

Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsnotat

Forslag til endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften) § 8

Høringsfrist 1. oktober 2025

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Bakgrunn.....	3
3	Gjeldende rett.....	4
3.1	Folketrygdloven	4
3.2	Blåreseptforskriften	4
4	Helsedirektoratets utredninger	5
5	Departementets vurderinger og forslag	5
6	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	6
7	Forskriftsforslaget	8

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag til endringer i forskrift 28. juni 2007 nr. 814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften) § 8. Forslaget innebærer at egenandelen pasienten skal betale ved utlevering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler rekvirert på blå resept endres fra forbruksstyrt egenandel per resept til egenandel per utlevering.

Egenandel per utlevering vil være en enklere og mer forutsigbar ordning, og skal hindre at pasienten må betale flere egenandeler ved en og samme utlevering. Samtidig vil ordningen bidra til å redusere administrasjonsbyrden for rekvirent og utleverer.

Høringsnotatet er utarbeidet på grunnlag av utredninger fra Helsedirektoratet, og følger opp forslag [i Prop. 23 S \(2024–2025\) Endringer i statsbudsjettet 2024 under Helse- og omsorgsdepartementet](#).

2 Bakgrunn

Blåreseptforskriften § 8 bestemmer at pasienten skal betale 50 prosent av beløpet, men ikke mer enn 520 kroner per resept ved utlevering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept. Ved flergangsreseppter må pasienten betale ny egenandel etter utlevering av legemidler mv. tilsvarende tre måneders forbruk. Barn under 16 år og minstepensjonister skal ikke betale egenandel.

Definisjonen på en resept er legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler rekvirert av samme lege til samme bruker på samme dato, se rundskriv til folketrygdloven¹.

Egenandelene fastsatt i blåreseptforskriften § 8 inngår i frikortordningen, jf. forskrift 18. desember 2020 nr. 2990 om egenandelstak §§ 1 og 2. Egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet og er i 2025 på 3 278 kroner. Når egenandelstaket er nådd, innvilges brukeren frikort. Etter dette betaler ikke brukeren egenandel ved utleveringer på blåresept resten av året.

Hensikten med egenandelstaket, og kombinasjonen av en prosentsats og et maksimalbeløp i blåreseptordningen, er å skjerme innbyggerne mot høye egenandelsutgifter. Dagens regulering medfører imidlertid at brukere med flere resepter kan måtte betale flere egenandeler ved ett besøk på apoteket eller hos bandasjisten, og dermed påføres høye kostnader i løpet av kort tid.

For å unngå at pasienten må betale flere egenandeler ved én utlevering, må rekvirenten samordne reseptene slik at alle legemidlene er rekvirert av samme lege til samme bruker på samme dato. Dette er en ren administrativ og tidkrevende oppgave for rekvirentene. Et

¹ Rundskriv til folketrygdloven § 5-14 <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-14-legemidler-naeringsmidler-og-medisinsk-forbruksmateriell>

slik samordningsbehov er antatt å øke med innføringen av pasientens legemiddelliste (PLL), og er en av de identifiserte faktorene som vil kunne redusere utbredelsen av PLL.

At egenandelsberegningen er knyttet til forbruk medfører skjønnsmessige vurderinger for utleverer, og Helfo har ikke forutsetning for å kunne kontrollere at korrekt utbetaling er foretatt.

Dagens modell medfører dermed lite forutsigbarhet for pasienter, åpner for ulik praktisering og etterlevelse av regelverket og bidrar til uhensiktsmessig mye administrasjon for de som forvalter regelverket (lege, apotek/bandasjist og Helfo). Berørte aktører har i flere år hatt et ønske om å endre reglene for beregning av egenandel på blå resept.

3 Gjeldende rett

3.1 Folketrygdloven

Etter [lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd \(folketrygdloven\)](#) kapittel 5 gis hel eller delvis kompensasjon for nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade mv., jf. formålsbestemmelsen i § 5-1. Stønad til viktige legemidler, medisinsk forbruksmaterieil og næringsmidler gis etter § 5-14. Det er et vilkår at det er behov for langvarig bruk av legemidlet, det medisinske utstyret eller forbruksmateriellet og at det er rekvirert av lege til bruk utenom sykehus. Egenandeler for viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr inngår i utgiftstaket for egenandeler jf. § 5-3 bokstav c.

3.2 Blåreseptforskriften

Blåreseptforskriften § 7 første og andre ledd regulerer mengdebegrensning, reiterering, gyldighetstid og utlevering. Bestemmelsen lyder:

Den enkelte resept for legemidler må ikke lyde på mer enn tre måneders forbruk, men kan reitereres for inntil ett års forbruk. Den enkelte resept for medisinsk forbruksmaterieil og næringsmidler er gyldig for inntil ett års forbruk.

Det må likevel ikke utleveres produkter for mer enn tre måneders forbruk om gangen. Ved lengre utenlandsopphold kan det likevel utleveres produkter for inntil ett års forbruk om gangen.

§ 8 første og fjerde ledd regulerer betaling av egenandel og lyder:

Medlemmet skal betale en egenandel på 50 prosent av reseptbeløpet, men ikke mer enn 520 kroner pr. resept. Barn under 16 år og minstepensjonister skal ikke betale egenandel. Arbeids- og velferdsdirektoratet kan fastsette retningslinjer for hvilke personer som regnes som minstepensjonister. Ved reitererte resepter skal det betales ny egenandel etter utlevering av et kvantum svarende til tre måneders forbruk. Betalte egenandeler inngår i opptjeningen til egenandelstaket, jf. folketrygdloven § 5-3 første ledd.»

...

For legemidler hvor det er inngått refusjonskontrakt etter legemiddelloven § 6, eller for legemidler hvor det er gjennomført en anskaffelse etter lov 17. juni 2016 nr. 73 om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven), beregnes egenandelen av apotekets utsalgspris.

4 Helsedirektoratets utredninger

Helsedirektoratet har utredet alternative måter å beregne egenandeler på blå resept som oppfyller følgende vurderingskriterier:

- Skjerme brukere mot høye kostnader til legemidler mv. på kort tid²
- Være enkel og forutsigbar for brukerne
- Være enkel å administrere og håndheve for lege og apotek/bandasjist
- Være enkel å administrere og kontrollere for Helfo

Følgende fire modeller er vurdert: 1) prosentandel av utsalgspris med øvre tak per utlevering; 2) fast beløp per varenummer, med øvre tak per utlevering; 3) prosentandel av utsalgspris, med øvre tak per definerte tidsperiode (kalenderstyrt); og 4) fast beløp per definerte tidsperiode (kalenderstyrt).

Alle de fire modellene ble av direktoratet og involverte aktører vurdert som bedre alternativer enn dagens modell. Modellen med prosentvis egenandel per utlevering ble vurdert som den beste modellen, og at denne oppfyller vurderingskriteriene vesentlig bedre enn dagens modell. Helsedirektoratet foreslår samtidig innføring av et lavere maksimalbeløp og høyere prosentandel for å få en mer treffsikker ordning, samt redusere risiko for konkurransevridning og ulemper for brukere av multidoser og andre med hyppige utleveringer.

5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet fremholder at brukere med flere resepter vil oppleve å betale flere egenandeler ved en og samme utlevering. Det er heller ikke noen sperre på om frikortttaket er oversteget ved flere resepter på én dag, og brukeren kan derfor oppleve å betale egenandel vesentlig utover egenandelstak 1. Selv om dette tilbakebetales senere, kan dette medføre en økonomisk tilleggsbelastning for brukeren. For å hindre slike effekter, vil noen rekvirenter bruke tid på å samordne resepter. Dette er som tidligere nevnt tidkrevende for rekvirentene og vil kunne redusere utbredelsen av PLL. Apotek og bandasjister må også bruke skjønn for å vurdere om brukeren skal betale egenandel eller ikke, innenfor tre måneders forbruk. Dette forutsetter også en nasjonal løsning for håndtering av egenandelsperioder i Reseptformidleren.

² "På kort tid" er et begrep Helsedirektoratet har brukt i utredningene. I denne sammenheng dreier det seg om høye kostnader over en kort periode. Eksempelvis på samme dag eller samme måned.

Etter departementets vurdering er prosentandel av utsalgspris med øvre tak per utlevering den enkleste og mest forutsigbare modellen for brukerne. Ved at beregning av egenandel er knyttet til den enkelte utleveringen forenkler denne modellen også forvaltningen, og dermed ressursbruken, hos både lege og apotek/bandasjist. Kompleksitet kan tas ned i utlevererløsningene og nasjonal løsning for å håndtere egenandelsperioder kan avvikles i Reseptformidleren. Modellen bidrar også til å forenkle Helfos forvaltning og kontroll av korrekt utbetaling til apotek og bandasjister.

Etter departementets vurdering kan modellen medføre konkurransevridding mellom apotek og bandasjist. Dette skyldes at pasienten, for å unngå å måtte betale én ekstra egenandel, velger å hente ut medisinsk forbruksmateriell hos apotek istedenfor hos bandasjist i de tilfellene vedkommende også skal hente ut legemidler. Det må imidlertid tas i betraktning at fagkompetansen på enkelte produktgrupper og servicenivået hos bandasjist kan være en viktig årsak til at en del brukere velger å hente ut produkter hos bandasjister. Dette vil også være pasienter som ofte oppnår frikort i løpet av kalenderåret, noe som reduserer risikoen for en slik adferdsendring.

Etter departementets vurdering, kan pasienter som benytter kostbare produkter få økt incentiv til å hente ut alle legemidler/forbruksmateriell de har blå resept på ved samme utlevering, selv om de ikke har behov for alt der og da. Risikoen reduseres ved at det kun kan leveres ut for tre måneders forbruk, og at leger i økende grad kaller tilbake resepter på legemidler som ikke lenger skal brukes.

Brukere som må ha hyppige utleveringer, for eksempel multidosebrukere, vil med ny modell kunne få noe høyere utgifter over kort tid, inntil frikort eventuelt oppnås.

Etter en samlet vurdering er departementet kommet til at en løsning med prosentandel av utsalgspris med øvre tak per utlevering vil være vesentlig bedre enn dagens løsning for de aller fleste pasientene og for ressursbruken hos lege, apotek og bandasjist og hos offentlige myndigheter.

Departementet foreslår derfor å endre blåreseptforskriften § 8. Forslaget innebærer at egenandelen pasienten skal betale ved utlevering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler rekvirert på blå resept endres fra forbruksstyrt egenandel per resept til egenandel per utlevering.

Når det gjelder den nærmere innretningen av prosentandel av utsalgspris med øvre tak per utlevering, tar departementet sikte på å komme tilbake til dette i Prop. 1S (2025-2026).

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

De fleste pasienter bruker billige produkter. For dem vil en overgang til ny modell ikke gi endringer i egenbetaling på blå resept. For pasienter som bruker kostbare produkter, vil overgang til ny modell medføre at ingen av dem vil måtte betale mer enn fastsatt skjermingstak på blå resept per utlevering. Brukere som i dag har mange resepter, og når

frikorttaket etter kort tid, vil betale det samme i egenandel, men fordelt mer ut over slik at egenandelstaket og frikort oppnås noe senere på året.

For brukere som i dag har hyppige utleveringer på én resept, eksempelvis multidosepasienter som henter ut hver 14. dag, eller ved bruk av plasskrevende forbruksmateriell som bleier, vil endringen for noen føre til økt samlet egenbetaling. For noen vil egenandelstaket og frikort oppnås tidligere på året.

For rekvirentene vil den administrative byrden gå ned, ved at det ikke lenger vil være nødvendig å samordne pasientenes resepter for å unngå at vedkommende må betale flere egenandeler ved samme utlevering. Endringen legger også bedre til rette for utbredelse av PLL.

For apotek og bandasjister vil behovet for skjønnsmessige vurderinger knyttet til egenandelsperioder reduseres, og kompleksitet kan tas ned i deres dataløsninger. Forslaget kan samtidig kunne ha visse økonomiske konsekvenser for disse aktørene dersom det medfører at flere brukere velger å hente ut medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler hos apotek.

Modellen bidrar også til å forenkle Helfos forvaltning og kontroll av korrekt utbetaling til apotek og bandasjister. Fjerning av funksjonalitet i reseptformidleren vil medføre redusert forvaltning i Norsk helsenett.

Konsekvensene for Folketrygden vil bero på den nærmere innretningen av prosentandel av utsalgspris med øvre tak per utlevering. Som nevnt tar departementet sikte på å komme tilbake til dette i Prop. 1S (2025-2026).

7 Forskriftsforslaget

Forslag til forskrift om endring i blåreseptforskriften

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet xx. xx. 2025 med hjemmel i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-14 fjerde ledd

I

I forskrift 28. juni 2007 nr. 814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften) skal § 8 første ledd første punktum lyde (endring i kursiv):

Medlemmet skal betale en egenandel på x prosent av reseptbeløpet, men ikke mer enn x kroner *pr. utlevering*

II

Forskriften trer i kraft 1. januar 2026