

at dosisdispensering i disse tilfælde er en oplagt mulighed for bedring af compliance og dermed patientbehandlingen.

Fælles for alle sager om forhøjet tilskud er, at afgørelsen bygger på en konkret samlet vurdering af de oplysninger i ansøgningen, som er relevante i denne sammenhæng.«

Jeg kan hertil tilføje, at jeg – som oplyst i min besvarelse af spørgsmål 2 og 21 – er indstillet på at anmode Lægemiddelstyrelsen om nærmere at vurdere kravene til ansøgninger om forhøjet tilskud for specifikke patientgrupper, herunder epilepsipatienter.

### Spørgsmål 21:

Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 18. november 2004 fra Dansk Epilepsiforening.

Henvendelse af 18/11-04 fra Dansk Epilepsiforening

Ændring af regler om medicintilskud

Kære ordfører

Jeg tillader mig vedhæftet at sende dig Dansk Epilepsiforenings hørings svar vedrørende »Lov om ændring af lov om offentlig sygesikring, lov om social pension og lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension mv. (ændring af regler om medicintilskud)«, som skal til 1. behandling på onsdag.

Vores hørings svar er sendt til De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI), men desværre har DSI ikke fået Alvoren for epilepsipatienter frem i sit hørings svar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Derfor har DSI i dag sendt et revideret hørings svar. Det oprindelige hørings svar fra DSI ligger på Sundhedsministeriets hjemmeside, hvor vi kan læse, at de fremsendte hørings svar ikke har givet anledning til at ændre i lovforslaget.

For en person med epilepsi er det vigtigste at slippe af med epilepsianfaldene. Anfald indebærer en stor sikkerhedsrisiko – i trafikken, på job-

bet, ved arbejde med maskiner, ved omgang med mindre børn for blot at nævne nogle eksempler. Anfald beskadiger hjernen, og anfald indskrænker selvsagt hele personens muligheder for at leve et godt og trygt liv.

Omkring 75% kan blive anfaldsfri gennem medicinsk behandling, og når det lykkes, gælder det om at holde personen på nøjagtigt den behandling, der fjerner anfaldene, og som har færrest mulige bivirkninger. Det vil være en gambling af skifte mellem forskellige præparater, selv om de ligger inden for bioækvivalensrammen mellem 80 og 125% fra sammenligningspræparatet, fordi selv en lille afvigelse kan give anfaldsgennembrud. Vi har hørt om erfaringer, der viser, at en person, der er anfaldsfri på et præparat, og som får anfald på et andet præparat, ikke bliver anfaldsfri, hvis vedkommende sættes tilbage på det præparat, som oprindeligt fjernede anfaldene. Det kan således være yderst risikabelt blot »at prøve« et andet præparat.

Vi agiterer ikke for, at alle epilepsipatienter altid skal have originalproduktet. Hvis en person er begyndt med et generisk produkt, der giver anfaldsfrihed, skal vedkommende kunne blive på dette produkt og ikke ved næste medicinkøb risikere at få et andet (originalt eller generisk), der på netop det tidspunkt er det billigste. Personen skal kort sagt ikke skifte mellem i teorien ens præparater – de skal ganske enkelte være sikre på at få lige netop det præparat, deres læge har udskrevet, og som virker.

Et andet stort problem for mange af dem, som kontakter os i rådgivningen, er udgiften til medicin. Epilepsimedicin er ubetinget livsnødvendig, og vi finder af den grund, at medicinen bør være gratis for de berørte ud fra det generelle kompensationsprincip, som er en af grundstenene i dansk handicaplovgivning. 3.805 kr. om året er altså mange penge!

Dansk Epilepsiforening vil anmode om foretræde for Sundhedsudvalget for sammen med epilepsiprofessor Peter Wolf at få lejlighed til at forklare disse alvorlige problemer.

Med venlig hilsen

Jutta Houmøller

Dansk Epilepsiforening

Kongensgade 68, 2. sal

DK – 5000 Odense C