



Frode Berglund

Fører individuell refusjon til sosiale ulikheter

NOTAT
2007:117

Tittel: Fører individuell refusjon til sosial ulikhet?

Forfatter: Frode Berglund

NIBR-notat: 2007:117

ISSN: 0801-1702
ISBN: 978-82-7071-700-2
Prosjektnummer: O-2544
Prosjektnavn: Fører individuell refusjon til sosial ulikhet?

Oppdragsgiver: Legemiddelindustriforeningen (LMI)

Prosjektleder: Frode Berglund

Referat: Hensikten med dette prosjektet er å undersøke om individuell refusjon av medikamenter fører til sosial ulikhet i medisinsk behandling. Pasienter som mottar slik refusjon blir sammenlignet med pasienter som mottar generell refusjon. Det er få som mottar individuell refusjon, men analysen viser at det høyt utdannede får slik refusjon oftere enn andre. Det er videre slik at de med lavest inntekt får sjeldnere individuell refusjon enn andre. Konsekvensen av å la ordningen med individuell refusjon bli en del av generelle refusjonspolitikken, vil dermed føre til økt sosial ulikhet. Reseptregisteret ligger til grunn for analysene.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: November 2007

Antall sider: 39

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2007

Forord

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har gjennomført prosjektet "Fører individuell refusjon til sosial ulikhet?" i perioden mai 2007 – oktober 2007 med finansiering fra Legemiddelindustriforeningen (LMI).

Hensikten med prosjektet har vært å undersøke om blåreseptforskriftens §10a – som gjør det mulig å få refunderte preparater som ikke er forhåndsgodkjent på individuelt grunnlag – medfører sosial ulikhet i forhold til medisinsk behandling. Dette er gjort gjennom en analyse av samtlige reseptekspedisjoner ved norske apotek fra 1. juni 2006 til 31. mai 2007.

Foreliggende notat er skrevet av Frode Berglund ved Avdeling for studier av velferd, demokrati og offentlig forvaltning (Demos.) Takk til medarbeidere på nevnte avdeling og Ivar Brevik for nyttige kommentarer og innsigelser til tidligere utkast.

Oslo, november 2007

Hilde Lorenzen

Innhold

Forord	1
Figuroversikt.....	4
Sammendrag	5
Summary	7
1 Introduksjon	9
1.1.1 Hensikten med individuell refusjon	9
1.1.2 Behandlingstid.....	11
1.1.3 Omfang av søknader og innvilgningsprosent.....	11
2 Problemstillinger.....	14
3 Datamateriale	16
4 Omfanget av reseptekspedisjoner	17
5 Hvem får individuell refusjon?	19
5.1 Sosial ulikhet og individuell refusjon for alle sykdomstyper.....	19
5.1.1 Geografi.....	19
5.1.2 Alder og kjønn.....	21
5.1.3 Utdanning.....	22
5.1.4 Inntekt	23
5.2 Sosial variasjon for utvalgte diagnoser	25
5.2.1 Om preparatene	25
5.2.2 Individuell refusjon etter diagnose	26
6 Fører individuell refusjon til sosial ulikhet?	30
7 Oppsummering og avsluttende drøfting.....	35
7.1 Drøfting.....	35
Litteratur	37
Vedlegg 1 De hundre hyppigst ekspederte preparatene på § 10a. Frekvenser.	38

Tabelloversikt

Tabell 4.1	Omfanget av reseptekspedisjoner fra 1. juni 2006 til 31. mai 2007. Prosent per refusjonspunkt.	17
Tabell 6.1	Individuell refusjon etter bosted, kjønn, alder, utdanning og inntekt. Oddsreter.	31
Tabell 6.2	Sannsynligheten for at utvalgte grupper har fått individuell refusjon.	34

Figuroversikt

Figur 5.1	Prosent individuelle refusjoner per fylke (av totalt antall refusjoner) per fylke.....	20
Figur 5.2	Individuelle refusjoner etter kjønn og alder. Prosent	21
Figur 5.3	Individuelle refusjoner etter utdanningens nivå og type. Prosent	22
Figur 5.4	Andel individuelle refusjoner etter brutto inntekt (inndelt i desiler på grunnlag av fordeling av bruttoinntekt i befolkningen). Nedre grense for hver desil er gjengitt under søylen; dens øvre grense følger av neste søyle.	24
Figur 5.5	Andel individuelle refusjoner etter lønnsinntekt (inndelt i desiler på bakgrunn av inntekt i befolkningen). Nedre grense for hver desil er gjengitt under søylen; dens øvre grense følger av neste søyle.	24
Figur 5.6	Individuell refusjon for tre diagnoser etter alder. Prosent individuell refusjoner av samtlige refusjoner på blå resept for respektive diagnose.	26
Figur 5.7	Individuell refusjon for tre diagnoser etter kjønn. Prosent individuell refusjoner av samtlige refusjoner på blå resept for respektive diagnose.	27
Figur 5.8	Individuell refusjon for tre diagnoser etter utdanning. Prosent individuell refusjoner av samtlige refusjoner på blå resept for respektive diagnose.	28
Figur 5.9	Individuell refusjon for tre diagnoser etter brutto inntekt. Prosent individuell refusjoner av samtlige refusjoner på blå resept for respektive diagnose.	29

Sammendrag

Frode Berglund

Fører individuell refusjon til sosial ulikhet?

NIBR-notat: 2007:117

I den helsepolitiske debatten har det blitt hevdet at ordningen med individuell refusjon fører til sosial ulikhet i den medisinske behandlingen. Forhåndsgodkjente preparater gir automatisk rett til refusjon og man betaler bare egenandel når man henter ut medisin på apotek. Dette er hva man kaller generell refusjon. Ved behov for preparater som ikke er forhåndsgodkjent, kan man likevel få refusjon ved å søke individuelt og etter å ha vært hos spesialist. Man må selv legge ut for det medikamentet faktisk koster ved uthenting, men får ettergitt hvis søknad bli innvilget. Ordningen var ment å fungere som et sikkerhetsnett for små pasientgrupper, men har etter hvert også blitt brukt som et virkemiddel for å holde kostnadene til refusjon på blå resept nede ved at ordningen har blitt benyttet også for større pasientgrupper. Dette ut fra en hypotese om at legene forskiver de dyreste medikamentene, selv om pasientene kunne klart seg med et billigere produkt. Det skal altså ligge et faglig grunnlag bak en søknad om individuell refusjon. Det innebærer at pasientene må passere flere terskler for å få individuell refusjon enn generell refusjon, og ut fra "terskelteorien" vet man at jo flere terskler som må overvinnes, dess mer sosialt skjevfordelt blir godet som skal fordeles.

I dette notat blir denne antagelsen undersøkt ved hjelp av reseptregisteret, som inneholder samtlige reseptekspedisjoner ved norske apotek i perioden 1. juni 2006 til 31. mai 2007. Av rundt 5 000 000 reseptekspedisjoner ble rundt 2 prosent av refusjoner gitt etter individuell søknad. Disse ble analysert ut fra bosted, kjønn, alder, utdanning og inntekt.

Analysen viser at det er forskjeller knyttet til bostedsfylke, men ikke til kommunestørrelse. I dette notatet er det ikke forsøk på å forklare forskjeller mellom fylker utover å registre at slike foreligger. Det er videre ingen tegn til at kommunens størrelse har betydning for andelen individuelle refusjoner. For kjønn og alder er det forskjeller, men disse synes å kunne tilskrives at kvinner og menn har noe forskjellige sykdommer, noe som også gjelder alder.

I forhold til sosial ulikhet er utslagene for utdanning og inntekt interessante. Analysen viser nemlig at høyt utdannede er mottagere av individuell refusjon i større grad enn andre, og særlig hvis de har helsefaglig utdanning. Det antyder at pasienter med høy utdanning lettere overvinnes tersklene for å søke og motta preparater som krever individuell refusjon. I forhold til inntekt, peker pasienter i den laveste inntektsgrupper seg ut ved lavere innslag av individuell refusjon enn andre inntektsgrupper. Det antyder at ordningen utgjør et problem for pasienter med lav inntekt.

Vi har ikke noe grunnlag for å anta at små pasientgrupper er skjevfordelt etter inntekt og utdanning, og vi kan derfor forutsette fra at de registrerte ulikhetene oppstår i forhold til

formålet om å holde utgiftene til refusjon på blå resept nede. Konklusjonen er derfor at ordningen med individuell refusjon fører til økte sosiale skjevheter i det medisinske behandlingstilbudet. Hvis ordningen i økende grad blir en del av den generelle refusjonspolitikken, vil det medføre ytterligere sosial ulikhet.

Nå kan det innvendes at dagens situasjon er kjennetegnet ved at det er få pasienter som søker, og at ordningen ikke utgjør noe et stort problem. Til det er fenomenet for marginalt. Dette er imidlertid ikke noe formildende argument i forhold til dem det gjelder. Det er klart et problem at en ordning som gjelder pasienter – ofte kronikere – er slik innrettet at den gir sosioøkonomisk ulik tilgang til nokså livsviktige preparater.

Summary

Frode Berglund

Does individual reimbursement cause social inequality?

NIBR Working Paper 2007:117

In the debate over public health and government policy, it has been alleged that the individual reimbursement scheme exacerbates social inequalities in the distribution of medical care. Approved pharmaceuticals are automatically reimbursed by the state; the patient is only required to pay part of the cost up front.¹ It is known as the general reimbursement scheme. If the patient needs non-approved medication, reimbursement is still possible, but only after seeing a specialist and filing an application form. The patient still needs to pay the chemist or pharmacy the full cost of the medication. If his or her application is granted, part of the cost will be refunded. The scheme is supposed to provide security for small patient populations, but has been used to keep the cost of prevalent "blue prescription" drugs down.² Doctors are assumed to prescribe the dearest version of a given drug even when less expensive but effective makes are available. Individual refunding requires, in other words, a medical justification. It also means more hurdles for patients to cross than the general reimbursement scheme. As threshold theory predicts, such obstacles are likely to increase the distributive disparity of the good in question.

This is the hypothesis we address in this working paper. We have analysed data held by the Prescription Registry (*Reseptregisteret*), which keeps a record of all prescriptions dispensed by Norwegian pharmacies. We examine a twelve-month period, from June 1, 2006, to May 31, 2007. Five million prescriptions were dispensed during that year, of which about 2 per cent were refunded under the individual reimbursement scheme. Variables included place of residence, sex, age, education and income.

In terms of social inequalities, the effects of education and income were interesting. The highly educated are more likely to be reimbursed for medication outlays, not least patients with a medical or healthcare training. Well educated patients, it seems, are more likely to overcome the obstacles involved in filing reimbursement forms and getting drugs requiring individual reimbursement. While sex does make a difference, it has more apparently to do with the different illnesses affecting men and women. The same goes for age as well.

There is no evidence of skewed distribution of small patient populations by income or education. That being the case, the disparities we find are most likely related to the desire to curb spending on blue prescription refunds. We can therefore conclude that the

¹ *Egenandel* = variously given as copayment, shared payment, patient payment and cost-sharing.

² The cost of "blue prescription" drugs is reimbursable, i.e. refunded by the state. The tag refers to the colour of the doctor's prescription form. "White prescription" drugs are non-reimbursable.

individual reimbursement scheme does promote social inequality in healthcare delivery. If the scheme achieves a more prominent place in terms of wider reimbursement policy, wider social inequality will doubtless result.

One could object to this thesis insofar as the number of patients filing for reimbursement under the scheme is not large, and the scheme does not represent an acute problem. It is too marginal a phenomenon for that. Arguments along these lines are no comfort to the people affected, of course. If a scheme targeting patients – often chronically ill patients – in practice skews access to often essential medication by socio-economic status, one obviously has a problem.

1 Introduksjon

I Blåreseptforskriften (1997) gis detaljerte beskrivelser for hva Folketrygden gir stønad til når det gjelder dekning av utgifter til viktige legemidler og medisinsk utstyr. Forskriften angir hvilke sykdommer som kvalifiserer til refusjon (refusjonspunkter), og hvilke legemiddelgrupper som inngår (§ 9). Til forskriften hører også en fullstendig liste over preparatene det gis stønad til – også kalt forhåndsgodkjente preparater.³ En pasient som blir forskrevet et forhåndsgodkjent preparat etter § 9, betaler bare vanlig egenandel ved uthenting av medisin. Refusjon av slike preparater skjer således automatisk, og er hva man kan kalle generell.

I noen tilfelle er det nødvendig å forskrive preparater som ikke er oppført på blåreseptlista. Dette fordi preparater som ikke er forhåndsgodkjent er bedre for pasienten det gjelder. Det kan være flere årsaker til at preparatet ikke er forhåndsgodkjent. For eksempel vil det kunne ta noe tid fra et preparat introduseres til det blir godkjent, eller fordi det finnes et ekvivalent preparat som er billigere, og av den grunn foretrukket. Det hender også at preparater fjernes fra lista. Det er Legemiddelverket som avgjør hvilke preparater som får status som forhåndsgodkjent.

Blåreseptforskriftens § 10a åpner imidlertid for at pasienter som vil ha større behov av et preparat som ikke er forhåndsgodkjent kan få utgiftene sine refundert av Folketrygden:

Arbeids- og velferdsdirektoratet kan når særlige grunner taler for det, godkjenne at det ytes stønad til et legemiddel som ikke er oppført i preparatlisten ved en av de sykdommer som er nevnt i § 9.

Dette kalles individuell refusjon på blå resept, og kan fås ved at pasienten sender inn en individuell søknad. For å få individuell refusjon er det en hovedregel at behandlingen skal være startet av en spesialist på det spesielle sykdomsområdet. Søknaden må i hvert enkelt tilfelle godkjennes av NAV Helsetjenesteforvaltning. Hvis refusjon blir innvilget, trenger pasientene kun å betale egenandel som på blå resept ved uthenting av medisin.

Pasienter som trenger kostbare preparater, kan dermed få dekket utgiftene, men da etter individuell vurdering. Siden preparatene ikke gir automatisk rett til refusjon, må pasienten legge ut for medisinene inntil søknaden er behandlet.

1.1.1 Hensikten med individuell refusjon

Hensikten med ordningen om individuell refusjon var at den skulle fungere som et sikkerhetsnett for små pasientgrupper. Preparater for små pasientgrupper vil lett kunne bli oversett når man vurderer hvilke midler som kvalifiserer til forhåndsgodkjenning, og

³ For en oversikt over forhåndsgodkjente preparater, se http://uv-ws-016.asplogon.com/pia/vis_preparatlisten.asp#1).

muligheten for å søke individuelt skulle sikre at disse pasientgruppene fikk dekket sine kostnader.

Med denne intensjonen burde forekomsten av individuelle refusjoner være svært liten. Etter århundreskiftet er det imidlertid registrert en betydelig økning av individuelle refusjoner – noe som skyldes at ordningen i noen grad også omfatter større pasientgrupper.

Et forslag til statsbudsjettet for 2008 kan tjene som eksempel. Her blir det foreslått at nyere antihistaminer (som er allergimedisiner) skal fjernes fra blåreseptlista, og at bare de billigste preparatene skal gi rett til generell refusjon. Norges Astma- og Allergiforbund oppfatter at ordningen brukes som et virkemiddel for å kutte ned på utgiftene til blå resept. Dette uttrykker de forståelse for, men legger til at dette ikke må gå utover store grupper av kronikere som har stor effekt av nevnte antihistaminer. (<http://naaf.no/no/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Pollenallergikere-tatt-ved-nesen-Loftebrudd-nar-allergimedisiner-fjernes-fra-bla-resept/>)

Dette er selvsagt et partsinnlegg, men illustrerer likevel at individuell refusjon ikke bare anvendes på små pasientgrupper. Allergikere utgjør utvilsomt en stor pasientgruppe. Selv om neppe alle allergikere trenger de nyeste antihistaminene, så tvinger forslaget alle gamle og nye brukere av de aktuelle antihistaminene til å søke om individuell refusjon.

Forslaget om å fjerne antihistaminer fra lista etterlater dermed et inntrykk av at ordningen med individuell refusjon brukes for å holde kostnadene til refusjon på blå resept nede. Det finnes flere lignende eksempler. Dagens Medisin har for eksempel trukket frem uheldige eksempler på at bestemte preparater for astmatikere blir fjernet fra lista over forhåndsgodkjente preparater, og tilsvarende for kolesterolsenkende preparater. Den generelle innvendingen er at man mener Legemiddelverket legger økonomiske fremfor faglige vurderinger til grunn når de foretar endringer i hvilke preparater som kvalifiserer til generell refusjon.

En slik antagelse kan ha noe for seg. Da det i 2003 viste seg at utgiftene til blå resept hadde doblet seg siden 1995, påpekte Riksrevisjonen at helsedepartementet kunne spare store penger dersom det blir bedre styring med hvilke medisiner som skrives ut på blå resept. Dette kunne blant annet gjøres ved å få legene til å skrive ut rimeligere medisiner med tilnærmet likeverdig effekt. Riksrevisjonens hypotese var at det forskrives dyrere medisiner der det finnes andre alternativer med tilnærmet likeverdige produkter. (<http://www.nrk.no/nyheter/innenriks/3355236.html>). Omtrent samtidig begynte antall søknader om individuell refusjon å øke. Fra 2003 økte utgiftene til legemidler på blå resept fra 8,7 milliarder i til 9,5 milliarder i 2004. Deretter har utgiftene sunket noe, og anslag for 2006 viser at utgiftene er på nesten 8,8 milliarder (2006-kroner).

Økningen av individuelle refusjoner skyldes i noen grad at mange som tidligere hadde fått forskrevet kostbare preparater på faglig grunnlag, ble nødt til å søke individuelt. I tilknytning til dette, har flere påpekt at byråkratiet knyttet til slike søknader er kostbart. For det første fordi pasientene må gå veien om spesialist, for at denne skal vurdere nødvendigheten av preparatet. Og til spesialist kommer man først etter å ha fått henvisning fra en allmennpraktiker (fastlege). Dernest kommer selve kostnaden ved saksbehandlingen. Det innebærer at hvis store pasientgrupper må sende individuelle søknader, kan de samlede kostnadene ved ordningen med individuell refusjon fort øke i omfang. Slike kostnader vil imidlertid ikke være like synlige som kostnadene knyttet til refusjon av preparatene.

1.1.2 Behandlingstid

Behandlingstiden for individuelle søknader har tidligere vært lang. I følge et oppslag i Dagsavisen sommeren 2004 blir det oppgitt at gjennomsnittlig behandlingstid per søknad er 41 uker, og at det kan ta opp til 12 måneder. Siden pasientene må legge ut mens søknaden behandles, har dette hatt uheldige konsekvenser for pasientene. Etter at NAV Helsetjenesteforvaltning tok over behandlingen av individuelle søknader har man sluttet å beregne gjennomsnittlig behandlingstid, men beregner i stedet normtid. Denne angir svartid fra NAV (mottar søknad) til bruker for 75 prosent av sakene som er behandlet på området siste fire måneder. Normtidskravet for prioriterte saker er satt til 0,4 måneder, og for disse sakene holder NAV seg innenfor kravet. For uprioriterte saker er normkravet 0,7 måneder, mens beregnet normtid er 1,3 måneder.

Det innebærer at saksbehandlingstiden per i dag ikke er så veldig lang, og at utgiftsperioden for pasienter flest ikke er urimelig lang. Den vil selvsagt være noe lenger for de 25 prosentene som ikke får søknaden behandlet i løpet av normtiden. Utleggene kan likevel bli i høyeste laget for pasienter med lave inntekter. Sjansen for at søknaden blir innvilget er imidlertid høy – over 90 prosent av søknadene blir innvilget i (se tabell under).

1.1.3 Omfang av søknader og innvilgningsprosent

For få et overblikk over omfang og andelen søknader som blir innvilget har vi hentet inn data fra NAV.

År	Søknader	Innvilgede	Innvilgnings Prosent
2004	150 013	139 589	93,1
2005	139 379	131 901	94,6
2006	158 974	146 665	92,3
2007 (jan-sept)	118 444	111 619	94,2

For det første er det ingen entydig tendens til at antall søknader er jevnt stigende. Vi registrerer for eksempel en svak nedgang fra 2004 til 2005. Deretter øker søknadsmengden med 20 000 søknader i 2006, mens de foreløpige tallene for 2007 antyder at søknadsmengden blir som i fjor. Innvilgningsprosenten er stabil og høy – gjennom hele perioden har mer enn ni av ti søknader blitt innvilget.

Det har blitt hevdet at hensikten med ordningen forsvinner når nesten alle søknader blir innvilget. Når så godt som alle søknader innvilges, kan kostnadene knyttet til saksbehandling synes unødvendig.

Byråkratiet rundt ordningen koster selvsagt penger. LMI beregnet at kostnadene forbundet med administrasjon rundt ordningen lå et sted mellom 100 og 150 millioner kroner i 2003, og at tilsvarende kostnader for 2004 kom til å bli 200 millioner kroner. Grunnlaget for disse beregningene er at det kom inn 134 000 søknader om individuell refusjon i 2003, mens kostnadene for 2004 ble gjort ut fra Rikstrygdeverkets antagelse om at antall individuelle refusjonssøknader ville bli 250 000. Av tabellen skulle gå frem at beregningsgrunnlaget for 2004 er altfor høyt. Tallene for 2003 er mer i tråd med dagens søknadsmengde. NAV (2007) har beregnet at deres kostnader til saksbehandling ligger mellom 530 og 1550 kroner per søknad. Beløpet varierer med sakens kompleksitet. Hvis vi regner ut fra et snitt på kroner 1.000, innebærer det at kostnadene for

ekspedisjonene som er gjenstand for denne analysen, beløper seg til omtrent 100 millioner kroner. Hvis vi antar at gjennomsnittskostnaden for spesialistbesøk og reise også beløper seg til kroner 1.000, skulle de offentlige kostnadene knyttet til ordningen blir omtrent 200 millioner utenom refusjonskostnadene

Om disse kostnadene er unødvendige, er et annet spørsmål. Høy gjennomslagkraft kan ikke være et argument for at saksbehandling knyttet til individuell refusjon utgjør en unødvendig kostnad. Høyt gjennomslag kan like gjerne være en indikasjon på at ordningen fungerer godt – de som søker om preparater utenom blå resept er faktisk berettiget til refusjon. Hvis preparater som i dag krever individuell refusjon, hadde stått på lista over medikamenter for å generell refusjon, kunne det jo hende at alle fikk refundert de dyreste medisinene. Da kunne kostnadene til refusjon av preparater fort oversteget kostnadene som nå går til administrasjon av søknader. Dessuten, anslaget for hvor mye det koster å administrere ordningen er svært beskjedent i forhold til de samlede utgiftene på blåreseptpreparater. Disse beløp seg, som nevnt, til 9,5 milliarder i 2004.

På den annen side kan det være problemer forbundet med prosessen rundt individuell refusjon. Den såkalte ”terskelteorien” viser at jo flere ”terskler” som må overvinnes for å oppnå et gode, jo mer skjevfordelt blir tilgangen til godet (se for eksempel Dahl Jacobsen m.fl. 1982). Denne teorien har blitt brukt til å begrunne hvorfor tilgangen til helse- og sosialtjenester er sosialt skjevfordelt. Siden individuell refusjon innebærer at pasientene må forsere flere terskler for å oppnå dette enn generell refusjon, er det grunn til å anta ressurssterke pasienter lettere vil oppnå slik refusjon enn andre.

Flere momenter trekker i den retning. For det første er det en del pasienter som ikke har råd til å legge ut for medikamentene i den perioden søknaden deres er til behandling. Noen vil heller ikke være villig til å ta sjansen på at søknaden blir avslått. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, har for eksempel fått tilbakemeldinger om at en del pasienter unnlater å hente ut medisiner fordi de ikke har råd til å legge ut betydelige beløp som de kanskje ikke får refundert før flere måneder senere. Dette kan gjøre at pasienter med lav inntekt nøyer seg med medikamentet som kvalifiserer til generell refusjon.

Et annet moment er at ressurssterke personer generelt har lettere for å orientere seg og nå frem i byråkratiet. Dette gjør at ordningen kan skape sosiale skjevheter i tilgangen til de riktige preparatene. Et tredje moment er at tilgangen på spesialister ikke er lik over hele landet, noe som kan føre til regional ulikhet i behandlingen av sykdommer.

Dette er problemstillinger som er kjent for myndighetene. Det kommer blant annet klart til å uttrykk i en uttalelse Stortingets Sosialkomité avga til St.meld.nr.18 (2004-2005) (Legemiddelmeldingen). Uttalelsen var enstemmig, og lyder som følger:

Komiteen har merket seg den kraftige veksten de siste årene i bruk av individuell refusjon etter blåreseptforskriftens § 10a. Ordningen med individuell refusjon er ment å være et sikkerhetsnett for mindre pasientgrupper, og den skal etter komiteens mening ikke være et bærende element i refusjonspolitikken. En utstrakt bruk av ordningen med individuell refusjon på bekostning av forhåndsgodkjent refusjon for nye legemidler, innebærer ulik tilgang til viktige legemidler for norske pasienter avhengig av bosted, kunnskap om reglene og egne ressurser. Slik sett kan man ikke bygge refusjonspolitikken på denne ordningen uten samtidig å komme i konflikt med hovedmålsettingene med blåreseptordningen om lik tilgang til viktige medisiner for alle.

Komiteen mener det er positivt at Regjeringen foreslår å overføre enkelte legemidler fra individuell refusjon til forhåndsgodkjent refusjon med klare refusjonsvilkår. Bruk av forhåndsgodkjent refusjon med klare refusjonsvilkår vil bidra til en mer målrettet og riktigere legemiddelbruk ved at man på en bedre måte enn ved å bruke individuell refusjon kan få dirigert legemidlene til de riktige pasientene.(Innst.S.nr.197 (2004-2005)).

Dette blir fulgt opp våren 2007 i en merknad fra Helse- og omsorgskomiteen (Innst. S. nr. 240 (2006-2007)) om Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller:

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at noen viktige medisiner i de senere årene er flyttet fra generell refusjon til refusjon etter individuell søknad i § 10A i blåreseptforskriften, og dette har hatt ulike faglige begrunnelser. Flertallet har tidligere varslet at de er opptatt av om dette får sosiale virkninger. Det er i den senere tid offentliggjort statistikker som gir grunn til å vie dette enda større oppmerksomhet, og flertallet viser bl.a. til påstått økning av akuttinnleggelser i sykehus. Flertallet ønsker at de eventuelle sosiale virkningene av å flytte medikamenter fra § 9 i blåreseptforskriften til § 10A blir nøye evaluert.

Det er altså forhold ved ordningen om individuell refusjon som gjør at både brukere og helsepolitikere mener at ordningen bidrar til å skape sosial ulikhet med hensyn til medisinsk behandling her til lands. Om denne oppfatningen stemmer med hvordan ordningen faktisk fungerer er en imidlertid i liten grad blitt undersøkt.

ECON (2007) peker i en nylig utgitt rapport på at antagelsen om at individuell refusjon fører til økt sosial ulikhet, i liten grad har blitt undersøkt empirisk. Det foreligger bare antydninger om at ordninger fungerer slik. ECON gjennomfører i den forbindelse en undersøkelse om salg av gamle og nye medisiner mot KOLS. Hypotesen er at individuell refusjon fører med seg økte sosiale ulikheter i behandlingen av KOLS. Oslo blir brukt som case, og salget av ulike legemidler mot KOLS blir sammenlignet mellom østlige og vestlige bydeler. Et premiss for analysen er at sosial ulikhet blir fanget opp av geografi. Analysen beveger seg derved på aggregert nivå, og tar ikke hensyn til egenskaper ved pasientene som har kjøpt medikamentene. Det man vet om pasientene er at de har kjøpt medisinene sine på et apotek i en bestemt del av byen, og man antar at den sosiale sammensetningen i tilhørende bydeler forteller noe om statusen til kjøperne. ECON tar selvsagt forbehold om dette i rapporten – noe som avspeiler seg i den litt forsiktige konklusjonen.

I dette notatet går vi imidlertid direkte til verks, og undersøker om pasientenes sosiale ressurser har innvirkning på om de får individuell refusjon eller ikke. Skulle det vise seg at ressurssterke pasienter får individuell refusjon relativt oftere enn ressursvake pasienter, vil det være en indikasjon på at ordningen bidrar til sosial ulikhet i den medisinske behandlingen.

2 Problemstillinger

Antagelsen om at ordningen med individuell refusjon kan føre til sosial ulikhet i medisinsk behandling, bygger på det faktum at slik refusjon er vanskeligere å oppnå enn generell refusjon. Videre, at salget av preparater som krever individuell refusjon, er høyere på steder med innbyggere med høy sosial status enn på steder med innbyggere med lav sosial status. Vår undersøkelse tester problemstillingen ved å undersøke hvorvidt pasienter som får individuell refusjon, er mer ressurssterke enn pasienter som mottar generell refusjon. Sammenligningen gjøres i forhold til de mulige ulikhetsfaktorer som er anført i innledningen, og dreier seg om bosted, utdanning og inntekt.

For å kunne vurdere dette trenger vi opplysninger om pasientene som mottar individuell refusjon. I tillegg må vi ha et data som gjør det mulig å undersøke om mottagere av individuell refusjon skiller seg fra andre mottagere med hensyn til sosial sammensetning. Pasienter som får refusjon på generelt grunnlag utgjør et naturlig sammenligningsgrunnlag.

Dette fordi individuell refusjon krever at pasienten har en diagnose som faller inn under et av refusjonspunktene i Blåreseptforskriften. De to gruppene skulle dermed være sammenlignbare når det gjelder diagnose. Det som skiller dem, er at den ene gruppen får refundert utgiftene automatisk, mens den andre må søke individuelt. Preparater som krever individuell refusjon kan være dyrere.

Hvis ordningen fungerer etter hensikten, burde mottagerne av individuell refusjon ha samme sosiale sammensetning som mottagerne av generell refusjon. Men, så lenge ordningen med individuell refusjon også omfatter store pasientgrupper, er det grunn til å anta at ressurssterke pasienter oftere vil få preparater på individuell refusjon enn andre.

I forhold til bosted er hypotesen at pasienter i sentrale strøk oftere vil motta individuell refusjon enn pasienter i mindre sentrale strøk. Antagelsen er at det er lettere å komme til spesialist for pasienter i sentrale enn i perifere strøk - primært fordi reisetiden i mindre grad utgjør et problem.

Videre kan vi forvente at innslaget av individuelle refusjoner øker med inntekt. Dette fordi pasientene selv må legge ut for medisinerne i tiden søknaden blir behandlet. Selv om utlegget blir etterbetalt når søknaden er innvilget, er det ikke urimelig å anta at pasienter med lav inntekt vil være mer orientert mot medisiner på generell fremfor individuell refusjon. Selv om de fleste individuelle refusjoner blir innvilget, så er det jo ikke gitt at søknadene blir innvilget. Pasienter med høy inntekt vil lettere kunne ta en slik risiko enn pasienter med lav inntekt.

Det har også blitt hevdet at ressurssterke pasienter er flinkere til å håndtere byråkratiet forbundet med individuell refusjon enn andre. Her spiller pasientenes formuleringsevne inn, samtidig som slike pasienter antas å være bedre rustet til å hente inn og benytte seg av informasjon om egen diagnose. I tillegg er pasientene ulike med hensyn til å sette seg inn i egne rettigheter. Ressurssterke pasienter kan antas å være bedre rustet til å drive

prosessen på egen hånd. Dette er evner vi kan forvente øker med pasientens utdanningsnivå. Utdanning er selvsagt ingen fullgod indikator for pasientenes evner å håndtere denne type prosesser. Det gir likevel grunnlag for at vi kan forvente at høyt utdannede oftere vil være i stand til å drive gjennom søknadsprosessen enn pasienter med lav utdanning. Analysen trekker derfor inn pasientenes utdanningsnivå og om de har en helsefaglig utdanning eller ikke.

3 Datamateriale

Den empiriske analysen baserer seg på reseptregisteret, som inneholder opplysninger om samtlige reseptekspedisjoner utført i Norge i perioden mai 2004 – mai 2007. Apotekforeningen har stått for innsamlingen av data. De er stilt til rådighet av Folkehelseinstituttet. Kvaliteten på data i forhold til § 10a er noe svak før 2006. Analysen begrenser seg av den grunn til reseptekspedisjoner i perioden mai 2006 til mai 2007. Den dekker dermed et helt kalenderår, noe som gjør at den ikke skulle være sårbar for sesongmessige variasjoner.

Datamaterialet er dessuten begrenset til aldersspennet 20-67 år, og favner grovt sett bare den yrkesaktive delen av befolkningen. Antagelsen er dessuten at sosiale forskjeller er lettere å måle i denne aldersgruppen. Nedre grense gir at sosiale forskjeller blant de yngste stort sett vil måtte tilskrives egenskaper ved foreldrene, mens den øvre er satt siden de fleste da har forlatt yrkeslivet. Innenfor de angitte begrensingene blir alle generelle og individuelle refusjoner benyttet i analysen. Antall observasjoner er nær 5 millioner.

Reseptregisteret inneholder opplysninger om pasientenes alder, kjønn og bosted. Dette blir litt for begrenset når formålet er å undersøke av hvorvidt individuell refusjon fører til sosial ulikhet. For å få bedre mål på pasientenes sosiale ressurser, har vi koblet registeret med persondata fra Statistisk sentralbyrå. Det gjelder opplysninger om utdanningens nivå og fagfelt, samt brutto inntekt og type inntekt (lønnsinntekt).

Dermed kan vi gjennomføre en tilfredsstillende sammenligning av den sosiale sammensetningen blant mottagere av individuell og generell refusjon. Hvis det fremkommer systematiske forskjeller mellom de to mottagergruppene etter valgte kjennetegn, vil det indikere at individuell refusjon medfører sosial ulikhet i fordelingen av de medisiner som er tilgjengelige for befolkningen.

Det bør bemerkes at siden registeret inneholder reseptekspedisjoner, er bare de pasienter kommet med som har hentet ut medisiner. Analysen fanger ikke opp uavhentede preparater – verken ved generell eller individuell refusjon.

4 Omfanget av reseptekspedisjoner

Vi starter med å gjøre rede for omfanget av reseptekspedisjoner etter hjemmelstype (blå resept på § 9 og § 10a) og refusjonspunkt (kodene for dette er de som gjaldt for 2006; kodene er noe endret siden den gang). Dette er gjengitt i tabell 4.1.

Tabell 4.1 *Omfanget av reseptekspedisjoner fra 1. juni 2006 til 31. mai 2007. Prosent per refusjonspunkt.*

Refusjonspunkt	§ 9	§10 a	N =(100 %)
2 Bronkial astma og KOLS	96,0	4,0	412058
3 Arthritis urica	99,8	0,2	56552
5 Diabetes mellitus	96,7	3,3	490322
9 Maligne svulster	93,3	6,7	197602
11 Morbus Collagenosus	96,4	3,6	32851
12 Morbus Cardiovascularis	99,3	0,7	2862229
17 Polyarthris chronica og morbus Bechterew	95,5	4,5	203735
19 Pyogene kroniske	99,6	0,4	84670
22 Trigemimusneuralgi	85,5	14,5	2311
26 Medfødte blødersykdommer	78,6	21,4	1117
27 Kroniske lever og nyresykdommer	49,1	50,9	29147
31 Svære hudlidelser	99,5	0,5	374504
35 Alvorlige symptomgivende cox- og gonarthrose	99,4	0,6	116525
38 Immunsvikt	98,1	1,9	25841
39 Organtransplantasjon	98,5	1,5	42565
42 Etablert osteoporose	99,1	0,9	56845
Andre (23, 25, 37)			8
I alt	98,1	1,9	4988882

Antall ekspedisjoner fra 1. juni 2006 til 31. mai 2007 er nesten 5 millioner. Langt de fleste refusjoner gjelder forhåndsgodkjente medisiner. Bare 2 prosent av refusjonene er gitt på bakgrunn av individuell søknad, noe som tilsvarer et omfang på rundt 100 000. Antallet individuelle refusjoner kan synes høyt, men er beskjedent i forhold til antall generelle refusjoner. Når omfanget er noe lavere enn hva som går fram av oppgavene fra NAV, så skyldes det at det materialet inkluderer bare ekspedisjoner til pasienter i alderen 20 til 67 år.

En del pasienter blir ekspedert mer enn gang, enten fordi samme resept blir ekspedert flere ganger eller fordi de trenger flere resepter. Dette skaper en viss avhengighet mellom

observasjonene. Vi har valgt å se bort i fra dette, og behandler den enkelte reseptekspedisjon som analyseenhet.⁴

Selv om den relative andelen av individuelle refusjoner er liten i forhold til andelen generelle refusjoner, er dataunderlaget stort og gir solid grunnlag for å undersøke om pasienter med bestemte sosiale kjennetegn får individuell refusjon oftere enn andre.

Det relative innslaget av individuelle refusjoner varierer en del mellom refusjonspunktene, og er særlig høyt blant pasienter med medfødte blødersykdommer og kroniske lever- og nyresykdommer. Det er også høyt for pasienter med trigeminusneuralgi. Ellers er andelen individuell refusjon under 10 prosent for de andre refusjonspunktene. Men også innenfor disse punktene er det visse variasjoner. Variasjonen mellom refusjonspunktene synes å vise at diagnosetype er av betydning for nødvendigheten av preparater som ikke er forhåndsgodkjent. Dette er antagelig en følge av at medisiner som ikke er forhåndsgodkjente, er mer påkrevd for visse sykdomstyper enn andre, noe som igjen gjør det mindre sannsynlig at vi vil finne sosiale skjevheter i fordelingen av disse.

Nå er det imidlertid slik at det ikke er mulig å sammenligne innad i hvert refusjonspunkt, noe som skyldes at samme refusjonspunkt kan omfatte nokså forskjellige diagnoser. Vi vil imidlertid følge opp den generelle analysen ved å analysere ulike preparater i forhold til tre spesifikke diagnoser der det foreligger forhåndsgodkjente medisiner med ekvivalente tilgjengelige varianter med individuell refusjon. Det dreier seg om preparater mot diabetes, kolesterolsenkende midler og legemidler til behandling av KOLS.

⁴ Vi undersøkte om resultatene ble annerledes hvis gjengangere ble holdt utenfor, men resultatene ble stort sett de samme som er vist i analysen. Vi har derfor valgt å holde oss til den enkelte resept som analyseenheter.

5 Hvem får individuell refusjon?

I dette kapitlet viser vi hvordan innslaget av individuell refusjon varierer innad i hvert enkelt kjennetegn: Er det slik at det å motta individuell refusjon varierer systematisk med bosted, kjønn, alder, inntekt og utdanning? Hvis det er slik at diagnosen og den faglige vurderingen som avgjør hvilke preparat som er best egnet, bør det ikke foreligge systematiske forskjeller mellom nevnte kjennetegn og refusjonshjemmel. Hvis noen grupper får individuell refusjon oftere enn andre, antyder det at noen typer pasienter bedre evner å håndtere prosessen knyttet til å oppnå individuell refusjon. Det vil igjen kunne innebære at individuell refusjon bidrar til sosial ulikhet når det gjelder medisinsk behandling.

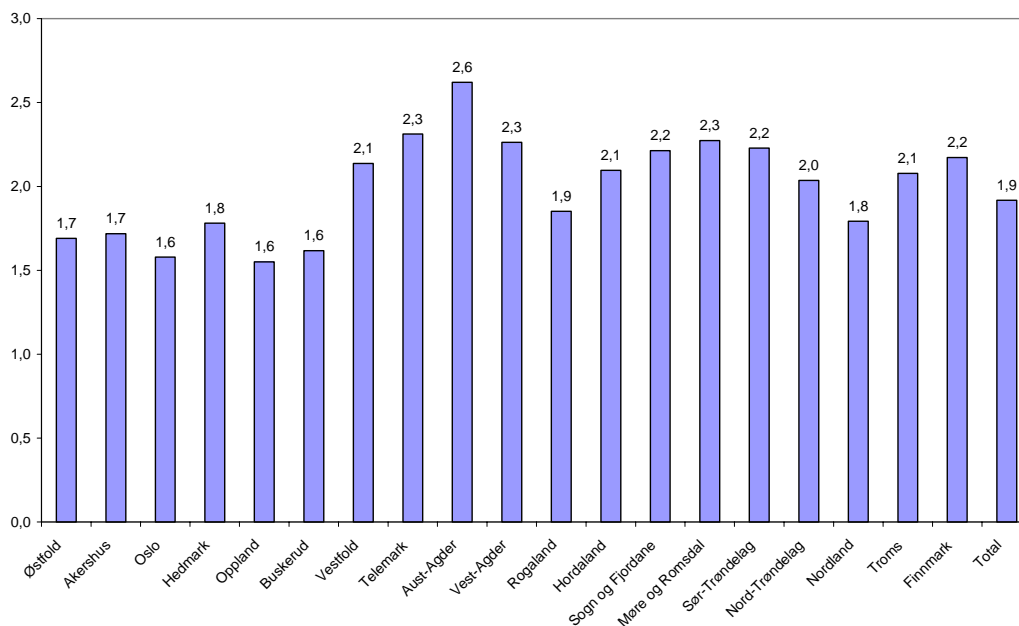
Vi starter gjennomgangen med å gjøre rede for de generelle variasjonene mellom gruppene. Deretter viser vi hvordan fordelingen av individuell refusjon varierer mellom sosiale grupper for preparater som er rettet mot diabetes, senking av kolesterolnivå og KOLS.

5.1 Sosial ulikhet og individuell refusjon for alle sykdomstyper

5.1.1 Geografi

Vi starter med å vise hvordan det relative innslaget av individuell refusjon varierer mellom fylkene.

Figur 5.1 *Prosent individuelle refusjoner per fylke (av totalt antall refusjoner) per fylke.*



Individuelle refusjoner utgjør en marginal andel av den totale mengden refusjoner i samtlige fylker, og forskjellene mellom fylkene er ikke særskilt stor. Innslaget av individuell refusjon er lavest blant pasienter fra Oslo, Buskerud og Vestfold med 1,6 prosent, mens Aust-Agder har høyest innslag med 2,6 prosent. Andelen varierer altså ikke mer enn 1 prosentpoeng mellom fylkene. Likevel, siden individuell refusjon er et sjeldent fenomen, er det en viss sannsynlighet for at sjansen for å oppnå individuell refusjon varierer med bosted. Hva disse består i er ikke så godt å få tak på med dette datamaterialet. Det er imidlertid lite rimelig at sykdomspanoramaet varierer mellom fylkene på en slik måte at det har en selvstendig effekt på forekomsten av individuell refusjon

Vi har dessuten aggregert fylkestallene til landsdeler. Sørlandet har da det høyeste innslaget av individuelle refusjoner, mens Oslofjordsområdet (Østfold, Akershus og Oslo) lå laveste sammen med Indre Østland (Hedmark og Oppland).

Det er for øvrig å legge merke til at individuell refusjon er minst benyttet i hovedstaden og nærliggende områder. Antagelsen om at individuelle refusjoner forekommer oftere er mer utbredt i sentrale strøk slår dermed ikke til. Tidligere forskning viser at de sosiale forskjellene knyttet til geografi (østkant versus vestkant) er store i hovedstaden, men at et materiale som gjelder hele byen under ett utjevner sosialt betingete interne forskjeller i hovedstaden. Slike forklaringer har antakelig liten gyldighet som forklaring av de lave andelenene i Østfold og Indre Østland.

Vi har dessuten undersøkt om det foreligger forskjeller etter kommunestørrelse. Dette ut fra formening om at befolkningsrike kommuner har flere spesialister som kan forskrive resepter som fordrer individuell refusjon. Pasienter i store kommuner vil i så fall ha større nærhet til leger som kan forskrive individuell refusjon. Det innebærer at innslaget av spesialister ikke har innvirkning på fordelingen, slik mange har antatt.

Data ble også brutt ned i forhold til SSBs sentralitetsindeks. Den er også et mål for tilgangen på ulike tjenesteytelser i kommunene. Jo mindre sentral kommunen er, dess færre tjenester tilbys i vedkommende kommune. Heller ikke etter dette kriteriet forelå det variasjon av betydning når det gjelder forskrivning av individuell refusjon.

Vi rangerte dessuten kommunene etter den relative hyppigheten av individuell refusjon. Felles for kommuner på både topp og bunn er at de er små og ikke spesielt sentrale. Det er således mye som tyder på at det ikke foreligger systematiske forskjeller mellom kommunene etter sentralitet eller størrelse.

Vi vil også nevne at innslaget av individuelle refusjoner i de store byene heller ikke er systematisk høyere enn landsnivået. Vi har allerede sett at Oslo utmerker seg med et svært lavt nivå. Nivået i Kristiansand er 2,3 prosent, Stavanger 1,8 %, Bergen 2,3 %, Trondheim 2,2 %, mens andelen individuelle refusjoner i Tromsø er 2,6. Det er således i følge denne undersøkelsen ikke noe som tyder på at kommunistørrelse eller sentralitet generelt har innvirkning på hvilke typer refusjon pasientene har tilgang til. Argumentet om at tilgangen på spesialist spiller en avgjørende rolle for preparater utenfor lista over forhåndsgodkjente preparater, har altså ikke støtte i dataene fra Reseptregisteret.

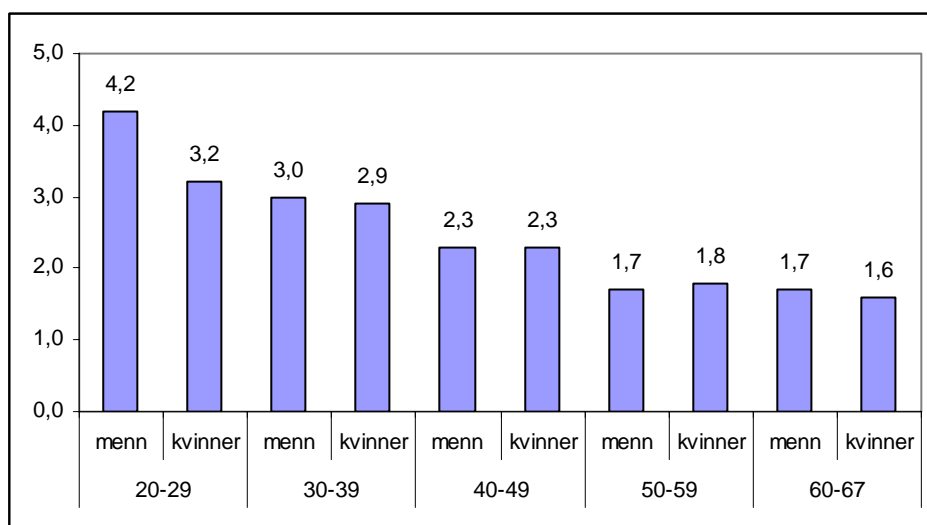
Vi skal i den videre analysen ikke gå nærmere inn på enkeltkommuner. Vi kommer imidlertid tilbake til fylke og kommunistørrelse i den avsluttende analysen.

5.1.2 Alder og kjønn

I samfunnsforskningen er alder og kjønn relevante bakgrunnsvariabler i tilknytning til sosial ulikhet, og er som regel variabler nyttet ved studier av f.eks. sosialisering og opphopning av sosiale ressurser. Yngre har som regel opparbeidet færre ressurser enn eldre, samtidig som at når man passerer en viss alder, så avtar ressursene noe. Det siste er gjerne knyttet til at avgang fra arbeidslivet. Det siste forholdet er det her imidlertid ikke mulig å studere da vi har satt øvre aldersgrense til 67 år.

På samme måte er det vanlig å knytte kjønn til ressurser. I denne sammenheng er det antagelig mer avgjørende at sykdomsbildet varierer mellom aldersgrupper og kjønn, noe som har betydning for nødvendigheten preparater som krever individuell refusjon.

Figur 5.2 *Individuelle refusjoner etter kjønn og alder. Prosent*



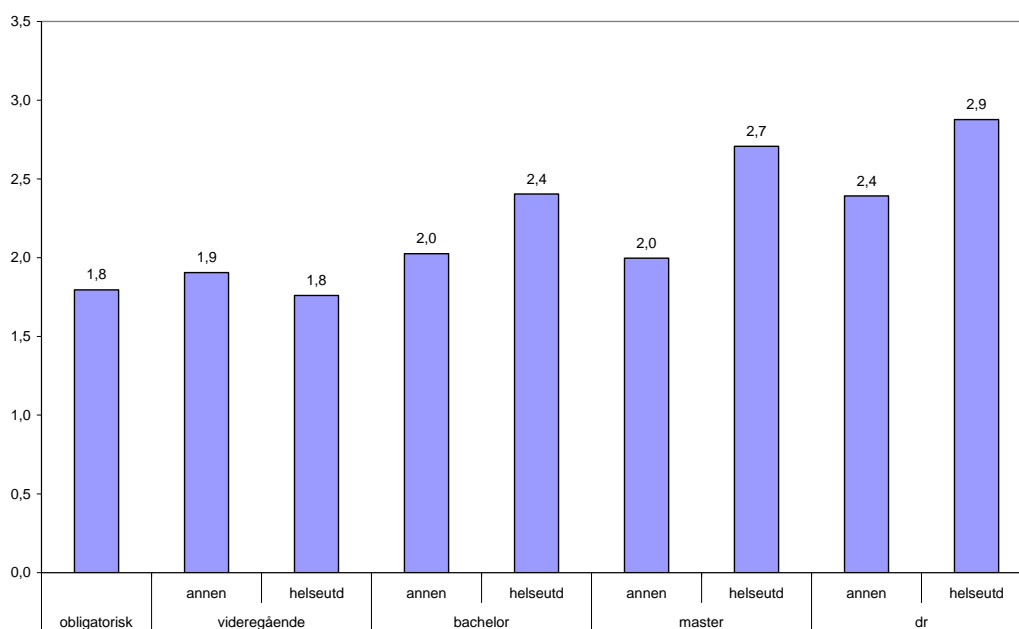
Det generelle inntrykket er at innslaget i bruken av individuell refusjon avtar med alder og at det ikke er forskjeller mellom kvinner og menn. Det er likevel et unntak for kjønn blant de yngste, idet menn langt oftere enn kvinner får medisin på individuell refusjon. Noe av forklaringen på dette kan være at forekomsten av diabetes er en god del høyere blant unge menn enn unge kvinner. I denne aldersgruppen er det rimelig å anta at det dreier seg om diabetes 1.

5.1.3 Utdanning

Ulik evne til å forholde seg til byråkratiet har blitt trukket frem som en faktor som kan bidra til sosiale ulikhet i den medisinske behandlingen. For å måle slik evne benyttes pasientenes utdanningsnivå. Hypotesen er jo høyere utdanning pasientene har, dess lettere vil det være å håndtere prosessen rundt søknad om individuell refusjon. Man kan anta at utdanning ikke har innvirkning på hvordan pasienten håndterer søknadsprosessen, men også i forhold til kunnskap om egen sykdom som gjør en i bedre stand til å argumentere overfor fastlegen om nødvendigheten av preparater utenfor lista over forhåndsgodkjent preparater. I den sammenheng antar vi at det også kan ha betydning hvorvidt pasienten har helsefaglig utdanning eller ikke. Det er rimelig å anta at pasienter med slik utdanning vil ha større innsikt og forståelse av eget sykdomsbilde og medisinske behov enn andre.

De to nevnte kjennetegnene ved utdanning er kombinert i en variabel. Vi har delt opp i fem nivåer – obligatorisk, videregående, bachelor, master og dr. grad. Det gir seg selv at obligatorisk skolegang ikke innebærer helsefaglig utdanning. Og helsefag blir kun brukt som skille fra videregående skole og oppover. I tabell 5.3 gjengis andeler for individuell refusjon etter utdanning.

Figur 5.3 *Individuelle refusjoner etter utdanningens nivå og type. Prosent*



Figur 5.3 viser at utdanningsnivå ikke ser ut til å ha særlig betydning for pasienter uten helsefaglig utdanning, men at utdanningsnivå spiller en større rolle blant pasienter som

har slik utdanning. Blant pasienter uten helsefaglig utdanning er det bare pasienter med dr. grad som skiller seg fra resten, mens økningen etter utdanningsnivå er nokså tydelig blant pasienter med helsefaglig utdanning. Årsaken til dette kan være at disse har bedre kunnskap om og kjennskap til både sykdom og hvordan helsebyråkratiet fungerer. Det skal likevel ikke underslås at metrikken på y-aksen fortegner i den forstand at små forskjeller virker større enn de egentlig er. Variasjonsbredden er bare 1,1 prosentpoeng.

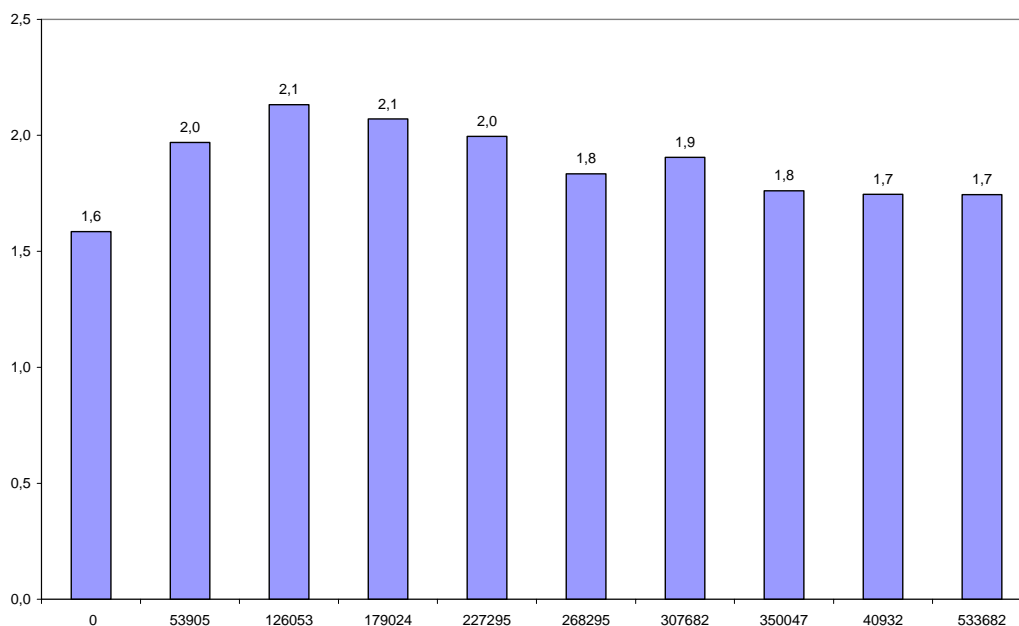
Ved første øyekast kan det derfor synes vanskelig å hevde utdanning i seg selv har vesentlig innvirkning på å oppnå individuell refusjon. Men, siden individuell refusjon forekommer såpass sjelden, kan vi ikke karakterisere forskjellene som ubetydelige. En mer adekvat måte å sammenligne forskjeller mellom sjeldne fenomener er å undersøke hvor ofte et fenomen forekommer mellom grupper. I denne sammenhengen indikerer variasjonsbredden at forskjellene er små. En annen måte å uttrykke den samme forskjellen er at den relative hyppigheten av individuell refusjon er 60 prosent høyere blant de høyest utdannede enn blant pasienter som bare har obligatorisk utdanning. Da fortøner forskjellen etter utdanning seg stor. Vi kommer tilbake til dette i neste kapittel, hvor vi kontrollerer for andre uavhengige variabler. Her fastslå vi bare at det er klare indikasjoner på at høyt utdannede oftere får individuell refusjon enn andre.

5.1.4 Inntekt

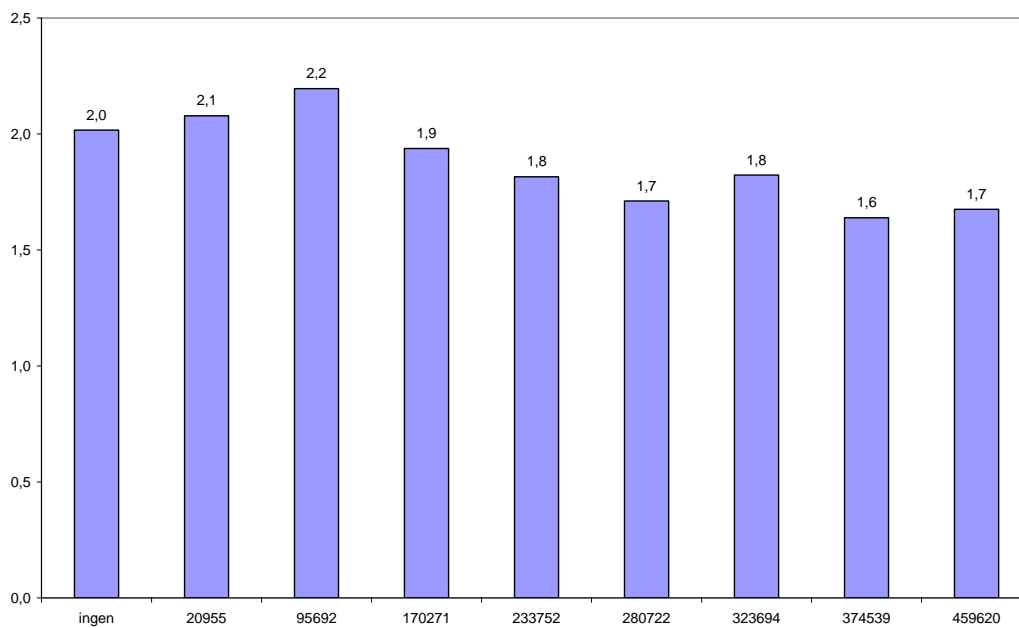
Inntekt er en annen faktor som har skapt bekymring i forhold til ordningen om individuell refusjon. En antar at pasienter med lav inntekt i mindre grad evner å legge ut for medisinene i den perioden søknaden er til behandling. Som vi allerede har vært inne på, er imidlertid sjansene ikke særlig store for at søknad ikke blir innvilget. Likevel kan det være en viss risiko for at den ikke blir det. Det kan gjøre at pasienter med lav inntekt unnlater å be om preparater som krever at de må søke om refusjon - selv om legen skulle mene at preparatet er best for dem. Det er også rapportert om at pasienter lar være å hente ut slike preparater fordi de ikke har råd til å legge ut.

Vi nytter to mål for inntekt – brutto inntekt og lønnsinntekt. Disse er kategorisert slik at hver inntektskategori omfatter ti prosent av befolkningen. Desilene er beregnet ut fra inntektsfordelingen i befolkningen – og ikke blant pasientene. Andelene individuelle refusjoner per desil er gjengitt i figur 5.4 og 5.5.

Figur 5.4 *Andel individuelle refusjoner etter brutto inntekt (inndelt i desiler på grunnlag av fordeling av bruttoinntekt i befolkningen). Nedre grense for hver desil er gjengitt under søylen; dens øvre grense følger av neste søyle.*



Figur 5.5 *Andel individuelle refusjoner etter lønnsinntekt (inndelt i desiler på bakgrunn av inntekt i befolkningen). Nedre grense for hver desil er gjengitt under søylen; dens øvre grense følger av neste søyle.*



Mønsteret i figuren er ikke som forventet. Det er ikke slik at innslaget av individuell refusjon øker med stigende inntekt. Figurene viser en svak økning fra 1. desil (laveste) til tredje desil – deretter er tendensen synkende eller stabil. Variasjonsbredden er dessuten liten etter inntekt, og en del mindre enn vi fant for utdanning.

Siden en stor del av pasientene ikke har lønnsinntekt, vil vi i neste del forholde oss til brutto inntekt, da dette er et bedre mål for å fange opp pasientenes betalingsevne. Spørsmålet da er om effektene av inntekt endrer seg når det blir kontrollert for utdanning og bosted.

5.2 Sosial variasjon for utvalgte diagnoser

Her undersøker vi om individuell refusjon skaper sosial ulikhet i forhold til individuell refusjon knyttet til tre utvalgte diagnoser – diabetes, høyt kolesterol og KOLS. Bakgrunnen for at nettopp disse er valgt, er at diagnose og preparat er entydig knyttet til hverandre da det for disse diagnosene foreligger forhåndsgodkjente preparater med tilhørende ekvivalenter som kan refunderes etter søknad. Ingen av gruppene er hva man kan kalle små. De ble også valgt fordi midler mot nevnte diagnoser var av de midler som hyppigst forskrevet blant preparater på individuell refusjon. Tallmaterialet skulle dermed være solid. Fordelen ved å holde diagnose konstant, er at ”støy” knyttet til ulike sykdomstyper minimeres. Hypotesene er som forut – ressurssterke pasientgrupper antas å få individuell refusjon oftere enn andre.

5.2.1 Om preparatene

Diabetes

I alt ble 490 173 ekspedisjoner på diabetesmedisin refundert i løpet av det året datamaterialet dekker. Omtrent 3,2 prosent av disse refusjonene gjaldt preparater med individuell refusjon. Innslaget av individuell refusjon på diabetesmedisin er således litt høyere enn den totale andelen individuelle refusjoner. Det er tyve diabetespreparater som er forhåndsgodkjent, mens tre kan refunderes etter individuell søknad.⁵

Høyt kolesterol

Forhåndsgodkjente preparater inneholdende simvastatin er her sammenlignet med Ezetrol, som kan fås refundert etter søknad. Ezetrol er et kombinasjonspreparat som også inneholder simvastatin. Det ble refundert til sammen 442 806 ekspedisjoner i dette utvalget, hvorav 4.985 ekspedisjoner på Ezetrol etter søknad. I utvalget ble ca. 1 prosent av preparatene refundert etter søknad, noe som lavere enn snittet.

KOLS

I vårt datamateriale hører KOLS til samme refusjonspunkt som astma og allergi, men disse to diagnosene utgjør nå separate refusjonspunkter. Spiriva refunderes mot KOLS etter individuell søknad. Preparatene Atrovent, Oxis og Serevent er valgt som sammenligningsgrunnlag blant forhåndsgodkjente preparater mot KOLS. Antallet reseptekspedisjoner i utvalget for KOLS er langt lavere enn for diabetes og kolesterol –

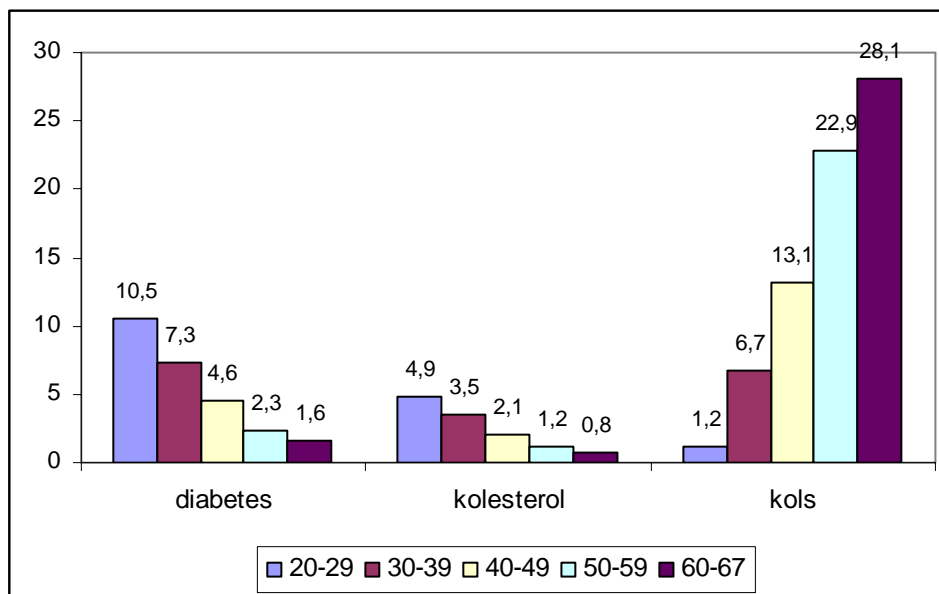
⁵ De forhåndsgodkjente preparatene mot diabetes er: Actos, Actrapid, Amaryl, Apamid, Avandamet, Avandia, Glibenclamid, Glimepirid, Glucagon, Glucobay, Glucophage, Humalog, Humulin, Insulatard, Insuman, Metformin, Mindiab, Mixtard, NovoMix, Novorapid. Preparater som refunderes etter individuell søknad er Lantus, Levemir og Novonorm.

64 834 refusjoner totalt, hvorav 14 763 ekspedisjoner på Spiriva, som krever individuell søknad. Andelen individuelle refusjoner for dette utvalget er dermed ca 23 prosent, og altså vesentlig høyere enn for de øvrige diagnosene.

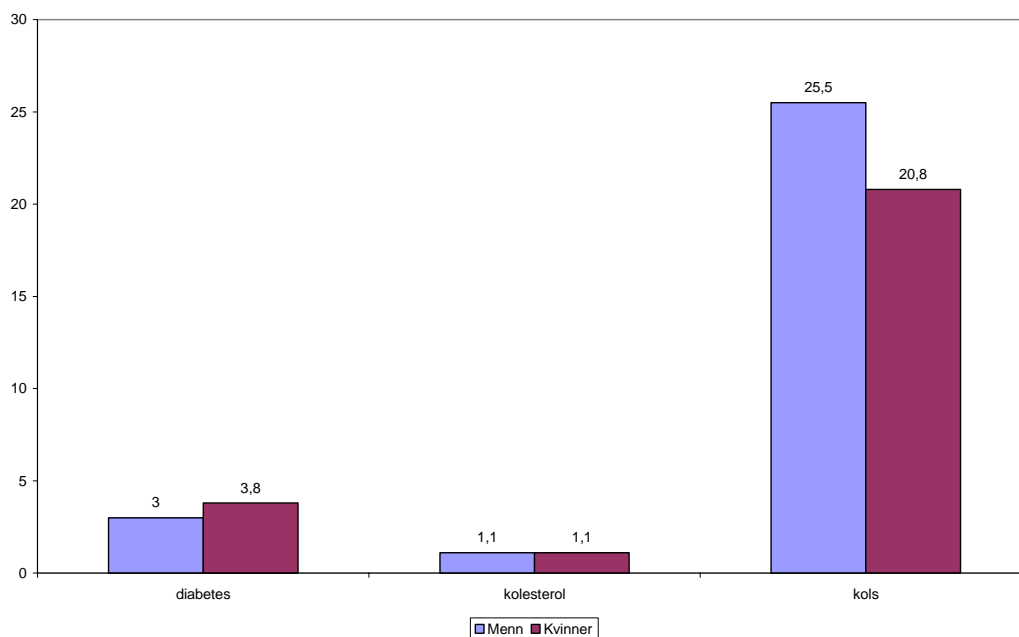
5.2.2 Individuell refusjon etter diagnose

Figur 5.6 viser tydelig at andelen individuelle refusjoner varierer med alder, og at sammenhengene varierer med diagnosen. Unge med diabetes eller behov for kolesterolsenkende medisin, får oftere individuell refusjon enn eldre pasienter med samme diagnose. Den relative hyppigheten av diabetes 1 versus diabetes 2, er høyere blant yngre enn eldre. Og, siden diabetes 1 er mer komplisert enn diabetes 2, er det ikke urimelig at yngre oftere trenger preparater som krever individuell refusjon. En lignende forklaring kan knyttes til de aldersbetingete forskjellene for kolesterolsenkende preparater. For KOLS er sammenhengen motsatt. I forhold til denne diagnosen får eldre oftere individuell refusjon, noe som følger av at de gjerne er hardere rammet av sykdommen enn yngre. I forhold til andre grupper og diagnoser, legger vi dessuten merke til at individuell refusjon utgjør en svært høy andel av de samlede refusjonene blant KOLS-pasienter som har passert 50 år. Det er dermed ingen grunn til å tolke sammenhengen mellom alder og individuell refusjon som uttrykk for sosial ulikhet – men mest som konsekvens av at sykdommene arter seg forskjellig for ulike aldersgrupper.

Figur 5.6 *Individuell refusjon for tre diagnoser etter alder. Prosent individuell refusjoner av samtlige refusjoner på blå resept for respektive diagnose.*



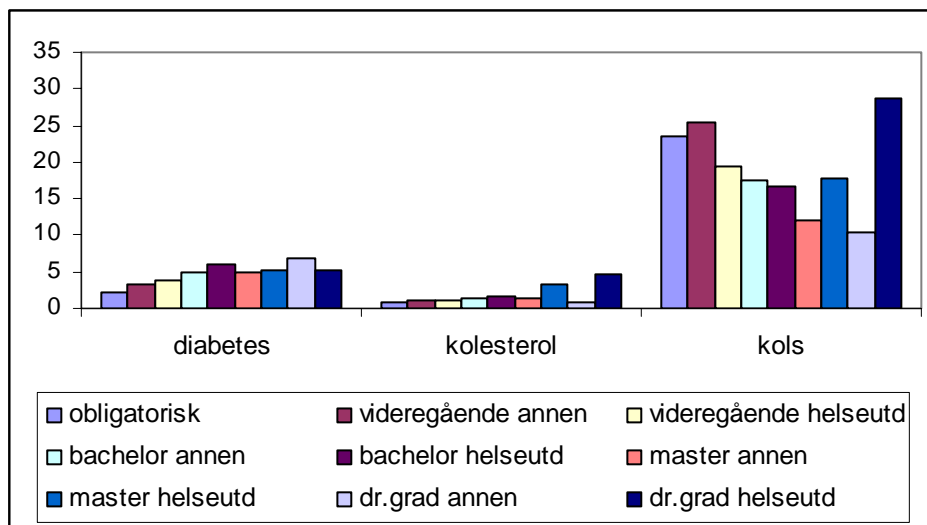
Figur 5.7 *Individuell refusjon for tre diagnoser etter kjønn. Prosent individuell refusjoner av samtlige refusjoner på blå resept for respektive diagnose.*



Forskjellen mellom menn og kvinner er stor for pasienter med KOLS, mindre for diabetikere og fraværende for kolesterolsenkende midler. Som for alder, er det grunn til å anta at forskjellene skyldes at sykdommene kan arte seg noe forskjellig for kvinner og menn, og at det derfor er vanskelig å tolke forskjellene som uttrykk for sosial ulikhet.

For utdanning forholder det seg annerledes. Effekter av utdanning kan ikke tilskrives biologiske faktorer, og eventuelle positive sammenhenger må avleses som utslag av sosial ulikhet. Vi har allerede sett at utdanning har positiv sammenheng med individuell refusjon generelt. Av figuren nedenfor går det fram at dette også gjelder for de tre utvalgte diagnosene.

Figur 5.8 *Individuell refusjon for tre diagnoser etter utdanning. Prosent individuell refusjoner av samtlige refusjoner på blå resept for respektive diagnose.*



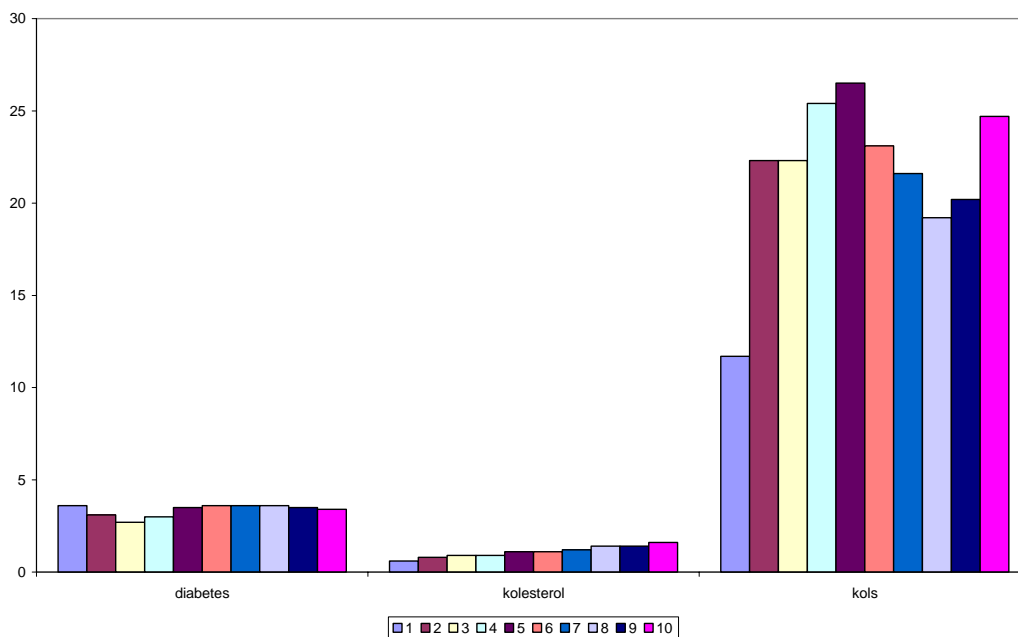
Analysen viser at utdanning har betydning for alle diagnosene – riktignok i ulik grad. For diabetes er det en tendens til at høyt utdannede oftere får individuell refusjon enn lavt utdannede. Effekten av helsefaglig utdanning er imidlertid ikke like entydig.

For kolesterolsenkende midler er den positive tendensen meget svak, men pasienter med helseutdanning på master og doktorgradsnivå skiller seg ut med høyere andeler enn andre. Den relative andelen med individuelle refusjon er imidlertid ikke høy, men dog vesentlig høyere enn for andre utdanningsgrupper.

Også i forhold til preparater mot KOLS har utdanning betydning for hva slags type medisiner pasientene får forskrevet. Her plasserer de med laveste utdanningene seg høyest, med unntak for helseutdannede pasienter med doktorgrad. Her er det samtidig interessant å observere at det laveste innslaget finner vi blant pasienter med doktorgrad utenfor helsefagene. Man kunne tenke seg at dette kan føres tilbake til at det ikke er så mange pasienter i denne gruppen. Men helsefaglig utdanning gir seg utslag i store forskjeller også blant pasienter med utdanning på masternivå. Det er neppe noen grunn til at KOLS arter seg forskjellig for disse pasientene. På den annen side er det jo slik at forekomsten av KOLS tiltar med alder, og siden utdanningsnivået blant eldre er lavere enn blant yngre, er nok alder en viktig del av forklaringen på den høye hyppigheten av individuell refusjon blant pasienter med lav utdanning. Dessuten er hovedårsaken til KOLS – røyking - sterkt positivt relatert til lav utdanning. Tilsvarende gjelder at KOLS også er relatert til eksponering for støv på arbeidsplassen, noe som også er relatert til yrker som ikke krever høyere utdanning. Det indikerer at innslaget av alvorligere former for KOLS derfor antakelig er vesentlig større for nettopp pasienter med lavere utdanning. De høye innslaget av individuell refusjon blant disse er en funksjon av faktisk sykdomsbilde og ikke evnen til å skaffe seg refusjon.

Inntekt har også vært en faktor som har vært fremmet i debatten om individuell refusjon. Vi har sett at inntekt ikke hadde vesentlig betydning for individuell refusjon generelt. For de tre utvalgte diagnosene forholder det seg imidlertid noe annerledes. Av figur 5.9 går det fram at det foreligger positive sammenhenger i forhold til inntektsnivå for alle de tre diagnosene.

Figur 5.9 *Individuell refusjon for tre diagnoser etter brutto inntekt. Prosent individuell refusjoner av samtlige refusjoner på blå resept for respektive diagnose.*



For diabetes og kolesterolsenkende midler er andelen med slik refusjon lav og forskjellene tilsvarende små. Når det gjelder diabetes er det ikke noe klart mønster i den ene eller andre retning. For kolesterolsenkende midler aner vi en svak, men jevn stigning i andelen individuelle refusjoner med økende inntekt. Inntekt ikke skaper de helt store sosiale ulikhetene i seg selv. I forhold til KOLS skaper ulikheter i inntekt imidlertid ikke store forskjeller, og mønsteret er ikke entydig i den forstand at økende inntekt gir sosial ulikhet i tildelingen. Den klareste tendensen er at de med lavest inntekt, sjeldnest får refundert utgifter på Spiriva. Det er imidlertid neppe noen reell grunn til at de skulle trenge dette preparatet mindre enn pasienter med høyere inntekter.

6 Fører individuell refusjon til sosial ulikhet?

I forrige kapittel har vi vist hvordan individuell refusjon varierer etter enkeltstående kjennetegn. Sosiale kjennetegn er som regel overlappende. Innbyggernes inntektsfordeling og utdanningsnivå varierer f. eks. med kommunestørrelse, noe som gjør det nødvendig å kontrollere for kommunestørrelse ved beregning av effekter av inntekt og utdanning. I dette kapitlet beregnes de kontrollerte effektene av variablene fra kapittel 5. Dessuten beregner vi sannsynligheten for at ulike kombinasjoner av sosiale kjennetegn får individuell refusjon på bakgrunn av modellen som ligger til grunn for de kontrollerte effektene. En slik analyse skulle gi et godt grunnlag for å vurdere i hvilken grad individuell refusjon er en ordning som bidrar til sosial ulikhet i fordeling av slike medisiner.

Den avhengige variabelen er refusjonstype. Siden denne er todelt (generell eller individuell) og skjevfordelt (bare to prosent får individuell refusjon), er det naturlig å benytte en logistisk regresjonsmodell. De uavhengige variablene er kategoriske, noe som gjør at vi må benytte et kjennetegn innen hver variabel som referansegrunnlag (referansekategori). Variabelens øvrige kjennetegn (verdier) blir sammenlignet med denne. Utgangspunktet for å sammenligne to grupper er ulikhetene i sjans (oddsen) for at en gruppe har fått individuell refusjon i forhold til en annen gruppe. Hvis fordelingen av individuell versus generell refusjon er 2/98 for kvinner, så er oddsene for kvinner får individuell refusjon tilnærmet 0,02 (2 dividert med 98). Hvis tilsvarende fordelingen er 3 til 97 blant menn, vil sjansene (oddsen) for at menn får individuell refusjon være 0,03. Ved sammenligningen mellom kvinner og menn divideres oddsene for kvinner med oddsene for menn, som gir en oddsrate på 0,67. Det innebærer at oddsene for at kvinner får individuell refusjon bare er to tredjedeler av oddsene for at menn får individuell refusjon. I dette eksempelet er kvinner benyttet som referansekategori.

En oddsrate på 1, innebærer at godet er likt fordelt mellom de to gruppene som blir sammenlignet; oddsene for individuell refusjon er altså den samme for begge grupper. Oddsrate høyere enn 1, innebærer at referansegruppen i mindre grad får individuell refusjon enn gruppen de blir sammenlignet med. Oddsrate lavere enn 1, innebærer at referansegruppen oftere får individuell refusjon enn sammenligningsgruppen. Når så tabell 5.1 viser at en oddsrate på 1,1 for kommuner større enn 50000 innbyggere, så innebærer det at oddsene for å få individuell refusjon er 1,1 ganger (10 pst) høyere her enn i kommuner med færre enn 2000 innbyggere (referansekategorien).

Vi opererer med signifikans selv om hele universet er gjenstand for analysen. Dette ut fra resonnetet om at perioden utgjør et utvalg av flere andre mulige utvalg av ekspedisjoner.

I tabell 6.1 gjengir vi resultatene av analysen av sjansene (oddsrate) for å få individuell refusjon kontrollert for av refusjonspunkt, og for pasienter med diagnosene diabetes, høyt

kolesterolnivå og KOLS. Nederst i tabellen er det også angitt et mål for hvor mye av variasjonen som skyldes de uavhengige variablene.

Tabell 6.1 *Individuell refusjon etter bosted, kjønn, alder, utdanning og inntekt. Oddsreter.*

	Total*	diabetes	kolestrol	Kols
Kommunestørrelse				
- 1999 (ref)	1	1	1	1
2000-4999	1,0	0,9	0,9	1,4
5000 - 9999	1,0	0,9	1,0	1,1
10000-19999	1,1	1,0	0,8	1,3
20000-49999	1,1	0,9	1,1	1,2
50000 +	1,1	1,1	0,9	1,3
Fylke				
Østfold (ref)	1	1	1	1
Akershus	1,0	1,5	1,3	0,5
Oslo	0,9	1,1	1,2	0,5
Hedmark	1,1	1,4	1,1	1,0
Oppland	0,9	1,5	0,6	1,0
Buskerud	0,9	1,3	0,9	0,6
Vestfold	1,2	2,6	0,9	0,5
Telemark	1,4	2,8	1,6	1,4
Aust-Agder	1,6	2,5	0,7	2,3
Vest-Agder	1,4	2,6	0,6	2,6
Rogaland	1,1	1,1	0,9	2,6
Hordaland	1,3	1,9	1,9	0,6
Sogn og Fjordane	1,4	3,0	1,3	1,4
Møre og Romsdal	1,4	4,0	1,1	1,3
Sør-Trøndelag	1,3	2,1	0,4	0,7
Nord-Trøndelag	1,2	2,7	0,3	0,5
Nordland	1,1	1,4	0,9	0,7
Troms	1,2	1,8	0,6	1,5
Finmark	1,4	1,2	0,2	2,3
Kjønn				
Menn (ref)	1	1	1	1
Kvinner	0,9	1,4	1,3	0,8
Alder				
20-29 (referanse)	1	1	1	1
30-39	0,8	0,6	0,6	5,24
40-49	0,7	0,4	0,4	11,9
50-59	0,7	0,2	0,2	23,2
60-67	0,7	0,1	0,1	30,2

Utdanning				
Obligatorisk (referanse)	1	1	1	1
<i>Ikke helsefaglig</i>				
Videregående	1,1	1,4	1,3	1,1
Bachelor	1,2	1,8	1,4	0,8
Master	1,3	2,1	1,5	0,6
Dr.grad	1,3	3,1	0,9	0,6
<i>Helsefaglig</i>				
Videregående	1,0	1,3	1,0	0,9
Bachelor	1,2	1,8	1,5	0,9
Master	1,6	2,1	3,3	0,9
Dr.grad	1,8	2,5	4,4	1,5
Bruttoinntekt				
1. desil	1	1	1	1
2. desil	1,3	1,1	1,5	1,5
3. desil	1,4	1,0	1,5	1,5
4. desil	1,5	1,3	1,6	1,7
5. desil	1,4	1,4	1,8	1,9
6. desil	1,3	1,3	1,8	1,7
7. desil	1,4	1,3	1,8	1,7
8. desil	1,3	1,3	2,0	1,4
9. desil	1,3	1,4	2,0	1,5
10. desil	1,3	1,4	2,2	1,8
Forklart varians	,18	,09	,15	,04
Forklart varians (uten refusjonspunkt)	,01			

Fet skrift innebærer at koeffisienten er signifikant på 1 promillenivå (p=0,001).

* I denne modellen er det kontrollert for refusjonspunkt

Analysen gir ikke overraskende resultater i forhold til det vi tidligere har vist vedr de bivariate sammenhengene. Den gir oss imidlertid kontrollerte, og derved sikrere mål for foreliggende positive sammenhenger.

Kommunestørrelse Antall innbyggere i kommunene der pasientene bor har ingen effekt på den totale refusjonsmengden. Det er heller ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse for diabetes, kolesterol eller KOLS. Selv om det er rimelig å anta at nærheten til spesialister er større på store enn små steder. Men analyseresultatet viser at dette ikke ser ut til å spille noen rolle.

Fylke Det samme gjelder forskjellene mellom fylkene. Østfold er referansekategori, og samlet er det er bare Oslo som har lavere innslag av individuell refusjon. Aust-Agder ligger på topp, hvor sjansene for bruk av slik refusjon er 60 pst større (odds= 1,6) enn i Østfold. Den faktiske bivariate andelen for Østfold var 1,7 prosent. Selv om det ikke er eksakt den prosentandelen som ligger til grunn for sammenligningen i modellen, kan vi bruke det tallet til å illustrere at forskjellene fremstår som små. I følge modellen er andelen refusjoner i Aust-Agder 3,2 (1,7 multiplisert med 1,6) når det er tatt hensyn til effekten i de andre variablene. Samlet må disse forskjellene derfor karakteriseres som

små, samtidig som det på bakgrunn av dette materialet er vanskelig å forklare hvorfor det er forskjeller. Det kan foreligge forskjeller i praksis ved reseptutskrivning i ulike fylker. I forhold til resultatene som er vist for diabetes, kolesterol og KOLS er dette imidlertid neppe en relevant god forklaring. Forskjellene mellom fylkene er dessuten forskjellig fra diagnose til diagnose, noe som gjør at forskjellene mellom fylkene må tilskrives faktorer som ligger langt utenfor dette analysematerialets rammer.

Kjønn Heller ikke for kjønn er bildet entydig. Under ellers like vilkår henter kvinner samlet sett sjeldnere enn menn ut preparater på grunnlag av individuell refusjon. Dette gjelder imidlertid bare for KOLS-preparater av de tre vi her presenterer resultater for og for preparater rettet mot diabetes og høyt kolesterol er kvinnes bruk en god del (30-40 pst) høyere. En forklaring kan være at sykdommene arter seg noe forskjellig for kvinner og menn. De registrerte forskjellene er imidlertid relativt beskjedne.

Alder For alder er ulikhetene noe større enn for kjønn. Men det er bare de yngste som skiller seg ut når vi forholder oss til alle ekspedisjonene. Vi minner her om at vi her har kontrollert for refusjonspunkt, som er viktig siden eldre og yngre ofte har ulike sykdommer. Dette kommer klart til uttrykk i analysene for de ulike diagnosene. For eksempel forekommer KOLS langt hyppigere blant eldre, noe som kan forklare hvorfor eldre langt oftere får forskrevet Spiriva, som krever individuell refusjon. Forskjellen mellom aldersgruppene er således å tolke som uttrykk for at sykdommene arter seg forskjellig på ulike alderstrinn, og ikke som et uttrykk for sosial ulikhet.

Utdanning For utdanning er utslagene mer entydige. Høyt utdannede innen helsefag er under ellers like vilkår overrepresentert i forhold til individuell refusjon. Forskjellene er imidlertid forøvrig svært små mellom andre utdanningsgrupper. Samlet er sjansene halvannen gang så stor for at pasienter med utdanning på master- eller doktorgradnivå får tildelt preparater etter individuell refusjon enn andre. Effekten av utdanning er noenlunde den samme for kolesterolsenkende preparater. For diabetes er det utdanningens nivå mer enn type utdanning som skaper større forskjeller i slik bruk. For KOLS er det ingen signifikante effekter av utdanning i bruken av slik refusjon.

Inntekt. Det er bare en inntektsgruppe som skiller seg ut etter at det er kontrollert for de andre uavhengige variablene. Innslaget av individuell refusjon er samlet sett ('under ellers like vilkår') lavest blant pasienter i det aller nederste inntektssjiktet, mens forskjellene mellom de øvrige er små. Det kan tyde på at tildelingen er mer relatert til fattigdom enn til generelt til noe lavere inntekter. Generelt er det slik at alle øvrige inntektsgrupper får individuell refusjon 50 prosent oftere enn dem på det laveste inntektsnivå. Mønsteret er også noenlunde det samme for de ulike diagnosene, dog med noen mindre variasjoner. Våre analyser tyder derfor på at inntektsnivå ikke er en faktor som bidrar til skjevhet i det medisinske tilbudet, vel å merke når vi ser bort fra de 10 prosentene av pasienter med lavest inntekt. Vi må samtidig notere oss at materialet ikke inkluderer uavhentede resepter. I forhold til dem med aller lavest inntekt kan derfor forskjellene i realiteten være noe større.

Variablenes forklaringskraft

Siste rad i tabellen viser hvor mye av variasjonen i individuell versus generell refusjon som fanges opp av de uavhengige variablene. I forhold til totalen er det bare 1 prosent av variasjonen som fanges opp av bosted, kjønn alder, inntekt og bosted. Den viktige forklaringsfaktoren er refusjonspunkt, noe som innebærer at diagnose spiller en betydelig rolle for hvorvidt refusjon gis på generelt eller individuelt grunnlag (jf. tabell 4.1). Dette indikerer isolert sett at ordningen synes å virke etter intensjonen om at den skal gjelde små pasientgrupper.

Når vi bryter ned på diagnose, endrer inntrykket seg noe, og variasjonen er i større grad forbundet med effekten av de uavhengige variablene. En nærmere undersøkelse av resultatene viser likevel at bruken varierer mest med alder (den variabel som fanger opp mest varians), og ikke inntekt. Siden sykdomspanorama varierer med alder, er det rimelig å tolke effektene som et uttrykk for type diagnose. Det er imidlertid ikke et argument for at inntekt og utdanning er uten betydning. Det er som vist forskjeller i forhold til disse variablene. Og en av årsakene til at utdanning ikke fanger opp så mye av variansen, er at utdanning er skjevfordelt. Pasienter med doktorgrad utgjør for eksempel en marginal andel av materialet, noe som gjør at variabelen "utdanning" ikke fanger opp så mye variasjon. Det svekker imidlertid ikke det faktum at en liten gruppe oftere oppnår et knapt gode enn andre. For inntekt gjelder ikke argument om at noen grupper er små (desil-inndeling), men det kan være uttrykk for at noe ikke fungerer som det burde når pasienter i den laveste inntektsgruppen sjeldnere oppnår godet enn andre. I hvert fall hvis det ikke foreligger noen påviselig medisinske forklaringer for at de sjeldnere enn andre trenger preparater som krever individuell refusjon.

Tabell 6.2 gjengir sannsynligheten for at noen særskilte grupper har fått individuell refusjon. Beregningene er foretatt på bakgrunn av de samme analysene som i tabell 6.1. Referansegruppa består av pasienter som har kjennetegnene som er brukt som referanse kategorier i tabell 6.1 – det vil si unge menn bosatt i Østfold med bare obligatorisk utdanning og i laveste inntekts-desil. I modellen for totale refusjoner utgjør refusjonspunktet bronkial astma og KOLS referanse kategorien. Det kan for så vidt innvendes at unge menn i liten grad bare har obligatorisk utdanning. Det er imidlertid av liten betydning så lenge forskjellen mellom obligatorisk og videregående utdanning ikke er signifikant. Sannsynligheten for at disse har fått individuell refusjon, er gjengitt i første rad. I neste rad har vi kontrollert for utdanningen opp til bachelornivå uten helsefag samt for inntekt til 6. kvintil. I siste rad er inntekten endret til øverste kvintil og utdanning til dr. grad med helsefaglig utdanning. Første og siste rad utgjør til en viss grad ekstremene, mens midterste rad uttrykker sannsynligheten for at en mer vanlig person har fått et preparat på individuell refusjon. Tabellen skulle dermed få frem det viktigste spennet i variasjonene i sjansene for å ha fått individuell refusjon. For totalen er det også her kontrollert for refusjonspunkt.

Tabell 6.2 *Sannsynligheten for at utvalgte grupper har fått individuell refusjon.*

	Total	Diabetes	Kolesterol	KOLS
Referanseperson	0,03	0,04	0,02	0,01
Referanseperson med bachelor uten helsefag og inntekt i 6. kvintil	0,05	0,10	0,07	0,01
Referansepersoner med dr. grad innen helsefag og inntekt i 10. kvintil	0,08	0,12	0,19	0,02

Med unntak for KOLS er de observerte forskjellene til dels store. For den totale refusjonsmengden er forskjellen 5 prosentpoeng, hvilket må sies å utgjøre en substansiell forskjell. For diabetes og kolesterol er forskjellene imidlertid større, og særlig for sistnevnte er forskjellene store. Det er vanskelig å se at det skal ligge en genuint medisinsk forklaring til grunn for en slik forskjell. Siden det er nokså få enheter i denne gruppen, kan vi samtidig anføre at sannsynligheten for tilsvarende for utdanning på masternivå er 0,15.

Selv om inntekt og utdanning ikke forklarer en vesentlig stor del av den statistiske variasjonen i refusjonstype, så viser våre analyser at det er klare forskjeller mellom utdannings- og inntektsgrupper når det gjelder andelen av innvilget individuell refusjon. Hvorvidt dette utgjør et betydelig problem, drøfter vi i neste og siste kapittel.

7 Oppsummering og avsluttende drøfting

Individuell refusjon er en del av blåreseptforskriften, og åpner opp for at pasienter med diagnoser som faller inn under denne, kan få refusjon for preparater som ikke er forhåndsgodkjent for refusjon. For å få refusjon, må pasienten få henvisning til spesialist, der det på faglig grunnlag er vurdert om pasienten vil ha mer nytte av et annet preparat enn et forhåndsgodkjent. Deretter må pasienten sende søknad til NAV, som vurderer om pasienten kan få refundert utgiftene til dette preparatet. Pasienten må selv svare for kostnadene for preparatet i tiden søknaden er til behandling. Preparater som krever individuell refusjon, er således vanskeligere å få refundert enn forhåndsgodkjente preparater. Dette har gjort at flere hevder at ordningen bidrar til økt sosial ulikhet når det gjelder behandlingstilbud. Dette har lange vært en antagelse som i liten grad har vært empirisk undersøkt. Hensikten med dette notatet har vært å få brakt på det rene hvorvidt antagelsen har empirisk støtte.

Til det formålet har vi benyttet reseptregisteret, hvor vi har tatt for oss samtlige reseptekspedisjoner i perioden fra 1. juni 2006 til 31. mai 2007. Dette dreier seg om nærmere fem millioner ekspedisjoner, hvorav litt under 100 000 ble gitt etter individuell vurdering. For å vurdere om individuell refusjon bidrar til sosial ulikhet ved medisinsk behandling, har vi sammenlignet den sosiale sammensetningen av dem som har fått individuell refusjon sammenlignet med dem som får generell refusjon. Uavhentede resepter blir ikke registrert, noe som gjør at det kan være ulikheter knyttet til ordningen som denne analysen ikke har fanget opp. Det er også slik at § 10 medisiner kan gis på hvit resept, noe som innebærer at pasienten legger ut for medisinerne uten noen form for refusjon. Slike ekspedisjoner er ikke tatt med i analysen, noe som gjør at og bidrar

Vi har undersøkt hvordan individuell refusjon varierer med bosted, brutto inntekt og utdanning. I tillegg har vi kontrollert for kjønn, alder og refusjonspunkt. Vi har også foretatt tilsvarende analyser for tre undergrupper - preparater mot diabetes, høyt kolesterol og KOLS.

7.1 Drøfting

Indikerer så våre funn at ordningen med individuell refusjon fører til sosial ulikhet i den medisinske behandlingen her til lands? Svaret kan synes enkelt i forhold til funnene, som viser at ressurssterke grupper oftere får tilgang på de dyrere preparatene enn mindre ressurssterke grupper. De reelle forskjellene er antagelig også noe større siden uavhentede resepter ikke er inkludert i analysegrunnlaget.

Om dette kan anføres som argument mot ordningen er ikke umiddelbart gitt. Her er det slik at ordningen har to ulike formål. For det første skal den gi sikkerhet for små

pasientgrupper. For det andre skal den fungere som et middel til å begrense offentlige utgifter på blå resept.

I dette notatet har det ikke vært mulig å skille disse formålene fra hverandre. Det er imidlertid ingen grunn til at små pasientgrupper skal være skjevfordelt etter inntekt og utdanning, og vi kan derfor forutsette fra at de registrerte ulikhetene oppstår som konsekvens av formålet om å holde utgiftene til refusjon på blå resept nede. Konklusjonen blir dermed at dette formålet gjør at ordningen med individuell refusjon fører til økte sosiale skjevheter i det medisinske behandlingstilbudet. Hvis ordningen i økende grad blir en del av den generelle refusjonspolitikken, vil det medføre ytterligere sosial ulikhet.

Det er rimelig å anta at de registrerte sosiale ulikhetene er et resultat av de mekanismer som Knut Dahl Jacobsen m.fl. (1982) viser til i tilknytning til en kritikk mot det kommunale tjenesteapparatet – den såkalte 'terskelteorien.' I all korthet går denne ut på at for å få tilgang på offentlige tjenester og ytelser, så må mottagerne overvinne ulike 'terskler.' Evnen og muligheten for å forsere slike terskler er ujevnt fordelt i befolkningen. Teorien er av den grunn nyttet ved undersøkelser av hvorvidt tilgangen til helse- og sosialtjenester er sosialt skjevfordelt.

Hvis terskelteorien er gyldig i forhold til refusjonsordninger som dette, gir den grunnlag for å advare mot å bruke individuell refusjon som en generell mekanisme i refusjonspolitikken. Praksis av ordningen etablerer flere terskler for å oppnå de mest egnede preparatene. For mange er det å oppsøke lege en terskel i seg selv. Men veien til individuell refusjon har flere terskler. Pasienten må videre til spesialist, og deretter sende søknad til NAV Helseforvaltning. I tillegg kommer at kunnskap og kjennskap til sykdommene og dermed muligheten til å sette seg inn i egen sykdom og behandlingen, også utgjør en terskel og som vi har vist er sosialt skjevfordelt.

Situasjonen i dag er imidlertid kjennetegnet ved at det er få pasienter som søker. Man kan derfor innvende at ordningen ikke er et stort problem siden fenomenet er marginalt. Dette er imidlertid ikke noe formildende argument i forhold til dem det gjelder. Det er klart et problem at en ordning som gjelder pasienter – ofte kronikere – er slik innrettet at den gir sosioøkonomisk ulik tilgang til nokså livsviktige preparater.

Litteratur

Blåreseptforskriften (1997): <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19970418-0330.html>

Dahl Jacobsen, Knut m.fl. (1982), Fordelingspolitikken forvaltning. *Sosiologi i dag*. nr. 3.

ECON (2007). Endringer i blåreseptforskriften – Konsekvenser for KOLS-pasienter. ECON-rapport 2007-051.

Innst.S.nr.197 (2004-2005): Innstilling fra sosialkomiteen om legemiddelpolitikken (Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk).

Innst. S. nr. 240 (2006-2007): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

NAV (2007). Vilkår for refusjon etter individuell søknad etter blåreseptforskriften.

St.meld.nr.18 (2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

Vedlegg 1

De hundre hyppigst ekspederte preparatene på § 10a. Frekvenser.

Spiriva	14763	Nexium	517
Lantus	9973	Vitalipid	512
Carduran	8958	Soluvit	506
Levemir	5471	Fortecortin	492
Ezetrol	4956	Neupogen	470
Aranesp	3999	Mimpara	464
Neulasta	3044	Resonium-calc	435
Methotrexate	2628	WelChol	423
Natron	2303	Calcigran	421
Enbrel	2158	Tracel	421
Metoject	1964	Na	416
Ursofalk	1868	Raptiva	406
Renagel	1705	Eprex	323
Celebra	1594	NovoNorm	298
Titralac	1555	Niaspan	297
Omacor	1554	Novonorm	295
Plavix	1534	Kabiven	283
NeoRecormon	1065	Somac	270
Arcoxia	965	Nycoplus	267
Renavit	750	Lipanthyl	266
Glivec	725	IntronA	262
Humira	644	NuTRIflexLipi	259
Protopic	625	Valcyte	248
Dexamethason	583	Elidel	231
CellCept	518	Lyrica	221

Salagen	219	Tracleer	98
Viagra	210	Xagrid	95
Bondronat	209	Loniten	93
Optinate	203	Arimidex	92
Thalidomide	201	EpiPen	91
Bezalip	195	Octanate	90
Emthexat	191	Klexane	88
Calcium-Sando	187	Catapresan	83
Marevan	183	OliClinomel	82
Lopid	172	Reumacon	82
Zantac	172	Imurel	81
Ringer-acetat	168	Natulan	80
Sutent	166	PegIntron	78
Forsteo	154	Bonviva	77
Valtrex	150	Crestor	76
Rebif	148	Cytarabin	75
Urocit-k	125	Flolan	72
Dikumarol	123	Roceron	72
Neurontin	116	Accolate	70
Lansoprazol	112	Estradot	70
Avonex	111	Zometa	70
Ixoten	105	Glucos	68
Vfend	105	Xyzal	68
Mucomyst	100	Copaxone	67
Androcur	99	Myambutol	62