

Legemidler – riktig bruk til riktig kostnad



Fra
foreningen

Kostnadene ved legemiddelbruk deles mellom pasienter og Folketrygden. Trygdens utgifter til legemidler har økt med 40 % de siste fem årene og var på 6 193 millioner kroner i 2001. Kan disse midlene brukes på en bedre måte? Spørsmålet er høyst relevant både for pasienter og leger.

Regjeringen foreslår i fremlegg til statsbudsjetten å innføre et system med indeksbasert refusjon for utvalgte grupper av byttbare, generiske legemidler. Forslaget innebærer at refusjon fra folketrygden beregnes på bakgrunn av en beregnet indekspris, uansett prisen på det legemidlet som faktisk utleveres. For apotekene vil det således være økonomisk lønnsomt å utlevere det byttbare preparat som gir dem størst fortjeneste. Det fremgår av forslaget at dersom apoteket utleverer et legemiddel som er dyrere enn indeksprisen fordi legen har reservert seg mot generisk bytte, må apoteket bære den økonomiske belastningen. Dersom det er pasienten som har motsatt seg bytte, må pasienten dekke merkostnaden.

Legeforeningen ser behovet for å begrense utgiftsveksten til legemidler, og har uttrykt ønske om dialog med Helsedepartementet om fornuftige ordninger som bidrar til at billige legemidler blir valgt, dersom ikke faglige forhold tilsier noe annet.

Legeforeningen mener det er urimelig at apoteket skal betale merkostnadene for utlevering av et legemiddel som er dyrere enn indeksprisen, når det er faglig begrunnet. Forslaget vil utvilsomt medføre økt generisk bytte utover det som er faglig riktig. Legeforeningen reagerer derfor på at det nå fremmes forslag som vil tvinge både pasient og apotek til å akseptere en ordning som kan være uheldig for den enkelte pasient.

Apotekloven fra 2001 åpner for generisk bytte av legemidler ved apoteket dersom pasient eller lege ikke har innvendinger og legemidlet er godkjent for slikt bytte av Statens legemiddelverk. Når leger i begrenset grad synes å ha reservert seg mot generisk bytte, skyldes det trolig at apotekene i begrenset grad har foretatt slikt bytte. Dersom forslaget får tilslutning, vil apotekene i langt større grad utlevere medikamenter med annen form og farge enn det legen har forskrevet.

Legeforeningen har vært svært kritisk til systemer som fører til mer eller mindre ufriwillig bytte av medisiner fordi vi mener at det medfører økt feilbruk av medikamenter. Målet må være riktig legemiddelbruk og valget av medikament må tas av pasient og lege i samarbeid.

Eldre pasienter og pasienter med kroniske sykdommer bruker ofte flere medikamenter samtidig. Denne pasientgruppen gjenkjenner ofte sine medikamenter ut fra form og farge, og kjenner ikke nødvendigvis medikamentets navn – iallfall ikke virkestoffets navn. Dersom en eldre person som skal holde orden på 5–6 medikamenter hver dag, og i tillegg får endret produsentnavn og form/farge på medikamentene ved fornying, sier det seg selv at muligheten for misforståelser og feilmedisinering er stor. Slike feil har også en kostnadsside, både for pasient og samfunn.

Der er ingen tvil om at legene kan bidra til at legemiddelkostnadene reduseres. En sjablongmessig reservasjon mot generisk substitusjon er det intet faglig grunnlag for og kan på ingen måte forsvares. Etter helsepersonelloven har legene en klar plikt til ikke å påføre verken pasienter eller trygden unødvendig utgift, jf. også § 7 i forskrift om stønad til dekning av viktige legemidler. Departementet på sin side bør legge til rette for at leger i større grad gis mulighet til kostnads-effektiv forskrivning. Vertikal integrasjon mellom grossist og apotek kan i dag føre til at leger tror at de har forskrevet det rimeligste preparatet. Om legen faktisk har forskrevet billigste alternativ, avhenger av hvilket apotek pasienten søker. Et preparat som er det rimeligste ved ett apotek, behøver ikke å være det ved et annet.

Samarbeid om innkjøp av legemidler ved sykehus fører ofte til at pasienter sendes hjem med en medikasjon som var rimeligst ved sykehuset, mens det kan være blant de dyreste på det lokale apoteket. Allmennlegene må så vurdere om hun skal endre den medisinerings spesialisten ved sykehuset har forskrevet. Her bør staten sørge for en samordning.

Oppdatert, produsentuavhengig og lett tilgjengelig informasjon om legemidler, herunder priser, vil være et viktig tiltak. De regionale sentrene for legemiddelinformasjon (RELIS) synes å være den institusjon som best kan ivareta en slik funksjon, forutsatt at det bevilges tilstrekkelige ressurser. Legeforeningen mener at en slik satsing vil gi bedre effekt enn tiltakene som foreslås i statsbudsjetten 2003.

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president