

Helsedirektoratet
(sendes elektronisk til postmottak@helsedir.no)

Vår ref.: 17/17636

Deres ref.: 19/13100-1

Saksbeh.: Laila Irene Bruun Dato: 26.6.2019

Oppgis ved all henvendelse

Høringsvar – overføring av finansieringsansvaret for legemidler til de regionale helseforetakene i perioden 2020 – 2022

Viser til høringsnotat 19/13100-1 hvor det bes om tilbakemelding på utvalget av legemidler foreslått overført og eventuelt når.

Generelt støtter Oslo universitetssykehus HF (OUS) at finansiering av legemidler tidligere finansiert av folketrygden overføres til helseforetakene (H-resept). Det oppleves fra helseforetakets side at det er mye arbeid med forvaltningen av systemet. Dette inkluderer oppfølging av avtaler/anbefalinger og at mange reseptekspederinger går utenfor Helfos oppgjørssystem (pasienter uten personnummer og magistrelle resepter). Vi ber spesielt Helsedirektoratet påskynde arbeidet med å inkludere alle H-resepter fra alle pasienter i det elektroniske oppgjøret.

For noen legemiddelgrupper anser legene at reseptskrivning blir forenklet ved at en legemiddelgruppe overføres til H-resept, mens for andre vil det medføre betydelig merarbeid når fastleger ikke kan forskrive legemidler. I de tilfeller endring av finansiering innebærer endret oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (fastlegene) mener vi overføring av finansieringsansvar bør vurderes en gang til. Dette er utdypet nedenfor.

Vedrørende utvalg av legemidler, har høringen vært til behandling hos ulike spesialister i helseforetaket. Følgende innspill er mottatt:

1. Legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner

Innspill fra infeksjonsmedisinsk avdeling:

Disse medikamentene bruker vi hovedsakelig på inneliggende pas, bortsett fra Tardocillin som gis poliklinisk. Enkelte pas som må ha langvarig iv behandling kommer på dagposten for dette, i fremtiden vil jeg tro at flere av disse vil få behandling hjemme. Noen av disse medikamentene er dyre, og en del av disse, bruker vi på nokså sjeldne tilstander. Fastleger forskriver ikke disse medikamentene. På sykehjem vil det være enkelte antibiotikum til iv



bruk, f.eks ampicillin, penicillin, cloxacillin og piperacillin/tazobactam, ev også antibiotika brukt for ESBL-produserende stammer (ertapenem først og fremst). Per nå er det få sykehjem som tilbyr iv antibiotika, men dette vil sannsynligvis øke i årene som kommer. Det vil bli ekstra belastning på sykehusleger hvis vi må forskrive til sykehjem og lignende institusjoner.

INF-legemidler som mangler på listen er (ureg og iv):

Ampicillin
Tardocillin
Trimetoprim-sulfa
Kloramfenikol
Pentamidin
Artesunat
Rifampicin
Amikacin
Foscavir
Cidofovir

2. Legemidler til parenteral ernæring

Bra at finansieringen blir mer helhetlig.

Vi har ikke mottatt svar på utvalget legemidler i denne gruppen.

3. Legemidler ved nyresvikt

Innspill fra Nyremedisinsk avdeling:

Denne legemiddelgruppen vil medføre mye merarbeid for sykehusleger når legemiddelgruppen går over til H-resept og fastleger ikke lenger kan skrive resept. I denne gruppen er det mange resepter og mange forskrives av fastleger og sykehjemsleger. Slik behandlingen foregår i dag, er det i mange tilfeller at spesialistene ikke ser pasientene lenger, for eksempel ved konservativ uremibehandling. Basert på dette er det OUS sin vurdering at finansieringsansvaret for disse legemidlene ikke bør overføres.

Det mangler Fragmin til teknisk bruk under pkt 4 (trengs til hjemmedialyse).

4. Tromboseprofylakse ved kirurgi

Det har frem til nå vært slik at når en legemiddelgruppe overføres til helseforetaksfinansierte legemidler så gjelder det alle indikasjoner, og Helfo vil ikke lenger dekke utgiftene til legemidlene. Vi forutsetter at det også gjelder for heparin og lavmolekylære hepariner, og ikke kun ved tromboseprofylakse slik det står i høringen. Her må helseforetakene dekke alle indikasjoner og alle styrker (inkl teknisk bruk, jamf pkt 3) hvis gruppen skal overføres.

Det er vanskelig å finne ut av hvor stor andel av lavmolekylære hepariner som forskrives av fastleger i dag sammenlignet med spesialister, men vi tror det er et betydelig antall. Data fra reseptregisteret tilsier at Oslo-området hadde nesten 6000 brukere innenfor denne legemiddelgruppen i 2018, i tillegg behandler mange av våre leger pasienter fra andre kanter av landet. Vi er derfor bekymret for om dette kan medføre en stor ekstrabelastning for våre leger, og i verste fall at pasienten ikke får behandling hvis lege ikke er tilgjengelig.

5. Legemidler ved transplantasjoner

Innspill fra spesialist i levertransplantasjon:

Foreslåtte legemidler i denne gruppen omfatter blant annet CellCept, Rapamune, Sandimmun og Prograf som alle foreskrives til levertransplanterte pasienter. CellCept og Prograf inngår i standard immunsuppresjon som de fleste pasientene står på ved utskrivelse fra OUS Rikshospitalet etter gjennomgått levertransplantasjon. Behandlingen er i prinsippet livslang. Etter utskrivelsen fra oss ca. 3 uker etter transplantasjonen, følges pasientene opp i lokalt helsevesen. Noen pasienter har deretter regelmessig kontakt med spesialisthelsetjenesten, mens andre følges primært av fastlegen og har bare mer sporadisk kontakt med spesialisthelsetjenesten. En stor andel av pasientene får resept på immunosuppressiva fra sin fastlege. Pasientene kommer til kontroll ved Seksjon for gastromedisin tre ganger det første året, deretter år 2, 3, 5, 7, 10 og hvert femte år videre.

Vi forstår det slik at ved overføring av finansieringen til de regionale helseforetakene, vil de omtalte legemidlene måtte forskrives av lege i spesialisthelsetjenesten. Vi ser for oss at en konsekvens av dette blir en rekke henvendelser fra pasienter og fastleger til leger ved Seksjon for gastromedisin med anmodning om at vi forskriver immunosuppressiva, hvilket vil medføre en økt og lite rasjonell tidsbruk for våre leger.

Innspill fra spesialist ved nyretransplantasjon: De aller fleste nyretransplanterte vil få medikamenter utskrevet i spesialist helsetjenesten per i dag. Dette er annerledes for lever transplanterte, som ofte følges av fastlege.

6. Opprydning i terapiområder som ALS, jernoverskudd, immunglobuliner og Cushings syndrom

Spesialister ved nevrologisk avdeling mener det er en fordel at ALS-legemiddel blir H-resept – her sparer man tid til søknader og sikrer pasienten rask tilgang. Mao totalt sett en forenkling sammenlignet med dagens situasjon.

For immunglobuliner vil det også være en fordel – finansieringen blir uavhengig av administrasjonsmåte – og valg av behandling kan tas på et rent faglig grunnlag. Også her vil det forenkle hverdagen siden at man slipper søknader etc.

For begge gruppene er dette pasienter som får behandlingen hos oss /administrert av oss, det har således ingen betydning at fastlege ikke kan fornye resept.

Endokrinologisk avdeling støtter høringsforslaget.

Vurdering inkl tidspunkt for overføring

Det er viktig at overføringene koordineres med pågående anbud/avtaler med Sykehusinnkjøp divisjon legemidler, slik at man har samme pris i sykehus og ved hjemmebehandling.

Når det gjelder pkt 6 er overføringene ønsket så raskt som mulig da dette vil spare tid for klinikerne.

Vedr pkt 3, 4 og 5 vil dette medføre et betydelig merarbeid for våre spesialister. OUS sin vurdering er at overføring av finansieringsansvaret for legemidler omtalt under disse punktene vil kunne innebære en utilsiktet overføring av arbeidsoppgaver til spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket anbefaler ikke en slik endring. Hvis forslaget om overføring fastholdes, ønsker vi overføringene så sent som mulig, dvs 2022.

Med vennlig hilsen

Anne Karlsen
økonomidirektør

Hilde Myhren
direktør medisin og helsefag