

# Reumasairauksien sosiaaliset ja henkilökohtaiset kustannukset

Tutkiva katsaus  
Laadittu Nordic Rheuma Councilille (NRR)

Käännös, luku VIII: Tiivistelmä ja yhteenveto

Stefán Ólafsson

Social Research Institute  
University of Iceland  
Kesäkuu 2008

## Reumasairauksien sosiaaliset ja henkilökohtaiset kustannukset

### VIII. Tiivistelmä ja yhteenveto

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat voimakkaan kivun, fyysisen työkyvyttömyyden ja tilapäisten sairauspoissaolojen tavallisin syy kehittyneissä maissa. Niiden arvioidaan kuluttavan jopa 3 % bruttokansantuotteesta länsimaissa keskivertovuonna.

Nivelreuma ja reumasairaudet muodostavat suuren osan näistä sairauksista, ja ne muodostavat siksi merkittävän taakan sosiaali- ja terveydenhoitopalveluille. Vielä merkittävämpää on se, että ne kuormittavat ihmisiä henkilökohtaisella tasolla ja rajoittavat osallistumista työelämään ja yhteiskuntaan yleensä. Naiset kärsivät kaiken kaikkiaan merkittävästi miehiä enemmän reumasairauksista.

Näiden sairauksien sosiaaliset ja henkilökohtaiset kustannukset ovat yleensä enemmän välillisiä kuin välittömiä. Reumasairaudet eivät siis ole merkittäviä kuolleisuuden syinä, eivätkä ylivoimaisesti suurin osa reumapotilaista tarvitse pitkäaikaista ja kallista sairaalahoitoa. Suurimmalla osalla reumasairaista tarpeet liittyvät useimmiten lääkitykseen, kuntoutukseen, tukeen, hoitoihin ym. Rajoitukset työelämään osallistumisessa ja yhteiskunnassa toimimisessa muodostavat suuren taloudellisen rasitteen ja taakan potilaille itselleen.

Tutkimusten mukaan lähes neljännes eurooppalaisista kärsii jostain reuman muodosta tai muusta tuki- ja liikuntaelinvaiavasta. Ne muodostavat tavallisesti toiseksi yleisimmän vuotuisen työkyvyttömyyden syyn (uudet tapaukset) Euroopassa tällä hetkellä psykiatristen sairauksien ja mielenterveydellisten ongelmien jälkeen. Johtuen näiden sairauksien yleisyydestä, pitkäaikaisuudesta ja vaikutuksesta työkykyyn niillä on merkittävä vaikutus yksilöiden elämänlaatuun sekä terveyspalvelujen kustannuksiin.

Tämä raportti käsittelee reumasairauksien keskeisiä kysymyksiä: esiintyvyys, piirteet ja vaikutukset, painottaen erityisesti nivelrikkoa, nivelreumaa, selkäkipua, osteoporoosia ja fibromyalgiaa. Välittömät ja välilliset kustannukset määritellään. Pää tarkoituksena on selostaa, mitkä ovat välillisten kustannusten vaikutukset yhteiskunnalle ja asianomaisille yksilöille.

Keskitymme siis erityisesti potilaan itse maksamiin terveydenhoitokustannuksiin ja niiden erilaisiin mittareihin, alkaen lääkäri- ja erikoislääkärikäyntien kustannuksista lääkekustannuksiin, sekä muihin kustannuksiin liittyviin kysymyksiin. Tiedot ovat siis hyvin vaihtelevia ja peräisin julkaistusta materiaalista, virallisista tilastoista sekä tutkimustilastoista.

Kaiken kaikkiaan Pohjoismailla on hyvin korkeat terveydenhoitokustannukset, jotka ovat enimmäkseen julkisia. Suomessa yksityisten terveydenhoitokustannusten osuus on hieman suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että suomalaiset terveydenhoitopalvelujen käyttäjät maksaisivat yleensä korkeampia käyttäjämaksuja. Islanti ja Norja ovat maat, joissa potilaan itsensä maksamien kustannusten taso on korkein, kun se mitataan osuutena bruttokansantuotteesta, ja Ruotsissa se on matalin. Tällaiset kotitalouksien yksityiset kustannukset ovat kasvaneet eniten Islannissa, Norjassa ja Ruotsissa 1990-luvun alusta lähtien.

Suomessa, Ahvenanmaalla ja Färösaarilla tuki- ja liikuntaelinsairaiden sairaalahoitojen määrät ovat suurimmat, ja niiden perässä tulee Norja. Ruotsissa tällaisten sairaalahoitojen määrä on pienin.

Lääkkeiden käyttö tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon, määriteltynä päivittäisenä annoksena tuhatta asukasta kohti päivässä (DDD-annos), oli korkeimmalla tasolla Suomessa vuonna 2005. Islanti on toisella sijalla, kun taas Norjassa käyttö on vähäisintä. Ei-steroidien tulehduskipu- ja reumalääkkeiden käyttö on myös suurinta Suomessa (DDD-annoksina).

Näiden lääkkeiden käyttö on kuitenkin lisääntynyt suuresti Islannissa sitten vuoden 1995 ja vuonna 2004 Islanti saavutti Suomen tason. Lääkkeiden käyttö Tanskassa, Norjassa ja Ruotsissa on merkittävästi vähäisempää ja ne ovat keskenään samalla tasolla.

Lääkkeiden vähittäismyyntihinnat samoin kuin kokonaiskulutustasot ovat erittäin tärkeitä reumaa sairastaville. Pohjoismaisten terveydenhoitoraporttien antamien tietojen mukaan lääkkeiden kokonaishinta oli Pohjoismaista korkein Islannissa vuosina 2003-2004. Islannissa lääkkeisiin myös käytetään kaikkein eniten euroja asukasta kohti, vaikka lääkkeiden kokonaiskulutustaso ei ole korkein (joissain kategorioissa, kuten psykiatristen lääkkeiden ja masennuslääkkeiden osalta sen kulutustaso on korkein).

Tämä viittaa siihen, että Islannissa saatetaan käyttää kalliimpia lääkkeitä enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Uudempi Islannissa tehty vertailu näyttää osoittavan, että vähittäismyyntihinnan taso tietyillä paljon ostetuilla apteekkiläkkeillä on korkein Islannissa ja Tanskassa ja matalin Ruotsissa, joka ei peri arvonlisäveroa reseptiläkkeiltä. Käyttökustannukset TULES-läkkeistä, osuutena lääkkeiden kokonaiskustannuksesta, ovat korkeimmat Suomessa ja Islannissa, joiden jälkeen tulee Tanska.

Kaikissa Pohjoismaissa uusien biologisten lääkkeiden eli inhibiittorien käyttö on lisääntynyt huomattavasti viime vuosina. Nämä lääkkeet ovat kalliita sosiaaliturvajärjestelmille mutta tuottavat usein hyviä tuloksia. Islannissa, jossa lääkkeiden hintataso on korkeimpia, käyttäjät saavat nämä lääkkeet kuitenkin ilmaiseksi.

Reuman ja muiden reumasairauksien sekä muiden TULE-sairauksien vaikutukset ovat suurimmillaan työelämään ja muuhun yhteiskuntaan osallistumisen alueella. Tämä vaikuttaa talouteen ja merkitsee aktiviteetin ja tulotason laskua potilaiden keskuudessa. Tämä ilmenee selvimmin yli 50-vuotiaiden keskuudessa. 50-64-vuotiaiden osalta Islannissa työssä käyvien määrä on suurin (tai työssä käymättömien pienin) Pohjoismaissa ja jopa koko Euroopan maiden keskuudessa. Ruotsi on toisena, mutta Ruotsissakin työssä käymättömien osuus on kaksinkertainen Islantiin verrattuna. Suomessa työssä käymättömien osuus on ikäryhmässä Pohjoismaiden suurin, mikä kiinnostavaa kyllä on kuitenkin pienempi kuin EU-maissa keskimäärin vuonna 2005.

Työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä on myös pienin Islannissa 55-64-vuotiaiden osalta. Työkyvyttömiä osuus näissä ikäryhmissä on Pohjoismaiden suurin Suomessa, jonka jälkeen tulee Tanska. TULE-sairaudet ovat tärkeä työkyvyttömyyden syy useimmissa Euroopan maissa. Naisten osuus on suurempi, johtuen mm. reumasairauksien suuremmasta esiintyvyydestä naisilla.

Sairauspoissaoloja on vähiten Islannissa, ja toiseksi vähiten Tanskassa. Niiden määrä on suurin Ruotsissa ja Norjassa.

Raportissa käsitellään lopuksi eri terveydenhoitopalvelujen ja lääkitysten kustannuksia, jotka ovat erikoisen tärkeitä reumaa ja reumasairauksia sairastaville, kuten ilmenee erityisesti eri Pohjoismaiden reumajärjestöjen keräämästä materiaalista.

Tanskassa lääkäreiden ja erikoislääkäreiden palvelut ovat selvästi halvimpia, eikä siellä peritä lainkaan käyttäjämaksuja. Toisena näyttää olevan Ruotsi varsinkin, koska siellä vuotuisen lääkärisäkäyntien omakustannusraja on matala. Kun raja (93 euroa) on saavutettu, lääkärisäkäynnit ovat ilmaisia 12 kuukauden loppujakson ajan ensimmäisestä käynnistä lukien. Suomessa peritään täysi maksu ensimmäisestä kolmesta käynnistä. Islanti ja Norja näyttäisivät perivän suuremmat maksut lääkärisäkäynneistä, sekä itse maksujen että palvelujen korkeamman vuotuisen omakustannusrajan osalta. Molemmissa maissa maksut ovat kuitenkin pienempiä erityiskategorioiden tai -potilaiden osalta, ja Norja tarjoaa ilmaiset palvelut tietyissä tapauksissa.

Käyttäjämaksut ja korvausjärjestelmät eroavat eri maissa lääkekustannusten osalta. Islannissa käyttäjämaksut näyttävät monesti olevan suurempia kuin muissa Pohjoismaissa, ja Ruotsissa ja Tanskassa käyttäjämaksut näyttäisivät olevan pienimmät. Mutta potilaiden kannalta lopputulos riippuu kuitenkin usein siitä, miten lääkkeiden kulutus hoidetaan; esim. Norjassa ja Islannissa reseptilääkekustannuksille on rajoitukset. Norjassa vuotuisille kokonaiskustannuksille on kokonaisraja, kun taas Islannissa ei, mutta ne joilla on suuret lääke- ja palvelukustannukset, voivat hakea erityiskorvauksia jos perheen tulot ovat hyvin pienet ja kustannukset korkeat. Islannissa ei ole täysin ilmaisia mahdollisuuksia terveydenhoitopalveluiden käytölle, kuten lääkärisä, terveyskeskuksissa ja laboratoriossa käynneille, vain alennettuja maksuja. Kaikki Pohjoismaat Islantia lukuun ottamatta ovat määrittäneet rajan vuotuisille kokonaislääkekustannuksille. Islanti toisaalta antaa erityisetuja tietyistä sairauksista kärsiville potilaille sekä vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeellä oleville.

Käyttäjämaksut terveydenhoitopalveluista, joita reumapotilaat todennäköisesti käyttävät paljon, näyttäisivät olevan kalleimpia Islannissa, jonka jälkeen tulevat Norja ja Tanska.

Tämä on erityisen selvää kun on kysymys käynneistä fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien, sosiaaliohjaajien ja hammaslääkärien luona sekä röntgenklinikoilla. Islannissa yleislääkärissä käynnit ovat kuitenkin verrattain edullisia perusmaksun osalta, kun taas erikoislääkärissä käynnit ovat kalliimpia. Lähellä seuraavina tulevat Ruotsi ja Norja. Tanskassa erityistä ovat ilmaiset käynnit sekä yleis- että erikoislääkärille, mutta ilmaisia eivät ole käynnit muihin palveluihin, joita reumapotilaat käyttävät paljon.

Tulokset vaihtelevat eri maiden osalta riippuen siitä, mitä terveydenhoitopalvelujen puolia ja erityiskustannuksia tutkitaan. Kokonaisuudessaan käyttökustannusympäristö näyttäisi olevan kallein Islannissa ja Norjassa ja halvin Ruotsissa.

Reumasairauksien kustannukset vaihtelevat myös riippuen siitä tarkastellaanko välittömiä kustannuksia (terveydenhoitopalvelujen kustannuksia) vai välillisiä kustannuksia (etupäässä potilaiden työssäkäyntiin liittyviä ja itse maksamia kustannuksia). TULE-sairaiden välittömät kustannukset sairaalapalveluista näyttäisivät olevan korkeimmat Suomessa ja matalimmat Ruotsissa, Tanskassa ja Islannissa. Lääkekustannukset ovat kuitenkin korkeimmat Islannissa ja Suomessa. Islannissa yhdistyvät reseptilääkkeiden korkea hintataso ja muita maita suurempi kalliimpien lääkkeiden käyttö.

Välillisten kulujen osalta Islannissa yhteiskunnan välilliset kustannukset reumasairauksista näyttävät olevan selvästi alhaisimmat johtuen 50-64-vuotiaiden (eli ikäryhmän jossa reumapotilaat ovat voimakkaasti edustettuina) aktiivisemmasta osallistumisesta työelämään. Islannissa reumapotilaat näyttävät olevan ansiotyössä useammin kuin muissa Pohjoismaissa. Seuraavina tulevat Norja, Ruotsi ja Tanska, joskin niissä työelämään osallistuminen on selvästi vähäisempää tässä ikäryhmässä ja varhaiseläkkeelle jääminen yleisempää. Reumasairaudet ovat tärkeä työkyvyttömyyden ja varhaiseläkkeelle jäämisen syy. Reumasairauksien välilliset kustannukset, jotka lankeavat potilaiden itsensä maksettaviksi (käyttäjämaksut) tuntuvat Islannissa olevan suuremmat kuin muissa maissa kuten edeltä ilmenee.

Näin terveydenhoitopalvelujen tyyppi ja kustannustyyppit (sosiaaliset tai henkilökohtaiset) ratkaisevat pitkälti Pohjoismaiden välisen vertailujen tulokset.

Kattava ja lopullinen yhteenveto reumaattisten sairauksien sosiaalisista ja henkilökohtaisista kustannuksista edellyttäisi varsin monenlaisten tekijöiden tarkastelua; useampien kuin mitä tällä hetkellä on käytettävissä. Olemme kuitenkin selvittäneet asiaan liittyviä seikkoja ja tarjonneet eräitä indikaattoreita maiden väliselle systemaattiselle vaihtelulle.

Social Research Institute 2008