

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO
Att.: Iselin Dahlen Syversen

Deres ref.
14/3410

Vår ref.
14/288 - 2

Dato:
08.12.2014

Høringsvar - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Vi viser til brev av 13.november 2014. Nedenfor følger Apotekforeningens høringsinnspill.

Forslag til målsetting for helsepolitikken og prioriteringskriterier er forståelig formulert

«Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt» er en forståelig målsetting. Apotekforeningen leser utvalget i retning av at de mener man med rettferdighet mener at man må binde seg til masta og definere i forkant hva man skal prioritere. I dette ligger at man ikke skal endre prioriteringsvurderingen når enkeltsaker trekkes frem i media.

Apotekforeningen mener begrepene «helsegevinst» og «helsetap» er gode begreper. De gir mening også for andre enn helseøkonomer. Med forståelige begreper blir det lettere å få aksept i befolkningen for innholdet i begrepene. Vi ser også at det retorisk kan være gunstig å snakke om ressursinnsats i prioriteringssammenheng fremfor å bruke termen kostnader.

Hovedprinsipper or god prioritering må utformes som «skal»-bestemmelser

De fire hovedprinsipper for god prioritering som utvalget lanserer i kapittel 2.2, opplever vi å være mer myntet på de som regulerer (myndighetene) fremfor de som skal etterleve reguleringene (administrastorer og klinikere). Myndigheter og politikere må «binde seg til masta» i prioriteringsspørsmål. Prioriteringskriterier må følges, også når media beskriver enkelttilfeller der prioriteringskriteriene er dødsdom for mennesker som ikke får livsnødvendig behandling. Bøyer politikerne av for mediepress, vil man i realiteten prioritere de uprioriterte, på bekostning av de prioriterte.

De fire hovedprinsippene for god prioritering baserer seg på «bør»-formuleringer, og kan derfor lett omgås. Kriteriene vil være mer kraftfulle dersom de gis «skal»-formulering. På den måten reduseres faren for å tilgodese de som roper høyest i media. Prioriteringene blir mer i tråd med intensjonen. Staten binder seg til masta.

Forslaget om å få prioriteringskriteriene inn i relevante lover og forskrifter er også et skritt i riktig retning. De prioriterte får sin prioritet slått fast i lov. Ved lovfesting av prioriteringskriterier bindes politikerne til masta, og medieoppslag vil i mindre grad forstyrre prioriteringene i uheldig retning. Politikernes anledning til å gripe inn i enkeltsaker blir mindre. Men de står selvsagt fritt til å endre lovverket dersom dette er ønskelig.

Differensiert egenbetaling er prioritering i praksis

Egenbetaling virker prisdempende og etterspørselsvridende. Innenfor trinnprissystemet på legemiddelområdet er trussel om økt egenbetaling avgjørende for at man har klart å vri etterspørselen til billigste alternativ blant likeverdige produkter. Jo større prisforskjell mellom likeverdige produkter, desto større egenbetaling (differensiert egenbetaling). Resultatet er at samfunnet betaler mindre for å oppnå samme effekt som tidligere.

Utvalget argumenterer for at egenbetaling bør fjernes helt på enkelte områder, og skjerpes på mindre prioriterte områder. Apotekforeningen vil minne om at mangel på egenbetaling gjør etterspørselen mindre følsom for pris. Grunnlaget for priskonkurranse forsvinner. For disse, prioriterte gruppene uten egenbetaling, kan man ikke samtidig ha målsetting om priskonkurranse.

Utvalget mener medikamentell primærforebygging av hjerte-/kar-sykdommer for risikogrupper bør ha redusert eller ingen egenbetaling. For diabetes-pasienter som gis legemidler til primærforebygging av komplikasjoner, foreslås i tillegg ett til to gratis legebesøk pr år. I den forbindelse vil Apotekforeningen minne om vår vitenskapelige studie Medisinstart, som tar for seg økt innsats for nevnte pasientgrupper. Dette er tjeneste som vil trenge finansiering. Hvis man baserer seg på full egenbetaling, vil dette motvirke hensynet bak forslaget om redusert egenbetaling for disse pasientgruppene. Det kan argumenteres for at de nye prioriteringskriteriene taler for offentlig finansiering av slik tjeneste tilbudt av apotek.

Man kan ikke prioritere godt der formål er uklart

I kap 11.4.1 skriver utvalget:

«I Norge er det åpenhet om kostnadene ved produkter som kan kjøpes på apotek, det vil si legemidler og medisinsk forbruksmateriell.»

Dette er ikke korrekt. Det er åpenhet om nivået på maksimalpriser og maksimalavanser på reseptpliktige legemidler og medisinsk forbruksmateriell betalt av folketrygden. Maksimalavansene er i praksis helt uavhengig av kostnadene avansene skal dekke. Maksimalavansene bestemmes ensidig av staten. Staten kjenner ikke til kostnadene. Kriterier for fastsettelse av maksimalavanse finnes ikke. Formålet med maksimalavansen er også uklart. Det faktum at maksimalavanse pr pakke har stått omtrent uendret siste 10 år (målt i nominelle kroner), tilsier at det helsepolitiske formålet maksimalavansene formodentlig har, hvert år har blitt nedprioritert.

Siden apoteks formål er å medvirke til riktig legemiddelbruk¹, er den årvisse svekkelsen i betalingen for denne medvirkningen (maksimalavansen) et uttrykk for de facto nedprioritering av apotekenes innsats for riktig legemiddelbruk. Når antall kroner i avanse pr pakning står nominelt i ro over tid, betyr det at kostnadsdekning i apotek betinger mindre tidsbruk pr solgt pakning. Gitt at den reduserte tiden apotekene har til disposisjon pr pakke ikke er tilsiktet, viser at det er behov for klare kriterier for fastsettelse av apotekenes avanser. Kriteriene må understøtte målsettingen med reguleringen – formodentlig riktigere legemiddelbruk.

Dette illustrerer også at myndighetene ikke kan benytte ett og samme virkemiddel (maksimalavansen) til å fremme to gjensidig utelukkende mål: Redusert pris på legemidlet og økt apotekinnsats for å fremme riktig legemiddelbruk. Avansen er betalingen apoteket får for sin faginnsett. Redusert avanse reduserer utsalgsprisen, men er ikke forenlig med økt faginnsett. Staten må skille klart mellom avansepolitikk og prispolitikk for å kunne prioritere godt.

Med vennlig hilsen
for APOTEKFORENINGEN

Oddbjørn Tysnes
direktør Næringspolitikk

Jon Andersen
seniorrådgiver

¹ Jf formålsparagrafen til apotekloven