

Ersättning för farmaceutiska tjänster

- För en kompetensfokuserad bred apoteksmarknad som ger mervärden för kunden, förbättrar läkemedelsanvändningen och avlastar sjukvården.

*Ett förslag från Apotekarsällskapet till Socialdepartementet
för komplettering av TLV:s ersättningsuppdrag.*

2009-03-24

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	sid. 3
2. Sammanfattning.....	sid. 3
3 Behov av komplettering till TLV:s ersättningsuppdrag och ökad konkurrensneutralitet.....	sid. 5
4. Potentialen och risken med den nya marknaden, kvalitetsincitamenten skapas nu!.....	sid. 7
5. Utblick mot Europa.....	sid. 9
5.1 e-MAS (Electronic Minor Ailment Scheme).....	sid. 10
5.2 Public Health Service (PHS).....	sid. 10
5.3 NHS Scotland Stoma Service.....	sid. 10
5.4 Ersättning för särskilda initiativ ("model schemes") riktade till sköra äldre och personer med allvarlig och ihållande psykisk sjukdom.....	sid. 11
5.5 Rökavvänjningsprogram.....	sid. 11
5.6 EHC (Emergency Hormone Contraceptive) & Azithromycin.....	sid. 11
5.7 Vaccination.....	sid. 12
5.8 Insatser mot primära diagnoser av KOL, astma, diabetes och hjärt-kärlsjukdom.....	sid. 12
5.9 Palliativ vård.....	sid. 12
5.10 Syrgasleverans.....	sid. 12
5.11 Ersättning för infrastruktur.....	sid. 13
5.12 Acute Medication Service (eAMS).....	sid. 13
5.13 Service för kroniskt sjuka (CMS).....	sid. 13
5.14 Unscheduled care/Out of hours/Urgent supply.....	sid. 14
5.15 Needle Supply.....	sid. 14
5.16 Metadonprogram.....	sid. 14
5.17 Utbildning av personal.....	sid. 14
5.18 Profylax och behandling av venösa sjukdomar – Stödstrumpor.....	sid. 14
6. Skyldigheter och professionella befogenheter för utövare av farmaceutiska tjänster.....	sid. 14
7. Utgångspunkt vid val av farmaceutiska tjänster som man bör ersätta för i Sverige.....	sid. 15
8. Vem ska betala?.....	sid. 15
8.1 Kostnad per vårddag (SEK) år 2008.....	sid. 16
9. Referenslista.....	sid. 18

1. Inledning

Apotekarsällskapet anser att det finns ett stort behov till komplettering av det ersättningsuppdrag som givits till Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV), som enligt vår uppfattning har fel fokus. Omregleringens stora mål har varit prispress och tillgänglighet, något som regeringen ansett att man behöver stora utländska apoteksaktörers hjälp för att åstadkomma. Det återspeglas i ersättningsuppdraget som gynnar stora aktörer och saknar grund i vilka tjänster man verkligen utför på apoteken för privatkund och samhälle. Detta är begränsande för apoteksutvecklingen och stimulerar inte satsningar på kompetens, kvalitet och förbättrad läkemedelsanvändning.

Apotekarsällskapet yrkar därför på att ersättning för farmaceutiska tjänster riktade till apotekskunder bör komplettera uppdraget. Det utgör även ett konkurrensneutralt ersättningsverktyg som skulle stimulera en bred apoteksmarknad. Detta påtalade Apotekarsällskapet under ett möte med Sofia Wallström, sakkunnig på Socialdepartementet, den 16 februari 2009. Hon önskade då att vi tog fram ett förslag på hur en sådan modell skulle kunna se ut och det är bakgrunden till det här dokumentet.

2. Sammanfattning

Apotekarsällskapet anser att regeringens uppdrag till Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) har förbiset apotekskundernas behov och möjligheten till stora samhällsbesparingar inom vårdsektorn. Dessutom saknas bra förutsättningar för att få den breda apoteksmarknad som regeringen efterfrågat, där även mindre aktörer kan bli framgångsrika. Kraften har istället lagts på att locka utländska storkedjor till Sverige, vilka man ansetts behöva för att skapa den ökade tillgänglighet och prispress som utlovats. Förslaget till ersättningsmodell gynnar större aktörer, exempelvis Apoteket AB, och riskerar i förlängningen att stimulera utvecklingen av ett oligopol.

Felaktig läkemedelsanvändning uppskattas idag kosta mellan 25 och 30 miljarder kronor varje år. Redan år 2001 beräknades patienter som sökte sjukvård för läkemedelsrelaterade problem vid Helsingborgs lasarett i genomsnitt kosta 20 900 kr per besök/inläggning [13]. Satsningar på fler kliniska apotekare i vården är med tanke på dessa siffror högst rimliga. Men ännu större summor skulle kunna sparas om en andel av problemen förebyggs innan patienterna hamnar på sjukhus och här skulle apoteken kunna spela en viktigare roll, om rätt förutsättningar ges.

Apoteken kan utföra en mängd tjänster för att förbättra folkhälsan, avlasta sjukvården och motverka sjukhusinläggningar, inte minst genom screening av vanliga sjukdomar och uppföljning av hälsotillstånd hos patienter samt verka för en förbättrad läkemedelsanvändning. Genom att utgå från apotekskunderna i ersättningsmodellen och premiera apotek som utför kvalitativa farmaceutiska tjänster riktade till apotekskunder kan betydande mervärden erhållas, både ur kund- och samhällsekonomiskt perspektiv. Detta skulle på apoteken leda till satsningar på kompetens, innovativitet, engagemang och skapa förutsättningar för en positiv utveckling av apoteksverksamheten. Tyvärr har regeringen inte tagit fasta på att ersättningsuppdraget kraftigt kommer att påverka vad som erbjuds på morgondagens apotek och vilken utvecklingspotential tjänsterna har. Om det inte finns tydliga incitament för att erbjuda farmaceutiska tjänster kommer bara de mest basala, lagstadgade tjänstekraven att uppfyllas i apoteksverksamheten och försäljningen av läkemedel.

För dessa satsningar krävs dock ett tydligt regelverk, höga kompetenskrav hos driftansvariga och ersättning eftersom de skulle uppta en stor del av apotekares tid. Annars kommer många apotek att lågprioritera tjänsterna av resursskäl. Ersättning för farmaceutiska tjänster är också viktigt för att entreprenörer ska kunna bli framgångsrika eftersom det skulle vara ett relativt konkurrensneutralt ersättningsverktyg.

Apotekarsällskapet anser att den läkemedelsansvariga bör vara en apotekare, helt i linje med de europeiska kraven. Vi ser kompetensbegreppet som en central fråga trots att många anser att apoteken fungerar väl idag. En förutsättning för att farmaceutiska tjänster ska kunna erbjudas och utvecklas på

framtidens apotek är att det finns apotekare anställda inom verksamheten eftersom dessa har en bredare och längre utbildning inom läkemedelsområdet. De som är nöjda har ofta inget att jämföra med samt kan sakna insikt i problematiken runt felaktig läkemedelsanvändning. Sanningen är att det är svårt att jämföra morgondagens apoteksmarknad med det monopol som finns idag, där Apoteket AB har en stor central stödorganisation till verksamheten och haft generellt sett låga avkastningskrav från ägaren staten. Omregleringen av apoteksmarknaden innebär dock stora möjligheter till mervärden för kund och samhälle, nu och i framtiden, om incitament till innovation och utveckling byggs in i regelverket. Framtidens marknadsarkitektur skapas nu och beslutsfattarna måste därför ha ett långsiktigt och ett visionärt tänkande!

Apotekare vill också agera mer som en profession och ta mer ansvar, vara en naturlig länk i vårdkedjan, tillåtas använda sin fulla kompetens och hjälpa till att avlasta sjukvården. Befogenhet bör finnas att ta professionella beslut baserat på patientsäkerhet, vilket innebär att kunder kan vägras köp och att känsligare OTC-läkemedel förvaras bakom disk för att säkerställa rådgivning. Vi vill ta ansvar för att patienter informeras om målsättningen med behandlingar, att läkemedel används på rätt sätt, av rätt person och i rimlig mängd. Det minskar problemen med felaktig läkemedelsanvändning och påverkar mängden läkemedel som sänds till destruktion.

Vi ifrågasätter att omregleringen med dagens givna förutsättningar kommer att bli konkurrensneutral. Många små aktörer är idag mycket osäkra på om de ska våga ta steget ut på den nya marknaden eftersom information fortfarande saknas om vilka grundförutsättningar som kommer att gälla. Det är därför svårt för dem att kunna förbereda sig. Entreprenörerna vet inte hur ersättningsmodellen ser ut, inte hur mycket infrastrukturpaketet kommer att kosta, saknar information om vilka apotek de kan köpa samt hur Omstruktureringsbolagets och Farmaceutföretagarnas entreprenörsmodeller kommer att se ut. Dessutom blir apoteksförsäljningen försenad till oktober/november och större aktörer kommer ha bättre förutsättningar till nyetableringar från den 1 juli, eftersom entreprenörerna har längre startsträcka då de måste börja från grunden med att utveckla rutiner och verksamhet. Apotekarsällskapet ifrågasätter att inkomsterna från apoteksförsäljningen ska tillfalla Apoteket AB och att mycket av monopollets driftsstödsinformation inte blir tillgängligt via ApotekService AB:s infrastrukturpaket.

Grundprincipen för att ersätta för farmaceutiska tjänster som leder till bättre hälsa och bättre läkemedelsanvändning måste vara att regeringen och landstingen ställer sig frågorna:

- Vilka av de tjänster som Apoteket AB redan utför genom lokala avtal önskar vi ska finnas kvar på våra framtida apotek? Vilka av de tjänster som idag utförs inom till exempel sjukvården kan apoteken erbjuda med minst samma kvalitet? Följdfrågan blir om apoteken kan göra det till ett lägre pris? Om en tjänst riktad till privatperson till exempel kostar 1000 kronor i sjukvården och apoteken erbjuder att utföra den för 600 kr till samma kvalitet, så borde det vara ekonomiskt rimligt att tjänsten erbjuds av apoteket finansierat av landstinget.

Läkemedelsbehandling är den vanligaste interventionen inom hälso- och sjukvård vilket gör apoteken till en naturlig del av vårdkedjan. Kostnaderna eskalerar snabbt när patienten passerar in genom sjukhusdörren, eftersom läkarbesök, remisser, läkemedel och vård dygn kostar stora pengar. Apoteken skulle ännu mer än idag kunna bedöma och ta ansvar för vilka kunder som är lämpliga för apoteksservice och vilka som bör hänvisas till sjukvården. De utgör även naturliga stationer för att förebygga oönskade läkemedelsrelaterade händelser. Man kan med regelbunden, och för patienten smidigare, läkemedelsuppföljning stimulera bättre följsamhet och verka för ökad kunskap om läkemedelsbehandlingen. Apoteken skulle också kunna monitorera patienters hälsotillstånd mellan vårdtillfällen. Om apoteken nyttjas fullt ut bör det leda till minskade kostnader för samhället genom att patienters läkemedelsanvändning förbättras och vårdbehovet minskar. En omreglerad marknad stimulerar ett personligare engagemang i kontakten mellan kund och apotek, inte minst om entreprenörer ges utrymme.

Apotekarsällskapet ber Socialdepartementet och regeringen att komplettera TLV:s ersättningsuppdrag med farmaceutiska tjänster och dessutom låta dem utgöra en betydande del i modellen för att skapa en lönsamhet jämförbar med övriga Europa. Detta bör ske i nära samarbete med övriga aktörer inom hälso- och sjukvården, och med målsättningen att förbättra folkhälsan genom bättre läkemedelsanvändning. Potentialen i denna ersättningsform har lett till att länder runt om i Europa och världen har börjat se över och gjort justeringar i sina system. Vi är på väg in i en ny tid!

3. Behov av komplettering till TLV:s ersättningsuppdrag och ökad konkurrensneutralitet

Apotekarsällskapet anser att regeringens uppdrag till Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) har förbisett apotekskundernas behov och möjligheten till stora samhällsbesparingar inom vårdsektorn. Dessutom saknas förutsättningar för konkurrensneutralitet vilket är nödvändigt för att nå den breda apoteksmarknad som regeringen efterfrågat, där även mindre aktörer kan bli framgångsrika. Kraften har istället lagts på att locka utländska storkedjor, vilka man ansetts behöva för att skapa den ökade tillgänglighet och prispress som utlovats. Förslaget till ersättningsmodell gynnar också större aktörer, ex Apoteket AB, och riskerar i förlängningen att stimulera utvecklingen av ett oligopol.

Apotekarsällskapet, Sveriges farmaceutförbund och flera andra organisationer uttryckte tidigt oro för avsaknaden av tydliga kompetenskrav och konkret ersättning för farmaceutiska tjänster i den lagrådsremiss och proposition som offentliggjorts. I regeringsuppdraget till TLV ligger fokus på handelsmarginal och upphandlingsmuskler. Det utgör också grunden för den lönsamhetsbedömning som ska genomföras. Det innebär att apoteksaktörernas chanser till framgång tydligt kopplas till deras nuvarande finansiella resurser. De stora vinsterna riskerar att landa i utländska aktörers fickor, utan att ge något till kunderna och samhället.

Nuvarande förslag kan även få stora konsekvenser för läkemedelsindustrin och medföra nedskärningar på klinisk forskning, en svensk paradgren som står för ca 0,5 % av BNP. Bakgrunden till oron är påståendet i lagrådsremissen (som kortats lite i propositionen) att ”marknadens lönsamhet bör garanteras genom att TLV vid beräkningen av handelsmarginalen beaktar att den samlade lönsamheten på apoteksmarknaden inte får vara väsensskild från den som noterade apoteksbolag redovisar i jämförbara länder”. Detta för att den svenska marknaden ska bli attraktiv för utländska aktörer. Framtida kritik om giriga apotek blir då svår att försvara sig mot och kan vara befogad, även fast utförsäljningspriset (AUP) inte höjs. Apoteken har ju enligt den föreslagna modellen inget direkt ekonomiskt intresse av att erbjuda kunderna annat än läkemedel och den mest basala rådgivning som finns lagstadgad. Möjligtvis har farmaceutiska tjänster ett visst positivt imagevärde, men om de skulle bekostas av apoteken själva är förutsättningarna för satsningar små. Kundens egen betalningsvilja är troligtvis begränsad.

Med större förtroende för entreprenörer och apotekens potential, skulle en ersättningsmodell kunna utgå från vad apoteken verkligen tillför kunderna och samhället. Genom att koppla ersättningen till olika aktiviteter (utlämning av läkemedel, rådgivning, sjukvårdsnära tjänster osv.) istället för enbart till distribution av läkemedelsförpackningar kan man påverka apotekens tjänsteutbud. Många andra länder i Europa och världen ser just nu över sina modeller och utvecklar dem i sådan riktning, exempelvis Australien, Canada, Tyskland, Portugal, Belgien och Storbritannien [1, 2]. I Norden har Danmark precis börjat utvärdera dessa möjligheter illustrerat av deras service runt uppföljning av inhalationsteknik som genererar en ersättning på €7,38 exklusive moms per utförd rådgivning [1]. I Finland genomförs idag farmaceutiska tjänster inkluderande läkemedelsgenomgångar, rådgivning om dagen-efter-piller, blodtrycksmätning, blodglukosmätning, diabetesuppföljning, kolesterollmätning, astmauppföljning och nålutbyten till narkomaner. Ersättning för farmaceutiska tjänster med direkt betydelse för apotekens ekonomiska resultat skulle leda till satsningar på kompetens och innovativa lösningar för att avlasta sjukvården. Det skulle innebära mervärden både ur kund- och samhällsperspektiv samt utgöra ett konkurrensneutralt ersättningsverktyg!

Om apotekens utökade vinstmarginal grundar sig på förmågan att leverera tjänster med god kvalitet skulle detta lättare accepteras av allmänheten och dessutom premiera kundorienterade verksamheter. Ersättning för farmaceutiska tjänster utgör en viktig åtgärd för att möjliggöra reell konkurrenskraft för entreprenörerna. Att entreprenörer deltar på den nya marknaden är mycket viktigt eftersom deras främsta konkurrensmedel är ett stort engagemang för kunderna, nischning mot särskilda patientgrupper, innovativt tänkande, arbete på obekväma tider och investering i kompetens. De hjälper även till att stabilisera marknadens maktbalans och skapar många nya svenska småföretag vilket landet är i stort behov av. Apotekarsällskapet uppmanar regeringen att ta fasta på de rader i lagrådsremissen som anger att ersättningar för farmaceutiska tjänster ska utgöra ett kompletterande förslag och dessutom låta det vara en grundbult i ersättningsmodellen.

Genom att skapa en ökad lönsamhet baserad på ersättning för farmaceutiska tjänster uppnås en mer konkurrensneutral marknad, med en balans mellan storkedjor och egenföretagare, vilket även innebär nytta för kund och samhälle. För att egenföretagande ska bli möjligt krävs det dock även tydliga besked om vilka förutsättningar som kommer gälla på en omreglerad marknad, och att småföretagarna får samma möjligheter som kedjorna att starta upp sin verksamhet redan tidigt.

Idag är det nästintill omöjligt för entreprenörerna att förbereda sig. Det är olyckligt att OAB riktar in sig på en så pass sen utförsäljning. OAB poängterar att de fått uppdraget sent och att det inte är ett ändamål i sig att apoteken ska öppnas första juli, utan att det är då förutsättningarna ska finnas klara. Det innebär att de stora aktörerna, med större förutsättningar till nyetablering, får upp till ett halvårs försprång. Entreprenörerna har nämligen en betydligt längre startsträcka än de etablerade storaktörerna. De internationella kedjor som antas vara framtida aktörer driver redan apoteksverksamhet och kan därmed relativt snabbt implementera liknande system i Sverige. Detta är inte konkurrensneutralt!

Ersättningsmodellen är osäker och Omstruktureringsbolaget har inte lämnat officiell information om vad som gäller för utförsäljningen av ”entreprenörspotten” på maximalt 200 okända apotek, mer än att den kommer att försenas ända in i oktober/november. Besked behöver lämnas snarast huruvida Farmaceutföretagarna kan köpa dem eller om det troligen blir två olika entreprenörsmodeller med delvis olika frihetsgrader för småföretagare. Det skulle även vara gynnsamt med en möjlighet att överta ägarskapet fullt ut, det vill säga att frånga en ”golden share”-struktur, möjligen under förutsättning att man förbinder sig att även fortsättningsvis använda vissa av de gemensamma stödfunktionerna (t.ex. upphandling), utöver vad som ligger inom ApotekenService AB. Det behöver även konkretiseras om man kan ansluta sig till och utnyttja vissa stödstrukturer i modellerna även om man startar upp helt på egen hand. En sådan möjlighet anser Apotekarsällskapet som nödvändig ur överlevnads- och kvalitetssynpunkt. Entreprenörerna efterfrågar även en prisuppskattning på vad ApotekenService ABs infrastruktur kommer att kosta, eftersom det är nödvändig information för deras förberedelse och budgetering.

I dagsläget har Apoteket AB indikerat att man vill expandera ut i Europa från 1 juli och även öppna upp många svenska apotek. Om detta kan ske innan nya aktörer hunnit etablera sig försvinner poängen med utförsäljningen eftersom Apoteket AB direkt skulle få en dominerande ställning igen. Man verkar även räkna med att intäkterna från utförsäljningen av apotek ska kunna användas till det ”nya” Apoteket AB, något som naturligtvis strider fullständigt mot alla möjligheter till konkurrensneutralitet! Pengarna för utförsäljningen av det statliga bolaget borde i stället läggas i någon form av statlig pott och komma skattebetalarna till gagn. Dessutom har Apoteket AB haft hela monopoltiden på sig att förbereda sin organisation på omregleringen, samt haft andra förutsättningar att tidigt påverka i den politiska processen och kunnat agera med större tyngd. Det kommer att krävas en längre ”stand still” period för Apoteket AB för att skapa en konkurrensneutral marknad och för att motverka en ny monopol- eller oligopolbildning.

Det finns även en stor mängd av informationsdatabaser hos Apoteket AB om allt ifrån svar på vanliga frågor till apoteksdriftsinformation. Material som tagits fram av Apoteket AB, i monopolställning och för skattebetalarnas pengar, bör komma alla framtida apotek till nytta. Särskilt som en stor del av nystartarna och de nya apoteken kommer att ha sitt ursprung från Apoteket AB. Det är därför ur rättvisesynpunkt rimligt att driftsinformation tillgängliggörs för alla då det tagits fram i en statlig monopolställning. Detta gäller såväl driftsinformation och rutiner som alla de olika informationsdatabaser runt läkemedel och läkemedelsanvändning som företaget besitter idag. Det stöd som idag lyfts ut i den infrastruktur som ligger hos ApotekenService AB räcker inte.

4. Potentialen och riskerna med den nya marknaden, kvalitetsincitamenten skapas nu!

I dagens system beräknas kostnaderna för felaktig läkemedelsanvändning ligga på ca 20-30 miljarder kr per år [3,4,5] och 11-33% [6] av besöken till akutmottagningarna beror på felaktig läkemedelsanvändning. Orsakerna kan vara förstärkt farmakologisk effekt, interaktioner, olämpliga läkemedel till äldre, dålig följsamhet till ordination (ca 50 %), terapeutisk dubbling, underbehandling och missbruk. Det är troligt att dessa siffror skulle kunna förbättras med tuffare kompetenssatsningar på apoteken. Inte minst med tanke på att de flesta läkarutbildningar saknar en tydlig farmakologibas. Studier har även visat att apotekare per 100 patienter upptäcker 3,6 fler läkemedelsrelaterade problem jämfört med tekniker och 2,4 fler än receptarier [7]. Apotekare har alltså en unik förmåga att monitorera läkemedelsbehandlingar, vilket dock kräver tidsuppslag i yrkesrollen. Detta bör tillvaratas och har bland annat betydelse för de 640 000 patienter i Sverige som har fler än 10 läkemedel [8].

Apoteksomregleringen har hittills varit fokuserad på två övergripande mål, prispress och tillgänglighet. Satsningar bör dock göras för att minska kostnaderna för felaktig läkemedelsanvändning, dels ur samhällsekonomiskt perspektiv men även ur livskvalitetsperspektiv. Man bör alltså försöka förebygga problem som exempelvis sjukhusinläggningar och lidande innan de uppstår. Här kan och vill apotekarna ta större ansvar och bli en viktigare partner i vårdkedjan genom att utveckla samarbetet. Farmaceutiska tjänster skulle vara ett utmärkt verktyg där patienten på ett smidigt sätt, via sitt lokala apotek, kan följa upp sin grundläggande hälsa samt få rådgivning. Efter omregleringen kommer apoteken att kunna nischa sig och till stor del kunna välja vilken typ av service de tror är affärsmässig. Om beslutsfattarna anser att vissa typer av tjänster är viktigare än andra skulle de kunna säkerställa att många apotek erbjuder dem genom att infoga dem i ersättningsmodellen med fasta avgifter.

Varför har kompetensbegreppet blivit en central fråga trots att många anser att apoteken fungerar väl idag? De som är nöjda har ofta inget att jämföra med samt kan sakna insikt i problematiken runt felaktig läkemedelsanvändning. I dagens statliga monopol har mer än hälften av apotekscheferna utgjorts av receptarier och regeringen har tidigare lyft fram att kompetenskraven på den läkemedelsansvarige inte kan sättas som apotekare på grund av en bristsituation. Trots påtryckningar har regeringen i propositionen sagt att det räcker med att läkemedelsansvarig bör vara apotekare eller farmaceut med "tillräcklig" kompetens för uppgiften. "Tillräcklig" kan i princip tolkas hur som helst vilket Apotekarsällskapet därför agerat mot. Vi anser att "motsvarande kompetens" skulle vara en godkänd rekommendation kortsiktigt och att man inom tydliga tidsramar bör sträva mot att harmonisera med europeiska krav där apotekarkompetens är normen. Inte minst för att regeringen bör ha en långsiktig målsättning om att utveckla apoteksverksamheten och inte begränsa möjligheterna med för låga kompetenskrav. SFF och Apotekarsällskapet har därför belyst att det finns hela 3365 utexaminerade apotekare med legitimation idag. Därtill finns hundratals som inte ansökt om sin legitimation på papper då den inte behövs för deras nuvarande yrkesroll inom exempelvis industri eller forskning. Det borde även finnas en praktisk möjlighet för receptarier att på ett flexibelt sätt vidareutbilda sig till apotekare. Exempelvis kan den modell på 3+3 år som har diskuterats i Uppsala öka receptariers professionella valmöjligheter.

Att många apotekare i Sverige idag ofta väljer industriyrken beror till stor del på monopolet, delvis av ekonomiska orsaker, men Apoteket AB har ofta inte heller efterfrågat apotekarnas kompetens vid tjänsteställning. Jämför man däremot med Storbritannien där en konkurrensutsatt marknad råder, så väljer många apotekare istället att jobba på öppenvårdsapotek. Omregleringen bör alltså komma att påverka var apotekarna väljer att jobba! Att 220 svenska apotekare som jobbar i Norge upplevs inom yrkeskåren närmast som en protestaktion mot den linje som Apoteket AB fört - att man prioriterat receptarietjänster och i princip haft ståndpunkten att apotekare i allmänhet inte behövs på apoteken. När apotekare söker jobb så har de ofta erbjudits receptarietjänster, och många här dessutom accepterat detta för att få möjligheten att arbeta på just apotek.

Denna utveckling går helt emot rekommendationerna från bland annat the Pharmaceutical Group of the European Union och innebär att Sverige har de lägsta kompetenskraven i Europa vad gäller driftsansvariga på apotek, och Apotekarsällskapet har vid upprepade tillfällen uttryckt att svenska

kunder förtjänar bättre än så. Yrkesaktiva inom EU ska kunna förflytta sig mellan länder på ett smidigt sätt och kunderna ska även kunna förvänta sig motsvarande apoteksservice i hela unionen.

Sanningen är att det är svårt att jämföra morgondagens apoteksmarknad med det monopol som finns idag. Apoteket AB har inte varit så vinstfokuserat historiskt, även om det till viss del har förändrats under senare år. Man har byggt upp en stark stödstruktur, där hjälp alltid finns runt hörnet. Argumentet som förts fram för att man inom Apoteket AB kan klara sig med lägre kompetenskrav än i övriga länder har varit just denna centrala organisation. Så kommer det inte se ut på många av morgondagens apotek utan den läkemedelsansvarige kommer att behöva förlita sig mycket mer på sin egen kompetens. Därför måste höga krav på kompetens ställas för att säkerställa patientsäkerheten. Samtidigt innebär omregleringen av apoteksmarknaden dock möjligheter till mervärden för kund och samhälle, nu och i framtiden, om rätt incitament byggs in i regelverket. Framtidens marknadsarkitektur skapas nu och beslutsfattarna måste därför ha ett långsiktigt och visionärt tänkande!

I receptexpeditionen måste en teknisk, farmakologisk och författningsmässig kontroll utföras där man via datastödet, men framför allt med hjälp av sin personliga kompetens, gör en professionell bedömning med stort ansvar för vad som är centralt för den unika kunden. Dessutom måste man förvissa sig om att kunden fått all information som den behöver eller kan ha nytta av, samt söka efter signaler på möjliga läkemedelsrelaterade problem. Många av de problem och ”fyrkantigt” tänkande som dyker upp på apoteken idag beror på en övertro på ”stödkonstrukturen” och en minskad förmåga att ta professionella beslut. Just den förmågan kommer dock att bli allt viktigare framöver.

Att tillhöra en profession, i detta exempel apotekare, innebär att man ibland måste frånga konceptet att ”kunden alltid har rätt” för att man har kunskap som kunden inte har. Att det blir rätt i läkemedelsanvändningen kan i extremfallet betyda skillnaden mellan förbättrad livskvalitet och död. På dagens apotek tar många det som utgör stödstruktur och IT-stöd för givet och förutsätter att dess information alltid är 100 % rätt och beslutsgrundande. Det är även helt i linje med den onyanserade debatten att apotekare endast är burkutlämningsrobotar och skulle kunna ersättas med just sådana. Det har genererat en deprofessionalisering på apoteken där sanningen egentligen är att arkitekturen inte är fullständig och aldrig kan ersätta en person, oavsett om vi talar om dagens stöd eller det omdebatterade DUR.

Den driftansvarige kommer troligtvis även i många fall ha stort personligt ansvar för personalens fortbildning, vilket kräver bred kompetens. Då de vinstdrivande krafterna också ökar bör högsta möjliga kompetens och professionalism eftersträvas för att säkerställa att kvaliteten bibehålls och att kundernas intressen sätts främst. Ersättning för farmaceutiska tjänster skulle stimulera sådana kompetenssatsningar.

Samtidigt antyder Läkemedelsverket, som övertagit kundcentrums rådgivningsuppgifter, att de kommer att begränsa sin organisation då de vill ge utrymme för apoteken att få större ansvar att skapa rådgivande funktioner. Det är därför ännu märkligare att regeringen inte har prioriterat kompetenskrav i apoteksverksamheterna.

Stora förändringar öppnar möjligheter för utveckling på bred front, men innebär även risker. Därför måste incitament införas i regelverket som tryggar kvalitet och patientsäkerhet, men som också stimulerar en positiv apoteksutveckling som ger kundnytta, samhällsnytta och avlastar sjukvården. En förutsättning för att farmaceutiska tjänster ska kunna erbjudas och utvecklas på framtidens apotek är att det finns apotekare anställda inom verksamheten och att det finns tydliga ekonomiska incitament för att erbjuda farmaceutiska tjänster. I TLV:s ersättningsuppdrag saknas sådana incitament!

5. Utblick mot Europa

Tabell 1. Exempel på farmaceutiska tjänster till privatkunder i Europa [9]

Distribution:
<ul style="list-style-type: none">• Hemleverans• Dosettbox – <i>Iordningställande och leverans.</i>• Öppethållande under obekväma arbetstider/jourapotek.• Syrgascylinder – <i>Tillhandahållande och leverans.</i>• Glutenfri kost – <i>Tillhandahållande och leverans.</i>• Specialläkemedel för palliativ vård – <i>Tillhandahållande och förvaring i ett särskilt lager.</i>
Rådgivning:
<ul style="list-style-type: none">• Läkemedelsrådgivning• Läkemedelsgenomgång• Hembesök• Not dispense Scheme – <i>Professionellt beslut: Kundens önskade produkt är olämplig att sälja.</i>• Rådgivning och formulärgenomgång vid försäljning av OTC med högre risk – <i>För att säkerställa kundens lämplighet för t.ex. migrän- och svampläkemedel etc.</i>• Body Mass Index (BMI)-test samt viktrådgivning• Rökavvänjningsprogram• Livsstilsrådgivning
Monitorering och behandling:
<ul style="list-style-type: none">• Prevention av kardiovaskulär sjukdom och blodtrycksuppföljning• Diabetesscreening och uppföljning – <i>Rådgivning och blodglukostester</i>• Kolesterolscreening och uppföljning.• Viktnedgångsuppföljning• Astmauppföljning och spirometrimätningar• Inhaleringsteknikuppföljning - <i>För KOL- och astmapatienter med allvarliga symptom.</i>• Helicobacter Pyloriscreening – <i>Förebyggande/riskidentifiering för magsår</i>• Klamydiascreening och behandling – <i>Ibland i kombination med EHC.</i>• EHC (Emergency Hormone Contraceptive) - <i>NHS-subventionerad rådgivning och utlämnande av "dagen efter piller"</i>• Alkoholscreening• Avvänjningsprogram med buprenorphine (Subutex® etc.) för missbrukare av tunga opioider - <i>Med eller utan övervakat intag</i>• Metadonprogram – <i>Med eller utan övervakat intag.</i>• Nålutbyte (Needle exchange) – <i>För att minska spridningen av sjukdomar bland narkomaner.</i>• Vaccination - <i>Influensavaccinering riktad till äldre och särskilt känsliga.-</i>
Förskrivning:
<ul style="list-style-type: none">• Urgent supply/Out of Hours - <i>Tillhandahållande av akutläkemedel alternativt förnyande av fortlöpande recept under tider när läkarna inte finns tillgängliga. Görs med hjälp av så kallade CPUS-recept. Feedback skickas alltid tillbaka till ordinerande läkare.</i>• Förskrivning för mindre åkommor (electronic Minor Ailment Scheme)• Förskrivning som supplementary prescriber• Kloramfenikolförskrivning - <i>För bakteriell konjunktivit (ögoninfektion) enligt bestämda kriterier beslutade i samråd med sjukvård och optiker.</i>
Utbildningsinsatser:
<ul style="list-style-type: none">• Fortbildning av apotekspersonal• Care Home advice service

Följande exempel på ersättningar är tagna från Skottland och the National Health Service (NHS), alternativt lokala Health Boards. Märk väl att tjänsterna är utvalda för det skotska systemet och att de svenska behoven kan skilja sig beroende på var någonstans i vårdkedjan vi i Sverige behöver avlastning och hur farmaceutisk kompetens då kan hjälpa till.

5.1 e-MAS (Electronic Minor Ailment Scheme)

Nationell ersättning inom the Pharmaceutical Services Vote Line.

Grundersättning för patienter som registreras till tjänsten:

1-250 registrerade patienter = £600/månad

251-500 = £770/månad

501-750 = £930/månad

750+ = £0.67/registrerad patient [10]

Ersättning för av apotekare förskrivna recept för lättare åkommor:

Varje utlämnat läkemedel genererar även en elektronisk faktura till the Practitioner Services och feedback till läkaren. Apoteken ersätts på samma sätt som vid hantering av standardrecept för utlämnade läkemedel.[11]

5.2 Public Health Service (PHS)

Nationell ersättning inom the Pharmaceutical Services Vote Line.

Målsättning:

- Verka för egenvård vid lämpliga åkommor.
- Arbeta för att stimulera öppenvårdapotek att utnyttja fönsterplatsen för att marknadsföra hälsa.
- Stimulera tillgång till lämplig hälsoutbildningsinformation, material och support.
- Berömma en mer proaktiv inställning till egenvård och marknadsföring av hälsa.
- Erbjuder opportunistiska interventioner för att stimulera ökad hälsa.
- Erbjuder ett fortlöpande program av apoteksbaserade marknadsföringsaktiviteter kopplade till bättre hälsa.

Grundersättning: £750 per månad under 2008-2009 [10,11].

5.3 NHS Scotland Stoma Service

Från 1 april 2006 skapades ett särskilt program för tillhandahållande av stomi-hjälpmiddel i Skottland där den stomipatient som är bosatt i landet ska kunna beställa och hämta ut sina hjälpmedel över hela landet.

Ersättning: £13.00 per utgiven produkt, när servicen bedrivs enligt de krav ("Stoma Service Standards") som fastställts nationellt.

Exempel på servicekrav är:

- Bemötande av kunnig personal
- Tillgång på "flange cutting" och möjlighet till kundanpassad beställning vid önskemål.
- Tillhandahållande av avfallspåsar för stomiläkemedelsavfall samt rengöringsdukar efter behov.
- Tillhandahållande och leverans efter patientens behov med avseende på leveranstider, mängder etc.

Användande av diskret:

- Förpackning/påse
- Hemleverans inom två arbetsdagar om efterfrågat av patienten.
- Konfidentiell och integritetsvänlig patientservice. [11]

5.4 Ersättning för särskilda initiativ ("model schemes") riktade till sköra äldre och personer med allvarlig och ihållande psykisk sjukdom

Nationell ersättning inom the Pharmaceutical Services Vote Line, utbetalas per godkänt initiativ riktat till sköra äldre eller personer med allvarlig och ihållande psykisk sjukdom.

Grundersättning: £100 per månad och enskilt initiativ.

Exempel på målsättning: Öka antalet äldre patienter med komplexa vårdbehov som får vård i hemmet. Öppenvårdsapotek kan arbeta för att målsättningen uppnås genom en mängd olika initiativ. Exempelvis kan de rikta egenvårdskampanjer mot äldre, utföra influensavaccinationer, tillhandahålla och leverera syrgas, iordningställa och leverera dosetter, göra läkemedelsgenomgångar, hembesök eller verka för ökade kunskaper om läkemedelsbehandling hos äldre hos exempelvis hemtjänsten. [11]

5.5 Rökavvänjningsprogram

Nationell ersättning inom the Pharmaceutical Services Vote Line.

Grundersättning: En årlig ersättning för administration och fasta utgifter på £925, samt £60/månad för att erbjuda tjänsten.

Rörlig ersättning:

- *Minst £25 per patient och månad i programmet, men egentligen en andel av den nationella klumpsumman på £183 000 (per månad) som delas på ca 1150 apotek. (Under november 2008 blev därför ersättningen i stället för £25 hela £34 per patient.)*
- *Ersättning för rökavvänjningsprodukter med nikotin som förskrivits av apotekaren.* [10,11,12]

5.6 EHC (emergency hormone contraceptive) & Azithromycin

Nationell ersättning inom the Pharmaceutical Services Vote Line.

Särskilda tjänster där NHS och lokala Health Boards uttryckt ett behov av insatser mot oönskade graviditeter och klamydia. Efter avtal med öppenvårdsapotekens förhandlingsorgan erbjuder nu apoteken särskild rådgivning/tester/lämplighetskontroll för att lämna ut "dagen efter"-piller och antibiotika mot klamydia.

Apotekersättning för Sexual Health Services:

Emergency Hormone Contraceptive (EHC)

Grundersättning: £230 för att täcka initiala kostnader och administration.

Rörlig ersättning:

- *£25 per utlämnat EHC.*
- *Ersättning för levonorgestrel förskriven av apotekaren på CPUS receptblanketter.*

Chlamydia Testing and Treatment Service

Grundersättning: £270 för att täcka initiala kostnader och administration, samt £40/månad för tillhandahållande av tjänsten.

Rörlig ersättning:

- *£25 per rådgivning inkluderande eventuell behandling.*
- *Ersättning för antibiotika förskriven av apotekaren enligt the National Patient Group Directive (PGD) på så speciella ("CPUS"-) receptblanketter. [10,11]*

5.7 Vaccination

Lokala överenskommelser med Health Boards för att förebygga årlig influensa, inte minst hos äldre eller särskilt känsliga. Varje Health Board utnämner en ansvarig som ska godkänna utbetalningar i form av fasta avgifter per influensavaccination utförd av apoteket. Vaccinationerna utförs i allmänhet under särskilda korta kampanjer där man alltså utför en mängd varje dag.

Grundersättning: Lokalt avtal om ersättning för att erbjuda tjänsten.

Rörlig ersättning:

- *Öppenvårdsapoteken ersätts också med leverantörsfakturans nettopris för de vacciner som används. Vid ofullständig redovisning används en lägre standardersättning på £3 per vaccin.*
- *Ersättning för utförande av vaccination enligt två olika nivåer. Den högre nivån är £1.10 per vaccination och den lägre är £0.75 per vaccination.*

5.8 Insatser mot primära diagnoser av KOL, astma, diabetes och hjärtsjukdom

Alla Health Boards är ansvariga inför the Cabinet Secretary for Health and Wellbeing. Detta organ har satt upp vissa huvudmål som respektive Health Board ska sträva efter att uppnå. Det finns därför incitament för lokala Health Board-avtal med öppenvårdsapoteken i regionerna, kopplat till ersättning för farmaceutiska tjänster. Öppenvårdsapotekskontraktörer kan stödja målen genom att säkerställa att patienter maximerar fördelarna med sina läkemedelsbehandlingar. Det kan inkludera insatser för bättre följsamhet med medicineringen samt tjänster för att hjälpa patienter att nå målbloodtryck, acceptabelt HB1ac eller kolesterolmålvärden för att minska riskerna för ytterligare akuta händelser som kan leda till sjukhusinläggning. [11]

Grundersättning: Lokala avtal om ersättning för att erbjuda tjänsterna.

Exempel på tjänster

- *Diabetesuppföljning och screening genom blodglukosmätning*
- *Astmascreening och uppföljning av astma och KOL*
- *Screening för högt blodtryck, uppföljning samt prevention av kardiovaskulära händelser*
- *Kolesterolscreening*

[10,11]

5.9 Palliativ vård

Särskilt akutlager för att säkerställa tillgänglighet av läkemedel inom palliativ vård.

Grundersättning: Lokala avtal om ersättning för att erbjuda tjänsterna.

5.10 Syrgasleverans

Grundersättning: Lokala avtal för att erbjuda tjänsten.

Ersättningar och tjänstenivå fastställs lokalt för syrgastjänsten beroende på vilken NHS Board:

- *Gaskostnadsersättning beroende på storlek och cylindertyp.*
- *Bara cylindrar listade i the Drug Tarrif är tillåtna.*
- *Icke återlämningsbara hjälpmedel betalas enligt pris i The Drug Tarrif.*
- *Bestämda avgifter för uthyrning av utrustning och gasbehållare.*
- *Professionella avgifter.*
- *Hemkörningsersättningar.*
- *Akututlämningsavgifter.*
- *Bestämda ersättningar för lagerhållning.*
- *Försäljningspris för syrgascylindrar.[10]*

5.11 Ersättning för infrastruktur

Nationell ersättning inom the Pharmaceutical Services Vote Line.

Apoteksaktörer med "Pharmacy contract" betalas för infrastruktur stödfunktioner enligt nedan:

- *Standardersättning på £1,200/år (alternativt £100/månad)*
- *Installationsersättning för att stimulera kontraktörer att installera nya eAMS och eCMS (se nedan) software när det blir tillgängligt från deras respektive Patient Medication Records (PMR) systemleverantör. Sponsringen som är ett engångsbelopp består av två enskilda utbetalningar på £250 till varje kontraktör förutsatt att det skriftligt konfirmerats att deras PMR nu används framgångsrikt i driften.*
- *Fortlöpande systemsupportersättning för att bidra till alla eventuella tilläggskostnader som kontraktörer möter på grund av ökade användnings- och underhållskostnader för deras PMR. Varje kontraktör ersätts med £100/månad för respektive tjänst, eAMS samt eCMS.*
- *eClaim ersättning för att stimulera kontraktörer att processa/redovisa recepten elektroniskt:*
 - *De första 500 recepten: £0.05 per receptblankett upp till maximum £25/månad.*
 - *Alla recept därefter: £0.02 recept. [10]*

5.12 Acute Medication Service (eAMS)

Tillhandahållande av akutläkemedel med hjälp av electronic Acute Medication Service (eAMS)

Ersättning:

- *Varje utlämnat läkemedel genererar en elektronisk faktura till the Practitioner Services och feedback till läkaren.[11]*
- *I övrigt ersätts tjänsten i enlighet med 3.1 "Ersättning för infrastruktur".*

5.13 Service för kroniskt sjuka (CMS)

Slutgiltigt avtal för ersättning ännu inte fastställt mellan Community Pharmacy Scotland och den skotska regeringen.

Tjänsten tillåter patienter med långvariga/kroniska tillstånd att registrera sig med ett öppenvårdsapotek de själva väljer för att erbjudas långsiktig farmaceutisk omvårdnad/planering enligt en överenskommelse mellan patienten, apotekaren och den ansvariga förskrivaren. Fokus ligger på att optimera de kliniska effekterna av läkemedelsbehandlingen samt att öka patientens kunskap om sina läkemedel. På ett nationellt plan vill man identifiera riskgrupper där det finns brister i läkemedelsanvändningen. Läkarna får möjlighet att elektroniskt förskriva recept över längre tidsintervall som får hämtas ut efter bestämda tidsintervall. Istället för en total maxlängd på recept på en månad kan förskrivaren nu välja upp till 48 veckor fördelade över ett antal expeditionstillfällen. Behandlingen monitoreras med hjälp av det elektroniska stödet eCMS av läkaren och apotekaren.

Precis som för "the Minor Ailment Scheme" så registreras patienten elektroniskt med hjälp av the Patient Registration System (PRS). Både läkare och apotek informeras om att registreringen har godkänts och att långtidsrecept kan förskrivas. The Patient Medical Record (PMR) hjälper till att dokumentera behandlingsplanen elektroniskt på apoteken och ger patienten feedback på ett papper motsvarande de läkemedelslistor som lämnas ut på svenska apotek idag.

Ersättningsprinciper:

- *Varje utlämnat läkemedel genererar en elektronisk faktura till the Practitioner Services och feedback till läkaren.[11]*
- *I övrigt ersätts tjänsten i enlighet med 3.1 "Ersättning för infrastruktur".*

5.14 Unscheduled care/Out of hours/Urgent supply

I situationer när patienter tidigare tvingades till:

- ett akut läkarbesök
- hjälp från telefonrådgivningen NHS 24
- hänvisning till the Out of Hours service (läkarnas) via NHS 24

Förskrivning av apotekaren via CPUS - receptblanketter för fortlöpande behandlingar under tidpunkter när vårdscentralen är stängd och patienten saknar recept för läkemedel. Det finns en lista för vad som är godkänt att lämna ut. Läkaren informeras per fax, e-mail eller telefon.

Grundersättning: Öppenvårdsapotek öppna för service mer än 30 timmar per vecka erhåller £1260 per år för att erbjuda Unscheduled Care tjänster till patienter. [10,11]

5.15 Needle Supply

Lokala avtal med NHS Boards om ersättning för tillhandahållande av nålar, sprutor, citronsyra etc. för bättre missbrukskontroll. [10]

5.16 Metadonprogram

Lokala avtal med NHS Health Boards. [9, 10,11,12]

5.17 Utbildning av apotekspersonal

Grundersättning: Ca £800/apotek och år

5.18 Profylax och behandling av venösa sjukdomar – Stödstrumpor

Lokala avtal med NHS Health Boards.

Apoteken får en extra ersättning på 15 % av stödstrumpans pris om de hjälpt till att måtta och prova ut varan till kunden.[9, 10,11,12]

6. Skyldigheter och professionella befogenheter för utövare av farmaceutiska tjänster

Farmaceutiska tjänster utförs i många länder och höga kompetenskrav måste naturligtvis ställas för dem. Det är även rimligt att man i vissa fall ska kräva en viss tilläggsutbildning, kort som lång, för att säkerställa att tjänsten tillhandahålls med bästa kvalitet. Det bör även finnas någon form av fortlöpande kvalitetsgranskning/audit. En grundläggande förutsättning för att kunna bedriva denna typ av service är att apoteken har konsultationsrum där man kan föra dialog med kunden i en anonym och avskild miljö. Detta talar för att en särskild ersättning är nödvändig för att stimulera den här typen av tjänster.

Det finns i Sverige ett behov av att öka förmågan till att ta professionellt ansvar på apoteken. I exempelvis Storbritannien ges apotekaren ett stort ansvar för att bedöma vad som är lämpligt eller inte inom sitt apotek utifrån patientsäkerhetssynpunkt. Det betyder exempelvis att man kan vägra en kund att köpa ett läkemedel om den vid rådgivning inte uppfyllt kriterierna, att man sätter en gräns för hur mycket som köpas vid ett enskilt tillfälle av diverse smärtläkemedel etc. som anses innebära ökad risk, samt att man förvarar känsligare produkter bakom disk. Det innebär att man säkerställer att kunden har fått tillräcklig information vid köp och inte bara kan gå och plocka varan i hyllan själv och sedan passera kassan. Apoteket kan på olika sätt ta ett stort ansvar för att läkemedel används på rätt sätt, av rätt person och i rimlig mängd. Det minskar problemen med felaktig läkemedelsanvändning och påverkar mängden läkemedel som sänds till destruktion.

7. Utgångspunkt vid val av farmaceutiska tjänster som bör ingå i ett svenskt ersättningsystem

Det är nu Sverige har chansen att utveckla apoteksverksamheten för framtiden och bygga ett ramverk för dagens och framtidens kunder. Detta bör ge förutsättningar för en förbättrad läkemedelsanvändning och hälsouppföljning.

Grundprincipen för att ersätta för farmaceutiska tjänster som leder till bättre hälsa och bättre läkemedelsanvändning måste vara att regeringen och landstingen ställer sig frågan:

- Vilka av de tjänster som Apoteket AB redan utför genom lokala avtal önskar vi ska finnas kvar på våra framtida apotek? Vilka av de tjänster som idag utförs inom till exempel sjukvården kan apoteken erbjuda med minst samma kvalitet? Följdfrågan blir om apoteken kan erbjuda dessa tjänster till ett lägre pris än landstinget, och kanske även i vissa fall med större genomslagskraft och möjlighet att nå ut till allmänheten?

Läkemedelsbehandling är den vanligaste interventionen inom hälso- och sjukvård vilket gör apoteken till en naturlig del av vårdkedjan. Kostnaderna eskalerar snabbt när patienten passerar in genom sjukhusdörren, eftersom läkarbesök, remisser, läkemedel och vårdtyg kostar stora pengar. Apoteken skulle ännu mer än idag kunna bedöma och ta ansvar för vilka kunder som är lämpliga för apoteksservice och vilka som bör hänvisas till sjukvården. De utgör även naturliga stationer för att förebygga oönskade läkemedelsrelaterade händelser. Man kan med regelbunden och patientanpassade läkemedelsuppföljning stimulera bättre följsamhet och verka för ökad kunskap och intresse om läkemedelsbehandlingen. Apoteken skulle också kunna monitorera patienters hälsotillstånd mellan vårdtillfällen. Om apoteken nyttjas fullt ut bör det leda till minskade kostnader för samhället genom att patienter använder sina läkemedel på bästa möjliga sätt och därmed minskar sina vårdbehov. En omreglerad marknad stimulerar ett personligare engagemang i kontakten mellan kund och apotek, inte minst om entreprenörer ges utrymme.

Framtidens apotekare kommer inte vara statiska på apoteket, utan verka där behovet finns. Hur och var kan vi hjälpa till? Apotekarnas förmåga som farmakologisk expertis bör användas bättre även i vårdkedjan. Inte minst då de flesta läkarutbildningarna idag saknar en tydlig farmakologikomponent. Dessutom råder journalproblematik i sjukvården där system inte synkroniserar med varandra och den ena läkaren saknar insikt i vad den andra har skrivit ut. Därför är tillgänglighet på läkemedelsgenomgångar på apoteken, både översiktliga och djupgående, av högsta betydelse ur patientperspektiv.

8. Vem ska betala?

Redan år 2001 beräknades patienter som sökte sjukvård för läkemedelsrelaterade problem vid Helsingborgs lasarett i genomsnitt kosta 20 900 kr per besök/inläggning [13]. Satsningar på fler kliniska apotekare i vården är med tanke på dessa siffror högst rimliga. Men ännu större summor skulle kunna sparas om en andel av problemen förebyggdes innan patienterna hamnat på sjukhus och här skulle apoteken kunna spela en viktigare roll, om rätt förutsättningar ges.

I Skottland betalar NHS för farmaceutiska tjänster och i Sverige borde det rimligtvis motsvara landstinget, även om ansvaret säkert kan delas upp eller varieras. Trots dessa ”kostnader” så finns pengar att spara på samhällsnivå eftersom tjänsterna kommer att avlasta sjukvården samt stimulera en förbättrad läkemedelsanvändning.

Patienterna är vana vid att landstingen står för 80 % av läkemedelsnotan genom läkemedelsförmånen, vilket gör att betalningsviljan hos kunderna själva kommer att vara låg. Om en tjänst riktad till privatperson till exempel kostar 1000 kronor i sjukvården och apoteken erbjuder att utföra den för 600 kr till samma kvalitet, så borde det dock vara ekonomiskt rimligt att en sådan tjänst finansieras av landstinget. Rimligtvis skulle dessa diskussioner föras tillsammans med Statens Kommuner & Landsting (SKL), vilket de själva även indikerat intresse för. Vad behöver landstingen och staten ha hjälp med? Hur kan apoteken avlasta och reducera långsiktiga kostnader? Låt oss diskutera uppdrag!

8.1 Kostnad per vårddag (SEK) år 2008 [14]

Potentialen kan även belysas genom att studera vårdkostnaderna för vårddagar och läkarbesök. Nedan följer kostnader för Akademiska Sjukhuset i Uppsala under 2008. Det konkretiserar den samhällsekonomiska vikten av att förebygga sjukhusinläggningar och ”onödiga” läkarbesök.

Tabell 2. Prislista vård Akademiska Sjukhuset, Uppsala, 2008 [11]

AKUTMOTTAGNINGEN	
BESÖK	Kostnad vårddag (SEK)
Akutmottagningen nivå 1	2235
Akutmottagningen nivå 2	5028
Akutmottagning, sjukv. Beh.	412
AKUTVÅRDS AVDELNINGEN (AVA)	Kostnad vårddag (SEK)
Vårdnivå 0	4892
Vårdnivå 1	6903
Vårdnivå 2	8455
Vårdnivå 3	13153
Allmän internmedicin	6022
Halvskötning	7655
Helskötning	8307
Intagningsavdelningen	7541
Stroke nivå 1	7834
Stroke nivå 2	8489
ÖPPEN VÅRD	
LÄKARBESÖK	Kostnad vårddag (SEK)
Återbesök nivå 1	1415
Återbesök nivå 2	1982
Återbesök nivå 3	6900
Nybesök nivå 1	3585
Nybesök nivå 2	3877
Kougalationsutredning 1	6702
Kougalationsutredning 2	9736
Läkarbesök med enstaka provtagning	3701
Dagvård stroke nivå 1	3411
Dagvård stroke nivå 2	5758
Dagvård stroke nivå 3	7876
SJUKVÅRDANDE BEHANDLING	Kostnad vårddag (SEK)
Pk pat mfl	680
Sjuksköt. Besök	680
Kougalationsutredning utan läkarbesök	5785
Sjuksköt besök, hjärtsvikt, diabeteskontroll	1827
Akutmottagningen sjukv. Behandling	412
Dietistbesök	1900
PK nybesök inkl malignitetsutr, pulm+prover	1830
24-tim blodtrycksmätning	1371
Enkel kontroll, sjukg	680
Ny- eller återbesök, sg	1371
GERIATRISK VÅRD	
SLUTEN VÅRD	Kostnad vårddag (SEK)
Geriatrisk	5396
Stroke	5538
Hospice	7128
ÖPPEN VÅRD	
LÄKARBESÖK	Kostnad vårddag (SEK)
Nybesök nivå 1	3976
Nybesök nivå 2	6778
Återbesök nivå 1	2356

Ett vårdcentralsbesök kostar ca 4000 kr, ett besök på akutmottagning från 2500 kr och uppåt, medan inläggning på sjukhus kostar från 5000 kr per dygn. Tabellen åskådliggör tydligt vilka

stora kostnader sjukvårdsapparaten genererar och de samhällsekonomiska vinsterna en avlastning av sjukvården skulle innebära. En stor del av besök och vårddagar orsakas av felaktig läkemedelsanvändning och dess följd effekter. Dessutom skulle många patienter som gör nybesök eller återbesök istället kunna få tjänsten utförd på apoteken. Det är Apotekarsällskapet övertygelse att en förbättrad läkemedelsanvändning och uppföljning skulle minska antalet vårddyg, och här utgör farmaceutiska tjänster ett bra redskap. Det lokala apoteket kan, på ett för kunden naturligt och lättillgängligt sätt, hjälpa till att identifiera läkemedelsrelaterade problem innan de leder till sjukvårdsbesök.

Potentialen i denna ersättningsform har lett till att länder runt om i Europa och världen börjat se över och gjort justeringar i sina system. Låt oss diskutera hur vi kan utveckla apoteksverksamheten i Sverige för framtiden. Apotekarsällskapet vill belysa potentialen som apotekare har på apoteken och menar inte att man i Sverige ska genomföra alla initiativ på en gång, men däremot bör man redan nu skapa förutsättningar för en framtida utveckling. Vi går in i en ny tid!

Johan Olofsson

Johan Olofsson
Entreprenörsombud
Apotekarsällskapet

Hanna Gyllensten

Hanna Gyllensten
Ordförande
Apotekarsällskapet

10. Referenser

1. PGEU FACT SHEET on Pharmaceutical care, Services Provided in and by Community Pharmacies 2006.
2. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. Commissioned by European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General and the Austrian Ministry of Health.
<http://ppri.oebig.at/index.aspx?Navigation=r|2|1-09-03-15>
3. Apoteket AB, 2009.
4. Piteåtidningen, 08-11-03, Per Sandberg, *Varnar för felaktig medicinering*; Artikel om Thomas Nihléns (C) kommentarer om läkemedelsanvändningen kopplat till statistik-referenser.
5. Pharmtech AB. <http://www.pharmtech.se/safemedbarscan.html>, 2009-03-15.
6. Läkartidningen, nr 12-13, 2008, vol 105, Jessica Fryckstedt och Charlotte Asker-Hagelberg
7. Pharm World Sci. 1999 Dec;21(6):245-50. *Factors influencing the detection rate of drug-related problems in community pharmacy*. Westerlund T, Almarsdóttir AB, Melander A. Apoteket Björnen, Helsingborg, Sweden, Royal Danish School of Pharmacy, Department of Social Pharmacy, Copenhagen, Denmark.
8. Hovstadius, 2007. Anger antalet läkemedel som köps ut per år.
9. Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC), UK.
http://www.psn.org.uk/pages/essential_services.html, 09-03-15.
http://www.psn.org.uk/services_db.php, 09-03-15.
http://www.psn.org.uk/pages/advanced_services.html, 09-03-15.
10. NHS Circular, Primary and Community Care Directorate, The Scottish Government, Community Pharmacy Services: *Remuneration arrangements and Drug Tarrif PT 7 reimbursement arrangements for 2008-09*. St Andrew's House, Regent Road, Edinburgh EH1 3DG www.scotland.gov.uk
[http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2008\(P\)13.pdf](http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2008(P)13.pdf), 09-03-16
[http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2008\(P\)17.pdf](http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2008(P)17.pdf), , 09-03-16
11. Community Pharmacy Scotland, 42 Queen Street, Edinburgh, EH2 3NH
http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs_care_services/public_health_service/public_health_service.asp, 09-03-16.
http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs_care_services/ostomy_nhs_service.asp
09-03-16.
http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs_care_services/heat_targets.asp,
09-03-16.
http://www.communitypharmacy.scot.nhs.uk/core_services/cms.html, 09-03-16.
http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs_care_services/chronic_medication_service/chronic_medication_service.asp, 09-03-16.
http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs_care_services/acute_medication_service/what_is_the_acute_medication_service.asp, 09-03-16.
http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs_care_services/out_of_hours.asp,
09-03-16.
http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs_care_services/vaccine_supply.asp
09-03-17.
12. Noel Wicks, MRPharmS, Managing Director ACMS Ltd, Skottland, Intervju 09-02-28.
13. Larsson M. *Kompetens-samverkan*. Pilotprojekt Akutcentrum, Helsingborgs Lasarett.BSI & Partners, Helsingborgs Lasarett och Apoteket AB, sid. 24 och 33 (2001).
14. Akademiska Sjukhuset. Regional prislista för Uppsala-Örebroregionen 2008.
<http://www.extern9.lul.se/svn/priser08.htm>