



Kommunaldirektørens sak

Kommunaldirektørens sak nr.: 40/2017

Vår ref. (saksnr.): 201702392-6

Vedtaksdato: 28.6.17

Arkivkode: 200

OSLO KOMMUNES HØRINGSSVAR OM ENDRINGER I LEGEMIDDEFORSKRIFTEN OG BLÅRESEPTFORSKRIFTEN

Sammendrag:

Forslagene kan ha betydning for kommunen, særlig når det gjelder finansiering av helseforetaksfinansierte legemidler der sykehuset har behandleransvar utenfor sykehus når pasientene oppholder seg på kommunale institusjoner samtidig som kommunen må finansiere legemidlene. Dette er problematisk av følgende årsaker:

- Kommunale institusjoner og kommunen må betale for behandling som er iverksatt av spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen er i, motsetning til helseforetakene, ikke finansiert for å yte denne merkostnaden som er utenfor kommunens styringsområde.
- På samme måte som medisinsk utstyr som finansieres av de regionale helseforetakene når de er spesialisthelsetjenesten behandlingsansvar, må legemidler som er spesialisthelsetjenestens ansvar finansieres av spesialisthelsetjenesten.
- Det er ikke rettslig grunnlag for ”å overføre” ansvar for behandlingshjelpemidler fra helseforetakene til kommunen i forbindelse med opphold i institusjon.

Vedtakskompetanse:

Byrådet er gitt myndighet til å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne ved bystyrets vedtak av 30.05.2001, sak 218. Myndigheten er videredelegert til de respektive fagbyråder i saker som ikke er av prinsipiell betydning, jf. byrådets vedtak av 03.07.2001, sak 1360, *Delegasjon av myndighet til å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne – videredelegasjon til byrådene*. Byråd Inga Marte Thorkildsen har besluttet at kommunaldirektøren avgir hørings svar for Oslo kommune.

Vedtak

Oslo kommunes høringsuttalelse:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i forskrift om legemidler. Endringene som foreslås er basert på Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28 (2015-2016) og

Prioriteringsmeldingen (Meld. St. 34 (2015-2016)). Stortinget har jf. innst. 57 S (2016-2017) sluttet seg til forslagene i Prioriteringsmeldingen om prinsipper for prioritering, som skal gjelde for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Oslo kommune gir sin tilslutning til de foreslåtte endringene som skal sikre at all offentlig finansiering av legemidler følger de prinsipper som stortingsmeldingene foreslår og som Stortinget har vedtatt og har ingen konkrete merknader til endringene som foreslås i forskriftene. I Prioriteringsmeldingen vurderte departementet det slik at finansieringsansvaret for et legemiddel i hovedsak bør følge behandlingsansvaret. Stortinget sluttet seg til dette prinsippet. Også Oslo kommune kan gi sin tilslutning til dette prinsippet.

I Legemiddelmeldingen foreslås overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemidler eller grupper av legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene når hele behandlingsansvaret ligger i spesialisthelsetjenesten, og når sykehuslegene har de beste forutsetninger for å foreta en riktig prioritering. En slik ordning skal sikre bedre prioritering, og det legges også stor vekt på at det er mulig å oppnå priskonkurranse mellom medisinsk likeverdige legemidler gjennom anbud i sykehusene. Ordningen har således både en faglig og en økonomisk begrunnelse.

Flere grupper legemidler har blitt overført til de regionale helseforetakene i de siste årene, og fra juli 2015 er disse tatt inn i H-resept forskriften. Ordningen innebærer at behandling med legemidler som er initiert i sykehus fortsetter også utenfor sykehuset, men behandlingen er fortsatt spesialisthelsetjenestens ansvar. Pasienten kan hente ut sine legemidler på apotek og administrere disse selv, utgiftene dekkes av de regionale helseforetakene i sin helhet.

Behandling i spesialisthelsetjenesten med legemidler, også utenfor sykehus, har vokst kraftig de seneste årene, og det er forventet at denne behandlingsmåten vil vokse i fremtiden.

Et tredelt ansvar?

Helse- og omsorgsdepartementet har i sitt høringsnotat lagt til grunn at det eksisterer en tredeling av ansvaret når det gjelder finansiering av legemidler: de regionale helseforetakene, folketrygden og kommunene. I utgangspunktet synes dette korrekt. Det er imidlertid grunn til å stille spørsmål ved om omtalen av finansieringsordningen gir et presist bilde av ansvarsfordelingen. Realiteten er at vi har bare to helsetjenester: spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Kommunens ansvar er negativt avgrenset mot spesialisthelsetjenesten: *«Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune»*, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fjerde ledd.

Folketrygden derimot er en finansieringsordning, ingen helsetjeneste, og det følger av dette at enten ligger ansvaret for helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten, for øvrig ligger den i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Folketrygden vil fortsatt finansiere behandling i spesialisthelsetjenesten, bl.a. behandling hos spesialist med avtale med helseforetak. Finansieringsansvaret for behandling i helse- og omsorgstjenesten vil også fortsatt være delt mellom kommunen, folketrygden og pasientens egenandeler.

Ansvar for beboere i institusjon

Kommunens ansvar for beboere i institusjon er en gammel ordning, og synes å være en forutsetning i omtalen av finansieringsordningen, og det vises i notatet til egenandelsforskriften:

§ 7. Hvilke tjenester som omfattes av egenandelen.

Egenandelen skal omfatte kost, losji, medisiner mv. samt helse- og omsorgstjenester som kommunen organiserer etter helse- og omsorgstjenesteloven

Det er denne ordningen som fritar folketrygden for ansvar, men denne ordningen pålegger ikke kommunen et ansvar for spesialisthelsetjenester.

Kommunens ansvar for beboere i institusjon, er egentlig en «intern kommunal ordning» som har sin hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. Kommunen krever «egenandel/vederlag» fra pasienten, samtidig med at de overtar ansvar for å yte og finansiere helsetjenester til sine pasienter, jf. også forskrift om egenandel § 7. Men dette ansvaret omfatter bare den delen kommunen har sørge-for-ansvar for. Ansvaret gjelder for alle beboere, også i forbindelse med korttidsopphold.

I folketrygdloven § 5-1 tredje ledd er det inntatt en avgrensning av folketrygdens ansvar for helsetjenester, da dette oppheves når ansvaret rettslig er lagt til andre: «*I den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter dette kapitlet.*» Og *stønad* etter annen lovgivning omfatter bl.a. det kommunen har ansvaret for når det gjelder beboere i institusjon, jf. egenandelsforskriften § 7. Det samme gjelder for det ansvaret helseforetakene har når det gjelder legemidler gjennom H-reseptordningen. Det foreligger imidlertid ikke rettslig grunnlag for at det ansvar som er lagt til helseforetakene kan overføres til kommunen i forbindelse med opphold i institusjon.

Det er svært beklagelig at det faktisk er innført en "praksis" hvor beboere i institusjon ikke kan benytte H-reseptordning. Den praksis som har oppstått, innebærer at apotekene fakturerer kommunen for dyre legemidler, uten den gunstige finansieringen som helseforetakene har oppnådd gjennom tilbud og avtaler. Det innebærer at en liten gruppe pasienter er fratatt sine rettigheter overfor spesialisthelsetjenesten uten at det er rettslig grunnlag for det, samtidig som kommunen er gitt en betalingsplikt som de vil ha problemer med å oppfylle. Det er ikke overført midler til å ivareta dette ansvaret, og det er ikke rettslig grunnlag for ansvaret.

Oslo kommunes Helsehus, sykehjem og Kommunal akutt døgnenhet (KAD), har årlig store kostnader for legemidlene i H-reseptordningen. Disse kostnadene vil utvilsomt øke når nå nye grupper kostbare legemidler overføres til de regionale helseforetakene. En løsning hvor behandlingsansvaret fortsatt ligger i spesialisthelsetjenesten mens kommunen finansierer behandlingen er en dårlig løsning.

I 2006 ble ordningen med H-resept innført. H-resept (helseforetaksfinansierte legemidler) innebærer at medikamenter som tidligere i stort grad var forbeholdt bruk kun på sykehus kan skrives ut av sykehusspesialist, og brukes utenfor sykehus hvis spesialisten vurderer det som forsvarlig, men regningen for medikamentet går til helseforetaket. Ordningen ble evaluert i 2013, og det ble utarbeidet en rapport IS- 2152 «H-reseptordningen – Bør RHFene få et utvidet finansieringsansvar?»

Rapporten konkluderte med at det var hensiktsmessig å bygge videre på H-reseptordningen. «*Evaluering av dagens H-reseptordning tyder på at den langt på vei fungerer etter sin hensikt.*

fremover for kommunale institusjoner.

Ansvar for behandlingshjelpemidler

I 2003 ble ansvar for behandlingshjelpemidler overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Ansvar for behandlingshjelpemidler til pasienter som ikke var innlagt i sykehus. Både behandlingsansvar og finansieringsansvar ble overført. Endringene medførte konflikter i årene som fulgte, da det var uklart om dette ansvaret også ble overført til kommunen i forbindelse med innlegging i helseinstitusjon i kommunen. Helseforetak nektet å levere ut behandlingshjelpemidler til pasienter i sykehjem. Problemet ble forsterket da også Helse- og omsorgsdepartementet ved flere anledninger uttalte at en slik ansvarsoverføring hadde funnet sted. Spørsmålet ble utredet i forbindelse med en utredning Helsedirektoratet gjennomførte for Helse og omsorgsdepartementet IS-1531 fra juli 2008. Her ble det konkludert med at det ikke var rettslig grunnlag for "å overføre" ansvar for behandlingshjelpemidler fra helseforetakene til kommunen i forbindelse med opphold i institusjon.

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 22.11. 2011 gitt følgende tilbakemelding til Helsedirektoratet når det gjelder dette spørsmålet: *"Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at kommunen ikke har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester, selv om pasienten bor i kommunal helseinstitusjon. Dette innebærer at det regionale helseforetaket har ansvar for behandlingshjelpemidler som brukes i behandling av beboere i kommunale helseinstitusjoner på samme måte som for behandlingshjelpemidler knyttet til medisinsk behandling i hjemmet.»*

Det er Oslo kommunes vurdering at dette er en prinsipielt viktig uttalelse som også må få betydning i spørsmål om ansvar for legemidler. Både medisinsk utstyr og legemidler som er de regionale helseforetakenes ansvar må regnes som behandling i spesialisthelsetjenesten.

Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester



Endre Sandvik