

Legers erfaringer med individuell refusjon for legemidler

Sammendrag

Bakgrunn. Fra juni 2003 skulle det i større grad gis individuell (§ 10a) fremfor forhåndsgodkjent refusjon (§ 9) av viktige legemidler. Denne undersøkelsen beskriver legers holdninger og erfaringer med den økte bruken av individuell refusjon ett år etter endringen.

Materiale og metode. Spørsmål om individuell refusjon ble inkludert i et spørreskjema til referansepanelet til Legeforeningens forskningsinstitutt i november 2004.

Resultater. Av 1 399 leger besvarte 993 spørreskjemaet (71 %), hvorav 605 (61 %) oppga at de hadde henvist pasienter til spesialist eller søkt om individuell refusjon (§ 10a) det siste året. Omtrent halvparten (48 %) mente at ordningen bidrar til mer rasjonell legemiddelbruk, men over 70 % var misfornøyd med ordningen og 87 % oppfattet den som komplisert og ressurskrevende. Bare 37 % oppga at alle søknadene ble innvilget. I alt 57 % hadde måttet avstå fra å behandle med det legemidlet de mente var best for pasienten, og 52 % hadde opplevd at pasienten valgte å betale selv slik at behandlingen kunne igangsettes. Estimert tidsbruk til § 10a-søknader var 2,6 timer per lege per måned.

Fortolkning. Undersøkelsen avdekker betydelig misnøye med den praktiske gjennomføring av ordningen blant legene. Det er behov for en grundig analyse av ordningens samlede helseeffekter, kostnader og fordelingseffekter.

Artikkelen er bygd på André Levorsens masteroppgave ved Universitetet i Oslo

Andrée Levorsen

andree_levorsen@merck.com
 Institutt for helseledelse og helseøkonomi
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1089 Blindern
 0317 Oslo
 og
 MSD (Norge) AS

Ivar Sønbo Kristiansen

Institutt for helseledelse og helseøkonomi
 Universitetet i Oslo
 og
 Syddansk Universitet, Odense

Olaf Gjerløw Aasland

Institutt for helseledelse og helseøkonomi
 Universitetet i Oslo
 og
 Legeforeningens forskningsinstitutt

Staten dekker utgiftene for pasienter som trenger langvarig medikamentell behandling for alvorlig, kronisk sykdom. Et naturlig krav til refusjonsordninger er at de bør være enkle å administrere for dem som har forvaltningsansvaret, samtidig som de må være oversiktlige og forståelige for brukerne (1).

Offentlig finansiering av legemidler skjer på ulike måter. Den vanligste og viktigste er generell refusjon etter § 9 i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr, til vanlig kalt blåreseptordningen. Ordningen er generell i den forstand at pasienten får refundert det legemidlet koster dersom visse refusjonsvilkår er oppfylt. Legen bekrefter at forutsetningene er oppfylt ved å sette sin underskrift på blåreseptblanketten. Folketrygden kan også yte individuell refusjon for andre viktige legemidler etter forskriftens § 10a. Dette forutsetter i prinsippet en begrunnet søknad fra legespesialist, og søknaden blir individuelt vurdert av NAV helsetjenesteforvaltning (tidligere Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon). Refusjon etter § 10a kan bare ytes for spesifiserte legemidler på visse indikasjoner. For legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det søkes utgiftsdekning gjennom bidragsordningen (§ 5.22).

I tiden etter 2001 har myndighetene implementert en rekke kontrolltiltak i den hensikt å øke kostnadseffektiviteten i blåreseptordningen. Særlig implementeringen av en mer restriktiv refusjonsordning i juni 2003 innebar økt bruk av individuell refusjon fremfor forhåndsgodkjent refusjon for viktige legemidler.

I 2003 ble 130 000 individuelle refusjons-søknader behandlet, hvorav 77 % ble innvil-

get, tilsvarende et beløp på rundt én milliard kroner (2). I 2004 økte antallet individuelle søknader betydelig (3). Søknadsmengden og saksbehandlingstiden økte derfor vesentlig fra 2003 til 2004. Hovedgrunnen var at alfablokkerne Carduran og Sinalfa (mot høyt blodtrykk) ble overført fra forhåndsgodkjent (§ 9) til individuell refusjon (§ 10a) (3).

I 2005 foreslo regjeringen Bondevik en etappevis overføring av enkelte legemidler fra individuell til generell refusjon (2). I forslaget til statsbudsjett for 2007 la imidlertid Stoltenberg-regjeringen på legemiddelområdet opp til en mer omfattende bruk av individuell refusjon (4). I forslaget til statsbudsjett for 2008 gis det ingen signaler om at regjeringen ønsker å endre politikk når det gjelder bruken av individuell refusjon etter § 10a.

Forskjellen mellom ordningen med individuell søknad og ordningen med forhåndsgodkjenning etter § 9 er først og fremst knyttet til at kontrollen med den individuelle ordningen er lagt til NAV, ikke til den enkelte lege. Med noen få unntak kan alle viktige legemidler med markedsføringstillatelse søkes refundert på individuelt grunnlag, forutsatt at pasienten har prøvd forhåndsgodkjent behandling uten tilstrekkelig effekt eller med uakseptable bivirkninger. Søknadsprosessen er komplisert og ressurskrevende (5–7). Retningslinjene for søknadsbehandling med delegeringsfullmakt til legemiddelkontorene, det såkalte vedlegg 1 (8), var tidligere unntatt offentlighet. For å forenkle saksbehandlingen og fremme likebehandling ble vedlegg 1 tilgjengelig for innsyn fra april 2005. I saker der det ikke er utarbeidet retningslinjer eller der retnings-

Hovedbudskap

- Mange leger mener at ordningen med individuell refusjon kan gi mer rasjonell legemiddelbruk, men de fleste er misfornøyd med hvordan ordningen administreres
- Det kan ikke utelukkes at ordningen har negative helsemessige eller fordelingsmessige konsekvenser
- Ordningen innebærer betydelige administrative kostnader, men det finnes ingen analyser som kan vise om disse står i rimelig forhold til nytten

linjene ikke er uttømmende, vurderes hver enkelt sak av en rådgivende farmasøyt i trygdeetaten (3). I dag har NAV ett legemiddelkontor i hvert fylke som behandler alle fylkets søknader om individuell refusjon etter § 10a. Saksgangen før og etter 30. juni 2006 er vist skjematisk i figur 1.

Det foreligger ingen konsekvensanalyse av den økte bruken av individuell fremfor forhåndsgodkjent refusjon. Hensikten med denne undersøkelsen var å få kunnskap om legers erfaringer med økt bruk av individuell refusjon for nye, viktige legemidler.

Materiale og metode

I november 2004 fikk de 1 399 medlemmene av referansepanelet til Legeforeningens forskningsinstitutt et spørreskjema i posten. Det ble purret i februar 2005. Skjemaet inneholdt i alt 73 spørsmål, hvorav 24 gjaldt individuell refusjon. Legenes tilfredshet med

individuell refusjon ble undersøkt med 17 ut-sagn som respondentene skulle ta stilling til på en fem-, seks- eller sjupunkts Likert-skala. Legene ble også bedt om å anslå hvor mye tid de hadde brukt til skriving av søknader om individuell refusjon det siste året og hvor ofte de henviste eller søkte. Samtidig skulle de komme med et anslag over andel innvilgede søknader. Resultatene er fremstilt i tabeller eller figurer med frekvensfordelinger og eventuelle gruppeforskjeller.

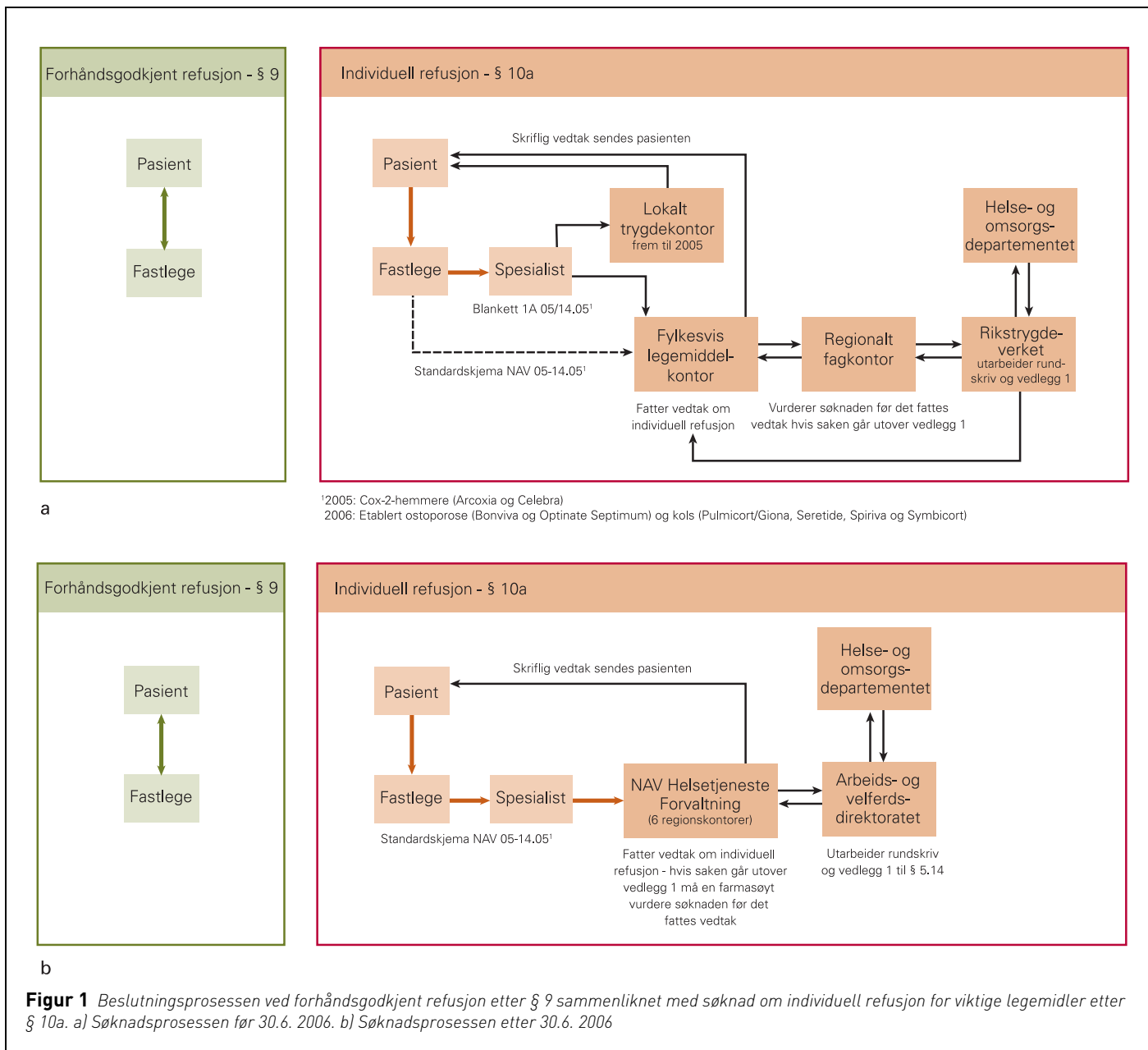
Resultater

993 av 1 399 (71 %) mulige respondenter svarte helt eller delvis på spørreskjemaet. Av disse hadde 605 (61 %) enten henvist (16 %), søkt (60 %) eller både henvist og søkt (24 %) om individuell refusjon etter § 10a i løpet av det siste året. Dataene fra disse danner grunnlaget for denne artikkelen. Vi valgte å anta at de som ikke svarte på

§ 10a-spørsmålene, ikke hadde noen erfaring med refusjonsordningen.

De 605 § 10a-respondentene var gjennomsnittlig fire år eldre enn gjennomsnittlig alder på yrkesaktive leger i Norge, kvinneandelen var litt lavere og de arbeidet noe oftere i primærhelsetjenesten. Bosted (helseregion) var som for yrkesaktive leger ellers (9).

Av de 591 legene som besvarte spørsmålet om antall ganger de hadde henvist pasienter til spesialist for individuell vurdering etter § 10a i løpet av det siste året, svarte 224 at de hadde henvist (tab 1). Av disse hadde 21 % henvist 1–2 ganger, 14 % 3–10 ganger og 3 % ukentlig eller hyppigere. I alt 474 av de 600 legene svarte at de hadde søkt om individuell refusjon etter § 10a i løpet av det siste året. Fordelingen av antall søknader fremgår av tabell 2. Kun 43 % av legene som hadde søkt, svarte på spørsmålet om andel pasienter som hadde fått innvilget re-



fusjon etter § 10a-søknader. Av disse oppgav 37% at alle deres pasienter hadde fått positivt svar på søknaden. Ved eventuelt avslag fulgte legene det opp ved enten å anke (26%), henvise til ny spesialistutredning eller sende en mer utfyllende søknad (31%), etterlyse skriftlig begrunnelse (22%) og/eller anbefale pasienten å betale legemidlet selv slik at behandlingen kunne igangsettes (21%).

Av de 430 legene som svarte på spørsmålet om tidsbruk i forbindelse med individuell refusjonsordning, oppgav 15% at de brukte under én time per måned, 70% brukte 1–3 timer og 15% mer enn tre timer per måned. Dette utgjør gjennomsnittlig ca. 2,6 timer per lege per måned. Dersom vi antar at det var 18 000 yrkesaktive leger i Norge i 2004 (9), at 60% av disse, dvs. 10 800 leger, deltok i ordningen og at hver av disse brukte gjennomsnittlig 2,6 timer per måned på søknads- og henvisningsarbeid i forbindelse med § 10a, tilsvarer dette om lag 13 legeårsværk. I tillegg kommer pasientenes og saksbehandlingens tidsbruk. Figur 2 viser legenes oppfatninger av ni utsagn om den individuelle refusjonsordningen etter § 10a. Det synes som om de gjennomgående har dårlige erfaringer med eller negative meninger om den økte bruken av individuell refusjon – likevel anførte 48% at ordningen vil kunne bidra til mer rasjonell legemiddelbruk.

Diskusjon

Resultatene fra denne undersøkelsen må, som alle spørreskjemabaserte undersøkelser, tolkes med forsiktighet. Den sier en del om legenes meninger, holdninger og erfaringer, men gir ikke nødvendigvis et objektivt bilde av hvordan ordningen fungerer. Svarprosenten er akseptabel sammenliknet med responsen i andre tidkrevende spørreskjemaundersøkelser (10, 11). Utvalgets representativitet ble testet mot legereregisteret og viste ingen store avvik (9). Fordi henviser- og/eller søkerrollen var eneste inklusjonskriterium var det ikke uventet at allmennleger og spesialister i allmenntilleggsmedisin var noe overrepresentert i utvalget. Vårt utvalg antas derfor å være tilnærmet representativt for yrkesaktive leger som har med individuell refusjon å gjøre.

Et flertall av referansepanelets leger (61%) hadde henvist og/eller søkt om individuell refusjon etter § 10a. At henvisningshyppigheten var størst hos allmennleger og spesialister i allmenntilleggsmedisin, var som ventet. Det var imidlertid uventet at så mange allmennleger hadde søkt om individuell refusjon etter § 10a. Dette gir mistanke om at regelverket ikke er blitt helt fulgt i praksis. Det henvises i denne forbindelse til hørings-svar om Legemiddelmeldingen, der Legeforeningen hevder at «dagens blåreseptordning er komplisert, uoversiktlig, byråkratisk, kostbar og lite forutsigbar» og at «ordningen bør utformes slik at allmenntilleggsmedisinen generelt

Tabell 1 Hyppighet av henvisning til spesialist for individuell vurdering etter § 10a i løpet av det siste året, fordelt etter rolle som henviser og/eller søker, stillingstype og medisinsk spesialitet i prosentandeler

	Ikke henvist	Henvist 1–2 ganger	Henvist 3 ganger eller mer
Alle (591)	62	22	16
Rolle			
Bare henviser (92)	31	37	32
Søker (356)	88	9	3
Både henviser og søker (143)	18	43	39
Stillingstype			
Allmennpraktiserende (202)	24	40	36
Overordnet sykehusstilling (162)	90	6	4
Underordnet sykehusstilling (66)	88	12	0
Privatpraktiserende spesialist (36)	75	14	11
Andre (19)	63	32	5
Ikke svart (106)	73	17	10
Medisinsk spesialitet			
Allmenntilleggsmedisin (222)	22	41	38
Indremedisin (185)	89	8	4
Psykatri (91)	90	8	2
Kirurgi (45)	84	13	2
Andre spesialister (48)	70	28	2

Tabell 2 Søkerhyppighet til spesialist for individuell vurdering etter § 10a i løpet av det siste året fordelt etter tjenestenivå, stillingstype og medisinsk spesialitet i prosentandeler

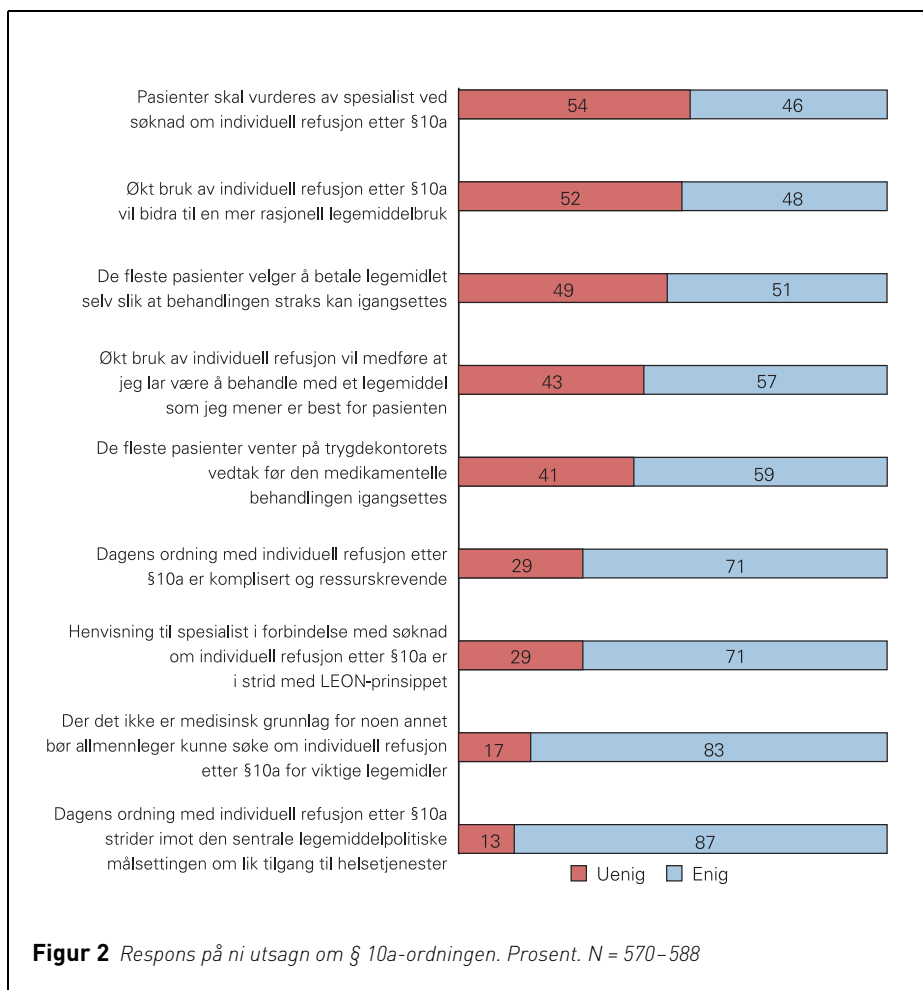
	Ikke søkt	Søkt 1–2 ganger	Søkt 3 ganger eller oftere
Alle	21	28	52
Stillingstype			
Allmennpraktiserende (203)	27	27	46
Overordnet sykehuslege (166)	19	25	56
Underordnet sykehuslege (67)	18	24	58
Privatpraktiserende spesialist (37)	16	27	57
Andre (19)	26	32	42
Uspesifisert (108)	15	33	51
Medisinsk spesialitet			
Allmenntilleggsmedisin (223)	26	27	47
Indremedisin (189)	5	20	75
Psykatri (95)	25	34	41
Kirurgi (45)	40	33	27
Andre (48)	38	40	22

har myndighet til å sende søknad om individuell refusjon etter § 10a til trygden, og at spesialistvurdering kommer som et tillegg når tungtveiende faglige grunner tilsier det» (6).

Det estimerte antallet individuelle refusjonssøknader etter § 10a er ca. 107 000. Det innebærer grovt regnet en kostnad på 42 millioner kroner i 2004 (honoraret for utfylling av refusjonsblanketten 1A er på kr 127 per blankett, pasientens egenandel ved spesialisthenvisning er kr 265 per henvisning). I tillegg kommer kostnader for spesialisthelsetjenesten og trygdeetten, pasien-

tens tids- og reisekostnader samt produksjonstap ved arbeidsfravær når pasienten er til spesialistkonsultasjon.

Et flertall av respondentene i denne undersøkelsen mener at individuell refusjon etter § 10a innebærer at pasientene ikke får den behandlingen som legen mener er den beste – eller de får den for sent. Hvilke helsekonsekvenser dette kan ha er ukjent. Utenlandske undersøkelser viser hvordan økonomiske implikasjoner for pasienten ved behandling med et ikke forhåndsgodkjent legemiddel kan virke inn på legens medisinsk-faglige vurderinger (12) – det er ikke alltid at



pasienten forteller legen om manglende evne til å betale for et legemiddel som ikke er pliktmessig refundert. En konsekvens kan bli underforbruk av viktige legemidler (13). Man må anta at slike effekter særlig gjør seg gjeldende i sosialt svaktstilte grupper, der man både kan ha større problemer med å nå frem i den offentlige forvaltningen og i mindre grad har økonomisk evne til betale for legemidlene selv.

Vi vil understreke at samfunnet har et legitimt behov for å føre kontroll med bruken av offentlige midler og at individuell refusjon kan være et hensiktsmessig virkemiddel i denne forbindelse. Tatt i betrakt-

ning den sterke stilling likhetstankegangen har i norsk helsevesen, er det likevel overraskende at norske helsemyndigheter ikke har evaluert mulige uheldige fordelingseffekter ved ordningen. Det er, oss bekjent, heller ikke gjort noen evaluering av ordningens totale helsemessige eller økonomiske konsekvenser. Dette er et paradoks, tatt i betraktning at myndighetene har bygd opp kompetanse på området og at legemiddelprodusentene må fremlegge detaljerte analyser av legemidlenes helsemessige og økonomiske konsekvenser når de søker om forhåndsgodkjenning etter § 9 for viktige legemidler med markedsføringstillatelse.

Addendum

En ny blåreseptforskrift ble innført 3.3. 2008. Den nye forskriften medfører at § 9 og § 10a, som det refereres til gjennomgående i denne artikkelen, per 3.3. 2008 har følgende nye bestemmelser:

§ 2 (tidligere § 9) – Forhåndsgodkjent refusjon for legemidler

§ 3a (tidligere § 10a) – Individuell refusjon for legemidler

Oppgitte interessekonflikter: André Levorsen var ansatt i MSD under studieperioden. Undersøkelsen og oppgaven er gjennomført uten faglig eller økonomisk støtte fra dette firmaet. De andre forfatterne har ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn? NOU 1997: 7.
2. St.meld. nr. 18 (2004–05). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
3. Rapport fra arbeidsgruppen. Overføring fra individuell til forhåndsgodkjent refusjon. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006
4. St.prp. nr. 1 (2006–07) For budsjettåret 2007. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 15. september 2006, godkjent i statsråd samme dag.
5. Fryjordet J. Etterlyser helhetlig grep om refusjonsordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1392.
6. Informasjon og kontroll i blåreseptordningen. Oslo: Statskonsult, 2004.
7. Hva mener legene om blåreseptordningen? Oslo: Statens legemiddelverk, 2006. www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_19712.aspx [25.4.2008].
8. Vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14. Delegasjonsfullmakt til legemiddelkontorene. <http://rundskriv.trygdeetaten.no/rtw/lpext.dll?f=templates&fn=main-j.htm> [25.4.2008].
9. Taraldset A. Over 18 000 yrkesaktive leger i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 341.
10. Grytten J, Skau I, Sørensen R et al. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 358–61.
11. Olsen JA, Hofoss D. Hvor mye penger vil vi bruke på helsevesenet? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 779–82.
12. Federman AD. Don't ask, don't tell. The status of doctor-patient communication about health care costs. Arch Intern Med 2004; 164: 1723–4.
13. Piette JD, Heisler M, Wagner TH. Cost-related medication underuse: do patients with chronic illnesses tell their doctors? Arch Intern Med 2004; 164: 1749–55.

Manuskriptet ble mottatt 15.10. 2007 og godkjent 25.4. 2008. Medisinsk redaktør Michael Bretthauer.