

Ny finansieringsordning for legemidler bekymrer

Overføring av finansieringsansvaret for nye og effektive legemidler mot inflammatorisk tarmsykdom fra stat til helseforetak kan føre til underfinansiering av sykehus. Bosted kan bli avgjørende for om pasienter med alvorlig tarmsykdom vil få behandling med såkalte biologiske legemidler.

Fra 1.6. 2006 ble finansieringsansvaret for behandling med nye biologiske medikamenter som infliksimab (Remicade), etanercept (Enbrel), adalimumab (Humira) og anakinra (Kineret) overført fra staten til helseforetakene. Indikasjonsstilling for slike legemidler er alvorlig inflammatorisk kronisk tarmsykdom (Crohns sykdom og ulcerøs kolitt), revmatoid artritt, Bekhterevs sykdom og visse hudsykdommer, blant annet alvorlig psoriasis. Den største gruppen pasienter som får slik behandling, er pasienter med revmatoid artritt, men antallet pasienter med Crohns sykdom er stadig økende. Samtidig som finansieringsansvaret ble flyttet, er også alvorlig ulcerøs kolitt blitt godkjent indikasjon for biologisk behandling (1).

Innen gastroenterologi har infliksimab vært tilgjengelig for behandling av alvorlig Crohns sykdom fra omkring 2000, og de fleste sykehus har i dag tatt slik behandling i bruk. Virkningen på de aller dårligste Crohn-pasientene har vært ikke mindre enn formidabel. For oss som har sett nytten hos den enkelte pasient, må dette sidestilles med hva vi opplevde da vi startet med behandling av *Helicobacter pylori*-infeksjon i begynnelsen av 1990-årene og nesten utryddet sykdommen kronisk magesår.

Når finansieringsansvaret for biologisk behandling nå overføres til helseforetakene, er det viktig at det reelle omfanget av og behovet for slik behandling er kartlagt. Inflammatoriske tarmsykdommer, som er kroniske og uten kjent årsak, rammer i hovedsak yngre mennesker. Diagnosen stilles hyppigst hos 20–30-åringer. Disse menneskene er i en yrkesaktiv karriere med et langt sykdomsperspektiv foran seg. Det er gjort få forsøk på å bestemme forekomsten av sykdommen internasjonalt. I Norge har vi kunnet basere oss på insidenstall fra tre store undersøkelser i 1980-

og 90-årene (2). Ut fra disse tallene diagnostiseres i overkant av 200 nye tilfeller av Crohns sykdom og i overkant av 500 nye tilfeller av ulcerøs kolitt hvert år. Av disse pasientene vil kun et mindretall få så alvorlig sykdom at biologisk behandling vil være indisert. Sykdomsprevalens er en langt bedre måte å anslå omfanget av behandlingsbehovet på. Hvis man antar at prevalensen er om lag 15 ganger insidenstallet, vil det være mellom 11 000 og 12 000 pasienter med Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt i Norge. Behandling med Remicade har bare vært tilgjengelig i 5–6 år. Det må derfor forventes at antallet pasienter som har behov for slik behandling, vil øke fremover. Et rimelig anslag over antall pasienter som vil ha nytte av behandling, vil være tre ganger høyere enn det som inntil i dag er registrert.

Staten legger dagens utgifter til biologisk behandling til grunn for vedtaket om overføring av finansieringsansvaret til helseforetakene. Utgiftene for hele gruppen, dvs. pasienter med revmatisk sykdom, inflammatorisk tarmsykdom og alvorlig hudsykdom, anslås til om lag 900 millioner kroner, bare 200 millioner kroner mer enn dagens utgifter. Staten overlater til helseforetakene å fordele midlene. Det sies lite om omfanget av økonomiske overføringer i fremtiden. Det nøyaktige behovet for og omfanget av behandling av pasienter med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt vil man tidligst kunne uttale seg om om ca. ti år, forutsatt at indikasjon for behandling er som i dag. Kanskje har revmatologene kommet lenger i å gi behandling og dermed nærmet seg en form for likevekt (steady state), mens hudspesialister kun er i starten av denne behandlingseraen.

Det er derfor betenkelig når en ny aktør, helseforetakene, skal overta finansieringen av en behandling som ingen kjenner omfanget av. Det er bekymringsfullt at budsjettbalanse og underskudd vil kunne stilles opp mot medisinske vurderinger om behandlingsindikasjon. Det er et faktum at bruken av biologiske legemidler har vist geografiske forskjeller som ikke kan forklares av medisinske vurderinger alene. Vil statens overføringer til helseforetakene basere seg på dagens bruk, dvs. at noen miljøer har tatt behandlingen tidligere i bruk enn andre, vil dette kunne få svært uheldige konsekvenser for enkelte sykehus. Midlene som stilles til

rådighet, er ikke øremerket og skal fordeles av de regionale helseforetakene. Hvordan dette vil foregå, er heller ikke klarlagt. Det er derfor ikke utenkelig at fagmiljøene må kjempe om en felles pott som i utgangspunktet er for liten.

Omfanget av og det reelle behovet for behandling med biologiske legemidler ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom må anses svært usikkert, men mye taler for at forbruket vil dobles eller tredobles i løpet av få år. Skal dagens forbruk og økonomiske anslag legges til grunn for statens overføringer til helseforetakene uten kraftige justeringer, vil dette medføre en betydelig underfinansiering av sykehusene. Dette kan også føre til at bosted vil være bestemmende for om man får behandling eller ikke. Det er mulig at fritt sykehusvalg kan rette opp slike skjevheter. Uansett vil det enkelte helseforetak sitte igjen med det økonomiske ansvaret.

Bjørn Moum

bjorn.moum@broadpark.no
Gastroenterologisk seksjon
Medisinsk klinikk
Aker universitetssykehus
0514 Oslo

Forfatteren er leder i Norsk gastroenterologisk forening.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Rutgeerts P, Sandborn W, Feagan B, et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2005; 353: 2462–76.
2. Moum B, Vatn MH, Ekbo A et al. Incidence of Crohn's disease in four counties in southeastern Norway, 1990–93. A prospective population-based study. The Inflammatory Bowel South-Eastern Norway (IBSEN) Study Group of Gastroenterologists. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 355–61.

Manuskriptet ble mottatt 19.6. 2006 og godkjent 21.9. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.