



09-04-2015

Til Medicintilskudsnet

Høringssvar vedr. fremtidig tilskudsstatus til lægemidler mod astma og KOL

Dansk Pædiatrisk Selskab er blevet bedt om et høringssvar vedr. fremtidig tilskudsstatus til lægemidler mod astma og KOL. Vi har udelukkende patienter astma, da vores aldersgruppe ikke lider af KOL, så det er det vi kommenterer på i høringssvaret.

Vi har derfor haft forslaget til gennemlæsning i vores allergi/pulmonologi-udvalg, og de har følgende kommentarer: Vi finder at høringssvaret bør være i overensstemmelse med RADS fagudvalgets behandlingsvejledning vedrørende astma hos børn. I relation til dette dokument er det derfor problematisk, hvis der kun ydes generelt tilskud til de billigste inhalationsspray og inhalationspulvere, idet dette kan betyde, at der skal anvendes et device til beta-2-agonist og et andet device til inhalationssteroid (ICS). Nyere litteratur understreger vigtigheden af anvendelse af samme device til alle patientens inhalationspræparater med hensyn til optimering af inhalationsteknik, adherence og astmakontrol. Det er nødvendigt med individuelle hensyn ved valg af inhalationsdevice, især barnets alder og evne til at håndtere et givet inhalationsdevice. Ydermere vil det være problematisk, at der afhængig af billigste pris kan udleveres inhalationsdevices, som barnet ikke er trænet i at anvende. Vi er tillige bekymrede over følgende i notatet fra SST: "Vi anbefaler endvidere, at de dyrere lægemidler inden for hver gruppe ændrer tilskudsstatus til generelt klausuleret tilskud til velbehandlede patienter i de helt særlige situationer, hvor lægen vurderer, at det ikke er muligt at oplære patienten i brug af et inhalationsdevice med et lægemiddel i samme gruppe med generelt tilskud uden klausulering." Denne formulering tolker vi således, at det udelukkende er de raske (velbehandlede), der kan få generelt klausuleret tilskud? Men hvad så med de ikke velbehandlede patienter, dem vil der så ikke være klausuleret tilskud til, og de risikerer derfor at komme i en situation, hvor de fra gang til gang vil stå med forskellige devices, hvilket giver en høj risiko for yderligere behandlingssvigt. Endvidere vil det ikke være muligt at tage de nødvendige individuelle hensyn for at opnå optimal adherence og behandlingseffekt. Såfremt der udleveres forskellige devices til beta-2 og ICS kan man også formode, at dette vil inspirere til større brug af kombinationspræparater.

Vi er derfor bekymrede for effekten af den nævnte tilskudsændring. Hvis den gennemføres mener vi, at formuleringen vedr. klausuleret tilskud skal ændres til: ”astmapatienter i de særlige situationer, hvor lægen vurderer, at det er mest hensigtsmæssigt af hensyn til at opnå optimal behandlingseffekt.”

Vi er enige i, at man kan fjerne det generelle tilskud til orale beta-2-agonister.

Venlig hilsen

Pernille Mathiesen

Formand

Dansk Pædiatrisk Selskab