

# Legemiddelbrukeres holdninger til betaling av legemidler på blå resept

Hallvard Vigrestad



Masteroppgave i farmasi

Senter for Farmasi, Universitetet i Bergen  
Farmasøytisk Institutt, Universitetet i Oslo

20. mai 2011



# **Legemiddelbrukeres holdninger til betaling av legemidler på blå resept**

Masteroppgave i samfunnsfarmasi

av

Hallvard Vigrestad

Veiledere:

Professor Else-Lydia Toverud

Post Doctor Helle Håkonsen

Avdeling for Farmasi

Farmasøytisk Institutt, Universitetet i Oslo

20. mai 2011



## **I. Forord**

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til mine to hovedveiledere ved Universitetet i Oslo, Else-Lydia Toverud og Helle Håkonsen. De har på stødig vis veiledet meg gjennom oppgaven, og vi har gjennom mange og lange møter hatt interessante diskusjoner av faglig og ikke-faglig karakter.

Alle deltakerne som stilte opp til intervju i denne undersøkelsen fortjener også en stor takk. Det samme fortjener de ansatte ved apotekene hvor intervjuene ble gjennomført. Apotekpersonalet var svært tålmodige og gjorde en fantastisk innsats med å rekruttere deltakere.

En stor takk går også til Kjersti Bakken som med et særdeles godt vertskap, og sammen med de gjestfrie studentene ved kull 2008 ved Universitetet i Tromsø, gjorde mine to uker i Tromsø til en meget god opplevelse.

Sist, men ikke minst, tusen takk til Norsk farmasøytisk selskaps stipendfond for økonomisk støtte til gavekort som velfortjent ble delt ut til deltakerne.

Blindern 20. mai 2011

Hallvard Vigrestad

## II. Sammendrag

Norge har et velfungerende velferdssystem og de fleste helsetjenestene er offentlig finansiert. Hensikten med dette systemet er å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester uavhengig av betalingsevne, og dermed hindre sosiale ulikheter. Studier fra andre land viser at økte egenandeler fører til økt prissensitivitet blant visse brukere, avhengig av deres sosiodemografiske bakgrunn. Målet med denne undersøkelsen var å se nærmere på holdninger til betaling av legemidler blant legemiddelbrukere som bruker legemidler på blå resept, og undersøke hvordan dagens system for egenbetaling oppfattes.

Ett hundre personer over 40 år som brukte minst tre legemidler på blå resept, ble rekruttert fra fire ulike apotek i Oslo og Bærum. Femtiseks menn og 44 kvinner deltok, og gjennomsnittsalderen var 70 år. Undersøkelsen ble gjennomført som et personlig intervju med bruk av et strukturert spørreskjema. Spørsmålene i skjemaet var utformet for å kartlegge deltakernes bakgrunn og deres holdninger og oppfatning av betaling av legemidler

Femti prosent av deltakerne syntes prisen på legemidler i Norge er for høy, mens 62 % svarte nei på spørsmålet om hvorvidt de syntes å ha store utgifter til legemidler. Det var de yngste deltakerne, de med lavest husholdningsinntekt og de som ikke var i arbeid, som syntes dette i større grad enn de andre. Deltakerne hadde et positivt syn på dagens blåreseptordning. Syttito prosent mente at beløpet de betaler i egenandel for legemidler på blå resept er greit, og 73 % var *enig* eller *svært enig* i påstanden om at dagens system for betaling av legemidler på blå resept fungerer godt. Åtte deltakere sa at de noen ganger venter med å hente ut legemidlene de får på blå resept på grunn av beløpet egenandelen utgjør. Videre oppga 14 deltakere at de ville redusert sitt forbruk av helsetjenester som inngår i frikortordningen dersom frikortgrensen ble doblet i forhold til dagens beløp. På samme måte som nevnt tidligere, var også arbeidssituasjon og inntekt avhengige faktorer til dette spørsmålet.

Studien viser at de fleste deltakerne syntes systemet for blåresept fungerer godt. Samtidig viste det seg at deltakerne med lav inntekt var en utsatt gruppe for flere problemstillinger som ble lagt frem for deltakerne. På samme måte har inntekt også vist seg å være en avhengig faktor i andre studier som omhandler økning i betaling av egenandeler. Selv om materialet i denne studien er noe begrenset, indikerer resultatene at en økning i egenandelen også kan få konsekvenser for legemiddelbrukere i Norge.

### III. Innholdsfortegnelse

I.	Forord .....	5
II.	Sammendrag.....	6
III.	Innholdsfortegnelse.....	7
1.	Innledning .....	9
1.1	Folketrygd og blåreseptordningen.....	9
1.1.1	Blåreseptordningen .....	9
1.1.2	Historisk utvikling av egenandel .....	10
1.1.3	Egenandel og frikort .....	11
1.2	Egenandelsordninger i andre land.....	12
1.2.1	Danmark.....	12
1.2.2	Sverige .....	12
1.2.3	Storbritannia .....	13
1.2.4	Finland .....	13
1.2.5	USA.....	13
1.3	Legemiddelmarkedet .....	14
1.4	Legemiddelfinansiering – en oversikt .....	17
1.5	Prisreguleringssystemer i Norge .....	18
1.6	Legemiddelutgifter og legemiddelpolitikk.....	19
1.7	Hvordan påvirker egenandelen legemiddelbruk .....	20
1.7.1	Tidligere studier.....	20
1.7.2	Tidligere studier fra Norge .....	21
2.	Hensikten med oppgaven .....	22
3.	Materiale og metode .....	23
3.1	Materiale.....	23
3.2	Metode .....	23
3.2.1	Apotekrekruttering .....	23
3.2.2	Deltakerrekruttering .....	24
3.2.3	Personlig intervju med spørreskjema .....	25
3.2.4	Dataanalyse.....	26
3.2.5	Godkjenninger .....	26
3.2.6	Økonomisk støtte.....	26
4.	Resultater.....	27
4.1	Deltakernes sosiodemografiske bakgrunn.....	27
4.2	Legemiddelbruk og helsetilstand blant deltakerne .....	29

4.3 Deltakernes oppfatning av prisnivået på legemidler i Norge og egne utgifter til legemidler .....	33
4.3.1 Deltakernes syn på legemiddelprisene i Norge .....	33
4.3.2 Deltakernes syn på egne utgifter til legemidler .....	39
4.3.3 Deltakernes meninger om prisnivå i forhold til meninger om egne legemiddelutgifter .....	41
4.4: Deltakernes egne utgifter ved blåreseptordningen (egenandeler).....	42
4.4.1 Betydningen av deltakernes husholdningsinntekt og bosted, for deres syn på egenandeler.....	44
4.4.2 Påvirker egenandelen bruken av legemidler? .....	45
4.5 Frikort .....	47
4.6 Generiske legemidler .....	51
4.7 Deltakernes syn på dagens blåreseptsystem .....	53
5. Diskusjon.....	54
5.1 Materiale og metode .....	54
5.1.1 Apotekene .....	54
5.1.2 Deltakere .....	54
5.1.3 Rekruttering .....	55
5.1.4 Personlig intervju med spørreskjema .....	55
5.2 Resultater .....	56
5.2.1: Betaling av egenandeler og konsekvenser av endring av egenandels – og frikortbeløp ....	56
5.2.2 Deltakernes syn på legemidlers prisnivå i Norge.....	58
5.2.3 Deltakernes egne legemiddelutgifter.....	60
5.2.4 Deltakernes legemiddelbruk og helsetilstand .....	61
5.2.5 Generiske legemidler .....	62
6. Konklusjon.....	64
VEDLEGG A – Invitasjonsbrev .....	65
VEDLEGG B – Informasjon gitt før spørreundersøkelsen.....	67
VEDLEGG C – Spørreskjema .....	68
VEDLEGG D – Samtykkeerklæring .....	77
Kildehenvisninger:.....	78



# 1. Innledning

## 1.1 Folketrygd og blåreseptordningen

I dagens Norge er det i all hovedsak det offentlige gjennom folketrygden som finansierer utgifter til helsetjenester, inkludert legemidler. Alle personer, ikke bare de som er født i Norge, men også de som er lovlig bosatt i Norge, er pliktige medlemmer av Folketrygden (1). Denne ordningen er basert på behov, solidaritet og rasjonalitet. Formålet med folketrygden når det gjelder legemidler er å sikre befolkningen tilgang til nødvendige legemidler uavhengig av betalingsevne, og dermed hindre forskjeller mellom personer på grunn av inntekt og levekår (1). Denne støtten er en viktig forutsetning for at alle i Norge skal ha råd til og ikke minst kunne benytte seg av legemiddelbehandling. Videre inneholder blåreseptforskriften retningslinjer som skal bidra til at legemidler som en innsatsfaktor i helsevesenet brukes på en rasjonell og kostnadseffektiv måte (2). Kompensasjon etter Lov om Folketrygd gis kun til viktige legemidler og sykepleieartikler som er nødvendige ved sykdomsforløp over lang tid (1). Det vil si at dette bidrar til å sikre befolkningens tilgang til nødvendige legemidler til tross for økte legemiddelkostnader.

### 1.1.1 Blåreseptordningen

Blåreseptforskriften er hjemlet i Folketrygdloven og er sammen med legemiddelforskriften de dokumentene i det norske lovverket som omfatter refusjonen av legemidler (2, 3). For at legemidler skal tas opp i blåreseptordningen må det aktuelle legemiddelet bli godkjent for refusjonsberettiget bruk. Dette innebærer at bruken av legemiddelet skal være langvarig, indisert for alvorlig sykdom eller risikofaktorer som vil føre til alvorlig sykdom, effekten skal være godt dokumentert og klinisk relevant for pasientpopulasjonen, og ved rasjonell bruk skal legemiddelet komme positivt ut med tanke på kostnadene ved behandlingens effekt og verdi, sammenlignet med kostnadene og effekten av alternative behandlinger (3).

Sykdommen må omfattes av en refusjonskode som er basert på diagnosekodeverkene ICPC-2 og ICD-10, behandlingen skal være beregnet for bruk utenfor institusjon (på sykehus er det de regionale helseforetakene som er ansvarlige for dekning av kostnader til behandling (4)), en lege må forskrive det aktuelle legemiddelet på "blå" resept, og eventuelle refusjonsvilkår må være oppfylt for at en pasient skal få dette på blå resept. Det er Statens legemiddelverk som bestemmer om forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel skal innvilges eller ikke.

Alle refusjonsgodkjente legemidler står oppført i en refusjonsliste som oppdateres hver måned (5). Ifølge blåreseptforskriften kan det videre søkes om individuell refusjon for legemidler som ikke er innvilget forhåndsgodkjent refusjon. Forutsetninger for dette er at bruken dekkes av en refusjonskode, og søknaden må skrives av en lege for den aktuelle pasient.

### **1.1.2 Historisk utvikling av egenandel**

I 1911 trådte første lov om sykeforsikring i kraft (6) (7). Denne skulle dekke utgifter til legemidler forårsaket av yrkesskade for lavtlønnede arbeidstakere. Av økonomiske årsaker ble det ikke før i 1953 fastsatt trygdeordninger for legemidler som dagens refusjonssystem bygger på (7). Det ble via trygdelovgivningen vedtatt bestemmelser om dekning av nødvendige legemidler som var dyre og inngikk i langvarig behandling. Den gang var refusjonen en prosentvis andel utover et minstebeløp. Fra 1960 måtte rekvireringen av refusjonsberettigede legemidler foregå på en egen blå blankett, hvorav navnet "blåresept", og i perioden frem til 1980 dekket trygdeordningene hele summen for legemidler (7). Ordningen gjaldt ikke alle legemidler. Stønad ble bare gitt forutsatt at gitte refusjonsvilkår var oppfylt. Bare de alvorligste sykdommene med livslang eller langvarig behandling ble inkludert. Folketrygdloven ble innført i 1966 (6). På grunn av sterk økning i utgifter til legemidler og behov for innsparinger ble det i 1981 igjen innført en egenandel i form av en fast sum per ekspedisjon av blåresepter (7). I 1984 ble det for første gang innført et utgiftstak for egenandeler, det som i dag kalles frikort (6). Dette ble innført for å hindre store utgifter til helsetjenester for de med stort forbruk av legemidler (skjermingsordningen). I 1989 ble egenandelen endret til en prosentandel av reseptbeløpet (7). Hensikten med dette var å redusere folketrygdens utgifter, samt å redusere overforbruk av legemidler da den tidligere egenandelen hadde vært svært lav. Derimot skulle barn, ungdom, uførepensjonister og eldre ikke betale egenandel i det hele tatt. Eventuelt skulle de betale en lavere prosentandel enn resten av befolkningen. Tidlig på 90-tallet kom det ytterligere bestemmelser for å redusere trygdens legemiddelutgifter (7). Disse påla leger å forskrive det billigste preparatet hvor medisinsk likeverdige alternativer eksisterte. Barn ble unntatt egenandeler for helsetjenester, mens i 1999 ble egenandel på blå resept gjeninnført for barn, uføre- og minstepensjonister (8). I 2003 ble minstepensjonister igjen fritatt for egenandeler på blå resept, og senere ble alderen for fritak for egenandeler hevet fra 7 til 12 år, og senere til 16 år (8). I 2011 betaler

hverken barn under 16 år, uføre- eller minstepensjonister egenandeler av legemidler på blå resept (2).

### **1.1.3 Egenandel og frikort**

I dag betaler pasienter en egenandel på 38 % av legemiddelprisen dersom legemidler forskrives på blå resept. Beløpet skal allikevel ikke overstige 520 kroner per blåresept for et tre måneders forbruk. Noen refusjonspunkt innebærer imidlertid at pasientene slipper å betale egenandel. Dette gjelder for eksempel legemidler til behandling av allmennfarlige sykdommer og palliativ behandling i livets slutfase (2). Blåreseptforskriften gir også retningslinjer for forskrivning av legemidler. Dersom det eksisterer likeverdige alternativer skal det billigste av disse forskrives så sant det ikke er tungtveiende medisinske grunner som tilsier noe annet. Ved utlevering bytter apoteket normalt til det legemiddelet med lavest utsalgspris som er innenfor en fastsatt bytteliste godkjent av Statens legemiddelverk (9). Pasienter kan velge å reservere seg mot et slikt bytte, men må da betale mellomlegget mellom det billigste og det dyrere alternativet ettersom folketrygden kun gir refusjon til legemiddelet med rimeligst utsalgspris fra apotek. Dersom det finnes medisinske grunner for å beholde det originale legemiddelet som er forskrevet på resepten, skal pasienten ikke belastes for dette og dermed ikke betale mer enn normal egenandel.

Som tidligere nevnt, eksisterer det et utgiftstak, et såkalt frikort, i forbindelse med refusjon. Dette finnes i to utgaver hvor legemidler faller inn under egenandelstak 1 (10). Også andre helsetjenester inngår i egenandelstak 1: Legehjelp, psykologihjelp, røntgen, reiseutgifter, laboratorieprøver og poliklinisk helsehjelp. I 2011 oppnås et frikort etter å ha betalt totalt 1 880 kroner i egenandel (10). Når denne summen nås dekker folketrygden, via helseøkonomiforvaltningen (HELFO), resten av egenandelene for gjeldende kalenderår. For pasienten betyr dette at de inkluderte helsetjenestene vil være gratis og dermed uten monetær kostnad ut det året.

## **1.2 Egenandelsordninger i andre land**

### **1.2.1 Danmark**

I Danmark er refusjon av legemidler ordnet som en prosentvis sats ved betalinger over 865 DKK (11). Tilskuddet man får ved kjøp av refusjonsberettigede legemidler øker ettersom utgiftene øker. For eksempel vil et kjøp av refusjonsberettigede legemidler til mellom 865 – 1 410 DKK føre til at man får refundert 50 %, og ved utgifter mellom 1 410 – 3 045 DKK får man refundert 75 % (11). Personer under 18 år får en større prosentandel enn de som er over 18 år. Er en pasient kronisk syk kan legen søke om såkalt kronikertilskudd som innebærer at pasienten får dekket 100 % av utgiftene sine til legemidler etter at legemiddelutgiftene overstiger 16 436 DKK (12). Medregnet prosentsatsene vil det si at pasienter med kronisk sykdom maksimum betaler 3 555 DKK per år som egenandel. Tall fra 2008 viser at brukere av den danske modellen for egenandeler må betale vesentlig mer enn brukere av den norske modellen (13).

### **1.2.2 Sverige**

Sverige har et liknende system som Danmark når det gjelder egenbetaling for legemidler. For legemidler og stomiprodukter betales fullt beløp opptil 900 SEK av pasienten selv (14). Deretter reduseres andel egenbetaling etter en prosentsats: Fra 900 – 1 700 SEK (50 % egenbetaling), 1 700 – 3 300 SEK (25 % egenbetaling), 3 300 – 4 300 SEK (10 % egenbetaling) og over 4 300 SEK betales det ingen egenandel for resten av perioden på 12 måneder (14). På denne måten betaler pasientene maks 1 800 SEK for reseptbelagte legemidler i denne 12 måneders perioden. Svenske apotek er også forpliktet til å informere om billigere legemidler dersom et likeverdig alternativ eksisterer. Vil ikke pasienten bytte må han eller hun betale en sum tilsvarende mellomlegget mellom det billigste alternativet og det alternativet pasienten velger (14).

### **1.2.3 Storbritannia**

I Storbritannia betaler man normalt 7,40 GBP per resept (15). Det er imidlertid en rekke gruppe mennesker som ikke betaler egenandel: personer som er over 60 år eller under 16 år, fulltidsstudenter mellom 16 og 18 år, gravide eller de som har fått barn siste 12 måneder, behandling av krigsrelatert skade av krigspensjonister og mennesker med MedEx status (for eksempel tilstander som diabetes, sterkt fysisk funksjonshemming og kreft) (15). For de som fortsatt har et høyt forbruk av legemidler på resept, men ikke faller inn under gruppene som slipper egenbetaling, kan man søke om et forskuddssertifikat for en tre måneders periode (29,10 GBP) eller for et år (104 GBP) (15).

### **1.2.4 Finland**

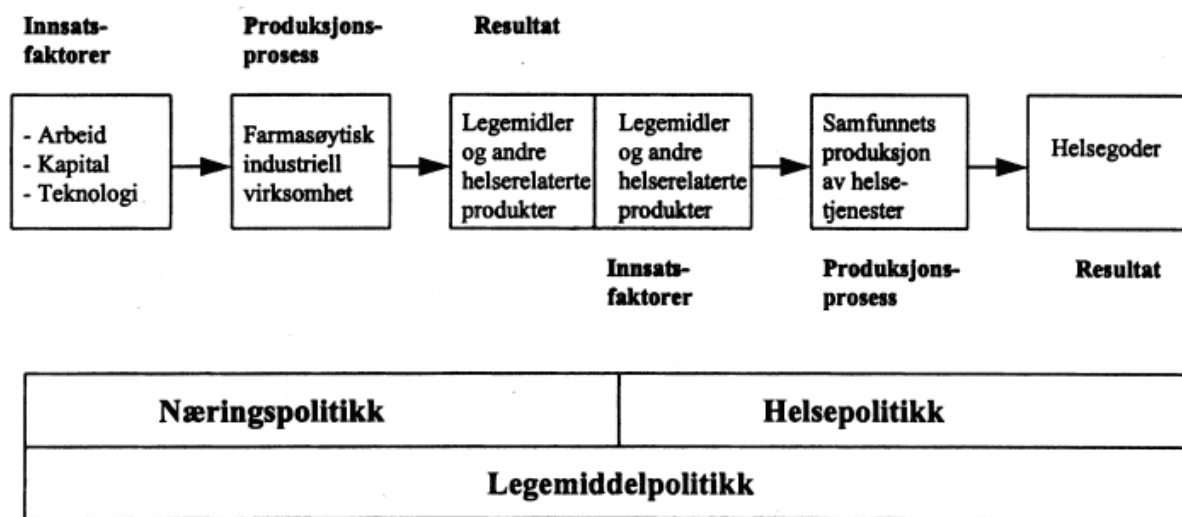
I Finland betaler pasienten egenandel av legemidler, salver og næringspreparater som er forskrevet av leger og godkjent for refusjon. Legemiddelet må brukes som angitt av lege og gis for et tre måneders forbruk av gangen (16). Refusjonsordningen er delt inn i tre kategorier med ulike proSENTsats på henholdsvis 42 %, 72 % og 100 % refusjon av prisen på legemiddelet (16). Sykdomstilstanden avgjør hvilke kategori refusjonen faller inn under. For de med ekstra store legemiddelutgifter gis full refusjon etter utgifter på 675,39 euro (5 268 NOK medregnet valutakurs på 7,8) for kalenderåret 2011. Etter dette betaler pasienten kun en egenandel på 1,50 euro per legemiddelkjøp (17).

### **1.2.5 USA**

USA er på mange måter et annerledes land sammenlignet med Norge, når det gjelder finansiering av helse. I USA er systemet for helseutgifter bygget opp rundt private helseforsikringer. Offentlig støtte til helseutgifter gis i all hovedsak bare til visse mennesker med lav inntekt (*Medicaid*), og mennesker med palliative tilstander, nyresvikt, visse funksjonshemninger og eldre mennesker over 65 år (*Medicare*) (18, 19).

### 1.3 Legemiddelmarkedet

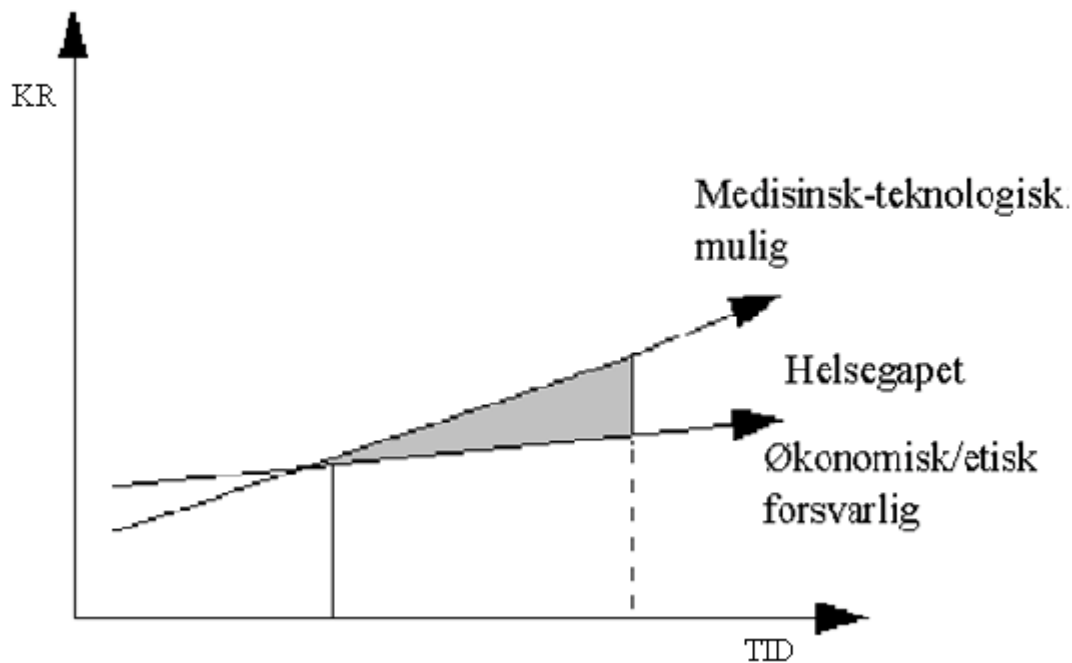
Legemiddelmarkedet er et sammensatt, komplisert og annerledes marked sammenlignet med andre markeder. Markedet opereres hovedsakelig av kommersielle aktører. Disse inkluderer blant annet apotekkjeder og legemiddelindustri. Hvis man ser på den samfunnsmessige verdiskapningen og politikken når det gjelder legemidler, vil den på grunn av dette være todelt og omfatter både næring- og helsepolitikk (figur 1.1).



**Figur 1.1:** Legemidler og samfunnsmessig verdiskapning (20).

Som det fremgår av figur 1.1, vil utviklingen av et legemiddel omfattes av næringspolitikken. Innsatsfaktorene omfatter arbeid, kapital og teknologi, mens resultatet er legemiddelet. Legemiddelet vil deretter fungere som en innsatsfaktor i helsevesenet hvor resultatet er oppnådd helse. Farmasøytisk virksomhet og politikernes nærings- og helsepolitikk vil også påvirke dette bildet. De som produserer legemidler og leverer helseprodukter antas å være ute etter profitt, mens de fleste som kjøper helsetjenester ønsker å få mest mulig helse ut av sin innsatsfaktor, altså en maksimering av egen nytte. Dette gjelder også for den norske stat som er ansvarlig for de fleste helsetjenester i velferdsstaten Norge. Å utvikle et legemiddel koster i gjennomsnitt 1.3 milliarder USD (21). For å sikre inntjening beskyttes legemiddelet av patent i normalt 20 år, mens den reelle tiden legemiddelet er i markedet med patent blir i overkant av 10 år (21). I en slik patentperiode vil patentinnehaverne prise sine produkter slik at de sikres inntjening utover de utgiftene de har hatt til innovasjon, forskning, utvikling,

markedsføring og salg. Innen medisinsk teknologi finnes det et hav av muligheter og behov, men som beskrevet koster dette enorme summer. På grunn av begrensede ressurser og offentlig finansiering av helsetjenester (i Norge) kan derimot ikke alle disse mulighetene eller behovene hverken tilbys eller finansieres. Dette fører til det såkalte "helsegapet" (figur 1.2).



**Figur 1.2:** Helsegapet (22).

Demografiske endringer og endring av sykdomspanorama i Norge påvirker helsegapet og danner grunnlaget for et økt behov for prioriteringer. Befolkningen blir eldre, og nedgangen i infeksjonssykdommer er overlappet av en økning i livsstilssykdommer og kroniske sykdommer. Dette stiller krav både til politikere som jobber på samfunnsnivå, men også til helsepersonell som ofte er engasjert på individnivå. Spørsmål de må ta stilling til, er for eksempel hvor høy risikoen for sykdom må være før legemiddelbehandling startes, og hvor hensiktsmessig behandling med legemidler vil være. Prioriteringsbehovet gjør seg også gjeldende for legemiddelprodusentene. På grunn av misforholdet mellom ressurser og behov som illustrert i helsegapet, vil det være økt behov for å dokumentere legemiddeløkonomisk lønnsomhet. For å sikre optimal bruk av ressursene som brukes til helseformål må det derfor tas stilling til hvor mye samfunnet er villig til å betale for en behandling, hvor alvorlig en

tilstand må være før den behandles, og alternative behandlinger bør sammenlignes for å sikre bruk av det mest hensiktsmessige og kostnadseffektive alternativet

Andre faktorer som påvirker legemiddelmarkedet er den store graden av tredjepartsfinansiering, asymmetrisk informasjon og at brukeren er en annen enn den som bestemmer behandlingen:

”Who consumes, neither chooses nor pays; who pays, neither consumes nor chooses; who chooses, neither pays nor consumes” (23).

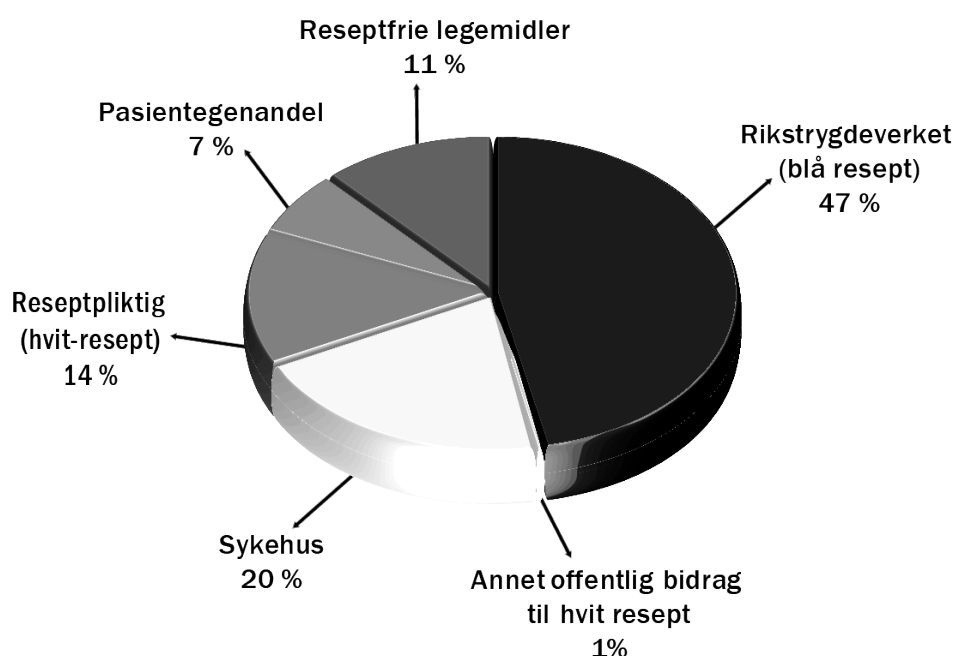
Disse egenskapene ved legemiddelmarkedet, høye etableringskostnader, samt legemiddelprodukters patent, fører til at dette markedet, som tidligere nevnt, innehar andre egenskaper enn et vanlig økonomisk marked. Det vil blant annet ikke i samme grad kunne oppstå fri konkurranse på grunn av tredjepartsfinansiering og informasjonen som tilvirker (legemiddelindustri) og behandler (lege) besitter, kontra informasjon pasienten selv sitter på. Dette skaper en skjevhet i markedet mellom de som tilbyr og de som etterspør tjenestene. Denne skjevheten fører til at det i mange land opereres med administrerte priser og ikke markedsstyrte priser. Det skjer fordi myndighetene i Norge, så vel som i mange andre vestlige land, går inn og regulerer og bestemmer blant annet retningslinjer for behandling, samt prisene på legemidler, ettersom dette ellers ikke reguleres på en tilstrekkelig måte i markedet. Hensikten er å effektivisere behandling og å hindre høye legemiddelpriser.

Tredjepartsfinansiering, ettersom det er det offentlige i Norge som i all hovedsak finansierer utgifter til legemidler, fører imidlertid til at prisfølsomheten blir lav da pasientene gjennom egenandelene ved blå resept bare betaler et maksimalt beløp per resept, uavhengig av faktisk pris for legemidlene på denne resepten. Tredjepartsfinansiering fører dermed ofte til at forbrukers (her: pasient) insentiver til begrenset bruk svekkes i og med at de selv ikke må bære alle kostnadene. Lave egenandeler kan føre til økt etterspørsel av helsetjenester og legemidler og påføre helsesektoren unødvendige kostnader. Egenandeler bør derfor være såpass høye at pasienter ikke unødige tar i bruk helsetjenester (24). Akkurat som pasientene, vil også legenes insentiver til samfunnsøkonomisk forskrivning ikke være tilstede da disse hverken bruker eller betaler for behandlingen. De mottar derimot retningslinjer som må følges ved legemiddelforskrivning. Eksempler på dette er krav om å forskrive de mest kostnadseffektive legemidlene ved bestemte sykdommer og å hindre reservasjon mot generisk bytte så sant det ikke eksisterer en medisinsk grunn til det (25).



## 1.4 Legemiddelfinansiering – en oversikt

Legemiddelbrukernes andel av legemiddelfinansieringen inkluderer egenandel ved legemidler på blå resept, betaling for reseptfrie legemidler solgt i og utenfor apotek, og for betaling av reseptpliktige legemidler til bruk i behandling av mer akutte situasjoner som ikke kvalifiserer for blåresept (legemidler forskrevet på såkalte hvite resepter). Resten finansieres i hovedsak av det offentlige gjennom regionale helseforetak og blåreseptordningen. Figur 1.3, hentet fra Legemiddelindustriens ”Tall og fakta 2011” (26), viser en beregning av hvordan finansieringen av legemidler er fordelt i Norge. Som figuren viser finansierer det offentlige omtrent 70 % av det totale legemiddelforbruket i Norge, hvor blåreseptordningen omfatter nesten 50 % (26).



Tall fra 2009

Figuren baseres på tall fra flere kilder, og det knyttes derfor usikkerhet til tallene

Kilde: NAV, SSB, NAF, LMI/Farmastat

**Figur 1.3:** Finansiering av legemiddelforbruket (26).

## 1.5 Prisreguleringssystemer i Norge

Etterspørselen av helsetjenester og legemidler vil ikke være like påvirkelige for prisendringer som andre varer forbruker finansierer helt selv. For å hindre høye legemiddelpriser går myndighetene inn og regulerer prisene i legemiddelmarkedet. Dette gjelder ikke reseptfrie legemidler. De er ikke delfinansiert av folketrygden og siden slike legemidler kan kjøpes både i og utenfor apotek uten resept fra lege, er grunnlaget for priskonkurranse større enn for reseptpliktige legemidler. Derimot må reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse, før de markedsføres, få en maksimalpris. Denne fastsettes av Statens legemiddelverk. Ved prisfastsettelse skal det tas hensyn til prisen i andre EØS-land (3). I Norge fastsettes prisen på nivået for apotekenes innkjøpspris (AIP). Normalt beregnes denne på bakgrunn av gjennomsnittsprisen til de tre laveste markedsprisene for det aktuelle legemiddelet i ni land i EØS-området: Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland, Østerrike, Belgia og Irland (27). Ettersom avansen et apotek har på et legemiddel er lovbestemt og det må betales moms på legemidler i Norge, er også apotekenes utsalgspris (AUP) indirekte gitt av maksimalprisen (AIP) som bestemmes (28)

Den nevnte modellen gjelder for reseptpliktige legemidler. Når patentet for et originalt legemiddel har løpt ut og det har fått stabil generisk konkurranse blir refusjonsprisen på legemiddelet regulert gjennom "trinnsprissystemet". Denne modellen medfører at prisen settes ned trinnvis og sikrer nedgang i pris etter at stabil generisk konkurranse er etablert (3).

Apoteket må alltid kunne tilby generiske alternativer for legemidler som har trinnspris, og de plikter å informere pasienter om det rimeligste alternativet dersom det eksisterer likeverdige alternativer og legen ikke har reservert seg mot et slikt bytte. I de tilfeller hvor et legemiddel har trinnspris, vil det være det maksimale beløpet folketrygden refunderer. Dette bidrar til å redusere legemiddelutgiftene både for forbruker og folketrygden.

## 1.6 Legemiddelutgifter og legemiddelpolitikk

Norge er i verdenstoppen når det gjelder bruk av ressurser på helse per innbygger. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2008 ble brukt over 170 milliarder offentlige kroner på helse (29). Disse utgiftene er nesten doblet på ti år, men som andel av BNP (brutto nasjonal produkt) har de vært stabile i denne perioden (26). Av dette beløpet gikk over 12 milliarder kroner med til finansiering av legemidler i 2009 (26). Dette tilsvarer omtrent 7 % av de totale utgiftene det offentlige har til helsetjenester. Når det gjelder legemiddelutgiftene som andel av de totale helseutgiftene, så har disse sunket de siste årene (26). Det er flere ulike grunner til dette. Prisendringen for legemidler sammenlignet med den generelle prisendringen har vært negativ, flere legemiddelpatenter er utløpt og generisk konkurranse er oppstått, brukere må fortsatt betale egenandeler og myndighetene regulerer prisene (26). Av folketrygdens totale utgifter i 2008 var om lag 3 % av disse til legemidler (26). Dette er bare en liten andel, men utgjør fortsatt over 8 milliarder kroner. Egenandeler er ment for å redusere de offentlige utgiftene til legemidler samtidig som de skal bidra til rasjonell bruk ettersom egenandeler gjør pasienter bevisst på at legemidler faktisk har en kostnad. Økte egenandeler for legemidler vil kunne redusere legemiddelandelen av de totale helseutgiftene ytterligere. Samtidig vil en slik økning kunne føre til at de med stram økonomi får høyere terskel for å ta i bruk legemidler og andre helsetilbud. Videre vil dette kunne føre til lavere etterspørsel noe som igjen fører til lavere utgifter til legemidler. På den annen side vil en slik politikk ikke være i tråd med myndighetenes overordnede mål når det gjelder legemidler, som er ”riktig legemiddelbruk, både medisinsk og økonomisk, at pasienter skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler, uavhengig av betalingsevne, og at legemidler skal ha lavest mulig pris” (30).

## 1.7 Hvordan påvirker egenandelen legemiddelbruk

### 1.7.1 Tidligere studier

Flere studier tar for seg betalingsvillighet med henblikk på egenandeler og konsekvenser av økte egenandeler i ulike grupper som bruker legemidler og helsetjenester. I en studie fra 1998 av Lundberg et al (31) undersøker forskerne følsomheten for økninger i egenbetaling for ulike legemidler blant mennesker i ulike sosioøkonomiske grupper. Studien ble gjennomført i Uppsala distriktet i Sverige og den viser at legemiddelbrukere ville redusert sitt legemiddelforbruk dersom egenandelene hadde økt. Studien viser videre at inntekt er en avhengig variabel og at økte egenandeler rammer de med lav inntekt i større grad enn de med høy inntekt. Den viser videre at de som har lav eller ingen utdanning, de uten jobb og de med dårlig helse er mer følsomme for prisøkning sammenlignet med de som har høyere utdanning, jobb og god helse. Ut fra dette konkluderes det at økning i egenandeler kan føre til økte sosiale skjevheter.

Flere studier på området er gjennomført i USA:

- En studie viser at økte egenandeler på reseptpliktige legemidler for eldre mennesker med lav inntekt reduserer deres legemiddelforbruk (32). Studien undersøker forbruk av reseptpliktige legemidler etter at en økonomisk grense er nådd, hvorefter egenbetalingen økte. Reduksjonen var størst for de som hadde et stort forbruk, lavere inntekt og færre kroniske tilstander. I denne studien ble det også undersøkt og vist at bruk av generiske legemidler økte etter at egenandelen økte.
- Den kanskje mest omfattende studien som har sett på effekten av egenandeler på etterspørselen etter helsetjenester, er Randstudien som ble gjennomført på slutten av 70-tallet (33). Resultatene viste at deltakerne som ble tildelt de beste forsikringsordningene brukte flere reseptpliktige legemidler og oppga høyere helsestatus, sammenlignet med de som ble tildelt mindre gunstige ordninger (33, 34).

- I en studie av Heisler et al fra 2004 (35) vises det at de med redusert legemiddelforbruk på grunn av økte kostnader, rapporterer nedgang i selvrapportert helsestatus sammenlignet med de som ikke reduserte sitt forbruk. Dette viser at økte egenandeler kan få sekundære konsekvenser for helse og at det ofte rammer de med lav inntekt.

En oversiktsartikkel fra 2007 (36) ser etter bevis for sammenhenger mellom kostnadsdeling for reseptpliktige legemidler og bruk av legemidler, bruk av ikke-farmasøytiske tjenester og helseeffekter. Når det gjelder egenbetaling og økte kostnader viser flere studier relativt små endringer i bruk av legemidler hvor det bare er små økninger i egenbetalingen. Derimot viste økte egenkostnader på 10 % at dette førte til 2 – 6 % reduksjon i legemiddelbruk eller legemiddelkostnader. Det er videre vist at for noen kroniske tilstander økte bruken av dyrere helsetjenester når egenandelene økte. I oversiktsartikkelen vises det videre til at økt kostnadsdeling for legemidler på resept er forbundet med lavere forbruk av ikke-essensielle legemidler (f. eks antihistaminer). Der hvor det var systemer med referansepris som begrenset stønaden til legemidler basert på terapeutisk klasse, viste studier at det var et økt forbruk av legemidler som hadde lik eller lavere pris enn referanseprisen og som ikke medførte egenandel for pasientene. Videre var det en markant nedgang i bruken av legemidlene som hadde høyere pris enn referanseprisen, da dette innebar at pasientene selv måtte betale en egenandel. Studier som inngikk i oversiktsartikkelen viser videre at økte kostnader fører til dårligere etterlevelse, mer avbrudd i legemiddelbehandling og at effekten av økte egenandeler avhenger av sosioøkonomisk bakgrunn. Flere studier som er undersøkt i oversiktsartikkelen viser også at økte egenandeler, samt finansiell støtte som bare omfatter generiske legemidler, fører til reduserte legemiddelkostnader, men også at det medfører avbrutt legemiddelbehandling og flere sykehusinnleggelseser.

### **1.7.2 Tidligere studier fra Norge**

Det foreligger mange studier fra andre land, men i Norge er det ikke tidligere gjort studier som undersøker hva norske legemiddelbrukere synes om dagens prisenivå, egenandelssystem og hvordan legemiddelutgiftene påvirker deres legemiddelbruk.

## **2. Hensikten med oppgaven**

Hensikten med denne studien var å undersøke holdninger til betaling av egenandel for legemidler på blå resept blant legemiddelbrukere i Oslo som brukte minst tre blåresept-legemidler. Det var et mål å undersøke hvordan dagens system for egenbetaling oppfattes, og hvordan legemiddelbrukerne mener at prisnivået til legemidler er i Norge. Sammen med dette er det også et mål å undersøke om det er tilfeller hvor legemiddelbrukere i Norge hindres bruk av sine legemidler på grunn av kostnader de har til legemidler.

## **3. Materiale og metode**

### **3.1 Materiale**

Materialet bestod av 100 personer i alderen 43 til 91 år (gjennomsnittsalderen var 70 år). Førtifire kvinner og 56 menn deltok, og de ble rekruttert fra apotek. Disse lå i Oslo Øst, Oslo Vest og Bærum. Deltakerne var følgelig bosatt i disse områdene. Det var følgende krav til inklusjon:

- deltakerne måtte være 40 år eller eldre (dvs. født i 1971 eller tidligere)
- deltakerne måtte bruke minimum tre legemidler som de fikk forskrevet på blå resept.

### **3.2 Metode**

#### **3.2.1 Apotekrekruttering**

Kjedekontorene til de tre største apotekkjedene ble kontaktet på forhånd med informasjon om studien og forespørsel om deres apotek kunne brukes til selve gjennomføringen. Dette ble akseptert av to av apotekkjedene. Deretter ble aktuelle apotek kontaktet, og den videre planleggingen foregikk i samarbeid med daglig leder ved hvert enkelt apotek. Dette gjaldt den praktiske tilrettelegging av undersøkelsen og avtale av tidspunkt for gjennomføring av deltakerrekruttering og intervjuer. Apotekpersonalet skulle selv hjelpe til med rekrutteringen, og det ble avtalt at intervjuene kunne gjennomføres i apotekenes informasjonsrom.

Den praktiske gjennomføring fant sted i februar og mars 2011. Fire ulike apotek ble benyttet til rekruttering av deltakere. Apotekene ble valgt med bakgrunn i deres geografiske beliggenhet i Oslo og omegn: Ett apotek fra Oslo øst, to apotek fra Oslo vest og ett apotek fra Bærum. Tabell 3.1 (se neste side) viser antall deltakere og svarprosenten ved de ulike apotekene.

**Tabell 3.1:** Svarprosent ved de ulike apotekene

Apotek	Uke nr.	Antall deltakere	Antall forespørsler	Svarprosent
Apotek nr. 1	1	23	56	41 %
Apotek nr. 1	2	23	49	47 %
Apotek nr. 2	3	14	17	82 %
Apotek nr. 3	4	12	22	55 %
Apotek nr. 4	5	28	40	70 %
	Sum:	100	184	54 %

### 3.2.2 Deltakerrekruttering

Apotekpersonalet ble gitt informasjon om undersøkelsen og rekrutteringsprosessen. I Farmapro, apotekenes dataprogram, kommer det ved reseptekspedering automatisk opp en dialogboks i skjermbildet med historikk over ekspederte resepter. Ved hjelp av denne historikken kunne apotekpersonalet ved reseptekspedering identifisere personer som oppfylte inklusjonskriteriene. Alle personer som oppfylte inklusjonskriteriene ble gitt muntlig og skriftlig informasjon av apotekpersonalet (invitasjonsbrev, se vedlegg A), før de ble spurt om de ønsket å delta. De som ønsket å delta i undersøkelsen ble deretter henvist videre til intervjuer. Av intervjuer ble disse gitt ytterligere muntlig informasjon (se vedlegg B). Intervjuet ble enten gjennomført etter at deltakerne hadde mottatt mer informasjon og samtykket til deltakelse, eller etter at egen avtale for tid og sted ble avtalt mellom deltaker og intervjuer. De fleste intervjuene ble avtalt og gjennomført på stedet, mens noen få deltakere senere tok kontakt via telefon for avtale etter å ha hørt om studien.

Potensielle deltakerne som ikke hadde anledning til eller ikke ønsket å gjennomføre intervjuet da de var innom apoteket, ble fortalt av apotekpersonalet at de kunne komme tilbake senere, eller ta kontakt med intervjuer på annen måte (telefon og e-post) for nærmere avtale. Intervjuers kontaktinformasjon var oppgitt i invitasjonsbrevet.



### 3.2.3 Personlig intervju med spørreskjema

Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av personlig intervju med et strukturert spørreskjema (se vedlegg C). Spørreskjemaet bestod av 33 spørsmål, hvorav 26 spørsmål ble stilt som åpne spørsmål. I 20 av disse spørsmålene ble svarene deltakerne ga, plassert i forhåndsdefinerte kategorier av intervjuer, mens seks spørsmål ikke hadde slike kategorier. I to spørsmål ble deltakerne bedt om å angi sitt svar på en skala fra null til ti, og i fem spørsmål skulle de ta stilling til påstander som ble fremlagt. Relevant tilleggsinformasjon fra deltakerne ble notert ned i spørreskjemaet og ble kategorisert i etterkant eller beholdt som fritekst.

Spørsmålene var utformet for å kartlegge deltakernes bakgrunn og deres holdninger og oppfatning av betaling av legemidler. Spørreskjemaet bestod av tre deler:

1) Sosiodemografisk bakgrunn. 2) Forhold til helse og legemidler. 3) Legemidler, egenandel og betaling av disse.

Hvert intervju tok ti til 15 minutter å gjennomføre.

#### *Pilotundersøkelse*

De åtte første intervjuene ble gjennomført som en pilotundersøkelse. Ut fra disse intervjuene ble det erfart at ett av spørsmålene var meget vanskelig for deltakerne å svare på og dette spørsmålet ble utelatt fra spørreskjemaet (spørsmålet er merket med stjerne i vedlegg C).

Resten av spørsmålene viste seg å fungere tilfredsstillende (dvs. de ble forstått, og deltakerne var i stand til å svare på disse). Det ble derfor ikke utført noen ytterligere endringer i spørreskjemaet, og de åtte deltakerne fra pilotundersøkelsen ble følgelig inkludert i materialet.

### **3.2.4 Dataanalyse**

SPSS versjon 18.0 ble brukt til bearbeiding og analyse av datamaterialet. Enkle deskriptive analyser ble utført sammen med standard kjikvadrat-tester. Statistisk signifikans ble vurdert på 5 % nivå. Excel ble i tillegg brukt til å fremstille og tilpasse tabeller og figurer.

### **3.2.5 Godkjenninger**

Undersøkelsen ble søkt Regional etisk komité (REK), men prosjektet ble vurdert som ikke søknadspliktig. Prosjektet ble deretter søkt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Informert skriftlig samtykke (se vedlegg D) ble innhentet fra alle deltakere før start.

### **3.2.6 Økonomisk støtte**

Studien ble tildelt økonomisk støtte fra Norsk Farmasøytisk Selskaps stipendfond. Beløpet på 10 000 kr gikk til å dekke utgifter i forbindelse med gavekort som hver deltaker fikk som kompensasjon for deltakelse. Et gavekort pålydende 100 kr ble gitt hver deltaker.

## 4. Resultater

### 4.1 Deltakernes sosiodemografiske bakgrunn

**Tabell 4.1:** Deltakernes sosiodemografiske opplysninger (n = 100).

		<b>Antall</b>
Kjønn	Kvinne	44
	Mann	56
Alder	40 - 49 år	3
	50 - 59 år	16
	60 - 69 år	33
	70 - 79 år	26
	80 - 89 år	19
	90 - 99 år	3
Sivilstatus	Bor alene	52
	Gift/samboer	46
	Annen bosituasjon	2
Bosted	Oslo vest	29
	Oslo øst	43
	Akershus øst	2
	Akershus vest	26
Utdanning	Grunnskole	21
	Videregående	29
	Høyskole/Universitet	50
Arbeidssituasjon	I arbeid	20
	Alderspensjonist	63
	Uførepensjonist	15
	Annen arbeidssituasjon	2
Husholdningens totale <i>årlige</i> inntekt	Under 200 000 kr	14
	200 000 – 500 000 kr	46
	500 000 – 800 000 kr	26
	800 000 – 1 100 000 kr	9
	1 100 000 kr eller mer	4
	Ønsket ikke å svare	1

Tabell 4.1 viser opplysninger om deltakernes sosiodemografiske bakgrunn. I tabell 4.2 er antall deltakere i de ulike kategoriene for husholdningsinntekt, fordelt på antall personer per husholdning. Tabell 4.2 viser at 54 % av deltakerne bodde alene, mens 40 % av deltakerne var to personer i husholdningen. De 14 deltakerne med årlig husholdningsinntekt under 200 000 kroner, hadde følgende karakteristikk:

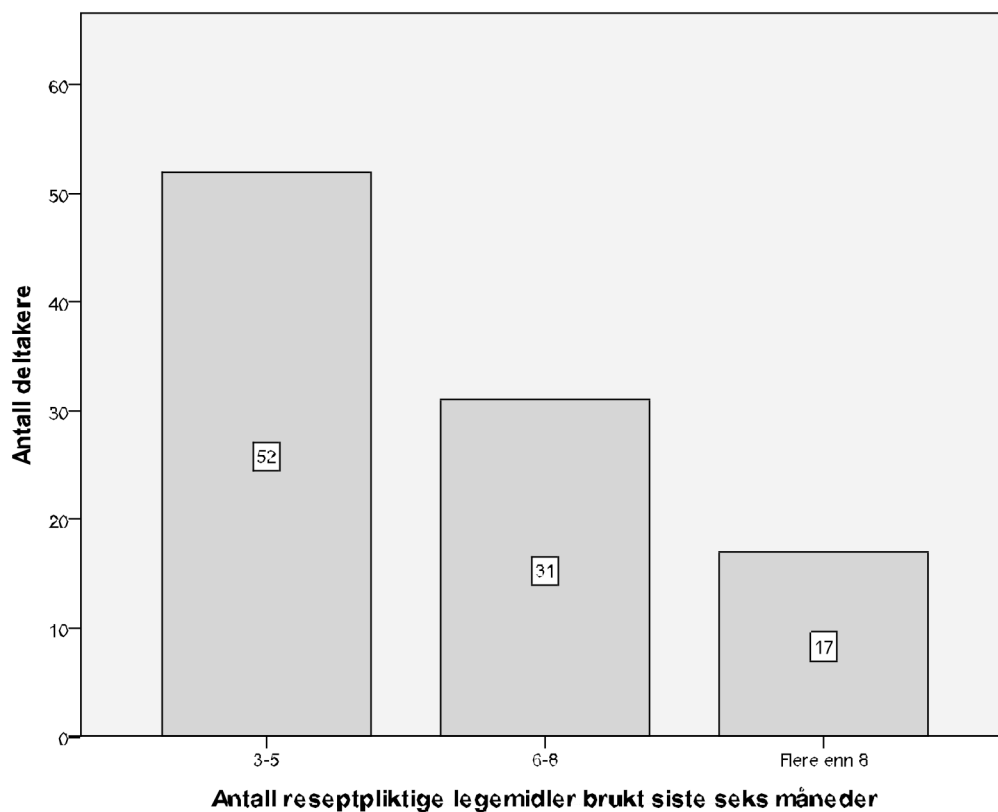
- To var gift eller samboer, 12 bodde alene.
- En oppga Oslo Vest som bosted, ni var fra Oslo Øst, mens fire var fra Akershus.
- Seks hadde grunnskole som høyeste utdanningsnivå, mens kategoriene videregående og høyskole/universitet hadde begge fire deltakere hver.
- Ingen var i arbeid, syv var alderspensjonister, seks deltakere var uførepensjonister og én oppga kategorien *annet* som sin arbeidssituasjon.

**Tabell 4.2:** Antall deltakere (n = 99) i forhold til årlig husholdningsinntekt og i forhold til antall personer i husholdningen. Prosentandelen er relativ til husholdningsinntekten.

		Antall personer i husholdningen					Total
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	8 n (%)	
Husholdningens totale årlige inntekt i kroner	Under 200 000	12 (86 %)	2 (14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	<b>14</b> <b>(100 %)</b>
	200 000 - 500 000	33 (72 %)	11 (24 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	<b>46</b> <b>(100 %)</b>
	500 000 - 800 000	8 (31 %)	17 (65 %)	1 (4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	<b>26</b> <b>(100 %)</b>
	800 000 – 1 100 000	1 (11 %)	7 (78 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	<b>9</b> <b>(100 %)</b>
	1 100 000+	0 (0 %)	3 (75 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	<b>4</b> <b>(100 %)</b>
<b>Total</b>		<b>54</b> <b>(55 %)</b>	<b>40</b> <b>(40 %)</b>	<b>2</b> <b>(2 %)</b>	<b>2</b> <b>(2 %)</b>	<b>1</b> <b>(1 %)</b>	<b>99</b> <b>(100 %)</b>

## 4.2 Legemiddelbruk og helsetilstand blant deltakerne

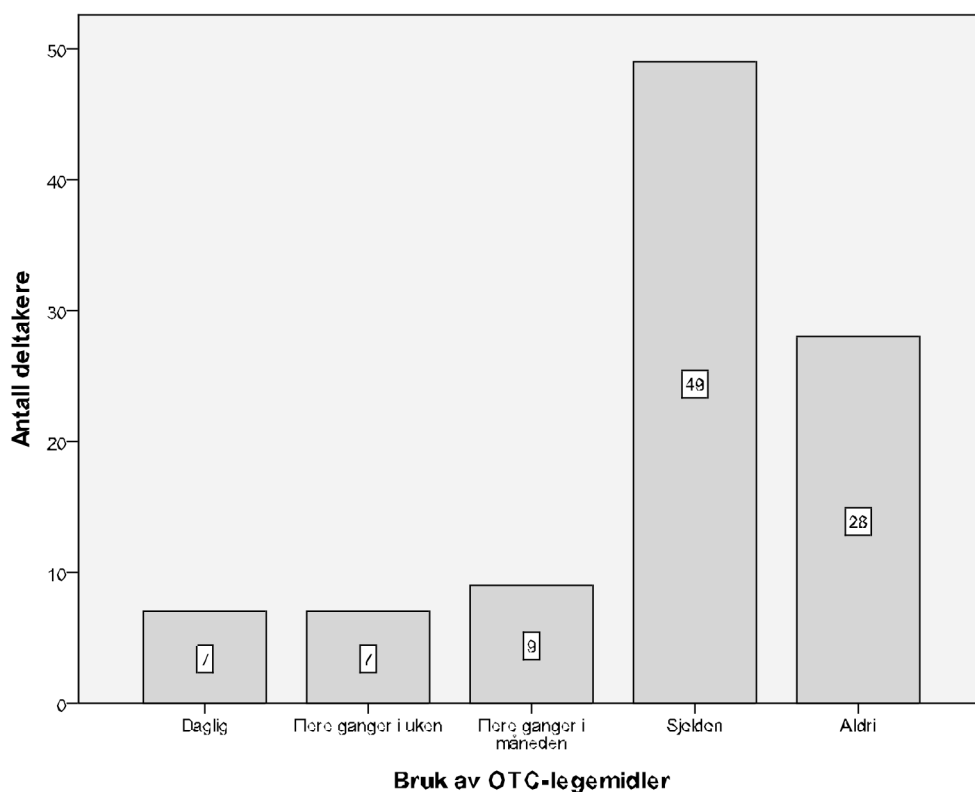
Figur 4.1 viser deltakernes bruk av reseptpliktige legemidler, mens i tabell 4.3 (se neste side) er legemidlene deltakerne brukte delt opp i hovedgrupper etter 1. nivå (hovedgruppe) av anatomisk terapeutisk kjemisk legemiddelregister (ATC-kode). Ettersom hver deltaker brukte minimum tre legemidler på blå resept, brukte flere deltakere legemidler fra ulike grupper. Hver deltaker er registrert maks en gang per hovedgruppe i tabellen.



**Figur 4.1:** Deltakernes bruk av reseptpliktige legemidler siste halvår (n = 100).

**Tabell 4.3:** Oversikt over hva de 100 deltakerne brukte legemidlene sine for (flere svar mulig).

<b>Bruksområde av legemidler sortert etter hovedgruppe i ATC-kodeverket.</b>	<b>Antall</b>
Hjerte og kretsløp (C)	75
Respirasjonsorganer (R)	25
Blod og bloddannende organer (B)	24
Muskler og skjelett (M)	24
Fordøyelsesorganer og stoffskifte (A)	21
Nervesystemet (N)	21
Sanseorganer (S)	13
Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin (H)	11
Urogenitalsystem og kjønnshormoner (G)	9
Dermatologiske midler (D)	7
Antiinfektiva til systemisk bruk (J)	2
Antineoplastiske og immunmodulerende midler (L)	2
<b>Totalt antall svar:</b>	<b>234</b>

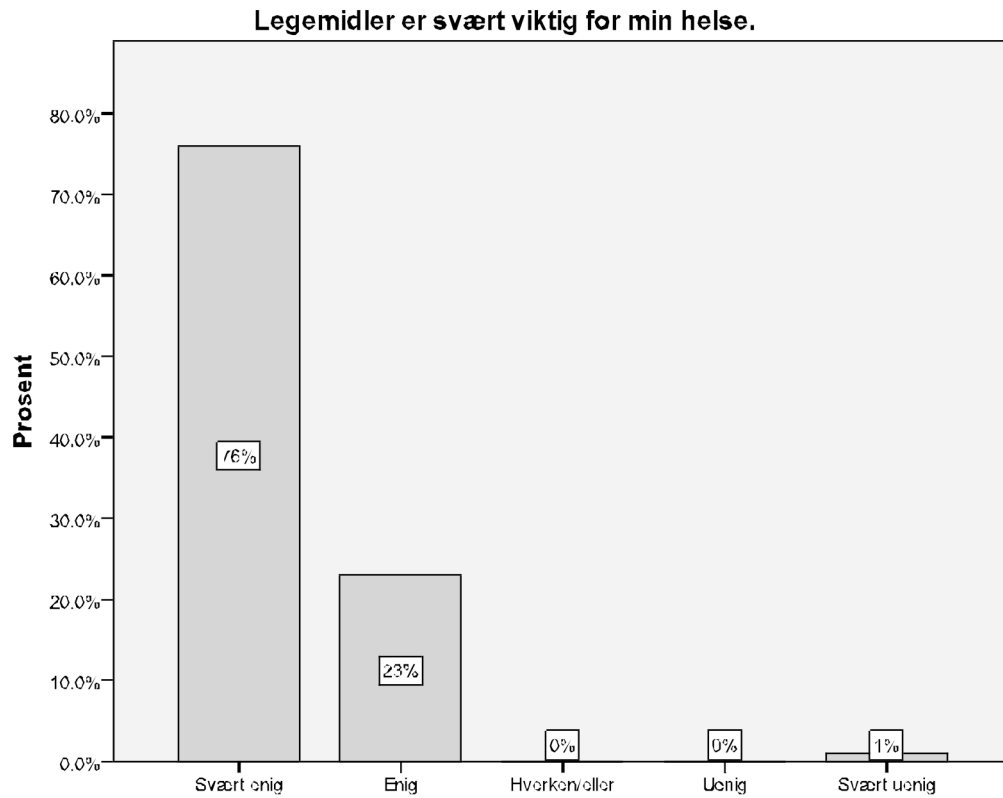


**Figur 4.2:** Antall deltakere (n = 100) i forhold til hvor ofte de brukte reseptfrie legemidler.

Figur 4.2 viser deltakernes bruk av reseptfrie legemidler, og det vises i figuren at totalt 77 % av deltakerne *sjelden* eller *aldri* brukte legemidler som kan kjøpes reseptfritt.

Deltakernes helsetilstand ble undersøkt i to spørsmål. Først skulle deltakerne angi sin egen helsetilstand på en skala. I dette spørsmålet var null på skalaen definert som *svært dårlig* og ti som *svært god*. Gjennomsnittet for de 100 deltakerne ble 5,7 (range 0,4 – 10,0). Det andre spørsmålet tok for seg hvor opptatt deltakerne var av egen helse. Null ble her definert som *lite opptatt*, mens ti ble definert som *svært opptatt*. Gjennomsnittet for dette spørsmålet var 7,0 (range 0,7 – 10,0).

Videre ble deltakernes forhold til egen helse undersøkt ved at deltakerne skulle ta stilling til en påstand om viktigheten av legemidler. Figur 4.3 viser hvor enig deltakerne var i påstanden *legemidler er svært viktig for min helse*.



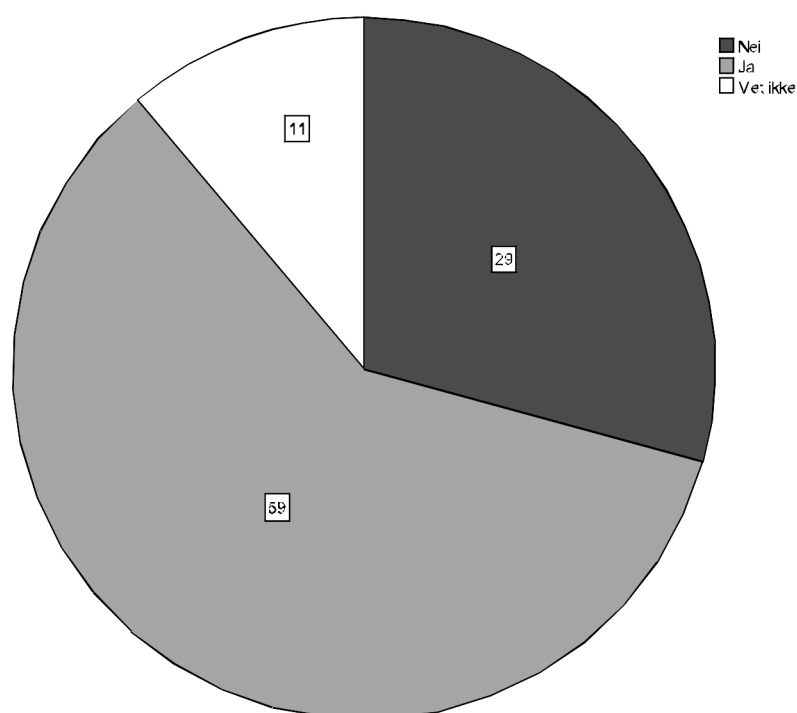
**Figur 4.3:** Prosentandel av deltakerne og deres syn på viktigheten av legemidler for egen helse (n = 100).



## 4.3 Deltakernes oppfatning av prisnivået på legemidler i Norge og egne utgifter til legemidler

### 4.3.1 Deltakernes syn på legemiddelprisene i Norge

Deltakerne ble spurt om de syntes legemiddelprisen i Norge er for høy. Figur 4.4 viser hva deltakerne mente om dette. Flere deltakere som svarte *ja*, refererte til legemiddelpriser i utlandet etter å ha svart på dette spørsmålet. Andre deltakere sa at prisen på legemidler var akseptabel ettersom mange av legemidlene de brukte, ble dekket via blåreseptordningen. I tabell 4.4 (se neste side) sammenlignes deltakernes sosiodemografiske bakgrunn med svaret de ga om legemiddelprisen i Norge. Tabellen viser at alle deltakerne med årlige husholdningsinntekter under 200 000 kroner, syntes legemiddelprisen var for høy. Blant de som mottok uførepensjon, syntes 93 % at legemiddelprisen i Norge var for høy.



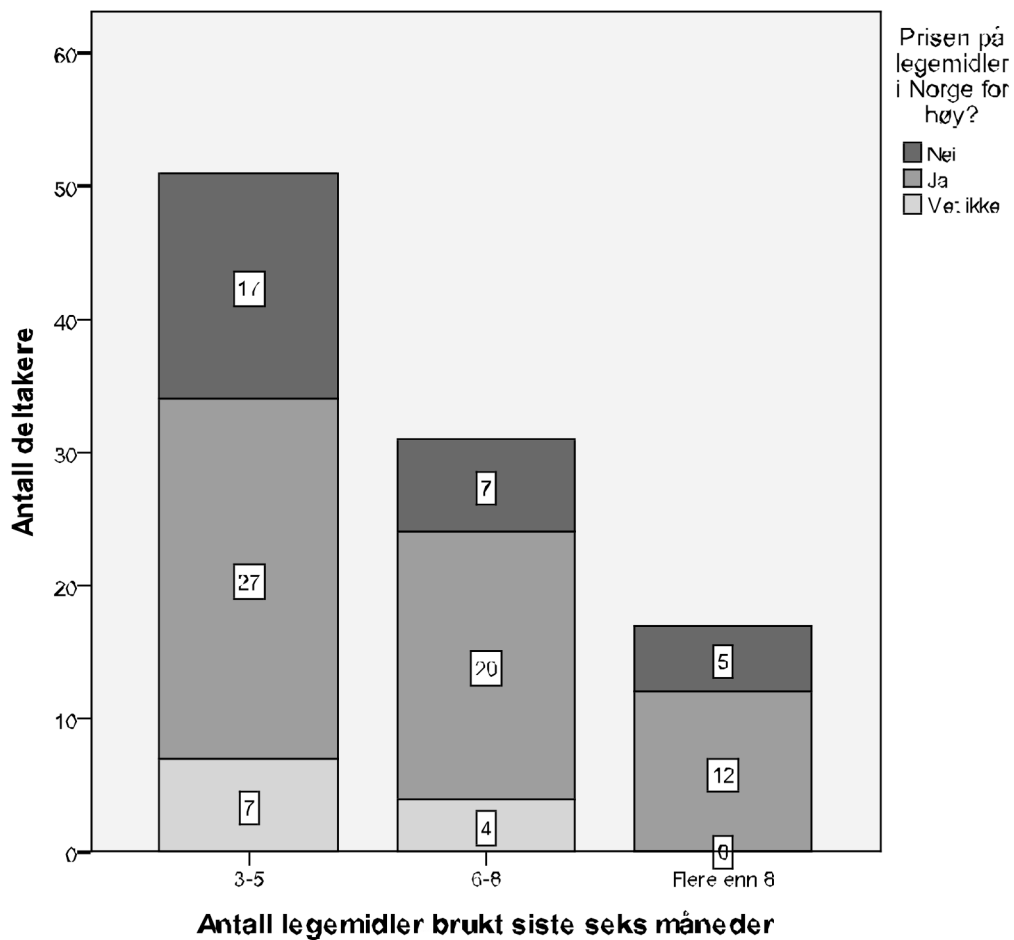
**Figur 4.4:** Deltakernes svar på spørsmålet om prisen på legemidler i Norge er for høy (n = 99).

**Tabell 4.4:** Deltakernes sosiodemografiske bakgrunn i forhold til deres syn på legemiddelprisene i Norge (n = 88, unntatt for alder og arbeidssituasjon).

	Synes <i>ikke</i> legemiddel- prisene er for høye		Synes legemiddel- prisene er for høye		p-verdi*
	n	(%)	n	(%)	
<b>Kjønn</b>					0,58
Kvinne	11	(30)	26	(70)	
Mann	18	(35)	33	(65)	
<b>Alder (n = 85)</b>					0,02**
50-59	3	(20)	12	(80)	
60-69	6	(19)	26	(81)	
70-79	9	(45)	11	(55)	
80 +	10	(56)	8	(44)	
<b>Bosted</b>					0,29
Oslo Vest	11	(46)	13	(54)	
Oslo Øst	11	(28)	29	(72)	
Akershus	7	(30)	17	(70)	
<b>Utdanningsnivå</b>					0,07
Grunnskole	10	(50)	10	(50)	
Videregående skole	5	(19)	22	(81)	
Høyskole/universitet	14	(34)	27	(66)	
<b>Arbeidssituasjon (n = 86)</b>					0,05**
I arbeid	7	(39)	11	(61)	
Alderspensjonist	21	(40)	32	(60)	
Uførepensjon	1	(7)	14	(93)	
<b>Husholdningsinntekt</b>					0,02**
Under 200 000 kr	0	(0)	14	(100)	
200 000 - 500 000 kr	19	(45)	23	(55)	
500 000 - 800 000 kr	6	(27)	16	(73)	
800 000 kr +	4	(40)	6	(60)	

\*  $\chi^2$ -test

\*\* signifikant ved 5 % signifikansnivå

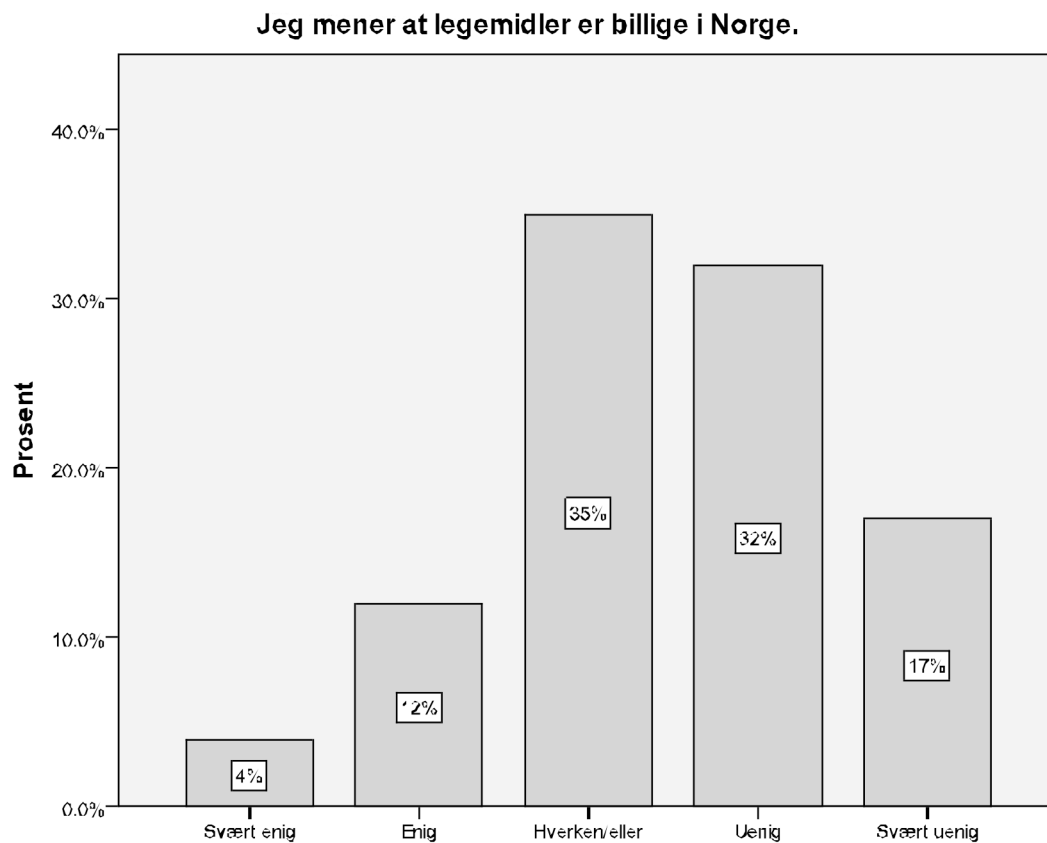


**Figur 4.5:** Forholdet mellom antall deltakere (n = 99), og deres bruk av reseptpliktige legemidler, og deres formening om legemiddelprisene i Norge.

Detaljene fra figur 4.5 viser at 12 av 17 (71 %) som brukte flere enn åtte reseptpliktige legemidler de siste seks månedene, syntes legemiddelprisen i Norge er for høy. Tilsvarende andel av de som brukte 3-5 legemidler var 53 %, mens den var 65 % for de som brukte 6-8 reseptpliktige legemidler.

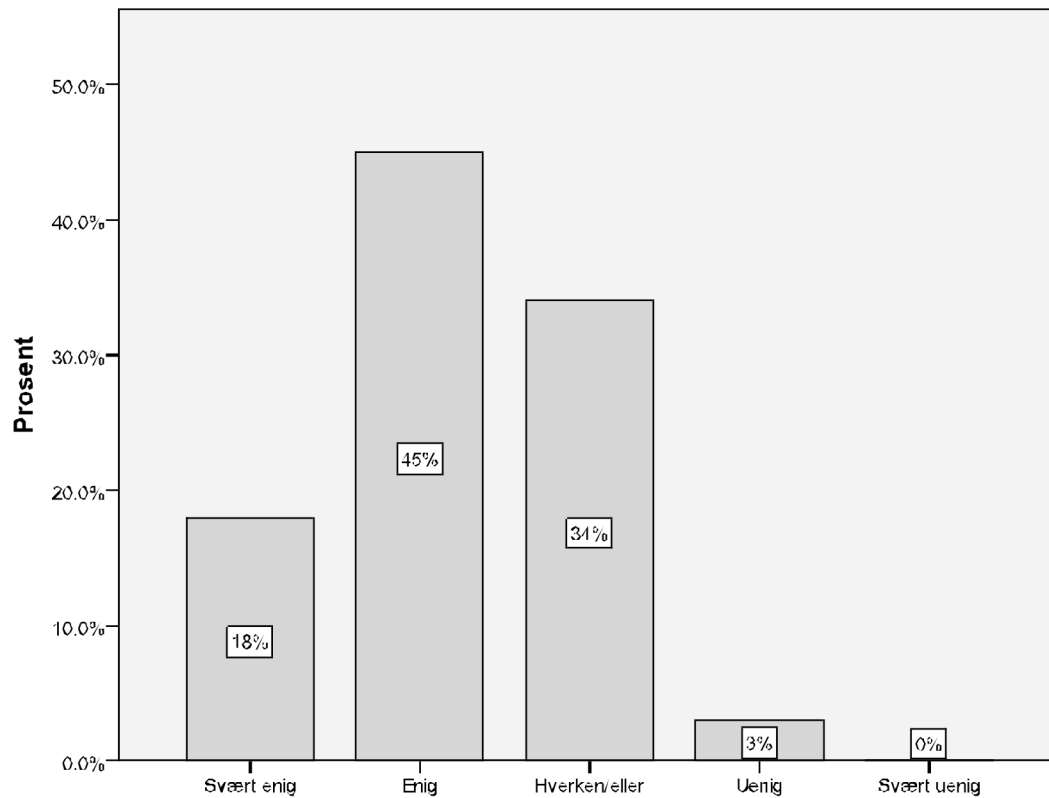
Deltakernes syn på norske legemiddelpriser ble også undersøkt ved å legge frem påstander om legemiddelprisen i Norge. Førstini prosent av deltakerne var *uenig* eller *svært uenig* i påstanden om at legemidler er billige i Norge (figur 4.6). De fleste deltakerne svarte *hverken/eller*, hovedsakelig fordi flere deltakere sa at de ikke hadde forutsetninger for å svare på dette spørsmålet.

Videre viser figur 4.7 (se neste side) at 45 % var *enig* og 18 % var *svært enig* i påstanden som presenteres i figuren. Til denne påstanden nevnte spesielt mange deltakere at de hadde kjøpt billigere legemidler i Sverige, eller de hadde hørt at legemidler er billigere der. Andre deltakere hadde erfaring med billigere legemidler fra Danmark, Østerrike, Spania og Hellas, mens noen refererte til medieoppslag som fastslo at legemidler var billigere i utlandet.



**Figur 4.6:** Prosentandel av deltakerne og hvor enig de var i påstanden om legemidlers prisnivå i Norge (n = 100).

**Legemidler, som alt annet, er mye billigere i utlandet enn i Norge.**



**Figur 4.7:** Prosentandel av deltakerne og deres syn på legemiddelpriser i Norge sammenlignet med utlandet (n = 100).

Det ble videre undersøkt hvorvidt deltakernes politiske ståsted hadde noe å si for deres syn på legemiddelprisene i Norge. Tabell 4.4 viser forholdet mellom deltakernes politiske ståsted, og deres syn på norske legemiddelpriser. Tabellen viser at Høyre, Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet var de partiene flest deltakere sa at de ville ha stemt på. De andre deltakerne som ønsket å svare, fordelte seg utover på følgende parti:

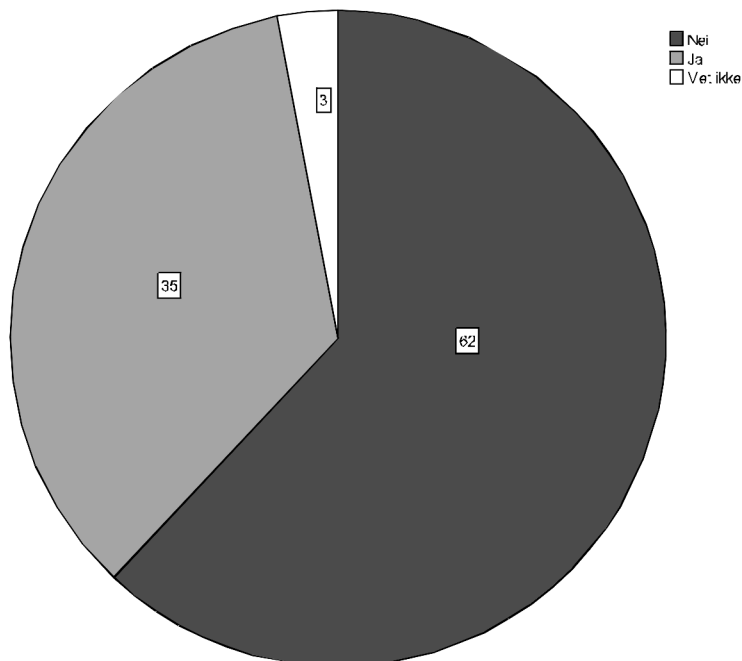
- Kristelig folkeparti: 2 deltakere
- Rødt: 2 deltakere
- Sosialistisk venstreparti: 2 deltakere
- Blank stemme: 1 deltaker
- Ikke stemmerett/annet statsborgerskap: 1 deltaker

**Tabell 4.4:** Forholdet mellom deltakernes politiske standpunkt og oppfatning av legemiddelprisen i Norge (n = 84).

		Antall (%) av deltakernes svar på om prisen på legemidler i Norge er for høy		
		Ikke for høy	For høy	Vet ikke
Deltakers politiske standpunkt	Høyre	9 (32 %)	13 (47 %)	6 (21 %)
	Arbeiderpartiet	8 (32 %)	15 (60 %)	2 (8 %)
	Fremskrittspartiet	3 (20 %)	12 (80 %)	0 (0 %)
	Vet ikke	4 (25 %)	11 (69 %)	1 (6 %)
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>51</b>	<b>9</b>

### 4.3.2 Deltakernes syn på egne utgifter til legemidler

Figur 4.8 viser i hvilken grad deltakere syntes de hadde store utgifter til legemidler. Flere deltakere nevnte at de synes utgiftene de hadde til legemidler var store inntil de fikk frikort, mens andre svarte at de bare betalte egenandeler og at legemiddelutgiftene deres dermed var på et greit nivå. Et par deltakere nevnte at de hadde svært høye utgifter til legemidler som ikke inngikk i blåreseptordningen, opptil ca. 10 000 kr per år.



**Figur 4.8:** Andelen deltakere og hvorvidt de syntes de hadde store utgifter til legemidler (n = 100).

Tabell 4.5 (se neste side) sammenligner deltakernes sosiodemografiske bakgrunn med deres meninger om egne utgifter til legemidler. Tabellen viser at både alder, bosted, arbeidssituasjon og husholdningsinntekt var statistisk signifikant forbundet med deltakernes meninger om egne legemiddelutgifter.

**Tabell 4.5:** Deltakernes sosiodemografiske bakgrunn i forhold til deres meninger om egne utgifter til legemidler.

	Har <i>ikke</i> store utgifter til legemidler		Har store utgifter til legemidler		p-verdi*
	n	(%)	n	(%)	
<b>Kjønn (n = 97)</b>					0,53
Kvinne	26	(60)	17	(40)	
Mann	36	(67)	18	(33)	
<b>Alder (n = 94)</b>					0,02**
50-59	5	(36)	9	(64)	
60-69	19	(58)	14	(42)	
70-79	21	(81)	5	(19)	
80 +	16	(76)	5	(24)	
<b>Bosted (n = 97)</b>					0,03**
Oslo Vest	22	(79)	6	(21)	
Oslo Øst	20	(49)	21	(51)	
Akershus	20	(71)	8	(29)	
<b>Utdanningsnivå (n = 97)</b>					0,51
Grunnskole	14	(74)	5	(26)	
Videregående skole	16	(57)	12	(43)	
Høgskole/universitet	32	(64)	18	(36)	
<b>Arbeidssituasjon (n = 95)</b>					0,01**
I arbeid	13	(68)	6	(32)	
Alderspensjonist	45	(73)	17	(27)	
Uførepensjon	4	(29)	10	(71)	
<b>Husholdningsinntekt (n = 96)</b>					0,002**
Under 200 000 kr	3	(23)	10	(77)	
200 000 - 500 000 kr	27	(61)	17	(39)	
500 000 - 800 000 kr	19	(73)	7	(27)	
800 000 kr +	12	(92)	1	(8)	

\*  $\chi^2$ -test

\*\* signifikant ved 5 % signifikansnivå



### 4.3.3 Deltakernes meninger om prisnivå i forhold til meninger om egne legemiddelutgifter

Tabell 4.6 viser at 30 av 35 deltakere (86 %) som syntes de hadde store utgifter til legemidler, også syntes at legemiddelprisene i Norge er for høye. Tabellen viser også at 26 av totalt 29 (90 %) som ikke syntes legemiddelprisene i Norge er for høye, heller ikke syntes at de hadde store utgifter til legemidler.

**Tabell 4.6:** Antall deltakere og deres svar om legemiddelprisene i Norge, i forhold til deres syn på egne utgifter til legemidler (n = 99).

		Store utgifter til legemidler?			Total
		Nei	Ja	Vet ikke	
Prisen på legemidler i Norge for høy?	Nei	26	3	0	<b>29</b>
	Ja	26	30	3	<b>59</b>
	Vet ikke	9	2	0	<b>11</b>
Total		<b>61</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>99</b>

$\chi^2$ -test:  $p < 0,001$

#### **4.4: Deltakernes egne utgifter ved blåreseptordningen (egenandeler)**

Syttito prosent av deltakerne mente at beløpet de betaler i egenandeler for legemidler på blå resept er greit, mens 21 % svarte nei på spørsmålet om de syntes beløpet på egenandelen er greit. Åttien prosent av de som svarte at de ikke syntes egenandelsbeløpet er greit, mente også at legemiddelprisen i Norge er for høy.

På spørsmålet om hvor høy deltakerne syntes egenandelen til et tre måneders forbruk på blå resept maksimalt bør være, ble gjennomsnittet av svarene 451 kroner. Dette er basert på svaret fra 58 deltakere. Det var to personer som ikke ønsket å svare, mens 40 svarte at de ikke visste. Det laveste beløpet som ble oppgitt var null kroner. Den høyeste summen som ble oppgitt som maksimalt for tre måneder var 3 000 kroner.

Deltakerne ble videre spurt om de vet hvorfor de betaler egenandel for legemidler som gis ut på blå resept. Deltakernes svar er kategorisert og anført i tabell 4.6 (se neste side). Som tabellen viser, handlet de vanligste svarene om å begrense statens utgifter, at man selv må bidra og ikke kan få alt gratis, og hindre overforbruk. En deltaker nevnte at argumentet om overforbruk er et urimelig resonnement da ”det er legen som forskriver legemidler og bestemmer hva man skal ha.”

**Tabell 4.6:** Antall deltakere (n = 100) og deres svar på spørsmål om de vet hvorfor de betaler egenandel for legemidler på blå resept (flere svar per deltaker mulig).

<b>Svar</b>	<b>Antall svar</b>
Kan ikke få alt gratis/ Man skal bidra selv	15
For å begrense statens utgifter	13
For å dempe-/hindre overforbruk av legemidler/misbruk av ordningen	9
For at staten skal få mer penger/skattepengene/tjene mer	7
Det er begrenset med offentlig støtte/ Det er satt en grense for hvor mye staten kan bidra med	7
For å få frikort	5
Fordi man må ha legemidler	2
Det er egenandeler for alt/ Det skal fungere som andre egenandeler	2
Man skal ikke tro at alt er gratis	1
Fordi legemidler er dyre	1
For å hjelpe folk	1
Fordi man kan få billigere legemidler	1
Fordi det er forskning bak produktene	1
Vet ikke	47
<b>Antall ulike svar totalt</b>	<b>112</b>

#### 4.4.1 Betydningen av deltakernes husholdningsinntekt og bosted, for deres syn på egenandeler

I tabell 4.5 blir det vist at 67 % av deltakerne med husholdningsinntekt under 200 000 kr, syntes egenandelsbeløpet er greit, mens 92 % av de med husholdningsinntekt over 800 000 kroner syntes beløpet er greit. Deltakere som var minstepensjonister er ikke inkludert i denne tabellen, da disse ikke betaler egenandel for legemidler på blå resept.

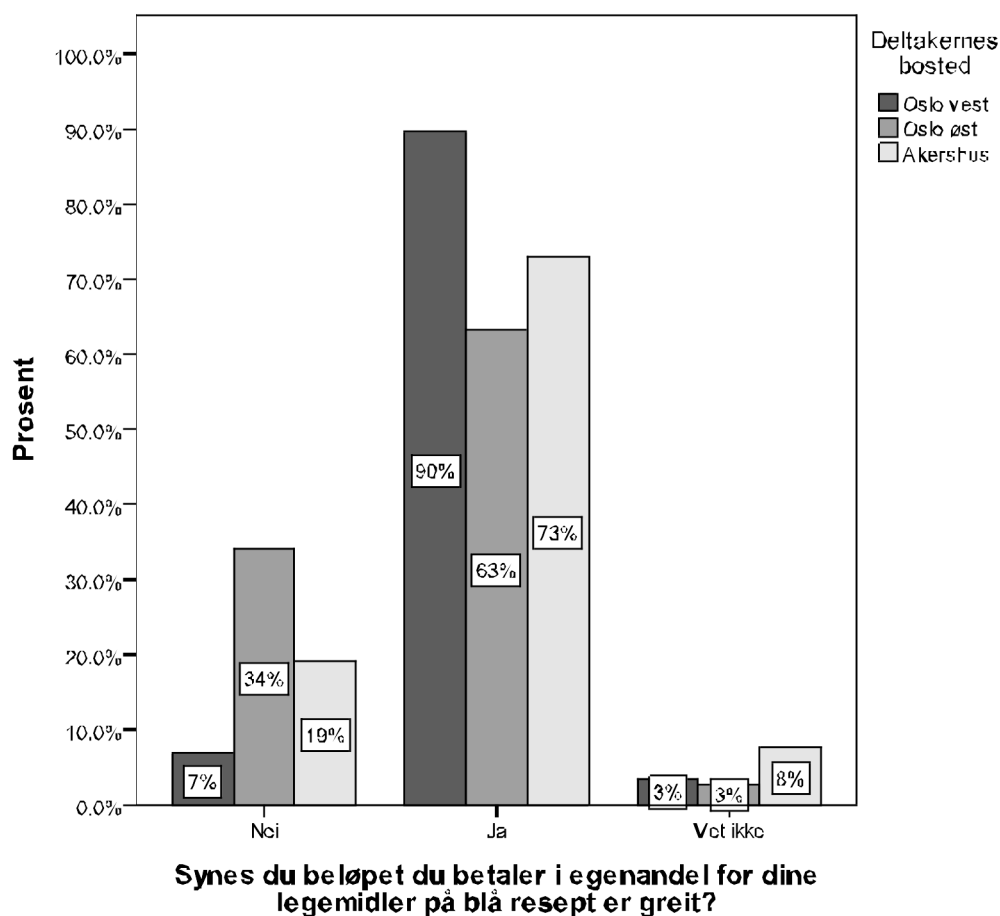
**Tabell 4.5:** Forholdet mellom deltakernes årlige husholdningsinntekt og deres syn på egenandeler (n = 88).

		Synes du egenandelsbeløpet er greit?	
		Nei	Ja
Husholdningens totale årlige inntekt i kroner	Under 200 000	3 (33 %)	6 (67 %)
	200 000 – 500 000	13 (31 %)	29 (69 %)
	500 000 – 800 000	3 (13 %)	21 (87 %)
	800.000 +	1 (8 %)	12 (92 %)
<b>Total</b>		20 (23 %)	68 (77 %)

$\chi^2$ -test: P = 0,15

Figur43.9 (se neste side) viser at 34 % av deltakerne fra Oslo Øst ikke syntes egenandelen de betaler for legemidler på blå resept utgjør et greit beløp. Tilsvarende andel var 19 % fra Akershus og syv prosent fra Oslo Vest. Blant de 20 deltakerne som mente at beløpet de betaler i egenandel ikke er greit var:

- 13 av disse fra Oslo Øst.
- 13 syntes de hadde store utgifter til legemidler.
- 17 syntes prisen på legemidler i Norge er for høy.



**Figur 4.9:** Prosentandel av deltakerne og deres syn på egenandelen, fordelt på deltakernes bosted (n = 93).

#### 4.4.2 Påvirker egenandelen bruken av legemidler?

Deltakerne ble også spurt om de hindres i å hente ut legemidlene sine på grunn av beløpet som egenandelen utgjør. Åtte personer sa at det hender at de venter med å hente legemidlene de får på blå resept fordi de synes egenandelen er for høy. Fem av disse åtte var uførepensjonister, og fem av de åtte hadde bosted i Oslo Øst, to i Akershus og en i Oslo Vest. Alle deltakerne som ville vente med uthenting oppga årlig husholdningsinntekt under 800 000 kroner, og fire av disse hadde årlig husholdningsinntekt på under 200 000 kroner. Av de åtte som ville vente med å hente legemidler, mente alle at prisen på legemidler i Norge er for høy, og syv mente at de hadde store utgifter til legemidler.

Flere deltakere nevnte at medisinene de tar er livsviktige og at de derfor ikke kan vente med å hente ut legemidlene uansett hvor mye de må betale i egenandel. En deltaker sa at grunnen til at han ventet med uthenting av legemidler, var andre utgifter han hadde. En annen ville derimot låne penger dersom han ikke hadde råd til å betale legemidlene selv. En deltaker nevnte at når hun må vente med uthenting av legemidler, var et av tiltakene å bruke stix til blodsuktermåling på en slik måte at de varte lenger.

Deltakerne ble spurt om de trodde 520 kroner for et tre måneders forbruk er et beløp de fleste i Norge har råd til å betale for sine legemidler. Femtjen deltakere svarte ja på dette, 43 svarte nei, mens seks deltakere svarte at de ikke visste. Ni av 14 deltakere med husholdningsinntekt under 200 000 kroner, og ni av 15 som var uførepensjonister mente at *de fleste* ikke har råd til å betale denne summen. Av de med husholdningsinntekt over 800 000 kroner per år, mente fire av 13 at *de fleste* i Norge har råd til å betale 520 kr i egenandel for et tre måneders forbruk. Videre viste svarene at 55 % av de som syntes prisen på legemidler i Norge er for høy, og 58 % av de som mente de har store utgifter til legemidler, ikke trodde at *de fleste* har råd til å betale 520 kroner for et tre måneders forbruk av legemidler på blå resept. Sekstio prosent av de som svarte nei på spørsmålet om egenandelsbeløpet er greit, svarte også nei når det gjaldt om de fleste har råd til dette beløpet.

Flere deltakere nevnte minstepensjonister som en gruppe som ikke hadde råd til å betale. Utgifter til mat, strøm og bolig ble også nevnt som en grunn til at flere med lav inntekt ville ha problemer med summen på 520 kroner. En deltaker foreslo at egenandelstaket bør reduseres for de med inntekt under 200 000 kr. Flere deltakere nevnte at dette handler om prioriteringer, og en deltaker sa at de med dårlig helse ikke har noe valg og må prioritere legemidler. Vedkommende sa videre at ”alle vil selvsagt betale mindre”. En annen deltaker mente at de fleste ville ha råd til denne summen og at man bør sammenligne utgifter folk har til legemidler med hva har av utgifter til andre ting, for eksempel kafèbesøk, og hvilke varer og hva de har råd til å kjøpe av varer på supermarkedet, for deretter å sette dette i en større sammenheng med tanke på prioriteringer. En deltaker sa at ”de går jo bare på ”bingo'n”, hvis de ikke gjør det så kan de betale.”

## 4.5 Frikort

Samtlige deltakere visste hva frikort er. Åttiseks deltakere hadde oppnådd frikort i 2010, fem deltakere var minstepensjonister og betalte dermed ikke egenandel, mens ni deltakere ikke hadde oppnådd frikort i 2010. Flere av deltakerne som vanligvis oppnådde frikort, nevnte under denne delen av spørreskjemaet at de gjerne kunne ha ”kjøpt” frikortet i begynnelsen av kalenderåret for å spare utgifter helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har til administrasjon og organisering av ordningen.

Deltakerne ble spurt om de ville redusert sitt forbruk av de helsetjenestene som er inkludert i frikortordningen dersom frikortgrensen steg til det dobbelte, det vil si til 3 760 kroner per år. Fjorten oppga at en slik økning ville føre til at de reduserte sitt forbruk. Tabell 4.9 viser deltakernes sosiodemografiske bakgrunn i forhold til de som oppga at de ville redusert sitt forbruk av disse helsetjenestene. Av deltakerne som oppga at de ville redusere sitt forbruk fordelte de seg på følgende måte:

- 10/14 var menn.
- 9/14 oppga Oslo Øst som bosted.
- 10/14 mente at prisen på legemidler i Norge er for høy.
- 9/14 mente at de hadde store utgifter til legemidler.
- 9/14 trodde ikke at de fleste i Norge har råd til å betale 520 kr for et tre måneders forbruk av legemidler på blå resept.
- 8/14 mente at beløpet de betaler i egenandel er greit.
- 9/14 mente at legemidler er billigere i utlandet enn i Norge.

**Tabell 4.9:** Deltakernes sosiodemografisk bakgrunn i forhold til om de ville redusert sitt forbruk av helsetjenester dersom frikortgrensen ble doblet (n = 86).

	Ville <i>ikke</i> redusert sitt forbruk		Ville redusert sitt forbruk		p-verdi*
	n	(%)	n	(%)	
<b>Kjønn (n = 84)</b>					0,20
Kvinne	33	(89)	4	(11)	
Mann	37	(79)	10	(21)	
<b>Alder (n = 81)</b>					0,35
50-59	10	(71)	4	(29)	
60-69	28	(90)	3	(10)	
70-79	16	(89)	2	(11)	
80 +	16	(89)	2	(11)	
<b>Bosted (n = 84)</b>					0,17
Oslo Vest	23	(88)	3	(12)	
Oslo Øst	26	(74)	9	(26)	
Akershus	21	(91)	2	(9)	
<b>Utdanningsnivå (n = 84)</b>					0,96
Grunnskole	12	(86)	2	(14)	
Videregående skole	20	(83)	4	(17)	
Høgskole/universitet	38	(83)	8	(17)	
<b>Arbeidssituasjon (n = 82)</b>					0,03**
I arbeid	14	(74)	5	(26)	
Alderspensjonist	47	(92)	4	(8)	
Uførepensjon	8	(67)	4	(33)	
<b>Husholdningsinntekt (n = 83)</b>					0,002**
Under 200 000 kr	3	(37)	5	(63)	
200 000 - 500 000 kr	34	(83)	7	(17)	
500 000 - 800 000 kr	23	(96)	1	(4)	
800 000 kr +	9	(90)	1	(10)	

\*  $\chi^2$ -test

\*\* signifikant ved 5 % signifikansnivå



De som sa at de ville redusere sitt forbruk av helsetjenester dersom frikortgrensen steg til det dobbelte, oppga at de ville redusere bruken av følgende helsetjenester:

*Både legemidler og lege-/psykologbesøk: 5 deltakere.*

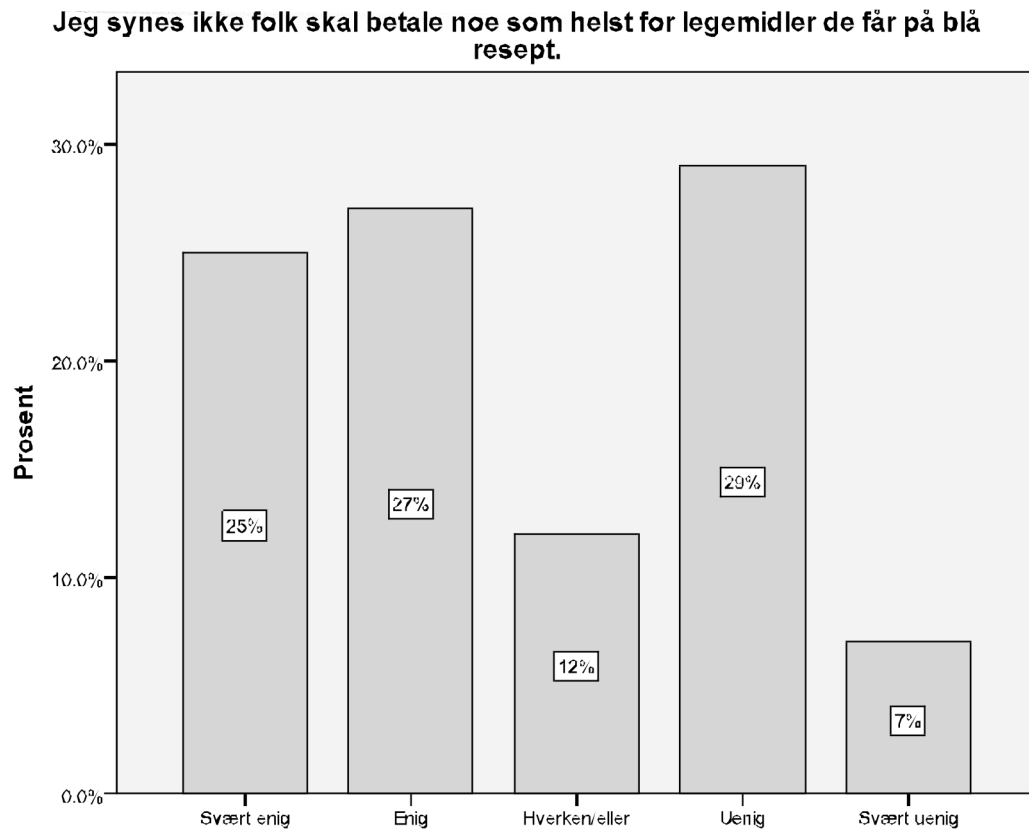
*Lege-/psykologbesøk: 5 deltakere.*

*Andre helsetjenester (samtale terapi og "vet ikke"): 3 deltakere.*

*Legemidler: 1 deltaker.*

En deltaker sa at han var syk selv når han brukte legemidler, og at han derfor ville tatt medisinen sin annenhver dag for at medisinen skulle strekke til lengre. En annen nevnte at budsjettet hans ikke ville tåle en slik dobling og at han derfor ville redusert bruken av astmamedisinen *seretide* som koster mer enn *ventoline*. Dermed ville han isolert sett betalt mindre egenandel per gang. Blant dem som sa at de ikke ville redusert sitt forbruk av helsetjenester, opplyste de at de ikke hadde noen mulighet til å redusere bruken av helsetjenester ettersom dette var helt essensielt for deres egen helse. Det var heller ingen deltakere som uttrykte et ønske om en slik økning i egenandelstaket.

Figur 4.11 viser hva deltakerne svarte da de ble stilt ovenfor påstanden om at ingen skal betale egenandeler for legemidler på blå resept. Tabellen viser at det var delte meninger om dette.



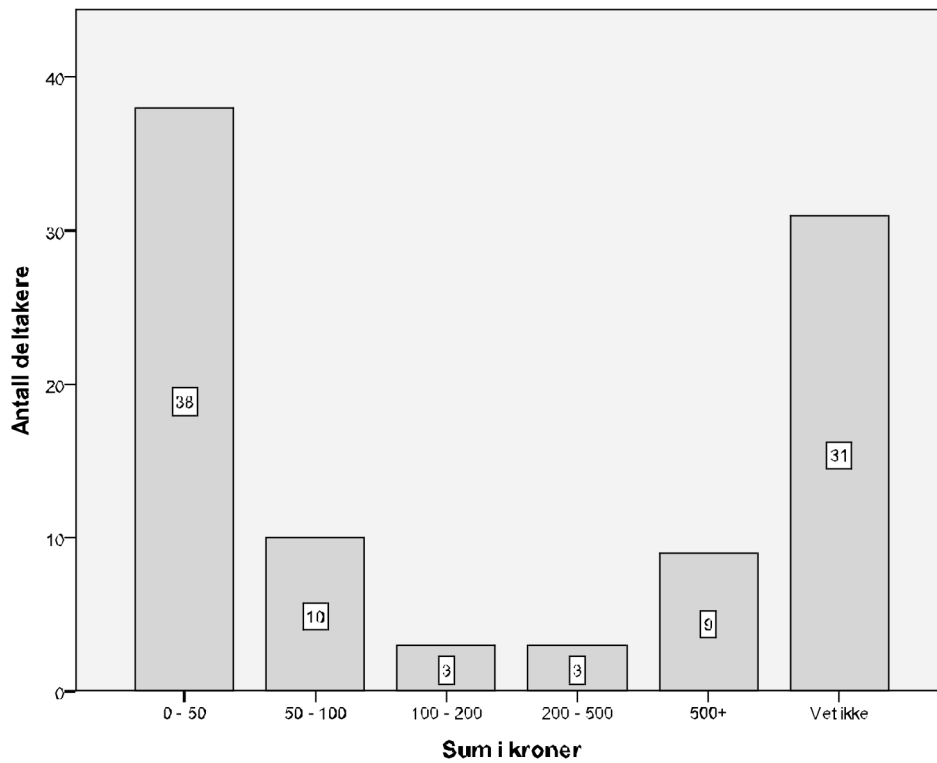
**Figur 4.11:** Prosentandel av deltakerne og hvor enig de var i påstanden om at ingen skal betale for legemidler på blå resept (n = 100).

## 4.6 Generiske legemidler

Nittifem deltakere hadde fått tilbud om å bytte legemiddelet de normalt brukte, til et rimeligere alternativ, mens fem personer ikke hadde fått dette tilbudet. Femtiåtte prosent mente at det var greit at legemidlene deres ble byttet på denne måten, mens 38 % ikke syntes at dette var greit. Femtini prosent av de som brukte flere enn åtte reseptpliktige legemidler, syntes ikke det var greit med generisk bytte, mens tre av de fem som var minstepensjonister mente at generisk bytte var greit.

Svært mange deltakere ga tilleggs kommentarer til spørsmålene om generisk bytte. De fleste som var positive til generisk bytte, ga uttrykk for at bytte var greit forutsatt at virkningen og effekten var den samme og det generiske alternativet ikke ga flere bivirkninger enn originalen. Mange nevnte også at de stoler på apotekpersonalet når det byttes til et likeverdig alternativ. Viktigheten av at legen må godkjenne byttet ble allikevel fremhevet som spesielt viktig for flere av deltakerne. Flere mente også at det å bli spurt om generisk bytte, var viktig når generisk bytte gjennomføres. Noen mente det var en trygghet at de selv har muligheten til å velge om man vil bytte eller ikke. Blant de som var negative til bytte, ble det å være vant til en type medisin, nevnt som hyppigste grunn sammen med egen leges holdninger til bytte. En deltaker hadde ikke noe imot bytte, men mente at det bør være frivillig og at prisen man betaler bør være den samme uavhengig av hva man ønsker. Vedkommende sa videre at det ved generisk bytte stilles krav til pasienten om å spare penger. Han følte seg utrygg ved bytte av merke og sa at bytte blir et spørsmål om hans tillit til legen eller farmasøyten. Flere deltakere som var negative til generisk bytte nevnte at de helst ville bruke det de var vant til og at generisk bytte burde være en sak som legen avgjør.

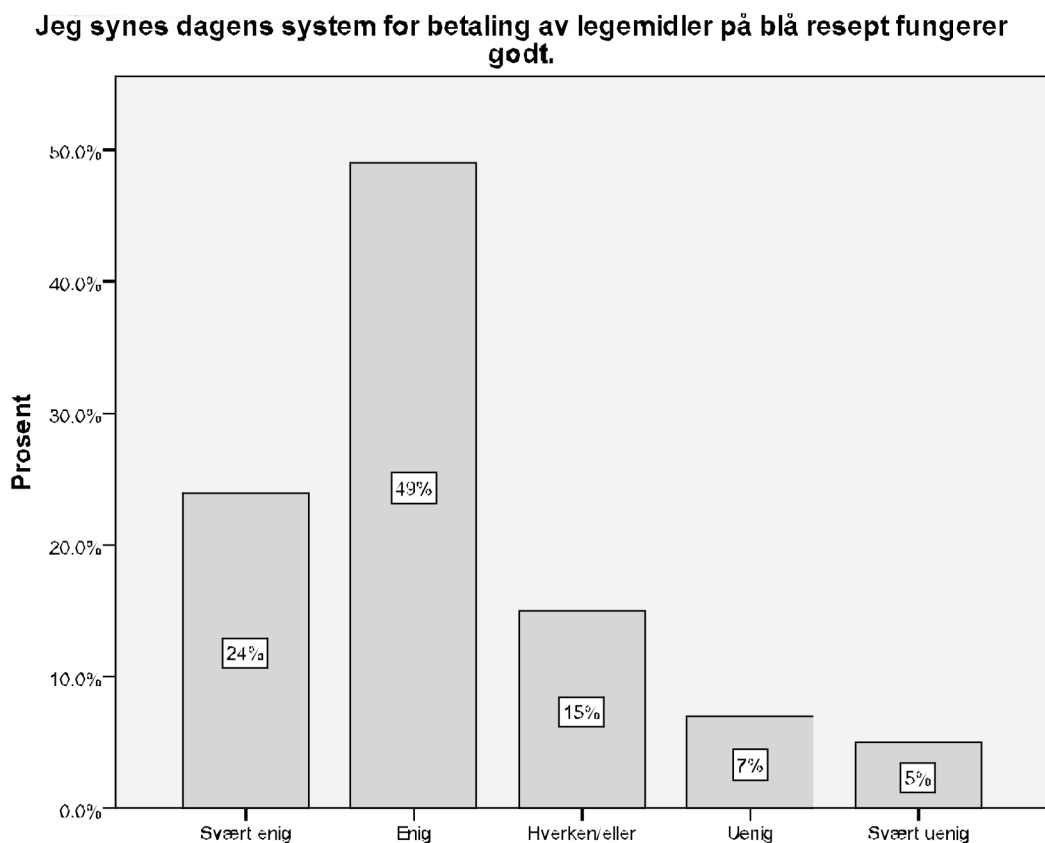
Figur 4.12 viser hvor mye deltakerne som hadde fått tilbud om generisk bytte i apotek, var villige til å betale i mellomlegg for å få det produktet de er vant til å bruke. Seks av ni som var villige til å betale 500 kroner eller mer i mellomlegg, syntes ikke at det var greit at apoteket byttet legemidlene deres.



**Figur 4.12:** Antall deltakere og hvor mye de var villige til å betale i mellomlegg for originalpreparat i tillegg til ordinær egenandel (n = 94).

## 4.7 Deltakernes syn på dagens blåreseptsystem

Som siste påstand ble deltakerne spurt om hvordan de syntes dagens system for betaling av egenandel på blå resept, fungerer. Det vises i figur 4.13 at 73 % av deltakerne var *enig* eller *svært enig* i at systemet fungerer godt. Bare 12 % var *uenig* eller *svært uenig* i påstanden. Flere deltakere nevnte den automatiske utsendingen av frikort ved dette spørsmålet. En deltaker hadde nådd frikortgrensen 28. desember 2010 og hadde fått frikortet tilsendt 4. januar 2011. Deltakeren hadde dermed ikke noe nytte av dette frikortet og stilte spørsmålsteget ved kostnader HELFO har til utsending av frikort når de sendes ut så sent som dette.



**Figur 4.13:** Prosentandel av deltakerne fordelt på deres syn på dagens system for betaling av egenandeler på blå resept (n = 100).

## **5. Diskusjon**

### **5.1 Materiale og metode**

#### **5.1.1 Apotekene**

Apotek var et naturlig sted å velge for rekruttering av deltakere. Det er her faste brukere av legemidler jevnlig må innom. De ulike apotekkjedene har ulikt antall apotek i de ulike bydelene i Oslo. Geografisk beliggenhet ble i utgangspunktet prioritert fremfor kjedetilknypning, og ettersom apotekkjedene ikke la føringer for valg av apotek, ble apotekene tilfeldig valgt ut fra beliggenhet. Apotek med beliggenhet i Oslo Øst og Oslo Vest (inkludert Bærum) ble valgt ut. De fire apotekene som ble brukt var av ulik størrelse, både i areal, kundegrnlag og omsetning. Disse apotekene ble ansett å være representative for apotek i Oslo. Når det gjelder reseptpliktige legemidler i apotek er det trolig lite som skiller apotekkjedene fra hverandre. De samme legemidlene tilbys uavhengig av apotekkjede, selv om de ulike kjedene tilbyr generiske legemidler fra ulike produsenter. De aller fleste apotekene har direktereseptur og informasjonsplikten som følger ved utlevering av legemidler gjelder alle apotek. Dermed er det trolig lite sannsynlig at apotekenes kjedetilhørighet har noe å si for svarene deltakerne ga.

#### **5.1.2 Deltakere**

Målet med undersøkelsen var å undersøke hvilke holdninger til og meninger om betaling av refusjonsberettigede legemidler brukere av legemidler har. Målgruppen måtte dermed ha erfaring med bruk og betaling av egne legemidler. Inklusjonskriteriene ble valgt å være deltakere over 40 år og som brukte tre legemidler eller flere forskrevet på blå resept. Tall funnet ved søk på reseptregisterets nettside, ved å se nærmere på legemidler i alle ATC-gruppene, viser at blant 251 100 personer over 40 år i Oslo i 2010, ble det i gjennomsnitt brukt 2,6 virkestoffer per person (37). Inklusjonskriteriene omfatter dermed et stort antall potensielle deltakere, og tilstrekkelig antall personer som oppfylte inklusjonskriteriene var dermed ikke vanskelig å finne.

Ett hundre og åttifire personer ble spurt om å delta i undersøkelsen. Med 100 deltakere, ga dette en svarprosent på 54, og fordelingen av deltakere i forhold til bosted var relativt jevn.

Rekruttering av deltakere på dagtid kan være vanskelig ettersom de fleste ikke forventer å bruke lengre tid på et apotek enn det selve reseptekspederingen tar. Hadde det ikke vært for at apotek kunder har liten tid når de er innom apoteket, kunne antakelig svarprosenten vært høyere. Det var flest alderspensjonister med i undersøkelsen. Svarprosenten ville trolig vært lavere, hadde det ikke vært for denne gruppen. Alderspensjonister er en gruppe mennesker som trolig er mer fleksible med tanke på tiden, enn personer som er i arbeid. Derfor er det trolig mer sannsynlig at pensjonister er mer tilgjengelig for en slik undersøkelse enn de som er i arbeid, ettersom rekrutteringen foregikk på dagtid.

Ingen deltakere trakk seg fra undersøkelsen under intervjuet eller etterpå, og alle deltakerne ga positive tilbakemeldinger både når det gjaldt temaet for undersøkelsen og selve gjennomføringen av intervjuet. Hver deltaker ble gitt et gavekort som takk for deltakelsen. Gavekortene ble også gitt for å oppnå høyere svarprosent.

### **5.1.3 Rekruttering**

Apotekansatte befinner seg i en rolle hvor de kan gi mye informasjon i et kundemøte. De egnet seg derfor godt til å hjelpe til med rekrutteringen. Å drive informasjon om en pågående studie, i tillegg til å gi legemiddelrelatert informasjon kan for noen apotekansatte ha blitt for mye i en ellers travel hverdag. Motivasjonen og innsatsen til de apotekansatte som spurte og informerte om studien, er trolig en av faktorene som bidro til at svarprosenten varierte mellom de ulike apotekene. Hvor godt de apotekansatte kjenner sine kunder, størrelsen på apoteket og kundegrunnet har også trolig påvirket svarprosenten.

### **5.1.4 Personlig intervju med spørreskjema**

Personlig intervju er beskrevet i litteraturen som den foretrukne metoden for å oppnå pålitelige svar i en slik type undersøkelse (38). Ved å møte legemiddelbrukerne personlig kan eventuelle uklarheter eller spørsmål rundt spørreskjemaet oppklares umiddelbart av den som gjennomfører intervjuet. Dessuten vil man unngå at informantene er opptatt med andre gjøremål mens spørsmålene besvares. Personlig intervju er derimot svært tidkrevende og flere kan oppleve det som ubehagelig å gi personlig informasjon direkte til en utenforstående

person. Å treffe deltakerne ansikt til ansikt kan også føre til at deltakerne svarer slik de tror intervjuer ønsker at de skal svare.

Bruken av spørreskjema gjorde at svar og kommentarer vedrørende spørsmålene kunne noteres i skjemaet. Pilotstudien ble gjennomført for å se at spørreskjemaet fungerte som planlagt. Likevel ble det senere i gjennomføringen av studien, oppdaget spørsmål som kunne vært stilt i tillegg, eller at et og annet svaralternativ kunne vært kategorisert annerledes. Deltakerne ble stilt spørsmål som hadde til hensikt å avdekke deres holdninger og forhold til egenandel og betaling av legemidler. Spørsmålene var formulert på en slik måte hvor det var ment at deltakerne hadde forutsetning for å svare. Faren i en slik undersøkelse er at deltakerne tolker spørsmålene ulikt, avhengig av hvilke sykdom og erfaringer de har. For eksempel hadde noen deltakere erfaring med billigere legemidler i utlandet, mens andre ikke hadde denne erfaringen.

## **5.2 Resultater**

### **5.2.1: Betaling av egenandeler og konsekvenser av endring av egenandels – og frikortbeløp**

Halvparten av deltakerne hadde ingen klare grunner til hvorfor man betaler egenandel. Tre av fire deltakere mente at beløpet de betaler i egenandel for legemidler på blå resept, er greit. Dette er i samsvar med deltakernes positive syn på dagens ordning for betaling av legemidler på blåresept. Husholdningsinntekten viste seg å være avgjørende for hvor stor andel som mente at egenandelsbeløpet var greit: Jo høyere husholdningsinntekt, dess større andel mente dette. Også deltakernes bosted var avgjørende, og andelen av de som ikke syntes egenandelsbeløpet var greit var størst blant deltakere fra Oslo Øst. At åtte deltakere noen ganger ventet med å hente ut sine legemidler fordi de syntes egenandelen var for høy, kan synes og ikke være i samsvar med folketrygdens mål om å sikre folks tilgang på nødvendige legemidler uavhengig av betalingsevne. Ikke overraskende mente flesteparten av disse åtte at de hadde store utgifter til legemidler. Dermed var det godt samsvar mellom svarene de ga. Derimot kan det ikke utelukkes at noen deltakere har vært ”taktiske”, i håp om at deres ytringer og svar kan påvirke fremtidige endringer av prisnivå for legemidler og system for betaling egenandeler. Spørsmål om betaling kan også ha vært litt vanskelig for noen deltakere. Ettersom deltakerne brukte legemidler forskrevet på blå resept, nevnte flere av



deltakerne at de ikke visste hva legemidlene de bruker egentlig kostet. Kanskje ville flere deltakere vært positive til å betale egenandel hvis de visste hvorfor de må betale egenandel og hvor mye legemidlene faktisk koster. Trolig er det ikke så mange som tenker over dette når de henter ut legemidler, og dette kan også være en av grunne til at det er var såpass mange deltakere som svarte at ”de fleste” ikke hadde råd til å betale maksimal egenandel for et tre måneders forbruk (520 kroner) av legemidler, når det gjaldt hva deltakerne mente om andres betalingssevne med henblikk på egenandelsbeløpet. Blant de som mente dette, var andelen størst blant uførepensjonister, og det var også her en synlig trend at den største andelen som svarte nei på spørsmålet var deltakere med lavere husholdningsinntekt. Flere av disse har trolig egne erfaringer med hvor vanskelig det kan være å få inntekten til å dekke både utgifter til legemidler og utgifter til primære behov som bolig, mat, strøm og klær. Det var også mange deltakere fra Oslo Vest og Akershus, deltakere med høyere inntekt og deltakere i arbeid som også mente at ikke alle har råd til å betale summen for maksimal egenandel. Dette viser at det ikke bare var de mest utsatte som hadde innsikt i at det er personer som rammes av legemiddelkostnader. At dette allikevel skal gjelde ”de fleste” er vanskelig å forstå med tanke på hva andre ting koster. 520 kroner for et tre måneders forbruk tilsvarer en sum på omtrent 170 kroner per måned. Som noen deltakere har påpekt, handler dette om prioriteringer.

Det var ulike syn på egenandel blant studiens deltakere, og det vil alltid være personer som ønsker å betale mindre enn det de gjør. Derfor var det ikke overraskende at flere deltakere mente at maksimal egenandel for et tre måneders forbruk av legemidler på blå resept burde være null kroner. Gjennomsnittet av svarene som ble oppgitt var i underkant av dagens maksimale egenandel. Omtrent en tredel av deltakerne mente at det faktisk bør være en egenandel. Dette viser at flere syntes det er rimelig at man må bidra selv, i tillegg til hovedutgiftene til legemidler på blå resept som dekkes av det offentlige.

Fra 1985 har egenandelstaket omtrent fulgt den generelle prisveksten fra å være 840 kroner til å bli 1880 kroner i 2011 (8). Ved å bruke Norges Banks priskalkulator (39), er det mulig å se at dersom det maksimale egenandelsbeløpet for legemidler på blå resept da det ble innført prosentvis egenandel i 1990 (175 kroner), også hadde fulgt generell prisstigning slik som egenandelstaket, ville dette tilsvart 262 kroner i 2010 (8). For å oppnå frikort i 2010, ville dette tilsvart 7 uttak av legemidler med betaling av maksimal egenandel. Maksimal egenandel

har derimot steget betraktelig sammenlignet med egenandelstaket. At frikortgrensen i dag bare tilsvarer fire uttak av legemidler på blå resept ved betaling av maksimal egenandel, samtidig som det i 2010 ble innført en ordning som innebærer automatisk utsending av frikort, har bidratt til at det i 2010 ble utstedt nesten 1,2 millioner frikort (40). En økning i egenandelstaket ville dermed kunne vært et tiltak for at frikortordningen skal omfatte de med spesielt høyt forbruk av legemidler eller andre helsetjenester, og ikke omfatte nesten hver femte nordmann. Resultatene fra denne undersøkelsen viser imidlertid at en økning i egenandelstaket ville ført til at det er personer som mener at de ville redusert sitt forbruk av helsetjenester dersom egenandelstaket ble doblet i forhold til dagens beløp. Flertallet av disse var fra Oslo Øst. I likhet med studien til Lundberg et al (1998) var arbeidssituasjon og inntekt også i denne undersøkelsen avhengige faktorer når det gjaldt dette (31). En slik situasjon ville dermed kunne føre til større sosiale forskjeller ettersom en slik situasjon vil kunne ramme de med lavere inntekt. Andre studier konkluderer med at en slik reduksjon i legemiddelbruk på grunn av prisøkning, kan føre til forverring av folks helse, og at dette igjen kan føre til en økning i helsevesenets totale helseutgifter (35, 41). Det faktum at en deltaker nevnte at han ville bruke medisinen sin annenhver dag for at medisinerne skulle vare lengre, viser at tilsvarende forverring av folks helse også kan bli en konsekvens i Norge ved en større økning av egenandelsbeløpet eller egenandelstaket.

### **5.2.2 Deltakernes syn på legemidlers prisenivå i Norge**

Deltakerne var konsekvente i svarene de ga om legemiddelprisene i Norge: Over halvparten av deltakerne mente at prisen på legemidler i Norge er for høy, og halvparten var *uenig* eller *svært uenig* i påstanden om at legemidler er billige i Norge. Husholdningsinntekten var en av faktorene som viste seg å være utslagsgivende for hva deltakerne svarte på spørsmålet om prisenivået i Norge. For eksempel mente samtlige deltakere som tjente under 200 000 kroner per år, at prisen på legemidler i Norge er for høy. For deltakere med høyere inntekt var denne andelen vesentlig lavere. Også alder og arbeidssituasjon viste seg å være statistisk signifikante faktorer, hvor den største andelen av deltakere som syntes prisenivået var høyt var blant de yngre deltakerne og uførepensjonister. De som er yngre, bruker gjerne færre legemidler enn de som er eldre, de føler seg kanskje ikke syke og de regner heller ikke med å bruke like mye penger på legemidler som eldre deltakere. Videre er trolig uførepensjonister mer plaget med sykdom enn andre grupper i samfunnet. I denne undersøkelsen oppga nesten

halvparten av uførepensjonistene at de hadde årlig husholdningsinntekt under 200 000 kroner. Videre var andelen deltakere som var i arbeid og som var alderspensjonister, omtrent lik når det gjaldt spørsmålet om deres syn på prisnivået til legemidler i Norge. At andelen var omtrent lik for alderspensjonister og de som er i arbeid, kan bety at den økonomiske situasjonen, altså hvor mye de har å rutte med, trolig er lik blant deltakerne som er i arbeid og som er alderspensjonistene. Gode ordninger for pensjonister kan også ha bidratt til at andelene ble såpass like. Også antall legemidler som deltakerne brukte, viste seg å være avgjørende for hvor stor andel som mente at legemiddelprisene i Norge er for høye (andelen var høyest blant de som brukte flest reseptpliktige legemidler).

Andelen deltakere som var *enig* eller *svært enig* i påstanden om at legemidler er billig i utlandet var større, sammenlignet med andelen deltakere som var *uenig* eller *svært uenig* i at legemidler er billige i Norge. En av grunnene til dette funnet kan være den generelle oppfatningen at Norge har et av verdens høyeste prisnivå, og folks generelle holdning at ”alt er dyrt i Norge”. Til tross for at ”alt er dyrt” i Norge, har vi allikevel høy kjøpekraft. Befolkningens høye kjøpekraft og Norges høye prisnivå, gjør at flere deltakere har opplevd å kjøpe legemidler til en lavere pris i utlandet enn det de ville ha kostet i Norge. Derfor var det ikke overraskende at over halvparten av deltakerne mente at legemidler var billigere i utlandet. Påstanden er allikevel et eksempel på et spørsmål som kan tolkes på ulike måter, i form av absolutte priser, eller hvor kjøpekraften tas i betraktning. TV-programmet NRK Brennpunkt sendte tirsdag 8. mars 2011 under tittelen ”Norge har mange av Skandinavias dyreste kopimedisiner”, et program om priser på legemidler med generisk konkurranse i Norge, Sverige og Danmark (42). Dette kan også ha påvirket en del av svarene i undersøkelsen, og flere deltakere nevnte medieoppslag, og noen nevnte NRK Brennpunkt spesielt, ved spørsmål om legemiddelpriser i Norge og legemiddelpriser i utlandet. Programmet står i kontrast til en undersøkelse av Brekke et al (43). Studien til Brekke sammenligner prisnivået til de 300 mest solgte substansene i det norske markedet, sammenlignet mellom Norge og ni land i Vest-Europa (43). Studien konkluderer med at Norge har blant de laveste legemiddelprisene i Vest-Europa (43). Media har også hatt oppslag i positiv forstand om rapportene til Brekke (44). Trolig kan negative medieoppslag virke forsterkende på folks inntrykk og bli mer lagt merke til enn positive oppslag. Flere deltakere mente i alle fall at legemidler har for høy pris i Norge og at legemidler er billigere i utlandet.

Utgifter til helse, synes å være avhengig av kultur, nasjoners inntekt, velstand og velferdsordninger. Dermed er det grunn til å tro at den enkeltes politisk syn har noe å si for hva man mener om legemiddelpriser. Ikke overraskende var det de største partiene på landsbasis, Høyre, Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, som de fleste deltakerne nevnte at de ville stemt på. Det var derimot bare spørsmålet om prisnivået på legemidler i Norge som viste en forskjell med henblikk på deltakernes politiske ståsted. Deltakerne som ville stemt på Fremskrittspartiet skilte seg ut i noe større grad enn deltakerne som ville stemt på Høyre og Arbeiderpartiet. Derimot er datagrunnlaget trolig for lite og fokuset ikke presist nok i denne studien til ytterligere å kartlegge hva politiske holdninger har å si for meninger om finansiering, pris og legemidler. En annen grunn kan være at politiske holdninger rett og slett blir tilsidesatt når det er ens egen helse det gjelder.

### **5.2.3 Deltakernes egne legemiddelutgifter**

Selv om de fleste deltakerne mente at prisen på legemidler er for høy i Norge, var det allikevel godt over halvparten som mente at de ikke hadde store utgifter til legemidler. Dette viser at det i dette tilfellet var forskjell mellom folks generelle mening og hva deres oppfatning av egen situasjon var. For eksempel kan en person med husholdningsinntekt på 500 000 kroner mene at prisen på legemidler er for høy, samtidig som vedkommende ikke synes at han har store utgifter til legemidler. Flere deltakere nevnte nettopp dette. Et velfungerende refusjonssystem og relativt høy inntekt kan være grunnen til at ikke flere deltakere mente at de selv hadde høye legemiddelutgifter. Et par deltakere nevnte derimot at de hadde svært høye utgifter til legemidler som ikke inngikk i blåreseptordningen. Dette vil ha påvirket deres svar på alle spørsmålene i undersøkelsen.

Både alder, bosted, arbeidssituasjon og husholdningsinntekt var statistisk signifikante faktorer for hva deltakerne mente om egne legemiddelutgifter. Når det gjelder deltakernes oppfatning av egne utgifter til legemidler, mente nesten tre fjerdedeler av de med husholdningsinntekt under 200 000 kroner at de hadde store utgifter til legemidler. Dette er i samsvar med andre studier (31, 32, 34) som også viser sammenheng mellom inntekt og holdninger til betaling av legemidler, og det styrker påstanden som er tidligere nevnt om at de med lavere inntekt ser på utgifter til legemidler som betydelig (31, 32, 34). Når vi vet at de med lav sosioøkonomisk status også har høyere risiko for dårlig helse, vil en økning i

legemiddelprisene eller en økning i refusjonsberettiget behandling, kunne forsterke sosiale helseforskjeller dersom en slik økning fører til at denne gruppen reduserer sitt forbruk av legemidler (45). Flere detaljerte spørsmål kunne blitt stilt for å avdekke hva denne gruppen legger i spørsmålet og hvilke tiltak de ville gjort for å møte en eventuell prisøkning, for eksempel om spørsmålet gjelder reseptfrie og/eller reseptpliktige legemidler, hvor stor andel av deres forbruk går til legemidler eller mer detaljerte spørsmål om hvilke betydning en økning i legemiddelpris ville fått for deres forbruk.

Resultatene viste at det er en sterk korrelasjon mellom hva deltakerne mente om legemiddelprisen i Norge og hva de mener om egne utgifter til legemidler. Ettersom både alder, arbeidssituasjon og husholdningsinntekt var statistisk signifikant både for hva deltakerne mente om legemidlers prisenivå i Norge, og hva de mente om egne legemiddelutgifter, var dette ikke overraskende. For eksempel svarte 26 av 29 som ikke mente at prisen på legemidler i Norge er for høy, at de heller ikke hadde store utgifter til legemidler.

#### **5.2.4 Deltakernes legemiddelbruk og helsetilstand**

Det var ikke overraskende at flertallet av deltakerne brukte legemidler i gruppen for hjerte og kretsløp, da deltakerne var i en aldersgruppe som ofte har høy frekvens av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. I 2010 var 8 av de 25 mest omsatte virkestoffene i Norge legemidler innen bruksområde hjerte – og kar (26). Ettersom dødeligheten av hjerte – og karsykdommer har hatt en nedgang de siste 20 årene og levealderen øker, vil det være flere som mottar behandling for disse tilstandene (46). Denne gruppen bruker ofte flere legemidler samtidig, og legemiddelbehandlingen varer ofte livet ut.

Resultatene viser videre at de fleste deltakerne sa at de *sjelden* eller *aldri* bruker reseptfrie legemidler. Dette var litt overraskende og det kan tyde på at deltakerne ikke klarer å skille mellom reseptpliktige og reseptfrie legemidler eller at de glemmer legemidler de kjøper utenfor apotek. Alternativt indikerer svaret at de fleste deltakerne får de legemidlene de trenger på resept, og at de stort sett holder seg friske utover de tilstandene som behandles med reseptpliktige legemidler. Trolig kan det være forbigående plager som behandles med reseptfrie legemidler. Mest sannsynlig dreier det seg om tilstander som smerte og feber, mage

– og tarmproblemer, hoste og forkjølelse ettersom dette var de reseptfrie gruppene med høyest omsetning i 2010 (26).

Deltakernes helsetilstand ble målt til ”midt på treet”. Hvordan hver deltaker rangerer helsen sin vil være helt individuelt. Egen helsestatus er også et relativt begrep. Flere deltakere reflekterte over disse spørsmålene ved å argumentere for sine svar. Noen deltakere har i svaret til dette spørsmålet sammenlignet seg selv med andre på samme alder, mens andre sammenlignet deres nåværende helsestatus med hvordan den var før de ble syke. Noen deltakere nevnte også at de selv følte seg veldig friske, men at legen hadde sagt at de var syke. Dette gjaldt typisk tilstander som inkluderer hjerte – og kar, hvor man som pasient får forebyggende behandling, men ofte ikke merker fysisk at man er i en risikogruppe og dermed blir ansett som syk.

Deltakerne var i gjennomsnitt mer enn middels opptatt av egen helse, og denne gjennomsnittsverdien var høyere enn gjennomsnittsverdien for hva deltakerne anså som egen helsetilstand. Dette er trolig et lettere spørsmål å ta stilling til og svare på, sammenlignet med spørsmålet om egen helsestatus. Med dagens samfunnsideal vil det av noen deltakere trolig oppfattes som mer ”riktig” å være opptatt av egen helse. Dette kan være grunnen til flere svar på øvre halvdel av skalaen. De færreste ønsker å spare på noe når det gjelder helsen, og så å si samtlige deltakere mente at legemidler var viktig for deres helse. Dette viser at deltakerne i denne studien var bevisst viktigheten av legemidler i den enkeltes behandling av sin tilstand. At flere deltakere også satte legemiddelutgifter folk har i et perspektiv med andre utgifter de har, viser at flere er bevisst viktigheten av å prioritere legemidler og egen helse.

### **5.2.5 Generiske legemidler**

Apotekansatte er pliktet til å opplyse pasienter om byttbare generiske alternativ dersom disse har lavere pris sammenlignet med preparatet legen har forskrevet (2). Det var derfor ikke overraskende at nesten alle deltakerne hadde fått tilbud om generisk bytte i apotek. Omtrent en tredel av deltakerne syntes ikke det var greit at legemidlene deres ble byttet på denne måten. Omtrent samme andel er også funnet i andre studier (47, 48). En grunn til at flere er negative til denne ordningen kan være at informasjonen som gis ved generisk bytte er for dårlig, at det er få mennesker som vet bakgrunnen for ordningen og at flere føler seg usikre

ved generisk bytte. Samtidig er det trolig flere deltakere som ikke er interessert i å spare penger når det er snakk om egen helse og legemidler.

Generisk bytte var tydeligvis noe deltakerne var opptatt av, ettersom mange tilleggskommentarer ble gitt ved disse spørsmålene. Flere deltakere nevnte at generisk bytte var greit forutsatt at det generiske alternativet hadde samme virkningen og effekt og ikke ga flere bivirkninger. Dette viser at det fortsatt er behov for informasjon om generiske legemidler for at det skal føles sikkert for de som bytter. Deltakerne var videre delt i synet om hvem som bør avgjøre generisk bytte. Flere deltakere nevnte at generisk bytte bør være en sak som legen bør avgjøre. Også en studie av Toverud et al. (2010) viser at det er forskjell på informasjonen som gis av apotekpersonell og leger når det gjelder generisk bytte, og den viser at legenes rolle er av betydning for hvor sikkert generisk bytte oppleves av den enkelte pasient (49). Legenes rolle som ansvarlige for pasienters behandling, er trolig en viktig grunn til at mange deltakere har nevnt legenes meninger og holdninger som en viktig faktor for hvordan de selv ser på ordningen med generisk bytte. At mange deltakere nevnte at de stolte på apotekpersonalet ved generisk bytte, viser at apotekpersonalet også gjør en viktig og god jobb når det gjelder å gi informasjon.

Resultatene viste at flertallet av de som var villige til å betale et mellomlegg for å få det produktet de var vant til å bruke, ikke ønsket å betale mye for dette. Imidlertid burde dette spørsmålet ha differensiert mellom deltakere som ikke ønsket å betale noe som helst, altså null kroner, og de som faktisk var villige til å betale noe, men i liten grad, eksempelvis 1-50 kroner. De fleste av deltakerne som var villige til å betale mer enn 500 kroner i mellomlegg syntes det ikke var greit at apoteket byttet legemidlene deres. At noen deltakere følte seg utrygge ved bytte av merke er i samsvar med andre studier som har belyst problemer ved generisk bytte (47-50). Selv om ordningen med generisk bytte frigjør ressurser for to milliarder kroner årlig, fører den også til ulemper og utrygghet hos pasienter og den kan føre til ekstra utgifter for helsevesenet dersom legemidlene brukes feil (51).

## 6. Konklusjon

Ingen tidligere undersøkelser er gjort i Norge hvor holdninger til betaling av legemidler og egenandeler ved betaling av legemidler er kartlagt. Denne studien viste at over halvparten av studiens deltakere syntes at prisen på legemidler i Norge er for høy, og halvparten mente også at legemidler ikke er billige i Norge. Til tross for dette syntes de fleste deltakerne at dagens system for betaling av legemidler på blå resept fungerer godt. Resultatene viser videre at de fleste deltakerne ikke selv kunne si at de hadde store utgifter til legemidler.

Husholdningsinntekt viste seg å være en statistisk signifikant faktor (deltakere med lav inntekt var mest følsomme for pris) både når det gjaldt deltakernes syn på legemiddelprisene i Norge, deres syn på egne utgifter til legemidler og om de ville redusert sitt forbruk av helsetjenester innen frikortordningen før frikort oppnås, dersom egenandelstaket ble doblet. Inntekt har også vist seg å være en avhengig faktor i andre studier som omhandler økning i betaling av egenandeler, hvor det regnes at lavinntektsgrupper er spesielt utsatt.

Denne studien kan danne grunnlag for ytterligere studier som bør gjennomføres for å kartlegge dette området videre og for å se nærmere på hvordan legemiddelprisene og betalingssystemet påvirker legemiddelbehandlingen blant pasienter.



# VEDLEGG A – Invitasjonsbrev

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### ”Legemiddelbrukeres holdninger til betaling av legemidler på blå resept”

#### Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se nærmere på hvor mye folk er villige til å betale for sine legemidler. Nesten 3,5 millioner mennesker i Norge bruker reseptpliktige legemidler i løpet av et år, og legemidler er viktig i behandlingen av mange sykdommer. I Norge har vi en ordning hvor det offentlige gjennom folketrygden dekker det meste av legemiddelutgiftene, enten du ligger på sykehus eller du får legemidler på blå resept. Blåreseptordningen innebærer imidlertid at den som bruker legemidler må betale en viss egenandel. Hvordan folk oppfatter størrelsen på egenandelen og hvorvidt dette kan være til hinder for legemiddelforbruket for enkelte, er ikke tidligere undersøkt i Norge.

Jeg studerer farmasi og skriver masteroppgave ved Farmasøytisk Institutt ved Universitetet i Oslo. I oppgaven ønsker jeg å se nærmere på folks betalingsvillighet for legemidler. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervjuer til sammen 100 personer som er 40 år eller mer og bruker tre legemidler eller flere på blå resept.

#### Hva innebærer studien?

Personalet ved apoteket du har vært innom har gitt deg dette skrevet fordi du er i riktig aldersgruppe og bruker tre legemidler eller flere på blå resept. Deltakelse i prosjektet innebærer et personlig intervju hvor et svarskjema fylles ut med bakgrunn i svarene du gir under intervjuet. Intervjuet tar 10-20 minutter å gjennomføre. For å delta må du skrive under en samtykkeerklæring. Din identitet er ukjent for meg inntil du tar kontakt med meg.

#### Mulige fordeler og ulemper

Jeg skal i intervjuet ikke opptre som helsepersonell, kontrollere eller påvirke deg på noen måte. Undersøkelsen vil derfor ikke ha betydning for din medisinske behandling. Fordelen med å være med er at du vil bidra med informasjon på et område som tidligere ikke er undersøkt i Norge. Det vil hovedsaklig bli stilt spørsmål vedrørende legemiddelbruk og hvilke tanker du gjør deg om betaling for legemidler du får på blå resept.

#### Kompensasjon

Som takk for deltakelsen vil du bli gitt et gavekort på **100 kr**. Gavekortet er av typen *Universal presentkort* som kan brukes i over 4000 ulike forretninger i hele landet.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysningene du gir er underlagt taushetsplikt og alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Svarene du gir vil noteres i skjemaet, men disse og annen identifiserbar informasjon vil bli makulert etter publisering av resultatene, desember 2011.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det vil få konsekvenser for deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Hallvard Vigrestad.

Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen som du også har fått utdelt. Deretter kan du ta direkte kontakt med meg, du kan ringe, sende sms eller e-post, eller du kan returnere samtykkeerklæringen til apoteket. Når dette er gjort avtaler vi tid og sted for intervjuet. Dette er mine kontaktopplysninger:

Hallvard Vigrestad  
Avdeling for farmasi  
Postboks 1068 Blindern  
0316 OSLO  
e-post: [hallvard.vigrestad@student.uib.no](mailto:hallvard.vigrestad@student.uib.no)  
tlf: 416 23 280

Studien er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Vennlig hilsen

Hallvard Vigrestad

Else-Lydia Toverud, professor

Helle Håkonsen, post doctor

Masterstudent

Veileder

Veileder

## **VEDLEGG B – Informasjon gitt før spørreundersøkelsen**

### **Inklusjonskriterier**

- fra og med 40 år, 3 legemidler eller flere på blå resept

### **Innledning**

*Aller først vil jeg takke deg for at du deltar i undersøkelsen.*

*I denne undersøkelsen skal jeg intervjuer til sammen 100 personer som bruker legemidler. Jeg ønsker å se nærmere på hvilke holdninger disse har til betaling av legemidler og hvordan de oppfatter dagens system for betaling.*

*Jeg ønsker at du svarer så godt som mulig på spørsmålene. På denne måten vil resultatene bli så riktige som mulig. Det finnes ingen fasitsvar på spørsmålene. Dermed finnes det heller ingen gale svar og alle svarene du gir vil være verdifulle for meg.*

*Jeg har full taushetsplikt, derfor vil ingen kunne vite hva du har sagt til meg i dette intervjuet. Jeg er ikke her for å kontrollere deg og din medisinbruk og jeg kommer derfor ikke til å komme med rettende kommentarer til det du sier.*

*Ved å svare på spørsmålene vil du bidra med data til et område hvor det tidligere ikke er gjort undersøkelser i Norge. Resultatene fra undersøkelsen vil kunne gi et inntrykk av hvordan dagens system for betaling av legemidler fungerer, de kan gi en indikasjon om betaling hindrer bruk av legemidler, og resultatene vil også kunne sammenlignes med undersøkelser gjennomført i andre land.*

*Spørsmålene forutsetter ditt totale forbruk av legemidler. Tenk derfor på ditt totale forbruk av legemidler mens du svarer på spørsmålene, og ikke bare de legemidlene du fikk utdelt på apoteket i dag. Spør underveis dersom det er noe du lurer på eller du føler deg usikker. Husk at du når som helst kan la være å svare på spørsmål og avbryte intervjuet dersom du ønsker det.*

# VEDLEGG C – Spørreskjema

## Del 1: Sosiodemografiske spørsmål

*Først vil jeg begynne med å stille noen generelle spørsmål om deg.*

1. *Kjønn:*

- Mann
- Kvinne

2. Hva er din sivile status?

- Bor alene
- Gift/samboer
- Annet: \_\_\_\_\_

3. Hvor bor du?

- Oslo vest
- Oslo øst
- Akershus
  - Hvis bosted i Akershus, hvilken kommune: \_\_\_\_\_
- Annet: \_\_\_\_\_

4. Hvor mange års utdanning har du?

- Grunnskole/folkeskole
- Videregående skole/gymnas
- Høyskole/universitet
- Annet: \_\_\_\_\_



10. Hvor mange legemidler bruker du/har du brukt i løpet av de siste 6 måneder som du får/har fått på resept fra legen (reseptpliktige legemidler)?

- 3-5
- 6-8
- Flere enn 8
- Vet ikke

11. Hva bruker du disse legemidlene for?

---

12. Hvor ofte bruker du legemidler som ikke er på resept (f eks: smertestillende, hostesaft, nesenspray, fluortabletter, avføringsmidler, etc) kjøpt i apotek eller dagligvarehandelen?

- Daglig
- Flere ganger i uken
- Flere ganger i måneden
- Sjelden
- Aldri
- Husker ikke

### **Del 3: Legemidler, egenandel og betaling av disse.**

*Da kommer det spørsmål om ditt forhold til egenandeler og betaling av legemidler*

13. Synes du prisen på legemidler i Norge er for høy?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

14. Synes du at du har store utgifter til legemidler?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

15. Synes du beløpet du betaler i egenandel for dine legemidler på blå resept er greit?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

16. Vet du hvorfor du betaler egenandel for legemidler på blå resept?

---

---

17. Hvor høy synes du egenandelen for legemidler til et tre måneders forbruk på blå resept maksimalt bør være?

\_\_\_\_\_ kr

- Vet ikke

18. I dag er maksimal egenandel for legemidler for et tre måneders forbruk på blå resept 520 kr. Tror du dette er et beløp de fleste i Norge har råd til å betale for sine legemidler?

- ja
- nei
- vet ikke

19. Hender det at du venter med å hente legemidlene dine, altså de du får på blå resept, fordi du synes egenandelen er for høy?

- Ja
- Nei
- Husker ikke
- Annet: \_\_\_\_\_

20. \* *Følgende spørsmål ble utelatt med bakgrunn i pilotundersøkelsen.*

Ut fra din egen situasjon slik den er i dag og med de legemidlene du bruker, hvor mye har du *råd til eller kan betale* for legemidlene dine **per år** dersom legemidler **ikke** var på blå resept, altså at staten ikke betalte deler av dine legemiddelutgifter?

- 2 000 – 5 000 kr per år
- 5 000 – 8 000 kr per år
- 8 000 – 12 000 kr per år
- Mer enn 12 000 kr per år
- Vet ikke

Kommentar: \_\_\_\_\_

21. *Generiske legemidler*

Har du noen gang fått tilbud om å bytte legemiddelet du normalt bruker til et likeverdig og billigere alternativ?

- Ja
- Nei
- Husker ikke
- Vet ikke



22. Synes du det er greit at apoteket bytter legemidlene dine på denne måten?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Kommentarer: \_\_\_\_\_

### **Betaling av mellomlegg:**

Dersom du ikke ønsker å bytte hender det at du må betale noe ekstra i tillegg til egenandelen for å få akkurat den medisinen du ønsker.

23. Hvor mye ekstra vil du være villig til å betale for å få det produktet legen har forskrevet eller det produktet du er vant til å bruke?

- 0 – 50 kr
- 50 – 100 kr
- 100 – 200 kr
- 200 – 500 kr
- Mer enn 500 kr

### *Frikort*

24. Vet du hva frikort er?

- Ja
- nei

25. Oppnådde du frikort i fjor, 2010?

*(Hvis svaret er ja, gå til spørsmål 26. For andre svar, gå videre til del 4 av spørreskjema)*

- Ja
- Nei
- Jeg er minstepensjonist
- Husker ikke
- Annet: \_\_\_\_\_

### **Om frikort:**

Frikort for helsetjenester (for eksempel legebesøk og medisiner) får du når du har betalt over et visst beløp i egenandeler. Når du mottar frikort, slipper du å betale egenandeler for resten av det aktuelle kalenderåret. Frikortgrensen er i dag 1880 kr. Neste spørsmål forutsetter din egen situasjon slik den er i dag med de legemidlene du bruker.

26. I en tenkt situasjon, hvis frikortgrensen stiger til det dobbelte, fra 1880 kr per år til 3760 kr per år, tror du dette ville føre til at du reduserer ditt forbruk av helsetjenester som inkluderes i frikortordningen?

- Ja
    - Hvis ja, hvilke helsetjenester ville du redusert ditt forbruk av (sett kryss for det som passer, flere avkryssninger er mulig):
      - Legemidler
      - Legebesøk/psykologbesøk
      - Ingen
      - Begge
      - Annet: \_\_\_\_\_
  - Nei
  - Vet ikke
- Kommentarer: \_\_\_\_\_

#### Del 4: Påstander

*Til slutt vil jeg presentere deg for noen påstander.*

Hvor enig er du i følgende påstander? Sett et kryss i boksen som passer deg best.

27. Legemidler er svært viktig for min helse

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært uenig	uenig	hverken/eller	enig	svært enig

28. Jeg mener at legemidler er billige i Norge

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært uenig	uenig	hverken/eller	enig	svært enig

29. Legemidler, som alt annet, er mye billigere i utlandet enn i Norge

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært uenig	uenig	hverken/eller	enig	svært enig

30. Jeg synes ikke folk skal betale noe som helst for legemidler de får på **blå resept**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært uenig	uenig	hverken/eller	enig	svært enig

31. Jeg synes dagens system for betaling av egenandel for legemidler på blå resept fungerer godt.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært uenig	uenig	hverken/eller	enig	svært enig

## Del 5: Avslutningsspørsmål

32. I hvilket år er du født?

\_\_\_\_\_

33. Hvilket politisk parti ville du stemt på dersom det var stortingsvalg i morgen?

Parti: \_\_\_\_\_

vet ikke

ønsker ikke å svare

## **VEDLEGG D – Samtykkeerklæring**

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien om betalingsvillighet og er villig til å delta

-----

**(Signert av prosjektdeltaker, dato)**

## Kildehenvisninger:

1. Arbeidsdepartementet. LOV 1997-02-28 nr 19: Lov om folketrygd (folketrygdloven). Lovdata; 2011 [Sitert 24. januar 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19970228-019.html>.
2. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). FOR 2007-06-28 nr 814: Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Lovdata; 2011 [Sitert 20. januar 2011]; Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/for/sf/ho/to-20070628-0814-0.html>.
3. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). FOR 2009-12-18 nr 1839: Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften). Lovdata; 2010 [Sitert 5. april 2011]; Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20091218-1839.html&emne=legemiddelforskrift\\*&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20091218-1839.html&emne=legemiddelforskrift*&).
4. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Oslo: Lovdata; 2011 [Sitert 4. april 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html#map005>.
5. Statens legemiddelverk (SLV). Refusjonslisten. Oslo: Statens legemiddelverk; 2010 [Sist oppdatert 15.04.2011; Sitert 19. mai 2011]; Tilgjengelig fra: [http://legemiddelverket.no/upload/refusjonsliste\\_05\\_2011.pdf](http://legemiddelverket.no/upload/refusjonsliste_05_2011.pdf).
6. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Piller, prioritering og politikk, 3.3 Folketrygdens forskjellige stønadsordninger - Et historisk perspektiv. HOD; 1997 [Sitert 24. januar 2011]; NOU. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-7/4/3.html?id=343827>.
7. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Piller, prioritering og politikk, 1 Folketrygdens godtgjørelse av utgifter til legemidler - historikk. HOD; 1997 [Sitert 24. januar 2011]; NOU. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-7/12.html?id=140794>.
8. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). St.prp. nr. 1 (2006-2007). 2006 [Sitert 24. januar 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/20062007/stprp-nr-1-2006-2007-11.html?id=213042>.
9. Statens legemiddelverk (SLV). Informasjon om byttbare legemidler for helsepersonell. Oslo: Statens legemiddelverk; 2010 [Sitert 2. februar 2011]; Tilgjengelig fra: [http://legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_16454.aspx?filterBy=CopyToPharma](http://legemiddelverket.no/templates/InterPage_16454.aspx?filterBy=CopyToPharma).
10. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Egenandeler for helsetjenester. HELFO; 2011 [Sitert 24. januar 2011]; Tilgjengelig fra: <http://helfo.no/privatperson/egenandeler/Sider/default.aspx>.
11. Lægemedelstyrelsen. Medicintilskudsgrænser. 2011 [Sist oppdatert 22.12.2010; Sitert 16. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/tilskud-til-medicin/tilskudsgraenser.aspx>.
12. Lægemedelstyrelsen. Kronikertilskud. København: Lægemedelstyrelsen; 2011 [Sist oppdatert 03.01.2011; Sitert 16. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/tilskud-til-medicin/individuelle-tilskud/kronikertilskud>.
13. EFPIA. The pharmaceutical industry in figures. Brussels: European federation of pharmaceutical industries and associations; 2010.
14. Läkemedelsförmånsverket T-o. Så fungerar högkostnadsskyddet. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2010 [Sist oppdatert 08.02.2010; Sitert 16. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.tlv.se/lakemedel/hogkostnadsskyddet/sa-fungerar-hogkostnadsskyddet/>.
15. National health system (NHS). Help with health costs. 2011 [Sist oppdatert 01.04.2011; Sitert 16. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx>.

16. Folkpensionsanstalten (FPA). Läkemedelsersättningar. Helsingfors: Fpas informationsenhet; 2011 [Sist oppdatert 19.04.2011; Sitert 16. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/151001151136EH?OpenDocument>.
17. Folkpensionsanstalten (FPA). Tilläggsersättning efter årssjälvriskan. Helsingfors 2011 [Sist oppdatert 06.05.2011; Sitert 16. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/161001093436EH?OpenDocument>.
18. U.S Department of Health & Human Services. Medicaid Program - General Information. 2011 [Sist oppdatert 23.02.2011; Sitert 16. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.cms.gov/MedicaidGenInfo/>.
19. U.S Department of Health & Human Services. Medicare Program - General Information. 2005 [Sist oppdatert 14.12.2005; Sitert 16. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.cms.gov/MedicareGenInfo/>.
20. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). NOU 1997: 7: Piller, prioritering og politikk. Legemidler som innsatsfaktor i helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1997. s. 62.
21. Legemiddelindustrien (LMI)/Farmastat. Tall of fakta 2010 - Legemidler og helsetjenester. Oslo: Legemiddelindustrien (LMI); 2010.
22. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). NOU 1997: 7: Piller, prioritering og politikk. Hvorfor er helsetjenestens prioriteringer så vanskelige? Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1997. s. 80.
23. Laat Ed, Windmeier F, Douven R. How does pharmaceutical marketing influence doctors' prescribing behaviour? Haag: CPB Netherlands' Bureau for Economic Policy Analysis. 2002.
24. Kaarbøe O. Egenandeler og effektivitet. Notatserie i helseøkonomi Nr. 04/04. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier. 2004;HEB rapport 04/04.
25. Statens legemiddelverk (SLV). Om foretrukket legemiddel. Oslo: Statens legemiddelverk; 2008 [Sitert 31. januar 2011]; Tilgjengelig fra: [http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_34686.aspx?filterBy=CopyToMedecs](http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_34686.aspx?filterBy=CopyToMedecs).
26. Legemiddelindustrien (LMI)/Farmastat. Tall of fakta 2011 - Legemidler og helsetjenester. Oslo: Legemiddelindustrien (LMI); 2011.
27. Apotekforeningen. Apotek og legemidler 2010 Oslo: Apotekforeningen; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=49&ShowIpaper=30>.
28. Statens legemiddelverk (SLV). Apotekavanse. Oslo: Statens legemiddelverk; 2008 [Sitert 5. april 2011]; Tilgjengelig fra: [http://legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_38823.aspx](http://legemiddelverket.no/templates/InterPage_38823.aspx).
29. Statistisk sentral byrå (SSB). Helseregnskap, 1997-2008. 2009 [Sitert 28. september 2010]; Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helsesat/>.
30. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Tema: Legemidler. 2010 [Sitert 28. september 2010]; Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Legemidler.html?id=11633>.
31. Lundberg L, Johannesson M, Isacson DG, Borgquist L. Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. Health Policy. 1998 May;44(2):123-34.
32. Bishop CE, Ryan AM, Gilden DM, Kubisiak J, Thomas CP. Effect of an expenditure cap on low-income seniors' drug use and spending in a state pharmacy assistance program. Health Serv Res. 2009 Jun;44(3):1010-28.
33. Johnsen JR. Egenandeler i helsetjenesten i ulike land. Bergen: Program for helseøkonomi i Bergen. 2004;HEB rapport 02/04.
34. Leibowitz A, Manning WG, Newhouse JP. The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing. Soc Sci Med. 1985;21(10):1063-9.
35. Heisler M, Langa KM, Eby EL, Fendrick AM, Kabeto MU, Piette JD. The health effects of restricting prescription medication use because of cost. Med Care. 2004 Jul;42(7):626-34.
36. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. JAMA. 2007 Jul 4;298(1):61-9.
37. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011 [Sitert 4. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>.

38. Olsen JA, Smith RD. Theory versus practice: a review of 'willingness-to-pay' in health and health care. *Health Econ.* 2001 Jan;10(1):39-52.
39. Norge bank. Priskalkulator. Norges bank; 2011 [Sisert 18. mai 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.norges-bank.no/no/prisstabilitet/inflasjon/priskalkulator/>.
40. Helsedirektoratet. Utviklingen i antall frikort for 2010. Oslo: Helsedirektoratet; 2011 [Sisert 14. mai 2011]; Tilgjengelig fra: [http://www.helsedirektoratet.no/refusjonsordninger/utviklingen\\_i\\_antall\\_frikort\\_for\\_2010\\_724594](http://www.helsedirektoratet.no/refusjonsordninger/utviklingen_i_antall_frikort_for_2010_724594).
41. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(1):CD007017.
42. NRK. Norge har mange av Skandinavias dyreste kopimedisiner. Oslo: NRK; 2011 [Sisert 28. april 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/1.7537799>.
43. Brekke KR, Holmås TH, Straume OR. Are pharmaceuticals still inexpensive in Norway? A Comparison of Prescription Drug Prices in Ten European Countries. Bergen: The institute for research economics and business administration 2010;SNF report 08/10.
44. Magnus G. Rapport: Legemidler er billige i Norge. Oslo: Aftenposten; 2008 [Sisert 28. april 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/article2451089.ece>.
45. Sund ER, Krokstad S. Sosiale ulikheter i helse i Norge - en kunnskapsoversikt. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
46. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Helsetilstanden i Norge: Hjerter- og karsykdommer.: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 30.12.2010 [Sisert 28. april 2011]; Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806>.
47. Hakonsen, H., & Toverud, E. L. (2011). Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway. *Eur J Clin Pharmacol*, 67(2), 193-201.
48. Hakonsen H, Eilertsen M, Borge H, Toverud EL. Generic substitution: additional challenge for adherence in hypertensive patients? *Curr Med Res Opin.* 2009 Oct;25(10):2515-21.
49. Toverud, E. L., Roise, A. K., Hogstad, G., & Wabo, I. (2011). Norwegian patients on generic antihypertensive drugs: a qualitative study of their own experiences. *Eur J Clin Pharmacol*, 67(1), 33-38.
50. Hakonsen H, Hopen HS, Abelsen L, Ek B, Toverud EL. Generic substitution: a potential risk factor for medication errors in hospitals. *Adv Ther.* 2010 Feb;27(2):118-26.
51. Statens legemiddelverk (SLV). Likeverdig bytte 10 år. Oslo: Statens legemiddelverk; 2011 [Sist oppdatert 31.03.2011; Sisert 18. mai 2011]; Tilgjengelig fra: [http://legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_82974.aspx](http://legemiddelverket.no/templates/InterPage_82974.aspx).