

MÅTTLIG SPAREFFEKT

Överdrivna förhoppningar på läkemedelsreform

Betänkandet »Reform på recept», avgivet av den parlamentariska kommittén HSU 2000, innebär – om dess förslag genomförs – stora förändringar för läkemedelsanvändningen i Sverige. Det är förändringar som berör många intressenter: patienter, läkare, läkemedelsindustrin, distributionskedjan och läkemedelsinformatorerna.

Inför en så genomgripande reform kan man tycka att remisstiden borde ha tagits till med något större generositet. Det kan konstateras att det inte förekommit någon särskilt livaktig debatt om förslagen, varför risken är påtaglig att reformens konsekvenser är dåligt kända hos många berörda.

Ett genomgående tema i kommitténs tänkande är att samhällets kostnader för läkemedel skall pressas ned. Det är emellertid inte helt självklart att förslagen leder fram till det målet, och det är inte heller alldeles odiskutabelt att detta är önskvärt – sett i ett större sammanhang.

Kommittén medger själv att en del av förklaringen till att läkemedlen upptar en ökande andel av sjukvårdskostnaderna är de nedskärningar som gjorts inom vården i övrigt. Likaså konstateras att nya och dyrare läkemedel kan vara det mest kostnadseffektiva om man därmed uppnår kortare vårdtider, färre operationer, minskat antal sjukdagar etc.

Läkemedelskostnaderna är en inom sjukvården lätt identifierbar post och hamnar därför ofta i fokus. Men det övergripande syftet kan inte vara att till varje pris minimera just dessa kostnader, utan att åstadkomma den mest rationella och kostnadseffektiva *patientbehandlingen*.

Läkarförbundet vill varna för en övertro på att det här skulle finnas en stor besparingspotential. Det är bra att man eftersträvar en rationell läkemedelsterapi, men det är inte detsamma som att avstå från medi-

cinskt goda läkemedel även om de förefaller dyra.

Att kostnadsansvaret för läkemedlen i öppenvården förs över till landstingen kan vara positivt på så sätt att läkemedel och annan vård betalas ur »samma plånbok». Därmed kan huvudmännen anlägga ett bredare kostnadsperspektiv och göra en avvägning mellan kostnadsslagen.

Det finns emellertid också en risk i att en del av vinsterna med en kostnadseffektiv farmakoterapi – t ex kostnadsminskningarna inom sjukförsäkringen – går landstingen förbi. Läkemedelskostnaderna kan därmed komma att upplevas som huvudsakligen en utgiftspost som måste minimeras.

Sjukvårdshuvudmännen kan i det redan ansträngda ekonomiska läget komma att känna de nya kostnaderna som mycket betungande och slå till panikbromsarna. Kortsiktiga ekonomiska argument och åtgärder kan på så vis äventyra en god patientbehandling.

Det hade därför varit en fördel om HSU 2000 kunnat följa sina ursprungliga direktiv, dvs analysera alternativa system för organisation och finansiering av den svenska sjukvården. Det hade kunnat ge ett helhetsperspektiv på sjukvårdens kostnader, inklusive läkemedlen.

För patienterna får kommitténs förslag olika konsekvenser för olika individer i jämförelse med dagens system. Genom att dagens högkostnadsskydd delas upp i två – ett för läkarbesök och ett för läkemedelsköp – samt en högre »självrisk» blir kostnadsökningen störst för dem som sällan köper läkemedel. Dessa får liten nytta av läkemedelssubventioneringen.

Det är en riktig tanke att de som är relativt friska och sällan behöver läkemedel är med och finansierar kostnaderna för dem som är långvarigt

sjuka och ofta i behov av läkemedel. För vissa redan idag ekonomiskt svaga patienter kan det föreslagna systemet emellertid slå hårt.

Det kan handla om att patienten får betala 700–800 kronor för ett recept (ovanpå utgifter för läkarbesök, resor etc). Utredningen föreslår därför att patienten skall kunna köpa läkemedlet »på avbetalning».

Man borde nog ändå överväga något annat alternativ innan man bygger upp ett slags kreditinstitution inom apoteksväsendet. Det skulle dessutom skada den enskildes integritet att vid apoteksdissen behöva stå och förhandla om betalningen i andra kunders åsyn.

En del patienter berörs också av utredningens förslag att avskaffa de kostnadsfria läkemedlen. Dessa tillkom vid en tid då högkostnadsskyddet inte fanns. Därtill kan det hävdas att det förmånsgrundande urvalet av läkemedel och sjukdomstillstånd är både föråldrat och inkonsekvent.

Kort sagt finns det inte längre några hållbara argument för att bibehålla systemet. Det är då svårt att förstå kommitténs resonemang när man i ett enda avseende – diabetiker inom ramen för ett vårdprogram – föreslår att patienterna skall få sitt insulin kostnadsfritt.

Det finns många andra patientgrupper som har liknande läkemedelsbehov, och en rättvis gradering mellan dem är inte möjlig. Genom att nu utpeka en enda grupp på detta vis återskapas en situation liknande den som kommittén ville avskaffa. I stället bör högkostnadsskyddet gälla alla.

Som nämndes inledningsvis har kommittéförslaget många aspekter. Utöver dem som nämnts ovan handlar det bl a om läkemedelsinformation och läkemedelskommittéernas ställning i framtiden. Dessa frågor är värda sitt eget kapitel, varför vi återkommer till dem i en kommande ledare. •