



Representantforslag 146 S

(2010–2011)

fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg

Dokument 8:146 S (2010–2011)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg om raskere og bedre tilgang til legemidler

Til Stortinget

Bakgrunn

Det overordnede målet for helsepolitikken er å sikre at pasientene får rask og god helsehjelp når de trenger det. Alle må sikres et likeverdig tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted, sosial bakgrunn og økonomisk status. Dette forutsetter bl.a. at pasienter har god tilgang til effektiv og trygg legemiddelbehandling.

Samarbeidsregjeringen Bondevik II fremmet 11. mars 2005 St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Stortinget sluttet seg til målene for politikken og de fleste tiltakene som ble foreslått i meldingen, jf. Innst. S. nr. 197 (2004–2005). Stortinget slo fast at målet for legemiddelpolitikken er å sikre at befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalings- evne. Videre ble det påpekt at legemidler skal brukes riktig faglig og økonomisk, og at det skal være lavest mulig pris på legemidler. Stortingsmeldingen skiserte en rekke gode tiltak for å nå disse målsettingene.

Siden innstillingen ble vedtatt, er det iverksatt flere tiltak som har bidratt til å redusere og begrense offentlige kostnader til legemidler. Tiltakene for å sikre god tilgang til legemidler er imidlertid ikke fulgt opp i tilstrekkelig grad.

God tilgang til trygge legemidler

Refusjon

Statens legemiddelverk har anbefalt at ordningen med forhåndsgodkjent refusjon utvides til å omfatte 6 legemidler til pasienter med kreft, schizofreni, benskjørhet, blodpropp og restless leg syndrome. Legemiddelverket vurderer at forhåndsgodkjent refusjon for de aktuelle legemidlene vil gi pasientene bedre helse- og livskvalitet. Legemiddelverket har også vurdert at dette er kostnadseffektivt blant annet fordi utgiftene til helse- og omsorgstjenesten kan reduseres gjennom bedre legemiddelbehandling. Eksempelvis fører brudd relatert til benskjørhet til store smerter og funksjonsproblemer for pasientene, og utgifter i størrelsesorden 4–5 mrd. kroner pr. år for samfunnet, ifølge Legemiddelverkets rapport. Dersom flere pasienter får tilgang til et aktuelt legemiddel, vil dette både kunne redusere helseproblemene for pasientene og kostnadene for samfunnet.

Regjeringen Stoltenberg har imidlertid ikke foreslått bevilgninger til forhåndsgodkjent refusjon for noen av de 6 legemidlene i sitt budsjettforslag for 2011. Dette innebærer at pasientene ikke får god nok tilgang til behandling som kan redusere helseproblemer og bedre deres livskvalitet. Videre innebærer dette at bare pasienter med god økonomi får mulighet for å benytte disse legemidlene, hvilket er i strid med målet om å redusere sosiale helseforskjeller. Samtidig fører dette til unødvendig ressursbruk i helsetjenesten, fordi det må brukes mer ressurser på behandling av helseproblemer som kunne vært unngått.

Behandlingstilbud som er dokumentert trygge og kostnadseffektive, bør bli lettere tilgjengelig for norske pasienter. Det er spesielt viktig å sikre at også pasienter som har dårlig økonomi, får tilgang til god og effektiv behandling. Regjeringen bør i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2011 fremlegge

forslag til bevilgninger som følger opp anbefalinger om refusjon fra Legemiddelverkets side.

Videre bør det være en klar regel at dersom Statens legemiddelverk har anbefalt refusjon for et legemiddel, skal dette omtales i statsbudsjettet uansett om regjeringen følger opp med forslag til bevilgninger eller ikke. Dette vil sikre at Stortinget har nødvendig informasjon for å foreta en reell prioritering mellom legemiddeltiltak og andre helsepolitiske tiltak.

I Innst. S. nr. 197 (2004–2005) sluttet Stortinget seg til regjeringens forslag om å overføre flere legemidler fra individuell til generell refusjon. Ordningen med individuell refusjon kan være hensiktsmessig for mindre pasientgrupper, men ordningen er ressurskrevende både for pasienter, fastleger og helseforvaltningen. Forslaget om å overføre legemidler fra individuell til generell refusjon skulle sikre en bedre, mer likeverdig og mindre byråkratisk tilgang til nødvendige legemidler. Under regjeringen Stoltenberg har utviklingen imidlertid gått i motsatt retning, slik at det nå kreves individuell søknad om refusjon for flere legemidler enn tidligere.

Eksempelvis ble enkelte former for antihistaminer i 2009 overført fra generell til individuell refusjon. Hensikten med tiltaket var å oppnå en innsparing med 16 mill. kroner pr. år. Det fremgår imidlertid av kongelig resolusjon av 5. juli 2009 om samme sak at innsparingen utelukkende gjelder Helse- og omsorgsdepartementets legemiddelbudsjett, og at det ikke er tatt hensyn til kostnader dette påfører pasienter, fastleger og helseforvaltningen. Direktør i Helseøkonomiforvaltningen uttalte i Dagens Medisin 28. mai 2009 at man forventet 26 000–31 000 søknader om refusjon for disse legemidlene på individuelt grunnlag, og at det ville kreves 10–12 årsverk for å behandle søknadene. Norges Astma- og Allergiforbund opplyser at tiltaket skaper betydelige ulemper for pasienter som av ulike årsaker ikke kan benytte de foretrukne legemidlene. Det store omfanget av søknader om individuell refusjon innebærer også et betydelig ekstraarbeid for fastlegene. Det er betenkelig at det innføres tiltak som er så ressurskrevende, og medfører så store ulemper for pasienter og helsepersonell, uten at den kostnadmessige innsparingen synes å være i samsvar med dette.

Stortingets klare anbefaling om å overføre flere legemidler fra individuell til forhåndsgodkjent refusjon bør følges opp, slik at pasientene kan få raskere og bedre tilgang til nye medisiner som er dokumentert trygge og kostnadseffektive.

Bagatellgrensen

Det fremgår av Innst. S. nr. 197 (2004–2005) at det var bred politisk enighet om at refusjon for utgifter til medisiner er et prioriterings spørsmål som i siste instans må avgjøres politisk. Samtidig gikk flertal-

let inn for en vesentlig heving av dagens bagatellgrense på 5 mill. kroner pr. år. Dette ville ført til at flere legemidler med relativt lave kostnader for staten kunne blitt raskere tilgjengelige for pasientene ved at Statens legemiddelverk kunne ha innvilget refusjon uavhengig av statsbudsjettet. Dette forslaget er imidlertid ikke fulgt opp fra regjeringen Stoltenbergs side. Vedtaket bør følges opp, som et av flere tiltak som vil sikre bedre tilgang til trygg og effektiv legemiddelbehandling.

Det er også viktig å sikre en mer effektiv saksbehandling i Statens legemiddelverk, slik at søknader om markedsføringstillatelse og refusjon kan vurderes raskere. Det er derfor viktig at Helse- og omsorgsdepartementet fortløpende vurderer behovet for økte ressurser eller andre tiltak for å redusere saksbehandlingstiden.

Legemidler i spesialisthelsetjenesten

De svenske forskerne Wilking & Jønsson publiserte i 2009 rapporten «European Perspective on the Costs and Cost-Effectiveness of Cancer Therapies» som sammenlignet kreftpasienters tilgang på medisiner i ulike land i Europa. Rapporten slår fast at Norge fortsatt bruker mindre av flere typer kreftmedisiner enn mange andre land i Europa. I 2007 brukte Norge mindre penger på kreftlegemidler pr. innbygger enn både Sverige og Finland, og langt mindre enn Danmark. 14 av 29 europeiske land brukte mer penger på kreftmedisiner pr. innbygger enn Norge i 2007.

Rapporten gir ikke et helt dekkende bilde av behandlingstilbudet til kreftpasienter, fordi det ikke omfatter andre behandlingsformer enn legemidler. Likevel gir rapporten grunn til å vurdere nye virkemidler for å sikre at norske pasienter gis bedre tilgang til ny behandling, i tråd med den medisinske utviklingen. Eksempelvis er et norskutviklet legemiddel for nyrepasienter anbefalt behandling for pasienter i Danmark, og behandlingen refunderes gjennom en egen DRG-kode. I Norge er denne behandlingen verken omfattet av retningslinjene eller av refusjonssystemet. Som følge av dette har norske nyrekreftpasienter dårligere tilgang til denne behandlingen.

I rapporten «Nye og kostnadskrevende metoder. Forslag til system for håndtering av ny teknologi», publisert i juni 2009, påpeker Helsedirektoratet at det er ulik praksis mellom de regionale helseforetakene og mellom de lokale helseforetakene med hensyn til innføring av nye behandlingstilbud. Det fremmes en rekke forslag som skal sikre bedre og klarere retningslinjer for innføring og finansiering av ny behandling, samt klargjøring av krav til behandlingens kvalitet, sikkerhet og kostnadseffektivitet.

Slik forslagsstillerne ser det, er det viktig at det finnes klare og effektive retningslinjer for innføring av nye behandlingstilbud i helsetjenesten. Retningslinjene må sikre rask saksbehandling og en åpen og

forutsigbar prosedyre. Det må foretas endringer i finansieringssystemet, som sikrer at ny og anbefalt behandling omfattes av offentlige finansieringsordninger raskere. Målet er å sikre at pasientene får raskere og bedre tilgang til ny behandling, og et mer likeverdig helsetilbud i hele landet.

Trygg legemiddelbruk

I legemiddelmeldingen ble det anslått at feilmedisinering skjedde i om lag 20 pst. av behandlingstilfellene. Helsetilsynets gjennomgang av legemiddelhåndteringen i 48 sykehjem fra 2009 viste avvik og merknader ved 40 av dem.

St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktige legemiddelbruk skisserte en rekke tiltak for å sikre tryggere legemiddelbruk. Blant disse var forslag om en gjennomgang av pasienters medisinerbruk i bl.a. sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie og apotek.

I 2006 og 2007 ble det bevilget midler til 25 slike prosjekter. I 2009 ble det gitt midler til ti prosjekter som dreier seg om samhandling mellom helsepersonell, bruk av multidoser og forskrivning og bruk av vanedannende legemidler.

Helsedirektoratet har oppsummert prosjektene i en foreløpig rapport og vurdert hvilke tiltak som bør videreføres. Det vises til at legemiddelgjennomgangen i sykehjem har god effekt. Det innebærer at et tverrfaglig team, der farmasøyt inngår, gjennomgår pasientens legemiddelbruk og vurderer om noe bør endres. Slik kommer man frem til hva som er den beste behandlingen for denne pasienten. Erfaringene fra prosjektene viser også at man bør gjennomgå pasientenes legemiddelbruk ved overgang fra en instans til en annen, som ved inn- og utskrivning av sykehus. Videre har multidoser vist seg å være et tiltak som fremmer tryggere legemiddelbruk, ved at pasientene får ferdige pakninger med riktig doserte legemidler. Dette er spesielt viktig for pasienter med sammensatte diagnoser, for eksempel syke eldre. Helsedirektoratet viser også til at legemiddelsamtale mellom pasient og farmasøyt er et hensiktsmessig tiltak for å gi informasjon om trygg legemiddelbruk.

Det er viktig at de gode erfaringene fra prosjektene benyttes til å implementere permanente tiltak for å sikre tryggere legemiddelbruk. Det kan være hensiktsmessig å iverksette en handlingsplan, med konkrete mål og tiltak for å redusere omfanget av feilmedisinering. Det er også viktig å sikre bedre rekruttering av flere sykepleiere og leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at det høye omfanget av dispensasjoner for medisinerutdeling kan reduseres.

I landets apotek arbeider det om lag 2 300 farmasøyer. Mer enn 1 100 av disse har femårig universitetsutdannelse. Allerede i dag praktiserer farmasøyer samhandling med leger til beste for pasienten. Apotekenes bidrag i legemiddelassistert rehabilite-

ring er et godt eksempel på at det kan lages fungerende modeller for samhandling mellom apotek og øvrige deler av helsetjenesten. Det samme gjelder ordningen med forskrivningsrett for farmasøyer under influensapandemien vinteren 2009/2010. I en handlingsplan for tryggere legemiddelbruk bør det derfor legges vekt på å styrke samarbeidet med kompetent personell i apotek.

Kostnadseffektiv bruk av legemidler

Totalt salg av legemidler fra grossist til apotek, sykehus og dagligvare beløp seg til 12,5 mrd. kroner i 2009, en økning på 6,0 pst. i forhold til 2008. Salg målt i antall doser (DDD) økte med 2,3 pst. i 2009, mens økningen i 2008 var på 3,7 pst. Dette fremgår av rapporten Legemiddelforbruk i Norge 2008–2009, utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Siden 2004 har det offentliges utgifter til legemidler vært stabilt.

Det viktigste målet med legemiddelpolitikken er å sikre at pasientene har god tilgang til trygge og effektive legemidler. Det er imidlertid også viktig at prisen på legemidlene holdes på et rimelig nivå, slik at samfunnet får en mest mulig kostnadseffektiv bruk av legemidlene.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) en rapport der man sammenlignet priser på reseptpliktige legemidler i Norge med priser i ni andre land. Undersøkelsen viser at legemidlene i Norge er blant de billigste. Undersøkelsen omfatter de 300 mest omsatte virkestoffene i Norge, og prisene er fra første halvdel av 2007.

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes regulering av markedet for kopilegemidler, Dokument nr. 3:7 (2008–2009), påpeker også at Norge er blant de land i Europa som har de laveste prisene på byttbare legemidler som er inkludert i trinnprissystemet. Samtidig viser gjennomgangen at det fortsatt er behov for tiltak som stimulerer til lavere priser. Det er en utfordring at fremforhandlede rabatter på innkjøpssiden ikke kommer pasientene til gode. Dagens struktur med vertikal integrasjon mellom grossist- og detaljistledd fører til svak konkurranse i markedet, og det bør derfor innføres tiltak som stimulerer til økt konkurranse og dermed lavere priser på legemidler.

Dagens krav til fullsortiment i grossistleddet bør vurderes avskaffet, for å bidra til mer effektive distribusjonsløsninger og etablering av nisjegrossister. Kravet om fullsortiment i apotek må imidlertid opprettholdes for å sikre at pasienten fortsatt har god tilgang til nødvendige legemidler.

Samarbeidsregjeringen innførte en forsøksordning med salg av legemidler utenom apotek fra 1. november 2003. Formålet med tiltaket var økt tilgjengelighet til viktige reseptfrie legemidler og økt priskonkurranse på reseptfrie legemidler. Evalueringen av ordningen viste at målet om bedre tilgjenge-

lighet var oppnådd, uten at det var registrert uheldig eller skadelig legemiddelbruk som hadde sammenheng med ordningen. Fra 1. januar 2009 har det blitt åpnet for forsendelse av reseptfrie legemidler i hele landet. Dette har også ført til etablering av nettapotek. Ordningen er senere utvidet slik at flere preparater tillates solgt utenfor apotek. Statens legemiddelverks prisundersøkelse publisert 5. juni 2009 tydet på at legemidler solgt i dagligvarehandelen var 10–20 pst. dyrere enn i apotek.

Gjennom forskriftsendring er det fra 1. januar 2011 åpnet for selvvalg innenfor ordningen med salg av legemidler utenfor apotek. Det er viktig at denne ordningen videreutvikles, slik at pasientene får bedre tilgang til nødvendige legemidler.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber regjeringen om

1. I forbindelse med statsbudsjettet for 2012 å redegjøre for hvilke nye legemidler som Statens legemiddelverk anbefaler omfattet av refusjonsordningene, og foreslå nødvendige bevilgninger for å følge opp disse.
2. Fremlegge forslag om en vesentlig heving av bagatellgrensen i forbindelse med statsbudsjettet for 2012.
3. Legge frem forslag til et nytt beslutningssystem som sikrer raskere innføring av nye behandlingstilbud i helsetjenesten, og et mer likeverdig tilbud til pasienter i hele landet.
4. Fremlegge forslag til en handlingsplan for å redusere omfanget av feilmedisinering, med konkrete tiltak i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Apotekenes rolle i arbeidet må omtales spesielt.
5. Vurdere om kravet om fullsortiment i apotekenes grossistledd bør avskaffes, og fremlegge vurderingen for Stortinget på egnet måte.
6. Foreslå tiltak for å videreutvikle ordningen med salg av legemidler utenfor apotek, og fremlegge saken for Stortinget på egnet måte.

19. mai 2011