

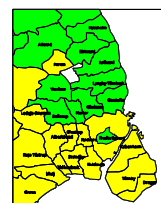
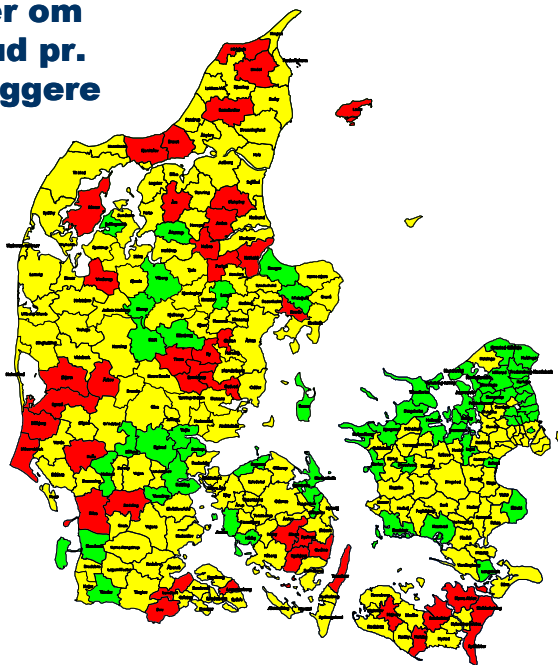
Individuelle medicintilskud med fokus på enkeltilskud



Lægemiddel
industri
foreningen

April 2008

Ansøgninger om enkelttilskud pr. 1.000 indbyggere (2006)



Enkelttilskudsordningen kort

Danske patienter kan opnå tilskud til deres forbrug af ikke-tilskudsberettigede lægemidler, hvis lægen ansøger Lægemedelstyrelsen på vegne af den enkelte patient.

Når nye lægemidler ikke får tildelt generelt tilskud, er Lægemedelstyrelsens begrundelse ofte, at prisen er for høj i forhold til den behandlingsmæssige værdi. En anden begrundelse for ikke at give patienterne en direkte adgang til tilskud er, hvis lægemidlerne ikke har en sikker og værdifuld virkning på en velafgrænset indikation.

Derfor skal der være tale om helt specielle behandlingsmæssige fordele for patienten, eller at andre behandlinger har vist sig utilstrækkelige, såfremt patienten skal kunne opnå tilskudsmuligheden – dvs. få anført udgifterne på sin medicinkonto.

Som hovedregel udarbejdes kriterier for, hvornår patienten vil være berettiget til den potentielle offentlige medfinansiering. Disse kriterier bliver dog ofte først præciseret, efter man har indsamlet kliniske erfaring med anvendelsen af produkterne. Beslutningen om tildeling af enkelttilskud foretages administrativt af Lægemedelstyrelsen eller efter en individuel vurdering i Medicintilskudsnet.

Omfanget af enkelttilskudsansøgninger

Lægemedelstyrelsen modtog i 2007 141.373 individuelle tilskudsansøgninger, hvilket er en stigning på 6 procent set i forhold til 2006.

Enkelttilskudsansøgningerne udgør langt den største kategori med 78,7 procent af alle individuelle tilskudsansøgninger. I 2007 behandlede lægemiddelstyrelsen i alt 111.279 ansøgninger om enkelttilskud, godt 18.000 ansøgninger om kronikertilskud, knap 9.000 ansøgninger om terminaltilskud og endelig ca. 2.000 ansøgninger om forhøjet tilskud (se Tabel 1).

Tabel 1. Individuelle tilskudsansøgninger 2000-2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Enkelttilskud</i>	53.822	58.702	77.513	84.519	96.594	111.218	106.753	111.279
<i>Kronikertilskud</i>	47.138	9.084	8.141	9.548	10.166	23.071	14.633	18.231
<i>Terminaltilskud</i>	8.072	8.430	8.568	8.564	8.883	9.023	9.252	9.831
<i>Forhøjet tilskud</i>	134	63	69	55	102	2.766	2.713	2.032
<i>I alt</i>	109.166	76.279	94.291	102.686	115.745	146.078	133.351	141.373

Kilde: Lægemedelstyrelsen.

Ordningerne med kronikertilskud og terminaltilskud blev først indført med de nye tilskudsregler pr. 1. april 2005 (introduktionen af det behovsafhengige tilskudssystem), hvilket forklarer den ujævne udvikling i antallet af kroniker-ansøgninger. Udsvingene ses især i forbindelse med introduktionen af de nye tilskudsregler i 2000, og da en kronikerbevilling gælder i fem år, vil væksten i 2005 være påvirket af mange genansøgningerne.

Stigningen i ansøgninger om forhøjet tilskud kan henføres til ændrede regler i 2005, hvor tilskuddet alene bliver udmålt i forhold til den laveste pris inden for en substituitionsgruppe. Som konsekvens kan forskellen i egenbetalingen mellem det billigste og det foretrukne lægemiddel blive betydelig. De lægemiddelgrupper med flest afgjorte sager om forhøjet tilskud i 2007 var Lamotrigin (786), Amlodipin (132) og Sertralin (146). En stadig større andel af ansøgninger om forhøjet tilskud bevilges: 75 procent i 2007 set i forhold til 56 procent i 2006. Ifølge Lægemiddelstyrelsen kan det skyldes at lægerne er blevet mere opmærksomme på kriterierne for bevilling af forhøjet tilskud og dermed også bedre til at lave ansøgningerne.

Omsætningen af lægemidler uden generelt tilskud

En stadig stigende andel af det danske lægemiddelforbrug i den primære sundhedssektor sker med lægemidler uden generelt tilskud.

I 2006 var omsætning af lægemidler solgt med enkelttilskud 870 mio. kr. svarende til 7 procent af det samlede omsætning i primærsektoren opgjort i apotekernes udsalgspriser. Dette er mere end en fordobling set i forhold til 2002 (se Tabel 2). Det giver en klar indikation af, at en stadig stigende andel af lægemiddelforbruget sker via enkelttilskudsordningen.

Tabel 2. Fordelingen af lægemiddelomsætning i forhold til tilskud opgjort i apotekets udsalgspriser inkl. moms (mio. kr.)

Tilskudsgruppe	2002	2003	2004	2005	2006	2002-06
Generelt tilskud	7.633	7.861	7.811	7.926	8.273	8 %
Enkelttilskud	507	592	715	838	870	72 %
Uden tilskud	928	893	906	937	956	3 %
OTC med tilskud	432	450	564	578	601	39 %
OTC uden tilskud	1.128	1.168	1.235	1.289	1.336	18 %
Dosisdispensering	6	21	46	66	82	24 %
Alle	10.631	10.983	11.264	11.617	12.118	14 %
Andel						
Generelt tilskud	71,8 %	71,6 %	69,3 %	68,2 %	68,3 %	
Enkelttilskud	4,8 %	5,4 %	6,3 %	7,2 %	7,2 %	
Uden tilskud	8,7 %	8,1 %	8,0 %	8,1 %	7,9 %	
OTC med tilskud	4,1 %	4,1 %	5,0 %	5,0 %	5,0 %	
OTC uden tilskud	10,6 %	10,6 %	11,0 %	11,1 %	11,0 %	
Dosisdispensering	0,1 %	0,2 %	0,4 %	0,6 %	0,7 %	

Kilde: Lægemiddelstyrelsen

Ses alene på regionernes udgifter til medicintilskud, da udbetales i 13 procent i 2007 via enkelttilskudsordningen set i forhold til 10,3 procent i 2005. Andelen var 8 procent i 2001.

Enkelttilskud inden for behandlingsområder

En betydelig andel af enkelttilskudsansøgningerne ligger inden for forebyggelse af blodpropper samt lægemidler mod knogleskørhed og Alzheimer-sygdom. Disse forebyggende behandlingsområder tegner sig for ca. halvdelen af alle enkelttilskudsansøgningerne.

Hovedparten (tæt på 100 procent) af alle ansøgningerne bevilliges tilskud. Spørgsmålet er, hvad denne andel er udtryk for? Umiddelbart vil konklusionen være, at alle, der lever op til kriterierne – hvis de er præciseret – også får adgang til den offentlige medfinansiering via enkelttilskuddet. Det fjerner dog ikke den potentielle barrierer ved, at der ikke bliver ansøgt i det hele taget.

Table 3. Enkelttilskudsansøgninger inden for behandlingsområder.

ATC-gruppe	Behandlingsområde	2006	2007	%	Afslagsprocent	
					2006	2007
B01	Forebyggelse af blodpropper	21.950	22.561	2,8	2,5 %	10,9 %
M05	Midler mod knogleskørhed	16.320	14.582	-10,6	5,5 %	5,2 %
N06	Midler mod Alzheimer	11.545	12.312	6,6	4,8 %	3,8 %
G02	Middel mod hypermennorrhoea/menorrhagia	6.308	7.542	19,6	1,5 %	1,2 %
A10AE	Langtidsvirkende insulin	5.858	5.777	-1,4	1,6 %	1,7 %
D11AX	Midler mod atopisk dermatitis/aktinisk keratose	5.502	5.272	-4,2	4,3 %	1,3 %
N03	Midler mod neuropatiske smerter	4.128	4.759	15,3	33,6 %	19,8 %
N06	Psykostimulantia	2.442	4.305	76,3	2,7 %	2,7 %
G04	Midler mod erektil dysfunktion	3.907	3.771	-3,5	12,2 %	11,3 %
J01A	Tetracykliner	3.530	3.589	1,7	0,8 %	1,4 %
A08	Midler mod fedme	924	2.433	163,3	39,1 %	24,2 %
A06	Afføringsmidler	1.924	2.260	17,5	8,2 %	9,5 %
C10	Kolesterolsænkende midler	3.528	2.148	-39,1	8,5 %	25,6 %
D06	Midler mod condylomer	1.458	1.693	16,1	1,4 %	1,4 %
H05AA02	Middel mod knogleskørhed (Forsteo og Preotact)	803	885	10,2	6,1 %	4,9 %
M09A	Midler mod osteoartrose	745	838	12,5	0,9 %	0,7 %
A11	Vitaminpræparater	548	562	2,6	6,8 %	6,8 %

R05	Hoste- og forkølelsermidler	359	320	-10,9	12,3 %	16,6 %
G03D	Middel mod klimakterielle gener	255	238	-6,7	45,9 %	41,2 %
M01AH	Selektive COX-2 hæmmere	214	107	-50,0	80,4 %	71,0 %
G03H	Acnemidler	136	82	-39,7	11,8 %	15,9 %

Kilde: Lægemedelstyrelsen.

Det bemærkes, at "godkendelsesprocenten" er faldet med næsten 10 procentpoint for den største gruppe (forebyggelse af blodpropper) fra 98 procent til 89 procent, mens den omvendt er steget indenfor behandlingsområder som neuropatiske smerter og fedme produkter, hvor der for sidstnævnte er sket en markant stigning i antal ansøgninger i 2007.

Man kan måske undre sig over, at der ikke indgår ansøgninger til anti-rygemidler på listen, idet der ifølge Lægemedelstyrelsens statistik blev solgt omkring 600 pakninger med tilskud i 2007 og 1.100 pakninger i 2006 – hovedparten er dog håndkøbsmedicin, som naturligvis ikke siger noget om antallet af ansøgninger. Dertil kommer, at det samlede antal solgte pakninger af antirygmidler i 2007 var ca. 1,7 mio., hvoraf 50.000 var de receptpligtige pakninger/produkter.

Langt størstedelen af ansøgningerne om enkelttilskud blev bevilliget idet 6,0 procent af ansøgningerne fik afslag i 2007. Det svarer stort set til 2006, hvor afslagsprocenten var 6,2. I 2005 var afslagsprocenten 9,2.

Hvem søger om enkelttilskud?

Alle læger kan på vegne af patienterne ansøge om enkelttilskud. En betydelig del af ansøgningerne kommer imidlertid fra sygehusene (46 procent), omkring 17 procent bliver indsendt via praktiserende specialelæger, mens 32 procent kommer fra de alment praktiserende læger. For den resterende del af ansøgningerne er det ikke muligt at identificere den ansøgende læge.

Tabel 3. Fordelingen af enkelttilskudsansøgninger fordelt på "læge-typer", 2005-2006

	2006		2005		2005-06
Ansøgninger	Antal	Andel	Antal	Andel	Ændring
Alment praktiserende læger	34.502	32,0	35.278	32,7	-2,2 %
Praktiserende speciallæger	18.508	17,2	19.214	17,8	-3,7 %
Sygehuslæger	49.385	45,9	47.735	44,3	3,5 %
Ikke registreret	5.313	4,9	5.641	5,2	-5,8 %
Total antal ansøgninger	107.708	100,0	107.868	100	-0,1 %

Udviklingen fra 2005 til 2006 viser et mindre fald i det totale antal tilskudsansøgninger (jf. Tabel 3). Faldet er sket indenfor grupperne alment praktiserende læger, samt praktiserende speciallæger. Sygehuslægenes enkelttilskudsansøgninger har været stigende

med 3,5 procent til 49.385 ansøgninger i 2006 fra 47.735 i 2005. Denne udvikling kan være interessant, idet sygehuslægerne næppe har mulighed for at opkræve betaling hos patienterne. Dvs. at enten sker der en vis opbremsning i primærsektoren, eller også er der sket en større "efterspørgsel" efter de lægemidler, der kræver en decideret udredning på sygehusene, og som forudsættes ordineret af en sygehuslæge.

Hvad siger lægerne til enkelttilskudsordningen?

En analyse¹ af de praktiserende lægers opfattelser af enkelttilskudsordningen viser, at stort set alle alment praktiserende læger har ansøgt om enkelttilskud (98 procent) inden for en periode på 12 måneder. Analysen viser også en betydelig variation mellem de enkelte læger. Godt 60 procent af lægerne har indsendt mere en 10 ansøgninger inden for et år. Hovedparten af afslagene kan sandsynligvis henføres til ansøgninger fra de praktiserende læger².

En stor del af lægerne er også af den opfattelse, at enkelttilskudsreglerne udgør en barriere for deres muligheder for og/eller motivation til at udskrive de præparater, som er omfattet af enkelttilskudsordningen.

- 49 procent af lægerne har på et eller andet tidspunkt afholdt sig fra at ordinere et præparat og søge om tilskud, selvom de mente, at patienten kunne have gavn af en sådan behandling, og at præparatet var indiceret til patienten.
- 12 procent af de praktiserende læger er ofte eller meget ofte i den situation, at de afholder sig fra at ordinere et af præparaterne i ordningen og søge om tilskud, alene fordi selve arbejdsprocessen i forbindelse med at lave ansøgningen opleves besværlig.

Lægemiddelstyrelsen har forsøgt at mindske de administrative besværligheder ved at give mulighed for elektronisk indsendelse af ansøgningerne³, ligesom der er udarbejdet afkrydsningsskemaer indeholdende de gældende kriterier. Dette er interessant, idet blot 8 procent af alle individuelle ansøgninger om medicintilskud blev indsendt elektronisk i 2007 fra 884 forskellige ydernumre eller sygehusafdelinger.

Regionale forskelle i enkelttilskudsansøgningerne?

Da en betydelig del af enkelttilskudsansøgningerne kommer fra speciallæger og sygehuslæger, kan dette i sig selv give variationer i de forskellige regionale/lokale områder i Danmark, idet adgangen til udvalgte specialitydelser og sygehusydelser er skævt fordelt rent geografisk.

¹ "Praktiserende lægers kendskab, erfaring og holdning til enkelttilskud til medicin". MERCK SHARP & DOHME, januar 2006. I alt indgik 282 læger i undersøgelsen svarende til 58 procent af de adspurgte. Undersøgelsen blev foretaget af konsulentfirmaet Tranbjerg med en referencegruppe bestående af professor Kjeld Møller Pedersen, projektleder Jacob Kjellberg og læge Palle Mark Christensen.

² I følge MSD-analysen kunne 90 procent af afslagene henføres til ansøgninger fra praktiserende læger.

³ Siden 1. oktober 2006 har læger med en digital signatur haft mulighed for at sende elektroniske ansøgninger om individuelle medicintilskud via Medicinprofilen.

Der blev i 2006 indsendt knap 10 ansøgninger pr. 1.000 indbyggere i de danske kommuner fra læger i den primære sundhedssektor – dvs. alment praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger. I gennemsnit indsendte de alment praktiserende læger (AP) 6,4 ansøgninger pr. 1.000 indbyggere, mens der i gennemsnit var 3,5 ansøgninger fra praktiserende speciallæger (PS).

Hvad angår ansøgninger fra de praktiserende læger, ses en markant variation gående fra 1,2 ansøgninger pr. 1.000 indbyggere (Højreby) til det højeste antal på 11,5 ansøgninger (Langå). Det samme er tilfældet med ansøgninger fra speciallæger med variation fra ingen ansøgninger (Thyholm) til 10 ansøgninger pr. 1.000 indbyggere (Helsingør).

Tabel 4. Oversigt over enkelttilskudsansøgninger 2006 fordelt på ansøgende læger og kommuner (antal ansøgninger pr. 1.000 indbygger)

Kommune	Almen praksis	Speciallæger	Sygehuslæger	Ikke registreret	I alt
Gennemsnit	6,4	3,5	9,0	1,0	19,8
Med færrest ansøgninger	1,2	0,0	4,1	0,0	10,1
Med flest ansøgninger	11,5	10,0	13,8	2,8	27,1

Ud over at den geografiske variation i adgangen til speciallæger og/eller relevant sygehusudredning vil betyde en sværere adgang til visse enkelttilskud, synes den overordnede fordeling af enkelttilskudsansøgninger mellem "lægetyperne" at være skævvredet. Man kunne forvente en langt større andel af ansøgninger fra de praktiserende læger, da mange af de relevante lægemidler – som der søges om tilskud til – i overvejende grad anvendes i den primære sundhedssektor. Denne skæve fordeling kan i sig selv være en indikation af barrierer.

Tabellerne nedenfor viser henholdsvis de 10 kommuner med flest enkelttilskudsansøgninger fra primærsektoren og de 10 kommuner med færrest ansøgninger om enkelttilskud. I gennemsnit er der knap 14 ansøgninger pr. 1.000 indbyggere i de 10 kommuner med flest ansøgninger, mens der i de 10 kommuner med færrest ansøgninger er knap 4 ansøgninger i gennemsnit pr. 1.000 indbyggere.

Tabel 5. De 10 kommuner med flest enkelttilskudsansøgning fra primærsektoren

Kommune	I alt	Almen praksis	Speciallæger	Forhold
Helsingør	16,1	6,1	10,0	0,61
Fredensborg-Humlebæk	15,2	5,8	9,4	0,62
Viborg	13,8	9,0	4,8	1,88
Hørsholm	13,7	6,6	7,1	0,93
Vamdrup	13,6	10,4	3,2	3,25
Trundholm	13,4	8,0	5,4	1,48
Hundested	13,2	7,4	5,8	1,28
Dragsholm	13,0	8,6	4,4	1,95
Søllerød	12,8	5,5	7,3	0,75
Langå	12,7	11,5	1,2	9,58

Man bemærker den betydelige forskel og variation i forholdet mellem ansøgninger fra henholdsvis almen praksis og speciallæger. I Langå kommune er der næsten 10 gange så mange ansøgninger fra almen praksis som fra speciallæger, mens der næsten kun er halvt så mange i Helsingør.

Tabel 6. De 10 kommuner med færrest ansøgninger

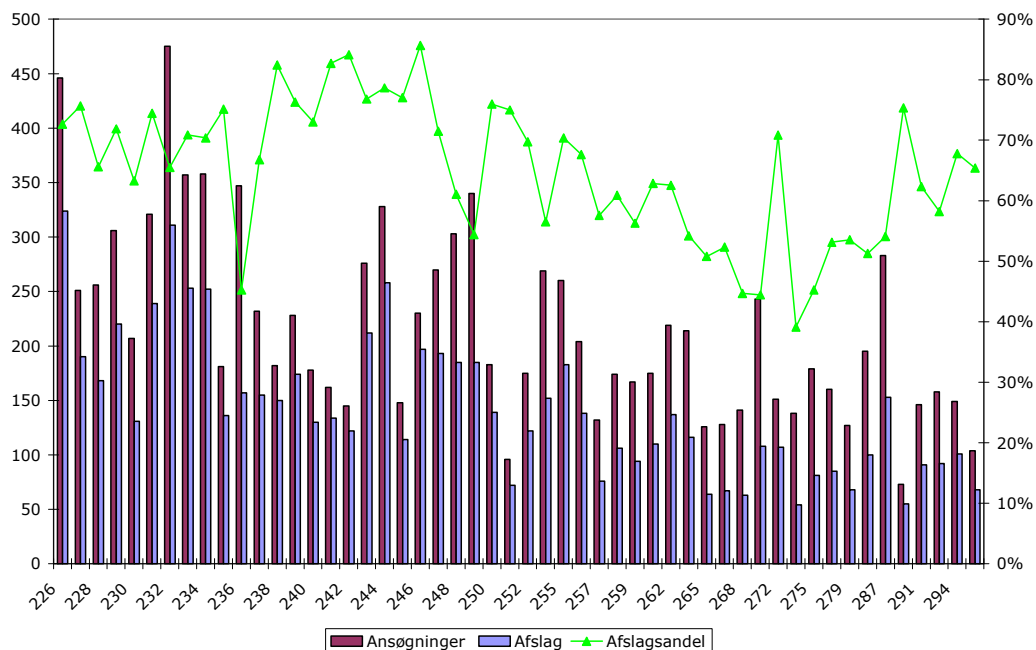
Kommune	I alt	Almen praksis	Speciallæger	Forhold
Galten	4,8	3,2	1,6	2,00
Arden	4,6	3,5	1,1	3,18
Them	4,5	2,9	1,5	1,93
Egebjerg	4,4	3,7	0,7	5,29
Holeby	4,4	3,6	0,8	4,50
Brædstrup	3,7	2,1	1,6	1,31
Stubbekøbing	3,7	2,8	0,9	3,11
Sakskøbing	3,5	2,6	1,0	2,60
Blåvandshuk	3,4	2,3	1,1	2,09
Højreby	1,5	1,2	0,2	6,00

En anden opgørelse af en fordeling på kvartiler angiver, at de 25 procent mest ansøgende kommuner ligger på mere end 9,76 ansøgninger pr. 1.000 indbyggere, mens den nederste fjerdedel har færre en 6,6 ansøgninger. Midterfeltet 50 procent ligger på 8,92 ansøgninger pr. 1.000 indbyggere.

Medicintilskudsnettets vurderinger af individuelle tilskudsansøgninger

En betydelig del af de individuelle tilskudsansøgninger behandles administrativt i Lægemiddelstyrelsen, mens de resterende ansøgninger behandles og vurderes af Medicintilskudsnettet, der således må formodes at tage individuel stilling til den enkelte ansøgning. Nedenstående figur viser udviklingen i disse "nævnsbehandlede" ansøgninger pr. møde i perioden 2003-2007.

Individuelle tilskudsansøgninger behandlet af medicintilskudsnet



Som figuren viser, håndterer Medicintilskudsnet færre individuelle tilskudsansøgninger. Relativt set er udviklingen endnu mere markant på grund af det stigende antal individuelle tilskudsansøgninger i det hele taget. En forklaring kan være, at på grund af flere fastlagte kriterier for den enkelte behandlingsområder vil sagsbehandlingen foretages alene på baggrund af, hvorvidt den enkelte ansøgning er udfyldt korrekt – dvs. en kontrol, der i princippet kan foretages elektronisk.

Afspejler variationerne barrierer for forbrug?

Det er naturligvis vanskeligt med en præcis forklaring på variationerne i enkelttilskudsansøgningerne, men den geografiske barriere for udredning og adgang til relevant specialist vil givet være et vigtigt bidrag til forklaringen.

Omkring halvdelen af lægerne i MSD-undersøgelse angav, at de på et tidspunkt havde undladt en relevant og velindiceret behandling. Samtidigt angav 12 procent af lægerne, at de ofte undlod at søge om enkelttilskud på grund af arbejdsprocessen bag ansøgningen. I det hele taget er lægerne grundlæggende kritiske over for enkelttilskudsordningen.

Umiddelbart skelnes mellem tre former for potentielle barrierer:

1. Den bureaukratiske barriere ved at lægerne skal udfylde et skema, sætte sig ind i regelsættene, vejledninger, patienthistorikken, indsende ansøgningen og modtage en godkendelse inden patienten kan opnå tilskud. Denne barriere er dog forsøgt afhjulpnet via muligheden for elektroniske ansøgninger via Lægemiddel-

styrelsens hjemmeside. Det er bemærkelsesværdigt, at blot 8 procent af de individuelle tilskudsansøgninger blev indsendt elektronisk i 2007.

2. Den geografiske barriere. For flere lægemidler er der fastlagt krav om nærmere udredninger på sygehuse, eller om at lægemidlet skal ordineres af en specialist. Da der er geografiske forskelle i adgangen til disse ydelser, vil det selvsagt også generere variation i enkelttilskudsansøgningerne.
3. Den økonomiske barriere. Lægerne har mulighed for at opkræve patienterne en betaling for at udfylde en enkelttilskudsordning, I modsætning til andre individuelle tilskudsansøgninger som kronikertilskuddet eller terminaltilskuddet er der ikke i overenskomsten fastlagt en betaling for denne ydelse.

Vi har ikke et præcist billede over, hvor mange læger der opkræver en betaling hos patienterne, men tidligere analyser har antydnet, at omkring 20 procent konsekvent opkræver en betaling mens 7 procent gør det en gang i mellem. Man kan således med rimelighed antage, at lægerne i dette samme område vil være mere tilbøjelige til at "lure hinanden af". Endvidere er det interessant, såfremt lægerne varierer deres opkrævningspraksis efter fx patientens indkomst, idet det bryder med det helt grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen, nemlig en lige og nem adgang uafhængigt af økonomisk formåen.

Den tidligere refererede analyser begrundes, at relativt få læger tager betaling med følgende to forhold:

- Lægernes egne barrierer – den kvalitative forundersøgelse viste, at lægerne ikke synes, patienterne skal betale for noget, som er en funktion af et dårligt fungerende system.
- Hensynet til patientens økonomi, som halvdelen af lægerne anfører som en af de væsentlige årsager til, at de i det hele taget søger om enkelttilskud.

Det gennemsnitlige honorar er opgjort til omkring 190 kr. Ca. 56 procent af de relevante læger tager mere end 200 kr. for ansøgningen mens 14 procent af lægerne tager mellem 300 og 400 kr.