ Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2007□ Resepti	±%	%	Apteekki EUR YEAR 2008□ Resepti	±%	%
TOTAL	1 159 941 551	-0,5	100,0	1 209 108 828	4,2	100,0	1 294 134 765	7,0	100,0
AstraZeneca	114 043 859	1,6	9,8	118 834 019	4,2	9,8	125 700 555	5,8	9,7
Orion Pharma	90 153 847	-2,3	7,8	96 790 408	7,4	8,0	108 346 137	11,9	8,4
Pfizer	107 597 266	-14,8	9,3	97 473 767	-9,4	8,1	105 957 211	8,7	8,2
GlaxoSmithKline	80 119 773	1,4	6,9	84 156 248	5,0	7,0	86 383 238	2,6	6,7
Sanofi-Aventis	68 203 294	-7,9	5,9	72 212 431	5,9	6,0	75 185 875	4,1	5,8
Novartis Finland	63 775 335	1,5	5,5	66 444 162	4,2	5,5	72 439 143	9,0	5,6
MSD Finland	63 383 445	3,4	5,5	61 641 799	-2,7	5,1	64 893 478	5,3	5,0
Leiras	50 858 898	-0,2	4,4	52 318 973	2,9	4,3	53 565 311	2,4	4,1
Eli Lilly Finland	45 364 412	16,3	3,9	49 787 630	9,8	4,1	52 644 500	5,7	4,1
Novo Nordisk Pharma	37 641 694	8,1	3,2	40 664 517	8,0	3,4	45 440 471	11,7	3,5
Wyeth	34 696 181	9,6	3,0	38 068 847	9,7	3,1	43 593 139	14,5	3,4
Ratiopharm	29 392 810	-0,4	2,5	33 261 581	13,2	2,8	38 828 058	16,7	3,0
Bayer	32 767 247	4,1	2,8	34 101 104	4,1	2,8	37 004 376	8,5	2,9
Janssen-Cilak	31 950 147	7,6	2,8	34 574 644	8,2	2,9	32 009 113	-7,4	2,5
Abbot	21 922 879	22,8	1,9	24 645 236	12,4	2,0	31 369 213	27,3	2,4
Boehringer Ingelheim	26 257 479	7,6	2,3	28 665 175	9,2	2,4	30 865 630	7,7	2,4
Schering-Plough	27 597 272	-8,0	2,4	25 678 274	-7,0	2,1	27 291 146	6,3	2,1
Lundbeck	19 912 084	5,0	1,7	22 770 284	14,4	1,9	25 718 321	12,9	2,0
Roche	22 558 730	3,0	1,9	24 163 047	7,1	2,0	25 414 331	5,2	2,0
Algol Pharma	20 877 469	-18,8	1,8	22 231 227	6,5	1,8	23 080 764	3,8	1,8
Amgen	17 714 802	49,3	1,5	20 618 393	16,4	1,7	22 286 779	8,1	1,7
Merck	17 676 372	-3,4	1,5	17 797 115	0,7	1,5	18 341 572	3,1	1,4
Paranova	19 107 077	-24,2	1,6	15 547 384	-18,6	1,3	15 730 755	1,2	1,2
Sandoz	19 522 106	-25,9	1,7	15 391 273	-21,2	1,3	12 689 882	-17,6	1,0
Baxter	7 581 354	19,9	0,7	8 762 397	15,6	0,7	10 244 049	16,9	0,8
UCB Pharma Finland	8 060 880	20,3	0,7	9 329 505	15,7	0,8	10 131 050	8,6	0,8
Bristol-Myers Squibb	3 997 998	-34,3	0,3	5 532 558	38,4	0,5	7 126 800	28,8	0,6
Meda	6 468 446	3,3	0,6	6 792 245	5,0	0,6	6 595 203	-2,9	0,5
Leo Pharma	5 381 756	3,3	0,5	6 152 051	14,3	0,5	6 594 364	7,2	0,5
Actavis	5 754 192	-6,8	0,5	5 364 330	-6,8	0,4	6 058 013	12,9	0,5
Biogen Idec Finland	4 967 231	8,4	0,4	5 506 033	10,8	0,5	5 991 120	8,8	0,5
Mylan	2 204 598	25,0	0,2	5 477 685	148,5	0,5	5 927 526	8,2	0,5

Liite 3. ATC1 luokittainen reseptilääkkeiden myynti apteekkeille 2009 (SLD Pharma 2009).

	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 01/2009 Resepti	±%	%	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 02/2009 Resepti	±%	%	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 03/2009 Resepti	±%	%
TOTAL	97 528 209	-5,2	100,0	96 097 098	-1,7	100,0	107 982 954	5,1	100,0
N Hermostoon vaikuttava lääkkeet	21 791 721	-3,6	22,3	20 214 310	-6,5	21,0	22 520 987	0,7	20,9
C Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet	17 434 432	-4,6	17,9	16 143 585	-4,8	16,8	17 339 279	-2,6	16,1
L Syöpälääkkeet ja immunivasteen muuntajat	11 469 073	-5,3	11,8	12 630 925	5,8	13,1	15 775 971	16,1	14,6
A Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet	11 367 631	-4,7	11,7	11 096 128	-2,2	11,5	12 580 923	7,8	11,7
R Hengityselinten sairauksien lääkkeet	8 702 492	-3,3	8,9	8 568 817	-4,9	8,9	9 897 684	1,4	9,2
G Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet, sukupuolihormonit	7 827 156	-5,8	8,0	7 328 308	-5,3	7,6	8 220 024	6,0	7,6
B Veritautien lääkkeet	4 766 003	-4,9	4,9	4 902 939	3,0	5,1	6 093 123	20,5	5,6
M Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet	4 592 382	-8,9	4,7	5 957 438	30,9	6,2	4 892 353	7,9	4,5
J Systemisesti vaikuttavat infektiolääkkeet	4 188 093	-13,7	4,3	4 022 396	-13,5	4,2	4 764 773	5,4	4,4
H Systemisesti käytettävät hormonivalmisteet, lukuun ottamatta sukupuolihormoneja ja insuliineja	1 841 178	-8,5	1,9	1 841 439	2,3	1,9	2 222 161	2,5	2,1
S Silmä- ja korvatautien lääkkeet	1 774 033	-5,2	1,8	1 709 192	-5,1	1,8	1 956 934	6,9	1,8
D Ihotautilääkkeet	1 235 953	-11,5	1,3	1 169 495	-4,5	1,2	1 274 554	-0,3	1,2
P Loisten ja hyönteisten häätöön tarkoitetut valmisteet	188 800	27,2	0,2	223 839	60,0	0,2	200 288	25,5	0,2
V Muut	349 262	19,1	0,4	288 287	13,0	0,3	243 900	-1,2	0,2

	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 04/2009 Resepti	±%	%	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 05/2009 Resepti	±%	%
TOTAL	114 847 428	5,3	100,0	101 669 012	-5,0	100,0
N Hermostoon vaikuttava lääkkeet	23 561 347	-1,8	20,5	20 924 071	-9,0	20,6
C Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet	18 498 828	-0,9	16,1	16 088 769	-10,9	15,8
L Syöpälääkkeet ja immunivasteen muuntajat	15 348 906	8,9	13,4	14 521 372	2,7	14,3
A Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet	13 296 401	6,2	11,6	11 801 069	-0,8	11,6
R Hengityselinten sairauksien lääkkeet	11 694 081	7,8	10,2	9 946 091	-7,9	9,8
G Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet, sukupuolihormonit	8 921 513	6,3	7,8	7 765 157	-5,0	7,6
B Veritautien lääkkeet	6 086 330	25,0	5,3	6 361 950	21,4	6,3
M Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet	6 817 363	40,2	5,9	4 429 282	-13,9	4,4
J Systemisesti vaikuttavat infektiolääkkeet	4 542 396	-9,0	4,0	4 220 332	-12,5	4,2
H Systemisesti käytettävät hormonivalmisteet, lukuun ottamatta sukupuolihormoneja ja insuliineja	2 320 398	5,7	2,0	2 113 223	-2,7	2,1
S Silmä- ja korvatautien lääkkeet	2 038 226	5,8	1,8	1 910 095	-4,8	1,9
D Ihotautilääkkeet	1 278 729	-2,0	1,1	1 186 529	-6,8	1,2
P Loisten ja hyönteisten häätöön tarkoitetut valmisteet	230 475	13,3	0,2	204 702	21,1	0,2
V Muut	212 435	-1,1	0,2	196 370	7,2	0,2

	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 06/2009 Resepti	±%	%	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 07/2009 Resepti	±%	%
TOTAL	110 627 068	3,9	100,0	100 115 763	-2,4	100,0
N Hermostoon vaikuttava lääkkeet	23 176 899	-2,0	21,0	21 021 594	-10,0	21,0
C Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet	17 536 959	-5,0	15,9	16 600 462	-8,9	16,6
L Syöpälääkkeet ja immunivasteen muuntajat	17 068 679	15,8	15,4	15 444 024	5,8	15,4
A Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet	13 328 714	9,7	12,0	12 124 447	4,0	12,1
R Hengityselinten sairauksien lääkkeet	9 945 153	3,4	9,0	8 639 882	0,1	8,6
G Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet, sukupuolihormonit	8 400 314	3,9	7,6	7 694 725	0,9	7,7
B Veritautien lääkkeet	6 459 610	24,4	5,8	5 484 644	5,2	5,5
M Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet	4 256 555	4,7	3,8	3 893 716	8,5	3,9
J Systemisesti vaikuttavat infektiolääkkeet	4 523 788	-6,0	4,1	3 775 872	-15,9	3,8
H Systemisesti käytettävät hormonivalmisteet, lukuun ottamatta sukupuolihormoneja ja insuliineja	2 299 054	2,6	2,1	2 222 466	6,3	2,2
S Silmä- ja korvatautien lääkkeet	1 987 231	4,6	1,8	1 799 519	0,3	1,8
D Ihotautilääkkeet	1 203 277	0,5	1,1	1 012 842	0,2	1,0
P Loisten ja hyönteisten häätöön tarkoitetut valmisteet	220 374	39,5	0,2	207 465	69,8	0,2
V Muut	220 461	18,9	0,2	194 105	9,5	0,2

Liite 4. 30 suurimman markkinoijan reseptilääke myynnit apteekille 2009 (SLD Pharma 2009).

	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 01/2009□ Resepti	±%	%	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 02/2009□ Resepti	±%	%	APTEEKI T EUR KUUKAUSI 03/2009□ Resepti	±%	%
TOTAL	97 528 209	-5,2	100,0	96 097 098	-1,7	100,0	107 982 954	5,1	100,0
Orion Pharma	8 834 934	-0,6	9,1	8 419 313	-2,5	8,8	9 520 481	11,8	8,8
AstraZeneca	9 837 153	-0,8	10,1	9 343 605	-0,7	9,7	10 024 101	1,4	9,3
Pfizer	7 579 766	-3,5	7,8	7 136 628	-8,3	7,4	7 682 129	-5,5	7,1
Novartis Finland	5 511 975	-0,6	5,7	5 311 385	2,5	5,5	6 022 895	7,0	5,6
GlaxoSmithKline	6 615 310	-12,2	6,8	6 317 530	-0,0	6,6	6 846 427	1,8	6,3
Sanofi-Aventis	5 429 909	-7,7	5,6	5 492 606	-6,2	5,7	6 336 037	6,8	5,9
Leiras	4 023 730	-17,0	4,1	3 890 790	-15,5	4,0	4 200 169	-11,8	3,9
Novo Nordisk Farma	3 572 071	-1,0	3,7	3 534 032	1,4	3,7	4 038 199	9,0	3,7
Ratiopharm	3 194 447	4,2	3,3	3 209 122	8,9	3,3	3 475 036	18,1	3,2
MSD Finland	4 892 811	-4,5	5,0	4 549 824	-8,8	4,7	4 804 491	-6,8	4,4
Bayer	2 848 803	-0,9	2,9	2 732 751	-1,8	2,8	3 282 537	10,0	3,0
Abbot	1 840 955	4,9	1,9	2 261 517	17,4	2,4	3 031 724	27,5	2,8
Wyeth	1 943 597	-35,9	2,0	2 360 228	-13,6	2,5	3 392 873	-4,3	3,1
Eli Lilly Finland	4 115 830	-4,7	4,2	3 737 897	-8,2	3,9	4 012 133	-5,1	3,7
Boehringer Ingelheim	2 380 126	-1,1	2,4	2 267 364	-3,7	2,4	2 569 210	6,1	2,4
Roche	2 042 175	0,9	2,1	3 588 874	84,3	3,7	2 142 694	4,6	2,0
Lundbeck	1 950 567	3,8	2,0	1 910 450	3,4	2,0	2 262 279	14,4	2,1
Janssen-Cilag	2 360 894	-12,3	2,4	2 239 918	-11,1	2,3	2 440 071	-3,6	2,3
Amgen	1 782 726	-10,4	1,8	1 769 864	7,9	1,8	2 020 258	18,9	1,9
Schering-Plough	2 055 003	-8,4	2,1	2 005 061	-5,5	2,1	2 354 586	7,2	2,2
Algol Pharma	1 735 094	-5,3	1,8	1 661 269	-4,3	1,7	1 792 434	2,7	1,7
Merck	1 293 485	-9,0	1,3	1 281 864	-7,1	1,3	1 603 518	6,0	1,5
Sandoz	1 019 173	-9,4	1,0	923 078	-11,9	1,0	1 380 466	23,9	1,3
UCB Pharma Finland	831 944	16,6	0,9	776 883	1,4	0,8	886 639	4,8	0,8
Actavis	520 269	5,8	0,5	484 233	1,3	0,5	557 284	13,7	0,5
Paranova	895 504	-40,1	0,9	879 687	-32,7	0,9	966 440	-30,1	0,9
Bristol-Myers Squibb	589 817	9,5	0,6	636 628	25,9	0,7	651 060	24,9	0,6
Baxter	733 437	-4,7	0,8	707 205	-6,8	0,7	1 217 616	30,7	1,1
Meda	614 613	3,2	0,6	482 495	-9,8	0,5	616 299	4,4	0,6
Biogen Idec Finland	400 439	-2,2	0,4	376 836	-6,7	0,4	614 495	14,0	0,6

	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 04/2009 Resepti	±%	%	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 05/2009 Resepti	±%	%
TOTAL	114 847 428	5,3	100,0	101 669 012	-5,0	100,0
Orion Pharma	10 717 045	15,8	9,3	9 042 537	3,2	8,9
AstraZeneca	9 739 134	-6,4	8,5	8 893 985	-12,7	8,7
Pfizer	7 627 855	-11,6	6,6	6 754 062	-20,3	6,6
Novartis Finland	6 424 814	5,9	5,6	5 890 019	-0,2	5,8
GlaxoSmithKline	7 960 408	10,2	6,9	6 538 674	-11,6	6,4
Sanofi-Aventis	6 371 732	3,4	5,5	5 859 768	-2,6	5,8
Leiras	4 587 981	-3,0	4,0	4 108 293	-3,1	4,0
Novo Nordisk Farma	4 192 999	13,0	3,7	3 750 831	2,0	3,7
Ratiopharm	5 020 584	32,8	4,4	3 731 372	9,6	3,7
MSD Finland	4 726 973	-13,7	4,1	4 388 298	-19,0	4,3
Bayer	3 308 154	6,0	2,9	3 015 836	3,3	3,0
Abbot	3 099 209	27,8	2,7	2 904 712	23,4	2,9
Wyeth	3 416 118	0,5	3,0	3 810 776	0,5	3,7
Eli Lilly Finland	3 791 558	-14,8	3,3	3 130 259	-26,2	3,1
Boehringer Ingelheim	2 812 202	12,1	2,4	2 515 447	-2,1	2,5
Roche	2 780 775	31,1	2,4	2 065 958	0,8	2,0
Lundbeck	2 497 180	18,6	2,2	2 156 085	5,8	2,1
Janssen-Cilag	2 437 575	-10,9	2,1	2 293 854	-13,8	2,3
Amgen	1 961 719	10,9	1,7	2 029 054	6,6	2,0
Schering-Plough	2 947 146	11,0	2,6	2 629 670	0,0	2,6
Algol Pharma	1 757 030	-7,8	1,5	1 688 584	-8,1	1,7
Merck	1 401 796	-5,2	1,2	1 391 480	-7,4	1,4
Sandoz	1 218 984	12,7	1,1	1 062 489	0,2	1,0
UCB Pharma Finland	1 077 922	4,8	0,9	939 444	-11,1	0,9
Actavis	771 631	55,3	0,7	624 599	22,5	0,6
Paranova	880 582	-42,0	0,8	707 513	-45,5	0,7
Bristol-Myers Squibb	733 097	30,0	0,6	705 972	27,7	0,7
Baxter	1 251 442	15,8	1,1	990 135	-24,9	1,0
Meda	651 053	2,7	0,6	663 198	13,2	0,7
Biogen Idec Finland	561 591	24,3	0,5	501 363	-5,5	0,5

	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 06/2009 Resepti	±%	%	APTEEKIT EUR KUUKAUSI 07/2009 Resepti	±%	%
TOTAL	110 627 068	3,9	100,0	100 115 763	-2,4	100,0
Orion Pharma	9 856 886	13,4	8,9	9 427 646	14,1	9,4
AstraZeneca	9 649 720	-6,6	8,7	8 915 523	-11,1	8,9
Pfizer	7 489 248	-15,1	6,8	6 381 838	-26,9	6,4
Novartis Finland	6 561 652	9,1	5,9	6 368 618	7,0	6,4
GlaxoSmithKline	6 931 947	2,1	6,3	6 311 588	1,5	6,3
Sanofi-Aventis	6 424 748	4,0	5,8	5 777 277	-4,6	5,8
Leiras	4 472 125	3,6	4,0	3 992 919	-2,4	4,0
Novo Nordisk Farma	4 218 440	9,9	3,8	3 927 819	10,3	3,9
Ratiopharm	4 100 000	28,7	3,7	3 800 959	33,9	3,8
MSD Finland	4 426 843	-19,0	4,0	3 733 534	-29,0	3,7
Bayer	3 394 802	10,7	3,1	3 098 970	-1,4	3,1
Abbot	3 516 746	30,6	3,2	3 029 307	19,3	3,0
Wyeth	3 657 783	-0,5	3,3	2 810 189	-21,3	2,8
Eli Lilly Finland	3 581 025	-18,8	3,2	2 797 176	-35,3	2,8
Boehringer Ingelheim	2 785 654	10,9	2,5	2 676 494	3,7	2,7
Roche	2 351 464	14,2	2,1	2 428 500	15,9	2,4
Lundbeck	2 515 106	17,5	2,3	2 282 825	7,1	2,3
Janssen-Cilag	2 428 507	-8,5	2,2	2 278 808	-12,2	2,3
Amgen	2 160 611	14,3	2,0	2 113 062	11,1	2,1
Schering-Plough	2 277 480	5,9	2,1	1 985 127	1,4	2,0
Algol Pharma	1 920 403	2,2	1,7	1 611 456	-8,0	1,6
Merck	1 555 072	9,0	1,4	1 317 020	-13,2	1,3
Sandoz	1 132 565	7,9	1,0	1 004 296	7,6	1,0
UCB Pharma Finland	956 891	8,1	0,9	855 137	5,6	0,9
Actavis	653 014	39,4	0,6	813 967	83,1	0,8
Paranova	857 130	-38,6	0,8	800 899	-38,0	0,8
Bristol-Myers Squibb	767 398	24,2	0,7	712 643	27,7	0,7
Baxter	1 023 151	8,2	0,9	614 051	-14,1	0,6
Meda	667 881	15,8	0,6	555 032	-2,7	0,6
Biogen Idec Finland	618 564	19,3	0,6	525 779	8,2	0,5