

Åtta läkemedelskommittéers listor jämförda

Antalet preparat varierar mycket Likartad syn på dyraste medlen

Läkemedelskommittéerna skall enligt utredningen »Reform på recept» få en starkare ställning när kostnadsansvaret för läkemedel i öppen vård överförs från Riksförsäkringsverket till sjukvårdshuvudmännen. Det är därför angeläget att granska deras arbete.

En genomgång av rekommendationerna från de åtta läkemedelskommittéerna i Stockholms läns landsting visar att antalet medel på deras listor varierar påtagligt men att inställningen till de dyraste medlen är likartad.

God följsamhet till baslistan befrämjar kvaliteten men minskar inte nödvändigtvis läkemedelsnotan. Kostnaderna för läkemedel som en produktionsfaktor måste ses i ett vidare medicinskt sammanhang än vad utredningen ger utrymme för.

Läkemedelskommittéerna skall enligt flera utredningar [1-3] dra upp riktlinjer för hur läkemedel bör användas. »Reform på recept» [3] föreslår att deras verksamhet regleras i lag och att finansieringen av dem garanteras.

Kommittéernas betydelse ökar också genom att HSU 2000 vill överföra kostnadsansvaret för läkemedel i öppen vård till sjukvårdshuvudmännen och då EU-anslutningen innebär att antalet läkemedel på den svenska marknaden ökar [4-6]. Mot den bakgrunden är det angeläget att belysa och diskutera kommittéernas funktion.

Vi har därför jämfört baslistorna från de åtta läkemedelskommittéerna i

Stockholms läns landsting, och särskilt studerat inställningen till de dyraste medlen. Tillsammans har kommittéerna 130 ledamöter.

Antalet läkemedel på baslistorna och kommittéernas inställning till de 25 dyraste medlen i öppen vård 1994 i Stockholm har analyserats enligt Apoteksbolagets leveransstatistik. Genomgången omfattar för öppen vård 1 800 av totalt debiterade 2 239 miljoner kronor, dvs 80 procent. Alla kostnader anges i apotekens utförsäljningspris (AUP).

Länsdelssjukhusens listor mest omfattande

Antalet preparat på baslistorna varierar påtagligt mellan sjukvårdsområdena: från 115 till 345. Den lägsta siffran får anses spegla primärvårdens basala behov.

Kommittéerna vid de tre länsdelssjukhusen rekommenderade 303, 314 respektive 345 preparat. Motsvarande för de tre länsdelssjukhusen var 115, 261 och 305, och för de två universitetssjukhusen 205 och 209 preparat.

De 25 dyraste läkemedlen svarade för 784 av 2 239 miljoner kronor (35 procent) (Tabell I). För dessa medel har likartade bedömningar gjorts av en majoritet av de åtta kommittéerna. Av de 24 dyraste medlen förekom 14 och saknades 10 på minst fem av baslistorna.

Sex specialistpreparat, bl a Genotropin och Octonativ-M, fanns inte med på någon lista. Kostnaden för dessa sex var 160 miljoner kronor eller 7 procent av läkemedelsnotan.

Terapitraditioner och krav varierar

De stora variationerna mellan baslistorna från de åtta läkemedelskommittéerna i Stockholms län torde vara ett uttryck för olika terapitraditioner och olika kriterier för vad som skall rekommenderas. Också det faktum att de har olika resurser, sammansättning och arbetssätt kan spela en roll; mycket av verksamheten utförs på frivillig basis. Det är viktigt att hänsyn tas till sådana förhållanden, och att kommittéerna även framgent blir rådgivande.

En kommitté har begränsat sig till att föreslå basläkemedel för primärvården, detta för att undvika preparatbyten när patienten byter vårdform. Denna kommitté rekommenderar endast 115 preparat, och antalet läkemedel per indikation är begränsat. Här, liksom i några

Tabell I. De 25 dyraste medlens förekomst på de åtta baslistorna från läkemedelskommittéerna i Stockholms läns landsting samt kostnaderna för medlen i landstinget (enligt apotekens utförsäljningspris, AUP). Summan för de 10 dyraste medlen är 467 miljoner kronor och för de 25 dyraste 784 miljoner kronor. Endast sex kommittéer har gett rekommendationer för lipidsänkande medel.

Läkemedel	Antal baslistor med medlet	Pris i miljoner kronor
1. Losec	8	108,5
2. Pulmicort	8	66,0
3. Genotropin	0	43,5
4. Octonativ-M	0	40,7
5. Imigram	4	39,4
6. Alvedon	5	37,7
7. Plendil	7	37,6
8. Nicorette	1	32,1
9. Cipramil	5	32,0
10. Zantac	7	29,1
11. Seloken SOC	8	28,8
12. Renitec	8	28,0
13. Natriumklorid	6	27,3
14. Zovirax	2	25,4
15. Bricanyl	8	24,4
16. Sandimmun	0	20,7
17. Treo	1	20,6
18. Recombinate	0	19,3
19. Serevent	6	19,0
20. Vibramycin	3	17,9
21. Eprex	0	17,4
22. Lomudal	6	17,3
23. Ventoline	8	17,3
24. Zocord	6/6	16,9
25. Neupogen	0	16,2

andra kommittéer, finns en tryckt bedömningsmall med de krav som ett preparat måste uppfylla för att komma med i baslistan (se faktaruta). Dessutom redovisas skriftligt varför preparatet förordats.

Av säkerhetsskäl rekommenderas inga läkemedel under de två första åren efter registrering. Hela 20 procent av läkemedelskostnaderna under 1994 gällde medel som varit registrerade mindre än två år, alltså sådana som inte uppfyllt kriterierna för att komma med på en baslista [3].

Individdata bör registreras

Uppenbarligen ger kommittéerna likartade rekommendationer för de dyraste medlen. På basis av vår genomgång kan vi emellertid inte bedöma om kostnadsnivåerna är medicinskt rationella. För att analysera läkemedel som

Författare

ULF BERGMAN

docent, överläkare, ledamot av läkemedelskommittén vid sydvästra sjukvårdsområdet och Huddinge sjukhus samt Läkemedelsakkunnig i Stockholms läns landsting

MÅRTEN MYRHED

docent, avdelningen för klinisk farmakologi, Huddinge sjukhus.

Kriterier för val och byte av rekommenderade läkemedel

1. Läkemedlet skall vara medicinskt ändamålsenligt och utgöra ett första-handval vid användning inom öppen vård.

2. Läkemedlet skall vara farmaceutiskt ändamålsenligt.

3. Läkemedlet skall ha varit registrerat och tillgängligt minst två år på den svenska marknaden.

4. Läkemedlen på baslistan skall i första hand vara sådana som används vid sjukdomar vilka föranleder stor förskrivning.

5. Hänsyn tas till terapitraditionen; risken för förväxlingar och dubbelmedicinering samt behovet av information minskar om välbekanta medel används.

6. Behandlingskostnaderna bedöms inte enbart med hänsyn till preparatkostnaden.

7. Leveranssäkerheten för preparaten skall vara hög.

8. Företagets kompetens att bistå sjukvården med aktuell information beaktas.

Denna mall är modifierad med utgångspunkt i förebilder från södra och sydöstra sjukvårdsområdena i Stockholms läns landsting, Ersta sjukhus, Nacka sjukhus och Södersjukhuset samt från sydvästra sjukvårdsområdet och Huddinge sjukhus.

en produktionsfaktor i sjukvården och jämföra med annan behandling måste man ha tillgång till uppgifter om användningen på individnivå. I praktiken är sådana uppgifter endast åtkomliga genom den registrering av läkemedelsutköpen som görs på apotek, något som förbisett av utredningen »Reform på recept» [3].

För att bedöma om t ex användningen av sumatriptan (Imigran i Tabell I) är rationell eller ej och om »missbruk» förekommer fordras en individuell registrering av recepten enligt dansk modell [7]. Man använder sig där av patientprofiler utan att sekretessen blir lidande [8]. Sådana data krävs för att bedöma om läkemedelsförskrivningen i praktiken är rationell, dvs om kraven på kvalitet, säkerhet och (hälso)ekonomi är uppfyllda.

Nya analyser behövs

Det är angeläget att de framtida kostnadsbärarna, dvs sjukvårdshuvudmännen, får möjlighet att fortlöpande genomföra sådana analyser, inte minst i ett folkhälsoperspektiv, med tanke på att allt fler läkemedel kommer att godkännas inom EU.

Läkemedelsverkets nya EU-anpassade policy [4, 5] innebär ökade krav på sjukvårdshuvudmännen (läkemedelskommittéer, klinisk farmakologi) när det gäller rangordning av och information om nya läkemedel. Detta kan medföra nya arbetsformer i kommittéerna.

Litteratur

1. Omsorg och konkurrens. Slutbetänkandet av LFU 92. Stockholm: Socialdepartementet, 1994. (SOU 1994:110).
2. Läkemedelskommittéer idag och i framtiden – ett diskussionsunderlag. Stockholm: Landstingsförbundet, 1994. (Promemoria dnr Lf 969/94).
3. Reform på recept. Delbetänkande till HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet, 1995. (SOU 1995:122).
4. Första- eller andrahandsmedel? Ny policy till följd av EES-avtalet. Information från Läkemedelsverket 1994; 5(5): 243.
5. Sveriges medlemskap i EU – konsekvenser på läkemedelsområdet. Information från Läkemedelsverket 1994; 5(6): 340-4.
6. Farmakovigilance – Uppföljning av läkemedels säkerhet i EU. Information från Läkemedelsverket 1994; 5(6): 345-7.
7. Gaist D, Sindrup S, Hallas J, Gram LF. Misuse of sumatriptan. Lancet 1994; 344: 1090.
8. Wessling A, Bergman U. Läkemedelsepidemiologiska registerstudier. Personlig integritet och EU-lagstiftning. Läkartidningen 1994; 91: 2976-7.

TILLVÄXT



FAKTORER

Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11–50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

.....
Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
»Tillväxtfaktorer»

Telefax: 08-20 76 19