

Motion till riksdagen 2005/06:So481

av **Hillevi Larsson (s)**

Läkemedel i sjukvården

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om vikten av tillgång till medicin för reumatiker.

Motivering

När det gäller kostnaderna för sjukvården har debatten under flera år fokuserat väldigt hårt på läkemedelskostnaderna. Detta är förståeligt eftersom kostnaderna för läkemedel stigit under flera år. Och denna ökning ser ut att fortsätta. Enligt Läkemedelsstatistik fortsätter läkemedelsförsäljningen att öka – om än i långsammare takt – jämfört med förra året. Det är framförallt de nya biologiska läkemedlen mot reumatiska sjukdomar (s.k. tnf-alfahämmare, främst Enbrel), faktor 8-läkemedlet Advate (blödarsjuka) liksom cytostatikaläkemedlet Paxene som står bakom försäljningsökningen under augusti 2005, då försäljningen uppgick till cirka två miljarder kronor, en ökning med drygt sju procent jämfört med förra året. Försäljningen av läkemedel har de senaste tolv månaderna ökat med drygt fyra procent och uppgick till totalt 24,5 miljarder.

Läkemedelsstatistik tror nu att trenden kommer att fortsätta och beräknar att försäljningen i år kommer att öka med 3,5 procent jämfört med 2004.

Det är klart att denna utveckling oroar de budgetansvariga i landstinget (mindre oroliga är dock patienterna som i regel har mycket att vinna på de nya och dyrare läkemedlen).

Men det finns skäl att nyansera problembilden av läkemedel i vårbudgeten. Det har från många håll, såväl från patientorganisationer som från läkare och läkemedelsindustrin, förts fram att det inte är rimligt att se på mediciner som enbart en kostnad i budgeten.

Inom en rad terapier har man pekat på att förskrivning av nya och dyrare läkemedel kan leda till stora ekonomiska vinster för samhällsekonomin, liksom livskvalitetsvinster för den enskilde. Områden som nämnts i debatten är t.ex. benskörhet (där behandling kan minska antalet frakturer på grund av

Fel! Okänt namn på

fällolyckor, vilket skulle kunna innebära mycket stora besparingar i vården), blodfetter (där ökad behandling i riskgrupperna kan minska antalet hjärtinfarkter) eller inom reumatikervården där nya dyra mediciner kan göra det möjligt för tusentals reumatiker att slippa bli långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade.

Denna helhetssyn verkar dock saknas på många håll i landstingen, som i stor utsträckning förefaller jaga besparingar bland läkemedlen (som trots allt bara utgör omkring 12 % av den samlade sjukvårdskostnaden). Läkemedelskommittéer runt om i landet överprövar i praktiken beslut från såväl Läkemedelsverket (LMV) som Läkemedelsförmånsnämnden (LFN). Läkemedelskommittéerna nonchalerar dessutom riktlinjer från Socialstyrelsen och regeringen (t.ex. när det gäller prioriteringar).

Förklaringen till detta är ganska enkel: Landstingen kan ofta ”tjäna pengar” på att skära i läkemedelsbudgeten eftersom kommunen och/eller staten får betala de eventuella kostnader som uppstår på grund av icke ultimata förskrivning av läkemedel.

Låt mig ta reumatikervården som exempel: Är det självklart att det är samhällsekonomiskt lönsamt att snåla på bra reumatikermediciner – även om de är dyra?

En ny studie (juni 2005) slog fast att det är kostnadseffektivt för sjukvården och samhället att behandla reumatism med de nya, och dyrare, biologiska läkemedlen. Studien är en uppföljning av en stor internationell studie (Tempo) som genomförts av doktorn i hälsoekonomi Gisela Kobelt. Den visar att kostnaderna såväl för sjukvårdsbehandlingar som för förlorad arbetsförmåga minskade efter två års behandling med nya effektivare läkemedel. Flera andra svenska studier visar att patienter som får dessa mediciner mer sällan behöver genomgå operation, att de har färre vård dagar och kortare sjukskrivningar. Så har t.ex. forskning vid Universitetssjukhuset i Lund visat att antalet dagar i slutenvården bland patienter i Sydsverige minskade med 50 % efter ett års behandling med läkemedlet Enbrel. Samtidigt minskade sjukskrivningarna från 33 % av ”antalet arbetsdagar” till 8,6 %.

Vi vet att omkring 20 % av alla nybeviljade förtidspensioner beror på reumatiska sjukdomar, vilket innebär att nära 14 000 reumatiker förtidspensionerades förra året!

En ökad förskrivning av de nya dyra reumatikermedicinerna skulle sannolikt leda till färre sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Mot den bakgrunden finns skäl att fundera över huruvida det är en bra affär för samhället att begränsa förskrivningen av dessa läkemedel.

CMT (centrum för utvärdering av medicinsk teknologi) i Linköping visade i en studie från 2003 att de samhällsekonomiska kostnaderna för reumatism i Sverige uppgick till över 8 miljarder kr årligen och av detta utgjorde läkemedel endast 4 %.

Dessa siffror talar för att det är på andra områden än genom minskade läkemedelskostnader som de stora ”vinsterna” inom reumatikervården står att finna.

I vissa landsting har politikerna börjat se mindre svart-vitt på dessa frågor. Det gäller till exempel landstingspolitikerna (s) i Östergötland som under

Fel! Okänt namn på

hösten 2005 beslutat skjuta till mer pengar till bland annat dyra läkemedel mot cancer och reumatism.

Mot bakgrund av brist på helhetssyn och avsaknad av hälsoekonomiska perspektiv när det gäller förskrivning – och ransonering – av läkemedel behövs en översyn av hur förskrivningen går till och på vilka sätt landingen tar hänsyn till övergripande hälsoekonomiska aspekter. Såväl LMV som LFN betonar starkt hälsoekonomiska aspekter vid sina bedömningar, vilket många landsting helt enkelt inte tycks ta hänsyn till.

Stockholm den 29 september 2005

Hillevi Larsson (s)