



Helse- og omsorgsdepartementet

Sendt kun pr. e-post:
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 13/4380

Dato: 15.01.2014

Høringsvar fra Legeforeningen - forslag til endringer i blåreseptforskriften

Legeforeningen viser til høring om forslag til endringer i blåreseptforskriften av 8. oktober 2013 med frist 15. januar 2014. Saken har vært på høring i relevante organisasjonsledd i Legeforeningen. Disse innspillene ligger til grunn for høringsuttalelsen, som er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningen er positiv til enkelte av departementets forslag til endringer av blåreseptforskriftens system for individuell refusjon, men mener at deler av forslaget er for restriktive. Det er positivt at ordningen for de fleste pasienter ikke vil påvirke rettighetene til individuell stønad, og at enkelte pasienter som oppfyller kravet til alvorlig sykdom som tidligere ikke falt innenfor vilkårene oppstilt i forskriften § 3 a og b nå ikke vil falle utenfor regelverket for individuell refusjon. Det er også positivt at den nye ordningen åpner for en mer helhetlig vurdering av brukernes tilstand og gir større anledning til å gi stønad til forebyggende behandling.

Legeforeningen vil fremheve følgende:

1. Endringer i blåreseptforskriften-nytt system for stønad til legemidler etter individuell søknad

Kravet til instituering

I høringsnotatet opprettholdes dagens regulering av kravet til instituering der det heter at behandlingen som hovedregel skal være instituert av spesialist i sykdommens medisinske fagfelt eller tilsvarende sykehusavdeling. Legeforeningen er uenig i dette og mener at dette bør endres/nyanseres. I de aller fleste tilfeller dreier dette seg om pasienter med lang sykehistorie som har gjennomgått grundig medisinsk utredning. Fastlegen som har informasjon om pasienten fra alle aktuelle utredningsinstanser i spesialisthelsetjenesten, er den legen som høyst sannsynlig har best totaloversikt over pasienten sykdom og sykdomshistorie. Det er en viktig forutsetning for å gjøre riktige valg. Spesialisthelsetjenesten skal konsulteres ved behov.

Der det ikke er nødvendig med (ny) henvisning til spesialisthelsetjenesten som ledd i oppfølging/behandling, vil dette være en byråkratisk omvei som både fordyrer, beslaglegger spesialistens tid unødvendig og forlenger behandlingstiden for søknader.

Kravet til dokumentert effekt

Det foreslåtte kravet til dokumentasjon på effekt for individuell stønad kan i enkelte tilfeller slå uheldig ut overfor pasientgrupper med sjeldne sykdommer. Hittil har det ved enkelte sjeldne sykdommer vært tilstrekkelig dokumentasjon at kunne vises til kasuistikker. Det foreslås nå en innskjerping for å kunne få refusjon. Det skal som hovedregel foreligge randomiserte og kontrollerte studier, og observasjonsstudier skal kun godtas unntaksvis. Dette kan medføre at enkelte pasienter mister retten til å få refusjon til medikamenter som brukes i behandling av svært sjeldne tilstander. Det er ved enkelte sykdommer svært vanskelig å oppnå tilstrekkelig antall pasienter til å foreta gode observasjonsstudier. Det er viktig for den enkelte pasient at denne typen medikamenter utvikles. Videre vil kostnaden ved å bruke denne typen medikamenter ofte være svært høye, og det syns derfor urimelig at dette skal dekkes av pasienten. Legeforeningen påpeker at dette forslaget kan stride mot ønsket fra det offentlige om at alle skal ha et likeverdig tilbud uavhengig av diagnose og økonomi. Kasuistikker bør derfor i svært sjeldne tilfeller kunne brukes som effektdokumentasjon ved søknader om individuell refusjon av utgifter til medikamenter. Det bør presiseres i rundskriv hvilke tilfeller og hvilke vurderinger som skal legges til grunn dersom dette velges. Dette er viktig særlig da bidragsordningen etter § 5-22 i folketrygdloven foreslås fjernet. Denne har fungert som et visst "sikkerhetsnett".

Overføring av finansieringsansvar for enkelte legemidler til RHF'ene

Legeforeningen har forståelse for at det er behov for kostnadskontroll knyttet til dyre legemidler som brukes av en mindre pasientpopulasjon. Vi er likevel usikre på om overføring av finansieringsansvaret for enkelte legemidler til RHF'ene vil sikre riktig legemiddelbruk. Hensynet til kostnadskontroll vil kunne påvirke valg av behandlingsalternativer i for stor grad. Videre kan det tenkes at det oppstår ulik praksis i RHF'ene dersom finansieringsansvaret av dyre legemidler overføres til regionene. Legeforeningen forutsetter at utredningen om dette sendes på høring.

Saksbehandling knyttet til blåreseptordningen

I 2012 behandlet HELFO vel 48 000 søknader etter § 3 første ledd bokstav a, 4 000 søknader etter § 3 første ledd bokstav b og knapt 15 000 søknader om bidrag etter § 5.22. Av disse ble henholdsvis 10, 24 og 32 prosent avslått. Legeforeningen ber HOD om å vurdere om forhåndsgodkjenning av legemidler (§ 2) kan utvides slik at en del av dagens søknader om refusjon, spesielt da dagens § 3 første ledd bokstav a (der 90% innvilges), foreslås endret. Dette vil kunne ha flere fordeler: det vil frigjøre fastlegens tid, spare honorar H1 til fastlegen etter normaltariffen, redusere administrativt arbeid for spesialister, og saksbehandlingstid i forvaltningen som også vil kunne ha positive konsekvenser for pasienter.

Innføring av alvorlighet som grunnvilkår, og kravet til vitenskapelig dokumentasjon - Ressurskrevende administrativt arbeid for helsetjenesten

Legeforeningen er positiv til at kravet til kronisk sykdom erstattes med alvorlig sykdom, da dette vil kunne omfatte pasienter som ikke har krav til individuell refusjon etter dagens regulering. Legeforeningen påpeker imidlertid at forslaget ser ut til å kreve større ressurser fra legene til utredning og dokumentasjon knyttet til vurderingen av «alvorlighet». Det vises til det som er omtalt i høringsnotatet om at det er avgjørende at leger gjør en grundig og selvstendig vurdering av sykdommens alvorlighet og risikofaktor for sykdom for den enkelte pasient. Det skal utvikles et nytt skjema til dette formålet, som etter departementets vurdering

vil gjøre det enklere for legen å angi sin vurdering av alvorlighet. Det påpekes at legene allerede i dag har betydelig krav til dokumentasjon og annet administrativt arbeid knyttet til pasientbehandling. Legeforeningen er opptatt av at det ikke skal innføres nye administrative rutiner, som går på bekostning av pasientbehandling, uten at dette har en svært god begrunnelse.

Forslaget om å innføre krav om vitenskapelig dokumentasjon på effekt kan også ha konsekvenser for ressursbruk hos legene da høringsnotatet presiserer at det den søkende leges ansvar å fremskaffe og legge ved nødvendig dokumentasjon. Vi etterlyser bedre vurderinger av disse forhold.

Kostnader knyttet til oppgradering av EPJ systemer

Legeforeningen mener at kostnadene knyttet til oppgradering av EPJ systemene må fullfinansieres av Staten.

Dekning av utgifter knyttet til legemidler for behandling av rusavhengighet mm

Legeforeningen noterer seg at det presiseres at legemidler til behandling av rusavhengighet mm ikke dekkes av forskriften og etterlyser en faglig begrunnelse for hvorfor disse medikamentene for behandling av rusavhengighet ikke skal omfattes av blåreseptforskriften.

2. Endring i blåreseptforskriften- stønad til spesielt utstyr og forbruksmateriell etter individuell søknad

Stønad til spesielt utstyr og forbruksmateriell – behov for en individuell søknadsbasert ordning

Legeforeningen mener også at det bør finnes en ordning med individuell refusjon basert på søknad for spesielt utstyr og forbruksmateriell tilsvarende ordningen som finnes for legemidler.

HOD foreslår å endre § 5 i blåreseptforskriften slik at det fremgår tydelig av bestemmelsen at produkt- og prislister er uttømmende. Ankesaker til Trygderetten angående individuell refusjon har vært sprikende i sine kjennelser og Trygderetten har i flere saker kommet til en annen fortolkning av regelverket enn forvaltningen, som har medført ulik praksis. Det er ønskelig at slike saker behandles likt.

Trygderetten drøftet dette spørsmålet i TRR-2011-172 og i kjennelsen konkluderer de med: *”Dette vil innebære en begrensning i den lovbestemte retten til å få dekket slike utgifter. Det synes noe utilsiktet og urimelig at enkelte selv skal måtte dekke utgiftene til nødvendig medisinsk forbruksmateriell, bare fordi de har spesielle behov som ikke kan dekkes ved produktene på produktlisten.”*

Ifølge HOD er hensikten med dette høringsnotatet å klargjøre gjeldende rett. Det er etter departementets vurdering ikke tvil om de kan begrense utvalget av produkter det kan gis stønad til, på samme måte som det er begrenset hvilke medikamenter man får refusjon til etter blåreseptforskriften. Videre anfører departementet at det er det 5000 produkter på listene og listene blir stadig oppdaterte. De mener det er sannsynlig at det i de fleste tilfeller hvor brukeren ønsker et produkt vil finnes alternative produkter på listen som kan erstatte brukerens førstevalg.

Legeforeningen støtter HOD i at det er ønskelig med lik praksis i slike saker, men dersom produkt- og utstyrslisten er uttømmende vil det kunne være noen brukere som ikke får dekket sine behov for refusjon. Det er uheldig og vil oppleves urimelig. Legeforeningen ber HOD vurdere et system for å kunne søke individuell refusjon i spesielle tilfeller. Det er viktig at en slik ordning blir forholdsvis enkel og lite ressurskrevende både for forvaltningen og brukerne. Dette vil sikre en lik behandling av brukerne både når det gjelder muligheten for å få stønad til legemidler og næringsmidler, og medisinsk utstyr og forbruksmateriell.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Anne Kjersti Befring
Direktør

Dokumentet er godkjent elektronisk