

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

ADHD-foreningen • Afasiforbundet i Norge • Autismeforeningen i Norge • Cerebral Parese-foreningen • Forbundet Tenner og Helse • Foreningen for Blødere i Norge • Foreningen for Fragilt-Syndrom • Foreningen for hjerteske barn • Foreningen for Kroniske Smertepasienter • Marfanforeningen • Foreningen for Muskelsyke • Hørselshemmedes Landsforbund • Intereseforeningen for LMBB syndrom • Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende • Landsforeningen Alopecia Areata • Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke • Landsforeningen for Huntingtons Sykdom • Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte • Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri • Landsforeningen for trafikkskadede i Norge • Landsforeningen mot Fordøyelsessykdommer • Leverforeningen • Mental Helse Norge • Momentum • Morbus Addisons Forening • Multipel Sklerose Forbundet i Norge • Norges Astma- og Allergiforbund • Norges Diabetesforbund • Norges Døveforbund • Norges Fibromyalgi Forbund • Norges Migreneforbund • Norges Parkinsonforbund • Norilco • Norsk cøliakiforening • Dysleksiforbundet i Norge • Norsk Dismellforening • Norsk Epilepsiforbund • Norsk Hemokromatoseforbund • Norsk Foreldrelag for Funksjonshemma • Norsk Forening for Analatresi • Norsk Forening for Cystisk Fibrose • Norsk Forening for Ehlers Danlos Syndrom • Norsk Keratoseforening • Norsk Forening for Nevrofibromatose • Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta • Norsk Forening for Tuberøs Sklerose • Norsk Immunsviktforening • Norsk Intereseforening for Kortvokste • Norsk Intereseforening for Stamme • Norsk Landsforening for Laryngectomerte • Norsk Thyreoideaforbund • Foreningen for søvnsykdommer • Norsk Lymfødemedforening • Norsk Portrylforening • Norsk Psoriasisforbund • Norsk Revmatikerforbund • Norsk Tourette Forening • Ryggforeningen i Norge • Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen • Rådgivning om Spiseforstyrrelser • Støtteforeningen for Kreftsyke Barn • Turner Syndrom Foreningen i Norge • Vestlandske Blindeforbund • Norges Myalgisk Encefalopati Forening • Klinefelterforeningen i Norge • Landsforeningen for kombinert syns- og hørselshemmede/døvblinde



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011, Dep
0030 Oslo

Deres ref:
Vår fil:B07-AA005
Vårt arkiv:402
Saksbehandler:Arnfinn Aarnes

Oslo, 1. mars 2007

Høring om revisjon av blåreseptordningen – forslag til ny blåreseptforskrift og endringer i legemiddelforskriften m.v.

FFO viser til høringsbrev av 07.12.2006 om revisjon av blåreseptordningen, og vil gi noen kommentarer til det foreliggende høringsnotatet.

FFOs synspunkter

- FFO støtter forslaget til endringene av blåreseptforskriften, og å innføre en refusjonsliste som tydeliggjør refusjonsvilkårene i større grad enn dagens sykdomsliste og preparatliste.
- FFO mener at refusjonslista og kodeverket ikke må gis så rigide tolkningsmuligheter at det fratar legene mulighetene for helhetlig vurdering av tilstanden og hvilken behandling som skal gis.
- FFO mener at det er uheldig med økt bruk av individuell refusjon, og at dette medfører ulikheter i tilgangen på legemiddel.
- FFO mener at personvernet ikke er vesentlig svekket ved bruk av refusjonskodene sammenlignet med dagens sykdomspunkt.

FFO støtter forslaget om å erstatte dagens sykdomsliste og preparatliste med en refusjonsliste. Dette vil etter FFOs mening bidra til et mer oversiktlig regelverk for forskrivning av legemidler som er godkjent for refusjon. Forslaget om å erstatte dagens sykdomsliste og preparatliste med en refusjonsliste, vil gjøre det enklere for legen å forskrive innenfor de vilkår som er beskrevet, enn det som er tilfellet med dagens ordning som er mer uoversiktlig i forhold til refusjonsberettiget bruksområde. Dette vil bidra til en riktigere

forskrivningspraksis hos legene som gjør at flere pasienter får det legemiddelet som er det riktige til den angjeldende sykdom.

FFO mener det er positivt at databasen som skal implementeres også gjøres tilgjengelig for pasientene. Dette vil styrke legemiddelinformasjonen til pasientene som til enhver tid kan sjekke og få oversikt over refusjonsvilkårene for forhåndsgodkjent refusjon. Bedre kjennskap til vilkårene vil også forhåpentligvis føre til redusert støy rundt fortolkningen av hvilke vilkår som gjelder der dette tidligere har vært mer uklart. Som eksempel kan vi trekke fram uenigheten ved tolkningen av vilkårene ved forskrivning av kombinasjonspreparater for KOLS på blå resept. Innføring av en refusjonsliste vil unngå slike uklarheter.

Det vil bety at en eventuell faglig diskusjon eller uenighet om vilkår for forskrivning på blå resept vil måtte tas andre steder enn å utfordre tolkningsmulighetene som et mer uklart regelverk åpner for.

I høringsnotatet understrekes det at de presiseringene som gjøres i refusjonslista kan av pasientene oppfattes som innskrenkende sammenlignet med dagens system. FFO vil påpeke at vilkårene ikke må utformes så rigide at det hindrer legen å gjøre en helhetlig vurdering av pasientens sykdomsbilde og hvilke behandling som er den best egnede. I den sammenheng kan en tenke seg at enkelte pasienter kan befinne seg i en gråsoner i forhold til refusjonsberettiget bruksområde, men hvor det ut i fra en helhetlig medisinsk vurdering vil være riktig å gi pasienten medisinen på blå resept, selv om pasienten objektivt sett befinner seg i en gråsoner, eller ytterkanten av vilkårene.

Refusjonspolitikken

Slik FFO ser det har Norge i det store og hele godt fungerende refusjonsordninger for legemidler, som sikrer befolkningen nødvendig legemidler ved langvarig sykdom uavhengig av økonomisk evne. FFO er opptatt av at refusjonsordningene skal være godt fungerende og forutsigbare, slik at pasientene opplever at de får tilgang til nødvendig legemidler når behovet er der. Dette er sikret gjennom blåreseptordningen, hvor medisiner som har dokumentert god effekt og er kostnadseffektive, kan få forhåndsgodkjent refusjon etter bestemte vilkår. Et sykdomspunkt er videre definert enn det som er et legemiddels godkjente bruksområde, og refusjonen kan være knyttet til deler av bruksområdet.

Formålet med å endre blåreseptforskriften er å tydeliggjøre hvilke vilkår som gjelder, altså hvilket refusjonsberettiget bruksområde som gjelder for det enkelte legemiddel. Dette innebærer at det samme legemiddelet kan forskrives av legen utenfor det refusjonsberettigede bruksområde, altså med godkjent indikasjon, men da på hvit resept. For å få til en bedre etterlevelse av refusjonsvilkårene ønsker Regjeringen å få et mer presist og tydelig system. FFO støtter denne endringen, og mener det er viktig at de til enhver tid gjeldende vilkår skal følges ved forskrivning av medisiner på blå resept. FFO har også forståelse for at endringen er begrunnet i behovet for kostnadskontroll med legemiddelutgiftene.

FFO er imidlertid bekymret for den økende tendensen til endring av refusjonsstatus som nå skjer, og som resulterer i at flere legemidler flyttes fra forhåndsgodkjent refusjon til individuell refusjon. FFO mener at dette fører til ulik tilgang til medisiner avhengig av bosted, fordi tilgangen til spesialister er høyst varierende rundt omkring i landet. FFO er bekymret for at tilgangen til tilgjengelig spesialist blir styrende for å få tilgang til nødvendig legemidler. Et eksempel som kan trekkes fram er fra Dagens Medisin 8. februar 2007, hvor det vises til at det er inntil et års ventetid på lungepoliklinikken ved Sykehuset i Vestfold (SiV) for å

gjennomføre spirometri målinger som jo er knyttet til vilkårene for refusjon av kombinasjonspreparater for KOLS pasienter. Selv om årsaken i hovedsak skyldes manglende spirometriapparater hos fastlegen, kan denne aktuelle situasjonen illustrere den begrensede kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Spesialistvurdering er kriteriet for å starte eventuell behandling med legemidler som er gitt individuell refusjon.

Gjennom en endring av blåreseptforskriften slik at vilkårene både tydeliggjøres og gjøres lettere tilgjengelig for legen, blir faren for forskrivning utenfor refusjonsberettiget område sannsynligvis av mindre omfang. En slik endring vil også gi NAV bedre muligheter til å kontrollere at refusjonsvilkårene etterleves. I tillegg til dette vil økt kollegabasert veiledning også være et viktig virkemiddel for riktigere forskrivning. Disse virkemidlene vil til sammen bidra til bedre etterlevelse av refusjonsvilkårene, og FFO mener at økt overføring av legemidler fra generell til individuell refusjon burde være unødvendig med overnevnte virkemidler.

FFO vil også vise til behandlingen av St.meld.nr.18 (2004-2005) rett kurs mot riktigere legemiddelbruk i Stortinget der en samlet sosialkomité uttalte:

"Ordningen med individuell refusjon er ment å være et sikkerhetsnett for mindre pasientgrupper, og den skal etter komiteens mening ikke være bærende element i refusjonspolitikken. En utstrakt bruk av ordningen med individuell refusjon for nye legemidler, innebærer ulik tilgang til viktige legemidler for norske pasienter avhengig av bosted, kunnskap om reglene og egne ressurser".

(Innst.S.nr.197 (2004-2005))

FFO mener at tendensen i refusjonspolitikken går i motsatt retning enn det Stortinget la til grunn i sin merknad. FFO oppfatter det dit hen at en mer utstrakt bruk av individuell refusjon, først og fremst er motivert ut fra budsjettmessige hensyn. Etter FFOs syn bidrar ikke dette nødvendigvis til en riktigere legemiddelbruk. FFO har ikke kunnet finne noe entydig belegg for at spesialisters forskrivningspraksis er mer korrekt enn det fastlegene gjør, men den mer omstendelig prosessen som pasientene må gjennom via spesialist, bidrar til en begrensing av antall pasienter, noe som kan føre til at en del pasienter ikke får tilgang til nødvendig behandling. FFO mener at veien å gå er å få flere medisiner over på forhåndsgodkjent refusjon, for å sikre lik tilgang til alle, og at man gjennom de mer målrettede virkemidler som nå er tilgjengelig, gi en bedre etterlevelse av refusjonsvilkårene, og dermed bidra til en riktigere legemiddelbruk.

Personvern og bruk av refusjonskoder

FFO mener at personvernet er tilfredsstillende ivaretatt ved en overgang fra det å angi sykdomspunkt, til at resepten skal påføres ICD-10 eller ICPC- 2 for å gi rett til refusjon. Slik FFO ser det, gir dagens sykdomspunkt like mye informasjon om pasientens diagnose, selv om ICD -10 og ICPC- 2 angir et større presisjonsnivå. FFO er enig med departementet som de skriver under kapittel 5.1.4.

"Siden refusjonskodene er mer nøyaktige enn dagens sykdomspunkt, vil antall koder øke betraktelig. Det vil sannsynligvis være tyngre for allmennheten å tilegne seg betydningen av refusjonskodene, enn det å tilegne seg betydningen av dagens sykdomspunkt".

FFO vil understreke at det er viktig med en restriktiv holding i forhold til personvernet, og at det ikke må påføres resepten mer opplysninger enn det som er nødvendig for å sikre at pasientene får riktig medisin og riktig dose, noe som syntes akseptabelt ivaretatt.



Opplysninger om refusjonskoder er underlagt helseregisterloven og skal behandles som sensitive personopplysninger, og FFO mener at personvernet er ivaretatt i tilstrekkelig grad slik det framgår av høringsnotatet. FFO har merket seg Legeforeningens motstand mot bruk av refusjonskoder, men FFO deler ikke Legeforeningens bekymring på dette området.

Revurdering av refusjonsstatus

FFO er tilfreds med at det ved revurdering av enkeltlegemidlers refusjonsstatus innhentes synspunkter fra alle som er berørt av saken herunder pasientorganisasjonene. Det er viktig at disse prosessene er ryddige og forutsigbare, noe FFO oppfatter har fungert godt så langt. Ryddighet rundt disse prosessene bidrar til at alle aktuelle synspunkter og perspektiver kan komme til uttrykk, noe som bør bidra til å styrke beslutningsgrunnlaget ved en eventuell endring av refusjonsstatus på et legemiddel.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESORGANISASJON

Margaret Sandøy Ramberg/s
Leder

Liv Arum
generalsekretær