

Revidert nasjonalbudsjett og peritoneal dialyse – det er ikke gull alt som glimrer

Tidsskrift for den norske lægeforening har i nr. 15/2001 en serie artikler om dialysebehandling. I Pål Gulbrandsens lederartikkel (1) berører han en vesentlig problemstilling, nemlig finansieringsordningen for hjemmebasert dialysebehandling. I revidert nasjonalbudsjett har regjeringen kommet med et finansieringsforslag som ikke er så lovende som lederartikkelen synes å antyde.

Hemodialyse utført i sykehus har allerede DRG-satser som finansierer denne typen behandling. Ved peritonealdialyse, som utføres i hjemmet, må fylkessykehusene selv betale utgifter til dialysevæske og dialyseutstyr.

I et dokument 8-forslag som ble fremmet høsten 2000, foreslo sosialkomiteens leder John Alvheim at peritoneal dialysebehandling skulle dekkes over trygdekassens refusjonsordning (blåreseptsystemet), samt at pasienter som lå inne på sykehus for opplæring i prosedyren skulle finansieres med DRG-satser. Dette prinsippet ble bifalt først av en enstemmig sosialkomité og senere av et enstemmig Storting våren 2001.

Regjeringens oppfølging i revidert statsbudsjett er et skritt i stikk motsatt retning. Man forutsetter at overføring av pasienter til hjemmedialyse vil innebære en reell innsparing på statsbudsjettet og anbefaler derfor et *budsjettkutt* overfor fylkeskommunene og sykehusene. Brutto kutter man 8,5 mill. kroner på reisebudsjettet, 15 mill. kroner på rammetilskuddet og overfører kun 6 mill. tilbake til en prøveordning med innsatsstyrt finansiering. Dermed «sparer» staten 17 millioner kroner, og man foreslår «trekk i fylkeskommunens rammetilskudd i forhold til antall pasienter som mottar hjemmebasert dialyse i den enkelte fylkeskommune». Dette forutsettes innført fra 1.7. 2001.

Til dette er å si:

– Sammenliknet med hemodialyse er riktignok peritonealdialyse ca. kr 100 000–200 000 billigere per pasientår. Likevel må ca. 100 pasienter konverteres fra hemodialyse til peritonealdialyse inneværende år for å få regjeringens regnestykke til å gå opp. Det vil si en dobling av antall pasienter i peritonealdialyse på seks måneder (tab 1). Dette er ønsketenkning. Sykehusenes dårlige økonomi rammes dermed ytterligere når budsjettkuttet kommer.

– Vi har en tilvekst i på 50–70 dialysepasienter/år (tab 1). Regjeringens forslag har ikke tatt høyde for dette, og den forutsatte inntjeningen på statsbudsjettet vil ganske raskt bli spist opp av denne økningen.

Riktignok ønsker regjeringen at nyrepasientene skal få den dialyseform som er best egnet hva angår medisinske hensyn og livskvalitet. Likevel foreslår regjeringen trekk i

Tabell 1 Antall pasienter under dialysebehandling i Norge (Norsk nyreregister v/ Torbjørn Leivestad, Rikshospitalet)

	1995	1997	1999	2000
	Antall	Antall	Antall	Antall
Hemodialyse	344	379	492	522
Peritonealdialyse	58	82	96	119

rammetilskuddet til fylkeskommunen når pasienter etableres i peritonealdialyse. Dette er nærmest å betrakte som en økonomisk anbefaling om å holde flest mulig pasienter i hemodialyse og å unngå hjemmebasert peritonealdialyse. Det medisinske samfunn er imidlertid enig om at peritonealdialyse ville vært den beste løsningen for mange pasienter, ikke minst i forhold til livskvalitet og yrkesaktivitet.

Oslo

Trond Jenssen

leder Norsk nyremedisinsk forening

Litteratur

1. Gulbrandsen P. Endelig en bedre finansieringsform for hjemmemodialyse. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1771.

P. Gulbrandsen svarer:

Tidsskriftet takker for disse supplerende opplysningene, som ikke lot seg lese ut av redegjørelsen i revidert nasjonalbudsjett.

Det må i tillegg nevnes at undertegnede ble feilinformert av Sosial- og helsedepartementet da det ble opplyst at 115 pasienter er under behandling med hemodialyse i hjemmet. I alt 119 pasienter var per 1.1. 2001 under behandling med dialyse i hjemmet, men bare to av disse var i hemodialyse.

Til slutt må det nevnes at Stortinget ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 8.6. 2001, på det tidspunkt lederen gikk i trykken, ikke fulgte regjeringens forslag, men vedtok sosialkomiteens opprinnelige forslag mot Arbeiderpartiets stemmer.

Oslo

Pål Gulbrandsen

Tidsskriftet

Statens legemiddelverk og ansvaret for kostnadseffektiv legemiddelbruk

I Tidsskriftet nr. 6/2001 hadde Knud Landmark en oversiktsartikkel hvor han pekte på den grundige dokumentasjon på tradisjonelle blodtrykksmidler og disse midlers gunstige bivirkningsprofil (1). I en senere artikkel, signert av noen av landets ledende hypertensiologer, bekreftes det at de nyere blodtrykksmidler ikke har noen mereeffekt hva

gjelder harde endepunkter (2). Landmark påviste at på tross av at tiazider i lav dose er gunstig, også til diabetikere, er de fleste slike midler blitt fjernet fra det norske marked. I disse dager er det siste gjenværende hydroklortiazidpreparat på det norske marked, Dichlotride, i ferd med å bli fjernet. Firmaet MSD begrunner dette med at leverandøren har problemer med å skaffe midlet til veie (Sigrid Rasmussen, registrasjon manager i MSD, personlig meddelelse). Hydroklortiazid vil etter dette bare være tilgjengelig for norske leger «innpakket i» andre blodtrykksmidler, fortrinnsvis ACE-hemmere og angiotensin II-blokkere.

Landmark og andre har fremført ulike forklaringer på hvorfor denne utviklingen har vært mulig i Norge (1, 3). Imidlertid er det hevet over tvil at det må være legemiddelmyndighetene som har et primæransvar for at veldokumenterte og kostnadseffektive terapier er tilgjengelige for norske leger. Når dette ansvar skjøttes utilfredsstillende, påføres den enkelte og samfunnet formidable utgifter. Kostnadene med blåreseptordningen vokste ifølge tidligere helseminister Gudmund Hernes med 1 million kroner per dag, og har en fordoblingstakt hvert 4–5 år. I en slik situasjon observerer vi at Statens legemiddelverk (tidligere SLK) gir ut terapibefalinger der kravet til økonomiske konsekvensvurderinger og kostnadseffektive prioriteringer er nærmest fraværende (4). Norsk selskap for allmennmedisin har påvist hvilke utgiftsbesparelser som er mulige ved å legge krav om kostnadseffektivitet til grunn for medikamentvalg innen preventiv kardiologi (5).

Utgiftene til depresjonsbehandling vokste med ca. 200 millioner i løpet av 3–4 år etter introduksjonen av selektive serotoninreopptakshemmere. Begrunnelsen for en overgang fra trisykliske midler til disse preparatene har vært deres lavere toksisitet. Legemiddelmyndighetene har ikke sett det som en prioritert oppgave å introdusere lavtoksiske trisykliske preparater på det norske marked (6).

En av oss har bakgrunn fra Tyskland, der legene i de senere år er blitt beskyldt for å ha forårsaket et altfor dyrt helsevesen. Vi har iaktatt den samme aggressive markedsføring fra industrien i favør av nye og dyre medikamenter der, den samme overdiagnostisering og senkning av behandlingsgrenser og den samme teknologisering av helsevesenet.

Det er mulig vi retter baker for smed i dette innlegget. Hvis det er slik at Statens legemiddelverk ikke har de nødvendige maktmidler til å instruere de farmasøytiske selskaper om en markedsføring som tillater kostnadseffektiv legemiddelbehandling, bør våre helsemyndigheter snarest stille slike midler til disposisjon.

Bergen/Haugesund

Eivind Meland

Peter Wapler