

lapsille sopivassa muodossa. Myös lääkkeiden saatavuus Afrikassa on surkea (Robertson ym. 2009).

Saatavuuden esteitä

Vanhojen lääkkeiden saatavuutta kehitysmaissa heikentää muun muassa heikko sitoutuminen terveydenhuollon priorisointiin, riittämätön työvoima ja rahoitus sekä avunantajien toimien huono koordinaatio. Kehitysmaissa 90 % väestöstä maksaa lääkkeensä itse, ja lääkemenot ovat kotitalouksien toiseksi suurin menoerä ruoan jälkeen.

Uusien lääkkeiden saatavuuden esteenä on nähty vuonna 1995 voimaan astunut WTO:n TRIPS-sopimus (The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights). Vaikka TRIPS velvoitti suojaamaan immateriaalioikeudet 20 vuodeksi, alkuperäinenkin sopimus mahdollisti patenttien murtamisen kansallisen hätätilan tai ihmisoikeusnäkökohtien nojalla. Julkinen kritiikki ja kansalaisjärjestöjen kannanotot johtivat vuonna 2001 Dohan julistukseen, jonka seurauksena on vahvistettu jousto- ja suojamekanismeja terveydenhuollon turvaamiseksi, kuten pakkolisensiointi hätätilanteissa ja halvempien lääkkeiden rinnakkaistuonti.

Sopimukset näyttävät olevan kunnossa, ja suojamekanismeja on toki käytetty menestyksellisesti esimerkiksi Brasiliassa ja Etelä-Afrikassa. Toisaalta suojamekanismeja on myös osattu kiertää. Kun Yhdysvallat sijoitti Bushin hallintoaikana 15 miljardia dollaria AIDS-työhön, rahaa kohdennettiin ensisijaisesti maihin, jotka suostuivat geneeristen lääkkeiden valmistusta rajoittaviin bilateraalsiin sopimuksiin (Gandy 2005).

Kansalaisjärjestöt arvostelevat teollisuutta, mutta kehitysmaiden omia ongelmia ei ole muistettu kritisoida yhtä purevasti. Kehitysraha kelpaa, mutta kauppatase kiinnostaa hallituksia enemmän kuin pitkäjänteinen kansanterveystyö. Esimerkiksi Namibiassa on järkevä terveydenhuoltojärjestelmä, mutta vielä 20 vuotta itsenäistymisen jälkeen henkilöstöstä on pulaa. Pääosa lääkäreistä on ulkomaalaisia ja henkilöstön vaihtuvuus on suuri. Surkean palkkauksen vuoksi väki virtaa yksityissektorille. Transparency Internationalin korruptioarviossa kaikki Afrikan maat saavat erittäin huonot arvosanat. Onko ihme jos infrastruktuurit eivät toimi?

Lääkekehityksen kannustimet lisääntyneet

On väitetty, että teollisuudelle ei ole riittäviä kannustimia kehittää lääkkeitä köyhiä maita riivaaviin sairauksiin. Näin oli viime vuosituhanella, mutta tänään köyhyys sairauksien tutkimukseen investoidaan merkittäviä summia. Esimerkiksi EU:n kuudes puiteohjelma rahoitti vuosina 2002–2006 HIV/AIDS-, malaria- ja tuberkuloositutkimusta 225 miljoonalla eurolla. Tästä 43 % kohdistettiin rokotteiden, 48 % uusien lääkkeiden ja loput mikrobisidien sekä diagnostiikan kehittämiseen. Tänä vuonna päättyvä seitsemäs puiteohjelma on rahoittanut köyhyys sairauksien tutkimusta vuosittain 100 miljoonalla eurolla. European and Developing Countries Clinical Trial Partnership -kumppanuusohjelma rahoitti puolestaan vuosina 2004–2010 lähes 200 tutkimushanketta 218 miljoonalla eurolla.

Terveys, lääkkeet ja ihmisoikeudet

Lääketeollisuus on jo vuosia sitten myöntänyt osavastuunsa kehitysmaiden lääkehuollossa. Ratkaisuksi on tarjottu muun muassa lääke- ja rokotelahjoituksia sekä tutkimus- ja terveyskasvatusaloitteita. Miljardi-investoinnit ovat kunnioitettavia yhteiskuntavastuun osoituksia, mutta ohjelmien integroiminen hajanaisiin terveydenhuollon kehitysohjelmiin on haasteellista ja pitkäaikaisvaikutukset ovat kyseenalaisia (Puska ym. 2004).

TRIPS-väittely on nyttemmin kanavoitu keskusteluksi lääketeollisuuden moraalisisista velvollisuuksista YK:n yleiskokouksessa. Ensimmäiset ihmisoikeusohjeet teollisuudelle esiteltiin yleiskokoukselle vuonna 2008 (UN 2008).

Ohjeiston mukaan yrityksillä tulee olla ihmisoikeuslinjaus, joka on otettava läpinäkyvästi huomioon käytännön työssä. Erytishuomio tulisi kiinnittää huonossa asemassa oleviin väestönosiin. Korruptiota on vastustettava tehokkaasti. Myös lääkkeiden laatuun, kliiniseen tutkimukseen, trooppisten tautien tutkimukseen ja markkinointiin kiinnitetään huomiota. Tavoitteiden saavuttamista tulisi valvoa.

Yritysten tulisi kunnioittaa maiden oikeutta TRIPS-sopimuksen joustomekanismeihin. Yritysten on sitouduttava julkisesti pidättäytymään vapauksia rajoittavista toimista. Lääkkeiden vientiä ei saa rajoittaa. Patentointivastuista vapautettuja kehitysmaita ei saa painostaa patentteja vastaaviin erillissopimuksiin. Vapaaehtoisia lisenssejä pitäisi myöntää matalan ja keskitason tuloluokan maille, eikä näissä maissa pitäisi patentoida vanhojen lääkkeiden triviaaleja muunnoksia.

Saatavuusongelmien ratkaisu vaatii sitoutumista ja palkitsemista

Lääkkeiden saatavuusongelmien ratkaisu kehitysmaissa edellyttää hallituksilta sitoutumista ja nykyistä suurempia panostuksia terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseen ja vähemmän investointeja puolustusvarusteluun. Multilateraalista ohjausta ja bilateraalista rahoitustukea on hyvin saatavilla. Suurimmat lääketehdät ovat sitoutuneet parantamaan lääkkeiden saatavuutta, mutta kauppapolitiikkaan liittyvät ongelmat tuskin ratkeavat ennen kuin onnistutaan luomaan kokonaan uusi paradigma tutkivan lääketieteellisuuden palkitsemiseksi. Voisiko lääketehdas saada tuloja kansanterveyden parantumisen tai terveydenhuollon säästöjen pohjalta, eikä ainoastaan lääkkeiden myynnistä? Tietenkin myös hinnoittelu voi olla kehitysmaakohtaista. Tämän tasoiset ongelmat ovat korkeimman poliittisen tason päätöksiä – vaikeita, mutta mahdollisia.



Kari S. Lankinen

LT
Ylilääkäri, Fimea