

Nu kommer reaktionerna på Reform på recept:

Nej till kredit för apotekskunder Begränsa insynen i förskrivarregistret

**Förslaget om kredit för apotekskunder bör omprövas. Där-
emot är starkare läkemedels-
kommittéer och speciella recept-
register bra. Det menar några
av de tunga instanser som nu
lämnat sina remissyttranden om
utredningen Reform på recept –
om den framtida läkemedelsför-
sörjningen.**

Över 100 remissinstanser har yttrat sig om delbetänkandet Reform på recept från Utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Bland de större remissinstanserna finns Läkarförbundet, Landstingsförbundet, Apoteksbolaget samt Läkemedelsindustriföreningen, LIF.

Staten vill med Reform på recept spara närmare en miljard kronor. Ett av de viktigaste förslagen för att uppnå besparingen är enligt HSU 2000 att föra över kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen på de 26 sjukvårdshuvudmännen.

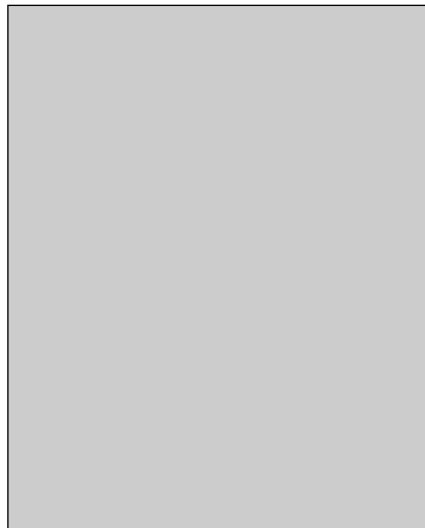
Landstingsförbundet skriver i sitt remissyttrande att man i princip ställer sig positiv till att sjukvårdshuvudmännen övertar kostnadsansvaret. Staten måste dock kunna ge kostnadsgarantier och svara för en långsiktig ekonomisk kompensation, som även täcker administration, utbildning av personal, förstärkning av läkemedelskommittéernas resurser etc. Landstingsförbundet vill också ha ett reellt inflytande på utformningen av förmånssystemet.

Förbundet skriver att Apoteksbolaget måste införa informationssystem som kan mäta fördelningen utifrån invånarnas läkemedelskonsumtion i olika landsting, innan sjukvårdshuvudmännen övertar kostnadsansvaret. I dag saknas underlag för en behovsrelaterad eller invånarrelaterad fördelning av statlig ersättning.

Drabbar klinisk forskning

Läkemedelsindustriföreningen, LIF, vill inte att kostnadsansvaret förs över på sjukvårdshuvudmännen eftersom det bl a skulle finnas en stor risk att förutsättningarna för klinisk forskning försämraras. Det skulle i sin tur medföra att läkemedelsindustrin inte längre kan satsa på Sverige som hemmamarknad för forskning, utveckling och tillverkning.

LIF betecknar det som uppseendeväckande att »HSU inte har frågat sig –



Ett kreditssystem för apotekskunder gynnar inte någon: för kunden är det integritetskränkande och för apoteken leder det till ökade kostnader. Det anser flera tunga remissinstanser som nu yttrat sig över delbetänkandet Reform på recept.

eller branschen – om förslagen äventyrar fortsatta framgångar för svensk läkemedelsindustri».

Läkarförbundet är tveksamt till vad som kan åstadkommas, bl a kostnads- mässigt, genom att överföra kostnads- ansvaret till sjukvårdshuvudmännen. Förbundet skriver i sitt remissyttrande att överföringen av kostnadsansvaret i sig förmodligen inte garanterar bättre förutsättningar för en rationell läkeme- delsterapi.

Starkare läkemedelskommittéer

I Reform på recept föreslås att läke- medelskommittéernas roll ska förstär- kas, och även minska till antal. Lands- tingsförbundet ställer sig bakom försla- get och skriver att centrala myndigheter och organisationer bör ta ansvar för att medverka till utbildning och kompetensuppbyggnad av de nya kommittéer- na och dess ledamöter.

Läkemedelsverket bör ha ett särskilt ansvar för att medverka till den regiona- la utvecklingen av en rationell läkeme- delsterapi, menar Landstingsförbundet.

Även Apoteksbolaget förordar att lä- kemedelskommittéerna får starkare ställning och ökat inflytande över hur läkemedel används. Men ökad aktivitet från kommittéernas sida leder inte auto- matiskt till ökat inflytande. Apoteksbo- laget menar att det kanske bör finnas

särskilda incitament för läkarna att del- ta i kommittéernas arrangemang, t ex genom att deltagarna ges poäng i vida- reutbildningssammanhang. Bolaget an- ser även att farmaceuter i större ut- sträckning än idag bör fungera som kommittéernas »fältorganisation», som en naturlig diskussionspartner med lä- kare i fråga om kommittéernas förslag.

Läkarförbundet instämmer i bedöm- ningen av läkemedelskommittéernas framtida roll, som den förs fram i Re- form på recept. Men ska kommittéerna klara den rollen krävs betydligt mer av läkarinsatser och medicinska bedöm- ningar i arbetet, menar förbundet.

Finansieringen av kommittéerna bör enligt Läkarförbundet tryggas genom att ett visst belopp tas från Apoteksbo- lagets marginal. Det är ett gammalt för- slag som nu åter aktualiseras och dessa pengar skulle täcka vissa basbehov i kommittéernas arbete.

Även LIF ställer sig bakom förslaget om starkare läkemedelskommittéer. LIF menar dock att endast en kommitté per landsting medför en centralisering som riskerar leda till en dålig lokal för- ankring och därför bör landstingen nor- malt sett ha fler än en kommitté.

Register med personnummer

Reform på recept föreslår att två nya register upprättas: ett förskrivarregister hos Socialstyrelsen och ett receptregis- ter hos Apoteksbolaget. Landstingsför- bundet skriver i remissyttrandet att en- skilda patienters läkemedelsköp inte kommer att kunna utläsas av receptregis- tret, eftersom patientens postnum- mer, inte personnummer, används. Det är otillfredsställande, menar förbundet.

Med ett personnummerbaserat re- cept-register ökar möjligheterna till kvalitativa lokala uppföljningar av läke- medelsanvändningen. Landstingsför- bundet förordar personnummer, men att de patienter som så önskar ges möjlig- het att stå utanför en registrering. Per- sonnumren bör vara krypterade.

I fråga om förskrivarregistret anser Landstingsförbundet att möjlighet till insyn bör omfatta fler än bara chefs- överläkare och läkemedelskommittéer. Förbundet föreslår att insyn och möjlig- het till uppföljning av enskilda förskri- vare även kopplas till den nya chefsni- vån, verksamhetschef.

Läkarförbundet har inget att invända mot det föreslagna receptregistret. Där- emot reagerar förbundet mot förskrivar-

Hjälp oss att hitta fler specialister!

Norge efterlyser samarbete för att locka svenska läkare

Allt fler svenska läkare söker sig till Norge. Trots att det idag finns fler legitimerade läkare i Norge än någonsin tidigare ökar antalet lediga tjänster på norska sjukhus. Med hjälp av bl a Sveriges läkarförbund försöker nu det norska social- och hälsodepartementet få fler att ta steget över gränsen.

I Norge pågår en intensiv debatt om läkarnas arbetsförhållanden på sjukhusen. Det finns ett stort missnöje med arbetstider och löner, och många lämnar sina tjänster på sjukhusen för att övergå till annan verksamhet.

Men den norska debatten avskräcker inte svenska läkare att söka sig till Norge. Under 1995 fick 320 svenska läkare auktorisation för att arbeta på norska sjukhus (mot 225 1994), och svenskarna är därmed den största gruppen läkare av dem som kommer från ett annat land.

– Vi får omkring 5–6 samtal i veckan från svenska läkare som vill höra sig för om möjligheterna att arbeta i Norge, berättar Ann-Mari Ebenius på Sveriges läkarförbunds utredningsavdelning.

– Främst rör det sig om unga läkare

som har svårt att få sin allmäntjänstgöring eller specialisttjänstgöring genomförd i Sverige.

Trots att det aldrig tidigare funnits så många läkare i Norge som nu – Den norske laegeforening hade 12 750 medlemmar i slutet av 1995 – så ökar antalet vakanta tjänster. De färskaste siffrorna (1994) talar om 600 vakanta läkartjänster (450 på sjukhus och 150 inom primärvården).

Norsk »headhunting»

Normännen har tagit fasta på svenskarnas intresse och driver en egen »headhunting». Hösten 1995 fick såväl Sveriges läkarförbund som Landstingsförbundet en förfrågan från det norska social- och hälsodepartementet om hjälp att rekrytera främst specialister till norska sjukhus.

Det rör sig om ett stort antal lediga tjänster inom bl a internmedicin, psykiatri, geriatrik, radiologi, anestesi och gynekologi. De aktuella sjukhusen finns spridda över hela Norge.

Läkarförbundet svarade att man gärna utvecklar ett samarbete och utbyte av information om lediga tjänster, men att antalet arbetslösa specialister i Sverige för närvarande är litet (ca 50 stycken i

augusti 1995). Sedan dess har förbundet inte hört något ytterligare från det norska departementet.

Enligt de avtal som finns mellan nordiska länder får en svensk läkare automatiskt obegränsad auktorisation att arbeta på norska sjukhus. Fylkeslegen i Oslo utfärdar auktorisationen och de handlingar som skickas dit måste vara vidimerade av en svensk myndighet. Efter exempelvis en AT-tjänstgöring i Norge får man automatiskt och utan avgift svensk legitimation.

Norska sjukhus har i allt större utsträckning börjat använda bl a Läkartidningen för att annonsera lediga tjänster. För svenska läkare som är intresserade av att arbeta i Norge finns även möjlighet att prenumerera på enbart annonsdelen i den norska läkartidningen »Tidsskrift for Den norske laegeforening».

En AT-läkare i Norge har ca 16 000 NOK i grundlön. Med tillägg, t ex jourtillägg, ligger genomsnittslönen på drygt 23 000 NOK. ST-läkarna i Norge har en grundlön på ca 19 000 NOK, med tillägg hamnar lönen på ca 27 500 NOK. Överläkare har ca 24 000 NOK i grundlön, men når drygt 35 000 NOK efter alla tillägg.

Peter Örn

registret. Den individuella förskrivningsstatistiken kan vara ett värdefullt redskap för individens egen fortbildning och kvalitetskontroll, men läkemedelskommittéerna (eller chefsöverläkarna) kan rimligen inte ha något intresse av individstatistik – om inte kommittéernas uppgift ska vara kontrollerande på individnivå. Läkarförbundet är mycket kritiskt till en sådan kontrolluppgift för kommittéerna, det skulle bl a allvarligt minska intresset hos läkare att delta i kommittéernas arbete.

Säkrare informationsbehandling

Apoteksbolaget anser liksom Landstingsförbundet att receptregistret bör innehålla patientens personnummer i stället för postnummer. Postnummer innebär problem bl a då läkemedelskostnader ska redovisas till rätt sjukvårdshuvudman i fall då landskap om län inte stämmer överens. Med individens identitet på receptet blir informationsbehandlingen betydligt säkrare och apotekens personal ges ökad möjlighet att bidra till en bra läkemedelsanvändning för patienten, menar Apoteksbolaget.

LIF befarar att de resurser som måste läggas på utveckling, drift och underhåll av de nya registren ska leda till ökade kostnader för läkemedelsdistributionen, och därmed ökade kostnader för läkemedel.

Kreditsystem ett dåligt förslag

Högekostnadsskyddet är tänkt att delas upp i två separata; ett för läkemedel och ett för behandling. Taket för egenavgiften föreslås vara 1 000 kronor under en 12-månadsperiod. Åldersgränsen höjs samtidigt till 18 år för barn med gemensamt familjeskydd.

Landstingsförbundet ställer sig bakom förslaget om ett enhetligt tak för hela landet. Däremot är förbundet kritiskt till uppgiften om att förändringarna inte skulle innebära högre kostnader för landstingen.

Apoteksbolaget skriver i sitt remissvar att utredningen Reform på recept även överskattar patienternas förmåga att klara en egenavgift på upp till 1 000 kronor, och menar att avgiften måste avvägas så att det inte uppstår ett behov av kreditrutin. Ifråga om kreditmöjlig-

heter avstyrker därför Apoteksbolaget utredningens förslag.

Bolaget för istället fram ett eget förslag som bygger på att kunden kan få temporärt betalningsansånd om det bedöms att kunden omgående måste få läkemedlet.

Läkarförbundet ser principiellt positivt på förslaget till uppdelning och ändrad åldersgräns. Däremot är förbundet kritiskt till den föreslagna kreditfunktionen: dels krävs ett nytt och kostsamt administrativt system, dels är det integritetskränkande att behöva ta upp en diskussion om kredit inom hörhåll för andra människor.

Även LIF avstyrker förslaget om ett kreditsystem för betalningssvaga kunder. Egna beräkningar visar bl a att en kreditfunktion kan leda till betydande merkostnader för Apoteksbolaget i form av räntekostnader, kredithanteringskostnader etc. Samtidigt varnar LIF för att den höjda egenavgiften vid läkemedelsinköp kan få till följd att patienten helt enkelt inte har råd att hämta ut sina mediciner.

Peter Örn