

Mer og bedre helse med paragraf 9

2005-05-27 - Når 10 a-søknadene behandles lokalt, er det også fare for at det blir forskjellsbehandling. Ulike oppfatninger blant ledere og subkulturer ved enkelte trygdekontorer kan medføre at søknader med samme indikasjon blir helt ulikt behandlet fra et geografisk område til et annet, skriver Per S. Thoresen.

NORGE ER I ferd med å få en helsetjeneste der god helse for mange er avhengig av bosted, primærlegens pågangsmot og personlig økonomi. Det er en konsekvens av at stadig mer medisin på blåresept forutsetter individuell søknad etter legemiddelforskriftenes paragraf 10 a. Nå vil departementet at også primærleger skal kunne søke etter 10 a. Da blir det enda flere søknader. Og søknadene skal godkjennes på trygdekontorene. Det har de foreløpig ikke kapasitet til, og det har de ikke kompetanse til.

Dør under venting

I 2004 mottok trygdekontorene 153.000 søknader om stønad til utgifter til legemidler. Hvis også primærlegene etter departementets forslag får anledning til å søke, blir det langt flere søknader å behandle. Det blir en utfordring for trygdekontorene, som allerede sliter med saksbehandlingstiden. Uansett risikerer pasienten, som nå, å måtte vente i opptil ett år på en avgjørelse. For noen kan det bety at de dør i ventetiden. Den velhavende kan bare få en hvit resept av sin lege og gå på nærmeste apotek. Det er også stor grunn til å spørre om trygdekontorene har kompetanse til å vurdere 10 a-søknadene. Det dreier seg ofte om kompliserte medisinske spørsmål, som det krever medisinsk spesialkompetanse å vurdere. Ikke minst krever det også nærhet til og kunnskap om den enkelte pasient som trenger behandling. Hvis saksbehandleren på trygdekontoret ikke har den kompetansen, har ikke søknaden fått forsvarlig behandling.

Forskjellsbehandling

Når 10 a-søknadene behandles lokalt, er det også fare for at det blir forskjellsbehandling. Ulike oppfatninger blant ledere og subkulturer ved enkelte trygdekontorer kan medføre at søknader med samme indikasjon blir helt ulikt behandlet fra geografisk område til geografisk område. Vi vet allerede i dag at det er stor forskjellsbehandling med hensyn til hvem som får medisin på blå resept. Hvis det blir avslag, er pasienten helt avhengig av om legen orker, og har tid til, å forfølge saken med en anke. Den som har en lege som ikke aksepterer et nei, har større mulighet til å overleve, eller i det minste til å få den behandling legen finner det riktig å forskrive.

God helseøkonomi

I statsbudsjettet for 2005 foreslo Helse- og Omsorgsdepartementet en bevilgning på åtte millioner kroner til midlertidig styrking av trygdeetatens kapasitet til behandling av individuelle søknader etter paragraf 10 a. Dette kan tilsi et sted mellom 15 og 20 nye stillinger i trygdeetaten. Det tar tid før de nyansatte er opplært, og det spørs om ikke pengene kunne ha vært bedre anvendt. Det hadde trolig vært billigere for samfunnet, og langt enklere for pasient, lege og trygdekontorer, om legene etter klare retningslinjer kunne forskrive medisiner etter paragraf 9. Da blir vurderingen av hvilken behandling pasienten skal få gjort der den hører hjemme, hos pasientens lege. Så kunne trygdeetaten bruke kreftene sine på å etterprøve beslutningene gjennom stikkprøver samt utarbeide stadig bedre regler. Jeg er ikke et øyeblikk i tvil om at dette ville være god helseøkonomi, for ikke å snakke om det byråkratiet vi ville slippe.

Uverdig

Økonomi er viktig, men vi må ikke se oss blind på tallene uten å sammenligne med noe. Norge er for eksempel det land i Europa hvor myndighetene bruker minst på medisin pr. capita. Videre blir det for de fleste indikasjoner jevnlig påvist at det er et underforbruk av medisin. Da er det lett å bli sittende igjen med inntrykk av at politikere og myndigheter egentlig ikke er så opptatt av helse. De er mer opptatt av å spare penger. I mellomtiden lider pasienter som venter på nye og innovative medisiner som kunne ha gitt dem en bedre hverdag. Det er det ikke lett å se for dem som mest oppfatter pasienter som siffer i en statistikk. Det er uverdige at pasienter må vente på en medisin, mens leger og myndigheter slåss. Det får de heller gjøre etter at pasienten har fått medisinen - og da helst etter paragraf 9.

Meningsløst

Det er interessant å merke seg at statens utgifter til legemidler er en isolert post i trygdebudsjettene. Det blir nokså meningsløst. Utgiftene til medisin må holdes opp mot andre poster på trygdebudsjettene, som hva medisiner sparer samfunnet. Etter at vi fikk effektive medisiner mot magesår, blir for eksempel så godt som ingen operert for det i dag. Har noen regnet på hva samfunnet sparer på bruken av disse medisiner? Har noen regnet på hva samfunnet sparer på bruk av andre medisiner som gjør pasientene raskere friske - eller gjør at de slipper kostbare og kanskje smertefulle behandlinger? Brukt riktig vil legemidler være med på å redusere det såkalte helsegapet. Stortingets behandling av stortingsmelding nr. 18, «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk», blir helt avgjørende for mange pasienters hverdag.

Per S. Thoresen

Dagens Medisin

Postboks 6970 St. Olavs Plass
0130 OSLO

redaksjonen@dagensmedisin.no

Telefon: 934 30 200

[Kontaktinformasjon](#)

© Dagens Medisin

Alt innhold på www.dagensmedisin.no er opphavsrettslig beskyttet.

Ansvarlig redaktør/administrerende direktør: [Lottelise](#)

[Følge](#)