

Blåreseptordningen som prioriteringsverktøy?

AV KRISTIN SVANQVIST, MORTEN AASERUD OG LARS GRANUM, *refusjonsseksjonen, statens legemiddelverk*

Bakgrunn – Lønning I & II

Siden midten av 1980-tallet har debatten rundt prioriteringer i det norske helsevesen vakt stor interesse. Hvordan man best kan anvende helseressursene er et vanskelig, men viktig og unngåelig tema. En milepæl i denne debatten var den såkalte «Lønning I-rapporten» (NOU 1987: 23). «Lønning I» innebar at Norge, som det første vestlige land, fikk på plass nasjonale retningslinjer for prioritering i helsetjenesten. Som en videreføring av dette arbeidet kom «Prioritering på ny» (NOU 1997:18) i 1997 også kalt «Lønning II». Her fremhevet man at tre kriterier/vilkår måtte være oppfylt for at et tiltak (behandling) skulle bli gitt prioritet: at tilstanden er alvorlig nok, at behandlingen har en forventet nytte, og at kostnadene ved behandlingen bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte. Dette samt kravet om at behandlingen skulle være langvarig, dvs. mer enn tre måneder per år, danner grunnlaget for dagens kriterier for om legemidler kan forskrives på blå resept eller ikke.



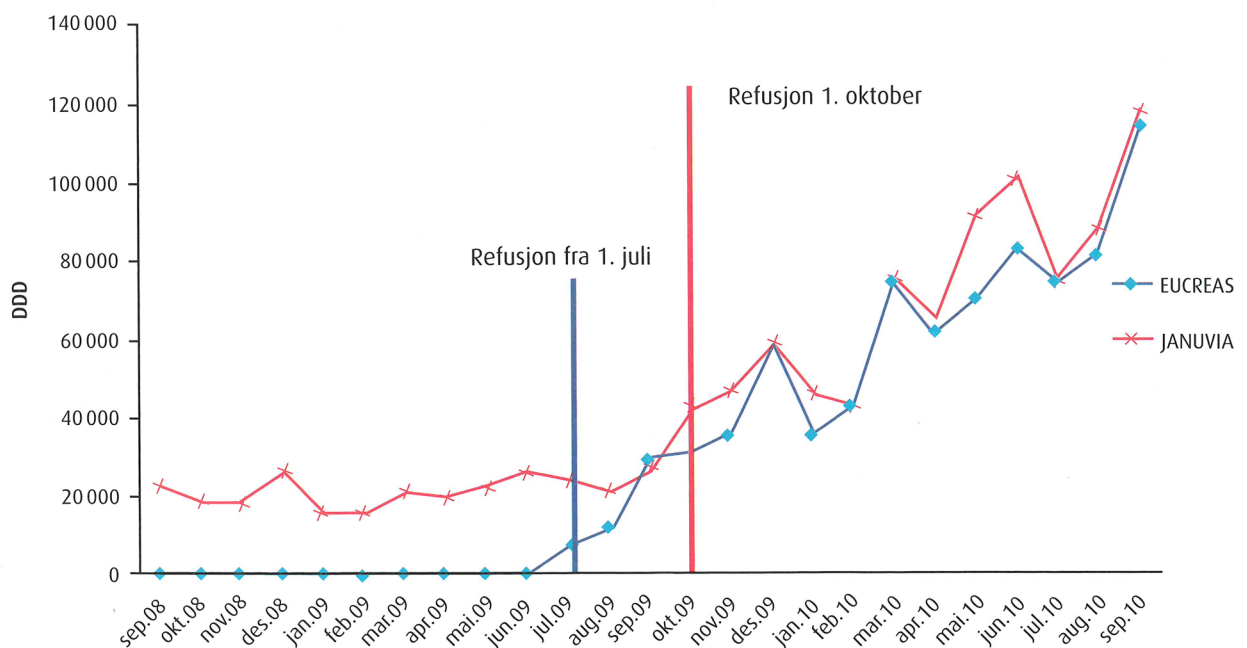
Kristin Svanqvist

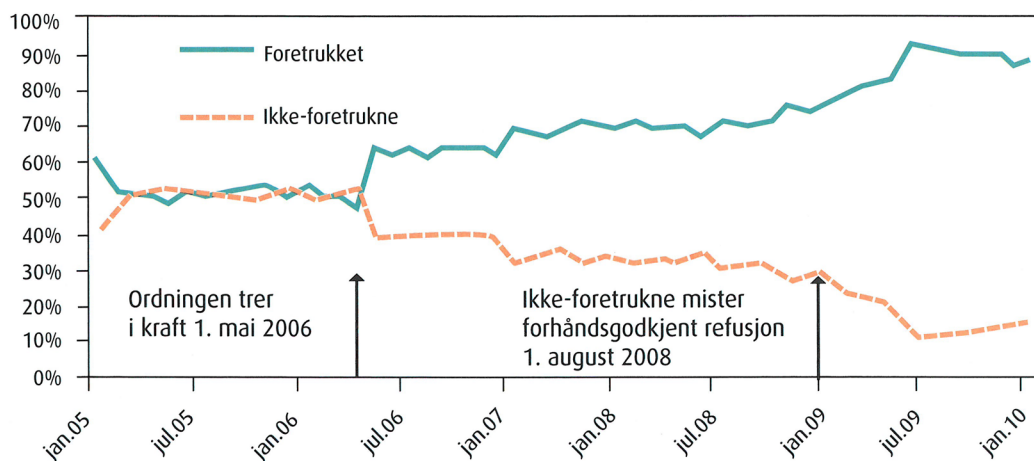
seksjonssjef refusjon, Statens legemiddelverk. Forfatteren er utdannet farmasøyt og har arbeidet med vurdering av legemidler for blåreseptordningen siden 2004.

Blåreseptordningen

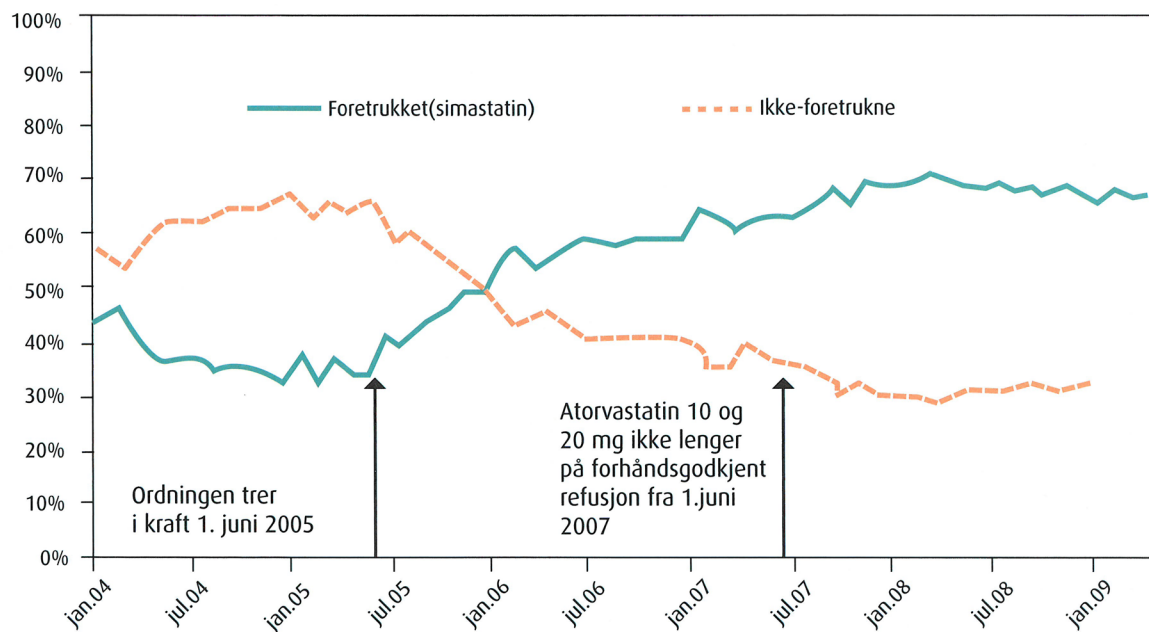
Blåreseptordningen ble innført i 1953. Den skulle sikre at den norske befolkning fikk tilgang til livsviktige og kostbare legemidler ved kroniske sykdommer uavhengig av betalingsevne. I starten og helt frem til midten av 1990-årene var opptak av legemidler i ordningen basert på hvor vidt legemidlet syntes å være nyttig for befolkningen. Dette var ikke nærmere definert. Etter at utgifter til statinbehandling hadde vokst sterkt på første halvdel av 1990-tallet var det enighet om at endringer var nødvendig. Innføring av nye

FIGUR 1. Forbruk av Januvia og Eucras i definerte døgndoser (DDD) i perioden 2008–2010. KILDE FARMASTAT





FIGUR 2: Behandling av allergi og elveblest, markedsandeler i definerte døgndoser (DDD).. KILDE FARMASTAT



FIGUR 3: Behandling av høyt kolesterol, markedsandeler i definerte døgndoser (DDD). KILDE FARMASTAT

refusjonspolitiske mål ble foreslått i NOU 1997:7 «Piller, prioriteringer og politikk» og innført i Legemiddelmeldingen i 2005 (St. meld. nr. 18 (2004–2005) «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk»). Blåreseptordningen for legemidler skal i dag:

- Sikre lik tilgang til effektive legemidler
- Gi en best mulig utnyttelse av ressursene
- Stimulere til kostnadsbevisst forskrivning og bruk av legemidler hos lege og pasient
- Bidra til god behandling og forebygging av alvorlig sykdom når det finnes effektive legemidler

Hvordan kommer legemidler på blå resept

Det er Statens legemiddelverk som i dag har ansvaret for å vurdere å vedta om et legemiddel skal kunne forskrives på blå resept eller ikke, dvs. ha forhåndsgodkjent refusjon. Regelverket for opptak og vurdering er hjemlet og beskrevet i forskrift om legemidler. Oppsummert innebærer dette at det er et legemidelfirma som må sende inn en søknad der det er dokumentert at legemidlet

- Skal brukes i behandling av en alvorlig sykdom
- Skal brukes i mer enn tre måneder per år
- Har en klinisk relevant effekt

- At kostnadene står i et rimelig forhold til behandlingens verdi

Dersom Legemiddelverket vurderer legemidlet til å oppfylle disse kravene og det ikke vil medføre mer enn fem millioner kroner i økte legemiddelkostnader for folketrygden, innvilger Legemiddelverket forhåndsgodkjent refusjon. Dette innebærer at legemidlet anses å representere en kostnadseffektiv behandling som for samfunnet vil kunne gi helsegevinster i form av nedsatt sykkelighet, økt livskvalitet og redusere dødelighet til en forsvarlig kostnad. Blåreseptordningen vil således være et prioriteringsverktøy for hvordan samfunnet kan kanalisere ressursene til de legemidlene som gir mest helse for pengene. Da vi i Norge har et tredjeparts- finansieringssystem der legene forskriver, pasientene bruker og staten betaler vil det alltid være fare for at legemidler tilbys grupper hvor nytten av behandlingen ikke står i et rimelig forhold til kostnadene. Da kan resultatet samlet sett bli mindre helse – gitt at ressursene som helsesektoren disponerer er begrensede. Behovet for informasjon, oppfølging og kontroll av ordningen er derfor stort, særlig fordi legemiddelindustrien bruker betydelige ressurser på markedsføring av sine legemidler.

Blå resept gir salg

Erfaring tilsier hvorvidt et legemiddel som kan forskrives på blå resept vil ha stor betydning for om et legemiddel benyttes eller ikke. Salgskurvene for diabeteslegemidlene Januvia (sitagliptin) og Euceras (vildagliptin+metformin) målt i definerte døgndoser (DDD) illustrerer dette godt (FIGUR 1). Kurvene viser en vesentlig økning i solgte DDD etter at legemidlene kunne forskrives på blå resept. Legemidlene fikk refusjon omtrent samtidig, for samme bruksområde og med de samme refusjonsvilkårene. Dokumentasjonen som ligger til grunn for at det ble innvilget forhåndsgodkjent refusjon viser at det er en sannsynlighetsovervekt for at disse legemidlene, gitt at refusjonsvilkårene er oppfylt, er kostnadseffektiv behandling og dermed potensielt en god investering for samfunnet. Om dette i praksis er en god allokering av samfunnets ressurser gjenstår å se. Legemiddelverket vil derfor følge forbruksmønsteret nøye i tiden fremover.

Effekter av blåreseptordningen

Opptak av legemidler i blåreseptordningen er et eksempel på hvordan myndighetene på et overordnet nivå gjør prioriteringer om hvilke legemidler samfunnet skal betale for. Men ordningen påvirker også hvordan legen konkret skal prioritere i forskrivningen av medikamenter til den enkelte pasient. Blåreseptordningen er et meget sterkt virkemiddel til å styre forbruksmønsteret av legemidler.

Foretrukne legemidler

Innenfor blåreseptordningen er det flere virkemidler knyttet til valg og prioritering. Ofte får legemidler på blå resept refusjonsvilkår. Eksempelvis er foretrukket legemiddel en ordning for legemidler på blå resept som tilsier at forhåndsgodkjent refusjon kun ytes dersom legene først forskriver de mest kostnadseffektive legemidlene innen terapiområdene hypertensjon, allergi, migrene, reflukssykdom og kolesterolbehandling. Foretrukket legemiddel ble første gang innført i 2005. Ordningen har sammen med likeverdig bytte og trinnpris for generiske legemidler frigjort om lag 10 milliarder kroner i perioden 2005–2010.

I nyere tid er det trolig få tiltak som har vist like store effekter på forskrivningsmønsteret som ordningen med foretrukne legemidler. Særlig gjelder dette for kolesterolsenkende legemidler og antihistaminer. FIGUR 2 og 3 viser at forbruksmønsteret i DDD påvirkes direkte etter implementering og har en vedvarende virkning. Analyser basert på tall fra Reseptregisteret viste at forskrivning av foretrukket simvastatin blant nye brukere var over 90 prosent allerede seks måneder etter at ordningen trådte i kraft. Endringen i brukermønsteret for antihistaminer viser at også her økte bruken av de mest kostnadseffektive legemidlene cetirizin og loratadin. Endringen tok imidlertid noe mer tid før størrelsen på effekten var tilstrekkelig etter myndighetenes oppfatning. Det er viktig å påpeke at ordningene med foretrukne legemidler neppe ville gitt såpass store endringer i forskrivningsmønsteret uten den gode etterlevelsen av ordningen fra leger og pasienter. Dette viser at blåreseptordningen kan være et godt prioriteringsverktøy.

Oppsummering

Blåreseptordningen er primært et finansieringssystem for legemidler som brukes utenfor sykehus og institusjoner, men er likevel et viktig styrings- og prioriteringsverktøy for myndigheter og leger for å velge den mest kostnadseffektive legemiddelbehandling for samfunnet. Utgiftene til blåreseptordningen holdes i dag på et relativt stabilt nivå på om lag 8,5 milliarder kroner. Det vil alltid være en knapphet på ressurser og med en stadig aldrende befolkning og et økende behov for legemiddelbehandling fremtvinger dette tydelige prioriteringer og bruk av de mest kostnadseffektive legemidlene. Ikke minst er dette viktig dersom vi også i fremtiden skal ha mulighet til å ta i bruk nye, avanserte og stadig dyrere legemidler.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
kristin.svanqvist@legemiddelverket.no



PAISAJE INCLINADO (BRATT LANDSKAP)