

Innst. O. nr. 82

(2001-2002)

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i folketrygdloven (finansiering av visse legemidler)

Ot.prp. nr. 83 (2001-2002)

Til Odelstinget

1. INNLEDNING

1.1 Sammendrag

Det framholdes i proposisjonen at ulike finansiering av de terapeutisk sammenlignbare legemidlene Remicade og Enbrel har synliggjort et behov for en mer fleksibel finansieringsordning for visse legemidler som benyttes både i og utenom sykehus. Det vises til stortingsvedtak og forslag i forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2002 og til at det i St.prp. nr. 63 (2001-2002) er foreslått en tilleggsbevilgning på 5,5 mill. kroner som gir et finansielt grunnlag for trygdefinansiering av legemidlet Remicade. I proposisjonen fremmes forslag til lovendringer som en trygdefinansiering av Remicade forutsetter.

Det framholdes at lovforslaget også har et videre siktemål, og det påpekes at forskjellen i finansierings-systemer i gråsonen for legemidler som normalt kan anses for å være terapeutisk sammenlignbare, gir sykehusene uheldige incentiver i valget mellom de ulike legemidlene. Legemidler som finansieres over blåreseptordningen, framstår som gratis for sykehuset, selv om de kan være vesentlig dyrere enn sammenlignbare legemidler som finansieres av sykehuset. Det uttales at forskjellen i finansieringsordningen for gråonepreparater kan ha uheldige prioriteringsmessige konsekvenser for samfunnet.

Det framholdes også at der behandling med legemidler innledes i sykehus på sykehusets regning og behandlingen fortsetter etter utskrivning med samme medikament på folketrygdens regning, vil sykehusene kunne få betydelige rabatter fra legemiddelprodusentene ut fra forventningen om at pasientene vil generere et framtidig salg på folketrygdens regning til full pris. Dette kan føre til at legemiddelutgiftene for det offentlige blir større enn nødvendig. Det uttales at dersom legemidlet i det vesentlige forskrives på trygdens regning til tross for at det i praksis brukes som ledd i en sykehusbehandling, er legemidlet i realiteten et sykehusprodukt, og at samfunnet vil være bedre tjent med

å finansiere det på en mer kostnadseffektiv måte enn gjennom den ordinære blåreseptordningen.

For finansiering av gråonepreparater foreslår departementet:

- Folketrygden gis mulighet til å refundere sykehusenes utgifter til bruk av bestemte gråonepreparater.
- Konkurransetsetting av legemiddelinnkjøp gjøres tilgjengelig også for folketrygden, slik at prinsippet om konkurransetsetting av legemidler brukt i sykehus kan opprettholdes uavhengig av hvem som finansierer dem.
- Det fastsettes en særskilt refusjonsatts til sykehuset for hvert enkelt legemiddel som brukes i sykehus for folketrygdens regning.

Proposisjonens lovforslag bygger på forslag i et høringsnotat som departementet sendte på høring 22. mars 2002 med høringsfrist 18. april 2002. Departementet har mottatt hørings svar fra 30 instanser. Det uttales at de fleste av høringsinstansene uttrykker sin tilfredshet med at departementet fremmer et forslag som muliggjør folketrygdfinansiering av legemidlet Remicade og andre gråonepreparater.

1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Bjarne Håkon Hanssen, Britt Hildeng, Asmund Kristoffersen og Gunn Olsen, fra Høyre, Beate Heieren Hundhammer, Bent Høie og Elisabeth Røbekk Nørve, fra Fremskrittspartiet, lederen John I. Alvheim og Harald T. Nesvik, fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo og Sigbjørn Mølvik, fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund og Magne Aarøen, og fra Senterpartiet, Ola D. Gløtvold, viser til at

bruk av legemidler er en svært viktig del i forebygging og behandling av sykdommer. Dessuten vil bruken av legemidler variere fra person til person selv innenfor de samme diagnosegrupper. Det må derfor være slik at valget av legemiddel må baseres på hva som gir best resultat for den enkelte bruker.

Komiteen mener at eksempler på ulik finansiering av terapeutisk sammenlignbare legemidler kan føre til uheldige valg av legemiddel. Legemidlene Remicade og Enbrel har tydeliggjort et behov for en mer fleksibel finansieringsordning for visse legemidler eller legemiddelgrupper som benyttes både i og utenom sykehus. Komiteen viser til at legemidlet Remicade utelukkende benyttes på sykehus og finansieres fullt ut over sykehusets budsjett etter dagens regler. Legemidlet Enbrel brukes etter oppstart på sykehuset, senere utenom sykehus og finansieres fullt ut av folketrygden gjennom blåreseptordningen. Denne ulike finansieringen kan ha innflytelse på valg av legemiddel ut fra hva som er økonomisk mest gunstig for sykehuset, og ikke ut fra pasientens beste. Dette er i strid med grunnleggende prinsipper i helsevesenet om å gi pasientene den best tilgjengelige behandling.

Komiteen er kjent med at disse to nevnte legemidlene brukes på pasienter med de mest alvorlige revmatiske sykdommer, og fra faglig hold hevdes det at disse legemidlene er meget effektiv for denne pasientgruppen. Komiteen er derfor opptatt av at finansieringssystemet utformes slik at pasientene får optimal utbytte av tilgjengelige legemidler med effekt.

Komiteen viser til Stortingets vedtak i budsjett for 2002 (jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002), jf. Rammeområde 16, vedtak VI som lyder:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at kostnadene ved bruk av legemidlet Remicade dekkes over blåreseptordningen."

Komiteen peker på viktigheten av at dette følges opp slik det også legges opp til i proposisjonen. Ved at Remicade i likhet med Enbrel finansieres over blåreseptordningen selv om legemidlet gis ved behandling i sykehus, så er pasientene i prinsippet sikret behandling uten at sykehusets egen økonomi skal avgjøre valget av legemiddel slik det åpenbart er under dagens ordning.

Komiteen legger også til grunn at ei ordning der legemidler brukes i sykehusets behandling, krever endring av folketrygdloven der problematikken er knyttet opp til to grupper legemidler i grenseområdet mellom blåreseptpreparater og sykehusprodukter, noe som i proposisjonen uttrykkes som "gråsonepreparater". Dette er preparater som når de benyttes i sykehus, finansieres over sykehusenes budsjetter. Når de brukes utenfor sykehus, finansierer folketrygden disse.

2. DAGENS FINANSIERING AV LEGEMIDLER

2.1 Sammendrag

Folketrygdloven § 5-1 tredje ledd bestemmer at "i den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter dette kapitlet". Etter lov om spesialisthelsetjenesten skal behandlingsutgifter i sykehus, herunder sykehusets legemiddelutgifter, dekkes av det regionale helseforetaket. Noen lovbestemmelse som åpner for unntak fra §5-1 tredje ledd eksisterer ikke, slik at det er nødvendig med en lovendring for å finansiere sykehusenes legemiddelutgifter over folketrygdens budsjetter.

Blåreseptordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-14 og nærmere regulert i forskrift av 18. april 1997 nr. 330 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (blåreseptforskriften). Forskriften § 9 er den mest brukte hjemmelen for refusjon av legemidler etter blåreseptordningen. Gitt at et preparat er ført opp i preparatlisten knyttet til § 9, kan legen forskrive legemidlet på blå resept for folketrygdens regning uten forutgående søknad dersom visse vilkår er oppfylt. Det kan unntaksvis med hjemmel i forskriften §§ 2 og 10a etter søknad ytes stønad til medikamenter som ikke er nevnt i § 9. Etter blåreseptforskriften § 4 gis det stønad til legemidler mot allmennfarlige, smittsomme sykdommer.

I 2000 ble det etablert en ordning med særskilt finansiering av høykostnadsmedisin i sykehusene i visse tilfeller. Det ble blant annet etablert en midlertidig finansiering for Remicade som dagbehandling.

Det redegjøres i proposisjonen for samarbeidet mellom de fleste sykehusene i landet gjennom Legemiddelinnkjøps samarbeidet (LIS) som forestår anbudskonkurranser på utvalgte legemidler. LIS oppnår i gjennomsnitt mer enn 30 prosent rabatt på legemidler.

Det framholdes at i tiårsperioden mellom 1989 og 1999 har samfunnets utgifter til legemidler vokst med 93 prosent målt i faste kroner. Gjennomsnittlig årlig vekst har vært 7 prosent. Mens veksten i sykehusenes utgifter til legemidler gjennomsnittlig har vært 3,5 prosent årlig, har tilsvarende tall for folketrygden vært 8,5, og egenbetalingen har økt med 6 prosent årlig.

Etter departementets vurdering bør en også i framtiden ha separate finansieringsordninger for legemidler i og utenfor sykehus, men det uttales at dette utgangspunktet ikke bør være til hinder for at det foretas tilpasninger i finansieringssystemene dersom det er gode grunner for det. Slik departementet ser det, kan dette være aktuelt for en mindre gruppe preparater.

2.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til dagens rettstilstand, dvs. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2, som sier at legemidler i henhold til denne bestemmelsen skal dekkes

av det regionale helseforetaket eller andre tjenesteytere etter avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Det er heller ikke forskriftshjemmel for å bestemme at sykehusenes bruk av legemidler skal finansieres gjennom bruk av blåreseptordningen. Det må derfor lovendring til for å skaffe en slik hjemmel.

Komiteen viser ellers til at blåreseptordningen er hjemlet i folketrygdloven §5-14 og nærmere regulert i forskrift. Forskriftens § 9 benyttes for blåreseptmedisin som kan forskrives uten forutgående søknad dersom visse vilkår er oppfylt. Forskriftens § 10a åpner for stønad til medikamenter som ikke er nevnt i § 9.

Komiteen viser videre til at Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) forestår anbudskonkurranser på utvalgte legemidler som benyttes for innlagte pasienter og poliklinikkpasienter som får administrert sin medisin i poliklinikken. Det hevdes i proposisjonen at denne ordningen har gitt betydelige rabatter, noe som bl.a. har ført til at veksten i sykehusenes utgifter til legemidler ligger langt under folketrygdens vekst i legemiddelutgifter.

Komiteen sier seg enig når det i proposisjonen uttrykkes at "medisinsk sett bør pasientene få den beste behandling som er tilgjengelig, uavhengig av om terapivalget baserer seg på legemidler eller annen behandling". Selv om det også uttrykkes at det alltid vil være behov for å prioritere mellom ulike behandlingsalternativer, så kan det ikke aksepteres å gå på akkord med den optimale behandling.

Komiteen slutter seg til departementets syn om at sykehusene selv gjennom å stå for finansieringen av legemidlene har det sterkeste incentiv til å forhandle fram rabatter på innkjøp og velge de billigste legemidler blant likeverdige.

Komiteen støtter også at dagens hovedskille som innebærer separate finansieringsordninger for legemidler i og utenfor sykehus, skal legges til grunn. Dette betyr at hovedregelen tilsier at sykehusene fortsatt skal dekke sine legemiddelutgifter selv, mens folketrygden dekker legemiddelbruk utenfor institusjonene.

Komiteen understreker at dette prinsipp ikke skal være til hinder for at det foretas tilpasninger i finansieringssystemet dersom det er spesielle grunner for det når dette knyttes til en mindre gruppe av preparater, spesielt de forannevnte gråsonepreparater.

Komiteen forutsetter under henvisning til det forhandlingsregimet som er etablert under Legemiddelinnkjøpssamarbeidet, at også legemidler som finansieres over blåreseptordningen i sykehus, blir gjenstand for forhandling så langt det er mulig innenfor mindre grupper.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet ser at det vil være begrenset hvilken rabatt en kan oppnå for disse.

3. BEHOVET FOR TILPASNINGER I FINANSIERINGSORDNINGENE

3.1 Sammendrag

Det redegjøres for tidligere behandling av finansiering av Enbrel og Remicade i Stortinget.

Departementet anbefaler at det for gråsonepreparater etableres en spesielt tilpasset refusjonsløsning som sikrer at ordningen begrenser seg til de gråsonepreparater der finansiering gjennom de ordinære finansieringsordningene medfører større ulemper enn fordeler.

Departementet finner at utfordringene knyttet til visse gråsonepreparater, som Enbrel og Remicade, best kan ivaretas ved å underlegge disse preparatene samme finansieringsordning etter en særskilt tilpasset ordning med hjemmel i kapittel 5 i folketrygdloven. Departementet foreslår en ny § 5-14a og framholder at det vil være strenge kriterier for å få legemidler inn i den nye ordningen. For å unngå at sykehusene blir overkompensert og for å unngå unødvendige innleggelser forutsetter departementet at ISF-finansieringen tilpasses i nødvendig utstrekning for de behandlinger der legemidlene blir finansiert av trygden.

Departementet understreker at ordningen begrenses ved at det stilles som vilkår for refusjon etter §5-14a at det alternative preparatet allerede gis refusjon etter § 5-14, og ved at ethvert nytt legemiddel som skal refunderes etter § 5-14a vil kreve forskriftsendring. Forskriftsendringer med budsjettmessige konsekvenser vil bli forelagt Stortinget.

Departementet mener det er viktig at sykehusene gjøres prisbevisste i sine valg av medikamentell behandling og dermed får et incentiv til å forhandle seg fram til en rabatt gjennom LIS-samarbeidet. Departementet ønsker også en konkurranseutsetting av legemidler som folketrygden finansierer, på lik linje med rene sykehusprodukter.

Det uttales at dersom sykehusene får rabatter på legemidlene i den nye ordningen, vil de oppnå full kostnadsdekning. Det uttales at med 100 prosent refusjon av de faktiske legemiddelutgiftene bortfaller det økonomiske incentivet for sykehusene til å presse ned innkjøpsprisen, og at behandlingskostnadene for det offentlige samlet sett vil kunne øke. For å motvirke et slikt mulig uheldig utslag av omlegging til trygderefusjon for legemidlet Remicade foreslås det i St.prp. nr. 63 (2001-2002) en refusjonspris på 70 prosent av veiledende utsalgspris.

3.2 Brev fra helseministeren

Helseministeren har i brev av 11. juni 2002 til sosialkomiteen kommet med en anmodning om en lovteknisk endring av lovforslaget. Det vises i brevet til at Odelstinget ved behandlingen av Innst. O. nr. 56 (2001-2002) vedtok å oppheve folketrygdloven § 5-15. Helseministeren ber sosialkomiteen vurdere at den

foreslåtte § 5-14a i stedet gis som ny § 5-15 da dette nå framstår som den mest hensiktsmessige plasseringen.

3.3 Komiteens merknader

Komiteen viser til helseministerens brev av 11. juni 2002 og slutter seg til hans anmodning om lovteknisk endring av lovforslaget slik at den foreslåtte § 5-14a blir ny § 5-15.

Komiteen viser til at problemer med en pasientrettet bruk av legemidlene Remicade og Enbrel for pasienter med alvorlig tilfelle av revmatisme (Rumatoid artritt) har synliggjort at behov for forandring i hvordan legemidler som benyttes i sykehus, skal finansieres. Det er all grunn til å tro at sykehus velger Enbrel som utleveres i medhold av blåreseptforskriftens § 10a, i tilfeller der det billigere legemidlet Remicade kunne vært benyttet, fordi sykehuset selv må betale kostnadene ved dette legemidlet.

Komiteen viser til Stortingets vedtak om å få Remicade inn på blåreseptordningen. Komiteen har merket seg at høringsinstansene i all hovedsak har sluttet seg til departementets forslag om blåreseptordning for Remicade. Komiteen ser at en i prinsippet kunne refundert sykehusenes utgifter gjennom ei tilleggsliste til ISF-ordningen i likhet med annen høykostnadsbehandling som særbehandles. Komiteen avviser dette i likhet med departementet og støtter forslaget om at de nevnte preparatene underlegges ei finansieringsordning med hjemmel i folketrygdloven § 5 ved at det foreslås en ny § 5-15. Komiteen støtter at det skal være strenge kriterier for å få legemidler inn på denne ordningen bl.a. ved at det alternative preparatet allerede har refusjon etter § 5-14. Dette skal også innebære at alle legemidler som skal refunderes etter § 5-15, vil kreve forskriftsendring. Dersom slike forskriftsendringer har budsjettmessige konsekvenser, skal saka legges fram for Stortinget.

Komiteen slutter seg til departementets mening om at sykehusene må være prisbevisste i sine valg av medikamenter, noe komiteen tar fullstendig for gitt innenfor ei ansvarlig ressursforvaltning.

Komiteen gir ikke sin tilslutning til departementets forslag om at sykehusene bare skal få en refusjonspris på 70 prosent av veiledende utsalgspris på legemidlet, da dette etter all sannsynlighet vil påføre sykehusene kostnader de ikke har dekning for. En finansiering på 70 prosent vil i praksis kunne bety at en er like langt som da saken ble reist. Det hevdes at ca. 50 prosent av de som har behov for behandling med disse legemidlene, kan bruke Enbrel, mens 50 prosent har effekt av Remicade. Dersom sykehusene får krav om egenfinansiering, er sannsynligheten stor for at denne behandlingen som hjelper så mange, langt på vei vil opphøre.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom disse partier i Revidert nasjonalbudsjett for 2002 som slår fast at sykehusene skal få en refusjonspris på 80 prosent av dagens veiledende utsalgspris, og viser til forslag om dette i innstillingen til St.prp. nr. 63 (2001-2002) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2002.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti mener at med en refusjonspris på 80 prosent av dagens veiledende pris vil sykehusene og helseforetakene ha sterke incentiver til å presse leverandøren på pris. Hver eneste krone i redusert pris leder til én krone i redusert belastning på eget budsjett. En referansepris på 95 prosent av dagens veiledende pris vil ikke gi sykehusene de nødvendige incentiver til å presse leverandørene på pris. Det innebærer at forslaget medfører høyere legemiddelutgifter enn nødvendig.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at en refusjonspris på 80 prosent av dagens veiledende utsalgspris for Remicade skal gjøres gjeldende ut 2002.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil foreslå at det settes en refusjonspris på 95 prosent av veiledende utsalgspris, og viser til forslag om dette i innstillingen til St.prp. nr. 63 (2001-2002) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2002.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge til grunn en refusjon på 95 prosent for Remicade av gjeldende veiledende utsalgspris fra 1. oktober 2002 og ut året."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti mener at legemiddelpolitikken trenger en full gjennomgang, der målsetningen må være én felles ordning for brukere av legemidler uavhengig av om vedkommende er innlagt i sykehus eller får forskrevet legemidler utenfor sykehus.

Disse medlemmer erkjenner at det i øyeblikket ikke er et politisk flertall som støtter en omlegging som omtalt, og på denne bakgrunn støtter disse medlemmer at Remicade bare delvis skal dekkes inn via blåreseptordningen, siden sykehusene per dato mottar midler gjennom sine rammer og gjennom den innsatsstyrte finansieringen som også er ment å dekke kostnadene til legemidler. I en slik situasjon vil en finansiering overfor sykehusene på nær 100 prosent for

legemiddelet Remicade innebære at sykehusene ikke vil ha noe incentiv for å redusere legemiddelkostnadene.

Disse medlemmer vil derfor støtte at inndekningen til Remicade blir på 80 prosent, men disse medlemmer vil også arbeide for at alle legemidler som kommer inn under blåreseptordningen, skal dekkes av Rikstrygdeverket fra 1. januar 2003 uavhengig av om pasienten befinner seg i sykehus eller ikke. Dette innebærer også at DRG-satsene og helseforetakenes rammer skal reguleres tilsvarende.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at stortingsflertallet fikk gjennomslag for forslaget:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at kostnadene ved bruk av legemiddelet Remicade dekkes av blåreseptordningen."

Dette medlem vil fastholde at det da ikke var en refusjonspris på 70 prosent av veiledende utsalgspris som lå i stortingsvedtaket.

Dette medlem mener at en rekke pasienter ikke har fått benyttet det mest effektive legemiddelet for sin sykdom siden sykehuset selv måtte stå for utgiftene til dette. I tillegg er etter dette medlems oppfatning en behandling med disse legemidlene en av de største nyvinningene for de aller dårligste leddgiktpatientene. Dette medlem har registrert at disse pasientene har blitt nektet behandling med disse medikamentene grunnet måten de skulle finansieres på.

Dette medlem støtter forslaget om at sykehusene skal få en refusjonspris på 80 prosent av dagens veiledende utsalgspris, og viser til forslag om dette i innstilling til St.prp. nr. 63 (2001-2002) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2002.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, mener at det kan være grunn til å gi sykehusene et ekstra incentiv til å forhandle om pris med leverandøren slik også departementet argumenterer for. Men det aller viktigste er at pasientene sikres god og optimal behandling.

Flertallet viser til de resultater som er beskrevet fra departementets side, om det som er oppnådd gjennom Legemiddelinnkjøps samarbeidet (LIS). Flertallet må kunne forutsette at den forhandlingskraft som dette legemiddelinnkjøps samarbeidet representerer på vegne av sykehusene, også vil bli videreført når nye legemidler skal inn. Flertallet går videre ut fra at det blir etablert et nært innkjøps samarbeid mellom LIS og Rikstrygdeverket som gjennom folketrygden skal finansiere blåreseptlegemidler, i

den nye ordningen som en gjennom denne lovendringen åpner for.

Flertallet viser til at hensikten med endring av folketrygdloven ved å dekke visse medikamenter ved sykehusbehandling over blåreseptordningen, var å sikre pasienten den optimale behandling. Flertallet forutsetter derfor at folketrygden gjennom blåreseptordningen dekker de faktiske utgifter slik at sykehusene ikke påføres utgifter ved bruk av det medikament som medisinsk sett er det beste for pasienten.

Flertallet forutsetter at departementet legger til rette for ei slik ordning gjennom det økonomiske oppgjøret mellom sykehusene og folketrygden fra 1. januar 2003.

Flertallet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sikre at sykehusets utgifter til legemidler under ny § 5-15 i folketrygdloven dekkes."

Flertallet mener at setningen "Trygdens maksimale dekning for den enkelte behandling fastsettes særskilt" bør gå ut av ny § 5-15 annet ledd da dette ivaretas gjennom oppgjøret mellom sykehusene og folketrygden, eventuelt som et refusjonsoppgjør etter faktiske utgifter.

Flertallet fremmer følgende forslag:

"I lov om folketrygd skal ny § 5-15 annet ledd lyde:

Medlemmet kan ved behandlingen ikke avkreves egenandel for legemidlet."

Komiteens medlemmer fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

"I lov om folketrygd skal ny § 5-15 annet ledd lyde:

Trygdens maksimale dekning for den enkelte behandling fastsettes særskilt. Medlemmet kan ved behandlingen ikke avkreves egenandel for legemidlet."

4. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

4.1 Sammendrag

Budsjettkonsekvenser av forslaget vil først oppstå ved den enkelte beslutning om inntak av preparater i ordningen. Dette vil skje ved forskriftsvedtak med hjemmel i lovforslagets § 5-14a siste ledd. Dersom inntak vil øke trygdens utgifter, vil Stortinget få seg forelagt forslag om økning av bevilgningen på relevant budsjettpost.

Når det gjelder budsjettmessige konsekvenser av trygderefusjon for Remicade med hjemmel i dette lovforslaget, vises det til St.prp. nr. 63 (2001-2002). Departementet vil legge til rette for at en folketrygd

nansiering av Remicade ikke fører til økte administrative kostnader og byråkratisering av noe omfang.

5. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

I lov om folketrygd skal ny §5-15 annet ledd lyde:

Trygdens maksimale dekning for den enkelte behandling fastsettes særskilt. Medlemmet kan ved behandlingen ikke avkreves egenandel for legemidlet.

Forslag fra Arbeiderpartiet:

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen legge til grunn en refusjon på 95 prosent for Remicade av gjeldende veilevende utsalgspris fra 1. oktober 2002 og ut året.

6. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen har ellers ingen merknader, viser til proposisjonen og rår Odelstinget til å gjøre følgende

vedtak:

A.

Vedtak til lov

om endringer av folketrygdloven
(finansiering av visse legemidler)

I

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) gjøres følgende endringer:

Nytt syvende strekpunkt i innholdsfortegnelsen i kapittel 5 skal lyde:

- dekning av utgifter til viktige legemidler som også brukes i sykehus, står i § 5-15

§ 5-14 tredje ledd skal lyde:

Legemidlet, det medisinske utstyret og forbruksmateriellet må være forskrevet av lege til bruk utenom sykehus.

Ny § 5-15 skal lyde:

5-15 Viktige legemidler som også brukes i sykehus

Trygden kan dekke sykehusets utgifter til et bestemt legemiddel hvis:

- a) bruken av legemidlet i sykehus innleder eller er alternativ til en medisinsk behandling utenom sykehus med samme eller terapeutisk sammenlignbart legemiddel, og
- b) det er fastsatt at trygden dekker utgiftene til legemidlet eller det sammenlignbare legemidlet etter § 5-14 når det anvendes utenom sykehus.

Medlemmet kan ved behandlingen ikke avkreves egenandel for legemidlet.

Departementet gir forskrifter om dekning av utgifter etter denne paragraf, herunder om hvilke sykehus, behandlinger og legemidler som omfattes, og om hvordan oppgjøret skal foretas.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.

B.

Stortinget ber Regjeringen sikre at sykehusets utgifter til legemidler under ny § 5-15 i folketrygdloven dekkes.

Oslo, i sosialkomiteen, den 13. juni 2002

John. I. Alvheim
leder

Asmund Kristoffersen
ordfører

Åse Gunhild Woie Duesund
sekretær