
Ny apoteklov - til beste for staten eller for pasientene?

REDAKSJONELT

VIGEN T

Alternativer til referanseprissystemet må finnes

Snart skal ny apoteklov (1) drøftes i Stortinget. Proposisjonen er en videreføring av Strøm-utvalgets utredning (2) og Grund-utvalgets innstilling (3).

Stortinget vil stå overfor mange viktige problemstillinger bl.a. befolkningens tilgjengelighet til legemidler, riktig legemiddelbruk og ikke minst prispolitiske spørsmål. I en så sterk statlig regulert virksomhet som apotekvesenet blir dessuten distriktspolitiske vurderinger lett dratt inn.

Et sentralt element i norsk legemiddelpolitikk er statens stadige behov for å dempe utgiftsveksten, til tross for at vi både har et rimelig forbruk av legemidler og et moderat prisnivå i europeisk sammenheng. I denne sammenheng er det forhold som legene finner særlig problematiske, referanseprissystemet og substitusjonsadgangen.

Referanseprissystemet ble innført i 1993. Systemet innebar at det er en øvre grense - tilsvarende prisen på billigste synonympreparat - for hvor mye trygden pliktmessig skal refundere for et preparat i en gitt gruppe synonyme legemidler. Senere er ordningen blitt utvidet to ganger, først fra 15.3. 1998 da ordningen ble utvidet til også å omfatte parallellimporterte preparater. Denne ordningen ble beregnet å gi innsparinger på 140 millioner kroner per år. Den siste endringen av ordningen fra 1.7. 1999 betyr at krav om lik farmasøytisk form er endret ved at, f.eks. kapsler og tabletter likestilles med hensyn til medisinsk likeverdighet. Det beregnes at dette gir en ytterligere innsparing for trygden på 75 millioner kroner per år. Selv om den siste nyordningen ble iverksatt fra 1. juli fikk legene først ny referanseprisliste to måneder senere.

Hele ordningen blir fra legenes side avvist som faglig utilfredsstillende. I tillegg blir den betraktet som byråkratisk og tidrovende. En nylig omtalt evalueringsrapport (4) viser at innsparingene har vært lavere enn forventet og at hoveddelen av statens innsparing er overført som økt kostnad for pasientene. Denne bivirkningen har sannsynligvis ikke vært forutsett og må for staten være

et tankekors. At pasienten ikke alltid får forskrevet det billigste legemiddel, kan ha flere årsaker. Mest sannsynlig er ordningen faglig utilfredsstillende. Leger og pasienter hardessuten andre hensyn å ivareta enn pris. Andre årsaker kan Legemiddel-Innkjøp-Samarbeidet (LIS) være et eksempel på. Dette er et innkjøpssamarbeid mellom fylkeskommunene om storinnkjøp av legemidler etter anbudsprinsippet. Det er ofte ikke samsvar mellom billigste preparat som sykehusene kjøper inn, og billigste preparat i samme gruppe på apoteket. Dette medfører at pasienter må betale referansepristillegg dersom de fortsetter med samme medisin etter utskrivning fra sykehuset. Det skal imidlertid foreligge sterke grunner for en primærlege til å forskrive et annet legemiddel enn det som en nyutskrevet pasient har fått forordnet fra sykehuset.

For andre pasienter vil det være uforståelig å bli pålagt å skifte preparat når den medisin som de har brukt ilengre tid, både har vært effektivt og uten opplevde bivirkninger. Når det billigste preparat dessuten kan skifte fra et halvår til neste, kreves det stor fleksibilitet fra pasientenes side, og tilsvarende entusiasme og tidsbruk fra legene for å kunne tilpasse seg og holde seg ajour med hvilke preparater som er de billigste til enhver tid.

Det andre viktige problemområdet for legene er den substitusjonsadgangen som er gitt det farmasøytiske apotekpersonalet. Dette innebærer at apoteket kan utlevere et synonymt eller parallellimportert preparat svarende til det som er forskrevet på resepten. Preparatens form, smak, farge og størrelse kan være forskjellig, men denterapeutiske effekt er i utgangspunktet lik, dvs. at legemiddelmyndighetene har funnet de to preparatene *medisinsklikeverdige*.

For Legeforeningen har det vært viktig å påpeke at forskrivning av et legemiddel er en sak mellom pasienten og legen. Avgjørelsen om betydningen av at en pasient trenger et bestemt medikament, må treffes av legen og pasienten i et samarbeid. Legeforeningen har derfor foreslått at det på alle reseptene skal anmerkes hvorvidt et legemiddel blir å levere ut nøyaktig slik som forskrevet på resepten eller om parallell/synonympreparat kan utleveres. Dersom slikakseptert substitusjon er foretatt av apoteket, skal det gå melding til forskrivende lege om hvilket preparat som er utlevert.

For både å opprettholde hensynet til faglighet, til lege-pasient-forholdet og samtidig holde kostnader nede, bør staten snarest vurdere alternativer til dagens ordning. Legegruppen og det naturlige tilhørende apotek kan f.eks. bli enig om hvilke preparater et apotek bør lagere og rutiner for samarbeid, slik at både samfunnets og enkeltpasientens interesser ivaretas.

Terje Vigen

Terje Vigen (f. 1945) leder utredningsavdelingen i Den norske lægeforening.

LITTERATUR

1. Ot.prp. nr. 29 (1998-99) Om lov om apotek (apotekloven).
2. Norges offentlige utredninger. Rammevilkår for omsetning av legemidler. "Lønnsomme legemidler". NOU 1997: 6. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
3. Norges offentlige utredninger. Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn? NOU 1997: 7. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.

4. Hafstad A. Staten sparer stort, pasienter må betale mer. Aftenposten 2.9.1999.

Publisert: 30. oktober 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. februar 2026.