

# Prioritering for blåresept – en bagatell?

Det er i praksis to ordninger for prioritering av legemidler for generell refusjon: Statens legemiddelverk tar beslutninger angående legemidler der refusjon har små konsekvenser for NAVs legemiddelbudsjett, de øvrige må departement og Storting vurdere. Det er mange problemer knyttet til disse vurderingene.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatterne er partnere i PharmEcon, som har utført konsulenttjenester for helsemyndighetene og de fleste legemiddelselskapene

I helsevesenet er det en tilbakevendende utfordring å sortere og prioritere de tiltak som det offentlige bør betale for. Det utvikles stadig nye diagnoser og behandlingsformer innen de fleste medisinske fagområder. Ikke minst utvikles det nye og som regel litt bedre legemidler. De nye kommer ofte i tillegg til annen behandling eller er dyrere enn det som allerede finnes – og kan dermed føre til økte utgifter. Det vil alltid være begrensede ressurser som det offentlige kan bruke på helse, og ny intervensjon er ikke alltid verd de eventuelt økte utgiftene. Derfor er velfungerende ord-

kan Statens legemiddelverk fatte vedtak om å innlemme disse midlene i ordningen. Dersom innvilgelse av refusjon medfører en økning av NAVs legemiddelbudsjett på over 5 millioner kroner, skal Helse- og omsorgsdepartementet foreta en vurdering opp mot andre mulige helsetiltak – og Stortinget må ta stilling til prioriteringen. Denne ordningen er ensbetydende med at Stortinget blir saksbehandler vedrørende alle legemidler der refusjon sannsynligvis vil føre til det som oppfattes som mer enn bagatellmessige konsekvenser for NAVs legemiddelbudsjett.

## «Prioriteringer innen helsevesenet, også innen legemiddelsektoren, er ofte tilfeldige»

ninger for evaluering og prioritering av nye tiltak av stor betydning for samfunnet, både helsemessig og økonomisk.

### To prosesser for legemiddelprioritering

For legemidler som brukes i behandling av langvarig og alvorlig sykdom kan det i Norge innvilges såkalt generell refusjon innenfor det som gjerne omtales som blåreseptordningen. En forutsetning er at legemidlene tilfredsstiller overordnede faglige kriterier, inkludert kravet om kostnadseffektivitet. Statens legemiddelverk bruker mye tid og krefter på å utvikle rasjonelle betingelser for legemidler som er refusjonsverdige.

I praksis finnes det to svært ulike prosesser bak en beslutning om refusjon. Disse er ikke avhengig av de faglige kriteriene, men av økonomiske forhold. Føringer om legemiddelforskriften fra Helse- og omsorgsdepartementet må forstås slik at dersom det gjelder legemidler der godkjenning for generell refusjon fører til en økning i folketrygdens (nå NAVs) legemiddelbudsjett på under 5 millioner kroner etter fem år, dvs. under den såkalte bagatellgrensen,

For å illustrere: Et nytt, kostnadseffektivt legemiddel som koster 10 kroner mer per dag enn en eksisterende og dårligere behandling, vil føre til en økning i legemiddelbudsjettet på over 5 millioner kroner det femte året dersom det brukes av mer enn 1 375 nye pasienter dette femte året. Det tilsvarer for eksempel 275 nye pasienter hvert år i fem år. Et slikt legemiddel må altså Stortinget ta stilling til – til tross for at Stortinget gjentatte ganger har uttalt at de ikke ønsker at Helse- og omsorgskomiteen skal være saksbehandler for opptak av enkeltlegemidler i blåreseptordningen og har bedt om en «vesentlig heving» av bagatellgrensen.

Det er vanskelig å forstå legemiddelforskriften annerledes enn at Legemiddelverkets mandat skulle gjelde for legemidler med inntil en årlig økning i legemiddelutgiftene på 5 millioner kroner. Når ønsket er å heve bagatellgrensen, er det underlig at man har operasjonalisert denne grensen slik at alle legemidler som innebærer en økning på mer enn 5 millioner kroner etter fem år må prioriteres av departement og Storting.

I Legemidlemeldingen (2004–2005) er Helse- og omsorgsdepartementets vurde-

ring at dagens bagatellgrense bør beholdes og at innvilgelse av generell refusjon for legemidler skal basere seg på to ulike prioriteringer. For legemidler under bagatellgrensen skal midlet sammenliknes med alternative behandlingstilbud innen samme sykdomsområde, basert på medisinske og helseøkonomiske betraktninger. For øvrige legemidler er spørsmålet om midlet bør prioriteres foran andre tiltak. Det er ingen prinsipiell forskjell på prioriteringer under og over bagatellgrensen. Ulike nivåer handler primært om ulikheter i prosess. I praksis blir det departementets innspill til nasjonalbudsjettet som legger føringer for Stortingets prioriteringer for legemidler over bagatellgrensen.

### Rom for forbedringer

Prioriteringer innen helsevesenet, også innen legemiddelsektoren, er ofte tilfeldige. En endelig beslutning om refusjon av legemidler som overskrider bagatellgrensen er basert på et vurderingsgrunnlag som verken er transparent eller etterprøvbart. Legemidlets konsekvenser for NAVs legemiddelbudsjett er uansett ikke noe hensiktsmessig grunnlag for prioriteringer mellom legemidler og andre helsetiltak. I praksis kan det føre til en irrasjonell beslutning – som at et legemiddel som totalt sett gir innsparinger i et samfunnsbudsjett, ikke blir prioritert fordi man anser at det innebærer for store utgifter for folketrygdens legemiddelbudsjett. Prioriteringsprosessen for legemidler som overskrider bagatellgrensen bidrar til utforutsigbare og tidkrevende beslutninger, også når legemidlene av det relevante fagorganet er vurdert å være refusjonsverdige.

Bagatellgrensen bærer sitt navn med rette, og den bør heves. Sammen med en vurdering av de budsjettmessige konsekvenser i et helhetlig samfunnsperspektiv, ikke kun i et begrenset NAV-perspektiv, vil dette bidra til raskere, mer transparente og mer hensiktsmessige beslutninger om hvordan fellesskapets midler vil gjøre størst nytte. Det gjelder også på legemiddelfeltet.

Frederik K.O. Kristensen

fk@pharmecon.no

Jan Marcus Sverre

PharmEcon AS

Bankveien 7

1383 Asker

Manuskriptet ble mottatt 22.6. 2007 og godkjent 14.8. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.