

DFØ-notat 2023 06

juni 2023

Etterevaluering av områdegjennomgang av legemidler under folketrygden

Riktige legemidler til rett pris



Sammendrag av etterevalueringens hovedfunn

På oppdrag fra Finansdepartementet har DFØ gjennomført en etterevaluering av områdegjennomgang av legemidler under folketrygden. Områdegjennomgangens formål var å foreslå tiltak for å redusere utgiftsveksten under blåreseptordningen. Etterevalueringens formål er å vurdere om tiltakene som ble vedtatt etter områdegjennomgangen har blitt gjennomført, og i hvilken grad de forventede gevinstene som ble anslått i gevinstrealiseringsplanen er realisert.

Samtlige tiltak som ble anbefalt i områdegjennomgangen er fulgt opp, og alle tiltakene som ble besluttet er gjennomført eller påbegynt. Det er gjennomført en anbudspilot på kolesterolsenkende legemidler som har gitt gode erfaringer, redusert pris og utvidet tilbud av det aktuelle legemiddelet. Videre er det gjort endringer i trinnprismodellen som regulerer prisen på legemidler etter at patent- og dokumentbeskyttelsen opphører. Endringen innebærer raskere kutt i prisene sammenlignet med de tidligere kuttsatsene, og har ført til reduserte legemiddelkostnader for staten og for pasienter. Det er gjennomført, igangsatt og planlagt tiltak for å redusere antall legemiddelreservasjoner, der den som rekvirerer et legemiddel reserverer pasienten sin mot generisk bytte uten tilstrekkelig faglig begrunnelse. Tiltakene er rettet mot å informere om refusjonsvilkårene som foreligger, og kontrollere at disse etterleveres. Det er foreløpig for tidlig å si om de sistnevnte tiltakene har ført til endret rekvireringspraksis.

Generelt har tiltakene fra områdegjennomgangen blitt fulgt opp og iverksatt på en god måte. Flere aspekter ved områdegjennomgangen og oppfølgingen av denne har overføringsverdi og læringspunkter. At områdegjennomgangen var villet både fra helsemyndighetene og Finansdepartementet ga et godt utgangspunkt, og det er verdt å fremheve viktigheten av et faglig forankret og utvetydig mandat. Det har i stor grad vært kontinuitet i roller og deltakelse. Flere av dem som var involvert i områdegjennomgangens prosjektgruppe og prosjektstyre har vært involvert i oppfølgingsarbeidet. Dette ga løpende innsikt i behov for ytterligere utredninger, noe som bidrar til å sikre faglig kvalitet og gjennomførbarhet ved innretningen av de ulike tiltakene. Områdegjennomgangens forslag ble raskt fulgt opp, og underliggende etater ble tidlig involvert i oppfølgingsarbeidet. Dette bidro til en effektiv prosess etter at områdegjennomgangen ble ferdigstilt.

Områdegjennomgangen anslo et samlet årlig innsparingspotensial på 345 - 800 mill. kroner når tiltakene hadde fått full effekt. I 2022 ble det realisert 40,5 mill. kroner i innsparinger. Det er foreløpig for tidlig å konkludere i hvilken grad de gjennomførte tiltakene har redusert utgiftsveksten under blåreseptordningen. Det forventes at tiltakene vil bidra til å redusere utgiftsveksten på sikt når alle tiltak gjennomføres, herunder anbud som permanent ordning for egnede legemidler.

Innhold

Sammendrag av etterevalueringens hovedfunn.....	1
1 Innledning	3
1.1 Områdegjennomgangens hovedfunn	3
1.2 Evalueringsspørsmål.....	3
1.3 Fremgangsmåte.....	3
2 Om tiltakene.....	5
2.1 Anbud	5
2.2 Trinnpriis	8
2.3 Legereservasjon.....	11
3 Erfaringer fra oppfølgingsprosessen	15
3.1 Et godt utgangspunkt	15
3.2 Områdegjennomgang som drahjelp	15
3.3 Overføring av prosjekt til linja	15
3.4 Justering av utreders forslag og tilleggsutredninger.....	16
4 Kort analyse av resultatene	18
4.1 Tiltakene i gevinstrealiseringsplanen	18
4.2 Områdegjennomgangens formål og gevinster.....	18
5 Veien videre	20

1 Innledning

Som en del av det overordnede arbeidet for å legge til rette for bedre dokumentasjon og oppfølging av gevinster fra områdegjennomganger, fikk DFØ i tildelingsbrevet for 2023 i oppdrag å etterevaluere en tidligere gjennomført områdegjennomgang. Etterevalueringens formål er å vurdere om tiltakene som ble vedtatt etter områdegjennomgangen har blitt gjennomført, og i hvilken grad de forventede gevinstene er realisert.

DFØ har valgt å gjennomføre en etterevaluering av områdegjennomgangen *Riktige legemidler til rett pris*, en områdegjennomgang av legemidler under folketrygden, og oppfølgingen av denne.

Områdegjennomgangen ble gjennomført av Vista analyse og EY, på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet. Rapporten ble overlevert i januar 2021. Etter at regjeringen konkluderte i områdegjennomgangen, etablerte Helse- og omsorgsdepartementet en gevinstrealiseringsplan for tiltakene og har hatt det overordnede ansvaret for å følge opp denne. Gevinstrealiseringsplanen, og oppfølgingen av den, vil være utgangspunktet for vår etterevaluering og vurdering av måloppnåelse.

1.1 Områdegjennomgangens hovedfunn

Områdegjennomgangens formål var å utarbeide et kunnskapsgrunnlag og vurdere mulige tiltak som kan bidra til å begrense utgiftsveksten til legemidler under folketrygden. Områdegjennomgangen viste at dagens system for å fastsette priser fungerer godt, og anbefalte videreføring av dagens system med enkelte justeringer. Utreder anbefalte justeringer i trinnprisordningen, tiltak rettet mot å begrense antall legereservasjoner mot bytte i apotek og innføring av anbud for et mindre antall legemiddelgrupper med terapeutisk likeverdige legemidler.

1.2 Evalueringsspørsmål

Gjennom arbeidet med etterevalueringen ønsker vi å finne svar på følgende evalueringsspørsmål:

1. Hvilke tiltak ble besluttet som et resultat av områdegjennomgangen, hvilke tiltak er gjennomført, og hva er de foreløpige gevinstene?
2. I hvilken grad har tiltakene fra områdegjennomgang av legemidler under folketrygden redusert utgiftsveksten i blåreseptordningen?
3. Hva kan forklare forskjellen på de anbefalte tiltakene fra rapporten og tiltakene som er besluttet i regjering?
4. Hva er de viktigste erfaringene fra oppfølgingsarbeidet?

1.3 Fremgangsmåte

Arbeidet med informasjonsinnhenting har vært tredelt. I det innledende arbeidet ble tiltakene som ble anbefalt i områdegjennomgangen, og tiltakene som har blitt vedtatt gjennomført kartlagt. På bakgrunn av funnene i kartleggingen, utarbeidet DFØ et brev med utdypende oppfølgingsspørsmål som ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet. Med utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets svar på brevet, ble det gjennomført et møte med representanter fra Helse-

og omsorgsdepartementet, Legemiddelverket og Helsedirektoratet for å drøfte oppfølgingen av de ulike tiltakene. Flere av disse representantene var involvert i arbeidet med områdegjennomgangen som deltakere i prosjektgruppa eller prosjektstyret. Flere av dem er også involvert i arbeidet med implementering og oppfølging av vedtatte tiltak.

I oppfølgingsarbeidet har helsemyndighetene foretatt mange helsefaglige og helsepolitiske vurderinger som har påvirket oppfølgingsprosessen og utformingen av tiltak. DFØ har ikke kompetanse til å gå inn i disse vurderingene, men har kartlagt og vurdert den prosessuelle oppfølgingen. Vi bygger på Helse- og omsorgsdepartementets beskrivelse og vurderinger av tiltakenes effekter.

Omtale i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon, departementets svar på oppfølgingsbrevet samt vurderinger fra møtet sammenstilles i dette notatet. Det er foretatt en kort skjønnsmessig vurdering av områdegjennomgangens måloppnåelse i lys av gevinstrealiseringsplanen.

2 Om tiltakene

I januar 2021 ble områdegjennomgangens rapport ferdigstilt. Helse- og omsorgsdepartementet begynte umiddelbart arbeidet med å vurdere de foreslåtte tiltakene. Det ble raskt besluttet at tiltakene skulle utredes videre for å gjøre justeringer Helse- og omsorgsdepartementet mente var nødvendige. Helse- og omsorgsdepartementets underliggende etater fikk i oppdrag å vurdere tiltakene, samt komme med eventuelle forslag til justeringer. De justerte forslagene ble behandlet i Stortinget desember 2021.

I dette kapitlet vil vi presentere tiltakene som ble foreslått i rapporten fra områdegjennomgangen, tiltakene slik de ble vedtatt og gevinstrealiseringsplanen. For hvert av tiltakene vil først utreders forslag presenteres, videre belyses helsemyndighetenes vurdering og oppfølging av forslaget samt status for gjennomføring, før vi til slutt sier noe om realiserte og forventede gevinster.

2.1 Anbud

Dagens ordning – maksimalprisordning og referanseprising

Legemiddelverket fastsetter en maksimalpris for alle reseptpliktige legemidler før de kan markedsføres i Norge. Legemiddelverket fastsetter apotekenes maksimale innkjøpspris (AIP) for et legemiddel ved å regne gjennomsnittet av de tre laveste prisene det samme legemiddelet selges for i et utvalg europeiske land. Denne måten å fastsette makspris på kalles referanseprising, og benyttes i mange europeiske land. Staten forhandler ikke med legemiddelfirmaene om pris i dette systemet, men fastsetter en pris som aktørene i markedet kan velge å akseptere eller ikke.

Mandat

I mandatet for områdegjennomgangen ble det bedt om en vurdering av om det kan brukes prisforhandlinger og anbudslignende prosesser for å redusere utgiftene til legemidler som fortsatt har dokumentbeskyttelse.¹

Utreders forslag og anslag

Utreders slår fast at prisforhandlinger og anbud kan gi store reduksjoner i utgifter under blåreseptordningen. Specialisthelsetjenesten har i lengre tid benyttet anbud, og oppnådd gode resultater. Utreders foreslår at anbud bør innføres for terapeutisk likeverdige legemidler, for å redusere prisene på de legemidlene under blåreseptordningen som fortsatt har dokumentbeskyttelse. I tillegg til anbud foreslås det at man i større grad tar i bruk prisforhandlinger for de legemidlene som ikke har terapeutisk likeverdige konkurrenter, for å senke prisen på et legemiddel under det fastsatte maksimalprisnivået.²

¹ Dokumentbeskyttelse kan gi beskyttelse utover patentrettighetene, og hindrer generikaprodusenter å sende inn søknad om markedsføringstillatelse før originalen har vært på markedet i åtte år i EØS-området.

² EY & Vista Analyse (2021). *Riktige legemidler til rett pris*

Utredningens anslø at innføring av anbud kan gi årlige besparelser på 300-600 millioner kroner, gitt et omfang på 1,5 milliarder kroner for terapeutisk likeverdige legemidler. Det kan gi 20-40 prosent rabatt sammenlignet med apotekenes maksimale utsalgspris.

Helsemyndighetenes vurdering og oppfølging av forslaget

I tråd med områdegjennomgangens anbefaling ble forslaget om anbud og prisforhandlinger tatt videre, men det ble vurdert som nødvendig med tilleggsutredninger og justeringer av forslaget. I følge Helse- og omsorgsdepartementet var områdegjennomgangens forslag først og fremst basert på overordnede anslag for innsparing. De mente det derfor var nødvendig for helsemyndighetene å vurdere hvordan de legemiddelpolitiske målene³ kan bli påvirket dersom anbud skal innføres som permanent ordning. I tillegg vektla Helse- og omsorgsdepartementet langsiktighet og tiltakets gjennomførbarhet.

Forslaget om anbud for terapeutisk likeverdige legemidler ble vurdert av Legemiddelverket, i samråd med Sykehusinnkjøp HF og Helsedirektoratet.⁴ De tok blant annet stilling til hvilke legemiddelgrupper som kan være aktuelle for anbud. Ifølge Legemiddelverkets vurdering er flere av legemiddelgruppene som inkluderes i områdegjennomgangens anslag, uegnet for anbud. De mener eksempelvis at anbud vil være uegnet for blodfortynnende legemidler, fordi det vil innebære en betydelig risiko for pasientgruppen. Blodfortynnende legemidler utgjør 60-70 prosent av områdegjennomgangens gevinstanslag for anbud.

Videre understreker Helse- og omsorgsdepartementet at arbeidet med anbud har en lengre tidshorison. Anbud på legemidler har vært diskutert over en lengre periode. Diskusjonen har blant annet handlet om juridiske forhold og hvorvidt anbud er en passende anskaffelsesform for legemidler under folketrygden. Helsemyndighetene har i sin vurdering av områdegjennomgangens forslag vektlagt at dersom anbud skal innføres, må det være et system som er rustet for fremtiden. Anslagene fra rapporten var beheftet med betydelig usikkerhet, blant annet fordi det var usikkerhet rundt innretningen av anbudsordningen.⁵ Derfor foreslo helsemyndighetene at det i første omgang skulle gjennomføres en anbudspilot, hvor formålet er å høste erfaringer om gjennomførbarhet, rolle- og ansvarsforhold samt prosess.⁵ Basert på Legemiddelverkets vurdering av egnede legemiddelgrupper, ble kolesterolsenkende legemidler (PCSK9-hemmere) foreslått til anbudspiloten. I november 2021 sendte Helse- og omsorgsdepartementet forslag til endringer i legemiddelforskriften og blåreseptforskriften på høring. Forslaget ble møtt med en viss skepsis fra legemiddelindustrien, pasientgrupper og legeföreninger. Motstanden dreide seg i stort om at en slik anskaffelsesform nedprioriterer de øvrige legemiddelpolitiske målsetningene til fordel for reduserte kostnader.

En annen oppfølging etter områdegjennomgangen er vurdering av prisforhandling som alternativ til anbud. Prisforhandlinger med leverandører er et alternativ i de tilfellene hvor et legemiddel med patent ikke har eksisterende terapeutiske alternativer. Statens Legemiddelverk fikk i

³ Det er definert fire legemiddelpolitiske målsettinger som innebærer å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler, og at det skal legges til rette for forskning og innovasjon.

⁴ Prop. 1 S (2021-2022)

⁵ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (16.05.2023)

tildelingsbrevene for 2022 og 2023 i oppdrag å legge til rette for økt bruk av prisforhandlinger. Som oppfølging av oppdraget utarbeidet Legemiddelverket nye kontraktsmaler for ulike situasjoner hvor prisforhandlinger kan være aktuelt. Disse kan brukes i fremtidige prisforhandlinger.⁶

Anbudspilot

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet i Prop. 1 S (2021-2022) forslag om å gjennomføre en pilot for anbud på kolesterolsenkende legemidler (PCSK9-hemmere). Det ble bestemt at utforming av piloten skulle gjennomføres i 2022, med oppstart for kontraktsperioden primo 2023.

Legemiddelverket ble tildelt det overordnede ansvaret for piloten, og begynte forberedelsene høsten 2021. Sykehusinnkjøp HF og Helsedirektoratet bidro i forberedelsene. For å bidra til å styrke anbudspilotens faglige forankring ble en spesialist- og brukergruppe opprettet. Gruppen fungerte som rådgivere, og vurderte aktuelle legemidler, konkurransevilkår og iverksettelse av resultater. Anbudskonkurransen ble utlyst sommeren 2022, og kontrakten for anskaffelse av legemiddelet Praluent ble inngått i overgangen 2023.

Anbudspiloten førte til lavere pris på kolesterolsenkende legemidler, og førte til at en utvidet pasientgruppe kan få tilbud om behandling med legemiddelet under blåreseptordningen. I brev av 5. september 2022 ga Helse- og omsorgsdepartementet Legemiddelverket, Helsedirektoratet og Sykehusinnkjøp i oppdrag å evaluere anbudspiloten. Evalueringen skulle belyse forberedelsen og gjennomføringen av piloten, konsekvensvurdering for de legemiddelpolitiske målene, forslag til permanent ordning og en utredning av behovet for regelverksendringer ved eventuell overgang til permanent ordning.⁶

Som svar på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet oversendte Legemiddelverket rapporten *Evaluering av anbudspilot med PCSK9-hemmere på blåresept* 14. april 2023. Kort oppsummert er hovedkonklusjonene at

- forberedelse, gjennomføring og implementering har foregått som planlagt i henhold til samarbeidsavtalen og innenfor fristene,
- spesialist- og brukergruppa har vært sentral i hele prosessen og sikret klinisk, vitenskapelig og praktisk forankring og legitimitet,
- arbeidet har ligget nært opp til etablert praksis i Spesialisthelsetjenesten og
- organisatorisk modell, rollefordeling og prosessen med spesialist- og brukergruppa har fungert godt og bør videreføres dersom Stortinget beslutter at anbud på legemidler på blåresept skal innføres.

I evalueringen skriver Legemiddelverket at anbud for utvalgte legemidler forventes å ivareta, og samlet sett styrke, de legemiddelpolitiske målsetningene. Målet om god kvalitet i behandlingen ivaretas ved at bredt sammensatte og høyt kvalifiserte spesialist- og brukergrupper gir faglige og praktiske tilrådninger om utformingen av anbud. Målet om lavest mulig pris ivaretas ved at leverandørene må konkurrere om å tilby lavest mulig pris. Målet om likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler ivaretas gjennom grundige forhåndsvurderinger av hvilke legemidler som er egnet for anbud. Målet ivaretas også av lavere priser som kan skape økonomisk handlingsrom for at

⁶ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (16.05.2023)

nye legemidler kan komme raskere på blåresept og som kan gjøre at flere pasienter oppfyller kriteriene for å få legemidler på blåresept. Målet om å legge til rette for forskning og innovasjon ivaretas som i dag. Det er ikke ventet at noen nasjonale krav til kvalitet, sikkerhet og effekt ved legemidler, eller øvrige regulatoriske krav vil bli påvirket av anbud. Det er heller ikke ventet negative økonomiske konsekvenser for den enkelte pasient.

Utgifter i forbindelse med piloten

Til forberedelse av piloten og gjennomføring av tilleggsutredninger ble det bevilget 5,5 millioner kroner for andre halvår av 2021. Til gjennomføring av piloten i 2022 ble det bevilget 11 millioner kroner.

Realiserte og forventede gevinster

Det ble ikke besluttet en gevinstrealiseringsplan for anbudspiloten, fordi formålet med piloten først og fremst var å høste erfaringer. På DFØs spørsmål om gevinster fra anbudspiloten svarer Helse- og omsorgsdepartementet at:

«Hensikten med anbudspiloten var blant annet å finne frem til en hensiktsmessig organisering av arbeidet, klarlegging av hvordan beslutningsprosessene best kan foregå, og å sørge for god faglig og praktisk forankring av anbud for legemidler på blåresept. Det var ikke knyttet innsparingsmål til gjennomføringen av anbudspiloten.»⁷

Overordnet anslår Legemiddelverket at mellom 1 000 og 2 000 nye pasienter vil få kolesterolsenkende legemidler på blåresept i 2023, samtidig som folketrygdens utgifter holdes omtrent på samme nivå som i 2022. Dersom man hadde videreført refusjonskontraktene med gjeldende priser og forventet vekst i pasientantall for 2023, ville folketrygdens utgifter vært vesentlig høyere, selv med færre behandlede pasienter.

2.2 Trinnpris

Trinnprismodellen

Når et legemiddel mister sin markeds- og patentbeskyttelse, kan det få konkurranse fra generiske legemidler (inneholder samme virkestoffet som originallegemidlet). Straks det lanseres en generisk eller biotilsvarende konkurrent til originallegemidlet, og Legemiddelverket har vurdert at preparatene er likeverdige og kan byttes i apotek, kan trinnpris fastsettes. Intensjonen med trinnprismodellen er at folketrygden og pasienten kan dra fordel av prisjusteringen som oppstår ved innføring av konkurranse. Ved innføring av trinnpris nedjusteres legemidlets refusjonspris stegvis i henhold til forhåndsbestemte satser.

⁷ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (16.05.2023)

Mandat

I mandatet for områdegjennomgangen ble det bedt om en vurdering av om det kan gjøres endringer for å forbedre trinnprismodellen. Det ble også bedt om å vurdere alternativer til trinnprismodellen, som modeller for spotpris eller anbud.

Utreders forslag og anslag

Raskere trinnpriskutt

Utredet konkluderer med at trinnprismodellen fungerte godt for sitt formål, men at det kunne gjøres små endringer som kan gi budsjettbesparelser.⁸ Trinnprismodellen gir ikke et vesentlig høyere prisnivå sammenlignet med Sverige og Danmark. Den største forskjellen i pris forekommer de første årene etter at et legemiddel går over på trinnpris, det vil si når et legemiddel mister patent- og markedsbeskyttelsen. Da ligger prisnivået i Norge en del høyere sammenlignet med Sverige og Danmark. Ifølge utredet er dette en indikasjon på at det første trinnprisenivået ligger for høyt.⁸ Et forslag til tiltak er derfor å fjerne det første trinnpriskuttet på 35 prosent, og gå direkte til andre trinnpriskutt på 59 prosent for legemidler med en byttbar årlig omsetning på under 100 millioner kroner, eller 81 prosent for legemidler med en byttbar årlig omsetning på over 100 millioner kroner. Den årlige besparelsen på innføring av tiltaket vil variere, fordi antall og omsetning av nye trinnprislegemidler varierer fra år til år. Utredet anslår den årlige gevinsten ved gjennomføring av tiltaket i områdegjennomgangen til 15 – 100 millioner kroner.

Daværende trinnprismodell			
Samlet omsetning før generisk konkurranse	1. Trinnpriskutt (umiddelbart etter konkurranse)	2. Trinnpriskutt (etter 6 mnd.)	3. Trinnpriskutt (tidligst etter 18 mnd.)
Under 100 millioner kroner	35%	59%	Omsetning > 15 mill. 69%
			Omsetning < 15 mill. 59%
Over 100 millioner kroner	35%	81%	Omsetning > 100 mill. 90%
			Omsetning > 30 mill. 88%

Revurdering av trinnprisenivå etter ti år

Videre anbefaler utredet en fast revurdering av trinnprisenivået etter «for eksempel ti år». Her vil prisene på legemidler som har vært på trinnpris en lengre periode sammenlignes med referanseland. Basert på prissammenlikningen kan det gjøres en skjønnsmessig justering av trinnprisen. Utredet presenterer ikke et konkret gevinstpotensial, men vurderer at tiltaket sannsynligvis vil føre til besparelser. Én årsak er at dette vil gi anledning til å nedjustere priser på flere legemidler. En annen årsak er anledningen til å oppjustere priser på legemidler der lav pris risikerer å skape en mangelsituasjon med påfølgende utilsiktede kostnader ved bruk av alternativer. Forslaget må anses

⁸ EY & Vista Analyse (2021). *Riktige legemidler til rett pris*.

som en videreutvikling og formalisering av Legemiddelverkets gjeldende praksis med skjønnsmessige prisjusteringer.

Helsemyndighetenes vurdering og oppfølging av forslaget om raskere trinnpriskutt

Helse- og omsorgsdepartementet ba Legemiddelverket som ansvarlig fagetat for trinnprisordningen om å foreta faglige vurderinger av tiltaket, særlig konsekvensene av tiltaket for aktørene, konkurransen og forsyningssikkerheten. Videre vurderte Helse- og omsorgsdepartementet at det var behov for en vurdering av konkrete regelverksendringer som var nødvendige for å gjennomføre tiltaket. Administrative og budsjettmessige konsekvenser av tiltaket for folketrygden, pasienter, Legemiddelverket og andre berørte aktører ble også anslått.⁹ Legemiddelverket vurderte at utreders skisserte årlige innsparing var realistisk, men beheftet med stor usikkerhet. Basert på de fire årene 2016 – 2020 anslår de at innsparingen ved å gå rett på andre trinnpriskutt ville ligge i nedre del av intervallet som områdegjennomgangen presenterer. Samtidig påpekes det at årlige innsparinger vil variere basert på antall nye byttbare virkestoff og omsetningen som legges til grunn når trinnpris blir fastsatt.

Legemiddelverket sendte i juli 2021 ut et høringsbrev på forslag til endringer i legemiddelforskriften om avvikling av det første kuttet på syntetiske legemidler i trinnprisordningen, med svarfrist 9. oktober samme år. Representanter for legemiddelindustrien, apoteker, grossister, helsevesenet og pasienter sendte inn hørings svar. Mottagelsen av de foreslåtte endringene var blandet, med en overvekt av positive eller nøytrale hørings svar.

På bakgrunn av det samlede etterarbeidet ble det blant annet konkludert med at biologiske legemidler – med en annen produksjonsmetode og lengre periode for produksjonsstart – ikke var aktuelle for tiltaket. Utover denne endringen fra den opprinnelige anbefalingen ble det vurdert som hensiktsmessig å innføre en minstepris på 15 kroner i apotekenes innkjøpspris for legemidler i trinnprismodellen. Dette ble gjort for forsyningssikkerheten og for å sikre tilstrekkelig lønnsomhet i markedet.

Det endelig besluttede tiltaket, fremmet i Prop. 1 S (2021-2022), ligner i stor grad på anbefalingen i områdegjennomgangen. Det tidligere første kuttet for syntetiske legemidler i trinnprisordningen ble avviklet fra og med 1. januar 2022. For å forebygge at konkurranse skulle utebli som følge av for lav trinnpris, ble en minstepris på 15 kroner per pakning i apotekenes innkjøpspris innført.¹⁰

Ny trinnprismodell for syntetiske legemidler		
Samlet omsetning før generisk konkurranse	1. Trinnpriskutt (umiddelbart)	2. Trinnpriskutt (tidligst etter 18 mnd.)
Under 100 millioner kroner	59%	Omsetning > 15 mill. 69%
		Omsetning < 15 mill. 59%
Over 100 millioner kroner	81%	Omsetning > 100 mill. 90%
		Omsetning > 30 mill. 88%

⁹ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (16.05.2023)

¹⁰ Prop. 1 S (2022-2023)

Helsemyndighetenes vurdering og oppfølging av forslaget om revurdering av trinnprisnivå etter ti år

Tiltaket er ikke vedtatt eller igangsatt, per juni 2023. Før en eventuell gjennomføring av tiltaket var det etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering behov for ytterligere utredninger.

Legemiddelverket fikk derfor i tildelingsbrevet for 2022 følgende oppdrag: «*Legemiddelverket skal vurdere områdegjennomgangens anbefaling om skjønnsmessig vurdering av prisnivået for virkestoff som har inngått i trinnprisordning over lengre tid. Legemiddelverket skal bl.a. redegjøre for konsekvenser og identifisere eventuelle behov for forskriftsendringer*».

Svaret på oppdraget ligger til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet.

Realiserte og forventede gevinster

I løpet av det første året tiltaket for raskere priskutt hadde effekt gikk fem virkestoff direkte til et trinnpriskutt på 59 prosent fremfor et første kutt på 35 prosent i seks måneder. Virkestoffene hadde ved kuttidspunktet en byttbar årlig omsetning på om lag 32 – 82 millioner kroner i apotekenes utsalgspris. Den samlede omsetningen var på om lag 326 millioner kroner. Helse- og omsorgsdepartementet anslår at tiltaket så langt har gitt en total innsparing på rundt 32 millioner kroner i løpet av de første seks månedene etter at disse virkestoffene kom på trinnpris. Besparelsene ved billigere legemidler deles mellom pasientene og folketrygden, og av de 32 millioner kronene som er spart anslås det at folketrygden har en innsparing på rundt 21 millioner kroner, mens pasientenes innsparing anslås til 11 millioner kroner.¹¹

Omfanget av virkestoff som vil komme på trinnpris de neste årene er usikkert fordi det ikke finnes register over når patent- og dokumentbeskyttelse utløper. I tillegg kan det ta tid før nye aktører markedsfører byttbare legemidler. Legemiddelverket utarbeider to ganger i året et anslag på innsparing som følge av opptak av nye virkestoff i trinnprisordningen. Anslagene inngår i budsjettanslag for kap. 2751 post 70 og behandles i folketrygdens beregningsgruppe.

2.3 Legereservasjon

Medisinbytte i apotek og legereservasjonsordningen

Ofte finnes det flere legemidler som har ulike navn og ulik pris, men samme virkestoff og virkning (generiske og biotilsvarende legemidler). Da tilbyr apoteket pasienten et legemiddel med et annet navn enn det legen har rekvirert når det finnes et generisk eller biotilsvarende rimeligere alternativ. Pasienten kan reservere seg mot bytte, men dekker da merkostnadene ved dette selv. Foreligger tungtveiende medisinske grunner kan legen reservere mot bytte, og merkostnaden dekkes da av folketrygden.

Mandat

I mandatet for områdegjennomgangen ble det bedt om en vurdering av legenes rekvireringspraksis for utvalgte legemiddelgrupper og deres overholdelse av vilkårene for refusjon. Vurderingen skulle

¹¹ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (16.05.2023)

også se på legenes bruk av legereservasjon mot generisk bytte av legemidler, og i hvilken grad Helfo overvåker dette.

Utreders forslag og anslag

Utreders sin vurdering er at legene ønsker å rekvirere riktige legemidler i tråd med refusjonsvilkårene, men at tidsbegrensninger i kombinasjon med et komplisert regelverk er en utfordring.¹² Overordnet foreslår utreders å forenkle refusjonsvilkårene, gi bedre beslutningsstøtte og bedre opplæring. Samtidig foreslår utreders å gjøre det vanskeligere å avvike fra refusjonskravene og å øke dokumentasjonskravene. Forslaget innebærer at Helfo gjennomfører flere kontroller. Ifølge utreders har kontrollene en disiplinerende effekt, samtidig som legene får et læringsutbytte ved at de får tilbakemelding og rådgivning på egen rekvireringspraksis.

Helsemyndighetenes vurdering av anbefalingene

Etter helsemyndighetenes vurdering er adgangen til å reservere seg mot generisk bytte når det foreligger medisinske hensyn en ønsket ordning, og ansett som en forutsetning for at ordningen med medisinbytte i apotek skal fungere etter intensjonen. Helsemyndighetene mener at reservasjonsordningen stort sett fungerer etter hensikten, og at den gjennomsnittlige reservasjonsandelen er på et forventet nivå utfra ordningens formål. I områdegjennomgangens analyse og vurdering vektlegges besparelsene som kan oppnås ved å redusere antallet legereservasjoner mot bytte som sådan, mens oppfølgingsarbeidet har som mål å redusere andelen legereservasjoner *uten faglig begrunnelse*. Helsemyndighetene legger til grunn at antallet uberettigede reservasjoner mot bytte generelt er begrenset, og er særlig knyttet til bestemte legemidler/legemiddelgrupper og et mindre antall rekvirenter.

Helsemyndighetenes oppfølging av anbefalingene

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker i brevet til DFØ at kriteriene for reservasjon har vært lite spesifisert og i stor grad etterlatt til legens skjønn. Det har derfor vært behov for en nærmere konkretisering av kriteriene for «tungtveiende medisinske hensyn» som tillater rekvirenten å reservere mot legemiddelbytte. Som et tiltak for å redusere uberettigede legereservasjoner, ferdigstilte Legemiddelverket i samarbeid med Helsedirektoratet og Helfo nye vilkår for legereservasjon mot medisinbytte i januar 2023. Disse oppdaterte kriteriene lister opp hva som menes med tungtveiende medisinske grunner, og tar inn krav om alvorlighetsgrad av de ulike medisinske grunner som må ligge til grunn for reservasjon.

De nye konkretiserte vilkårene for reservasjon er brukt som utgangspunkt for informasjonsvirksomhet rettet mot medisinske medier, samt rekvirenter og apotek. Det har også vært et mål å bruke informasjon om de nye vilkårene til å informere om hvorfor uberettigede reservasjoner bør begrenses, og da med fokus på legemidler med høy reservasjonsgrad. Informasjonstiltak som har blitt gjennomført er blant annet nyhetsbrev og nyhetsartikler på medisinske nettsider, samt informasjon om nye vilkår både i kontaktpunktene med fastleger og i opplæringsmaterialet som Helfo benytter overfor leger. Et annet tiltak er direkte informasjon fra Helfo til rekvirenter med høy reservasjonsgrad. Som Helse- og omsorgsdepartementet poengterer i

¹² EY & Vista Analyse (2021). *Riktige legemidler til rett pris*.

brevet, er arbeidet med adferdsendringer en vedvarende prosess. Både generelle og spissede informasjons- og veiledningstiltak vil derfor videreføres også det neste året.

I tillegg til de ovennevnte tiltakene er to ytterligere tiltak planlagt gjennomført i løpet av 2023. Helfo planlegger etterkontroll av legereservasjoner, særlig rettet mot leger med særlig høy reservasjonsgrad og de legemidlene med høy reservasjonsgrad som medfører høye merutgifter for staten. Denne kontrollen gjennomføres etter at vilkårene er konkretisert og gjort kjent, for å vurdere effekten av tiltakene. Det er ventet at etterkontrollen i seg selv vil ha individ- og allmennpreventive virkninger på etterlevelse av regelverket.

Videre arbeides det med en løsning hvor rekvirenter får se sin egen generelle reservasjonsgrad sammenlignet med andre. Ved hjelp av et slikt verktøy kan en enkelt vurdere hvorvidt egen reservasjonspraksis avviker fra andre sammenlignbare grupper av rekvirenter. Helsedirektoratet spesifiserer den tekniske løsningen for dette verktøyet, og har en plan om å ferdigstille den i løpet av 2023.

Utfordringer ved å måle tiltakenes effekter

Oppdateringen og konkretiseringen av vilkårene for reservasjon utgjør utgangspunktet for de andre informasjonstiltakene. Oppdateringen ble noe forsinket i forhold til den opprinnelige planen, og har i skrivende stund vært gjeldende i under et halvt år. Videre er flere av tiltakene ikke ferdig gjennomført. Det har på forhånd vært ventet at det vil ta noe tid før tiltakene får effekt, ettersom man er avhengig av å endre adferd og etablert praksis hos rekvirentene. Helfo gjennomfører etterkontroller for å vurdere hvorvidt reservasjoner er berettigede eller uberettigede, men det foreligger foreløpig ikke samlede vurderinger av hva som er praksis etter innføring av tiltakene. Av disse grunnene kan man argumentere for at det er for tidlig å vurdere hvorvidt pakken med tiltak har hatt de tilskittede effektene.

Utover dette er det en rekke faktorer som påvirker både berettigede og uberettigede reservasjoner. For eksempel vil en økning i antall eldre som henter ut medisiner kunne øke antallet reservasjoner mot bytte, da mange av disse av ulike grunner vil ha reelle problemer med å bytte legemidler. På den annen side vil en økende trend av virkestoffrekvirering fremfor merkenavnrekvirering blant rekvirentene kunne gi en reduksjon i uberettigede reservasjoner ved å redusere forholdet pasientene har til enkelte merkenavn.

Det har vært en generell nedgang i reservasjoner mot bytte de siste årene. I første tertial 2023 var andelen reservasjoner mot bytte ved alle utleveringer av legemidler på blåresept 2,84 prosent, mot 3,19 prosent i samme periode i 2022. Det er uvisst hvor stor andel av denne nedgangen som er uberettigede reservasjoner, og hvor stor andelen av nedgangen som kan tilskrives de gjennomførte tiltakene.

Realiserte og forventede gevinster

Det er for tidlig å slå fast hvilke effekter tiltakene har hatt, og dermed for tidlig å vurdere budsjettkonsekvenser. I Helse- og omsorgsdepartementets syn vil det at ordningen stort sett fungerer etter intensjonen gjøre at tiltak for å begrense uberettigede reservasjoner mot bytte gi

begrensede nettobesparelser for det offentlige.¹³ Helsemyndighetene anslår den årlige gevinsten til 34 millioner kroner i året når alle tiltakene er gjennomført og har fått effekt.

Selv om det er for tidlig å vurdere tiltakenes effekt, har det som nevnt vært en generell nedgang i andel og antall reservasjoner. Det har medført budsjettert innsparing i statsbudsjettet 2022 på 8,5 millioner og ytterligere 5,5 millioner kroner i 2023.¹⁴

¹³ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (16.05.2023)

¹⁴ Prop. 1 S (2021-2022) og (2022-2023)

3 Erfaringer fra oppfølgingsprosessen

I dette kapittelet trekker vi frem Helse- og omsorgsdepartementet sine erfaringer med oppfølgingsprosessen.

3.1 Et godt utgangspunkt

Som utgangspunkt for områdegjennomgangen hadde Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet i stor grad sammenfallende interesser og en felles problemforståelse. Dette gjenspeiles i mandatet for områdegjennomgangen, som ikke var preget av uenigheter eller motstridende interesser. Retningen og målet for prosjektet var godt forankret og tydelig fra start. At en områdegjennomgang er ønsket, og at fagdepartementet selv opplever behov for endring, er et godt utgangspunkt.

Utredet konkluderte med at blåreseptordningen fungerer godt, og at det kun var behov for enkelte justeringer for å forbedre et allerede velfungerende område. Dette trekker Helse- og omsorgsdepartementet også frem som et godt utgangspunkt for oppfølgingsarbeidet. Gjennomføringen ble trolig enklere, enn om det hadde blitt anbefalt store endringer som departementet ikke kjente seg igjen i.

3.2 Områdegjennomgang som drahjelp

Fordi Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet tidlig i prosessen var enig om retning og mål, kunne områdegjennomgangen i større grad fungere som drahjelp for å få til endringer. Blant tiltakene som ble anbefalt i rapporten, var det i liten grad helt nye løsninger som ble foreslått. Dette skyldes blant annet at mandatet var godt forankret i helsemyndighetenes egne hypoteser om hvilke endringer som kunne bidra til å forbedre blåreseptordningen. De hadde selv erfart at det var forbedringspunkter for ordningen, og ulike løsninger hadde lenge vært vurdert som aktuelle, eksempelvis en anbudsordning for enkelte legemidler. At en ekstern aktør gjennomførte en områdegjennomgang, basert på egen datainnsamling, analyser og utregninger, styrket tyngden og legitimiteten for å få til endring.

I tillegg til å bidra til et godt beslutningsgrunnlag, satte områdegjennomgangen i gang en prosess som bidro til endring. Endringer som fagdepartementet selv hadde vurdert som aktuelle i lengre tid, ble løftet frem i forbindelse med områdegjennomgangen. Når et spesifikt område, i dette tilfellet legemidler under blåreseptordningen, blir utredet på denne måten, får endringsbehovet oppmerksomhet og det løftes inn i en beslutningsprosess. Dette gjør seg gjeldene for områdegjennomganger, som er knyttet til budsjettprosessen, og kan derfor fungere som en katalysator for å få gjennomført tiltak.

3.3 Overføring av prosjekt til linja

Helse- og omsorgsdepartementet svarer i brevet at anbefalingene etter områdegjennomgangen og oppfølgingen av disse ble overlevert i linja på en god måte. Dette trekkes frem som et viktig bevaringsområde som bidro til at oppfølgingsarbeidet fungerte godt. Å overføre et prosjekt til linja på en god måte er en velkjent utfordring, som også gjør seg gjeldende for områdegjennomganger.

For det første understreker Helse- og omsorgsdepartementet at kontinuitet i roller gjorde det enklere å følge opp områdegjennomgangen etter at rapporten ble overlevert. Flere av medlemmene i områdegjennomgangens prosjektgruppe kom fra Helse- og omsorgsdepartementet eller underliggende virksomheter. Flere av disse medlemmene bidro også i oppfølgingsarbeidet etter at prosjektet ble overlevert til departementet. De hadde både god kjennskap til områdegjennomgangens innhold og vurderinger, samt et allerede etablert eierskap til forslagene. De hadde i tillegg innsikt i hva som trengtes av tilleggsutredninger og hvem som bør involveres i disse. Ansvarlig ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet var representert i prosjektstyret for områdegjennomgangen. Dette er vanlig i henhold til rammeverk for områdegjennomganger, men trekkes særskilt frem av Helse- og omsorgsdepartementet som positivt.

For det andre begynte helsemyndighetene umiddelbart å behandle forslagene etter at rapporten ble overlevert. Underliggende fagetater ble raskt involvert i dette arbeidet. I følge Helse- og omsorgsdepartementet fikk underliggende etater i oppdrag å vurdere tiltakene, samt komme med nødvendige forslag til justeringer. Fagetatene, blant annet Helsedirektoratet og Legemiddelverket, som senere skulle gjennomføre tiltakene, ble dermed involvert tidlig i prosessen. På den måten ble områdegjennomgangen godt forankret også hos dem. De fikk bidra inn i vurdering av forslagene fra rapporten som ville berøre dem, og som de selv ville få ansvar for å gjennomføre, før endelig vedtak ble besluttet i regjering.

Etter at tiltakene ble vedtatt, ble ansvar for gjennomføring og oppfølging delegert til de ulike fagetatene. Helsedirektoratet og Legemiddelverket fikk sine oppdrag i tildelingsbrevet det påfølgende året, og på den måten gikk oppfølging av områdegjennomgangen umiddelbart inn i virksomhetenes daglige arbeid.

3.4 Justering av utreders forslag og tilleggsutredninger

På spørsmål om hva som har fungert godt i oppfølgingsarbeidet, svarer Helse- og omsorgsdepartementet at det har vært særlig positivt med en konstruktiv dialog med Finansdepartementet, med mulighet for justering av tiltak basert på faglige vurderinger gjennom hele prosessen. Rollefordelingen mellom departementene ga rom for at Helse- og omsorgsdepartementet kunne konsentrere seg om faglige spørsmål og vurderinger, mens Finansdepartementet sikret praktiske og prosessuelle hensyn. Helse- og omsorgsdepartementet opplever at deres faglige vurderinger ble hensyntatt.

For samtlige tiltak som ble foreslått i rapporten vurderte Helse- og omsorgsdepartementet at det var behov for enkelte justeringer og kompensierende tiltak. Sammen med underliggende fagetater, gjennomførte Helse- og omsorgsdepartementet tilleggsutredninger for de ulike tiltakene. Dette var først og fremst for å supplere forslagene fra utreder, for å sikre at de legemiddelpolitiske målsetningene var tilstrekkelig ivarettatt. Disse vurderingene tok særlig utgangspunkt i hvordan de ulike tiltakene ville påvirke forsynings sikkerheten, og hvordan de praktisk kunne gjennomføres. I tillegg var det behov for en vurdering av konkrete regelverksendringer som var nødvendige for å gjennomføre tiltak.

I brevet trekker Helse- og omsorgsdepartementet frem at det var viktig for dem at tiltakene skulle fungere godt i det lange løp. Et langsiktig perspektiv var for eksempel en del av begrunnelsen for å gjennomføre en pilot på anbud, før en eventuell permanent ordning blir lagt frem for Stortinget. På

den måten fikk Helse- og omsorgsdepartementet muligheten til å teste ordningen, høste erfaringer og vurdere hvordan en eventuell permanent ordning kan utformes i fremtiden.

Tilleggsutredningene bidro til at det er en viss avstand mellom utreders foreslåtte tiltak og de tiltakene som ble vedtatt gjennomført. Vi vurderer at avstanden på mange måter gjenspeiler en konstruktiv prosess og et godt samspill. Utreder og helsemyndighetene har ulike roller, og dette er en naturlig del av arbeidet med en områdegjennomgang. Oppdraget til utreder var å presentere forslag til hvordan utgiftsveksten under blåreseptordningen kunne reduseres. Det resulterte i modige anbefalinger, hvor samtlige forslag ble tatt med videre av helsemyndighetene. Forslagene ble utredet videre og justert etter vurdering av Helse- og omsorgsdepartementet. Tiltakene som til slutt ble vedtatt er således et resultat av en prosess hvor ulike aktører med ulike roller har bearbeidet og utredet tiltakene med sine perspektiver.

4 Kort analyse av resultatene

Det er over to år siden endelig rapport fra områdegjennomgangen ble levert, og det har skjedd mye siden da. Samtidig er det i mange av tilfellene for tidlig å si hva de endelige resultatene av områdegjennomgangen blir. Vi skal her gi en kort analyse av de resultatene som allerede har gjort seg gjeldende, oppfølgingsprosessen mer generelt, samt vende blikket fremover og vurdere de anslagene som er gjort for fremtidige resultater. Den skjønsmessige vurderingen tar utgangspunkt i tiltakene slik de ble vedtatt i gevinstrealiseringsplanen og realiserte gevinster i henhold til områdegjennomgangens formål.

4.1 Tiltakene i gevinstrealiseringsplanen

Ved vurderingen av tiltakene i gevinstrealiseringsplanen vektlegger vi at vedtatte tiltak er fulgt opp, igangsatt eller gjennomført og sporbare. Som vi har gjort rede for i kapittel to, har samtlige vedtatte tiltak blitt fulgt opp på ulike måter. Noen tiltak har vært enklere å gjennomføre, som endring av trinnprismodellen, mens tiltaket om anbud på folketrygdfinansierte legemidler har krevd en mer omfattende prosess. Helsemyndighetene har gjennomført den planlagte anbudspiloten, men en endelig gjennomføring av anbudsordning gjenstår og er avhengig av Stortingets beslutning av å innføre ordningen. Tiltak rettet mot uberettigede legereservasjon kom senere i gang, og er delvis gjennomført, hvorav to resterende tiltak gjennomføres i 2023.

Vedtatte tiltak har vært enkle å spore gjennom omtale i Prop. 1 S. Oppfølgingen av tiltakene har i stor grad blitt gitt som oppdrag i virksomhetenes tildelingsbrev. Dette bidrar til åpenhet, og gjør det enkelt å følge prosessen. At to av tiltakene ble sendt på høring har også bidratt til å forankre endringene bredt, og har belyst hvordan ulike aktører stilte seg til de foreslåtte tiltakene.

Ved siden av offentlig tilgjengelig informasjon, har Helse- og omsorgsdepartementet bidratt med all relevant informasjon vi har etterspurt i forbindelse med etterevalueringen. Dette har gitt oss innblikk i hvilke konkrete vurderinger som er gjort, og et grundig innblikk i oppfølgingsprosessen generelt. I det videre arbeidet kan det være interessant å vise til hvordan tiltakene som er gjennomført, faktisk eller trolig, har ført til de resultatene som ble anslått, gjennom omtale i eksempelvis Prop. 1 S.

4.2 Områdegjennomgangens formål og gevinster

Ved vurderingen av områdegjennomgangens formål og gevinster, vektlegger vi at nytten ved tiltak overgår kostnaden på kort og lang sikt, og at gjennomføringen av tiltakene bidrar til å oppnå områdegjennomgangens overordnede formål. Som del av en områdegjennomgang og arbeid med gevinstrealiseringsplan skal det gjøres kost-nyttvurderinger av tiltakene. Med dette som utgangspunkt gjør vi en vurdering av nettoytten på kort sikt og lang sikt. Vi har ikke innhentet informasjon om kostnadene ved selve gjennomføringen av områdegjennomgangen. Vi har heller ikke innsikt i hvilke driftskostnader oppfølgingen av tiltakene har medført for Helse- og omsorgsdepartementet og underliggende virksomheter, utover utgiftene som er listet opp i gevinstrealiseringsplanen.

Tiltak	Utreders gevinstanslag	Vedtatt innsparing (Prop. 1 S)	Utgift ved innføring av tiltak	Realisert innsparing/ gevinst	Forventet innsparing – fagetat
Fjerning av første trinnpriskutt for syntetiske legemidler	15 – 100 millioner kr per år	2022: 30 millioner kr		32 millioner kr	Variierende årlig innsparing. Om lag 30 mill. kroner årlig
Tiltak mot legereservasjon uten faglig begrunnelse	30 – 100 millioner kr per år	2022: 8,5 millioner kr 2023: 5,5 millioner kr	1,8 mill. kroner i 2022	Foreløpig ikke målbart ¹⁵	34 millioner kr per år når alle tiltak er gjennomført
Anbud som permanent ordning og økt bruk av prisforhandlinger	300 – 600 millioner kr per år ved innføring av anbud	Ingen vedtatt innsparing	5,5 mill. i 2021 11 mill. i 2022.	Innsparing ved anbudspilot er u.off Andre gevinster fra piloten inkluderer utvidet tilbud til større pasientgruppe	Forslag om anbud som permanent ordning ligger til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet og må vedtas av Stortinget før en ev. innføring

På kort sikt, 2-3 år, er nettoytten av tiltakene lav, men positiv. Hvis vi vurderer de anslåtte gevinstene opp mot kostnadene ved gjennomføring av områdegjennomgangen, og driftskostnadene i departementet ved oppfølging, blir den kortsiktige nettoytten enda lavere. I den sammenheng er det viktig å huske på at det i områdegjennomgangens mandat primært tas sikte på å redusere fremtidig utgiftsvekst, fremfor å oppnå kortsiktige budsjettbesparelser.

Det er foreløpig for tidlig å vurdere i hvilken grad områdegjennomgangens overordnede formål om å bremse utgiftsveksten under blåreseptordningen er nådd, men tiltakene som allerede er igangsatt peker i den retning. Gjennomføringen av resterende tiltak, særlig knyttet til anbud som permanent ordning, vil kunne ha stor påvirkning på mulighetene for fremtidige besparelser som resultat av denne områdegjennomgangen.

¹⁵ Besluttet innsparing skyldes en generell nedgang i antall legereservasjoner, og kan ikke uten videre tilskrives iverksatte tiltak mot legereservasjon uten faglig begrunnelse. Realisert innsparing skal på sikt måles gjennom etterkontroller gjennomført av HELFO.

5 Veien videre

Ettrevalueringen har identifisert viktige aspekter ved hvordan områdegjennomganger bør innrettes og følges opp. Elementene som trekkes frem her er i stor grad velkjente fra tidligere analyser og anbefalinger. Det dreier seg i stort om å utarbeide et klart mandat, ha kontinuitet i roller og sikre involvering av relevante fagmyndigheter på et hensiktsmessig tidspunkt. Samtidig som oppfølgingsarbeidet i dette tilfellet har vært godt, må man ta høyde for at områdegjennomganger har en viss egenart. Konkrete grep som har fungert godt her vil ikke nødvendigvis gjøre det i andre tilfeller.

Etter hvert som flere ettrevalueringer gjennomføres vil man i større grad kunne identifisere hvilke fallgruver som finnes, og hvilke faktorer som gjennomgående bidrar til høy måloppnåelse. Treårige ettrevalueringer er et nytt verktøy, og kan antas å ha en viss disiplinerende effekt på sikt. Ved å sammenstille læringspunkter, og ved å skape forventninger om at tiltak skal gjennomføres, vil ettrevalueringene kunne bidra til å øke gevinstrealiseringen fra områdegjennomganger.

