

Dokument nr. 8:121

(2000-2001)

Forslag fra stortingsrepresentantene Annelise Høegh og Sonja Irene Sjøli om å sikre sykehusene full refusjon for sine utgifter til kreftmedisiner

Til Stortinget

Bakgrunn

Nye og innovative legemidler som mer effektivt kan kurere sykdom og lindre smerte og som er kostnadseffektive bør raskt bli gjort tilgjengelige for pasienter som kan ha nytte av disse. Finansierings- og refusjonsordningene for medikamentell kreftbehandling gjør at det er vanskelig for sykehusene å ta i bruk nye medikamenter på en enkel og rask måte. Lange saksbehandlingstider når det gjelder søknader om refusjon for nye legemidler gjør imidlertid at norske pasienter må vente betydelig lenger før nye legemidler kan tas i bruk enn hva tilfellet er i andre land. Forslagsstillerne mener det er nødvendig å iverksette tiltak for å sikre at pasientene får raskere tilgang til nye kreftmedisiner.

Etter EØS-avtalen skal søknader om folketrygd-refusjon for nye legemidler behandles innen 90 dager. I 1997 ble norske myndigheter klaget inn for EFTAs overvåkningsorgan ESA, fordi 90-dagers fristen for behandling av refusjonssøknader gjentatte ganger var blitt overskredet.

For å belyse norske myndigheters praksis når det gjelder behandling av refusjonssøknader har Legemiddelindustriforeningen (LMI) gjennomført en undersøkelse basert på medlemmenes refusjonssøknader i perioden 1. januar 1998 til 1. oktober 2000. Undersøkelsen viste at tidsfristen for behandling av søknader om refusjon for nye legemidler bare ble overholdt i ca. 45 pst. av tilfellene. Blant de søknadene hvor tidsfristen ble overskredet gjaldt nærmere halvparten innovative legemidler, dvs. legemidler som inneholder nye substanser eller nye sammensetninger av substanser.

Wall Street Journal omtalte 21. juni 2000 norsk legemiddelforvaltning slik:

«In Europe's prescription-drug war, Belgium and Norway have emerged as particular trouble spots. They were cited in a recent report by the US Trade Representative's office for extreme delays in approval of pricing and reimbursement of new drugs».

Medikamentell kreftbehandling

Medikamentell kreftbehandling ved bruk av cellegiftbehandling finansieres i dag over sykehusenes driftsbudsjetter og gjennom egne DRG-satser.

I NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap (Norsk Kreftplan) ble det redegjort for de økonomiske utgiftene knyttet til medikamentell kreftbehandling. Utgiftene til cellegifter ble anslått å utgjøre totalt ca. 54 mill. kroner (tall fra 1995). På samme tid var samfunnets totale utgifter til legemidler 8,6 mrd. kroner. I 2000 utgjorde samfunnets totale utgifter til legemidler 11,7 mrd. kroner.

I Innst. S. nr. 241 (1999-2000) sluttet sosialkomiteen seg til et forslag om å øke bevilgningene til kreftmedisiner med 30 mill. kroner ved å endre ordningen med innsatsstyrt finansiering. Tidligere ble cellegiftbehandling finansiert over blåreseptordningen, deretter ble dette endret til en kombinasjon av fylkeskommunenes frie inntekter og DRG-refusjon. DRG-refusjonen var imidlertid den samme uavhengig av hvilket medikament som ble brukt og hvor kostbart dette var. DRG-systemet ble derfor utvidet med ytterligere to DRG-grupper, slik at det ble gitt en mulighet for differensiert refusjon avhengig av hvilken prisklasse medikamentet som blir brukt i behandlingen ligger i.

Når nye medikamenter etter omfattende testing kan tas i bruk som etablert behandling for ulike typer kreftsykdommer, er det ofte et problem at kostnadene forbundet med denne behandlingen blir så store at det med dagens finansieringsordninger er vanskelig for sykehusene å ta ny behandling i bruk. Dette gjelder spesielt cellegiftbehandling, og hindrer pasientenes tilgang til den mest effektive behandlingen som kan gis. På tross av at det har skjedd en viss tilpasning av DRG-systemet for å ta hensyn til ulike typer kreftmedisiner, mener fagmiljøene at dette likevel ikke sikrer at nye medikamenter kan tas raskt i bruk. Selv om det har funnet sted en viss tilpasning av DRG-systemet, er dette ikke fleksibelt til å sikre at

nye medikamenter som blir godkjent og anbefalt raskt kan tas i bruk til behandling av pasienter.

Hvis man trekker paralleller til andre typer medikamentell behandling og sammenligner de utgiftene samfunnet har til behandling av høyt kolesterolnivå, depresjoner og høyt blodtrykk, er kostnadene forbun-

det med cellegiftbehandling meget lave. I tillegg må det understrekes at kontrollrutinene med tanke på dokumentasjon av effekt og indikasjoner er strenge. Cellegift kan gi akutte bivirkninger, og brukes kun der man har gode indikasjoner på at behandlingen kan gjøre nytte.

Samfunnets utgifter til ulike medikamenter (2000):

Medikamenttype	Kostnad AIP ¹⁾	Kostnad AUP ²⁾	
Cellegift (L01)	119 000 000	...	Direkte innkjøp
Kolesterol-senkende (C10)	627 000 000	1 003 000 000	Blå resept
Depresjon N06AB	326 000 000	521 000 000	Blå resept
Høyt blodtrykk.....	508 000 000	812 000 000	Blå resept

¹⁾ Apotekenes innkjøpspris

²⁾ Apotekenes utsalgspris

Forslagsstillerne mener det er uverdigg og uakseptabelt at et lite fleksibelt system for finansiering av cellegiftpreparatene skal hindre alvorlig syke kreftpasienter i å få rask tilgang på de beste medikamentene. Det er ikke stor fare for overforbruk av cellegift-medikamenter. Det er bare pasienter med muligheter til helbredelse eller som trenger smertelindring som vil bli utsatt for en slik påkjenning som cellegiftbehandling er.

Forslagsstillerne mener en hensiktsmessig løsning for å sikre kreftpasientenes tilgang til den beste medikamentelle behandling vil være å innføre et preparatregnskap for slike medikamenter som sikrer finansiering av disse utenfor DRG-systemet. Sykehusene vil da i ettertid få refundert de faktiske utgiftene

til cellegiftbehandling, og det blir automatikk i at nye medikamenter og kurer som blir tatt i bruk dekkes under refusjonsordningen.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber Regjeringen i statsbudsjettet for 2002 fremme forslag som innebærer at sykehusene sikres full refusjon for sine utgifter til medikamentell kreftbehandling.

15. mai 2001