

Det Kongelige Sosialdepartementet
Postboks 8019 Dep
0030 Oslo

200400689	Jour. nr. 97
311.31	Journ. dato 22.06.04
SKO	Saksbeh.:
Utt.:	

Deres ref. 200400689-/OEB

Vår ref.: 24373/CQ/eas

Oslo 21. juni 2004

HØRING - Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester

Innledning

Legemiddelindustriforeningen (LMI) viser til oversendt høring fra Sosialdepartementet (SD) om brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester, og takker for anledningen til å gi uttrykk for våre synspunkter.

SDs høringsnotat er et omfattende høringsnotat som dekker mange problemstillinger. LMI vil i hovedsak drøfte de deler av notatet som gjelder finansiering av legemidler for beboere i institusjon og omsorgsbolig.

Noen generelle innledende betraktninger om høringsnotatet

Selv om tittelen på høringsnotatet henspiller på brukerbetaling, oppfatter vi at notatet i vel så stor grad drøfter hvordan *finansieringen* av de tjenester som skal tilbys brukerne skal være. Dette er i hvert fall relevant for den legemiddelrelaterte delen av notatet.

Vi oppfatter også at SD og høringsnotatet identifiserer ulike finansieringskilder og todelte brukerbetalingsregler for beboere i ulike boformer som et vesentlig (finansierings) problem, og der høringsnotatet søker å identifisere mulige måter å korrigere for mulige økonomisk-teoretiske imperfeksjoner som oppstår som en konsekvens av dette.

Imidlertid er det flere aspekter av denne problemstillingen som relaterer seg til legemidler som ikke er drøftet og som LMI mener burde vært drøftet nærmere, og som vi kommer inn på når vi drøfter de tre "hovedmodellene" som vi ser for finansiering av legemiddelbruk for beboere i institusjon og omsorgsbolig.

Fortsatt "delt løsning" for av legemidler til beboere i institusjon og omsorgsbolig

I dag finansieres i utgangspunktet legemidler i kommunale institusjoner over kommunens/institusjonens budsjett.

Høringsnotatet drøfter ikke konsekvensen av kommunal finansiering for tilgangen til legemidler for beboere i institusjon. Med mange ulike og desentraliserte beslutningstakere, må det kunne forventes at behandlingstilbudet blir ulikt i kommunene. Hvis kommunens økonomi

påvirker ansvarlig leges forskrivning av legemidler, slik ett av argumentene for samordning av legemiddelfinansieringen for begge typer beboere er (forskrivning innen et budsjett mer rasjonell legemiddelbruk), vil beboere med like lidelser kunne motta ulik behandling, hvilket i tilfelle er i strid med målsettingen om lik tilgang til legemiddelbehandling uavhengig av bosted (og boform).

LMI savner undersøkelser av om den behandlingmessige standarden vedrørende legemiddelbruk i kommunale institusjoner jevnt over er god, eller om kommunal økonomi bidrar til uønskede forskjeller kommunene imellom, avhengig av økonomisk situasjon.

Slik dokumentasjon ville vært nyttig for drøftingen av fremtidig modell for finansieringsansvar for legemiddelbruk, slik den "kommunale" modellen innebærer.

Et annet mulig problem ved dagens ordning med kommunal finansiering for beboere i institusjon er mulighetene for omgåelse av regelverket ved at det eventuelt skrives ut legemidler på blå resept for beboere i kommunal institusjon.

LMI kjenner ikke til i hvilken grad dette er et problem, men prinsipielt sett kan en ikke utelukke at dette kan forekomme som en konsekvens av dagens finansieringsmodell og derav følgende økonomisk insentivstruktur, samt manglende kontrollmuligheter. Denne problemstillingen var jo også relevant tidligere for preparater i sykehus, der det var valg mellom preparater brukt i og betalt av sykehuset, eller preparater på blå resept, og der finansieringsmodellen førte til høyere bruk av blåreseptalternativet enn hva medisinske forhold tilsa.

Både for dagens modell samt en modell med kommunal finansiering vil eventuell forskrivning av legemidler på blå resept i strid med reglene underminere hensiktsmessigheten av disse ordningene, og trekke i retning av å favorisere en modell med statlig finansiering.

Notatet og de ulike modellene drøftes under en forutsetning om at tredjepartsfinansiering fører til et for høyt forbruk av legemidler, og at dette kan avbøtes ved kommunal finansiering. For at dette resonnementet skal være gyldig, innebærer det at kommunen på en eller annen måte får innflytelse på ansvarlig leges medisinske vurderinger og forskrivning av legemidler. Hvordan dette skal skje konkret, fremgår ikke klart av notatet og burde vært drøftet. LMI mener at det i størst mulig grad bør være medisinske og helseøkonomiske vurderinger som bør ligge til grunn for bruken av legemidler, og at stram kommuneøkonomi og eventuelle konsekvenser derav på pasientenes legemiddelbruk vil være uheldig.

I tillegg er ikke LMI kjent med at det internasjonalt er erfaringer for at det å direkte introdusere sterkere økonomiske insentiver i forskrivning av legemidler (slik kommunal finansiering innebærer) nødvendigvis gir positive og ønskede resultater sett fra myndighetenes ståsted.

I Storbritannia og Tyskland har en prøvd å gi legene økonomiske insentiver og hindre uønskede konsekvenser av tredjepartsfinansiering ved å tildele årlige budsjetter å behandle pasientene for.

Dette har blant annet ført til ulike standarder for behandling mellom regioner ("postcode prescribing"), noe som ikke er uventet ut i fra at det blir mange desentraliserte instanser som forestår vurderinger. Ulike standarder er uønsket i den forstand at det skal være en god og lik



standard for legemiddelbruk uavhengig av geografisk tilhørighet i henhold til gjeldende legemiddelpolitiske målsettinger.

Kommunal finansiering av legemidler til beboere i institusjon og omsorgsbolig

Innvendingene vi har reist tidligere vedrørende dagens finansiering av legemiddelbruk for beboere i kommunale institusjoner er prinsipielt sett de samme for en modell der kommunen i tillegg skal finansiere legemiddelbruken for beboere i omsorgsboliger. Betydningen av innvendingene blir imidlertid større når virkeområdet for kommunal finansiering økes.

Økt kommunalisering av finansieringsansvaret vil derfor kunne gi enda større ulikheter kvantitativt sett enn dagens finansieringssystem, og er derfor etter vårt syn uønsket blant annet fordi ulikhetene mellom kommunene må forventes å bli større.

I tillegg vil en imperfeksjon som i dag allerede er kjent kunne bli av større betydning i et slikt system. Ansvar for sykehusene tilligger i dag staten i siste instans. Det er en kjent problemstilling at mange pasienter som hører hjemme i det kommunale omsorgstilbudet blir liggende i sykehus lengre enn det er grunnlag for, på grunn av kapasitetsmangel i det kommunale omsorgstilbudet. En av flere mulige årsaker til dette kan nettopp være finansieringssystemet og dertil tilhørende økonomiske insentiver, der en pasient som ligger i sykehus ikke innebærer utgifter for kommunen mens en pasient i en kommunal institusjon gjør det.

Tilsvarende vil det kunne bli slik at for pasienter med lidelser der sykehus- og legemiddelbehandling er alternativer, vil kommunen ha et økonomisk insentiv til sykehusbehandling, selv om dette skulle være dyrere for samfunnet. Spesielt vil dette kunne gi seg utslag i små kommuner som har pasienter med lidelser hvor legemiddelbehandling er kostbart. "Forsikringsprinsippet" som ligger i at det statlige nivået tar ansvar for behandlingen og at risikoen for kostbare enkeltpasienter dermed spres på hele befolkningen og ikke på små kommunale enheter, vil dermed gå tapt.

Ovennevnte viser at økt grad av kommunalisert finansieringsansvar kan bidra til å redusere noen markedsimperfeksjoner, men styrke betydningen av andre også uønskede imperfeksjoner.

LMI vil også påpeke at økt grad av kommunal finansiering av legemiddelbruk fremstår som et brudd med tendensen ellers i helse- og omsorgssektoren, med økt grad av sentralisering av ansvaret, jf. ikke minst sykehusreformen.

Noen av årsakene til den økte graden av sentralisering har vært:

- Ønske om like standarder i tilbudet
- Bedre styring
- Bedre samordning
- Unngå "spill" mellom forvaltningsnivåene i finansieringssammenheng

Vi mener at disse argumentene prinsipielt også gjelder for finansiering av legemiddelbruk for beboere i kommunale institusjoner og omsorgsboliger, selv om det selvfølgelig er av mindre kvantitativ betydning enn for eksempel sykehusreformen.



Statlig finansiering av legemidler til beboere i institusjon og omsorgsbolig

Basert på ovennevnte drøfting mener vi at den alt i alt beste modellen for finansiering av legemidler til beboere i kommunale institusjoner og omsorgsboliger vil være at disse beboerne likestilles med øvrige innbyggere i kommunen, dvs. at beboerne betaler reseptfrie legemidler og legemidler på hvit resept selv, samtidig som blåreseptordningen blir tilgjengelig som en rettighet også for disse.

På denne måten bidrar en på beste mulige måte til at legemiddelbruken baseres på medisinske og helseøkonomiske kriterier ("riktig pille i rett munn til rett tid") og at standardene i så stor grad som mulig blir like og uavhengige av bosted.

I tillegg unngås i stor grad at finansieringsmåte bidrar negativt til de behandlingsmessige beslutninger som foretas, ved at det er ett statlig/sentralt nivå som i stor grad hel- eller delfinansierer de ulike helsetjenestene som kan være alternativer i behandlingen av en pasient.

En unngår også de potensielle kontroll- og "lekkasje"problemene som knyttes til at pasienter i kommunal institusjon og/eller omsorgsbolig ikke skal få legemidler på blå resept, mens øvrige pasienter har rett til dette.

Økonomiske og administrative konsekvenser

I notatet er det delvis gitt anslag for økonomiske konsekvenser av de ulike finansieringsmodellene. Det er presisert at anslagene er usikre, men det er ikke redegjort for hvordan anslagene er fremkommet.

Vi har stor forståelse for at det er vanskelig å predikere de økonomiske konsekvensene av de ulike modellene som er skissert. Likevel må anslagene bygge på at det er gjort konkrete forutsetninger om blant annet legenes forskrivningsadferd på grunn av tredjepartsfinansiering, siden det er angitt at utgiftene samlet sett vil øke med 100 mill. kr etter fem år ved overgang til en *statlig modell*, i tillegg til at de administrative kostnadene økes med 3 mill. kr.

Vi vil etterlyse en drøfting av den konkrete virkningsmekanismen som fører til en utgiftsøkning i denne størrelsesorden, og mener at dette burde vært drøftet i notatet, ikke minst siden anslaget presenteres.

Tilsvarende er vi meget usikre på hvilken mekanisme som skal føre til at de samlede administrasjonskostnadene skal øke med tre mill. kr ved en sentralisering, som heller ikke er drøftet. Normalt vil en sentralisering kunne føre til at de samlede administrasjonskostnadene reduseres, men siden vi ikke kjenner premissene for anslaget er det vanskelig å drøfte dette konkret.

For den *kommunale modellen* er det derimot ikke gitt konkrete anslag, annet enn at det henføres at kostnadene til legemidler blir lavere, uten at grunnlaget for denne påstanden er nærmere konkretisert.

LMI er enig i notatets oppsummering at en kommunal modell vil representere usikkerhet for personer som mister blåresepten, mens vi er noe mer usikre på om en kommunal modell vil påvirke utvalget av nye legemidler.



Forholdet til kommende Stortingsmelding om legemiddelpolitikken

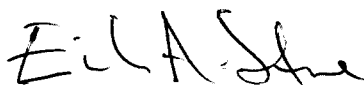
Regjeringen/Helsedepartementet har varslet at den vil komme med en egen Stortingsmelding om legemiddelpolitikken til høsten.

LMI mener at en diskusjon av finansieringsmodeller for pasienters legemiddelbruk hører hjemme i denne meldingen, og vil be Sosialdepartementet avstemme det videre arbeidet med denne problemstillingen opp mot Helsedepartementets pågående arbeid med denne stortingsmeldingen.

LMI stiller gjerne til et møte med Sosialdepartementet for å utdype våre synspunkter, hvis dette skulle være ønskelig.

Med vennlig hilsen

LEGEMIDDELINDUSTRIFORENINGEN



Erik A. Stene
Rådgiver LMI

Gjenpart: Helsedepartementet - Folkehelseavdelingen

