
Medikamentvalg - et rent økonomisk spørsmål?

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

To nye utvalgssinnstillinger har kommet på bordet. Det såkalte Strøm-utvalget har vurdert omsetningsleddene for legemidler, mens blåreseptutvalget har vurdert kriterier og retningslinjer for refusjonsordninger når det gjelder medisiner. Begge utvalg har sin begrunnelse i folketrygdens økende utgifter til medisiner på blå resept. Det kan derfor ikke være tvil om at økonomistyring er vesentlig for begge utvalg, selv om andre elementer også er trukket inn i vurderingene.

Det mest kontroversielle sett fra vår synsvinkel er Strøm-utvalgets forslag om å prøve ut terapeutiskereferansesystemer. I sin ytterste form kan det arte seg slik at det blir bestemt at diuretika og betablokkere er godenok antihypertensiver. Folketrygden vil da dekke utgifter til dette. Om pasienten eller legen ønsker å bruke et annet middel, vil utgiftsøkningen være trygden uvedkommende. Et slikt system vil synliggjøre at økonomiske hensyn overstyrer faglige vurderinger. I et land som bokstavelig talt flyter over av penger, er det vanskelig å forstå at slike forslag fremmes.

Strøm-utvalget tar også til orde for at det bør opprettes produsentnøytrale PC-baserte beslutningsstøtteprogrammer og en sentral offentlig database av forskrivninger. Legeforeningen har gitt uttrykk for at en registrering av alle forskrivninger kan gi nyttig informasjon, men en slik ordning kan også misbrukes. For oss er det derfor helt avgjørende hvem som skal ha kontroll med et slikt register, og hvem som skal ha eiendomsrett til dataene. For den enkelte lege kan tilgang til egne data fra et slikt register være av uvurderlig nytte for egen kvalitetssikring og praksisevaluering.

Strøm-utvalget diskuterer også forholdet mellom leger og legemiddelindustrien. Utvalget foreslår tiltak som kan regulere interaksjonen dem imellom. Dette vil være helt i tråd med Legeforeningens interesser. På den annen side må vi ikke undervurdere den betydning legemiddelindustrien har for

kompetanseutvikling hos norske leger. Det er vanskelig å se at offentlige myndigheter fullt ut kan erstatte dette. En økt innsats fra myndighetenes side vil imidlertid være særdeles kjærkommen i Legeforeningen.

Det diskuteres også om folketrygden skal gå til samlet innkjøp av de medisiner som det gis refusjon for. Dette kanskje ved anbudsinnbydelse på det åpne internasjonale marked. Folketrygden kan sikkert spare noen kroner på et slikt system, men vi frykter for at bivirkningene kan være uoverskuelige. Hvis langt over halvparten av medikamentleveransen tilføres gjennom internasjonale anbudsordninger, vil resten av det norske marked bli helt uinteressant for legemiddelindustrien. Vårt utvalg av medikamenter kan derved bli sterkt begrenset. Det er også mer enn sannsynlig at enslik ordning vil medføre at det ikke lenger gjennomføres klinisk utprøving av medikamenter i Norge. Det kan bli vanskelig å erstatte den kompetanseoppbygging slik virksomhet bidrar til.

Blåreseputvalget synes å legge til grunn mer faglige synspunkter i sitt arbeid. De tar til orde for at en samlet vurdering av medikamenters effekt og kostnader må legges til grunn for vurderingen av refusjon, sett i sammenheng med andre prioriterte oppgaver. Hvis de faglige vurderinger kan få tilstrekkelig økonomisk spillerom, vil et slikt system være hensiktsmessig.

Flere av de forslagene som nå fremmes for å begrense utgiftsøkningen for det offentlige, kan få dyptgripende virkninger på vår faglige autonomi. Langt verre er det imidlertid at også noen av disse forslagene vil bidra til entodeling av helsevesenet. Hvis folketrygdens ytelser ikke dekker de medisinske pasientene ønsker, kan de som har god økonomi, kjøpe det beste. Dette vil også kunne skape et større marked for private forsikringsordninger. En slik utvikling vil samfunnet ikke være tjent med.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 28. februar 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. februar 2026.