



4.august 2025

Høring - endring i blåreseptforskriften - beregning av egenandel

Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) har sendt på høring et forslag om endring i forskrift 28. juni 2007 nr. 814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften) § 8.

HOD foreslår å endre forskriften til:

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

Forslaget skal tre i kraft fra 1.januar og endelig innretningen av prosentandel av utsalgspris med øvre tak per utlevering framlegges i Prop. 1S (2025-2026) Statsbudsjettet for 2026.

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har sammen med Allmennlegeforeningen lenge etterlyst en endring av regelverket for egenandel ved blå resepter og støtter forslaget om en prosentandel per utlevering med et maks beløp.

Forslaget til departementet baserer seg på en utredning fra Helsedirektoratet hvor fire modeller for å beregne egenandeler på blå resept som oppfyller følgende vurderingskriterier:

- skjerme brukere mot høye kostnader til legemidler mv. på kort tid
- 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

Dagens blåreseptforskrift § 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 flergangsresepter må pasienten betale ny egenandel etter utlevering av legemidler mv. tilsvarende tre måneders forbruk. Barn under 16 år og

minstepensjonister skal ikke betale egenandel. 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. Dagens regulering medfører at pasienter med flere resepter må betale flere egenandeler hvis ikke reseptene til alle legemidler er rekvirert av **samme lege til samme bruker på samme dato**. Å ordne opp i dette for pasientene mener vi har vært en helt unødvendig ren administrativ og tidkrevende oppgave for legene, uten noen som helst klinisk betydning.

Følgende fire modeller har blitt 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)
- 4) fast beløp per definerte tidsperiode (kalenderstyrt).

NFA støtter at alle de fire modellene er bedre alternativer enn dagens modell og at modellen med prosentvis egenandel per utlevering er den beste modellen. Et fast beløp per definerte tidsperiode vil være komplisert å håndtere da behov endrer seg og nye medikamenter kan legges til eller seponeres, noen som bruker veldig billige medikamenter vil da få en uforholdsmessig høy andel fast beløp og vil kanskje ikke nå frikort i løpet av året heller. Det er enklest å håndtere maks beløp pr utlevering, om dette skulle være for en tidsperiode vil det kreve mer administrasjon og oversikt for å vite hva pasienten har betalt tidligere i perioden.

Helsedirektoratet foreslår innføring av et lavere maksimalbeløp og høyere prosentandel for å få en mer treffsikker ordning, samt redusere risiko for konkurransevridding og ulemper for brukere av multidose og andre med hyppige utleveringer. Vi støtter disse vurderingene: *«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 pasientens legemiddelliste (PLL).

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen
leder