



Lääkehoidon kokonaiskustannukset ja apteekkitalous

Esiselvitys

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:1

Lääkehoidon kokonaiskustannukset ja apteekkitalous

Esiselvitys

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN PDF: 978-952-00-4132-8

Helsinki 2020

Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö	27.1.2020	
Tekijät	Suvi Mäklin, Marja-Lisa Laukkonen, Katri Aaltonen, Pekka Heino, Hanna Koskinen, Leena Saastamoinen, Antti Hyvärinen, Leena Reinikainen		
Julkaisun nimi	Lääkehoidon kokonaiskustannukset ja apteekkitalous Esiselvitys		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:1		
ISBN PDF	978-952-00-4132-8	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4132-8		
Sivumäärä	98	Kieli	suomi
Asiasanat	apteekit, apteekkivero, kannattavuus, kustannukset, lääkehoito, lääkehuolto, lääkekorvaukset, lääketaksa, lääkkeet, sairausvakuutus		
Tiivistelmä	<p>Lääkkeiden kokonaisymyynti Suomessa vuonna 2018 oli 3,3 miljardia euroa. 2,2 miljardia euroa syntyi avohoidon resepti- ja itsehoitolääkkeiden myynnistä. Maksajina ovat yhteiskunta ja lääkkeiden käyttäjät itse. Apteekkien rooli avohoidon lääkejakelussa on keskeinen, ja julkisen talouden säästöpainet ovat osaltaan lisänneet tarvetta tarkastella apteekkien taloutta ja järjestelmää kokonaisuutena. Apteekkitoiminta on Suomessa pääsääntöisesti kannattavaa, vaikka apteekit ovatkin keskenään hyvin erilaisia.</p> <p>Tämä raportti on esiselvitys, jossa kootaan yhteen tietoa lääkehoidon kustannuksista ja kuvataan apteekkitalouden nykytilaa. Lisäksi selvityksessä simuloidaan Ruotsin, Norjan ja Tanskan lääketaksajärjestelmien vaikutuksia Suomen lääkekustannuksiin. Simuloinnit ovat staattisia ja niiden tarkoitus on havainnollistaa eri taksamallien vaikutuksia lääkemenoihin niin yhteiskunnan kuin lääkkeiden käyttäjien näkökulmasta. Tulosten mukaan vertailumaiden taksamallit vaikuttavat edullisemmilta tavoilta järjestää lääkejakelu kuin Suomen nykyinen taksa. Lääkkeiden käyttäjistä valtaosalla kustannukset säilyisivät ennallaan tai pienenisivät, mikäli käytössä olisi nykyisen taksan sijaan jokin simuloituista taksamalleista.</p> <p>Lääketaksalla määrätään apteekkeille maksettava korvaus avohoidon lääkejakelusta. Jatkossa tulisi selvittää, voisiko tämä korvaus perustua muihin tekijöihin kuin lääkkeen tukkumyynnihintaan ja toisaalta, mitkä olisivat vaihtoehtoisten taksamallien kannustinvaiikutukset. Mahdolliseen apteekkitalouden ja -järjestelmän uudistukseen ryhdyttäessä tulisi huomioida järjestelmä kokonaisuutena, mukaan lukien apteekkien velvoitteet, verotus ja muu sääntely.</p>		
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet	27.1.2020	
Författare	Suvi Mäklin, Marja-Lisa Laukkonen, Katri Aaltonen, Pekka Heino, Hanna Koskinen, Leena Saastamoinen, Antti Hyvärinen, Leena Reinikainen		
Publikationens titel	Apoteksekonomi och de totala kostnaderna för läkemedelsbehandling Förstudie		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2020:1		
ISBN PDF	978-952-00-4132-8	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4132-8		
Sidantal	98	Språk	finska
Nyckelord	apotek, apoteksskatt, lönsamhet, kostnader, läkemedelsbehandling, läkemedelsförsörjning, läkemedelsersättningar, läkemedelstaxa, läkemedel, sjukförsäkring		
Referat	<p>I Finland omfattade den totala försäljningen av läkemedel 3,3 miljarder euro år 2018. Av detta kom 2,2 miljarder euro från försäljningen av recept- och egenvårdsläkemedel inom öppenvården. Läkemedelsköpare är både samhället och de som använder läkemedlen. Apotekens roll i öppenvårdens läkemedelsdistribution är central, och trycket på att spara pengar inom den offentliga sektorn har bidragit till det ökade behovet att granska apotekens ekonomi och system som en helhet. Apoteksverksamheten i Finland är i huvudsak lönsam, trots att det finns stora skillnader mellan apoteken.</p> <p>Rapporten är en förstudie som innehåller samlad information om kostnaderna för läkemedelsbehandling och en beskrivning av nuläget inom apoteksekonomi. Studien innehåller också simuleringar av de effekter som systemen för läkemedelstaxorna har på läkemedelskostnaderna i Finland. Simuleringarna är statiska och syftar till att åskådliggöra de olika systemens effekter på läkemedelsutgifterna ur både samhällets och läkemedelsanvändarnas perspektiv. Resultaten visar att jämförelseländarnas system för taxor skulle vara förmånligare än det system som Finland för närvarande använder vid ordnandet av läkemedelsdistributionen. Om något av de simulerade systemen för taxor skulle användas i stället för de nuvarande taxorna, skulle det för de flesta läkemedelsanvändare betyda antingen oförändrade eller minskade kostnader.</p> <p>Läkemedelstaxan används för att bestämma den ersättning som betalas till apoteken för läkemedelsdistributionen inom öppenvården. I framtiden behövs det ytterligare utredningar om huruvida ersättningen skulle kunna beräknas utifrån andra faktorer än läkemedlets partiförsäljningspris och vilka effekter de alternativa systemen för taxor skulle ha. Vid en eventuell reform av apoteksekonomi och apotekssystemet bör man beakta systemet som en helhet och även inkludera de förpliktelser, den beskattning och övriga bestämmelser som gäller för apoteken.</p>		
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: vnjulkaisumyynti.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health		27 January 2020
Authors	Suvi Mäklin, Marja-Lisa Laukkonen, Katri Aaltonen, Pekka Heino, Hanna Koskinen, Leena Saastamoinen, Antti Hyvärinen, Leena Reinikainen		
Title of publication	Pharmaceutical economy and the total cost of pharmacotherapy Preliminary report		
Series and publication number	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2020:1		
ISBN PDF	978-952-00-4132-8	ISSN PDF	2242-0037
Website address URN	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4132-8		
Pages	98	Language	Finnish
Keywords	pharmacies, pharmacy tax, profitability, costs, pharmacotherapy, pharmaceutical service, reimbursement for medicines, medicine tariff, medicines, health insurance		
Abstract	<p>In 2018, the total sales of medicines in Finland was EUR 3.3 billion. EUR 2.2 billion arose from the sale of prescription and self-care medicines for outpatient care. The costs are paid by society and the users of medicines. Pharmacies play a key role in the distribution of medicines for outpatient care, and the pressure to make savings in public finances has increased the need to re-examine the pharmaceutical economy and the whole pharmacy system. Pharmacy operations are mainly profitable in Finland, but individual pharmacy enterprises vary greatly.</p> <p>This is a preliminary report that brings together information on the costs of pharmacotherapy and describes the current situation of the pharmaceutical economy. In addition, the report simulates the effects of the Swedish, Norwegian and Danish medicine tariff models on the pharmaceutical costs in Finland. The simulations are static and their purpose is to illustrate the impact of different tariff models on pharmaceutical expenditure from the point of view of both society and users of medicines. According to the results, the tariff models of the reference countries appear to be cheaper ways to organise the distribution of medicines than the current Finnish tariff model. The costs would remain unchanged or decrease for the majority of medicine users if one of the simulated tariff models was used instead of the current one.</p> <p>The medicine tariff determines the compensation to be paid to pharmacies for the distribution of outpatient medicines. It should be further examined whether this compensation could be based on factors other than the wholesale price of the medicinal product and, in addition, what kind of incentive effects the alternative tariff models would have. If a reform of the pharmaceutical economy and system would be initiated, the system should be taken into account as a whole, including the obligations, taxation and other regulation of pharmacies.</p>		
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Publication sales/ Distributed by	Online version: julkaisut.valtionneuvosto.fi Publication sales: vnjulkaisumyynti.fi		

Sisältö

Käsitteet.....	9
Aineistot	11
1 Johdanto.....	12
2 Lääkehuollon rahavirrat.....	14
3 Apteekkitoiminnan tarkoitus ja sääntely.....	17
3.1 Apteekkitoiminnan tarkoitus	17
3.2 Apteekkien sääntely	19
3.3 Apteekkipalvelujen saatavuus ja saavutettavuus.....	19
3.3.1 Apteekkien lukumäärä.....	19
3.3.2 Apteekkien saavutettavuus.....	20
3.3.3 Aukioloajat.....	21
3.3.4 Apteekkipalveluiden saatavuus väestön kokemana	22
4 Lääkkeen hinta.....	23
4.1 Lääkkeen vähittäismyyntihinnan muodostuminen.....	23
4.1.1 Lääketaksa	23
4.1.2 Apteekkivero.....	26
4.1.3 Arvonlisävero.....	26
4.2 Hinta lääkkeen käyttäjän näkökulmasta	27
4.2.1 Lääkekorvausjärjestelmä ja omavastuu	27
4.3 Hintakilpailu.....	29
4.3.1 Tukkuhinnoittelu	29
4.3.2 Alennukset.....	29
4.3.3 Sairaalalääkkeiden kilpailutukset.....	30
4.3.4 Lääkevaihto ja viitehintajärjestelmä.....	31
4.3.5 Lääkkeen määräämiskäytäntöjen vaikutus kustannuksiin.....	32

5	Lääkemenojen kehitys vuosina 2010–2018.....	33
5.1	Lääkemenot kokonaisuutena	33
5.2	Avohoidon lääkemenoit lääkeryhmittäin.....	35
6	Apteekkitalous	38
6.1	Aineistokuvaus	38
6.1.1	Aineiston rajaukset	38
6.2	Apteekkitalouden nykytila.....	40
6.2.1	Liikevaihto.....	40
6.2.2	Verotus	42
6.2.3	Kannattavuus.....	44
6.2.3.1	Myyntikateprosentit ja liikevoittoprosentit.....	44
6.2.3.2	Apteekkien alueellinen tarkastelu.....	47
6.2.3.3	Apteekkien tiloissa toimivat erillisyyhtiöt	49
6.2.3.4	Apteekkien markkinointiyhtiöt.....	53
6.3	Apteekkitalous sivuapteekin ja apteekin palvelupisteen näkökulmista.....	53
6.4	Yliopistojen apteekit	54
7	Lääkkeiden hinnoittelu ja apteekkisääntely Pohjoismaissa	56
7.1	Ruotsi	58
7.2	Norja.....	59
7.3	Tanska	60
8	Suomen, Ruotsin, Norjan ja Tanskan taksajärjestelmien simulointi	62
8.1	Simuloinnin tavoitteet ja tehdyt oletukset	62
8.1.1	Tavoitteet.....	62
8.1.2	Simuloitavat taksajärjestelmät	63
8.2	Aineistot ja menetelmät	65
8.2.1	Vähittäismyyntihinnat ja apteekin kate	65
8.2.2	Lääkekorvaukset ja lääkkeiden käyttäjien maksuosuudet	67
8.2.3	Verokertymä	68

8.3	Simulointitulokset	68
8.3.1	Vaikutukset reseptilääkkeiden vähittäismyyntiin ja apteekkien katteeseen	68
8.3.2	Vaikutukset lääkekorvausmenoihin ja lääkkeiden käyttäjien maksuosuuksiin	69
8.3.3	Vaikutukset sijainniltaan erityyppisiin apteekkeihin	75
8.3.4	Vaikutukset kokonaisverokertymään	77
9	Apteekkitoiminnan kehittämisen mallit ja selvitystä vaativat kokonaisuudet.....	78
9.1	Jatkoselvitystarpeet ja tietokatveet.....	78
9.1.1	Apteekkien omistajuus ja yhtiömuoto	80
9.1.2	Sijainti- ja määräsääntely	81
9.1.3	Apteekkien liiketoiminta ja niiden tiloissa harjoitettava erillisyyhtiötoiminta.....	82
9.1.4	Apteekkien hintasääntely ja verotus	83
9.1.5	Yliopistojen apteekit.....	84
9.1.6	Uudenlainen sosiaali- ja terveystalouden järjestäjä sote-uudistuksen toteutuessa.....	85
10	Yhteenveto ja johtopäätökset.....	86
	Liitteet	89
	Liite 1. Apteekkiveron määräytyminen, kun apteekilla on sivuapteekki.....	89
	Liite 2. Pakkausten hintajakaumat	90
	Liite 3. Indikaattorit.....	92
	Lähteet.....	94

Käsitteet

Hila

Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) toimii sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä. Lääkkeiden hintalautakunta vahvistaa sairausvakuutuslain perusteella korvattavien lääkevalmisteiden, kliinisten ravintovalmisteiden ja perusvoiteiden korvattavuudet ja tukkuhinnat.

Lääkkeen hintasäätely

Lääkkeiden hintojen säätely käsittää sairausvakuutuslain mukaisen tukkuhinnan kohtuullisuuden arvioinnin sekä lääketaksa-asetuksen mukaan määräytyvän vähittäismyyntihinnan.

Lääketaksa

Lääkelain 58 §:n mukaan lääkkeen vähittäismyyntihintana on käytettävä valtioneuvoston asetuksella säädettyä lääketaksan mukaista hintaa. Lääketaksan mukainen hinta perustuu lääkevalmisteen myyntiluvan haltijan ilmoittamaan tukkuhintaan, tukkuhinnan perusteella laskettavaan myyntikatteeseen ja arvonlisäveroon. Tukkuhinta on kaikille apteekkeille sama eivätkä lääkkeiden ostoalennukset ole apteekkeille sallittuja.

Lääketaksa on regressiivinen, eli apteekin myyntikate suhteellisesti pienenee lääkkeen tukkuhinnan noustessa. Reseptilääkkeiden ja itsehoitolääkkeiden hinnoitteluun on omat lääketaksataulukot.

Lääketurvallisuus

Käsittää pääasiassa lääkkeeseen valmisteena liittyvän turvallisuuden: lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemisen ja arvioimisen, lääkkeen laadukkaan valmistusprosessin, sekä valmisteen pakkausmerkinnät ja valmisteeseen liittyvän informaation. Lääkkeen tehoa ja turvallisuutta arvioidaan myyntilupamenettelyn avulla. Haittavaikutusten selvittäminen jatkuu myös myyntiluvan myöntämisen jälkeen (ns. jälkivalvonta eli lääketurvatoiminta).

Lääkevaihto

Lääkevaihdoissa apteekki vaihtaa lääkkeen määrääjän määräämän lääkevalmisteen hinnaltaan edullisempaan, samaa lääkeainetta sisältävään valmisteeseen. Lääkevaihtoa ei kuitenkaan saa tehdä, jos lääkkeen määrääjä on kieltänyt vaihdon lääketieteellisellä tai hoidollisella perusteella tekemällä kiellostä merkinnän lääkemääräykseen tai jos lääkkeen ostaja kieltää vaihdon. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea vahvistaa luettelon keskenään vaihtokelpoisista lääkevalmisteista.

Lääkitysturvallisuus

Lääkkeiden käyttöön liittyvä turvallisuus, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi.

Rinnakkaisvalmiste

Rinnakkaisvalmiste on rinnakkainen lääkevalmiste ensimmäisenä käyttöön tulleen valmisteelle, ns. alkuperäisvalmisteelle.

Rinnakkaistuontivalmiste

Alkuperäisvalmiste, jonka rinnakkaismaahantuoja tuo maahan ilman alkuperäisvalmistajan lisenssiä.

Rinnakkaisjakeluvalmiste

Lääkevalmiste, jonka rinnakkaistuontia ja/tai -jakelua harjoittava yritys tuo maahan ja, jolla on sama myyntilupa kuin alkuperäisjakelijan valmisteella (Euroopan unionin keskitetty myyntilupa).

Viitehintaryhmä

Lääkevalmisteiden viitehintaryhmä muodostetaan korvattavista, keskenään vaihtokelpoisista, myyntiluvallisista lääkevalmisteista edellyttäen, että muodostettavaan viitehintaryhmään sisältyy vähintään yksi kaupan oleva korvattava rinnakkaisvalmiste, rinnakkaistuontivalmiste tai rinnakkaisjakeluvalmiste

Aineistot

Apteekkien taloustietokysely

Fimea seuraa apteekkien taloudellisen tilanteen kehittymistä laatimalla vuosittain apteekkien tilinpäätösanalyysin, joka pohjautuu apteekkarien lähettämiin taloustietoihin. Taloustiedot kerätään apteekeilta ja apteekkien yhteydessä toimivilta yhtiöiltä sähköisesti. Fimean tietojensaantioikeus perustuu lääkelakiin (395/1987).

IQVIA:n tukkumyynnitilasto

IQVIA:n tukkumyynntiaineisto sisältää pakkaustasolla tiedot lääkkeiden apteekki- ja sairaalajakelun myynneistä, tukkumyynnihinnoin. Tiedot kerätään lääketukuista (Tamro, Oriola, Magnum ja Redcross).

Kelan reseptitiedosto

Kelan reseptitiedosto sisältää tiedot apteekeissa korvatuista lääkeostoista. Reseptitiedosto sisältää lääkemääräyksessä olevat tiedot potilaasta, lääkkeestä ja lääkäristä sekä tiedot lääkkeen myyneestä apteekista, lääkkeen kustannuksista ja korvauksista.

Lääkebarometri

Lääkebarometri on väestölle suunnattu kyselytutkimus, jonka avulla selvitetään suomalaisten näkemyksiä lääkkeistä. Joka toinen vuosi toteutettavan väestökyselyn sisältö koostuu vaihtuvista lääkehoidon ajankohtaisia teemoja käsittelevistä moduuleista. Lääkebarometrin toteutuksesta ja kyselyn perustulosten raportoinnista vasta Fimea.

Sairausvakuutuskorvausten tilastointitiedosto

Kelan sairausvakuutuskorvausten tilastointitiedosto sisältää tiedot kaikista vuoden aikana maksetuista sairausvakuutuskorvauksista. Lääkkeistä tiedostossa on korvausten euromäärien lisäksi lääkekustannusten euromäärät ennen korvauksen vähentämistä sekä ostokertojen ja reseptien lukumäärät.

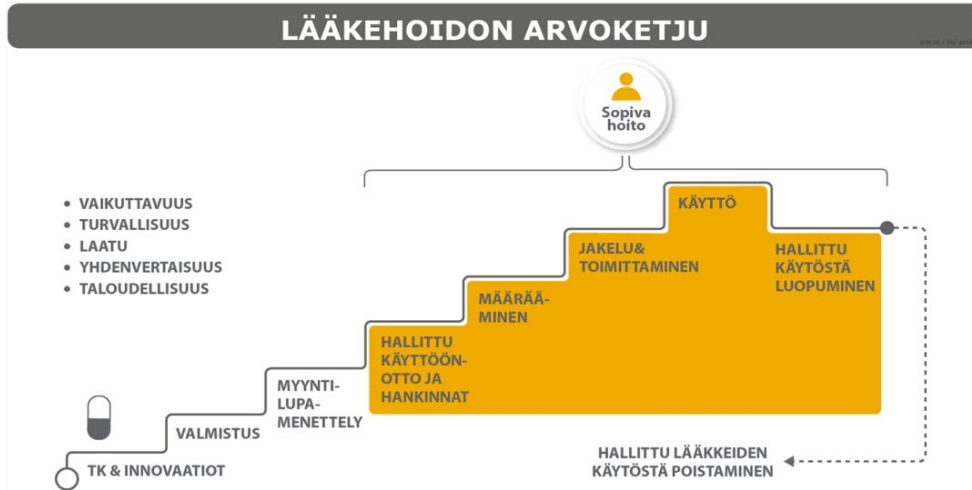
1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi keväällä 2019 raportin *Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista (2019:5)*. Muistiossa tunnistettiin useita kehittämistarpeita ja jatkoselvitystä vaativia kokonaisuuksia, sekä laadittiin tiekartta lääkehuollon kokonaisuuden uudistamiseksi. Pääministeri Marinin hallitusohjelman mukaan lääkehuollon kokonaisuutta uudistetaan kyseisen raportin suuntaviivojen mukaisesti (Valtioneuvosto 2019). Hallitusohjelmassa nostetaan esiin myös tarve apteekkitoimialaan liittyvästä selvityksestä. Tämä raportti on luonteeltaan esiselvitys, jonka tarkoitus on käynnistää hallitusohjelmassa mainittu laajempi selvitystyö.

Raportin alussa kuvaamme lääkkeiden kokonaismenoja Suomessa ja niiden jakeluun liittyviä rahavirtoja. Tunnistamme lääketukkujen ja sairaala-apteekkien roolin osana lääkejake-
luun kokonaisuutta, mutta keskitymme erityisesti lääkkeiden apteekkijake-
luun. Lisäksi tarkastelemme lääkekustannusten kehitystä vuosina 2010-2018.¹

Apteekkiala on osa lääkehoidon arvoketjua (kuva 1) ja muun lääkehuollon ketjun tavoin tarkoin säädeltyä ja valvottua toimintaa. Sääntely kohdistuu niin apteekkien sijaintiin, määrään kuin omistusmuotoon. Apteekkien talouden näkökulmasta olennaisia asioita ovat apteekin saaman katteen sääntely lääketaksa-asetuksella ja verotuksen toimialakohtaiset erityispiirteet. Lääkemyyntiä verotetaan liikevaihdon mukaan progressiivisesti kasvavalla apteekkiverolla ja apteekkien liikevoittoa ansiotulopainotteisella henkilöverolla. Lisäksi lääkkeillä on alennettu 10 prosentin arvonlisäverokanta. Apteekkien taloutta tarkastelemme Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (jäljempänä Fimea) toteuttaman apteekkien taloustietokyselyn avulla.

¹ Kaikki raportissa esitetyt lääkemenot kuvaavat luvut on esitetty kultakin tarkasteluvuodelta käyvin hinnoin.



Kuva 1. Lääkehoidon arvoketju lääketutkimuksesta käyttöön ja käytöstä luopumiseen. Mukailten WHO 2017. Lähde: STM 2019

Suomen nykyinen lääkkeiden vähittäismyyntihinnan määrittävä lääketaksajärjestelmä eroaa muiden Pohjoismaiden² taksajärjestelmistä. Kaikissa maissa lääkkeiden jakelua, hinnoittelua ja apteekkiloutta säännellään monin tavoin, mutta sääntelyn taso ja painotukset vaihtelevat. Tarkastelemme näitä eroja simuloimalla Ruotsin, Norjan ja Tanskan järjestelmiä suhteessa Suomen lääkkeiden kokonaiskustannuksiin ja apteekkien talouteen.

Tarkastelemme simulointien tuloksia lääkkeen käyttäjien, yhteiskunnan ja apteekkien talouden näkökulmista. Pyrimme tarkentamaan, mitkä asiat tulisi huomioida mahdolliseen apteekkilouden ja -järjestelmän uudistukseen ryhdyttäessä. Lisäksi nostamme esiin simuloinneissa tehtyihin oletuksiin ja tulosten tulkintaan liittyviä ongelmia. Lopuksi päivitämme STM (2019) -raportissa tunnistetut jatkoselvitystä vaativat asiat ja tunnistamme apteekkilouden ja -järjestelmän kannalta olennaisia tietokatveita.

² Esiselvityksessä emme tarkastele Islannin lääketaksajärjestelmää.

2 Lääkehuollon rahavirrat

Vuonna 2017 lääkkeiden kokonaismyynti oli Suomessa 3,2 miljardia euroa (sis. reseptilääkkeiden toimitusmaksut). Myynnistä valtaosa tapahtui avohoidossa. Reseptilääkkeiden osuus kokonaismyynnistä oli 2 253 miljoonaa euroa (70 prosenttia) ja itsehoitolääkkeiden 350 miljoonaa euroa (11 prosenttia). Sairaalalääkkeiden osuutta kokonaismyynnistä arvioimme käyttäen lääkkeiden tukkumyyntitietoja. Vuonna 2017 sairaalalääkkeiden tukkumyynti oli noin 621 miljoonaa euroa (19 prosenttia). Kaikista lääkepakkauksista 86 prosenttia välitettiin apteekkien kautta. (Suomen lääketilasto 2017³, Iqvian tukkumyyntitilasto 2017)

Sairaala- ja avohoidon lääkejakelu eroavat toisistaan niin myynnin volyymin kuin toiminnan sääntelyn kannalta. Jakelukanavilla on myös erilainen rahoitus. Kuvaan 2 on koottu lääkehuollon eri toimijoiden väliset rahavirrat ja rahavirtojen arvioidut suuruusluokat vuonna 2017.

Avohoidon korvattavien lääkkeiden kustannuksista suuren osan maksaa yhteiskunta Kelan toimeenpaneman sairausvakuutuksen kautta. Vuonna 2017 lääkekorvauksia maksettiin yhteensä 1,4 miljardia euroa.⁴ Suorakorvausjärjestelmän ansiosta asiakkaan ei tarvitse erikseen hakea Kelasta korvausta lääkeostoista, vaan korvaus maksetaan pääsääntöisesti apteekkiasioinnin yhteydessä. Vuonna 2017 Kela maksoi apteekkeille 24 miljoonaa euroa palkkioita suorakorvausjärjestelmän ylläpitämisestä.

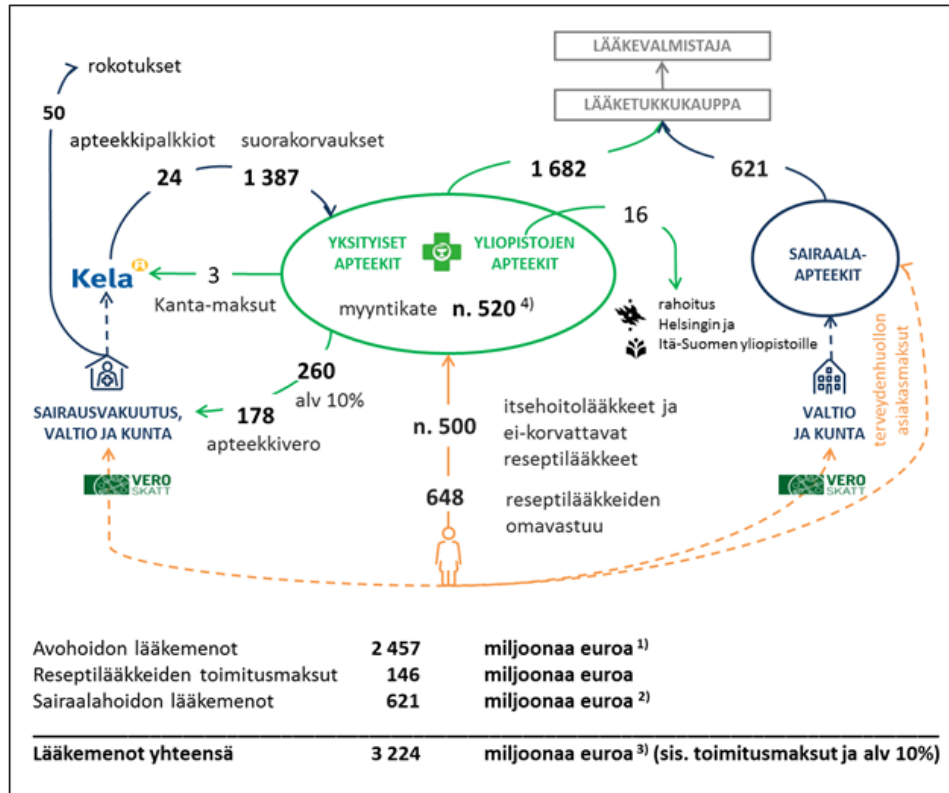
Osan lääkekustannuksista lääkkeiden käyttäjät maksavat itse. Vuonna 2017 korvattavien reseptilääkkeiden omavastuita maksettiin yhteensä 648 miljoonaa euroa. Itsehoitolääkkeet ja ei-korvattavat reseptilääkkeet (n. 500 miljoonaa euroa) lääkkeen käyttäjät maksoivat kokonaan itse. Lisäksi lääkkeiden käyttäjät osallistuivat kustannuksiin välillisesti maksamalla erilaisia veroja ja sairausvakuutusmaksuja. Osa korvattavien reseptilääkkeiden omavastuista ja ei-korvattavien lääkkeiden kustannuksista katetaan myös yksityisten vakuutusten, työpaikkakassojen, sosiaalitoimen tai Kelan maksaman toimeentulotuen kautta.

Lääkkeiden vähittäisjakelusta vastaavat apteekit ja siksi ne ovat avohoidossa syntyvien rahavirtojen kannalta keskeisiä toimijoita. Vuonna 2017 apteekkien arvonlisäverollinen lääkemyynti oli 2,4 miljardia euroa. Lääkemyynti muodosti 94 prosenttia ap-

³ Suomen lääketilasto -julkaisuissa lääkeshoidon kokonaismenoissa ei ole huomioitu reseptilääkkeiden toimitusmaksuja. Vuonna 2017 toimitusmaksut olivat arviolta 146 miljoonaa euroa.

⁴ Vuodesta 2017 alkaen on ollut mahdollista tehdä ehdollisen korvattavuuden sopimuksia avohoidon lääkkeille. Sovitut palautukset kirjautuvat korvausten kokonaissummaan jälkikäteen.

teekkien liikevaihdosta. Arvonlisäveroa apteekit tilittivät 260 miljoonaa euroa ja lääkemyyntiin perustuvaa apteekkiveroa 178 miljoonaa euroa. Lääkkeiden tukkuostoja apteekit tekivät 1,7 miljardin euron edestä. Yliopistojen apteekit rahoittivat Helsingin yliopiston ja Itä-Suomen yliopiston toimintaa yhteensä noin 16 miljoonalla eurolla.



Kuva 2. Lääkehuollon rahavirrat vuonna 2017. Kuvan luvut on esitetty miljoonissa euroissa. Rahavirtojen suunnat ja suuruusluokat on arvioitu hyödyntämällä useita eri lähteitä. Katkoviivoin esitettyjen rahavirtojen suuruutta ei arvioitu.

- 1) Suomen lääketilasto 2017 –julkaisun avohoidon lääkemenot (ilman toimitusmaksuja).
- 2) Suomen lääketilasto 2017 –julkaisun mukaiset, tukkuohjehintaiset kokonaiskustannukset.
- 3) Kuvan rahavirtojen yhteenlasketut kokonaismenot poikkeavat tilastoiduista kokonaismenoista (sis. toimitusmaksut). Eroa voivat selittää mm. pyöristysvirheet, erot lähteiden tilastointikäytännöissä ja mahdolliset esiselvityksen aikana tunnistamatta jääneet rahavirrat.
- 4) Apteekkien myyntikate arvioitiin vähentämällä apteekkivero lääkemyynnin laskennallisesta myyntikatteesta (sis. toimitusmaksut).

Sairaalalääkkeiden jakelussa erilaisia rahavirtoja syntyy vähemmän, mutta lääkkeiden kokonaiskustannusten tilastointiin liittyy enemmän epävarmuutta kuin avohoidossa. Sairaalalääkkeiden kulutus tilastoidaan tukkumyyntihinnoin, mutta hankintamenettelyiden (ks. sivu 30) vuoksi toteutuneet hinnat ovat tilastoituja hintoja alhaisemmat.

Suomessa potilaan kotikunta kustantaa sairaalahoidon ja siihen sisältyvät lääkkeet.⁵ Maksajan roolista huolimatta kunnilla ei ole keinoja seurata tai ohjata sairaalalääkkeiden käyttöä. Sairaalalääkkeet sisältyvät osin myös julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuihin. Asiakasmaksuista lääkemenoihin ohjautuvan osan suuruutta ei pystytä arvioimaan.

Vuonna 2017 lääkevalmistajien ja lääketukkukauppojen yhteenlaskettu osuus lääkkeiden kokonaismenoista oli 2,3 miljardia euroa. Tietoa summan jakautumisesta lääkevalmistajan ja -tukun kesken ei ole. Kansainvälisen, jo melko kauan aikaa sitten julkaistun arvion mukaan lääketukkujen osuus lääkkeiden kokonaismenoista on Suomessa noin kolme prosenttia (Kanavos 2011).

⁵ Kotikunta kustantaa lisäksi tietyt tartuntatautilääkkeet ja kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluvat rokotteet.

3 Apteekkitoiminnan tarkoitus ja sääntely

3.1 Apteekkitoiminnan tarkoitus

Suomessa lääkkeitä saavat myydä vain apteekit⁶. Apteekkijärjestelmän lakisäätöisiä tehtäviä on varmistaa lääke- ja lääkitysturvallisuus, sekä huolehtia oman alueensa asukkaiden lääkehuollosta. Lääketurvallisuuden osalta apteekkien tehtävänä on huolehtia siitä, että toimitettavat lääkkeet ovat laadultaan ja pakkausmerkinnöiltään moitteettomia (Läkelaki 395/1987, 55§). Apteekit vastaavat myös siitä, että lääkkeet valmistetaan ja säilytetään oikein ja että asiakkaiden palauttamat lääkejätteet hävitetään asianmukaisesti.

Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuuden lisäksi myös lääkehoidon turvallisuus (Koivuranta 2019). Apteekissa annettavalla lääkeneuvonnalla pyritään varmistamaan se, että lääkkeiden käyttäjä on selvillä lääkkeen oikeasta ja turvallisesta käytöstä (Läkelaki 395/1987, 57§). Erityistä huomiota pyritään kiinnittämään riskilääkkeitä käyttävien ja uutta lääkehoitoa aloittavien asiakkaiden lääkeneuvontaan (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2/2016). Farmaseutin tai proviisorin lääkeneuvontavelvoite koskee myös apteekin itsehoito- ja palveluvalintaosastoja. Apteekin tulee antaa lääkkeen käyttäjälle tietoa lääkevalmisteiden hinnoista ja muista lääkevalmisteiden valintaan vaikuttavista seikoista.

Apteekkien muun palvelutoiminnan tarkoitus on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sairauksien ennaltaehkäisy. Apteekkien tarjoamia palveluita ovat muun muassa annosjakelu, eritasoiset lääkehoitojen arvioinnit, inhalaatiohoidon tarkistuspalvelu ja yksilöllinen tupakasta vieroituspalvelu. Palvelut ovat pääsääntöisesti maksullisia, ja apteekit voivat hinnoitella tarjoamansa palvelut vapaasti. Palvelutoiminnalla ei saa lisätä lääkkeiden tarpeetonta käyttöä, eikä toiminta saa haitata lääkkeiden toimittamista tai lääkeneuvontaa (Läkelaki 395/1987, 58a§).

Apteekkien yhteydessä toimii usein myös osakeyhtiöitä, joiden kautta myydään erilaisia terveydenhoito- ja kosmetiikkatuotteita, elintarvikkeina myytäviä vitamiineja ja ravintolisä, rohdosvalmisteita sekä erilaisia terveydenhoitoon ja hyvinvointiin liittyviä

⁶ Nikotiinikorvausvalmisteiden myynti päivittäistavarakaupoissa, huoltamoilla ja kioskeissa sallittiin vuonna 2006. Suomessa on tällä hetkellä yli 4000 nikotiinikorvausvalmisteita myyvää toimipistettä. Suomen lääketilaston mukaan valtaosa eli noin 87 prosenttia nikotiinikorvausvalmisteista myytiin vuonna 2017 apteekkien ulkopuolella.

palveluita. Osakeyhtiöiden kautta tarjotaan esimerkiksi sairaanhoitajan, kosmetologin ja fysioterapeutin palveluita. Sairaanhoitajan palvelut ovat luonteeltaan yksityisiä terveydenhuollon palveluita, jolloin niiden tuottamiseen tarvitaan erillinen lupa aluehallintovirastolta tai Valviralta.

Apteekit ovat osa oman alueensa asukkaiden lääkehuoltoa lääkkeiden vähittäismyyntin, jakelun ja valmistuksen kautta. Lääkelain (395/1987) mukaan apteekkeja tulee olla maassa siten, että väestö, mikäli mahdollista, voi vaikeudetta saada lääkkeitä (39§) ja apteekkia on pidettävä avoinna siten, että lääkkeiden saatavuus on turvattu (55§).

Lääkkeiden maanlaajuinen saavutettavuus pyritään varmistamaan muun muassa apteekkien sijainti- ja määräsääntelyllä. Aukioloajoista apteekki voi sopia paikallisen terveydenhuollon kanssa ja asettaa ne asiakaskunnan tarpeita vastaavaksi. Viranomaisen voi tarvittaessa asettaa myös apteekkien aukioloaikoja koskevia ehtoja. Tällaisia ehtoja ei toistaiseksi ole nähty tarpeelliseksi asettaa, joskin niitä on harkittu sairaaloiden yhteyteen perustetuille apteekkeille.

Apteekkien ja sosiaali- ja terveydenhuollon välisellä yhteistyöllä pyritään varmistamaan lääkehoidon oikeellisuus, ajantasaisuus ja seuranta sekä sopimaan yhteiset toimintamallit järkevän lääkehoidon toteutumiseksi. Esimerkiksi sairaala ja apteekit voivat sopia paikallisesti yhteisistä toimintatavoista, joilla varmistetaan lääkehoidon katkeamattomuus kotihoidon asiakkaan kotiutuessa sairaalasta.

Perinteisten apteekkien yhteydessä tarjottava verkkoapteekkitoiminta tukee apteekkipalveluiden maanlaajuista saatavuutta ja saavutettavuutta. Apteekkien yhteydessä on noutolokerikkoja, joista verkkopalvelusta tilatut valmisteet voi noutaa apteekkien aukioloaikojen ulkopuolella. Asiakkaat voivat saada lääkkeensä myös kotiin toimitettuna.

Tulevaisuudessa lääkkeiden saavutettavuutta on mahdollista parantaa kehittämällä ja sujuvoittamalla verkkoapteekkitoimintaa. Esimerkiksi omien reseptilääkkeiden katselu verkkopalvelussa ja puolesta-asioinnin mahdollistaminen verkkopalvelussa helpottaisivat lääkkeiden hankintaa verkossa.

3.2 Apteekkien sääntely

Apteekkiliiikkeen harjoittaminen on luvanvaraista elinkeinotoimintaa, jonka lupaprosessista vastaa Fimea. Apteekkilupa voidaan myöntää vain laillistetulle proviisorille ja se on aina henkilökohtainen. Vakiintuneen tulkinnan mukaan apteekkitoimintaa voi harjoittaa vain yksityisenä elinkeinonharjoittajana, toiminimellä.

Apteekkilupakäytäntö perustuu lääkelakiin (395/1987). Lääkelain mukaan apteekkilupa myönnetään tietyn apteekkiliiikkeen harjoittamiseen kunnassa tai sen osassa. Pääsääntöisesti lupa annetaan apteekkiliiikkeen harjoittamiseen kunnan alueella ja kunnan osaa käytetään silloin, kun alueelle ei muuten välttämättä tulisi apteekkia.

3.3 Apteekkipalvelujen saatavuus ja saavutettavuus

3.3.1 Apteekkien lukumäärä

Vuonna 2018 Suomessa oli yksityisessä omistuksessa 616 apteekkia, 180 apteekin alaista sivuapteekkia ja 109 apteekin palvelupistettä. Lisäksi Itä-Suomen yliopistolla oli yksi apteekki sekä Helsingin yliopistolla yksi apteekki ja 16 apteekin alaista sivuapteekkia. Uusia palvelupisteitä on perustettu pääosin päivittäistavarakauppojen yhteyteen. Yliopistojen apteekit eivät lääkelain mukaan voi perustaa apteekkien palvelupisteitä.

Vuonna 2018 verkkopalvelutoimintaa ilmoitti harjoittavansa 104 apteekkia, joista 65 apteekkia ilmoitti myyvänsä verkkopalvelun kautta myös reseptilääkkeitä (taulukko 1). Lääkkeiden myynti apteekkien verkkopalvelun kautta on Suomessa vielä vähäistä. Verkkopalvelun liikevaihto oli yksityisillä apteekkeilla 1,2 miljoonaa euroa (Reinikainen ym. 2019) ja Helsingin yliopiston apteekilla 6,1 miljoonaa euroa vuonna 2018 (Yliopiston apteekki, 2019). Verkkopalvelun liikevaihto oli alle prosentin apteekkien kokonaisliikevaihdosta.

Fimea perusti vuosina 2010–2016 yhteensä neljä uutta apteekkia. Vuonna 2017 uusia apteekkeja perustettiin 11 ja vuonna 2018 kahdeksan. Uusien apteekkien toiminnan aloittamista ovat lähes kaikissa tapauksissa hidastaneet perustettujen apteekkien sijaintialueella jo toimivien apteekkareiden tekemät oikaisuvaatimukset.

Taulukko 1. Apteekkitoimipisteiden lukumäärä (tilanne vuoden viimeisenä päivänä) Lähde: Fimea

	2010	2015	2016	2017	2018
Apteekit	616	610	611	614	616
Sivuapteekit	178	188	185	180	180
Yliopistojen apteekit	2	2	2	2	2
Yliopiston apteekin sivuapteekit	16	16	16	16	16
Palvelupisteet ^{*)}	(109)	93 (10)	108 (3)	107	109
Verkkopalvelut ^{**)}	-	101	105	102	104

^{*)} suluissa lääkekaappien lukumäärä, laki palvelupisteistä tullut voimaan 1.2.2011

^{**)} laki apteekkien verkkopalveluista tullut voimaan 1.2.2011

Vuonna 2018 uudet apteekit perustettiin viidelle eri paikkakunnalle ja apteekkien sijaintialuetta laajennettiin neljässä kaupungissa. Sijaintialueen laajentaminen mahdollistaa apteekkien joustavamman sijoittumisen esimerkiksi terveydenhoitopalvelujen yhteyteen. Vuonna 2018 kaksi apteekkia avattiin sairaaloiden yhteyteen.

Vuonna 2018 Suomessa oli noin 6 800 asukasta yhtä pää- tai sivuapteekkia kohti (kuva 3). Apteekkeja oli eniten Uudellamaalla ja vähiten Ahvenanmaalla. Maakunnan väkilukuun suhteutettuna apteekkeja oli eniten Etelä-Savossa ja vähiten Uudellamaalla, jossa yhtä apteekkia kohti oli yli 10 000 asukasta.

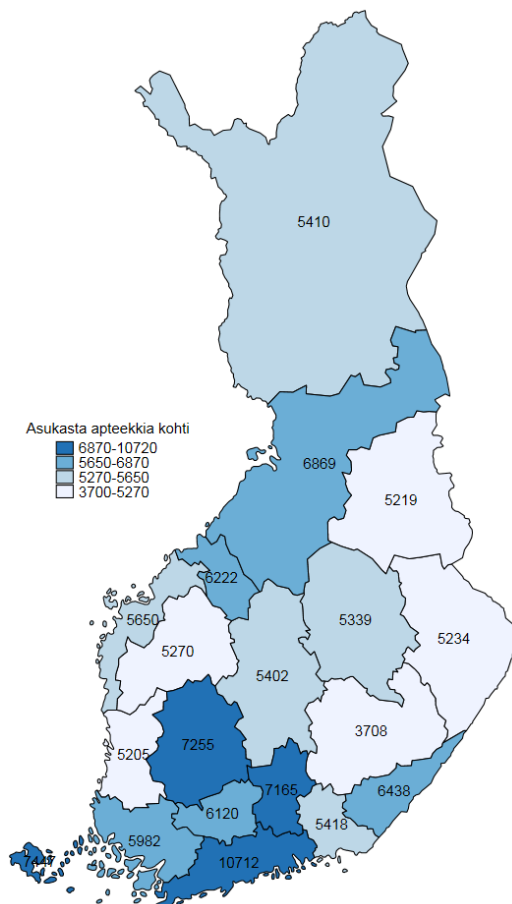
Vuonna 2018 apteekkitiheydessä oli maakuntien lisäksi myös kuntakohtaisia eroja. Esimerkiksi Uudellamaalla 283 632 asukkaan Espoossa oli yhteensä 16 apteekkitoimipistettä, jolloin yhtä apteekkia kohti oli lähes 18 000 asukasta, kun taas 5 562 asukkaan Inkoossa oli yksi apteekki.

3.3.2 Apteekkien saavutettavuus

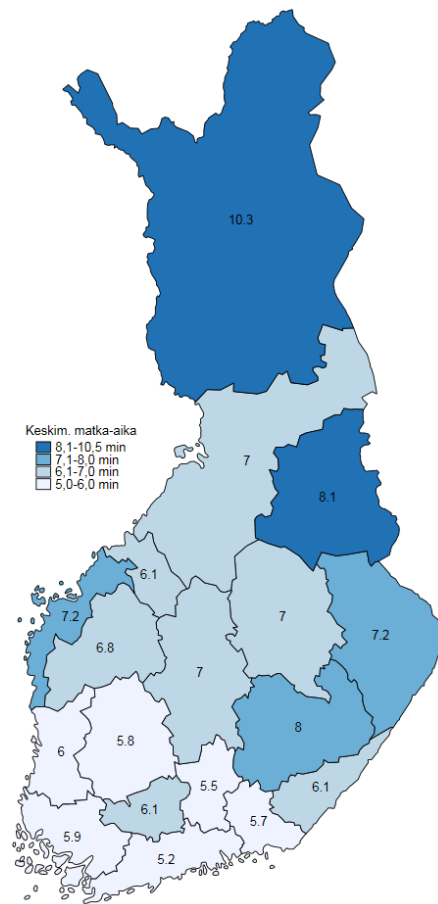
Kuvassa 4 on esitetty keskimääräinen matka-aika lähimpään apteekkiin oman asuinkunnan sisällä vuonna 2018 Suomessa⁷. Lyhin matka-aika oli 5,2 minuuttia Uudellamaalla. Pitkien etäisyyksien Lapissa keskimääräinen matka-aika lähimpään apteekkiin oli pisin, maakuntatasolla 10,3 minuuttia.

⁷ Ajat ovat laskennallisia keskimääräisiä matka-aikoja 250x250m ruuduilta määritetyille väestölle lähimpään apteekkiin henkilöautolla tieverkkoa pitkin laskettuna, ja maakuntien osalta laskennallisia keskimääräisiä matka-aikoja 1x1km ruuduilta määritetyille väestölle lähimpään apteekkiin henkilöautolla tieverkkoa pitkin laskettuna. Etäisyydet on laskettu kunkin kunnan ja maakunnan sisällä olevalle väestölle ja apteekkeille eli tässä ei mennä rajojen yli

Kuntatasolla tarkasteltuna matka-aika lähimpään apteekkiin oli keskimäärin 8,5 minuuttia. Kaskisissa matka-aika oli keskimäärin vain 2 minuuttia, kun Enontekiöllä se oli keskimäärin 31,7 minuuttia. (Lankila ym. 2019)



Kuva 3. Asukkaiden lukumäärä apteekkia kohti maakunnittain vuonna 2018.



Kuva 4. Keskimääräinen matka-aika (minuuttia) lähimpään, asuinmaakunnan sisällä sijaitsevaan apteekkiin. Lähde: Lankila ym. 2019

3.3.3 Aukioloajat

Fimea on kerännyt tietoja apteekkien aukioloajoista vuodesta 2017 lähtien. Vuosina 2017 ja 2018 yksityiset pääapteekit olivat auki keskimäärin 58 tuntia viikossa. Pääapteekkien aukioloajat olivat pääsääntöisesti sivuapteekkien aukioloaikoja laajemmat. Helsingin yliopiston apteekin toimipisteiden aukioloajat vaihtelivat 40 ja 168 viikkotunnin välillä vuonna 2018. (taulukko 2)

Taulukko 2. Yksityisten apteekkien ja yliopistojen apteekkien aukioloajat vuonna 2018.

Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea

	Yksityiset apteekit	Yliopistojen apteekit
Avoinna pääapteekit keskiarvo (h/viikko)	58	108
Avoinna sivuapteekit keskiarvo (h/viikko)	40	102
Avoinna ma-pe keskiarvo (h/päivä)	9,4	15
Avoinna lauantaisin (% apteekeista)	76	94
Avoinna sunnuntaisin (% apteekeista)	27	94

3.3.4 Apteekkipalveluiden saatavuus väestön kokemana

Fimean lääkebarometri on väestölle suunnattu kyselytutkimus, jonka avulla selvitetään suomalaisten näkemyksiä lääkkeistä. Lääkebarometrin toteutuksesta ja kyselyn tulosten raportoinnista vastaa Fimea.⁸ Vuosina 2017 ja 2019 suurin osa kyselyyn vastanneista ilmoitti kokevansa, että apteekkeja on riittävän lähellä lääkkeiden saamiseksi vaivattomasti. Vuonna 2019 kyselyyn vastanneista noin kuusi prosenttia kuitenkin koki lääkkeiden hankinnan olevan vaikeaa vähäisten ostopaikkojen vuoksi ja 19 prosenttia vastanneista oli usein ollut tilanteessa, jossa olisi tarvinnut lääkettä apteekin ollessa kiinni.

Taulukko 3. Osuus väestökyselyyn vastanneista, jotka ovat vastanneet väittämään ”täysin samaa mieltä” tai ”jokseenkin samaa mieltä” Lähde: Lääkebarometri, Fimea

Väittämä	2017 (n=7920) %	2019 (n=2104) %
Apteekkeja on riittävän lähellä, jotta saan lääkkeeni vaivattomasti	90	95
Lääkkeiden hankinta on vaikeaa vähäisten ostopaikkojen vuoksi	7	6
Olen usein ollut tilanteessa, jossa olisin tarvinnut lääkettä, mutta apteekki on ollut kiinni	11	19

⁸ Joka toinen vuosi toteutettavan kyselyn sisältö koostuu vaihtuvista lääkehoidon ajankohtaisista teemoista. Lääkkeiden ostopaikkoihin liittyvä moduuli on mukana vuodesta 2017 lähtien. Vuonna 2019 kysely toteutettiin verkkokyselynä ja vastausprosentti oli 19,8. Vuonna 2017 kysely lähetettiin kirjeitse ja vastausprosentti oli 45.

4 Lääkkeen hinta

Lääkeyritykset voivat päättää valmisteensa tukkumyyntihinnan vapaasti, mutta jos valmiste sisällytetään korvausjärjestelmään, se tulee hintasääntelyn alaiseksi. Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) vahvistaa sairausvakuutuslain perusteella korvattavien lääkkeiden korvattavuuden sekä kohtuullisen tukkuhinnan myyntiluvan haltijan hakuksen perusteella. Päätös on voimassa enintään viisi vuotta tai kolme vuotta, jos kyse on uutta vaikuttavaa lääkeainetta sisältävästä valmisteesta.

4.1 Lääkkeen vähittäismyyntihinnan muodostuminen

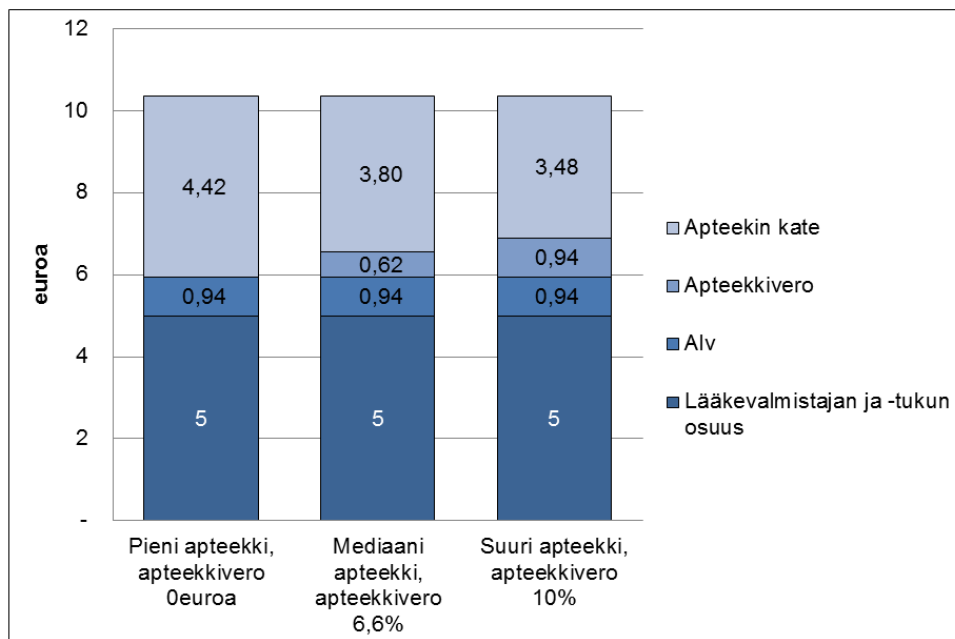
4.1.1 Lääketaksa

Avohoidossa lääkkeen hinta muodostuu tukkuhinnasta, apteekin saamasta katteesta ja arvonlisäverosta. Apteekin katteesta säädetään lääketaksa-asetuksessa (Valtioneuvoston asetus lääketaksasta 713/2013). Apteekin saama kate koostuu kiinteästä osasta ja muuttuvasta, tukkumyyntihintaan perustuvasta osasta. Ylemmissä taksaluokissa apteekin saama myyntikate on euromääräisesti suurempi, mutta suhteellisesti pienempi kuin alemmissä luokissa. Lääkkeen vähittäismyyntihinta perustuu taulukossa 4 esitettyihin laskentakaavoihin. Taksan tasoa määritettäessä on huomioitu apteekivero. Lääketaksan mukainen myyntikate on sama kaikille apteekkeille, mutta apteekiveron jälkeen apteekille jäävä myyntikate vaihtelee apteekin liikevaihdon mukaan. Lääkkeen ostohintana käytetään lääkevalmisteen myyntipäivänä valtakunnallisesti käytössä olevaa lääkevalmisteen myyntiluvan haltijan ilmoittamaa tukkuhintaa. Reseptilääkettä toimitettaessa vähittäismyyntihintaan lisätään toimituseräkohtainen 2,17 euron suuruinen toimitusmaksu.

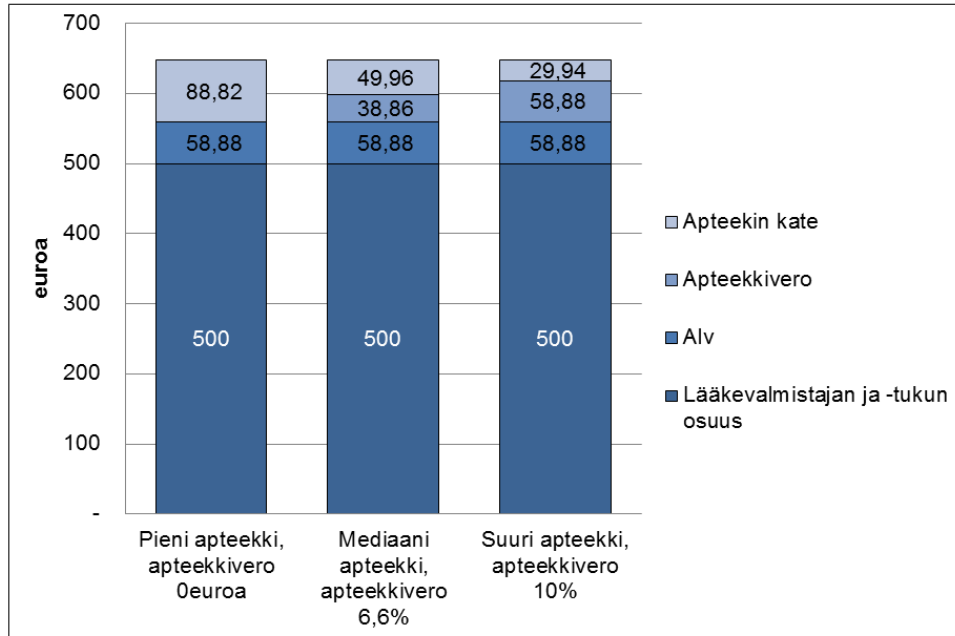
Taulukko 4. Lääkkeiden vähittäismyntihintojen muodostamiseen käytettävät lääketaksa-asetuksen mukaiset laskentakaavat. Lähde: Valtioneuvoston asetus lääketaksasta 713/2013

Ostohinta, euroa	Reseptilääkkeiden vähittäismyntihinta	Itsehoitolääkkeiden vähittäismyntihinta
0 – 9,25	1,45 x ostohinta + 2,17 €	1,5 x ostohinta + 0,50 €
9,26 – 46,25	1,35 x ostohinta + 0,92 € + 2,17 €	1,4 x ostohinta + 1,43 €
46,26 – 100,91	1,25 x ostohinta + 5,54 € + 2,17 €	1,3 x ostohinta + 6,05 €
100,92 – 420,47	1,15 x ostohinta + 15,63 € + 2,17 €	1,2 x ostohinta + 16,15 €
yli 420,47	1,1 x ostohinta + 36,65 € + 2,17 €	1,125 x ostohinta + 47,68 €

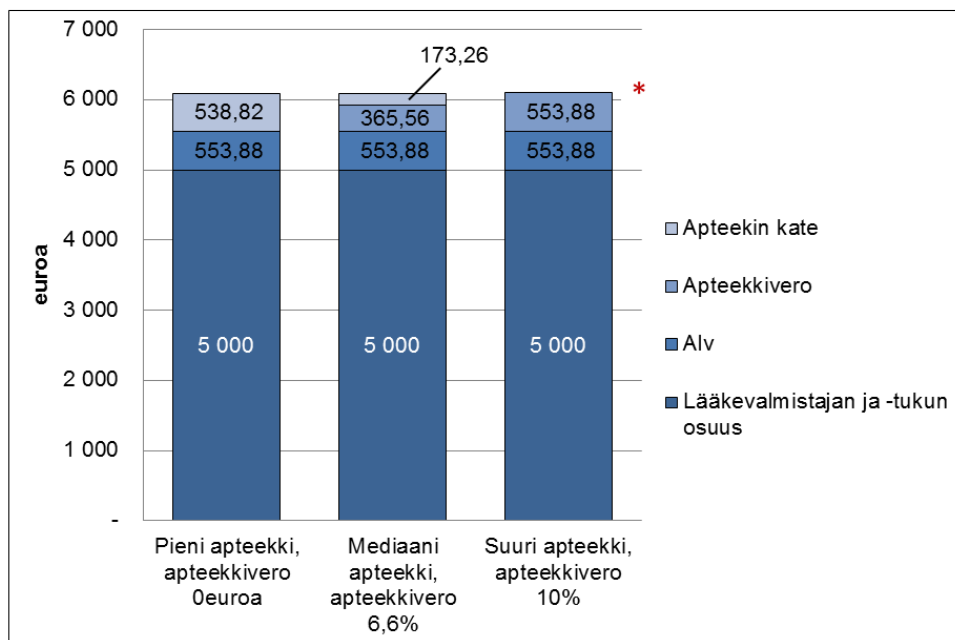
Vuonna 2017 lääketehaiden ja tukkukauppojen yhteenlaskettu osuus lääkkeen vähittäismyyntihinnasta oli keskimäärin 62,6 prosenttia. Apteekkien vastaava osuus oli 20,7 prosenttia, ja valtion osuus (mukaan lukien arvonlisävero ja apteekkivero) 16,7 prosenttia (Apteekkariliitto 2018). Kuvissa 5a-c on esitetty tukkuhinnaltaan erilaisille lääkkeille (5, 500 ja 5 000 euroa) eri toimijoiden saamat osuudet lääkkeiden arvonlisäverollisista vähittäismyyntihinnoista. Koska apteekin liikevaihto vaikuttaa apteekkiveron suuruuteen, teemme arviot erikseen liikevaihdon mitattuna pienille ja suurille apteekkeille sekä mediaaniapteekkeille.



Kuva 5a. Eri toimijoiden saamat osuudet lääkkeen vähittäismyyntihinnasta euroina, kun lääkkeen tukkumyyntihinta on 5 euroa ja vähittäismyyntihinta apteekissa on 10,36 euroa. Laskennallisesta katteesta on vähennetty apteekkivero apteekin koon mukaan.



Kuva 5b. Eri toimijoiden saamat osuudet lääkkeen vähittäismyyntihinnasta euroina, kun lääkkeen tukkumyyntihinta on 500 euroa ja vähittäismyyntihinta apteekissa 647,70 euroa. Laskennallisesta katteesta on vähennetty apteekkivero apteekin koon mukaan.



Kuva 5c. Eri toimijoiden saamat osuudet lääkkeen vähittäismyyntihinnasta euroina, kun lääkkeen tukkumyyntihinta on 5 000 euroa ja vähittäismyyntihinta apteekissa 6 092,70 euroa. Laskennallisesta katteesta on vähennetty apteekkivero apteekin koon mukaan.

*Kun lääkkeen tukkuhinta on 5 000 euroa, suuren apteekin laskennallinen apteekkivero on 15,06 euroa suurempi kuin lääketaksan mukainen kate ja toimitusmaksu yhteensä.

4.1.2 Apteekivero

Apteekivero on apteekkiliikkeestä suoritettava oma-aloitteinen vero, jonka tarkoituksena on turvata koko maan kattavat apteekkipalvelut ja tasata apteekkien välisiä tuloeroja. Vuonna 2018 apteekit tilittivät valtiolle apteekiveroa 180 miljoonaa euroa (Valtiokonttori 2019). Apteekivero määräytyy apteekin liikevaihdon perusteella progressiivisen asteikon mukaan (taulukko 5). Vero lasketaan apteekkiliikkeen arvonlisäverottomasta liikevaihdosta, josta on vähennetty lääkkeiden sopimusvalmistuksen arvo, sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksille tapahtuva lääkemyynti ja nikotiinikorvaustuotteiden myynti. Lisäksi liikevaihdosta vähennetään muiden tuotteiden kuin lääkkeiden myynti siltä osin kuin se on enintään 20 prosenttia liikevaihdosta.

Taulukko 5. Apteekiveron laskenta liikevaihtoryhmittäin. Lähde: Apteekiverolaki 770/2016

Apteekin vuosiliikevaihto (euroa)	Apteekivero liikevaihdon alarajan kohdalla (euroa)	Veroprosentti alarajan ylimenevästä liikevaihdosta (%)
871 393—1 016 139	0	6,10
1 016 139—1 306 607	8 830	7,15
1 306 607—1 596 749	29 598	8,15
1 596 749—2 033 572	53 245	9,20
2 033 572—2 613 212	93 432	9,70
2 613 212—3 194 464	149 657	10,20
3 194 464—3 775 394	208 945	10,45
3 775 394—4 792 503	269 652	10,70
4 792 503—6 243 857	378 483	10,95
6 243 857—	537 406	11,20

Apteekiveron laskentaan vaikuttaa liikevaihdon lisäksi myös se, onko apteekilla sivuapteekkia, ja mikä on apteekin ja sivuapteekin yhteenlaskettu liikevaihto (liite 1). Sivuapteekivähennystä ei kuitenkaan tehdä, jos sivuapteekin perustamisesta on kulunut vähintään viisi vuotta ja sivuapteekin liikevaihto vastaa vähintään puolta yksityisten apteekkien verovuotta edeltäneen vuoden liikevaihdon keskiarvosta. (Apteekiverolaki 770/2016)

4.1.3 Arvonlisävero

Lääkkeiden arvonlisäverokanta on ollut vuodesta 2013 lähtien 10 prosenttia.⁹ Arvonlisäveron määrä vaikuttaa lääkkeiden käyttäjien lääkemenoihin. Myös sairausvakuutus-

⁹ Lääkkeiden lisäksi myös kliinisiin ravintovalmisteisiin ja perusvoiteisiin sovelletaan alennettua 10 prosentin verokantaa silloin kun ne oikeuttavat sairausvakuutuslain mukaiseen korvaukseen (https://www.edilex.fi/verohallinnon_ohjeet/2014_0627.html kohta 7.2.3 Alennettu verokanta 10 %)

lain mukaiset korvaukset maksetaan arvonlisäverollisesta hinnasta. Lääkkeiden myynnistä kertyi valtiolle 255 miljoonaa euroa arvonlisäveroa vuonna 2018. Vuoden 2018 talousarvioesityksen mukaan valtio maksoi verotukea yhteensä 348 miljoonaa euroa alennetun arvonlisäverokannan mukaan (HE 29/2019 vp).

4.2 Hinta lääkkeen käyttäjän näkökulmasta

4.2.1 Lääkekorvausjärjestelmä ja omavastuu

Lääkekorvaukset ovat Suomessa osa lakisääteistä sairausvakuutusta, joka mahdollistaa potilaalle oikeuden korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista (Sairausvakuutuslaki 1224/2004).¹⁰ Lääkekorvausjärjestelmän tehtävänä on turvata sairauden hoidossa tarpeelliset avohoidon lääkkeet kohtuullisin kustannuksin. Lisäksi tavoitteena on edistää kustannusvaikuttavaa lääkkeiden käyttöä ja lääkemääräyskäytäntöä.

Kela vastaa sairausvakuutuksen toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä.¹¹ Vakuutettu saa lääkekorvauksen suoraan apteekista, kun apteekki tarkistaa hänen oikeutensa korvaukseen Kelan suorakorvaustietojen kyselypalvelusta. Vuosina 2015–2018 yli 99 prosentissa korvatuista lääketoista korvaus maksettiin apteekin välityksellä (Kelan sairaanhoitokorvausten tilastointitiedosto).

Lääkekorvauksia maksetaan kolmessa eri korvausluokassa, kun vakuutetun 50 euron alkuomavastuu on täyttynyt (kuva 6). Alkuomavastuu on ollut käytössä vuodesta 2016. Alkuomavastuu ei koske 18- vuotiaita tai sitä nuorempia. Peruskorvaus on 40 prosenttia ja alempi erityiskorvaus on 65 prosenttia korvauksen perusteena olevasta lääkekustannuksesta. Ylempi erityiskorvaus on 100 prosenttia lääkekohtaisen 4,50 euron omavastuun ylittävältä osalta. Erityiskorvausjärjestelmän tarkoituksena on kohdentaa korvauksia pitkäaikaisten ja vaikeiden sairauksien välttämättömään lääkehoitoon (VnA 1149/2016, VnA 27/2013). Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) voi rajoittaa lääkkeen korvattavuuden koskemaan tiettyä sairauden muotoa tai vaikeusastetta. Erityiskorvaus voidaan maksaa, kun asiakkaalla on Kelan myöntämä korvausoikeus. Vuosiomavastuu eli lääkekatto on korvattavista valmisteista aiheutuvien omavastui-

¹⁰ Sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset koskevat soveltuvin osin myös perusvoiteita, lääkkeellistä happea ja verta, apteekissa valmistettuja lääkkeitä sekä kliinisiä ravintovalmisteita (L 1224/2004).

¹¹ Kela myös seuraa ja valvoo sairausvakuutuslain ja sen nojalla annettujen asetusten ja määräysten noudattamista ja toteuttamista. Lisäksi Kela vahvistaa sairausvakuutuslain toimeenpanossa tarvittavat lomakkeet.

den vuosittainen yläraja, jonka ylittymisen jälkeen vakuutetulla on oikeus lisäkorvaukseen. Lisäkorvauksella pyritään siihen, että yksittäisen potilaan lääkekustannukset eivät nousisi kohtuuttoman suuriksi. Lisäkorvaus maksetaan vuosiomavastuun täytyttyä, ja se on 100 prosenttia 2,50 euron lääkekohtaisen omavastuun ylittävältä osalta.



Kuva 6. Lääkekorvausjärjestelmän mukaiset korvaukset ja omavastuut vuonna 2020.

Lääkekorvausjärjestelmä ohjaa korvausmenoja ja lääkkeiden määräämistä monin tavoin. Järjestelmän avulla on tuettu erityisesti kansansairauksien lääkehoitoa ja niiden sairauksien lääkehoitoja, jotka aiheuttavat huomattavia potilaskohtaisia kustannuksia. Kalliiden lääkkeiden korvattavuuden rajoittaminen on mahdollistanut niiden ottamisen nopeammin lääkekorvausjärjestelmään. (STM 2018)

Myös vuonna 2017 voimaan astuneen ehdollista korvattavuutta koskevan sääntelyn tarkoituksena on ollut uusien lääkkeiden hallittu käyttöönotto sekä mahdollistaa uusien lääkkeiden saatavuus niitä tarvitseville (HE 40/2019). Ehdollisen korvattavuuden edellytyksenä on se, että uudelle lääkehoidolle on osoitettu erityinen lääketieteellinen tarve ja hoitokustannuksiin, kyseisen valmisteen hoidolliseen arvoon, kustannusvaikeuteen tai muihin vastaaviin lääkevalmisteen korvattavuuteen tai tukkuhinnan kohtuullisuuden arviointiin vaikuttaviin tekijöihin liittyy merkittävää epävarmuutta.

Ehdollista korvattavuutta koskevan päätöksen osana on lääkkeiden hintalautakunnan ja myyntiluvan haltijan keskinäinen sopimus, jossa on määritelty valmisteen terveys-

hyötyihin, kustannusvaikuttavuuteen, kustannuksiin tai muuhun vastaavaan tekijään liittyvän epävarmuuden vastuunjaosta sekä sopimuksen toteutumisen seurannasta ja ehdollisen korvattavuuden päättymisen vaikutuksista.

4.3 Hintakilpailu

4.3.1 Tukkuhinnoittelu

Lääkkeen tukkuhinnan määräytymiseen vaikuttaa lääkkeen elinkaari, muut käytettävissä olevat hoitomuodot sekä kansainvälinen hintataso. Itsehoitolääkkeiden ja ei-korvattavien reseptilääkkeiden hinnan lääkevalmistaja voi päättää vapaasti, mutta sen on oltava sama kaikille apteekkeille. Sairaalälääkkeissä alennukset ovat sallittuja.

Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) vahvistaa korvattavien lääkkeiden kohtuullisen tukkuhinnan. Kohtuullinen tukkuhinta on enimmäistukkuhinta, jolla valmistetta voidaan myydä tukuista, mutta lääkeyritys voi asettaa hinnan myös vahvistettua kohtuullista tukkuhintaa alhaisemmaksi. Tukkuhintoja voidaan päivittää kahden viikon välein.

Sairausvakuutuslain mukaan tukkuhinnan kohtuullisuuden arvioinnissa otetaan huomioon saman sairauden hoidossa käytettävien vastaavien lääkevalmisteiden hinnat Suomessa, lääkevalmisteen hinnat muissa Euroopan talousalueen maissa, lääkevalmisteen käytöstä aiheutuvat hoitokustannukset ja käytöllä saavutettavat hyödyt potilaan sekä terveyden- ja sosiaalihuollon kokonaiskustannusten kannalta, käytettävissä olevista muista hoitovaihtoehdoista aiheutuvat hyödyt ja kustannukset sekä korvauksiin käytettävissä olevat varat. Myös lääkevalmisteen valmistus-, tutkimus- ja tuotekehityskustannukset voidaan ottaa huomioon, jos niistä on esitetty riittävän yksilöityjä, vertailukelpoisia ja luotettavia lääkevalmistekohtaisia tietoja. Lääkkeiden hintakilpailu tehostuu, kun alkuperäisvalmisteen patenttisuoja päättyy.

4.3.2 Alennukset

Lääketukun on tarjottava lääkkeitä kaikille apteekkeille samaan tukkuhintaan, riippumatta esimerkiksi apteekkien tilausmääristä. Ennen vuotta 2006 tukkujen oli mahdollista antaa apteekkeille alennuksia tukkuostoista, mutta selvityksen mukaan annetut alennukset eivät siirtyneet kuluttajahintoihin (Lääkelaitos 2005). Lisäksi oli tiedossa, että alennuksien tuomat hyödyt keskittyivät enemmän liikevaihdoiltaan suurempiin apteekkeihin ja siksi niiden katsottiin asettavan apteekkarit keskenään eriarvoiseen asemaan.

Apteekista myytävien lääkkeiden valtakunnallisella hintasääntelyllä tavoitellaan kuluttajien tasa-arvoista kohtelua asuinpaikasta riippumatta. Eräiden edellytysten täyttyessä apteekkien on kuitenkin mahdollista antaa asiakkailleen alennuksia.¹² Apteekki voi halutessaan antaa kanta-asiakasalennuksia itsehoitolääkkeistä sekä alennuksia sosiaali- ja terveydenhuollon laitosten tekemistä ostoista. Ei-lääkkeellisten tuotteiden tukku- ja apteekkihinnointelua ja niitä koskevia alennuksia ei ole rajoitettu.

4.3.3 Sairaalalääkkeiden kilpailutukset

Sairaalalääkkeiden hinnat määräytyvät eri tavoin kuin avohuollon lääkkeiden, eikä niitä esimerkiksi koske lääketaksa tai apteekivero. Sairaalalääkkeiden tukkumyyntihinnoista voidaan antaa alennuksia. Julkisia hankintoja koskevan lainsäädännön (1397/2016) mukaisesti sairaalalääkkeet kilpailutetaan ja hinnat määräytyvät kilpailutusten perusteella.

Valtaosa sairaalalääkkeistä kilpailutetaan sairaanhoitopiirien muodostamissa hankintarenkaissa. Kilpailutukset järjestetään lääkevalmisteryhmästä riippuen neljän, kahden tai yhden vuoden välein. Erityisen kalliiden ja harvinaisten sairauksien hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden, kuten HIV-lääkkeiden, hankinta on toteutettu valtakunnallisena yhteistyönä. Lisäksi mahdollisuuksia pohjoismaiseen yhteistyöhön selvitetään. Hankintarenkaiden ja kilpailutusten ohella osa sairaalalääkkeistä hankitaan suoraan hinta- ja sopimusneuvottelujen perusteella. Sairaalalääkkeiden hankinnassa hyödynnetään myös erilaisia riskinjakosopimuksia (Honkanen ym. 2019). Ne voivat sopimuksesta riippuen olla talous- tai vaikuttavuusperusteisia, ja niissä lääkkeen lopullinen hinta sekä sopimusehdot jäävät sopimusosapuolten välisiksi.

Sairaalalääkkeiden hintakilpailutusten arvioidaan tuoneen vuosina 2012-2014 lääkekustannussäästöjä 94-99 miljoonaa euroa (Siikanen 2019). Saman arvion mukaan sairaalalääkkeiden julkisiin tukkumyyntihintoihin on saatu keskimäärin 25–27 prosentin alennus. Todellisuudessa alennusprosentit vaihtelevat esimerkiksi sen mukaan, onko valmisteella patenttisuoja voimassa tai kuuluuko se avohoidossa viitehintajärjestelmään.

Sairaalalääkemenot voivat välillisesti vaikuttaa avohoidon lääkemenoihin ja -valikoimaan. On näyttöä siitä, että kilpailutuksen voittaneiden lääkkeiden kulutus kasvaa myös avohoidossa. (Siikanen 2019)

¹² Esimerkiksi sotaveteraanit ovat oikeutettuja 10 prosentin alennukseen lääkeostoista.

4.3.4 Lääkevaihto ja viitehintajärjestelmä

Hinnaltaan edullisempien lääkkeiden käytön edistämiseksi ja hintakilpailun lisäämiseksi korvausjärjestelmässä otettiin vuonna 2003 käyttöön lääkevaihto ja vuonna 2009 sitä täydentävä viitehintajärjestelmä. Lääkevaihdoissa apteekki vaihtaa lääkärin määräämän lääkevalmisteen hinnaltaan edullisempaan hoidollisesti vastaavaan, samaa lääkeainetta sisältävään valmisteseeseen. Potilas voi kuitenkin kieltää vaihdon. Viitehintajärjestelmässä viitehintaa on ylin hinta, jonka perusteella lääke korvataan. Lääkkeen käyttäjä maksaa viitehinnan ylittävän osan itse, jos hän on itse kieltänyt lääkkeen vaihdon edullisempaan valmisteseeseen. Lääkärin kieltäessä vaihdon korvaus maksetaan valmisteen hinnan perusteella.

Fimea laatii ja ylläpitää luetteloa keskenään vaihtokelpoisista lääkevalmisteista.¹³ Lääkkeiden hintalautakunta muodostaa lääkevalmisteiden viitehintaryhmät korvattavista, keskenään vaihtokelpoisista, myyntiluvallisista lääkevalmisteista edellyttäen, että muodostettavaan viitehintaryhmään sisältyy vähintään yksi kaupan oleva korvattava rinnakkaisvalmiste, rinnakkaistuontivalmiste tai rinnakkaisjakeluvaihtovalmiste. Lääkkeiden hintalautakunta vahvistaa kullekin viitehintaryhmälle korvauksen perusteena olevan viitehinnan neljännesvuosittain.

Viitehintaa lasketaan edullisimman viitehintaryhmään sisällytettävän lääkevalmisteen arvonlisäverollisesta vähittäishinnasta. Viitehintaa määräytyy siten, että edullisimman lääkevalmisteen arvonlisäverolliseen vähittäishintaan lisätään 0,50 euroa. Viitehintaryhmään sisällytettävälle valmisteelle vahvistetaan korvattavuus ja enimmäistukkuhinta.

Viitehintajärjestelmän ja lääkevaihdon käyttöönotot ovat alentaneet lääkkeiden hintoja. Kelan tilastojen mukaan nämä järjestelmämuutokset ovat vuoden 2017 loppuun mennessä säästäneet lääkkeiden käyttäjiltä arviolta noin 850 miljoonaa euroa ja sairausvakuutusjärjestelmältä noin 150 miljoonaa euroa. Viitehintajärjestelmän kyvyn edistää hintakilpailua on kuitenkin arvioitu ajan mittaan hiipuvan (Koskinen ja Kurko, 2016; Koskinen ym. 2015). Yhtenä hintakilpailua rajoittavana tekijänä on pidetty markkinoiden keskittyneisyyttä. Vuoden 2018 viimeisessä viitehintajaksossa kahden suurimman lääkeyrityksen yhteenlaskettu osuus koko viitehintajakson myynnistä oli euro-määräisesti noin kolmanneksen ja volyymillä mitaten noin 45 prosenttia. Vuoden 2018 viimeisessä viitehintajaksossa noin 64 prosentissa viitehintaryhmistä markkinajohtajan valmisteen hinta oli ryhmän edullisimman valmisteen hintaa korkeampi jakson alussa. Markkinajohtajan valmiste oli ryhmän edullisin noin 7 prosentissa ryhmistä, ja noin 29

¹³ Vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden vaikuttava aine ja määrä ovat samat ja valmisteet ovat keskenään biologisesti samanarvoisia.

prosentissa ryhmistä valmisteiden välillä ei ollut hintaeroa. (Koskinen & Kuusisto 2019)

Vuonna 2018 syntyi noin 2,6 miljoonaa euroa kustannuksia siitä, että lääkevaihdoissa lääkettä ei vaihdettu viitehintaryhmän edullisimpaan vaihtokelpoiseen valmisteeseen. Kustannuksia syntyi myös tilanteissa, joissa lääkevaihtoa ei tehty poikkeavaan viitehintaryhmään kuuluville valmisteille ja epilepsialääkkeille, tai lääkettä ei ollut saatavilla (9,4 miljoonaa euroa). Lääkevaihdon sivuuttamisen lisäkustannuksista 6,7 miljoonaa euroa aiheutui vuonna 2018 potilaan asettamasta vaihtokiellosta. Vastaavasti lääkärin asettama vaihtokielto aiheutti vuonna 2018 noin 17,2 miljoonan euron lisäkustannuksen yhteiskunnalle. Lääkäri kieltää lääkevaihdon useimmiten hoidollisesta tai lääketieteellisestä syystä. (Jauhonen ym. 2019)

4.3.5 Lääkkeen määräämiskäytäntöjen vaikutus kustannuksiin

Lääkärien lääkevalinnat ovat tärkeässä roolissa lääkekustannusten muodostumisessa. Lääkkeiden kokonaiskustannusten kasvu johtuu merkittävältä osin uusien, entistä kalliimpien lääkkeiden tulosta markkinoille, eli lääkärin määräämän lääkevalikoiman vaihtumisesta vanhoista, edullisista valmisteista uusiin ja kalliisiin (Soppi ym. 2018, Koskinen ym. 2009). Kuitenkin uudesta lääkkeestä saatava lisähyöty voi olla vähäinen (Koskinen ym. 2019).

Myös tilanteessa, jossa markkinoilla on edullisia rinnakkaisvalmisteita eikä lääkevaihto ole pakollista, lääkärin lääkevalinnat vaikuttavat oleellisesti lääkekustannuksiin. Suomessa rinnakkaisvalmisteiden määrääminen oli erittäin vähäistä ennen kuin vaihdosta edullisempaan valmisteeseen tuli pakollista (Martikainen ym. 1999). Varsinaisesti lääkkeiden hintakilpailu alkoi vasta lääkevaihdon myötä (Ahonen ym. 2005).

Lääkkeiden käyttö vaihtelee melko paljon alueittain (Saastamoinen ja Verho 2019, Suomen lääketilasto 2017). Esimerkiksi iäkkäillä vältettäväksi suositeltujen lääkkeiden määräämisen alueellinen vaihtelu ei ole yhteydessä alueen taloudellisen rakenteen, terveydenhuoltojärjestelmän tai sairastavuuden indikaattoreihin eikä asukastiheyteen. Todennäköistä onkin, että alueelliset erot johtuvat pitkälti lääkärin lääkemääräyskäytäntöjen eroista. Erot voivat näkyä muun muassa alueellisen lääkekustannusrakenteen vaihtelussa.

5 Lääkemenojen kehitys vuosina 2010–2018

5.1 Lääkemenot kokonaisuutena

Vuonna 2018 lääkkeiden kokonaismyynti oli 3 287 miljoonaa euroa (ilman reseptilääkkeiden toimitusmaksuja) ja siitä 2 188 miljoonaa euroa (67 prosenttia) oli apteekista myytävien avohoidon lääkkeiden osuus (Suomen lääketilasto 2018). Vuosina 2010–2018 kokonaismyynti kasvoi noin 26 prosenttia (Suomen lääketilastot 2010-2018) ja apteekista myytävien avohoidon lääkkeiden myynti kasvoi 17 prosenttia. Avohoidon reseptilääkkeistä yli 90 prosenttia oli korvattavia. Ei-korvattavien reseptilääkkeiden myynti on viime vuosina vaihdellut 100 ja 200 miljoonan euron välillä.¹⁴ Itsehoitolääkkeiden¹⁵ myynti vuonna 2018 oli 355 miljoonaa euroa, mikä oli kokonaislääkemyynnistä noin 11 prosenttia. (kuva 7)

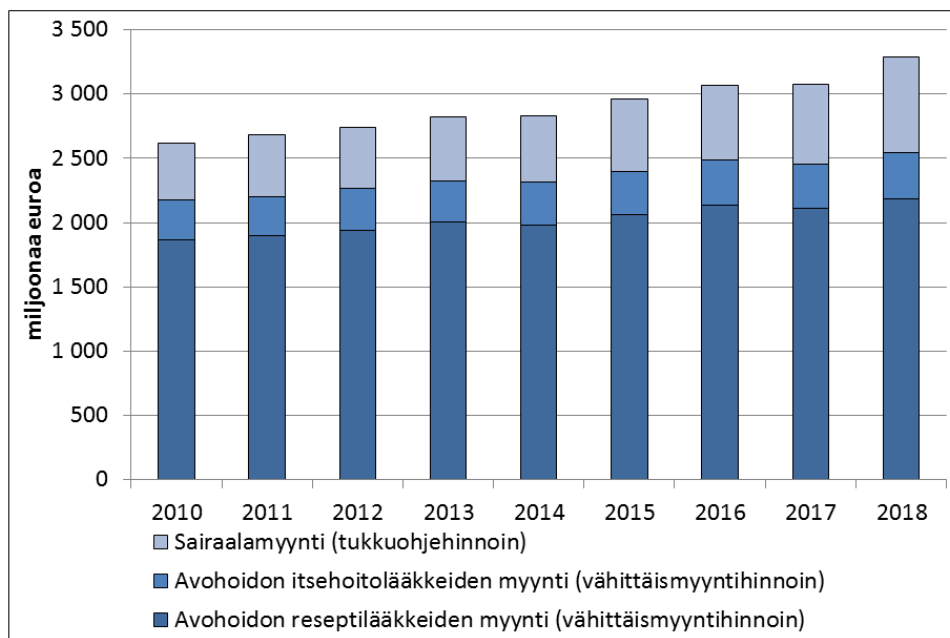
Vuosina 2010–2018 sairaalalääkkeiden kustannukset kasvoivat 68 prosenttia ja kasvuvauhti oli suhteessa nopeampi kuin avohoidon resepti- ja itsehoitolääkkeiden kustannuksilla (Suomen lääketilastot 2010-2018). Sairaalalääkemenojen kasvu perustuu kuitenkin tukkumyyntihintoihin, joissa ei ole huomioitu kilpailutusten tai riskinjakosopimusten aikaansaamia alennuksia. Kustannusten kasvu on merkittävästi kiihtynyt viime vuosina.

Lääkemyynnin kasvun taustalla on ollut etenkin uusien kalliiden lääkkeiden käyttöönotto esimerkiksi syöpien, diabeteksen ja MS-taudin lääkeshoidossa.¹⁶ Uusia, usein pienille potilasryhmille kohdennettuja ja yhä kalliimpia lääkkeitä on tullut markkinoille entistä aikaisemmassa vaiheessa ja vähäisemmällä näytöllä. Lääkemyynnin kasvua selittää myös väestön ikääntyminen, ikääntymisen myötä lisääntyneet sairaudet sekä lisääntynyt lääkkeiden käyttö.

¹⁴ Arvio perustuu lääketilastossa esitettyjen kokonaislääkemyynnin sekä resepti- ja itsehoitolääkkeiden myynnin erotukseen.

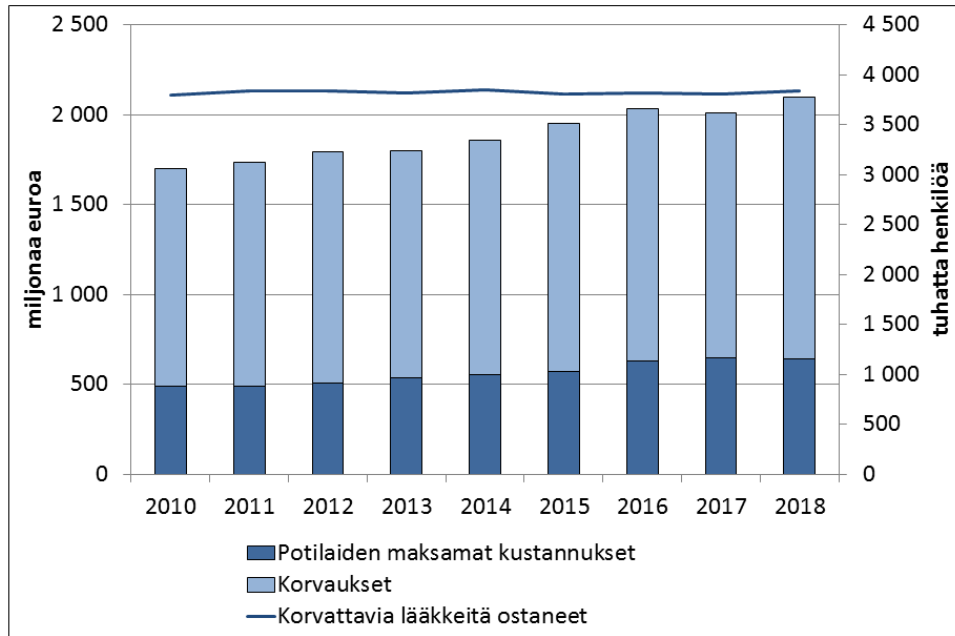
¹⁵ Mukaan lukien nikotiinikorvaustuotteet.

¹⁶ Yhä suurempi osa lääkemyynnistä koostuu kalliiden lääkkeiden myynnistä, ks. liite 2.



Kuva 7. Lääkkeiden kokonaismyyntin kehitys vuosina 2010-2018, käyvin hinnoin ilman reseptilääkkeiden toimitusmaksuja. Lähde: Suomen lääketilastot 2010-2018

Vuosina 2010-2018 korvattavien reseptilääkkeiden kustannukset kasvoivat 394 miljoonaa euroa (23 prosenttia). Vastaavasti korvattavia lääkkeitä ostaneiden määrä kasvoi samana aikana vain yhden prosentin. Korvauksen saajien määrä väheni, kun 50 euron alkuomavastuu astui voimaan. Vuosina 2010–2018 Kelan maksamat lääkekorvaukset kasvoivat yhteensä 235 miljoonaa euroa (19 prosenttia) (kuva 8). Vuonna 2018 korvauksista 979 miljoonaa euroa (67 prosenttia) maksettiin erityiskorvauksina. Vuosina 2010–2018 erityiskorvaukset kasvoivat 270 miljoonaa euroa (38 prosenttia) ja erityiskorvauksia saaneiden määrä kuusi prosenttia.

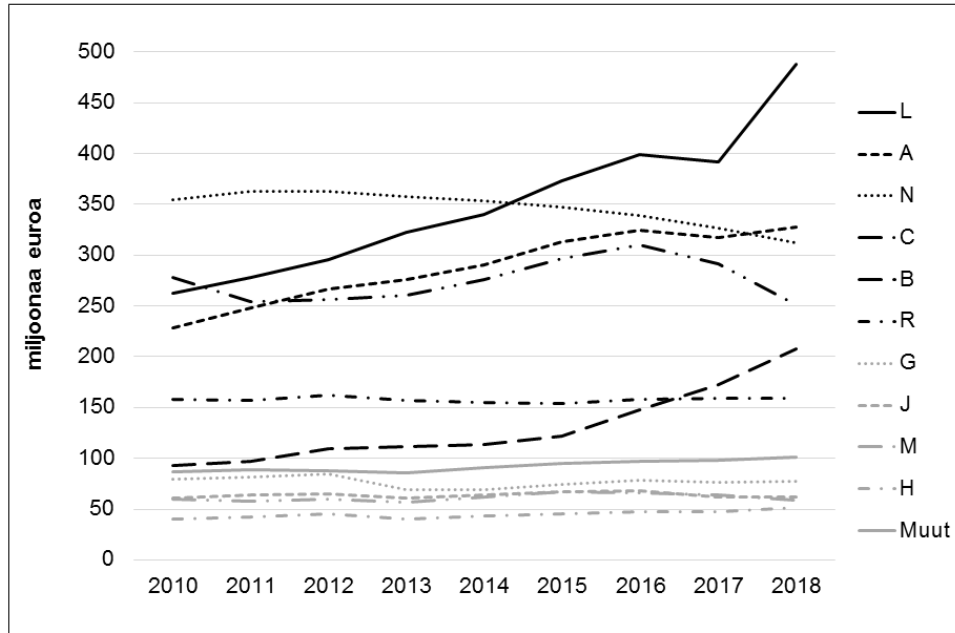


Kuva 8. Avohoidon korvattavien lääkkeiden kustannukset (käyvin hinnoin) ja korvattavia lääkkeitä ostaneet 2010–2018. Lähde: Kelan reseptitiedosto

5.2 Avohoidon lääkemenot lääkeryhmittäin

Lääkeryhmittäin tarkasteltuna erityisesti syöpälääkkeiden ja immuunivasteen muuntajien myynti on kasvanut. Kyseisen ryhmän kustannukset ovat kasvaneet muiden ryhmien kustannuksia nopeammin ja kustannukset ovat nykyään muita lääkeryhmiä selvästi korkeammat sekä avo- että sairaalahoidossa (Suomen lääketilastot 2010 ja 2018).

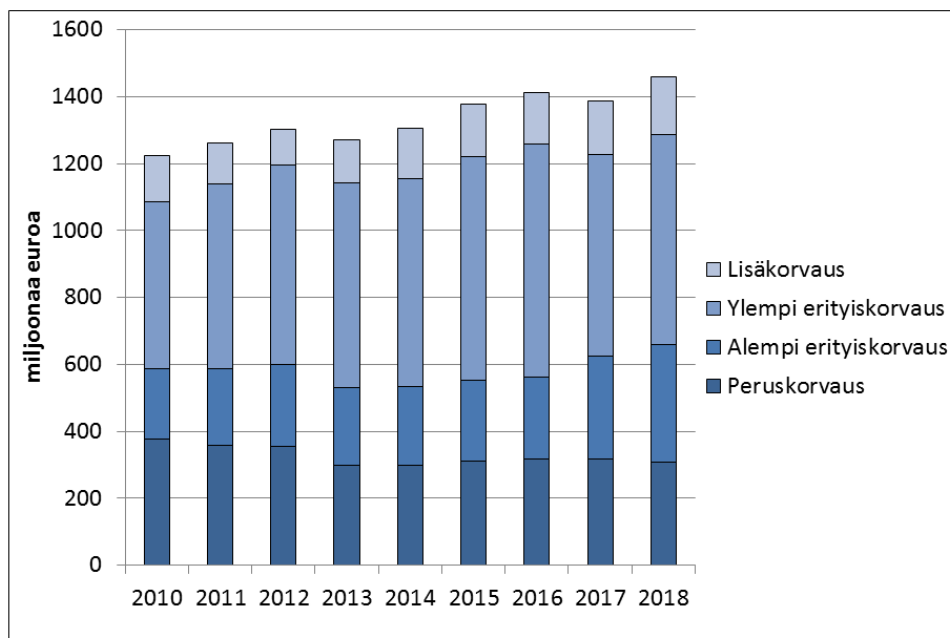
Avohoidossa käytettävien, korvattavien syöpälääkkeiden ja immuunivasteen muuntajien kustannukset kasvoivat 225 miljoonaa euroa (86 prosenttia) ja veritautien lääkekustannukset kasvoivat 115 miljoonaa euroa (123 prosenttia) vuosina 2010–2018. Muiden lääkeryhmien kustannusten kasvu oli maltillisempaa. Osassa lääkeryhmistä kustannukset pysyivät lähes ennallaan (esimerkiksi hengityselinsairauksien lääkkeet) tai pienenivät (esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien lääkkeet). (kuva 9)



L	Syöpälääkkeet ja immuunivasteen muuntajat
A	Ruuan sulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet
N	Hermostoon vaikuttavat lääkkeet
C	Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet
B	Veritautien lääkkeet
R	Hengityselinten sairauksien lääkkeet
G	Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet; sukupuolihormonit
J	Systemisesti vaikuttavat infektiolääkkeet
M	Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet
H	Systemisesti käytettävät hormonivalmisteet (pl. sukupuolihormonit)

Kuva 9. Avohoidon korvattavien lääkkeiden kustannukset (käyvin hinnoin) 2010–2018 lääkeryhmittäin.
Lähde: Kelan reseptitiedosto

Vuonna 2018 lisäkorvauksia maksettiin 174 miljoonaa euroa. Vuosina 2010–2018 lisäkorvaukset kasvoivat 36 miljoonaa euroa (26 prosenttia) ja lisäkorvauksia saaneiden määrä 73 prosenttia. Lisäkorvauksia saaneiden määrän kasvuun vaikutti lääkekaton tason alentaminen vuosina 2013 ja 2014. (kuva 10)



Kuva 10. Kelan maksamat lääkekorvaukset korvausluokittain 2010–2018, käyvin hinnoin. Lähde: Kelan sairaanhoitokorvausten tilastointitiedosto

6 Apteekkitalous

Tarkastelemme apteekkien taloutta pääsääntöisesti apteekkien liikevaihtojen ja liiketoiminnan kannattavuuden näkökulmista. Liikevaihto kuvaa liiketoiminnan laajuutta ja siinä huomioidaan vain apteekkien saama myyntitulo ilman arvonlisäveroa. Yhteiskunnan maksamaa hintaa lääkkeiden vähittäisjakelun ja apteekkipalvelujen järjestämisestä tarkastelemme apteekkien myyntikatteilla, joista on vähennetty apteekkivero. Vastaavasti liikevoittoja tarkastelemme sen arvioimiseksi, miten suuri osa lääkkeiden vähittäisjakelun hinnasta jää apteekkareille liiketoiminnan voittona.

Lisäksi tarkastelemme erikseen niitä tekijöitä, joiden tiedetään tai joiden arvioidaan olevan yhteydessä apteekkien kannattavuuteen. Näistä esimerkkinä ovat apteekkien sijaintialueet ja apteekkien tiloissa toimivat osakeyhtiöt, joihin tässä raportissa viittaamme apteekkien erillisyhtiöinä. Helsingin yliopiston ja Itä-Suomen yliopiston omistamia apteekkeja tarkastelemme erikseen.

6.1 Aineistokuvaus

Fimea kerää apteekkien taloutta koskevat tiedot apteekkareille vuosittain lähetettävällä taloustietokyselyllä. Kyselylomakkeella esitetään erilaisia kysymyksiä apteekkien liikevaihdon eristä, maksetuista veroista ja liiketoiminnan kuluista.¹⁷ Lisäksi kysytään apteekkien tiloissa harjoitettavasta muusta liiketoiminnasta. Kyselyllä ei kerätä tietoa apteekkikohtaisista lääkepakkaustason myynneistä, apteekin tarjoamista palveluista tai henkilöstörakenteesta.

6.1.1 Aineiston rajaukset

Tässä raportissa käytetään uusinta, vuoden 2018 apteekkien taloustietokyselyä. Kyselyyn vastasi 616 toiminnassa ollutta apteekkia.¹⁸ Vastauksista poistettiin tiedot kolmesta Ahvenanmaalla sijaitsevasta ja kahdesta yliopistojen omistamasta apteekista,

¹⁷ Liikevaihtoa ja lääkemyyntiä koskevat kysymykset esitetään erikseen apteekkeille, sivuapteekkeille ja apteekkien palvelupisteille. Muut tiedot kysytään apteekkarin omistuksessa olevien apteekkitoimipisteiden summana.

¹⁸ Vuonna 2018 toiminnassa olleista apteekkeista kahdelta apteekilta puuttui taloustietokyselyn vastaukset esiselvitystä tehtäessä.

jolloin aineistoon jäi yhteensä 611 apteekkia. Käytämme tätä aineistoa apteekkien liikevaihdon ja myyntikatteen aikasarjavertailuun¹⁹, sekä apteekkien ja niissä toimivien osakeyhtiöiden taloutta kuvaavien tunnuslukujen keskiarvojen laskemiseen.²⁰

Liikevoittojen aikasarjavertailua varten aineistosta poistettiin myös kaikki sellaiset apteekit, joiden omistaja on vaihtunut tilikauden aikana (82 apteekkia).²¹ Lisäksi aineistosta poistettiin seitsemän apteekin vastaukset, koska niissä havaittiin puutteita tai ne eivät olleet sisäisesti johdonmukaisia. Rajattua 522 apteekin aineistoa käytämme myös vuoden 2018 apteekkien taloutta kuvaavien jakaumien piirtämiseksi.

Aineistoa käsiteltäessä ilmeni, että vuonna 2018 ilmoitetut myyntikateluvut poikkeavat Fimean laskennallisista kannattavuusluvuista 185 apteekin osalta. Syitä havaittuihin epäselvyyksiin ei raportin kirjoitushetkellä tiedetä ja siksi ilmoitettuja tietoja ei ole poistettu aineistosta. Kyselyaineistoon liittyvän epävarmuuden ja erilaisten aineistorajauksen vuoksi tässä raportissa esitetyt luvut voivat poiketa muissa lähteissä esitetyistä luvuista.

Yksityisten apteekkien tilinpäätöstiedot eivät pääsääntöisesti ole julkisia. Tästä syystä noudatamme osassa kuvista sääntöä, jonka mukaan esitettävän kuvan kussakin havaintopisteessä on kymmenen apteekin ryhmä. Havaintoryhmät muodostettiin rajattua 522 apteekin aineistosta, jolloin ryhmiä oli yhteensä 52. Mahdollisen sääntelyuudistuksen vaikutusten arvioimiseksi apteekkikohtaisten tietojen kerääminen ja niiden hyödyntäminen olisi kuitenkin tarpeellista.

Fimea kerää yliopistojen apteekkien taloustiedot samassa laajuudessa kuin yksityisten apteekkien taloustiedot. Yliopistojen apteekkien taloutta ei kuitenkaan tarkastella osana yksityisten apteekkien taloutta, koska niiden liiketoiminta on selvästi yksityisiä apteekkeja laajempaa ja siksi ne myös vääristäisivät yksityisten apteekkien liiketoimintaa kuvaavia lukuja. Kun toimijoita on vain kaksi, olisivat yliopistojen apteekit analyysistä myös suoraan tunnistettavissa.

¹⁹ Ennen vuotta 2017 raportoidut luvut eivät ole suoraan vertailukelpoisia muiden vuosien lukuihin, johtuen esimerkiksi muuttuneista tiedonkeruu- ja kirjanpitoikäytännöistä. Vuodesta 2017 lähtien Fimea on kerännyt apteekkien taloustiedot sähköisellä kyselylomakkeella. Kirjanpitolain muuttamisen vaikutuksen apteekkien ilmoittamaan liikevoittoon on selitetty tarkemmin Fimean Apteekkien tilinpäätösanalyysissä 2014-2017.

²⁰ Niissä apteekeissa, joissa omistaja vaihtui vuoden 2018 aikana, tarvittavat tiedot saatiin laske-
malla luovuttavan ja vastaanottavan apteekkarin ilmoittamat luvut yhteen.

²¹ Apteekkarivaihdoksilla on merkitystä sekä luovuttavan, että vastaanottavan apteekkarin samasta apteekista tekemän tilinpäätöksen kuluihin. Kirjanpidollisesti liikevoitto ei ole omistajanvaihdostilanteessa suoraan vertailukelpoinen muun aineiston kanssa.

6.2 Apteekkilouden nykytila

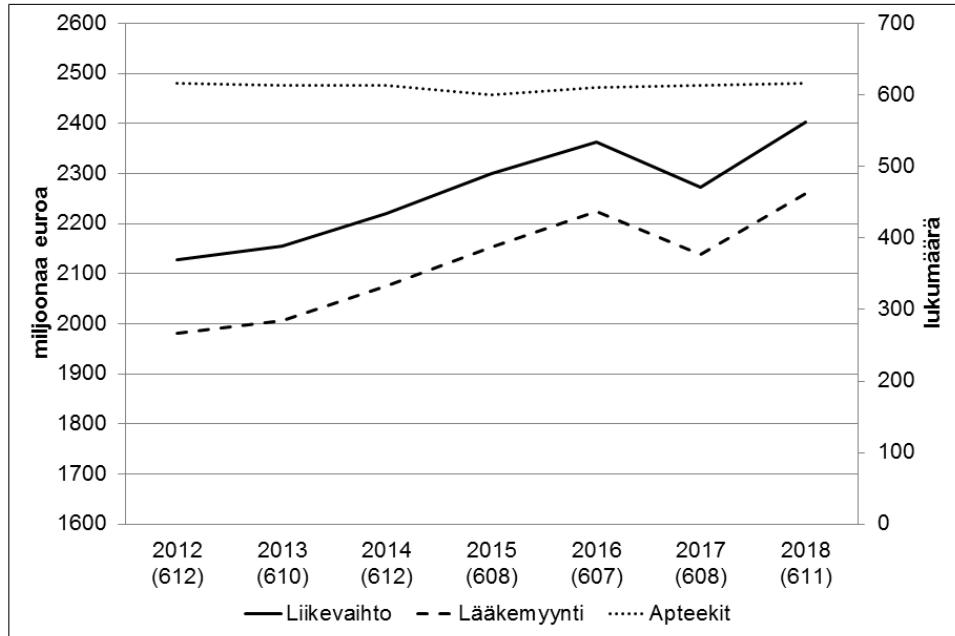
Apteekiveron perusteen laskemiseksi apteekkari pitää erikseen kirjata kunkin omistamansa toimipisteen liikevaihdosta, mutta tilinpäätöksissä kaikkien toimipisteiden liike-toiminnan kulut kirjataan pääapteekin kuluiksi. Vuonna 2018 apteekeista (611 apteekkia) 157:llä oli ainakin yksi sivuapteekki ja 70:llä ainakin yksi palvelupiste. Tästä syystä tarkastelemme apteekkiliiketoimintaa pääsääntöisesti apteekkarin omistamien pääapteekin, sivuapteekin ja palvelupisteiden muodostamana kokonaisuutena, johon tässä raportissa viittaamme apteekkina.

6.2.1 Liikevaihto

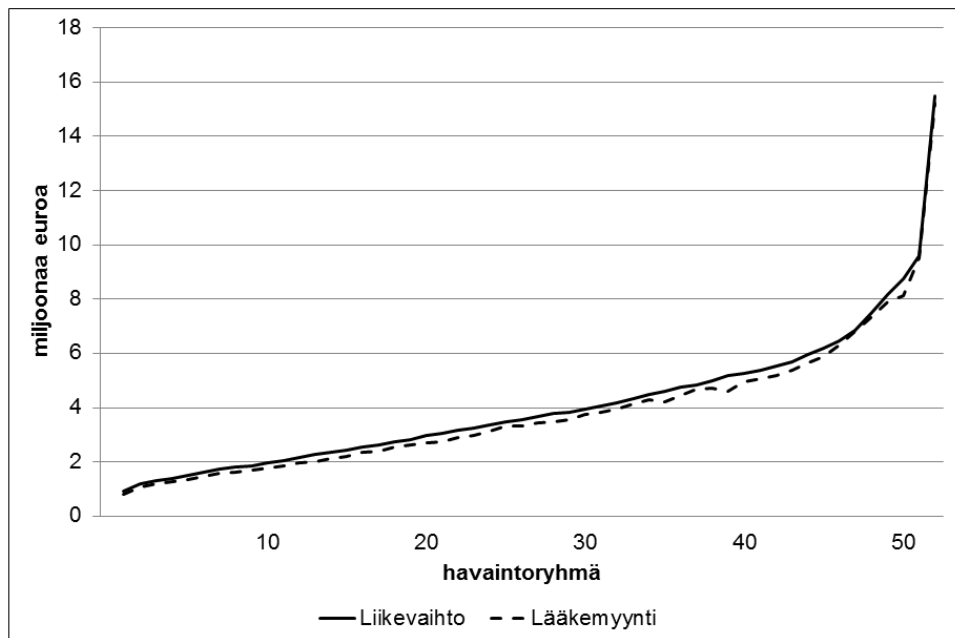
Vuonna 2018 aineiston apteekkien liikevaihto oli yhteensä 2 403 miljoonaa euroa.²² Liikevaihdosta 93 prosenttia oli lääkemyyntiä, josta noin 75 prosenttia oli reseptilääkkeiden myyntiä.²³ Yleisten kauppatavaroiden myynnin osuus liikevaihdosta oli kuusi prosenttia. Loput liikevaihdosta piti sisällään muun muassa lääkemyyntiä laitoksille ja sopimusvalmistusta. Aineiston apteekeilla verkkokaupan osuus kokonaisliikevaihdosta oli 0,07 prosenttia ja niillä apteekeilla, jotka ilmoittivat tarjoavansa verkkopalveluja (104 apteekkia) noin 0,2 prosenttia.

²² Esitämme kaikki liikevaihtoa ja myynnin eriä kuvaavat luvut ilman arvonlisäveroa.

²³ Tarkkoja tietoja lääkemyynnin jakautumisesta resepti- ja itsehoitolääkkeisiin ei raportin kirjoitushetkellä ole saatavilla.



Kuva 11. Apteekkien liikevaihto, lääkemyynti ja apteekkien lukumäärät vuosina 2012-2018. Aineistossa olevien apteekkien lukumäärät eri vuosina on ilmoitettu suluissa. Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea



Kuva 12. Apteekkien myynnin rakenne vuonna 2018. Kuvassa 52 havaintoryhmää on järjestetty havaintoryhmän apteekkien liikevaihdon keskiarvon mukaan pienimmästä suurimpaan. Lääkemyynti perustuu 10 prosentin arvonlisäverokannan myyntiin, jossa voi olla mukana myös farmaseuttisten palvelujen myyntiä. Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea

Vuosina 2012–2018 aineiston apteekkien kokonaisliikevaihto kasvoi yhteensä 275 miljoonaa euroa (13 prosenttia). Vuonna 2017 liikevaihto väliaikaisesti laski, mutta vuonna 2018 se on kääntynyt takaisin nousuun (kuva 11). Vuonna 2018 apteekkien liikevaihdon keskiarvo oli 3,9 miljoonaa euroa (mediaani 3,5 miljoonaa euroa).²⁴ Toiminnassa olevien apteekkien²⁵ määrä ei ole kasvanut vuodesta 2012 (616 apteekkia) vuoteen 2018, mikä on osaltaan mahdollistanut apteekkien keskimääräisen liikevaihdon kasvun.

Kuvasta 12 havaitaan, että lääkemyynti muodostaa valtaosan apteekkien liikevaihdosta kaiken kokoisissa apteekeissa. Lääkemyynnin kasvua (kuva 11) puolestaan selittävät väestön ikääntyminen sekä ikääntyvän väestön lisääntynyt lääkkeiden käyttö. Kasvua selittävät myös myynnin siirtyminen uusiin aikaisempaa kalliimpiin lääkkeisiin ja terveydenhuollon palvelurakenteen muuttuminen aikaisempaa avohoitopainotteisemmaksi.

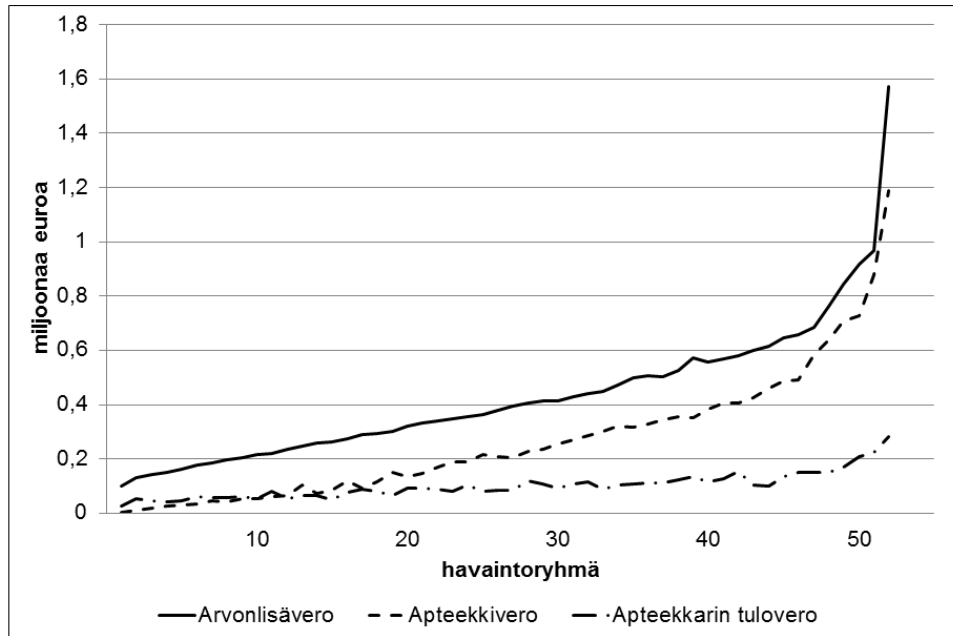
6.2.2 Verotus

Apteekin verotus muodostuu arvonlisäverosta, apteekkiverosta ja apteekkarin henkilökohtaisesta tuloverosta.

Vuonna 2018 yksityisten apteekkien myynneistä tilitettiin yhteensä 253 miljoonaa euroa arvonlisäveroa. Arvonlisäverosta 89 prosenttia oli alennetun 10 prosentin verokannan mukaista, pääsääntöisesti lääkemyynnistä tilitettyä veroa. Arvonlisäverosta kolme prosenttia oli alennetun 14 prosentin arvonlisäverokannan mukaista veroa, johon kuuluvat muun muassa elintarvikkeet ja loput kahdeksan prosenttia oli yleisen 24 prosentin arvonlisäverokannan mukaista veroa.

²⁴ Apteeekeissa joissa omistaja vaihtui vuoden 2018 aikana, keskimääräinen liikevaihto oli 3 miljoonaa euroa ja mediaani 2,5 miljoonaa euroa. Keskimääräinen liikevaihto oli siis 0,9 miljoonaa euroa vähemmän kuin aineiston apteekeissa keskimäärin.

²⁵ Vuosina 2012-2018 perustettiin yhteensä 23 uutta apteekkia, mutta alueilla jo toimivien apteekkarien valituksista johtuen vain seitsemän on aloittanut toimintansa ennen vuotta 2019.



Kuva 13. Yksityisten apteekkien maksama arvonlisävero (10,14 ja 24 prosenttia), apteekkivero ja apteekkarin tulovero vuonna 2018. Kuvassa 52 havaintoryhmää on järjestetty liikevaihdon keskiarvon mukaan pienimmästä suurimpaan. Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea

Vuonna 2018 aineiston apteekit tilittivät apteekkiveroa²⁶ yhteensä 155 miljoonaa euroa, mikä oli noin 6,5 prosenttia apteekkien kokonaisliikevaihdosta. Korkeimman liikevaihdon havaintoryhmä maksoi apteekkiveroa merkittävästi enemmän kuin muut apteekit keskimäärin (kuva 13). Tämä johtuu siitä, että apteekkivero määräytyy progressiivisesti apteekin liikevaihdon mukaan. 16 apteekkia ei maksanut lainkaan apteekkiveroa vuonna 2018.

Apteekkien liikevoittoa verotetaan apteekkarin henkilökohtaisena tulona. Veron suuruus määräytyy progressiivisesti apteekkarin kaikkien verovuoden ansiotulojen perusteella. Päätoimisella apteekkarilla ansiotulojen voidaan ajatella olevan apteekkarin työstä saatua tuloa. Lisäksi korkeintaan 20 prosentin osuus apteekin nettovarallisuudesta voidaan laskea apteekkarin pääomatuloksi, jolloin sitä verotetaan 30 prosentin verokannan mukaan, jos apteekkarin verovuoden pääomatulot ovat korkeintaan 30 000 euroa ja ylimenevältä osalta 34 prosentin verokannan mukaan.

Vuonna 2018 yksityiset apteekkarit maksoivat tuloveroa 39 prosenttia apteekkien kokonaisliikevoitosta. Kuvasta 13 voidaan tulkita, että progressiivinen apteekkivero hieman

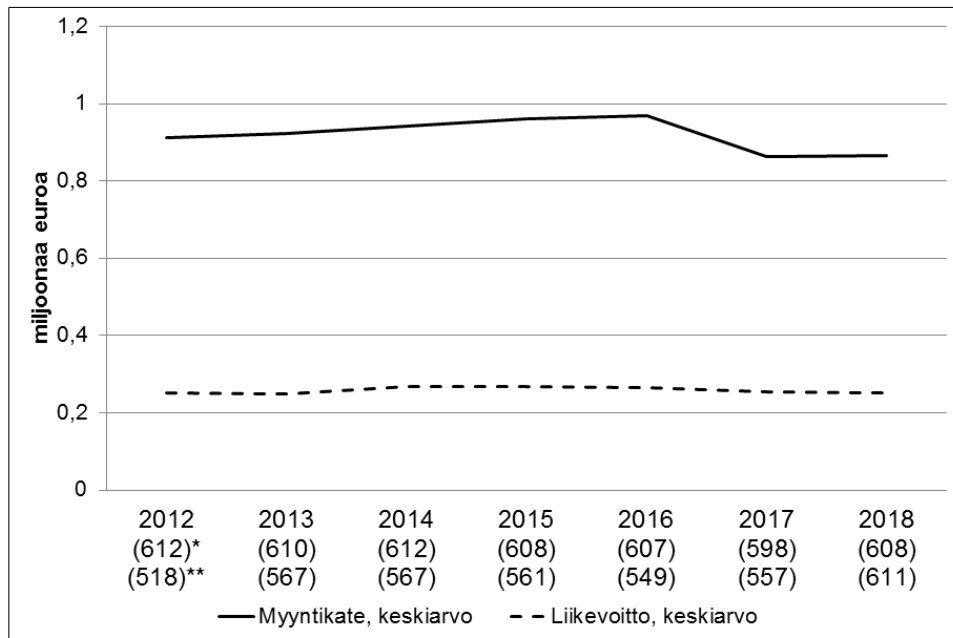
²⁶ Apteekkiveron määräytymisestä tarkemmin sivulla 26.

tasaa erikokoisten apteekkien liikevoittoja. Kuvassa ei kuitenkaan huomioida eroja apteekkien kulurakenteissa, jotka osaltaan vaikuttavat liikevoiton veron perusteeseen.

6.2.3 Kannattavuus

6.2.3.1 Myyntikateprosentit ja liikevoittoprosentit

Tarkastelemme apteekkien kannattavuutta kahdella toisiaan täydentävällä mittarilla, apteekkien myyntikatteilla ja liikevoitoilla.



Kuva 14. Apteekkien keskimääräinen myyntikate ja liikevoitto vuosina 2012-2018. Aineistossa olevien apteekkien lukumäärät on ilmoitettu kunkin vuoden kohdalla suluissa. Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea

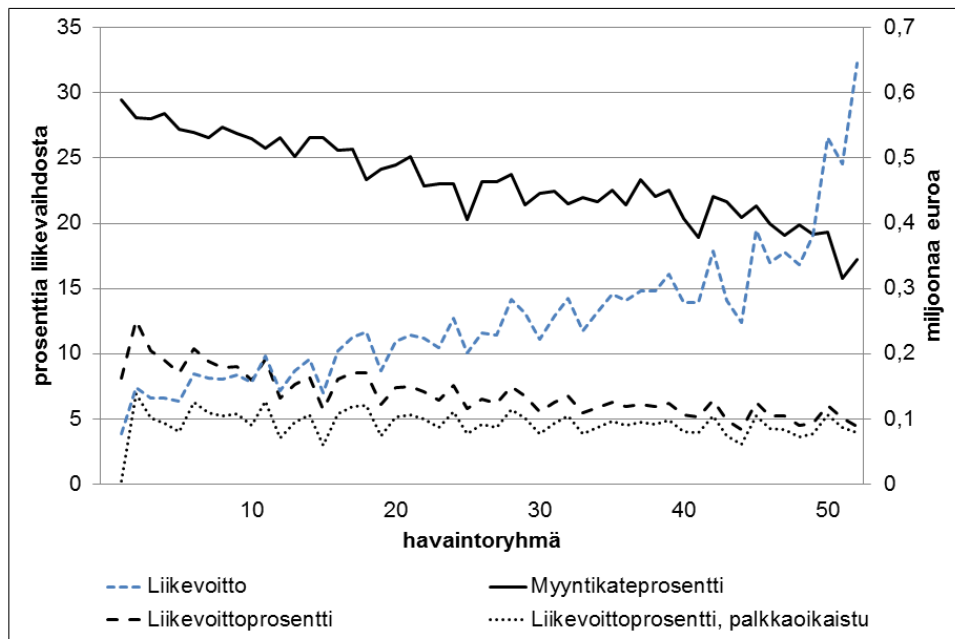
*Havaintojen lukumäärä myyntikateprosenttien laskemisessa

**Havaintojen lukumäärä liikevoittojen laskemisessa. Aineistoista on poistettu apteekit, joissa omistaja vaihtui tarkasteluvouden aikana.

Apteekkien myyntikate saadaan vähentämällä myyntituotoista myyntiä vastaavat tavarastot ja apteekkivero, mutta ei muita liiketoiminnan kuluja. Apteekkien keskimääräinen myyntikate vuonna 2018 oli 867 000 euroa²⁷, mikä oli viisi prosenttia vähemmän kuin vuonna 2012. Vastaavasti keskimääräinen liikevoitto vuonna 2018 oli 252 000 euroa, eli sama kuin vuonna 2012.

²⁷ Tieto perustuu apteekkarien taloustietokyselyssä ilmoittamiin myyntikatteisiin.

Myyntikateprosentti saadaan suhteuttamalla myyntikate apteekin liikevaihtoon. Myyntikateprosentteissa on viime vuosina ollut havaittavissa laskua (kuva 14.). Lääkemyynnin osalta myyntikateprosenttien laskua voisi selittää pakkaushintajakauman siirtyminen voimakkaammin kalliisiin lääkkeisiin, joista apteekit saavat suhteellisesti pienemmän katteen kuin edullisista lääkkeistä.



Kuva 15. Apteekkien liikevoitto, myyntikateprosentti ja liikevoittoprosentti, sekä palkkakoikaistu liikevoittoprosentti vuonna 2018. Kuvassa 52 havaintoryhmää on järjestetty liikevaihdon keskiarvon mukaan pienimmästä suurimpaan. Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea

Vuonna 2018 yksityisten apteekkien keskimääräinen myyntikateprosentti oli 24. Apteekin liikevaihdon kasvaessa apteekin myyntikateprosentti tyypillisesti laskee (kuva 15). Laskua selittää muun muassa liikevaihdon myötä progressiivisesti kasvava apteekkivero. On myös mahdollista, että erittäin kalliita, suhteellisesti pienempikatteisia lääkkeitä jaellaan enemmän liikevaihdolla mitattuna isoista kuin pienistä apteekeista.

Kun lääkkeiden tukku- ja vähittäismyyntihinnat ovat kaikille apteekeille samat, eivät apteekkien erot kulurakenteissa vaikuta yllä esitettyihin myyntikateprosentteihin. Toisaalta myyntikateprosentti ei ota huomioon alueellisia eroja apteekkien maksamissa tilavuokrissa tai apteekin toiminnan laajuuden myötä kasvavia henkilöstökuluja. Apteekin kulurakenne on huomioitava silloin, kun arvioidaan apteekeille lääkejakelesta maksettua korvausta.

Lääkkeiden vähittäisjakelun kustannuksista apteekkeille jäävää osuutta arvioimme liikevoittojen avulla. Liikevoitto ilmaisee yrityksen liiketoiminnan tuloksen ennen tilinpäätössiirtoja ja veroja. Liikevoittoprosentti saadaan suhteuttamalla liikevoitto apteekin liikevaihtoon. Apteekkien liikevoittoprosentit ovat myös laskeneen viime vuosina (kuva 15). Laskua selittävät samat tekijät kuin myyntikateprosenttien laskua, sekä mahdollinen kasvu palkkakustannuksissa ja muissa liiketoiminnan kuluissa.

Vuonna 2018 yksityisten apteekkien yhteenlaskettu liikevoitto ennen tilinpäätössiirtoja ja veroja oli 156 miljoonaa euroa. Samana vuonna tappiollisia apteekkeja oli yhteensä 11, eli noin kaksi prosenttia kaikista aineiston apteekkeista. Tappiollisia apteekkeja oli neljä enemmän kuin vuonna 2012.

Apteekkitoimintaa harjoitetaan toiminimellä, eikä apteekkari siksi voi maksaa itselleen palkkaa. Voidaan siis ajatella, että apteekin tilikauden voiton tulisi kattaa kulujen lisäksi apteekkarille työstä maksetun korvauksen. Ei kuitenkaan ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää siitä, miten apteekkarin palkka ja apteekin liiketoiminnan tulos voitaisiin erottaa toisistaan. Kuvassa 15 esitämme myös palkkakoikaistun liikevoittoprosentin, joka saadaan vähentämällä kaikkien apteekkien liikevoitosta proviisorin ylin, 67 000 euron taulukkopalkka.²⁸ Palkkakoikaisun jälkeen vuonna 2018 apteekkien keskimääräinen liikevoittoprosentti oli 4,8 ja vastaavasti tappiollisten apteekkien määrä oli 34.

Apteekkien keskimääräinen tilikauden voitto verojen, tilinpäätössiirtojen ja palkkakoikaisun jälkeen vuonna 2018 oli 89 000 euroa, mikä on noin 2,3 prosenttia apteekkien keskimääräisestä liikevaihdosta.

Toimialan vahvan sääntelyn vuoksi apteekkien liikevoittoprosenttien tulkintaan liittyy useita haasteita. Esimerkiksi lääkitysturvallisuuteen liittyvien velvoitteiden voidaan ajatella nostavan apteekkiliiketoiminnan kuluja verrattuna toimialoihin, joissa sääntely on kevyempää kuin apteekkitoimialalla. Toisaalta on myös mahdollista, että markkinakilpailun puuttuminen vähentää apteekkitoimialan investointipaineita ja siten laskee apteekkitoimialan kuluja verrattuna muihin toimialoihin. Myös liiketoiminnan riskit säännellyllä alalla ovat todennäköisesti pienemmät kuin vapailla markkinoilla.

²⁸ Farmaseuttien palkat 1.1.2018 alkaen (Farmasialiitto, 2017). Vuosipalkka on saatu kertomalla ylin kuukausikohtainen taulukkopalkka (5 152 euroa) 12 kuukaudella ja lisäämällä saatuun lukuun yhden kuukauden palkka, joka kattaa lomarahat ja vuorolisät.

6.2.3.2 Apteekkien alueellinen tarkastelu

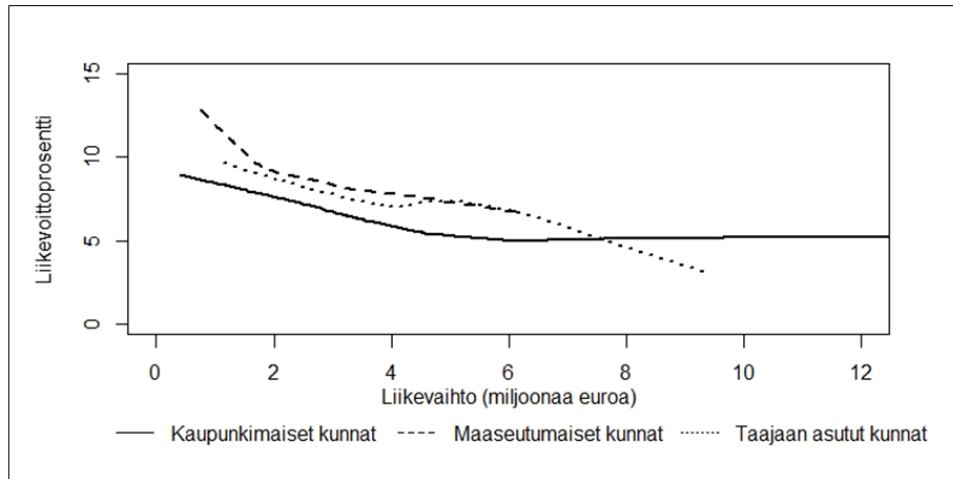
Apteekkijärjestelmän määrä- ja sijaintisääntelyn tavoite on turvata maankattavat apteekkipalvelut ja niiden tasavertainen saavutettavuus asuinpaikasta riippumatta. Sääntelyn yhtenä tarkoituksena on turvata apteekkitoiminta myös harva-asutusalueilla ja syrjäseuduilla, joilla palvelujen saavutettavuus oletetaan sääntelyn puuttuessa eniten uhatuksi. Perinteisten apteekkien yhteydessä toimiva verkkoapteekkitoiminta tukee apteekkipalveluiden maanlaajuista saatavuutta. Tässä esiselvityksessä pyrimme valottamaan sitä, millaisilla alueilla toimivien apteekkien kannattavuus on heikkoa ja millaisilla alueilla toiminta on kannattavaa.

Lukuun ottamatta suuria kaupunkeja, lähes kaikissa Suomen kunnissa on alle kymmenen apteekkia ja siksi tarkastelemme apteekkien taloutta Tilastokeskuksen kuntaryhmien keskiarvoina. Tilastokeskuksen kuntaryhmät ovat kaupunkimaiset, maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat, joiden luokittelukriteerinä ovat kunnan taajamaväestön osuus ja suurimman taajaman väkiluku²⁹. Vuoden 2018 luokituksen mukaan Suomen kunnista 39 prosenttia oli maaseutumaisia, 21 prosenttia taajaan asuttuja ja 40 prosenttia kaupunkimaisia kuntia (Tilastokeskus 2019). Maaseutumaisissa kunnissa sijaitsee 26 prosenttia, taajaan asutuissa kunnissa 17 prosenttia ja kaupunkimaisissa kunnissa 58 prosenttia aineiston apteekeista.

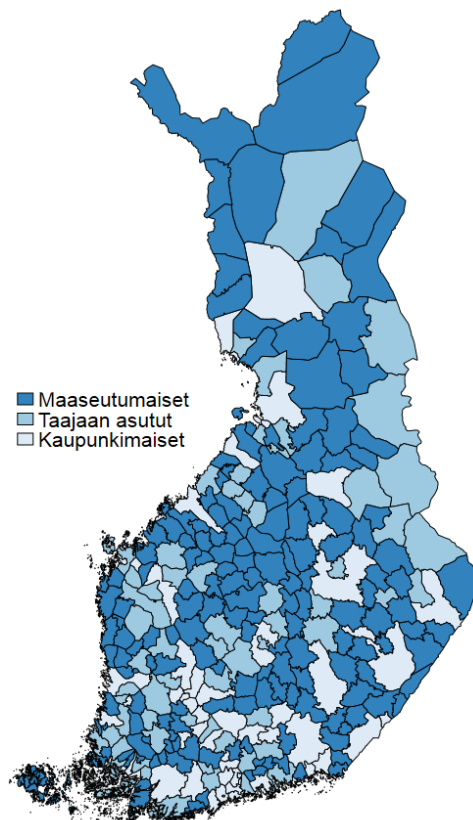
Apteekkarin omistamat sivuapteekit ja palvelupisteet tyypillisesti sijaitsevat samassa kunnassa kuin pääapteekki. Tästä syystä apteekkikohtaisessa tarkastelussa kuntatyyppi määräytyy pääapteekin mukaan.³⁰

²⁹ Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 prosenttia asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 prosenttia, mutta alle 90 prosenttia asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 prosenttia asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 prosenttia, mutta alle 90 prosenttia asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 4 000. (Tilastokeskus, 2020)

³⁰ Sivuapteekkien ja apteekin palvelupisteiden sijaintia eri kunnassa kuin pääapteekki ei kuitenkaan ole erikseen rajoitettu.



Kuva 16a. Yksityisten apteekkien liikevoittoprosentit taajaan asutuissa kunnissa, kaupunkimaisissa ja maaseutumaisissa kunnissa vuonna 2018. Kuvassa esitetään lowess-sovitteen (lokaali regressiomalli) avulla saadut käyrät apteekkien havaintoryhmille. Käyrät kuvaavat kussakin havaintoryhmässä liikevoittoprosenttia suhteessa liikevaihtoon. Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea



Kuva 16b. Tilastokeskuksen luokittelemat vuoden 2018 kuntaryhmät (maaseutumaiset, taajaan asutut ja kaupunkimaiset kunnat) kartalla.

Yksityisten apteekkien kannattavuus vuonna 2018 oli hyvä suuressa osassa maata. Kuntatyyppien välillä esiintyy kuitenkin eroja apteekkien liikevoittoprosenteissa. Liikevaihdolla mitattuna pienissä apteekeissa liikevoittoprosentti oli korkein maaseutumaisissa kunnissa. Kaupunkimaisissa kunnissa liikevoittoprosentti ei ollut yhtä voimakkaasti yhteydessä apteekin liikevaihtoon, kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa. Kaikissa kuntatyypeissä liikevoittoprosentti oli korkea pienissä apteekeissa ja laski liikevaihdon kasvaessa. (kuvat 16a ja 16b)

Havaitut kannattavuuserot eri kuntaryhmien välillä voivat johtua esimerkiksi siitä, että apteekkien myynnin rakenne ja liiketoiminnan kulut vaihtelevat kuntaryhmien välillä.

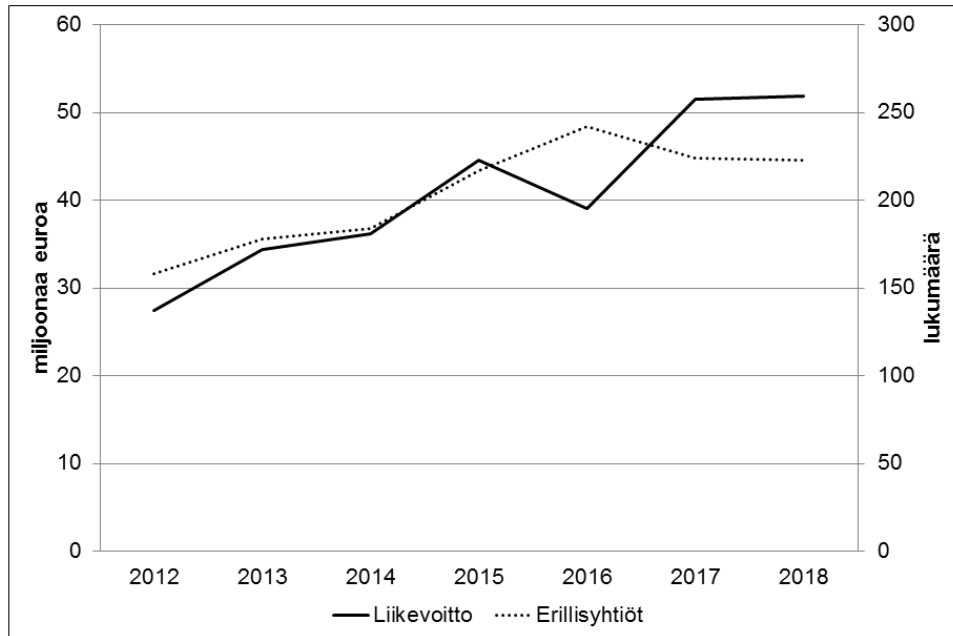
6.2.3.3 Apteekkien tiloissa toimivat erillisyhtiöt

Vuonna 2018 yhteensä 239 apteekin tiloissa toimi osakeyhtiömuotoisia erillisyhtiöitä (kuva 17). Tarkasteluaineistossa on yhteensä 223 erillisyhtiötä, sillä osa erillisyhtiöistä toimii useammassa kuin yhdessä apteekissa.

Erillisyhtiöiden kautta myydään erilaisia vapaan kaupan tuotteita, elintarvikkeita ja esimerkiksi terveydenhoitoon sekä hyvinvointiin liittyviä palveluita. Valtaosa erillisyhtiöiden myynneistä kuuluu 24 prosentin ja alennetun 14 prosentin arvonlisäveroluokkiin. Niissä apteekeissa, joiden tiloissa ei toimi erillisyhtiötä, edellä mainitut tuotteet ja palvelut myydään apteekin kautta. Käytännössä apteekin asiakas ei välttämättä tiedosta asioineensa kahdessa eri yrityksessä apteekkikäyntinsä aikana. Kassakuitista tämä kuitenkin on havaittavissa.

Erillisyhtiön tuloksesta maksetaan 20 prosentin verokannan mukaista yhteisöveroa ja siksi siirtämällä yleisten kauppatavaroiden myynti apteekista erillisyhtiöön, on apteekkarin mahdollista pienentää liiketoimintansa verorasitusta. Osakeyhtiömuotoisia erillisyhtiöitä perustetaan suurempien apteekkien yhteyteen (kuva 18) erityisesti siinä tilanteessa, kun apteekin muun kuin lääkemyynnin liikevaihto lähestyy 20 prosentin osuutta kokonaisliikevaihdosta.³¹

³¹ Apteekkiveron muodostumisesta ks. sivu 26



Kuva 17. Apteekkien tiloissa toimivien erillisyhtiöiden määrä ja liikevoitto vuosina 2012-2018.

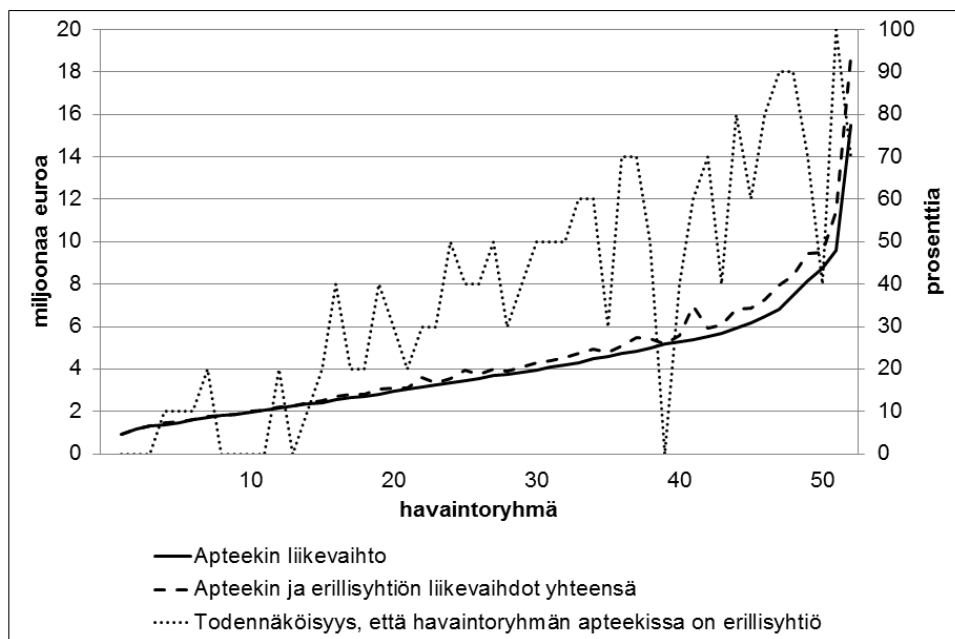
Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea

Vuonna 2018 erillisyhtiöiden liikevaihto oli yhteensä 210 miljoonaa euroa, mikä oli 12 prosenttia enemmän kuin vuonna 2017. Raportin kirjoitushetkellä tietoa erillisyhtiöiden liikevaihdoista vuosina 2012-2016 ei ole käytettävissä. Vuonna 2018 erillisyhtiöiden yhteenlaskettu liikevoitto oli puolestaan 52 miljoonaa euroa ja kasvua vuodesta 2012 oli lähes 90 prosenttia. Erillisyhtiöiden määrä on kasvanut tarkastelujakson aikana. (kuva 17)

Verrattuna apteekkeihin, erillisyhtiöiden korkeampaa kannattavuutta selittää muun muassa se, että myynnistä ei makseta apteekkiveroa. Apteekkarin tulonmuodostuksen näkökulmasta olennaista on myös se, että erillisyhtiöiden voittoa verotetaan kevyemmin kuin apteekkien tekemää voittoa. Liikevaihdoltaan pienikokoisissa apteekeissa yleisten kauppatarvikkeiden myynnin säilyttäminen apteekeissa voi apteekkarin alhaisen ansiotuloverotuksen vuoksi olla taloudellisesti järkevää.

Apteekkari vastaa itse apteekkinsa tuotevalikoimasta, eikä apteekin tiloissa toimivien erillisyhtiöiden tuotevalikoimasta ole laissa erikseen säädetty. Apteekkariliitto on laatinut ei-lääkkeellisten tuotteiden myynnistä ohjeistuksen. Ohjeistuksessa nostetaan esiin se, että ei-lääkkeellisten tuotteiden valinnassa tulisi huomioida apteekkien imago luotettavana terveydenhuollon toimijana (Suomen Apteekkariliitto, 2017).

Apteekin tilojen yhteydessä erillisyhtiön nimissä harjoitettavaa liiketoimintaa koskevat samat säännöt kuin muita osakeyhtiöitä. Yleisten kauppatavaroiden myynnin lisäksi erillisyhtiöiden nimissä voidaan harjoittaa muutakin kuin apteekkeihin liittyvää tavaroiden ja palvelujen myyntiä. Erillisyhtiön nimissä voidaan harjoittaa esimerkiksi sijoitus-toimintaa, jonka tuotot tai tappiot eivät näy erillisyhtiön liikevaihdossa, mutta niillä on merkitystä erillisyhtiön liikevoittoon ja siten sen verotukseen. Erillisyhtiötoiminta siirtyy yleensä apteekkarin mukana esimerkiksi apteekkarin jäädessä eläkkeelle tai apteekkarin vaihdoksen yhteydessä.



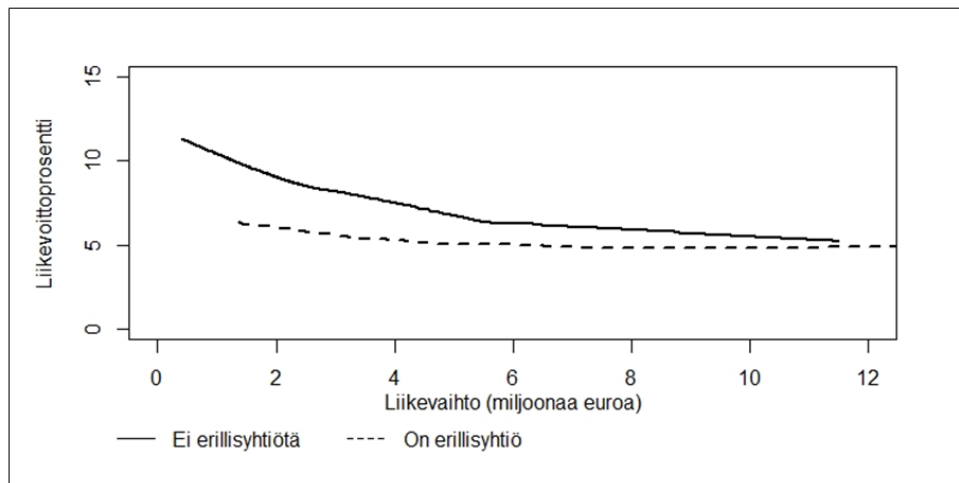
Kuva 18. Apteekkien vuoden 2018 liikevaihto ja yhteenlaskettu apteekin ja erillisyhtiön liikevaihto, sekä havaintoryhmäkohtaisesti osuus apteekkeista, joilla on erillisyhtiö. Kuvassa 52 havaintoryhmää on järjestetty liikevaihdon keskiarvon mukaan pienimmästä suurimpaan. Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea

Myynnin siirtyminen apteekista erillisyhtiöön laskee apteekin potentiaalista liikevaihtoa. Kuvassa 18 apteekin potentiaalinen liikevaihto esitetään apteekin ja erillisyhtiön liikevaihdon summana. Apteekkien kannattavuuteen erillisyhtiöt voivat vaikuttaa myös silloin, jos apteekkien ja osakeyhtiöiden välillä vuokrataan toimitiloja tai henkilöstöä. Esimerkiksi jos apteekin käyttämä toimitila on erillisyhtiön omistuksessa, maksaa apteekki tilan käytöstä vuokraa. Vuokraa vastaava summa näkyy apteekin tuloslaskelmassa menona ja erillisyhtiön tuloslaskelmassa tulona.

Erillisyhtiöiden moninaisia merkityksiä apteekkitoiminnalle ja sen kannattavuudelle on aikaisemmin tutkittu Pellervon taloustutkimuksen raportissa hyödyntämällä yritysten

tilinpäätösaineistoja vuosilta 2000-2013 (Holm ym. 2013). Raportissa todetaan erillisyhtiötoiminnan olleen tarkastelujaksolla selvästi perinteistä apteekkitoimintaa kannattavampaa eri tuotevalikoiman sekä vähäisten henkilöstökulujen seurauksena.

Holmin ym. (2013) raportissa myös osoitetaan yhteys apteekkien kannattavuuden ja apteekin tiloissa harjoitettavan erillisyhtiötoiminnan välillä. Kannattavuus on heikompaa apteekteissa, joiden tiloissa toimii erillisyhtiö verrattuna apteekkeihin, joiden tiloissa ei toimi erillisyhtiötä. Heikompaa kannattavuutta kuitenkin kompensoi erillisyhtiöiden verrattain korkea kannattavuus. Apteekin ja erillisyhtiön taloutta tulisivin aina tarkastella kokonaisuutena.



Kuva 19. Liikevoittoprosentti apteekteissa, joiden tiloissa toimii erillisyhtiö ja apteekteissa, joiden tiloissa ei toimi erillisyhtiötä vuonna 2018. Kuvassa esitetään lowess-sovitteen (lokaali regressiomalli) avulla saadut käyrät apteekkien havaintoryhmille. Käyrät kuvaavat kussakin havaintoryhmässä liikevoittoprosenttia suhteessa liikevaihtoon. Lähde: Apteekkien taloustietokysely, Fimea

Vuonna 2018 apteekteissa, joiden tiloissa ei toiminut erillisyhtiötä, liikevoittoprosentti oli hieman korkeampi kuin apteekteissa, joiden tiloissa toimi erillisyhtiö (kuva 19). Ero liikevoittoprosenteissa havaitaan erityisesti pienen liikevaihdon apteekteissa.

6.2.3.4 Apteekkien markkinointiyhtiöt

Vaikka apteekit eivät voimassa olevan lainsäädännön mukaan voi Suomessa muodostaa apteekkiketjuja, on apteekkarien yhteisomistuksessa olevien markkinointiyhtiöiden perustaminen kuitenkin sallittua. Markkinointiyhtiöön liittyminen on apteekille vapaaehtoista. Yhtiöiden kautta apteekteilla on mahdollisuus hyödyntää eräitä ketjumuotoisen toiminnan etuja, kuten yhteistä ketjun brändiä ja markkinointikanavia (esimerkiksi asiakaslehdet ja kampanjat). Lisäksi markkinointiyhtiöt järjestävät jäsenapteekille erilaisia koulutuksia. Markkinointiyhtiön kautta apteekkien on myös mahdollista saada volyymlaennuksia muista tuotteista kuin lääkkeistä.

Suomen suurimmat apteekkien markkinointiyhtiöt ovat Avainapteekit, johon kuuluu yhteensä 235 apteekkia, Laatuapteekit, johon kuuluu 103 apteekkia ja Hyvän mielen apteekit, johon kuuluu 20 apteekkia. Toimintaansa on myös laajentamassa perinteisistä markkinointiyhtiöistä poikkeava Olo-apteekit –ketju, jonka taustalla toimivat tukkuliike ja lääkäripalveluyritys.³²

Taloustietokyselyssä Fimea ei kysy apteekkien kuulumisesta apteekkien markkinointiyhtiöön, eikä markkinointiyhtiöiden vaikutusta apteekkien liikevaihtoon tai kannattavuuteen tiettävästi ole tutkittu.

6.3 Apteekkitalous sivuapteekin ja apteekin palvelupisteen näkökulmista

Apteekkien sijaintisääntelyn ja apteekkiveron määräytymisen (ks. sivu 26 ja liite 1) näkökulmasta on olennaista tarkastella apteekkitoimipistekohtaista liiketoimintaa. Tässä osiossa hyödynnämme tietoa sivuapteekkien ja apteekkien palvelupisteiden liikevaihtoista.

Sivuapteekki voidaan perustaa vain alueille, joille ei ole edellytyksiä perustaa itsestä apteekkia. Vuonna 2018 sivuapteekkien keskimääräinen liikevaihto oli 878 000 euroa (mediaani 787 000 euroa). Samana vuonna Suomessa oli 162 yksityistä sivuapteekkia, joiden liikevaihto oli suurempi kuin pienimmän toiminnassa olleen pääapteekin liikevaihto³³. Jos vertailuun otetaan vain palkkakoikaisun jälkeen positiivisen tilikauden tuloksen tehneet pääapteekit, on tällaisia sivuapteekkeja yhteensä 95.

³² Tiedot on kerätty apteekkien markkinointiyhtiöiden internet-sivuilta 29.11.2019.

³³ Pienimmän pääapteekin liikevaihto on poimittu rajatusta 522 apteekin aineistosta. Sivuapteekien lukumäärät perustuvat kuitenkin kokonaisaineistoon.

Fimea voi muuttaa sivuapteekin pääapteekiksi, jos sivuapteekin liikevaihto on niin suuri, että se vastaa vähintään puolta maan yksityisten apteekkien liikevaihdon keskiarvosta. Vuonna 2018 tämä oli 1,85 miljoonaa euroa (Verohallinto, 2019). Käytännössä sivuapteekkeja kuitenkin muutetaan pääapteekkeiksi vain apteekkarin vaihdoksen yhteydessä. Fimean havaintojen mukaan osa apteekkareista on myös pyrkinyt hyllyttämään sivuapteekin liikevaihdon kasvua esimerkiksi säätelämällä apteekin aukioloaikoja. (Fimea, 2018)

Vuonna 2018 julkaistun Itsehoitolääkkeiden jakelukanavat -raportin mukaan Suomessa toimii paljon sivuapteekkeja alueilla, joihin ei Fimean tulkinnan mukaan voi perustaa sivuapteekkiä voimassa olevan lainsäädännön mukaan. Helsingin, Espoon, Tampereen, Vantaan ja Oulun sivuapteekkeista 20 toimii tällaisilla alueilla. Vastaavasti koko maassa toimii noin 60 sivuapteekkiä, joilla Fimean näkemyksen mukaan olisi riittävät toimintaedellytykset itsenäisenä apteekkina. (Fimea, 2018)

Yksityinen apteekki voi perustaa palvelupisteen vain alueille, joilla ei ole edellytyksiä perustaa sivuapteekkiä tai itsenäistä apteekkiä. Yliopistojen apteekit eivät pysty perustamaan palvelupisteitä. Apteekin palvelupisteen tarkoitus on varmistaa lääkejakelu syrjäseuduilla ja haja-asutusalueilla. Vuonna 2018 apteekkien palvelupisteiden liikevaihdon keskiarvo oli 19 000 euroa.

6.4 Yliopistojen apteekit

Tarkastelemme yliopistojen apteekkien taloutta vain siinä laajuudessa, missä yliopistot tai niiden omistamat apteekit ovat tilinpäätöksissään raportoineet.

Yliopistojen apteekkeilla on yksityisiä apteekkeja laajemmat velvoitteet. Näitä ovat farmasian opetukseen liittyvän harjoittelun ja lääkehuoltoon liittyvän tutkimuksen toteuttaminen. Erityistehtävien lisäksi yliopistojen apteekkeja koskee yksityisistä apteekkeista poikkeava sääntely verotuksen ja yhtiön voitonjaon osalta. Yksityisten apteekkien voittoja verotetaan apteekkarin henkilökohtaisena tulona, mutta yliopistojen apteekkien voittoja verotetaan 20 prosentin yhteisöveron mukaisesti.

Yliopistojen apteekit myös rahoittavat yliopistoja siirtämällä niille voitonjakokelpoiset varat yhtiöiden hallitusten ehdotusten mukaisesti. Nämä varat voivat vaihdella merkittävästi eri vuosina. Vuonna 2018 Helsingin yliopiston apteekin hallitus ehdotti jaettavaksi Helsingin yliopistolle 2,95 miljoonaa euroa, kun vuonna 2017 vastaava summa oli 14,8 miljoonaa euroa. (Yliopiston apteekki 2017, 2018)

Vuonna 2018 Helsingin yliopiston omistaman Yliopiston Apteekin lääkemyynnin markkinaosuus oli noin 10 prosenttia ja apteekkitoimipisteiden lukumäärä noin kaksi prosenttia koko Suomen apteekkien lukumäärästä. Helsingin yliopiston omistaman Yliopiston Apteekin vuoden 2018 tilinpäätöksestä ilmenee, että yhtiön liikevaihto (apteekkivero vähennetty) oli 299,2 miljoonaa euroa ja kasvua edellisvuoteen oli 2,5 prosenttia. Vuonna 2018 Yliopiston Apteekki maksoi apteekkiveroa yhteensä 28,6 miljoonaa euroa. Liikevoitto oli 11,3 miljoonaa euroa.³⁴ (Yliopiston apteekki, 2019)

Itä-Suomen yliopiston apteekin tilinpäätös on osa koko Itä-Suomen yliopiston tilinpäätöstä. Tilinpäätöksestä ilmenee, että vuonna 2018 apteekin tuotot olivat 16,3 miljoonaa, apteekki maksoi apteekkiveroa noin 1,28 miljoonaa euroa ja jakoi Itä-Suomen yliopistolle voitonjakokelpoisia varoja 120 000 euroa. (Itä-Suomen yliopisto, 2019)

³⁴ Helsingin yliopiston apteekin laatii tilinpäätöksensä konsernitilinpäätöksensä, johon Yliopiston Apteekkien lisäksi kuuluvat Ego-hyvinvointimyymäläketju, Venäjän apteekkiketju, Viron apteekkiketju (3/2018 asti) ja muut konserniyhtiöt, joista on tehty erillinen konsernitilinpäätös.

7 Lääkkeiden hinnoittelu ja apteekkisääntely Pohjoismaissa

Lääkkeiden hinnan muodostumisessa ja sen sääntelyssä on eroja eri Pohjoismaiden välillä. Lääkkeiden jakelua, hinnoittelua sekä apteekkitaloutta säännellään monin tavoin Suomen lisäksi myös Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa, mutta sääntelyn taso ja painotukset vaihtelevat maiden välillä.

Taulukkoon 6 on koottu keskeisiä apteekkeihin ja lääkkeiden vähittäishinnan muodostumiseen liittyviä sääntelyeroja Suomen ja vertailumaiden välillä. Lääkkeiden hinnan muodostuminen Suomessa on kuvattu yksityiskohtaisesti Lääkkeen hinta -kappaleessa (ks. sivu 23) ja siksi kuvaamme tässä kappaleessa vain Ruotsin, Norjan ja Tanskan järjestelmiä. Keskitymme reseptilääkkeiden hintasääntelyyn, mutta kuvaamme lyhyesti maiden välisiä eroja myös itsehoitolääkkeiden hintojen sääntelyssä.³⁵ Tarkastelumaiden eri valuutoissa ilmaistujen taksojen vertailemiseksi käytämme vuoden 2018 valuuttojen keskikursseja.

³⁵ Maiden välillä voi myös olla eroja lääketeollisuuden rakenteessa. Lääkkeiden hintoihin liittyvällä ohjauksella voi eri maissa olla tavoitteita esimerkiksi teollisuuspolitiikkaan liittyen.

Taulukko 6. Apteekkien ja lääkkeiden vähittäismyyntihintojen sääntely Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa vuonna 2018.

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Toimitusmaksut	2,17 EUR /toimituserä	11,50 SEK (~1,12 EUR) /pakkaus, vain rinnakkaiskilpailuille lääkkeille, muut 0SEK	29 NOK (~3 EUR) /pakkaus	8 DKK (~1,07 EUR) /pakkaus
Muita maksuja apteekkeille		Tuki syrjäseutujen apteekkeille	Farmaseuttiset palvelut	
Apteekkien omistajuuden sääntely	Yksityisomisteinen. Apteekkilupa voidaan myöntää vain proviisorille	Kielletty lääkäreiltä ja lääkevalmistajilta, mutta tukkukauppiaat saavat omistaa apteekkeja. Apteekki-toiminta on luvanvaraista.	Kielletty lääkäreiltä ja lääkevalmistajilta, mutta tukkukauppiaat saavat omistaa apteekkeja. Apteekkitoiminta on luvanvaraista. Erillinen lupa apteekin omistamiseen ja apteekin hoitoon.	Yksityisomisteinen. Apteekkilupa voidaan myöntää vain proviisorille
Apteekkien määrä- ja sijaintisääntely	Kyllä	Ei	Ei	Kyllä
Lääkkeiden alv (%)	Kaikki lääkkeet: 10	Reseptilääkkeet: 0 Itsehoitolääkkeet: 25	Kaikki lääkkeet: 25	Kaikki lääkkeet: 25
Muut verot	Apteekkivero		Lääkevero	

7.1 Ruotsi

Ruotsissa sekä itsehoitolääkkeiden että lääkekorvausten piiriin kuulumattomien reseptilääkkeiden hinnoittelu on vapaata. Korvattavat reseptilääkkeet kuuluvat hintasääntelyn piiriin, kuten Suomessa. Ruotsissa lääkekorvauksista annetun lain mukaan Tandvårds och läkemedelsförmånsverket (jäljempänä TLV) päättää sekä lääkkeiden tukku- että vähittäismyyntihinnat.

Ruotsin ja Suomen järjestelmissä on myös muita samankaltaisuuksia. Ruotsissa reseptilääkkeiden vähittäishinnoittelussa käytetään tukkuhinnan mukaan porrastettuja laskentakaavoja. Kaavat muodostuvat kiinteästä osasta ja muuttuvasta, tukkuhintaan perustuvasta osasta. Ylemmissä taksaluokissa apteekin saama myyntikate on suhteellisesti pienempi kuin alemmissä luokissa. Taksaluokkia on kuitenkin neljä, eli yksi vähemmän kuin Suomessa. Lisäksi ylimmän taksaluokan tukkuhintaraja on Suomen järjestelmään verrattuna korkea, 50 000 Ruotsin kruunua (n. 4 874 euroa). Ylimmässä taksaluokassa apteekin saama palkkio on kiinteä 1046,50 Ruotsin kruunua (n. 102 euroa).

Ruotsissa lääkkeen vähittäishinnan muodostuminen riippuu myös siitä, onko valmisteella rinnakkaiskilpailua (taulukko 7). Toimitusmaksu maksetaan vain rinnakkaiskilpailuista lääkepaketeista. Reseptilääkkeiden arvonlisävero on 0 prosenttia ja itsehoitolääkkeiden 25 prosenttia.

Ruotsin lääkeviranomaisen (Läkemedelsverket) myöntää erikseen luvan jokaiselle apteekkitoimipisteelle. Ruotsissa apteekkien määrää tai sijaintia ei kuitenkaan rajoiteta ja apteekit voivat olla yksityisessä tai julkisessa omistuksessa. Vertikaalinen integraatio on sallittua, eli myös lääkkeiden tukkukauppiaat saavat omistaa apteekkeja. Mikäli samalla toimijalla on lupa harjoittaa sekä apteekkitoimintaa että lääkkeiden tukkukauppaa, tulee toiminnot kuitenkin pitää erillään toisistaan. Käytännössä omistajuus on keskittynyt kolmelle suurelle apteekkiketjulle Apoteket Hjärtat, Apoteket AB ja Kronans Apotek, joiden yhteenlaskettu osuus apteekkimarkkinoista oli lähes 80 prosenttia vuonna 2016 (SOU, 2017). Apteekin omistaminen on kiellettyä lääkäreiltä ja lääkeyrityksiltä.

Taulukko 7. Lääkkeiden vähittäismyyntihintojen määräytyminen Ruotsissa. Lähde: TLV.

Tukkuhinta (SEK)	Lääkkeet ilman rinnakkaiskilpailua	Rinnakkaiskilpaillut lääkkeet
≤ 75,00	Tukkuhinta x 1,20 + 30,50 SEK	Tukkuhinta x 1,20 + 30,50 SEK + 11,50 SEK
> 75,00–300,00	Tukkuhinta x 1,03 + 43,25 SEK	Tukkuhinta x 1,03 + 43,25 SEK + 11,50 SEK
> 300,00–50 000,00	Tukkuhinta x 1,02 + 46,25 SEK	Tukkuhinta x 1,02 + 46,25 SEK + 11,50 SEK
> 50 000,00	Tukkuhinta + 1 046,25 SEK	Tukkuhinta + 1 046,25 SEK + 11,50 SEK

7.2 Norja

Norjassa paikallinen lääkeviranomainen (NoMA) vahvistaa lääkkeen myyntiluvan haltijan hakemuksesta reseptilääkkeille sekä enimmäisostohinnan että enimmäisvähittäismyyntihinnan. Lääkevirasto laskee lääkkeelle ensin enimmäishinnan, jolla apteekit voivat ostaa lääkkeitä (apteekien enimmäisostohinta). Hinta määritetään tarkastelemalla lääkkeen markkinahintoja tietyissä eurooppalaisissa vertailumaissa, ja laskeamalla näiden maiden kolmen alhaisimman markkinahinnan keskiarvo. Reseptilääkkeitä voidaan myydä määritetyllä enimmäishinnalla tai sen alle. Itsehoitolääkkeiden hinnoittelu on vapaata.

Lääkkeiden vähittäismyyntihinta määräytyy Norjassa kaavalla (Statens legemiddelverk):

$$\text{Tukkuhinta} \times 1,0225 + 29 \text{ NOK}$$

Lääkevirasto päättää lisäksi apteekin saaman katteen enimmäismäärän, joka oli 2,25 prosenttia lääkkeen tukkumyyntihinnasta vuonna 2018. Hintaan lisätään kiinteä toimitusmaksu 29 Norjan kruunua (n. kolme euroa) jokaista toimitettua lääkepakettia kohden. Lääkkeitä verotetaan yleisen, 25 prosentin arvonlisäverokannan mukaan.

Lisäksi Norjassa on käytössä niin sanottu *trinpris*-järjestelmä, jolla säännellään rinnakkaislääkkeiden hintoja porrastamalla niiden enimmäishinnat myyntimäärien perusteella. Kun alkuperäislääkkeen patentti raukeaa ja kilpailu rinnakkaisvalmisteilla alkaa, alennetaan alkuperäisen lääkkeen hintaa 35 prosenttia. Tästä kuuden kuukauden kuluessa hintaa lasketaan 59–81 prosenttiin alkuperäisvalmisteen hinnasta patentin raukeamisen hetkellä. Kolmas alennus tehdään aikaisintaan 18 kuukauden kuluttua kilpailun alkamisesta. Tällöin hintaa alennetaan 69–90 prosenttiin alkuperäisvalmisteen hinnasta patentin raukeamisen hetkellä. Hintojen alennuksen suuruus määräytyy lääkkeen liikevaihdon suuruuden perusteella ennen kilpailun alkamista.

Norjan järjestelmä eroaa muista Pohjoismaista myös verotuksen osalta. Tukkumyyntihinnasta peritään apteekkeilta 0,3 prosentin suuruista lääkeveroa, joka koskee sekä reseptilääkkeitä että itsehoitolääkkeitä. Lääkkeiden tukkukauppiat keräävät veron ja tiittävät sen viranomaisille. Lääkevirasto kerää lääkkeiden tukkukauppiailta lisäksi 0,6 prosentin suuruista veroa hinnoista, joilla lääkkeitä myydään tukkukauppiaille. Lisäksi lääkkeiden vähittäismyyntiä muualla kuin apteekkeissa koskee 1,6 prosentin suuruinen vero, jonka lääkkeiden tukkukauppiat maksavat. (Weise ym. 2018)

Norjassa apteekit saavat erillisiä palkkioita farmaseuttisista palveluista. Esimerkiksi inhaloitavan astmalääkkeen käyttöön liittyvästä neuvonnasta apteekki saa 80 Norjan kruunua (n. 8,30 euroa). Toinen esimerkki liittyy antikoagulantti-, verenpaine- ja kolesterolilääkkeisiin, joiden uusille käyttäjille apteekin tulee tarjota kaksi neuvontakertaa. Yhdestä neuvontakerrasta apteekki saa 225 kruunun suuruisen palkkion (n. 23,40 euroa). Palkkiot maksetaan julkisesta rahoituksesta ja palvelut ovat lääkkeiden käyttäjille ilmaisia. Lisäksi apteekkeille maksetaan erilliskorvausta myös viileä- ja jääkaappisäilytystä vaativien valmisteiden toimittamisesta. Korvaus on 0,5 prosenttia valmisteiden tukkukuhinnasta.

Norjassa apteekkitoimintaa varten tulee olla kaksi eri lupaa jokaista apteekkitoimipistettä kohden: lupa apteekin omistamiseen ja lupa apteekin hoitamiseen. Apteekkiluvan myöntää lääkeviranomainen. Sen sijaan apteekkien määrää tai sijaintia ei rajoiteta. Apteekin omistaminen on kiellettyä lääkäreiltä ja lääkeyrityksiltä, mutta muuten kuka tahansa voi omistaa apteekin. Apteekin toiminnasta vastaavan henkilön tulee kuitenkin aina olla proviisori. Vertikaalinen integraatio ei ole kiellettyä, joten lääkkeiden tukkukauppiat saavat omistaa apteekkeja. Yhdellä toimijalla saa olla korkeintaan 40 prosentin omistusosuus apteekkimarkkinoista kokonaisliikevaihdon perusteella laskehtuna.

7.3 Tanska

Tanskassa apteekkeissa myytävien lääkkeiden vähittäismyyntihintoja säännellään siten, että lääkkeet ovat kaikissa apteekkeissa samanhintaisia eikä vähittäismyyntihinnoilla voi kilpailla. Apteekkien ulkopuolella myytävien itsehoitolääkkeiden hinnoittelu on vapaata. Lääkeyritys tai maahantuoja saa hinnoitella tuotteensa vapaasti ja muuttaa hintaa kahden viikon välein, mutta hinnan on oltava sama kaikille apteekkeille. Lääkevirasto ei arvioi lääkkeiden hintojen kohtuullisuutta. Ennen lääkkeen myyntilupaa on lääkkeen hinnasta tehtävä ilmoitus Tanskan lääkevirastolle, minkä jälkeen lääkevirasto laskee lääkkeelle vähittäismyyntihinnan ja korvattavan hinnan.

Apteekkien saamaa katetta säännellään keskitetysti. Taksa oli vuonna 2018 8,2 prosenttia tukkumyyntihinnasta, minkä lisäksi hintaan lisätään kiinteä 5,46 Tanskan kruunua (n. 0,73 euroa). Samoin kuin Norjassa, myös Tanskassa lääkkeitä verotetaan yleisen, 25 prosentin arvonlisäverokannan mukaan.

Lääkkeen vähittäismyyntihinta muodostuu Tanskassa kaavalla (Laegemiddelstyrelsen):

$$\text{Tukkuhinta} \times 1,082 + 5,46 \text{ DKK}$$

Tanskassa apteekkien sijaintia ja määrää säännellään ja apteekin voi omistaa vain proviisori. Apteekkilupaprosessi on Tanskassa samankaltainen kuin Suomessa, ja lupa on henkilökohtainen. Tanskassa apteekkari voi kuitenkin perustaa 75 km läheisyyteen pääapteekista korkeintaan seitsemän sivuapteekkia.

8 Suomen, Ruotsin, Norjan ja Tanskan taksajärjestelmien simulointi

8.1 Simuloinnin tavoitteet ja tehdyt oletukset

8.1.1 Tavoitteet

Kaikissa Pohjoismaissa säännellään apteekkiloutta ja lääkkeiden vähittäismyyntihintoja, mutta sääntelyn elementit, taso ja toteutustapa vaihtelevat maiden välillä. Vertaamme Suomen lääketaksaa Ruotsin, Norjan ja Tanskan vastaaviin. Tarkastelemme juuri pohjoismaisia taksoja, koska maat ovat lääke- ja terveydenhuollon järjestelmien sekä lääkehuollon tavoitteiden osalta samankaltaisia Suomen kanssa. Vertailuun valittujen maiden taksajärjestelmät eroavat kuitenkin toisistaan riittävästi, jotta niiden vertailu on mielekästä.

Simulointien tarkoitus on auttaa tunnistamaan erilaisten taksarakenteiden ja niiden osien yhteyttä lääkehuollon kokonaisuuteen. Tässä esiselvityksessä emme siis ehdota Suomen nykyisen taksajärjestelmän muuttamista tai sen vaihtamista johonkin vertailumaiden taksoista. Sen sijaan tarkastelemme eri maiden taksojen vaikutuksia lääkkeiden kokonaisuuteen, lääkkeiden käyttäjien kustannuksiin, lääkekorvausmenoihin sekä apteekkien myyntikatteeseen. Lisäksi pyrimme arvioimaan vaikutuksia verokertymään, ja toisaalta tuomaan esiin ne olennaiset asiat, joiden arviointi ei tämän esiselvityksen puitteissa ollut mahdollista.

Simuloinnit ovat staattisia ja ne perustuvat Suomen vuoden 2018 lääkekulutukseen ja lääkekorvausjärjestelmään. Tämä tarkoittaa, että niissä ei oteta huomioon taksamuutoksen vaikutusta lääkkeiden tukkumyyntihintoihin, lääkekulutukseen, lääkkeenmääräiskäytäntöihin tai muihin lääkehuollon arvoketjun osiin. On kuitenkin todennäköistä, että muutokset taksassa heijastuvat läpi lääkehuollon arvoketjun.

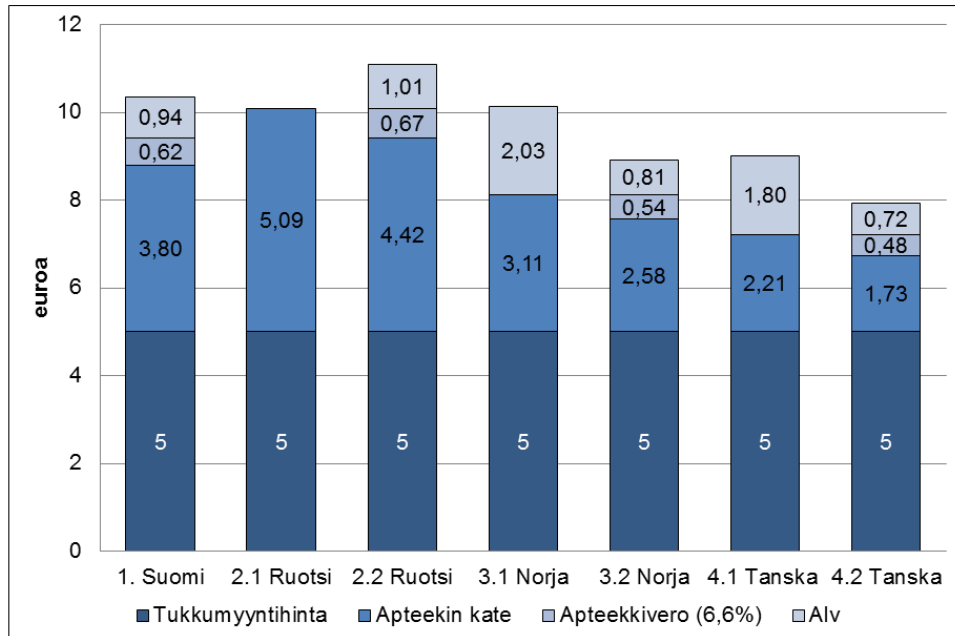
8.1.2 Simuloitavat taksajärjestelmät

Vertailun lähtökohta on Suomen nykyinen järjestelmä, jonka keskeisiä piirteitä ovat lääketaksa, toimitusmaksut, arvonlisävero (10 prosenttia) ja apteekkivero. Vertailumaiden osalta otimme huomioon ensisijaisesti kunkin maan järjestelmän sellaisenaan. Lisäksi tarkastelimme vaihtoehtoisia malleja, joissa Ruotsin, Norjan ja Tanskan lääketaksat yhdistettiin Suomen verotuskäytäntöön apteekkiveron ja arvonlisäveron osalta (taulukko 8). Vertailumaiden taksojen valuutat muunnettiin euroiksi käyttäen vuoden 2018 keskkursseja. Kuvissa 20a-c on havainnollistettu, miten lääkkeen vähittäismyyntihinta muodostuu eri maiden taksamalleilla, kun lääkepakkauksen tukkumyyntihinta on 5, 500 tai 5 000 euroa.

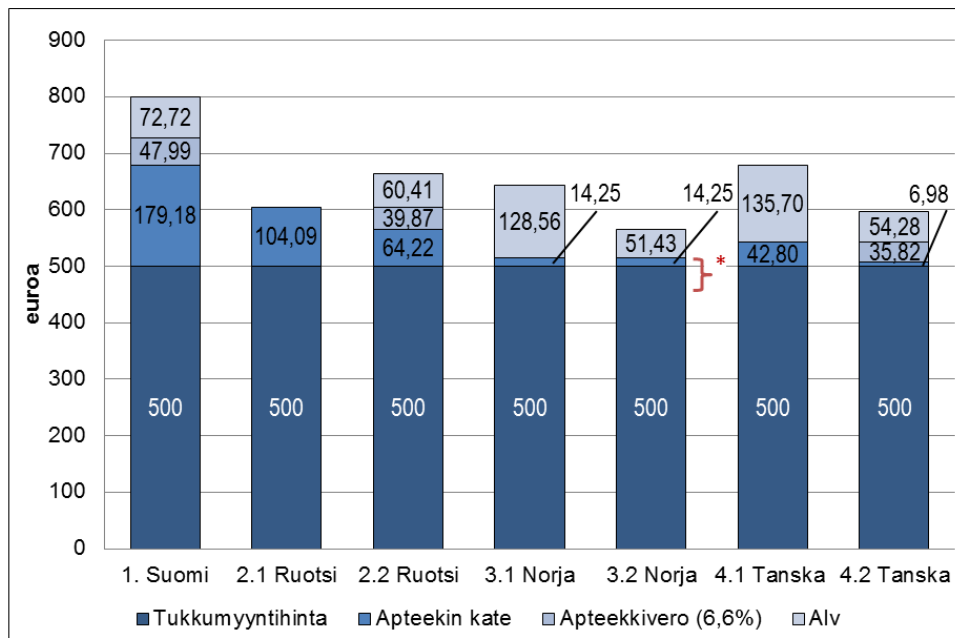
Tarkastelu painottuu reseptilääkkeisiin. Itsehoitolääkkeiden hinnoittelu on vertailumaissa osin vapautettu, eikä niiden myyntikatteista ole käytettävissä tietoa. Ruotsissa myös ei-korvattavien reseptilääkkeiden hinnoittelu on vapautettu ja niiden osalta esitetyt laskelmat perustuvat TLV:n arvioon myyntikatteesta (esiselvitystä varten saatu henkilökohtainen tiedonanto). Jako korvattaviin ja ei-korvattaviin reseptilääkkeisiin tehtiin Suomen järjestelmän mukaisesti. Ruotsin taksajärjestelmässä valmisteet jaetaan myös sen mukaan, onko niillä rinnakkaiskilpailua. Myös tämä jako tehtiin Suomen järjestelmän mukaisesti.

Taulukko 8. Simuloitavat taksajärjestelmät.

Maa	Tarkasteltava skenaario
1. Suomi	Suomen nykyjärjestelmä: lääketaksa, alv 10%, apteekkivero
2. Ruotsi	2.1. Ruotsin järjestelmä: lääketaksa, alv 0/25%, ei apteekkiveroa
	2.2. Ruotsin taksa ja Suomen alv sekä apteekkivero
3. Norja	3.1. Norjan järjestelmä: lääketaksa (sis. farmaseuttiset palvelut), alv 25%, ei apteekkiveroa
	3.2. Norjan taksa (sis. farmaseuttiset palvelut) ja Suomen alv sekä apteekkivero
4. Tanska	4.1. Tanskan järjestelmä: lääketaksa, alv 25%, ei apteekkiveroa
	4.2. Tanskan taksa ja Suomen alv sekä apteekkivero

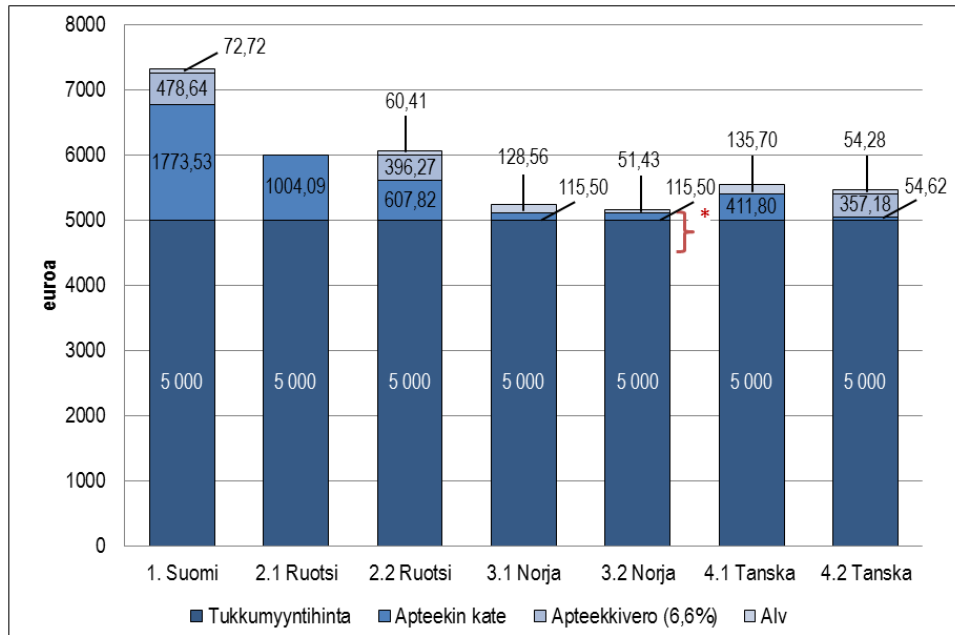


Kuva 20a. Lääkkeen vähittäismyyntihinnan muodostuminen tarkasteltavissa skenaarioissa, kun tukkumyyntihinta on 5 euroa. Laskennallisesta katteesta on vähennetty mediaaniapteekin maksama apteekkivero (6,6%). Ruotsin skenaarioissa 2.1 ja 2.2 hinta on muodostettu rinnakkaiskilpailulle lääkkeelle (sis. toimitusmaksu).



Kuva 20b. Lääkkeen vähittäismyyntihinnan muodostuminen tarkasteltavissa skenaarioissa, kun tukkumyyntihinta on 500 euroa. Laskennallisesta katteesta on vähennetty mediaaniapteekin maksama apteekkivero (6,6%). Ruotsin skenaarioissa 2.1 ja 2.2 hinta on muodostettu rinnakkaiskilpailulle lääkkeelle (sis. toimitusmaksu).

*Kun lääkkeen tukkuhinta on 500 euroa, alv 10% ja taksa Norjan mallin mukainen, apteekin laskennallinen apteekkivero on 19,69 euroa suurempi kuin lääketaksan mukainen kate ja toimitusmaksu yhteensä.



Kuva 20c. Lääkkeen vähittäismyyntihinnan muodostuminen tarkasteltavissa skenaarioissa, kun tukkumyyntihinta on 5 000 euroa. Laskennallisesta katteesta on vähennetty mediaaniapteekin maksama apteekivero (6,6%). Ruotsin skenaarioissa 2.1 ja 2.2 hinta on muodostettu rinnakkaiskilpailulle lääkkeelle (sis. toimitusmaksu).

*Kun lääkkeen tukkuhinta on 5 000 euroa, alv 10% ja taksu Norjan mallin mukainen, apteekin laskennallinen apteekivero on 222,12 euroa suurempi kuin lääketaksan mukainen kate ja toimitusmaksu yhteensä.

8.2 Aineistot ja menetelmät

8.2.1 Vähittäismyyntihinnat ja apteekin kate

Vähittäismyyntihintojen ja apteekkien myyntikatteiden osalta vertailu perustuu Suomen avohoidon lääkkeiden tukkumyyntitietoihin vuosilta 2017 ja 2018. Lääkkeiden myynnille laskettiin apteekkien saama kate maittain säänneltyjen enimmäishintojen mukaisesti ja eri taksamalleilla saatuja tuloksia verrattiin keskenään.

Suomen avohoidon lääkemyynnin rakenne saatiin Iqvian tukkumyyntitilastoista, joista haettiin tiedot sekä lääkkeiden myynnin arvosta että myytyjen pakkausten lukumäärästä. Laskenta perustuu vuosien 2017 ja 2018 tietoihin, joiden osalta oli raportin kirjoitushetkellä saatavilla kokonaiset vuodet. Simuloinneissa keskityttiin lääketukusta apteekkeihin toimitettuihin lääkkeisiin ja aineistosta rajattiin pois lääkkeiden sairaalamyynti sekä nikotiinikorvaustuotteiden myynti apteekkien ulkopuolelle.

Vertailumaista Norjassa ja Ruotsissa apteekkien on mahdollista neuvotella alennuksia hankkimiansa lääkkeiden tukkuhinnoista, apteekin vähittäishinnan muodostumisen perustuessa silti säädettyyn enimmäistukkuhintaan. Näin mahdolliset apteekkien saamat alennukset lisäävät apteekeille jäävää katetta. Tukkuhinnoista mahdollisesti saatavia alennuksia ei kuitenkaan ollut mahdollista huomioida laskelmissa, koska niiden yleisyydestä ja tasosta ei ole tietoa.

Apteekin katteen osalta laskelmat laadittiin ilman arvonlisäveroa, koska apteekin kate ei riipu sovellettavasta arvonlisäverokannasta. Vertailumaiden arvonlisäverojen vaikutusta kokonaismenoihin pohditaan erillisessä analyysissä.

Taulukossa 9 esitetään Suomen tukkumyynnin arvo ja myytyjen pakkausten lukumäärät ryhmittäin. Resepti- ja itsehoitolääkkeiden yhteenlaskettu tukkumyynti oli 1 682 miljoonaa euroa vuonna 2017 ja 1 753 miljoonaa euroa vuonna 2018. Lääkepakkausten vuositason keskihinnat saatiin jakamalla pakkauskohtainen myynti myytyjen pakkausten lukumäärällä. Tämän hinnan perusteella jokainen pakkaus sijoitettiin lääketaksan mukaiseen hintaluokkaan³⁶ ja sille laskettiin arvonlisäveroton vähittäishinta Suomen reseptilääkkeiden lääketaksan nojalla (taulukko 4, ks. sivu 23). Kokonaislääkemyyntit eri vuosina saatiin laskemalla yhteen lääkepakkauskohtaiset myynnit.

Jääkaappisäilytystä vaativista valmisteista (ks. sivu 60) ei esiselvityksen aikana ollut käytettävissä kattavaa tietoa ja siksi ne jätettiin simuloinneissa huomioimatta. Korvauksen vaikutusta kokonaismenoihin kuitenkin arvioitiin erikseen olettamalla, että noin 5 prosenttia myydyistä lääkepakkausista³⁷ vaativat jääkaappisäilytystä.

Taulukko 9. Yhteenvedo Suomen apteekkikanavan tukkumyynnistä vuosina 2017 ja 2018. Lähde: Iqvian tukkumyynnitilasto

	2017	2018
Reseptilääkepakkaukset (kpl)	62 798 770	64 292 979
Korvatut reseptilääkepakkaukset (kpl)	52 814 500	54 757 799
Itsehoitolääkepakkaukset (kpl)	34 016 514	34 559 680
Reseptilääkkeiden tukkumyynti (euroa)	1 465 060 540	1 531 035 543
Korvattujen reseptilääkkeiden tukkumyynti (euroa)	1 292 755 513	1 377 133 919
Itsehoitolääkkeiden tukkumyynti (euroa)	216 657 936	221 829 954

³⁶ Lasketun keskihinnan käyttäminen voi pakkauksen hinnan muuttuessa johtaa yksittäisen pakkauksen sijoittamiseen eri taksaluokkaan kuin mihin se tosiasiallisesti kuuluu osan vuodesta. Tämän seurauksena aiheutuva virhe arvioidaan kuitenkin hyvin vähäiseksi.

³⁷ ATC-ryhmiin A10A, A10BJ01, A10BJ02, G03B-H, H01CB02, L03AA02, L04AB01, L04AB04, S01 kuuluvia valmisteita

8.2.2 Lääkekorvaukset ja lääkkeiden käyttäjien maksu- osuudet

Sairausvakuutuksen lääkekorvausmenojen ja potilaiden maksuosuuksien osalta laskelmat perustuvat Kelan lääkekorvausjärjestelmän mikrosimulointimenetelmään. Arviot muutoksen kohdentumisvaikutuksista perustuvat vuoden 2018 lääkekorvaustietojen ja lainsäädännön perusteella tehtyyn staattiseen mikrosimulointiin. Simulointia varten korvatut lääkeostot sisältävästä reseptitiedostosta on poimittu 10 prosentin otos vuonna 2018 korvattavia lääkkeitä ostaneista henkilöistä (N = 384 281). Näille henkilöille on poimittu tiedot kaikista heidän korvattavista ostoistaan mukaan lukien alle alkuomavastuun jääneet ostot. Aineistossa on tieto henkilön iästä, sukupuolesta ja asuinkunnasta. Henkilöille on lisäksi poimittu tiedot voimassa olleista korvausoikeuksista sekä verotustiedoista tiedot henkilökohtaisista tuloista. Vaikutusarviointit on ekstrapoloitu koko väestön tasolle. Arviossa ei ole huomioitu käyttäytymisvaikutuksia.

Lääkekorvausten osalta aineistoa on korjattu siten, että potilaiden on oletettu saaneen lisäkorvausta kaikista lääkekaton ylittävistä ostoista riippumatta siitä, ovatko he hakenneet tai onko heille myönnetty lisäkorvausta. Pohjoismaiden taksamalleja on simuloinneissa käytetty korvattavien reseptilääkkeiden vähittäismyyntihintojen ja toimitusmaksujen uudelleenlaskemiseksi. Korvattavien itsehoitolääkkeiden (ml. perusvoiteet ja kliiniset ravintovalmisteet) taksaa ei simuloinnissa muutettu, mutta arvonlisävero ja toimitusmaksut simuloitiin vastaamaan simuloitavassa mallissa reseptilääkkeille sovellettavia toimitusmaksuja ja arvonlisäveroa. Korvaukset ja omavastuut on laskettu uusien hintojen perusteella vuoden 2018 lainsäädännön mukaan.

Viitehinnat on laskettu uudelleen sekä Suomen malliin, että simuloituihin Pohjoismaiden taksamalleihin. Viitehinta on laskettu simuloitujen lääketaksan mukaisella vähittäismyyntihinnalla, johon on lisätty 0,50 euroa. Viitehinnan määrittämiseen käytettävä tukkuhinta on poimittu lääkehinnastosta ostoajankohdan viitehintakauden ensimmäisen hintajaksen perusteella. Sen valmisteen tukkuhintaa on käytetty, jolla on ensimmäisessä hintajaksossa substituutionryhmän alin vähittäismyyntihinta. Niiden lääkehinnaston valmisteiden vähittäismyyntihintoja, joilla ei ole viitehintaa ko. hintajaksolla, ei ole huomioitu.

Annosjakeluostoille laskettiin kerroin, joka on alkuperäisen aineiston ostorivin kustannuksen osuus vähittäismyyntihinnasta (sis. toimitusmaksu). Simuloiduissa malleissa ostorivin kustannus on laskettu käyttäen samaa osuutta simuloidusta vähittäismyyntihinnasta (sis. toimitusmaksun).

8.2.3 Verokertymä

Arvonlisäveron kertymään vaikuttaa veroprosentin lisäksi lääketaksa. Arvioimme eri taksamallien mukaisia arvonlisäverojen kertymiä lisäämällä kunkin maan taksan mukaisiin arvonlisäverottomiin vähittäismyyntihintoihin kaksi eri arvonlisäveroa. Hyödynämme Suomessa käytössä olevaa alennettua 10 prosentin verokantaa ja kussakin maassa käytössä olevaa arvonlisäveroprosenttia (0 tai 25 prosenttia).

Tarkempi arvio apteekkiveron kertymästä eri taksamalleissa edellyttäisi apteekkikohtaista pakkaustason myyntitietoa. Tällöin olisi mahdollista arvioida eri taksojen vaikutus kunkin yksittäisen apteekin lääkemyyntiin, liikevaihtoon ja apteekkiveroon. Apteekkikohtaista tietoa lääkemyynnistä ei raportin kirjoitushetkellä ollut käytettävissä, ja siksi esitetyt arviot ovat vain suuntaa-antavia. Laskimme karkean arvion apteekkiveron kertymästä kussakin skenaariossa hyödyntämällä tietoa kokonaislääkemyynnistä ja keskimääräisestä apteekkiveroprosentista.

Lääketaksa vaikuttaa kokonaisverokertymään Suomen nykyjärjestelmässä myös apteekkarin tuloverotuksen kautta. Ruotsissa ja Norjassa apteekit ovat sen sijaan yhteisöveron piirissä. Yhtiömuodon ja siihen liittyvän verotuksen vaikutusta kokonaisverokertymään ei tässä esiselvityksessä huomioida.

8.3 Simulointitulokset

Simulointien tuloksia tarkastelemme monipuolisesti lääkkeen käyttäjien, yhteiskunnan ja apteekkien talouden näkökulmista. Tulosten avulla pyrimme tarkentamaan sitä, mitkä asiat tulisi huomioida mahdolliseen apteekkitalouden ja –järjestelmän uudistukseen ryhdyttäessä.

8.3.1 Vaikutukset reseptilääkkeiden vähittäismyyntiin ja apteekkien katteeseen

Taulukossa 10 on verrattu Suomen vuoden 2018 reseptilääkkeiden arvonlisäverotonta vähittäismyyntiä sekä taksan mukaista katetta Ruotsin, Norjan ja Tanskan taksasimulointeihin. Vuoden 2018 lääkekulutuksella Suomen nykyisen taksan mukainen arvonlisäveroton vähittäismyynti oli 142-229 miljoonaa euroa suurempi kuin vertailumaiden taksojen mukaan simuloitu vähittäismyynti.

Vuoden 2018 lääkekulutuksella Suomen taksan mukaista katetta kertyi 83-201 miljoonaa euroa enemmän kuin Ruotsin, Norjan tai Tanskan taksojen mukaan laskettuna.

Suomen taksamallilla saatu kate on tässä arvioitu lääketaksa-asetuksen mukaisesti. Suomen luvuista on vähennetty apteekkiveron reseptilääkkeiden myyntiin kohdistuva osuus. Vastaavasti Ruotsin ja Norjan osalta luvut perustuvat enimmäishintoihin, eikä mahdollisia alennuksia ole arvioitu.

Norjassa käytössä olevan jääkaappisäilytystä vaativista valmisteista maksettavan korvauksen arvioitiin aiheuttavan noin 1,4 miljoonan euron kokonaismenolisäyksen.

Taulukko 10. Reseptilääkkeiden taksan mukainen kate ja arvonlisäveroton vähittäismyynti vuoden 2018 tukkumyyntiaineistolla käyttäen Suomen, Ruotsin, Norjan ja Tanskan lääketaksoja. Erotus on saatu vähentämällä kunkin maan kohdalla simuloidusta katteesta Suomen vuonna 2018 toteutunut kate ja vastaavasti vähentämällä kunkin maan simuloidusta vähittäismyynnistä Suomessa vuonna 2018 toteutunut myynti. Suomen luvuista on vähennetty apteekkiveron reseptilääkkeiden myyntiin kohdistuva osuus. Taulukon luvut on esitetty miljoonissa euroissa.

	Suomen taksa	Ruotsin taksa	Norjan taksa	Tanskan taksa
Taksan mukainen kate, reseptilääkkeet	435	352	234	242
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-83	-201	-193
Taksan mukainen kate, korvatut reseptilääkkeet	376	290	203	212
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-86	-173	-164
Vähittäismyynti, reseptilääkkeet	1 987	1 845	1 758	1 773
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-142	-229	-214
Vähittäismyynti, korvatut reseptilääkkeet	1 776	1 629	1 572	1 589
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-147	-204	-187

8.3.2 Vaikutukset lääkekorvausmenoihin ja lääkkeiden käyttäjien maksuosuuksiin

Simulointiaineistolla laskettuna korvattavien lääkkeiden vähittäismyyntihintaiset kokonaiskustannukset olivat Suomen taksajärjestelmää ja arvonlisäveroprosenttia käyttäen koko väestön tasolle muunnettuna 2,1 miljardia euroa.

Myös lääkkeiden ostajien reseptilääkeostojen kustannukset, korvaukset ja omavastuut laskettiin uudelleen käyttäen Ruotsin, Tanskan ja Norjan taksamalleja. Jokaisen maan taksamallia sovellettiin käyttäen sekä kyseisessä maassa käytössä olevaa reseptilääkkeiden arvonlisäveroprosenttia (Ruotsissa 0 prosenttia sekä Tanskassa ja Norjassa 25 prosenttia) että Suomen reseptilääkkeiden arvonlisäveroprosenttia (10 prosenttia).

Kaikissa simuloituissa malleissa korvattavien lääkkeiden arvonlisäverolliset vähittäismyyntihintaiset kustannukset olivat pienemmät kuin Suomen taksajärjestelmän mukaiset kustannukset (taulukko 11). Korvattujen ostojen kokonaiskustannukset olivat matalimmat (1,7 miljardia euroa) simuloinnissa, jossa mallinnettiin Ruotsin taksajärjestelmää. Osin tämä selittyi sillä, että Ruotsissa reseptilääkkeillä ei ole arvonlisäveroa. Kun vertailumaiden taksoihin yhdistettiin Suomessa käytössä oleva 10 prosentin arvonlisävero, jäivät korvattujen ostojen kokonaiskustannukset matalimmiksi Norjan ja Tanskan taksajärjestelmiä mallintavissa simuloinneissa (1,8 miljardia euroa).

Taulukko 11. Korvattavien lääkkeiden kokonaiskustannukset, korvaukset (sis. lisäkorvaukset) ja omavastuut (sis. alkuomavastuun alle jääneet kustannukset ja viitehinnan ylittävät kustannukset) simuloituissa malleissa. Muutos on saatu vähentämällä kunkin maan järjestelmällä simuloituista kokonaiskustannuksista, korvauksista ja potilaiden maksamista omavastuista Suomen vastaavat luvut vuodelta 2018. Taulukon luvut on esitetty miljoonissa euroissa.

	Suomen taksa	Ruotsin taksa		Norjan taksa		Tanskan taksa	
alv (%)	10	0	10	25	10	25	10
Kokonaiskustannukset	2106	1714	1884	2024	1783	2038	1795
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-392	-222	-82	-323	-68	-311
Korvaukset	1462	1147	1278	1406	1218	1437	1246
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-315	-184	-56	-244	-25	-216
Potilaan omavastuu	643	566	606	618	565	601	549
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-77	-37	-25	-78	-42	-94

Sekä korvausmenot että potilaiden omavastuut olivat vertailumaiden taksojen mukaan simuloituna edullisemmat kuin Suomen nykyisellä taksalla lasketut. Korvausmenot alenivat 25–315 miljoonaa euroa simuloituissa malleissa, joissa käytettiin vertailumaiden arvonlisäveroprosentteja ja 184–244 miljoonaa euroa malleissa, joissa käytettiin Suomen arvonlisäveroprosenttia. Vastaavasti potilaiden omavastuumenot alenivat 25–77 miljoonaa euroa malleissa, joissa käytettiin vertailumaiden arvonlisäveroprosentteja ja 37–94 miljoonaa euroa malleissa, joissa käytettiin Suomen arvonlisäveroprosenttia. Muutokset jakoutuivat malleissa potilaan ja sairausvakuutuksen välillä eri tavoin. Erot johtuivat ainakin osin siitä, miten tarkastellut taksajärjestelmän muutokset suhteessa Suomen järjestelmään painottuivat hintajakauman halvempiin ja kalliimpiin lääkkeisiin.

Suomen taksamallilla lääkekaton ylitti kuusi prosenttia lääkekorvauksia saaneista. Simuloiduissa Pohjoismaisissa malleissa lääkekaton ylittäneiden määrä pieneni noin 23 000–64 000 henkilöllä. Potilaiden keskimääräinen omavastuu oli Suomen taksamallilla 164 euroa vuodessa ja se aleni simuloiduissa Pohjoismaisissa malleissa 7–24 eurolla. Pohjoismaisissa malleissa yli 97 prosentilla potilaista omavastuu joko pieneni tai muuttui vain vähäisesti, alle ± 10 euroa vuodessa. Mallista riippuen omavastuu pieneni enintään 72–166 euroa vuodessa ja suureni enintään 24–148 euroa vuodessa. Omavastuun vähäistä suurempaa kasvua havaittiin vain pienellä osalla potilaista. Eniten, 2,4 prosentilla potilaista, tällaista kasvua oli simuloinnissa, jossa käytettiin Ruotsin taksamallia ja Suomen arvonlisäveroprosenttia. Muissa simuloiduissa malleissa vähäistä suurempaa omavastuun kasvua oli 0,001–1,3 prosentilla potilaista. (taulukko 12)

Tarkempi omavastuiden kohdentumisen tarkastelu osoitti, että sekä omavastuiden pieneneminen että niiden kasvu painoutuivat keski-ikäisiin ja ikääntyneisiin (kuva 21). Ikäryhmien erojen kautta muutokset painoutuivat myös pienituloisemmille, koska näissä tuloryhmissä on paljon ikääntyneitä (kuva 21). Muutokset kasautuvat näihin ryhmiin, koska sairastavuus ja lääkkeiden käyttö yleistyvät iän myötä. Henkilöille, joiden kokonaislääkekustannukset jäävät pieniksi, ei voi myöskään syntyä suuria muutoksia omavastuissa.

Kaikissa simuloiduissa Pohjoismaiden malleissa hyötyjiä olivat useammin henkilöt, joilla oli pitkäaikaissairauksien vuoksi erityiskorvausoikeus tai kalliin lääkehoidon vuoksi rajoitettu peruskorvausoikeus, kuin henkilöt, jotka ostivat vain peruskorvattuja lääkkeitä (kuva 23).

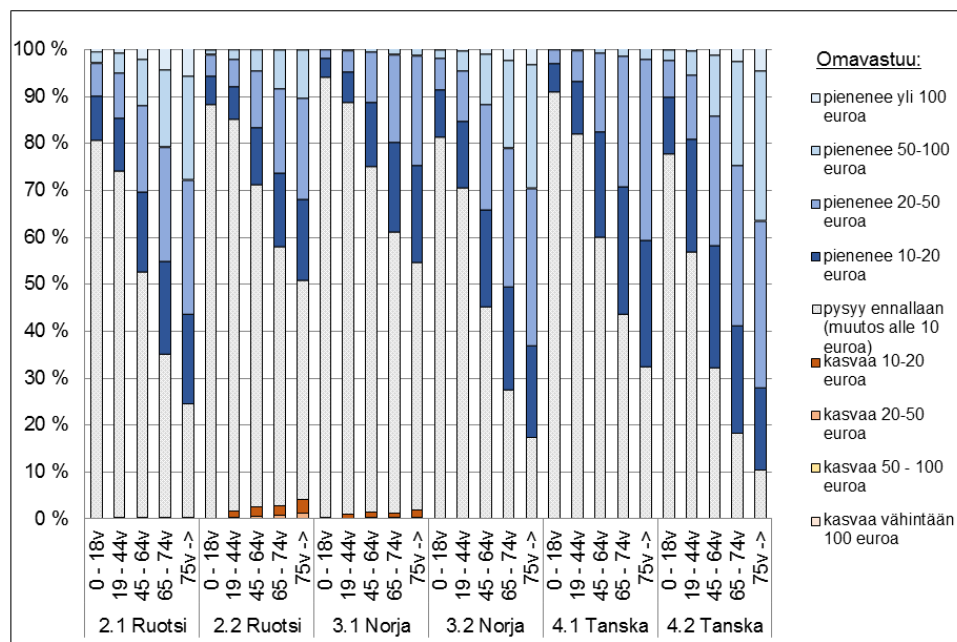
Simulointien mukaan omavastuut kasvoivat Pohjoismaiden taksamalleissa vähäistä enemmän vain harvalla potilaalla. Kaikissa muissa Pohjoismaissa toimitusmaksut ovat pakkauskohtaisia, kun Suomessa ne maksetaan toimituseräkohtaisesti. Siksi omavastuut kasvoivat kaikissa malleissa henkilöillä, jotka ostivat suuria pakkausmääriä esimerkiksi poikkeuksellisen annostuksen tai muutoin annokseen nähden epätarkoituksemukaisten pakkauskokojen vuoksi.

Taulukko 12. Pohjoismaiden taksamallien simuloitut vaikutukset lääkekaton ylittämiseen ja potilaiden omavastuumenoihin vuonna 2018.

	Suomen taksa	Ruotsin taksa		Norjan taksa		Tanskan taksa	
	10	0	10	25	10	25	10
alv (%)	10	0	10	25	10	25	10
Osuus potilaista (%), joilla lääkekatto ylittyy	6	4	5	5	4	5	4
Omavastuu vuodessa keskimäärin, (€)	164	145	155	157	144	153	140
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-19	-9	-7	-20	-11	-24
Omavastuun muutoksen mediaani, (€/vuosi)		-8	-2	-3	-10	-6	-13
Osuus potilaista (%), joilla koko vuoden omavastuu kasvaa							
vähintään 100 euroa		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01		
50 -<100 euroa		0,01	0,04	0,02	<0,01	<0,01	
20-<50 euroa		0,1	1	0,3	0,02	0,03	<0,01
10-<20 euroa		0,3	2	1	0,1	0,1	<0,01
Osuus potilaista (%), joilla koko vuoden omavastuu pysyy ennallaan (muutos alle ± 10 euroa)		55	70	75	50	64	40
Osuus potilaista (%), joilla koko vuoden omavastuu pienenee							
10-<20 euroa		15	11	12	17	19	22
20-<50 euroa		17	12	11	20	17	23
50-<100 euroa		10	5	1	11	1	13
100 euroa tai enemmän		2	0,1		1		2

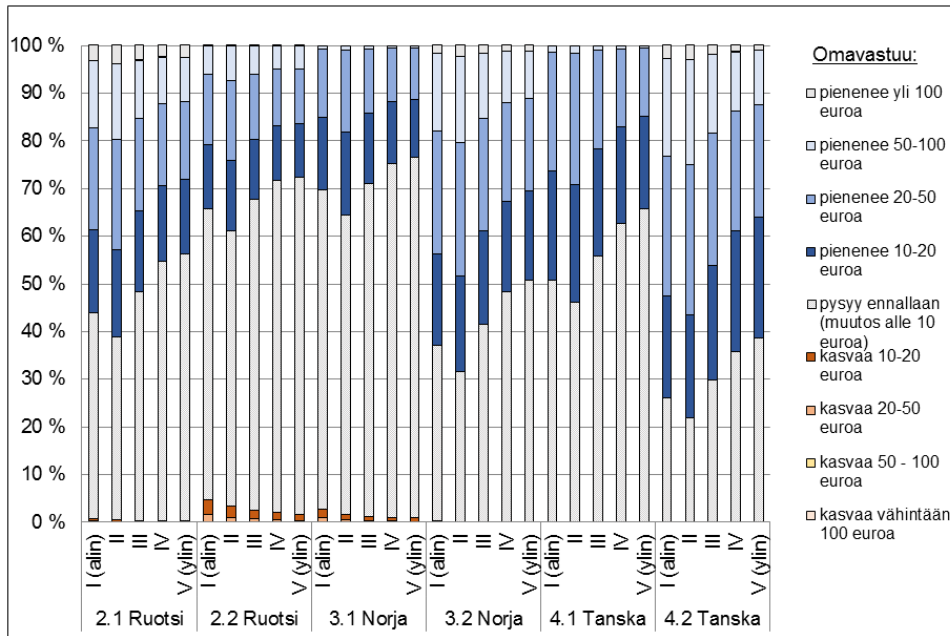
Ruotsin ja Norjan taksoilla tukkuhinnaltaan kaikkein edullisimpien lääkkeiden vähittäismyyntihinnat ovat kalliimpia kuin Suomen taksalla. Siksi Ruotsin ja Norjan mallissa henkilöt, jotka ostavat paljon tai tiheästi pääasiassa hyvin halpoja lääkkeitä, häviäsivät. Tällaisia asiakkaita vaikuttaisivat olevan esimerkiksi apteekkisopimusasiakkaat. Ruotsin mallissa hintaeroa kasvattaa lisäksi lisätoimitusmaksu, joka simuloinnissa lisättiin kaikkiin viitehintajärjestelmässä oleviin valmisteisiin. Norjan mallien simuloinneissa lisätoimitusmaksu lisättiin huumavia tai keskushermostoon vaikuttavia (PKV) aineita sisältäviin lääkkeisiin, joten simuloinnissa häviäjinä korostuivat näitä lääkkeitä käyttävät.

Tanskan taksalla halvimmat lääkkeet tulevat vähittäismyyntihinnaltaan edullisemmiksi kuin Suomen taksalla ja vähäistä suurempi omavastuun kasvu oli hyvin harvinaista. Mallissa, jossa arvonlisävero oli 25 prosenttia, omavastuun kasvua aiheutui korvattavista itsehoitolääkkeistä, kliinisistä ravintovalmisteista tai perusvoiteista. Näissä tapauksissa kasvu johtui ainoastaan korkeammasta arvonlisäverosta, koska muiden kuin reseptilääkkeiden taksaa ei muutettu simuloinnissa.

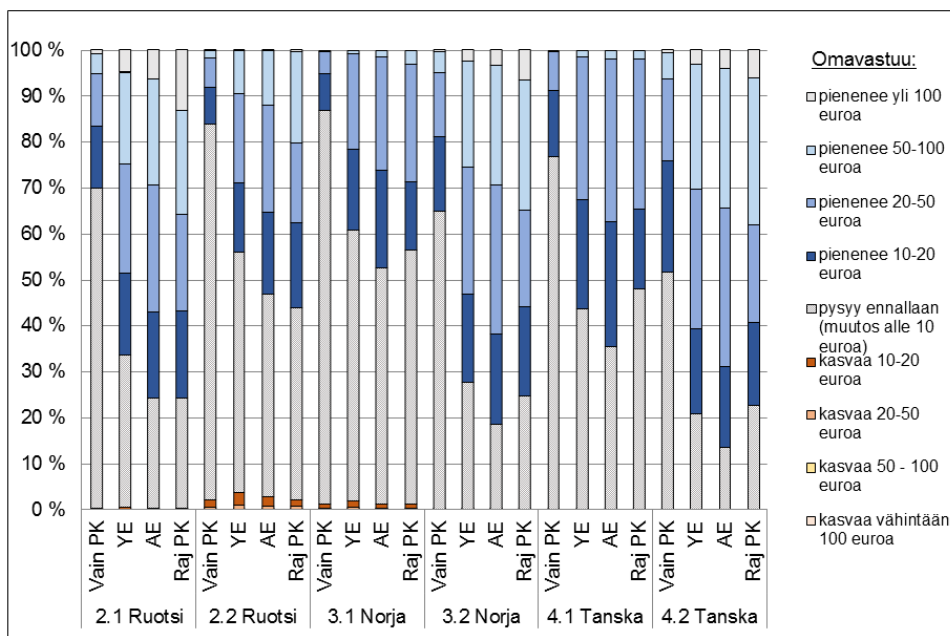


Kuva 21. Omavastuun muutos Pohjoismaiden taksamalleissa verrattuna Suomen taksaan, osuus henkilöistä ikäryhmittäin, simuloitintulos. ³⁸

³⁸ Simuloidut skenaariot: 2.1 Ruotsin järjestelmä; 2.2 Ruotsin taksa, Suomen alv ja apteekkivero; 3.1 Norjan järjestelmä; 3.2 Norjan taksa, Suomen alv ja apteekkivero; 4.1 Tanskan järjestelmä; 4.2 Tanskan taksa, Suomen alv ja apteekkivero



Kuva 22. Omavastuun muutos Pohjoismaiden taksamalleissa verrattuna Suomen taksaan, osuus vähintään 30-vuotiaista henkilöistä tulokvintileittäin, simulointitulos. ³⁸



Kuva 23. Omavastuun muutos Pohjoismaiden taksamalleissa verrattuna Suomen taksaan, osuus henkilöistä korvausoikeuden mukaan: ei korvausoikeuksia (vain PK), ainakin yksi ylempi erityiskorvausoikeus (YE), ainakin yksi alempi erityiskorvausoikeus (AE), ainakin yksi rajoitettu peruskorvausoikeus (Raj PK). Samalla henkilöllä voi olla usean tyyppisiä korvausoikeuksia. ³⁸

8.3.3 Vaikutukset sijainniltaan erityyppisiin apteekkeihin

Kelan lääkekorvausjärjestelmän mikrosimulointiaineistoa käyttäen tehtiin myös apteekkien sijainnin merkitykseen liittyvä tarkastelu. Apteekit luokiteltiin Tilastokeskuksen luokittelua käyttäen kaupunkimaisissa, maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa sijaitseviksi (Tilastokeskus 2019). Tarkastelu rajoittuu korvattavien reseptilääkkeiden kokonaismyyntiin.

Erilaisten taksajärjestelmien vaikutukset eivät poikenneet merkittävästi eri sijaintiryhmiin kuuluvilla apteekeilla (taulukko 13). Suurimpia muutoksia havaitaan tyypillisesti reseptitoimitusten lukumäärältä pienissä apteekeissa. Sijaintityypiltä nämä apteekit edustivat kaikkia kolmea ryhmää.

Taulukko 13. Apteekkien sijaintityypin mukainen sairausvakuutuksesta korvatuun euromääräisen kokonaismyynnin (euroa) muutos (%).

alv (%)	Ruotsin taksa				Norjan taksa				Tanskan taksa			
	0		10		25		10		25		10	
	Ka	Min; max	Ka	Min; max	Ka	Min; max	Ka	Min; max	Ka	Min; max	Ka	Min; max
Myynnin muutos (%) Kaupunkimaisissa kunnissa sijaitsevat apteekit	-18,6	-15,5; -21,4	-10,5	-7,3; -13,5	-4,3	3,8; -7,8	-15,7	-8,6; -18,9	-4,0	9,4; -9,3	-15,5	-3,8; -20,2
Myynnin muutos (%) Maaseutumaisissa kunnissa sijaitsevat apteekit	-18,8	-15,7; -20,5	-10,7	-7,3; -12,8	-4,3	2,0; -7,3	-15,9	-10,2; -18,4	-3,9	6,8; -9,8	-15,5	-6,1; -20,6
Myynnin muutos (%)Taajaan asutuissa kunnissa sijaitsevat apteekit	-18,9	-17,2; -21,0	-10,8	-8,9; -13,2	-4,4	0,7; -8,0	-15,9	-11,4; -18,9	-4,0	3,9; -8,6	-15,6	-8,5; -19,6

8.3.4 Vaikutukset kokonaisverokertymään

Lääketaksan muuttaminen Ruotsin, Norjan tai Tanskan taksan mukaiseksi alentaisi myös arvonlisäveron kertymää (taulukko 14). Pelkästään reseptilääkkeistä Suomen taksan mukaan maksetaan yli 20 miljoonaa euroa enemmän arvonlisäveroa kuin Norjan tai Tanskan simuloituilla taksoilla, kun oletetaan Suomen 10 prosentin arvonlisäverokanta. Mikäli lääketaksan muuttamisen lisäksi arvonlisäveroa nostettaisiin Norjan tai Tanskan järjestelmien mukaan 25 prosenttiin, kasvaisi arvonlisäverokertymä suuremmaksi kuin Suomen nykyjärjestelmässä.

Taulukossa 14 on esitetty myös muutos euromääräisessä apteekkiverokertymässä, jos Ruotsin, Norjan tai Tanskan taksajärjestelmään siirryttäisiin ilman muutoksia apteekkiveron määräytymisessä. Arvonlisävero ei vaikuta apteekkiveron kertymään ja siksi kunkin maan taksalle on laskettu yksi arvio apteekkiverokertymän suuruudesta.

Taulukko 14. Arvonlisävero ja apteekkivero eri maiden lääketaksojen ja arvonlisäveroprosenttien simuloinneissa vuonna 2018. Taulukon luvut on esitetty miljoonissa euroissa.

	Suomen taksa	Ruotsin taksa		Norjan taksa		Tanskan taksa	
alv (%)	10	0	10	25	10	25	10
Reseptilääkkeet	199	0	184	440	176	443	177
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-199	-15	241	-23	244	-22
Korvatut reseptilääkkeet	176	0	163	393	157	397	159
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-176	-13	217	-19	221	-17
Apteekkivero	186	124		101		112	
Muutos Suomen taksaan verrattuna		-62		-85		-74	

9 Apteekkitoiminnan kehittämisen mallit ja selvitystä vaativat kokonaisuudet

9.1 Jatkoselvitystarpeet ja tietokatveet

STM (2019) -raportin tiekartassa (kuva 24) esitetään useita linjausehdotuksia lääkehuollon kehittämiseksi. Ehdotusten tavoitteena on järkevä lääkkeiden käyttö ja kustannusten hallinta.



Kuva 24. Lääkeasioiden kokonaisuuden tiekartta. Lähde: STM 2019

Yksi ehdotetuista linjauksista on apteekki- ja lääketalouden uudistaminen, jonka toteuttaminen edellyttäisi apteekkijärjestelmän tarkastelua myös kokonaisuutena. Tässä esiselvityksessä olemme kuvanneet apteekkijärjestelmän ja -talouden nykytilan. Apteekkien lupajärjestelmän, lääketaksan sekä apteekkiveron vahvasta sidonnaisuudesta johtuen esiselvityksen jälkeen tulisi toteuttaa laajempi, koko apteekkijärjestelmän käsittävä selvitys.

STM (2019) -raportin liitteessä 5 keskeiseksi kysymykseksi nostetaan se, mikä apteekkijärjestelmä palvelisi potilaita ja yhteiskuntaa parhaiten. Lisäksi liitteessä esitetään kolme vaihtoehtoa apteekkijärjestelmän ja -talouden mahdolliselle uudistamiselle. Malleja ovat nykyjärjestelmän kehittäminen, keskitien malli ja kokonaisuudistus.

Kaikissa malleissa pyritään turvaamaan riittävä maankattava lääkkeiden saatavuus ja saavutettavuus. Malleissa tunnistetaan sääntelyn tarve lääke- ja lääkitysturvallisuuden takaamiseksi, pyritään mahdollistamaan uudenlaisten potilaita palvelevien toimintamallien käyttöönotto, huomioidaan markkinoihin ja kilpailuun liittyviä kysymyksiä ja apteekkien yhteydessä toimivien erillisyyhtiöiden rooli osana apteekkijärjestelmän kokonaisuutta. Lisäksi halutaan arvioida mahdollisten isompien apteekkipalvelujärjestelmien vahvuuksia ja heikkouksia.

Liitteessä 5 toteuttamismalleille on tunnistettu erilaisia selvitystä ja valmistelua vaativia asioita, jotka mahdolliseen järjestelmäuudistukseen ryhdyttäessä tulisi ottaa huomioon. Käsillä olevassa esiselvityksessä tarkennamme ja täydennämme STM (2019) -raportin liitteen mukaisia selvitystarpeita ryhmiteltynä seuraaviin kokonaisuuksiin:

1. Apteekkien omistajuus ja yhtiömuoto
2. Apteekkien sijainti- ja määrä sääntely
3. Apteekkien liiketoiminta ja niiden tiloissa harjoitettava erillisyyhtiötoiminta
4. Lääkkeen hintasääntely ja apteekkivero
5. Yliopistojen apteekit
6. Uudenlainen sosiaali- ja terveystalouden järjestäjä

Tarkastelemme selvitystä ja valmistelua vaativia asioita siitä näkökulmasta, voidaan niiden vaikutuksia lääkehuollon kokonaisuuteen arvioida jo olemassa olevilla aineistoilla. Keskitymme erityisesti niihin selvitettäviin asioihin, joilla on yhteys apteekkien talouteen. Tarkastelun ulkopuolelle jätämme sellaiset liitteessä mainitut asiat, joiden selvittämisellä tarkoitetaan olemassa olevan lainsäädännön tulkintaa.

Luvun lopussa kartoitamme lääkehuollon toimivuutta kuvaavia indikaattoreita esiselvitykseen sopivassa laajuudessa, sekä tarkastelemme viranomais- ja sidosryhmäyhteistyön tärkeyttä apteekkijärjestelmän kehittämistyössä.

9.1.1 Apteekkien omistajuus ja yhtiömuoto

Lääkkeiden vähittäisjakelu on luvanvaraista koko Euroopassa. Apteekkitoimintaa koskeva lainsäädäntö on kuitenkin kunkin maan kansallisessa päätösvallassa.

Apteekkien omistajuutta koskevan sääntelyn arvioimisessa keskeistä on selvittää se, varmistaako juuri proviisoriomistajuus lääkehuollon turvallisuuden. Kansainvälinen katsaus proviisoriomisteisten ja omistajuussääntelystä luopuneiden sekä proviisoriomistajuuteen palaaviin³⁹ järjestelmiin antaisi hyödyllisiä tietoja eri maiden järjestelmien vahvuuksista ja heikkouksista.

STM (2019) -raportin liitteessä esitetään arvioitavaksi sitä, voisiko muu kuin apteekkiluvan jo saanut proviisori perustaa esimerkiksi apteekin palvelupisteen. Arvioinnin tukena on mahdollista hyödyntää Fimean taloustietokyselyä tarkastelemalla esimerkiksi eroja apteekkien taloudellisessa suoriutumisessa kun apteekkari omistaa yhden tai useamman apteekkitoimipisteen.

Apteekkien omistajuuden sääntelymuodosta riippumatta, olisi tärkeää tarkastella myös apteekkilupajärjestelmää kokonaisuutena. Tulisi selvittää, onko nykyisellä lupajärjestelmällä saavutettu sille asetetut tavoitteet ja samalla arvioida, miten kaikkien proviisorien yhtäläinen oikeus perustaa apteekki vaikuttaisi lääke- ja lääkitysturvallisuuteen.

Omistajuussääntely on sidoksissa myös yhtiömuodon sääntelyyn. Jos apteekkitoimintaa olisi mahdollista harjoittaa esimerkiksi osakeyhtiömuodossa, tulisi arvioida apteekkarin omistusosuuden sääntelyä. Tilanteessa, jossa apteekkeille sallittaisiin useampi kuin yksi omistaja, tulisi arvioida myös sallittujen omistajien sääntelymahdollisuuksia. Etenkin lääkeyritysten, terveyspalveluyritysten tai lääkäreiden omistajuutta sekä mahdollisissa vertikaalisissa integraatioissa myös tukkujen omistajuutta tulisi säännellä.

Katsaus muiden maiden apteekkien omistajuutta koskeviin rajoituksiin ja niiden taustalla oleviin perusteluihin antaisi paremman ymmärryksen siitä, miten omistajusrajoitukset voivat olla yhteydessä apteekkipalveluiden saavutettavuuteen sekä lääkekulutukseen ja -kustannuksiin. Ruotsin ja Norjan kokemusten perusteella on mahdollista arvioida, millaisissa järjestelmissä apteekkien omistamisen keskittyminen on todennäköistä.

³⁹ Viro palaa proviisoriomisteiseen järjestelmään vuonna 2020.

Apteekin yhtiömuodolla on merkitystä sekä valtion että kuntien verokertymiin ja siksi ne tulisi huomioida mahdolliseen järjestelmäuudistukseen ryhdyttäessä. Nykyjärjestelmässä toiminimellä liiketoimintaa harjoittava apteekkari maksaa liiketoiminnasta sekä kunnallis- että valtion tuloveroa. Mahdollisessa osakeyhtiömallissa verot maksettaisiin pääsääntöisesti kuntiin. Osakeyhtiöissä myös liikevoittoa verotetaan kevyemmin kuin toiminimissä. Kokonaisverokertymän tarkastelussa tulee yhtiömuodon lisäksi huomioida kansainvälinen omistajuus. Jos kansainvälinen omistajuus sallitaan, voivat apteekkiliikeyrityksistä kerättävät verot ohjautua Suomea kevyemmän verotuksen maihin.

9.1.2 Sijainti- ja määräsääntely

Apteekkijärjestelmän arvioinnissa on tärkeää huomioida sekä apteekkikohtainen⁴⁰ että alueellinen tarkastelu. Apteekkikohtainen tarkastelu on olennainen silloin, kun tarkastellaan apteekkarin henkilökohtaista tulonmuodostusta ja voittoja vahvasti säännellyllä toimialalla. Alueellinen, apteekkipistekohtainen tarkastelu on puolestaan olennainen silloin, kun arvioidaan apteekkipalvelujen saavutettavuutta lääkkeen käyttäjän näkökulmasta. Alueellisen tarkastelun merkitys korostuu, jos tulevaisuudessa maakuntien rooli lääkehuollon järjestäjänä vahvistuu.

Apteekkitiheyden tavoitteita tulisi kirkastaa ja tavoitteiden saavuttamista tulisi mitata soveltuvilla mittareilla. Palvelujen saavutettavuutta on mahdollista tutkia hyödyntämällä ihmisten osoite- ja apteekkien sijaintitietoja. Esiselvityksessä esitimme keskimääräiset matka-ajat apteekkeihin kunnissa ja laajemmin maakunnissa.

Saavutettavuustarkastelussa tulisi huomioida etäisyyksien lisäksi apteekkien aukioloajat. Fimean taloustietokyselyn avulla on mahdollista tarkastella apteekkien aukiolotunteja arkin ja viikonloppuisin, mutta tietoa ilta-aukioloista ei ole. Ilta-aukiolojen tarkastelu mahdollistaisi apteekkipalvelujen saavutettavuuden vertailua muiden palvelujen saavutettavuuteen.

Sijaintisääntelyä uudistettaessa tulisi huomioida erityisesti syrjäseuduilla ja haja-asutusalueilla sijaitsevat apteekit. Ruotsissa apteekkipalvelujen saavutettavuus turvataan maksamalla syrjäseutujen apteekkeille tukea (TLV). Suorien valtiontukien lisäksi alueellinen saavutettavuus on mahdollista turvata esimerkiksi palveluvelvoitteiden avulla. Valtiontuen ja palveluvelvoitteiden soveltuvuutta Suomen järjestelmään tulisi arvioida.

⁴⁰ Apteekilla viitataan yhden apteekkarin omistamaan pääapteekkiin, sekä mahdollisiin sivuapteekkeihin ja apteekkien palvelupisteisiin.

Apteekkien määräsääntelyä voidaan toteuttaa monella eri tasolla. Norjassa yhdellä apteekkitetjulla voi olla korkeintaan 40 prosentin markkinaosuus ja esimerkiksi Tanskassa yksittäinen apteekkari voi omistaa pääapteekin lisäksi korkeintaan 7 sivuapteekkia. Suomen määräsääntelyä koskevassa arvioinnissa tulisi erikseen huomioida nykyiset pää- ja sivuapteekit, sekä apteekkien palvelupisteet.

Sivuapteekkeja ja apteekkien palvelupisteitä voidaan perustaa alueille, joilla ei ole edellytyksiä perustaa itsenäistä apteekkia. Jokainen tilanne arvioidaan tapauskohtaisesti. Sivuapteekki- ja palvelupistekohtaisia perusteluja edellytysten puuttumisesta ei kuitenkaan ole julkisesti saatavilla, mikä vähentää järjestelmän läpinäkyvyyttä. Tietojen julkisuuden lisäksi tulisi arvioida laajemmin sitä, onko apteekkien luokittelu pää- ja sivuapteekkeiksi, tai apteekkien palvelupisteiksi perusteltua myös jatkossa.

Uusien apteekkien perustamisen vaikutuksia alueella jo toimivien apteekkien liiketoimintaan ei Suomessa ole tutkittu kattavasti. Vaikutuksia on mahdollista arvioida apteekkien taloustietokyselyn tiedoilla, sekä seuraamalla muutoksia aukioloajoissa ja lääkebarometrin aluekohtaisissa tuloksissa. Toimipistekohtaisen kannattavuuden tarkastelu edellyttäisi myös kulujen toimipistekohtaista raportointia. Vaikutusarvioista saatujen tietojen yleistettävyyttä kuitenkin heikentää se, että uusia apteekkeja on perustettu hyvin maltillisesti.

9.1.3 Apteekkien liiketoiminta ja niiden tiloissa harjoitettava erillisyyhtiötoiminta

Fimea julkaisee vuosittain analyysin apteekkien taloudellisesta tilanteesta, jonka aineisto perustuu apteekkareille lähetettävään taloustietokyselyyn. Nykyisellään kyselyaineiston merkittävä heikkous on epävarmuus ilmoitettujen tietojen oikeellisuudesta erityisesti sellaisten tietojen osalta, joita ei pystytä validoimaan. Kyselyllä ei myöskään kerätä tietoja apteekkikohtaisista lääkepakkaustason myynneistä, koska kaikkien apteekkien kassajärjestelmistä tietoa ei ole saatavilla. Fimean ja apteekkien välistä tiedonjakoa ja sen automatisointia mahdollistavaa infrastruktuuria tulisikin kehittää pitkäjänteisesti, tietosuojasta ja tiedonjaon turvallisuudesta tinkimättä.

Reseptilääkkeiden apteekkikohtaista myynnin jakaumaa voidaan tarkastella hyödyntämällä e-reseptitietokantaa. Itsehoitolääkkeiden osalta voidaan tarkastella vain taloustietokyselyyn ilmoitettuja kokonaisyhteisiä, mutta myös niihin liittyy epävarmuutta. Myös eroja eri alueilla sijaitsevien apteekkien taloudellisessa suoriutumisessa on tutkittu vain vähän.

Liiketoiminnan kannattavuutta voidaan nykyisellä tietopohjalla tarkastella vain apteekkikohtaisesti, eli pääapteekin, sivuapteekin ja apteekin palvelupisteen muodostamalle kokonaisuudelle. Apteekkien kannattavuuteen vaikuttavien tekijöiden tutkimiseksi olisi hyödyllistä tarkastella myös apteekkitoimipistekohtaisia myynti- ja kulurakenteita. Tunnistettuja kannattavuustekijöitä olisi myöhemmin mahdollista hyödyntää esimerkiksi heikosti kannattavien apteekkien tukimallien rakentamisessa.

Olisi tärkeää selvittää millaisia kannustimia tai esteitä apteekeilla on investointien tekemisessä, ja miten niihin liittyviä kannustimia voisi parantaa. Esimerkiksi verkkokaupan perustaminen ja siihen liittyvä logistiikka edellyttää taloudellisia investointeja, joihin kaikilla apteekkareilla ei välttämättä ole edellytyksiä. Tällaiset investoinnit kuitenkin parantaisivat lääkkeiden saavutettavuutta.

Nykyiseen apteekkilupajärjestelmään liittyy ns. apteekkarin urakierto. Tämä tarkoittaa sitä, että ensimmäinen apteekkilupa myönnetään yleensä pieneen maaseutuapteekkiin. Suurempien, keskeisellä sijainnilla olevien apteekkien luvat myönnetään jo kokeneille apteekkareille. Apteekkarien nopea vaihtuminen vähentänee kannustimia kehittää pienempien apteekkien toimintaa ja palveluita.

Kansainvälinen esimerkki apteekkitoiminnan kehittämisestä ja palvelutarjonnan laajentamisesta löytyy Norjasta, jossa apteekeille maksetaan korvaus farmaseuttisen neuvonnan antamisesta tiettyjen lääkkeiden käyttäjille. Apteekkien mahdollisuutta laajentaa palvelutarjontaansa farmaseuttiseen asiantuntemukseen pohjautuen tulisi arvioida myös Suomessa.

Apteekkien liiketoimintaan vaikuttaa myös niiden tiloissa toimivat erillisyhtiöt. Erillisyhtiöiden kautta myydään niitä tuotteita, jotka erillisyhtiön puuttuessa myytäisiin apteekista. Nykyisellä tietopohjalla on mahdollista tarkastella erillisyhtiöiden liikevaihtoa arvonlisäverokannoittain, mutta myynnin valikoimaa ei tiedetä. Tärkeää olisi selvittää, mikä osa erillisyhtiöiden liiketoiminnasta on apteekkitoiminnan kannalta olennaisin.

9.1.4 Apteekkien hintasääntely ja verotus

Fimean (2018) katsauksessa Pohjoismaiden apteekkijärjestelmien vapauttamisesta todetaan, että tutkimustieto kilpailun vapauttamisen vaikutuksista lääkkeiden hintoihin on hajanaista. Suomessa mahdolliseen järjestelmäuudistukseen ryhdyttäessä uudistuksen toteutusta ja siihen liittyvää tiedonkeruuta tulisi suunnitella huolella.

Lääketaksan rakenteesta päätettäessä tehdään valinta apteekkien saaman katteen lisäksi myös siitä, kenelle lääkekustannukset kohdistetaan. Hintasääntelylle tulisiikin

ensin asettaa selkeät tavoitteet ja selvittää, tukeeko nykyinen lääketaksa asetettuja tavoitteita.

Erilaisten taksojen vaikutusta kulujen kohdentumiseen lääkkeiden käyttäjien välillä voidaan arvioida lääkekorvausaineistojen avulla. Taksan vaikutusta apteekin saamaan katteeseen voidaan karkeasti arvioida lääkekulutustilaston sekä apteekkien tilinpäätösaineistojen perusteella. Apteekkikohtaisten vaikutusten tunnistaminen edellyttäisi kuitenkin lääkepakkaustason myyntitietoja.

Kattavien apteekkikohtaisten aineistojen avulla olisi mahdollista arvioida myös enimmäishintajärjestelmään siirtymisen vaikutuksia apteekkien katteisiin. Esimerkkejä toteutuneista hinnoista ja keskimääräisistä hinnanalennuksesta voisi hakea esimerkiksi Ruotsista ja Norjasta, joissa enimmäishintajärjestelmä on jo käytössä. Mahdollisen sääntelyuudistuksen yhteydessä tulisi arvioida myös apteekkien tukkualennusten salminen.

9.1.5 Yliopistojen apteekit

Suomen apteekkijärjestelmän yksi erityispiirre on yliopistojen apteekit ja niitä koskeva erityisasema (Läkelaki 395/1987). Yliopistojen apteekkien suoriutumista niille annetuista erityistehtävistä ei kuitenkaan tiettävästi ole arvioitu. Suoriutumisen mittaamista varten yliopistojen omistamilla apteekeilla tulisi olla selkeät ja mitattavissa olevat tavoitteet.

Yliopistojen omistamien apteekkien taloudellisesta suoriutumisesta on julkisesti tarjolla vähemmän tietoa kuin yksityisten apteekkien suoriutumisesta. Tätä on perusteltu kahdella syyllä. Yliopistojen apteekkien tarkastelu osana yksityisiä apteekeja vääristäisi apteekkien taloutta kuvaavia lukuja. Toisaalta yliopistojen apteekkien tarkastelu erikseen herättää tietosuojaan liittyviä kysymyksiä, kun toimijoita on vain kaksi.

Apteekkiveron progression lisäämisessä ongelmaksi muodostuu veronkorotusten kohdistuminen erityisesti yliopistojen apteekkeihin. Lääkepakkaustason myyntitiedot tulisi kerätä niin yksityisiltä kuin myös yliopistojen omistamilta apteekeilta, jotta apteekkiveromuutosten kohdentumista erikokoisiin apteekkeihin olisi mahdollista arvioida.

9.1.6 Uudenlainen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjä sote-uudistuksen toteutuessa

Mahdollisen sote-uudistuksen toteutuessa lääkehuollon järjestämisvastuu siirtyisi kunnilta uudennlaiselle järjestäjälle. Tässä tilanteessa apteekkijärjestelmää koskevat selvitykset tulisi laajentaa koskemaan koko lääkehuoltoa ja sen ohjausta sekä avohoidossa että sairaaloissa.

Nykyisessä monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä yhden toimijan voi olla mahdollista siirtää kustannuksia toisen toimijan vastuulle. Tällainen osaoptimoinnin riski on olemassa sekä sairaala- ja avohoidon lääkkeiden, että lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon välillä. Osaoptimoinnin seurauksena kokonaiskustannukset voivat nousta.

Jatkossa tulisi arvioida, miten korvattavien lääkkeiden käyttö ja kustannukset jakautuvat alueellisesti, ja mitkä tekijät selittävät korvattavien lääkkeiden käyttöä ja kustannuksia. Lisäksi tulisi selvittää miten rahoitus tulisi jakaa alueille lääkekorvauksista huolehtimiseen, esimerkiksi osana alueille jaettavaa yleiskatteellista valtionosuutta.

10 Yhteenveto ja johtopäätökset

Vuonna 2018 lääkkeiden kokonaismyynti oli Suomessa 3 287 miljoonaa euroa, josta 2 188 miljoonaa euroa (ilman reseptilääkkeiden toimitusmaksuja) syntyi avohoidossa. Maksajina ovat yhteiskunta sairausvakuutusjärjestelmän kautta sekä lääkkeiden käyttäjät itse. Avohoidon lääkejakelesta vastaavina toimijoina apteekit ovat tässä keskeisessä roolissa. Julkisen talouden säästöpainet ovat osaltaan lisänneet tarvetta tarkastella apteekkien taloutta sekä laajemmin koko apteekkijärjestelmää. Apteekkitalouden tarkastelu on osa lääkehoidon kokonaisuuden tiekarttaa.

Tämä raportti on esiselvitys, jossa toimeksiannon mukaisesti kuvataan erityisesti apteekkitalouden nykytilaa ja tarkastellaan lääketaksaa lääkkeen käyttäjän ja yhteiskunnan näkökulmasta. Apteekkitalouden nykytilasta pyritään kuvaamaan yhteiskunnan lääkkeiden vähittäisjakelun ja apteekkipalvelujen järjestämisestä maksama hinta. Takasimulaatioilla tarkastelemme, kuinka paljon yhteiskunnan ja lääkkeen käyttäjän maksama hinta muuttuisi, jos käytössä olisi Ruotsin, Norjan tai Tanskan lääketaksajärjestelmä.

Apteekkien saamaa katetta sekä apteekkien omistajuutta, määrää ja sijaintia säännellään. Sääntelyllä pyritään varmistamaan lääkehuollon turvallisuus ja apteekkipalvelujen saavutettavuus koko maassa. Toimialan sääntelyn vuoksi apteekkitalouden tarkastelussa on huomioitava apteekki-alan erityispiirteet ja alalla syntyviä voittoja tulisi tarkastella monipuolisesti.

Fimea julkaisee vuosittain tietoja apteekkien taloudesta, mutta apteekkikohtaisia tai alueellisia eroja apteekkien taloudellisessa suoriutumisessa on tutkittu vain vähän. Apteekkien taloustiedot perustuvat apteekkarien täyttämään sähköiseen taloustietokyselyyn, jonka käsittely vaatii paljon manuaalista työtä. Aineistoa käsiteltäessä kyselyvastauksissa havaittiin useita epäjohdonmukaisuuksia ja aineiston keruuta on näiltä osin tarve kehittää.

Taloustietokyselyn perusteella voidaan kuitenkin tehdä yleisiä johtopäätöksiä apteekkitalouden tilasta. Vuonna 2018 yksityisten apteekkien liikevaihto oli 2 403 miljoonaa euroa, ja siitä 93 prosenttia oli lääkemyyntiä. Samana vuonna apteekkien liiketoiminta oli keskimäärin erittäin kannattavaa, ja vain kaksi prosenttia apteekteista oli tappiollisia.

Apteekit ovat liikevaihdoltaan varsin heterogeenisiä, ja yksi merkittävistä liikevaihtoon vaikuttavista tekijöistä on apteekin sijainti. Vaikka eroja apteekkien liikevaihdossa pyritään tasaamaan apteekkiverolla, on apteekkien kannattavuudessa tästä huolimatta

selkeitä eroja. Apteekkien kannattavuus on esimerkiksi yhteydessä siihen, toimiiko niiden tiloissa erillisyyhtiö.

Esiselvitystä tehdessä olemme keskustelleet apteekkitason tietojen hyödyntämisestä päätöksenteon tukena. Jatkoselvityksiä varten olisi tärkeää linjata selkeästi, millä tarkkuudella apteekkeja koskevia tietoja on mahdollista käsitellä ja julkaista. Linjauksessa tulisi tasapuolisesti huomioida kysymykset apteekkien liikesalaisuuksista ja tietotarpeista julkisesti rahoitetun apteekkitoiminnan ohjaamisessa.

Tämän selvityksen lääketaksasimulaatioissa on käytetty apteekkikohtaisia pakkaustason myyntitietoja vain korvatuista reseptilääkkeistä. Lääketaksan ja apteekiveron muutosten arviointi alue- ja apteekkitasolla vaatisi apteekkikohtaisia pakkaustason myyntitietoja myös itsehoitolääkkeistä ja reseptilääkkeistä, jotka eivät ole korvattavia. Lääkemyyntin rakenne vaihtelee apteekkikohtaisesti, mutta nykyisillä aineistoilla apteekkien välisiä eroja voidaan tarkastella vain reseptilääkkeiden osalta.

Selvityksessä vertailimme Suomen nykyistä lääketaksaa Ruotsin, Norjan ja Tanskan taksajärjestelmiin simuloimalla vaihtoehtoisia taksamalleja Suomen tukkumyyntiaineistolla. Simulointitulosten perusteella muiden maiden taksajärjestelmät näyttävät edullisemmilta tavoilta järjestää lääkejakelu ja valtaosa lääkkeen käyttäjistä hyötyisivät, jos simuloituidet järjestelmät vietäisiin käytäntöön. Samalla kuitenkin havaittiin, että kokonaisuuden kannalta edullisimmissakin järjestelmissä oli tiettyjä lääkkeenkäyttäjärhymiä, joiden kustannukset olivat korkeammat kuin Suomen nykyisessä järjestelmässä. Esimerkiksi toimitusmaksun määräytyminen pakkaus- tai toimituseräkohtaisesti vaikuttaa lääkkeiden käyttäjien kustannuksiin, ja kannustaa hakemaan tietyn kokoisia lääkepakkauksia.

Toteutuessaan taksauudistus aiheuttaisi todennäköisesti laajemmin muutoksia lääke-markkinoilla. Näistä esimerkkinä ovat lääkeyritysten tukkuhinnoitteluun, markkinoille tuotujen lääkepakkausten kokoon ja lääkkeen käyttäjien ostokäyttäytymiseen liittyvät muutokset. Taksan uudistamisesta aiheutuisi todennäköisesti myös muita yleisiä järjestelmän uudistamiseen liittyviä kustannuksia. Markkinamuutoksia ja niiden aiheuttamia kustannuksia on haasteellista arvioida etukäteen, eikä niitä siksi huomioitu simuloinneissa. Staattiset simulointitulokset osoittavat kuitenkin sen, että taksan suuruuden lisäksi myös sen rakenteella on merkitystä niin apteekkien talouteen kuin lääkkeen käyttäjien ja yhteiskunnan lääkemenoihin.

Taksaa koskevilla säädöksillä päätetään siitä, millä perusteella apteekkeille maksetaan korvausta avohoidon apteekkipalveluista. Suomen nykyjärjestelmässä korvaus perustuu lääkkeen tukkuhintaan. Taksa on regressiivinen, eli apteekin saama kate pienenee suhteellisesti lääkkeen hinnan kasvaessa. Absoluuttinen kate on kuitenkin sitä suurempi, mitä kalliimmasta lääkkeestä on kyse, joten käytännössä järjestelmä kannustaa

myymään kalliimpia lääkkeitä. Apteekkien velvoitetta tarjota aina halvempaa valmistetta, mikäli sellainen on olemassa, ei systemaattisesti valvota.

Jatkossa tulisi arvioida, voisiko apteekkeille maksettava korvaus perustua esimerkiksi apteekin neuvontapalveluihin, lääkkeen vaihtokelpoisuuteen tai lääkkeen halvempaan hintaan. Hinnan edullisuuteen perustuva taksa kannustaisi apteekkeja toimittamaan ja pitämään varastossa halvempia lääkkeitä. Lisäksi selvitystyötä tulisi jatkaa juuri Suomen lääkehuoltojärjestelmään sopivan lääketaksan tunnistamiseksi. Tällaisen tarkastelun keskiössä ei olisi Suomen nykyisen järjestelmän hienosäätäminen tai muissa maissa jo käytössä olevien järjestelmien räätälöinti Suomen lääkehuollon ympäristöön sopiviksi. Sen sijaan uudelleenarvioinnin kohteina olisivat myös taksan perusrakenteet. Lääketaksan muutoksilla voidaan vaikuttaa lääkkeiden hintoihin nopeastikin. Tehtyjä muutoksia tulisi arvioida säännöllisesti.

Liitteet

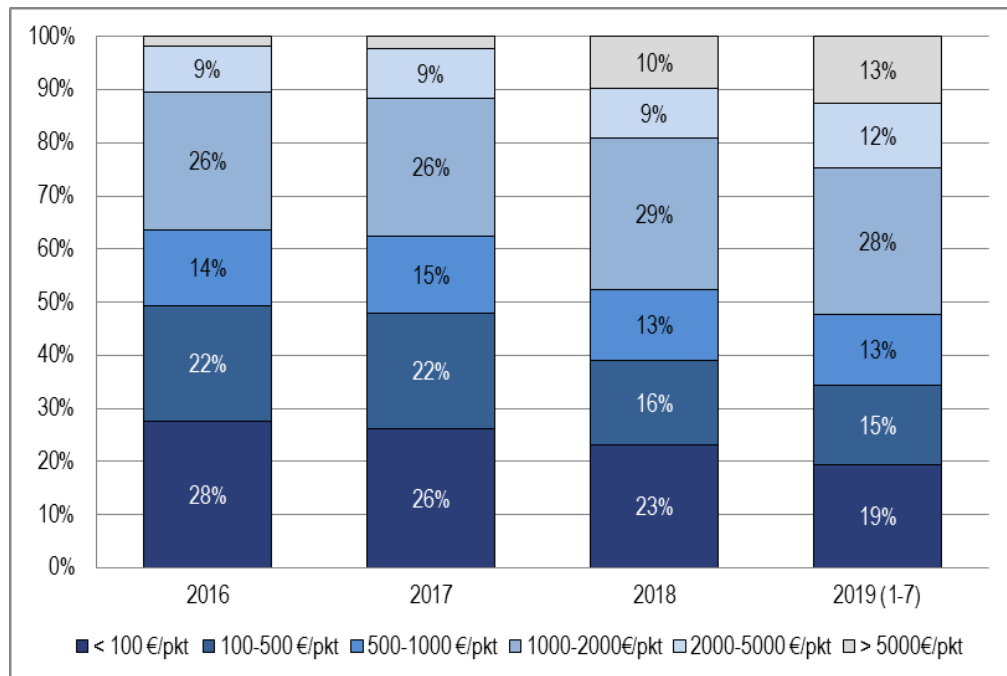
Liite 1. Apteekkiveron määräytyminen, kun apteekilla on sivuapteekki

Taulukko 15. Apteekkiveron määräytyminen kun apteekkarilla on apteekin alainen sivuapteekki.
Lähde: Apteekkiverolaki 770/2016

Pää- ja sivuapteekin liikevaihto yhteensä (euroa)	Apteekkiveron määräytyminen	Sivuapteekki vähennys
alle 2,6 miljoonaa	Erikseen pää- ja sivuapteekilta	Ei sivuapteekki vähennystä
2,6 - 3,5 miljoonaa	Erillisen taulukon mukaisesti, osittain erikseen ja osittain yhdessä pää- ja sivuapteekilta	
yli 3,5 miljoonaa	Pää- ja sivuapteekit yhdessä	Sivuapteekki vähennys: sivuapteekin liikevaihdosta vähennetään kolmasosa, vähintään 50 500 euroa. Jos liikevaihto on vähemmän kuin 50 500 euroa, vähennetään se kokonaan. Vähennystä ei tehdä, jos sivuapteekin perustamisesta on kulunut 5 vuotta ja jos sivuapteekin liikevaihto vastaa puolta yksityisten apteekkien liikevaihdon keskiarvosta.

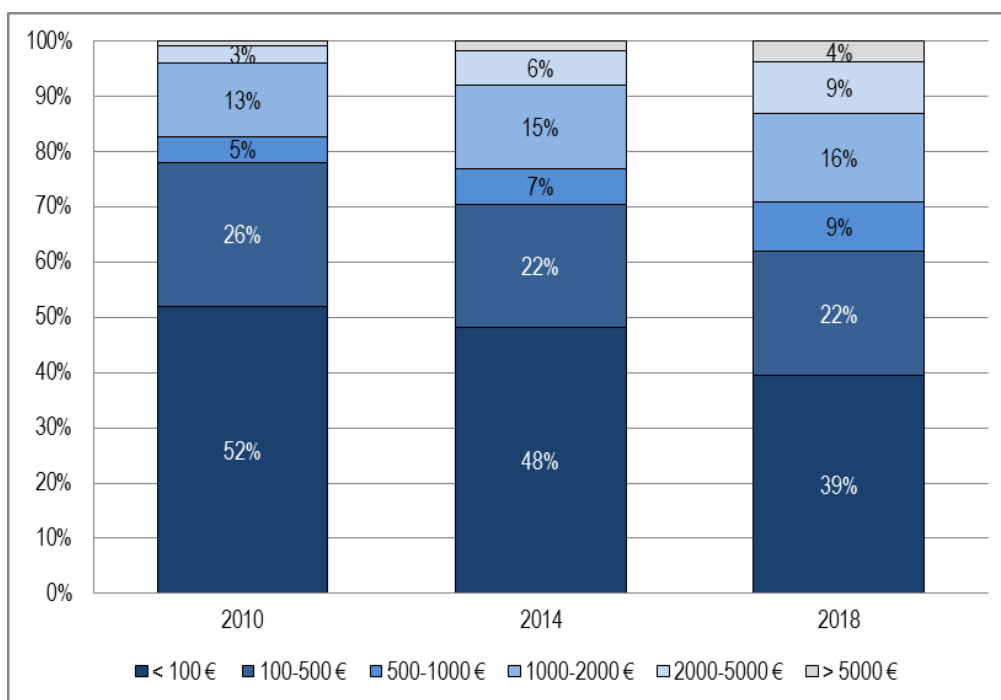
Liite 2. Pakkausten hintajakaumat

Yhä suurempi osa lääkemyynnistä koostuu kalliiden lääkkeiden myynnistä. Vuonna 2016 sairaalalääkemyynnistä noin puolet koostui alle 500 euroa maksavista lääkepakkauksista, mutta vastaava osuus vuoden 2019 tammi-heinäkuun lääkemyynnistä oli vain kolmannes. Vuonna 2016 yli 5 000 euroa maksavien lääkepakkausten myynti oli 11 miljoonaa euroa ja vuonna 2018 vastaava luku oli 82 miljoonaa euroa. Tässä esitetyt luvut perustuvat kuitenkin tukkumyynthintoihin, eikä tietoa todellisista kustannuksista sairaalalääkkeiden osalta ole.



Kuva 25. Sairaalalääkkeiden myynnin jakauma lääkepakkausten tukkuhintojen mukaan vuosina 2016–2019. Vuodelta 2019 mukana tammi-heinäkuun myynti. Lähde: Iqvian tukkumyynntiaineisto

Myös Kelan korvaamien lääkkeiden kustannuksista kalliiden, yli 2 000 euroa maksavien lääkepakkausten osuus on kasvanut, vaikka kasvu on maltillisempaa kuin sairaalalääkkeiden puolella (kuva 26). Vuonna 2010 lääkekorvauksista yli puolet (52 prosenttia) maksettiin alle 100 euron hintaisista pakkauksista, kun vuonna 2018 vastaava osuus oli 39 prosenttia. Samalla yli 2 000 euroa maksavien pakkausten osuus korvauksista on kasvanut vuoden 2010 neljästä prosentista 13 prosenttiin vuonna 2018. Lääkeostojen lukumääriä tarkasteltaessa havaitaan kuitenkin, että korvattavista lääkeostoista 95 prosenttia on alle 100 euron lääkepakkauksia. Tilanne on pysynyt samana koko tarkasteluajavälillä 2010-2018.



Kuva 26. Lääkekorvausten jakauma lääkepakkauksen hintojen mukaan vuosina 2010, 2014 ja 2018. Lähde: Kelan reseptitiedosto

Liite 3. Indikaattorit

Suomalaisesta apteekkitoiminnasta julkaistaan vuosittain paljon tietoa esimerkiksi yksityisten ja yliopistojen apteekkien, Suomen Apteekkariliiton ja alan ammattijärjestöjen toimesta.

Tietoja kerätään ja julkaistaan myös lääkealan viranomaisten toimesta. Fimean ja Kelan julkaisemassa Suomen lääketilastossa on tietoa lääkekulutuksesta, -kustannuksista ja -korvauksista. Näitä tietoja julkaistaan myös Kelan tilastotietokannassa Kelastossa. Tämän lisäksi Suomen lääketilastossa on joitakin lääkehuolto- ja apteekkitoimintaa kuvaavia tunnuslukuja.

Fimea on koonnut vuoden 2019 lopussa verkkosivuilleen Suomen apteekkitoimintaa kuvaavia tunnuslukuja, tilastoja ja indikaattoreita (taulukko 25). Tietoja on koottu vaihtelevasti 2-10 vuoden ajalta. Tiedot on tuotettu Fimean rekistereistä, toimintakertomuksista ja julkaisuista kuten apteekkien tilinpäätösanalyyseistä ja tutkimusraporteista (esim. Lääkebarometri).

Taulukko 16. Fimean apteekkitoiminnan tunnusluvut.

	Tunnusluku/indikaattori
Apteekkipalveluiden saatavuus	Apteekkitoimipisteiden lukumäärä Yksityisten apteekkien aukioloajat Apteekkipalveluiden alueellinen saatavuus maakunnittain väestömäärään suhteutettuna Väestön kokemus apteekkipalveluiden saatavuudesta
Apteekkien talous	Yksityisten apteekkien keskimääräinen liikevaihto, liikevoitto ja myyntikateprosentit Yksityisten apteekkien omavaraisuusaste, suhteellinen velkaantuneisuus ja maksuvalmius Apteekkien tiloissa toimivien yhtiöiden lukumäärä, liikevaihto ja liikevoitto
Lääkkeiden käyttö ja saatavuus	Apteekkien toimittamat lääkemääräykset Fimealle tehdyt lääkkeiden saatavuushäiriöilmoitukset
Lääkeneuvonta	Apteekin neuvonta lääkärin määräämistä lääkkeistä väestön kokemana
Lääkevaihto	Lääkevaihdon sivuuttamisen aiheuttamat kustannukset

Tietojen avulla voidaan tarkastella apteekkitoiminnan nykytilaa, seurata viimeisen kymmenen vuoden aikana alalla tapahtuneita muutoksia sekä joiltakin osin myös verrata eri maakuntia keskenään. Tiedot täydentävät apteekkitoimintaa koskevaa tutkimustietoa ja vuosittain julkaistavaa Suomen lääketilastoa.

Apteekkitoimintaa koskevan tietojen haun ongelmana voidaan kuitenkin nähdä se, että tiedot ovat pirstaloituneet eri toimijoiden julkaisuihin, raportteihin ja verkkosivuille. Mittareiden, tunnuslukujen ja indikaattoreiden soveltuvuudesta ei ole olemassa yhteistä/kansallista konsensusta. Monilta osin myös apteekkitoiminnan laatua kuvaavat tunnusluvut puuttuvat tai ovat vaillinaisia.

Lähteet

Ahonen Riitta, Martikainen Jaana (toim.) Lääkevaihdon ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 68. Kansaneläkelaitos. 2005

Apteekkariliitto. Apteekin palveluiden ja ei-lääkkeellisten tuotteiden myynnin ja markkinoinnin hyvät toimintatavat. Suomen Apteekkariliitto. 2017

Apteekkariliitto. Vuosikatsaus 2018. Suomen Apteekkariliitto. Helsinki.

Apteekkiverolaki 770/2016

Lääkelaitos. Selvitys lääkeyritysten apteekkeille antamista alennuksista 2.6.2005.
<https://www.fimea.fi/-/selvitys-laakeyritysten-apteekkeille-antamista-alennuksista>

Farmasialiitto. Farmaseuttisen henkilöstön työehtosopimus 1.11.2017-31.10.2020. Farmasialiitto, 2017.

Fimea (2018). Fimean selvitys itsehoitolääkkeiden myyntikanavista. 24.5.2018. Dnro Fimea 000753/00.04.05/2018

Hallituksen esitykset:

HE 40/2019 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta.

HE 29/2019 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2019.

Holm P, Huovari J, Pakarinen S. Apteekkien kokonaistaloudellinen tilanne. PTT Työpapereita 145. Helsinki 2013.

Honkanen H, Snicker K, Ahlmaa J. Lääkkeiden riskinjakosopimukset Suomen sairaaloissa – kyselytutkimus 2019. Lääkärilehti 2019;49:2872-2876.

Itä-Suomen yliopisto. Tilinpäätös 31.12.2018. Itä-Suomen yliopisto. 2019.

Jauhonen HM, Jyrkkä J, Koski-Pirilä A. Vältettävien lääkkeiden käyttö on vähentynyt iäkkäillä. Sic! Lääketietoa Fimeasta verkkolehti 1-2/2019.

Kanavos P, Schurer W, Vogler S. The pharmaceutical distribution chain in the European Union. Structure and impact on pharmaceutical prices. Brussels: European Commission, 2011.

Koivuranta P (toim.) Terveysthuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto, uudistettu painos. Helsinki 2019.

Koskinen H, Martikainen JE, Maljanen T. Antipsychotics and antidepressants: An analysis of cost growth in Finland from 1999 to 2005. *Clinical therapeutics* 2009; 31: 1469–1477.

Koskinen H, Mikkola H, Saastamoinen L, Ahola E, Martikainen JE. Time series analysis on the impact of generic substitution and reference pricing on antipsychotic costs in Finland. *Value in Health* 2015; 18: 1105–1112.

Koskinen H, Kurko T. Viitehintajärjestelmä ja hintakilpailu – ontuva parivaljakko? Kelan tutkimusblogi 2016. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3198>

Koskinen H, Juntunen L, Junttila T, Kurko T. Korvausjärjestelmään hyväksytyt uudet syöpälääkkeet. Kohtaavatko saatavuus ja hyödyt. *Suomen lääkäri* 6/2019; 327 - 330.

Koskinen H, Kuusisto S. Aktiivista kilpailua vai muutaman markkinat? Viitehintajärjestelmän tarkastelua. Kelan tutkimusblogi 2019. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4969>

Laegemiddelstyrelsen (Danish Medicines Agency). Omregning fra apotekernes indkøbspris (AIP) til forbrugerpris (ESP).

Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista 1397/2006.

Lankila T, Huotari T, Antikainen K (2019). Apteekkien saavutettavuus, keskimääräiset matka-ajat kunnittain ja maakunnittain. Henkilökohtainen tiedonanto.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys 2/2016. Lääkkeiden toimittaminen.

Suomen lääketilastot:

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2009. Helsinki 2010.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2010. Helsinki 2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016070722190>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2011. Helsinki 2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016070722189>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2012. Helsinki 2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016070722188>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2013. Helsinki 2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016070722187>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2014. Helsinki 2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201602247346>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2015. Helsinki 2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016112829993>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2016. Helsinki 2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017111750773>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2017. Helsinki 2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018112148808>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2018. Helsinki 2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019123149481>

Lääkelaki 395/1987.

Martikainen J, Rajaniemi S, Klaukka T. Lääkekorvaukset 1990-luvulla. Tausta ja kehitys. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 11/1999. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 1999

Reinikainen L, Lämsä E, Happonen P, Hämeen-Anttila K. Apteekkijärjestelmän sääntelyn purkaminen Euroopassa – toimenpiteet ja vaikutukset. Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 3/2017. Kuopio: Fimea 2017.

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

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

Reinikainen L, Hyvärinen A, Happonen P. Apteekkien tilinpäätösanalyysi vuosilta 2014–2017. Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 2/2019. Kuopio: Fimea 2019.

Saastamoinen LK, Verho J. Assessing the regional variation in potentially inappropriate medicine use. A national register-based study on effect of economical, health system -related and patient-related factors. Poster. Nordic epidemiology. Tampere, 7.-9.9.2019.

Sairausvakuutuslaki 1224/2004.

Soppi A, Heino P, Kurko T, Maljanen T, Saastamoinen L, Aaltonen K. Growth of diabetes drug expenditure decomposed – A nationwide analysis. Health Policy 2018;122(12):1326-1332.

SOU (Statens Offentliga Utredningar). Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. Delbetänkande av Nya apoteksmarknadsutredningen. SOU 2017:15. Stockholm 2017.

Siikanen M. Industrial Organization Study on Spillovers Between Pharmaceutical Markets. Aalto-yliopisto, Helsinki 2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityshenkilön loppuraportti. Lääkekorvausjärjestelmän kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 20/2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista. Virkamiesmuistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:5. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4027-7>

Statens legemiddelverk (Norwegian Medicines Agency). Generelt om pris på legemidler. <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/pris-pa-legemidler#pris-p%C3%A5-legemidler-som-utleveres-av-behandler>

Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV). Apotekens marginaler. <https://www.tlv.se/apotek/apotekens-marginaler.html>

Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV). Glesbygdbidrag.
<https://www.tlv.se/apotek/glesbygdsbidrag.html>

Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV). Henkilökohtainen tiedonanto TLV:n myyntikatteesta.

Tilastokeskus. Käsitteet. Tilastollinen kuntaryhmitys.
https://www.stat.fi/meta/kas/til_kuntaryhmit.html <https://www.stat.fi/luokitukset/kuntaryhmitys/> (viitattu 8.1.2020)

Valtiokonttori. Valtiokonttorin ehdotus valtion tilinpäätökseksi varainhoitovuodelta 2018. Valtiokonttori, Helsinki 2019.

Valtioneuvosto. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31.

VnA 1149/2016. Valtioneuvoston asetus lääketieteellisin perustein vaikeiksi ja pitkäaikaisiksi arvioitavista sairauksista, joiden lääkehoidon kustannuksista sairausvakuutuslain 5 luvun 5§:n 2 momentin perusteella korvataan 65 tai 100 prosenttia, annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta.

VnA 713/2013. Valtioneuvoston asetus lääketaksasta.

VnA 27/2013. Valtioneuvoston asetus lääketieteellisin perustein vaikeiksi arvioitavista sairauksista, joiden hoidossa käytettävien kliinisten ravintovalmisteiden kustannuksista sairausvakuutuslain perusteella korvataan 65 tai 35 prosenttia.

Verohallinto. Verohallinnon päätös yksityisten apteekkien liikevaihdon keskiarvosta vuonna 2018. 15.11.2019.

Weise N, Festøy H, Hagen C.: PPRI Pharma Profile Norway 2018. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI), 2018

Yliopiston apteekki. Tilinpäätös 2018. Helsinki, 2019.

Yliopiston apteekki. Vuosikertomus 2018. Helsinki, 2019. <https://www.yliopistonapteekki.fi/vuosikertomus/verkkopalvelu>

Yliopiston apteekki. Vuosikertomus 2017. Helsinki, 2018.

