



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Se vedlagt høringsliste

Deres ref

Vår ref
200803603-/HN

Dato
.10.2008

Høring av utkast til endringer av forskrift om tuberkulosekontroll, MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften og blåreseptforskriften

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette utkast til endringer i tre forskrifter på høring:

- Forskrift av 21. juni 2002 nr. 567 om tuberkulosekontroll (tuberkulosekontrollforskriften),
- Forskrift av 20. juni 2003 nr. 740 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften), samt
- Forskrift av 28. juni 2007 nr. 814 om stønader til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften).

Endringene som foreslås i de tre forskriftene, har relevans for tuberkulosearbeidet i Norge. I tillegg foreslås en endring i blåreseptforskriften med relevans for MRSA. Utkast til endring av forskrift om tuberkulosekontroll må sees i sammenheng med utkast til nye anbefalinger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt om innholdet i tuberkuloseundersøkelsen for ulike grupper med plikt til undersøkelse. Se vedlagte utkast til anbefalinger.

1. Bakgrunn

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer omfatter tiltak mot tuberkulose. Tuberkulosekontrollen i Norge er regulert i forskrift 21. juni 2002 nr. 567 om tuberkulosekontroll, som er hjemlet i smittevernloven. Gjeldende forskrift ble revidert i 2001 som en oppfølging av NOU 1998:3 "Utryddelse av tuberkulose? - Strategi

for fremtidig tuberkulosekontroll” og høringsuttalelsene til denne og som et ledd i det videre arbeidet med tuberkulosekontrollen i Norge. Det ble blant annet innført en plikt for kommuner og regionale helseforetak til å ha et tuberkulosekontrollprogram og plikt for regionale helseforetak til å utpeke tuberkulosekoordinatorer.

Gjeldende forskrift regulerer de ulike tiltak i tuberkulosekontrollen relativt detaljert, blant annet gjennom krav til innholdet i tuberkuloseundersøkelsen. Både utviklingen i organiseringen av tuberkulosearbeidet og utvikling av nye medisinske undersøkelsesmetoder tilsier at det nå er mindre behov for detaljregulering av smittevernet mot tuberkulose.

Tuberkuloseaktivitetene ved tidligere Statens helseundersøkelser er nå integrert i aktivitetene til Nasjonalt folkehelseinstitutt, blant annet ved at Tuberkuloseregisteret er integrert i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). I spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er tuberkulose også nå en mer integrert del av det ordinære smittevernet. Den samme utviklingen bør gjenspeiles i regelverket.

Forslagene i utkast til endringer i tuberkulosekontrollforskriften, MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften og blåreseptforskriften er i hovedsak motivert ut fra ønsket om å få til en forenkling og å unngå dobbeltregulering. Videre foreslås enkelte tilpasninger i tuberkulosekontrollforskriften for blant annet å gjøre regelverket mer fleksibelt i forhold til den medisinskfaglige utviklingen, samt enkelte språklige presiseringer.

2. Utkast til endringer i forskrift om tuberkulosekontroll

Omtalen av de enkelte forslag til endringer nedenfor følger nummereringen til de enkelte bestemmelser i gjeldende tuberkuloseforskrift, så langt det passer.

Definisjonen av tuberkuloseundersøkelse i § 1-2 foreslås endret slik at den fleksibiliteten som er omtalt nedenfor i forbindelse med forslag til endring av § 3-1 og Folkehelseinstituttets oppgave med å utgi faglige anbefalinger (§ 4-5), gjenspeiles i definisjonen.

Gjeldende forskrift § 2-3 setter krav til hvilke tiltak og handlinger kommunens tuberkuloseprogram skal inneholde rutiner for. Bestemmelsen setter blant annet krav til at programmet skal inneholde rutiner for oversendelse av resultat av tuberkuloseundersøkelsen og journal til kommunelegen i ny bopelskommune når personer som nevnt i § 3-1 nr. 1 flytter. Kommunelegens plikt jf § 4-2 til å oversende denne informasjonen har imidlertid vist seg vanskelig å gjennomføre i praksis fordi kommunelegen ikke mottar rutinemessige meldinger om flytting. Samtidig anses ikke all informasjonen å være av smittevernmessig betydning. Bestemmelsen foreslås derfor endret slik at rutiner for oversending av informasjon til kommunelegen i ny bostedskommune ved flytting av person som nevnt i § 3-1 nr. 1, begrenses til informasjonen som det er viktig å overføre av hensyn til smittevernet og oppfølgingen

av den enkelte. Det foreslås at kommunens tuberkuloseprogram skal inneholde rutiner for å oversende følgende informasjon:

- resultatet viser behov for videre oppfølging,
- undersøkelsen ikke er gjennomført ved, eller
- for nyankomne asylsøkere som flytter fra transittmottak: resultat av ankomstundersøkelsen og journal.

Kommunelegens plikt etter § 4-2 vil da bli begrenset tilsvarende. Når plikten begrenses som foreslått, antas det at de praktiske utfordringene knyttet til gjennomføringen av meldeplikten blir mer håndterbare for kommunelegene.

I tråd med den medisinskfaglige utviklingen utvikles nye tester for å påvise sykdommer. Regelverket bør derfor være utformet på en måte som sikrer at helsemyndighetene kan anbefale bruk av ny diagnostikk når denne er tilgjengelig og anses formålstjenlig. I gjeldende forskrift om tuberkulosekontroll er det presisert hvilke metoder som skal benyttes i forbindelse med tuberkulosekontrollen. Det vises til gjeldende § 2-3 om innholdet i kommunens tuberkulosekontrollprogram og § 3-1 nr. 1 som fastsetter at undersøkelsen skal omfatte tuberkulintesting for personer fra land med høy forekomst av tuberkulose, som skal oppholde seg mer enn tre måneder i riket og som ikke er unntatt fra kravet om arbeidstillatelse eller oppholdstillatelse, samt flyktninger og asylsøkere. Dette innebærer at forskriften må endres, dersom myndighetene ønsker at det tas i bruk nye undersøkelsesmetoder. For å sikre kvalitet og enhetlig praksis i helsetjenesten foreslås det at tuberkuloseundersøkelse i stedet skal skje i henhold til gjeldende anbefalinger.

Immunologiske blodtester for påvisning av tuberkulosesmitte (Interferon-gamma release assay, IGRA) er nylig utviklet. Fordelen ved blodtestene, sammenlignet med tuberkulintesten, er den betydelig høyere spesifisiteten. I vedlagte utkast til anbefalinger fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt foreslås det å implementere blodtesten som en bekreftende test hos personer med positive tuberkulinreaksjoner, og at resultat av blodtest skal foreligge som grunnlag for og før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Antallet personer som har behov for vurdering og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, vil med dette kunne reduseres betydelig, og forebyggende behandling vil bli mer målrettet.

Testen må etter departementets vurdering anses som en spesialisttjeneste på linje med røntgenbilder. Gjennomføringen og utgiftene knyttet til testen foreslås derfor lagt til spesialisthelsetjenesten. Dersom det anses hensiktsmessig, vil det imidlertid ikke være noe i veien for at kommunen i sitt tuberkulosekontrollprogram fastsetter rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten som innebærer at den praktiske gjennomføringen av blodtappingen gjøres i kommunehelsetjenesten, for eksempel i forbindelse med avlesing av Mantoux og at blodprøven sendes til spesialisthelsetjenesten for analyse på vanlig måte.

Hvilke undersøkelsesmetoder som anses hensiktsmessige har selvfølgelig også nær sammenheng med undersøkelsens formål. Ved å oppheve kravene til undersøkelsesmetode for dem som har plikt til undersøkelse etter § 3-1 nr. 1, vil det også for denne gruppen kunne variere om undersøkelsen skal ha til formål å avdekke latent og-/eller aktiv tuberkulose.

I vedlagte utkast til nye anbefalinger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt om innholdet i tuberkuloseundersøkelsen foreslås det å differensiere undersøkelsens innhold for ulike grupper. For arbeidsinnvandrere skal undersøkelsen begrenses til utredning for aktiv sykdom. For de øvrige grupper opprettholdes anbefalingen om utredning for både latent infeksjon og sykdom. At arbeidsinnvandrere ikke lenger rutinemessig anbefales undersøkelse for latent infeksjon, skyldes at de sjelden er aktuelle for forebyggende behandling. Dette har sammenheng med at varigheten av oppholdet er tidsbegrenset og at gruppen generelt har høy mobilitet. Endringen er ikke til hinder for at enkeltpersoner innen denne gruppen kan tilbys slik undersøkelse.

Se ellers nærmere omtale av de nye anbefalingene i vedlagte utkast fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Etter gjeldende § 3-1 nr. 2 har personer som i løpet av de siste tre årene kommer fra eller har oppholdt seg i minst tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller gjeninntre i stilling i helse- og sosialtjenesten, i lærerstillinger eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg, plikt til tuberkuloseundersøkelse. Det er ikke satt noen begrensning når det gjelder hvor langt tilbake i tid oppholdet i land med høy tuberkuloseforekomst skal være. Ved mistanke om smitte med tuberkulose er det vanlig å følge personen med kontroller i tre år. Det foreslås derfor at plikten til tuberkuloseundersøkelse for denne gruppen skal begrenses til personer som i løpet av de siste tre årene har oppholdt seg minst tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose. Videre foreslås det at plikten kun skal gjelde for personer som skal tiltre eller gjeninntre i stillinger i helse- og omsorgstjenesten. Av smittevern hensyn er det ikke behov for at alle personer i sosialtjenesten, som for eksempel ansatte på NAV-kontor, har plikt til å la seg undersøke. Ved mistanke om tuberkulose vil disse uansett ha plikt til å la seg undersøke etter § 3-1 nr. 3.

Etter gjeldende forskrift § 3-2 tredje ledd skal personer med plikt til tuberkuloseundersøkelse etter § 3-1 nr. 2 undersøkes før tiltredelse i arbeid. Bestemmelsen foreslås nå nyansert slik at kravet om undersøkelse kun omfatter undersøkelse for tuberkuløs sykdom, hvilket i praksis vil si røntgenundersøkelse. Begrunnelsen for forslaget er at gjeldende bestemmelse medfører at det går uforholdsmessig lang tid før personer med latent infeksjon kan tiltre i arbeid, fordi det må gå 8 uker fra siste eksponering til prøvetaking for å få sikre svar for latent infeksjon, samtidig som latent infeksjon ikke er smittsomt.

Det foreslås at Folkehelseinstituttets ansvar for nasjonal beredskapsfunksjon for tuberkuloseundersøkelse utgår, jf gjeldende § 4-5, fordi ansvaret for beredskap etter departementets syn bør ligge hos dem som normalt utfører slike undersøkelser. I tillegg er ordningen med mobile skjermbildeenheter (busser), som var ment å skulle ivareta instituttets beredskapsfunksjon, nedlagt.

I gjeldende forskrift om tuberkulosekontroll er betalingsordninger og utgiftsfordeling regulert i flere bestemmelser (§ 4-1, § 4-3 og § 4-9). For å gjøre disse bestemmelsene mer oversiktlige foreslås det at de samles i en bestemmelse (§ 4-9 i utkastet). Av informasjonshensyn foreslås det videre å henvise til forskrifter som regulerer hvilke utgifter som dekkes av staten/trygden.

For å unngå dobbeltregulering foreslås det at bestemmelsene om meldingsplikt for tuberkulose i kapittel 5 tas ut av forskriften, fordi dette i all hovedsak er regulert i MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften. Bestemmelser i forskrift om tuberkulosekontroll kapittel 5 som ikke allerede fremgår av MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften, foreslås inntatt i sistnevnte forskrift. Dette gjelder:

- § 5-1 tredje ledd, om hvor melding skal sendes for arbeidstakere i petroleumsvirksomhet (utkast MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 2-1 første ledd), og
- § 5-2 om melding om oppfølging av behandling av tuberkulose (utkast MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 1-7 punkt 3.4).

Det foreslås at kommunelegen ikke lenger skal gi melding til Folkehelseinstituttet om personer som er henvist til spesialisthelsetjenesten i forbindelse med smitteoppsporing, jf. gjeldende § 5-3. Folkehelseinstituttet registrerer ikke navn på smittekontakter ut i fra disse opplysningene. Endringen vil innebære en betydelig forenkling i meldingsrutinene for kommunehelsetjenesten og antas ikke å svekke kvaliteten på smitteoppsporingene. Det er fortsatt ønskelig å overvåke omfang, målretting og resultat av smitteoppsporinger for tuberkulose. Dette ivaretas gjennom rapport om resultat av smitteoppsporing, som foreslås opprettholdt.

Det foreslås at helsesøster ikke lenger skal gi melding til Folkehelseinstituttet om tuberkulin- og BCG-status i 10. klasse, jf. gjeldende § 5-4 som foreslås opphevet. Det vises til St.prp. nr. 1 (2008-2009) Helse- og omsorgsdepartementet der det foreslås at allmenn BCG-vaksinasjon for ungdom tas ut av barnevaksinasjonsprogrammet fra og med skoleåret 2009-2010 og at tuberkulintesting av samme gruppe avvikles. Tilbudet om BCG-vaksine opprettholdes for nærmere definerte grupper.

Plikten til å underrette om tilfeller av tuberkulose etter tuberkulosekontrollforskriften § 5-8 anses å være dekket av bestemmelsen om helseerklæringer for skip i forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften) § 20.

3. Utkast til endringer i MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften

Meldingsplikt for tuberkulose reguleres av MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften.

Det foreslås at bestemmelsene om meldingsplikt i forskrift om tuberkulosekontroll oppheves. Melderegler for smittsomme sykdommer vil da i sin helhet være regulert i MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften. Det foreslås samtidig enkelte tilpasninger i MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften for å sikre at særreguleringene for tuberkulose videreføres. Disse tilpasningene er omtalt i punkt 2.

Endringer i hvilke opplysninger som registrene kan inneholde

Det foreslås at mikrobiologiske laboratorier først skal gi melding når det foreligger funn av arter innenfor *M. tuberculosis*-komplekset og at meldingsplikt for andre mykobakterier bortfaller. Begrunnelsen er at disse bakteriene ikke smitter mellom mennesker, har liten betydning for folkehelsen og at overvåkingen krever mye innsats for å skille mellom kolonisering og funn som er årsak til sykdom.

I Norge finnes det i dag ingen informasjon om forekomsten av dobbeltinfeksjon av hiv og tuberkulose. Samtidig er det slik at hiv-epidemien har hatt stor betydning for utviklingen av tuberkulose globalt. Det er antatt at den globale økningen av dobbeltinfeksjoner med hiv og tuberkulose også gjenspeiles i Norge, men at det trolig dreier seg om relativt få personer årlig. For å få bedre kunnskap om dette er det ønskelig at registeret inneholder opplysninger om hiv-status hos pasienter med tuberkuløs sykdom. Det vil ivareta behovet for bedre å kunne identifisere og beskrive sårbare grupper i befolkningen med økt risiko for tuberkulose, beskrive forekomsten over tid etter demografiske og geografiske forhold og måle behandlingsresultater som grunnlag for hensiktsmessige smitteverntiltak. Informasjonen vil også svært nyttig som grunnlag for å styrke samhandlingen mellom aktører som arbeider med hiv og tuberkulose, slik at pasienter med begge sykdommer identifiseres og følges opp. Videre kan det bidra til at nydiagnostiserte tuberkulosepasienter blir hiv-testet.

Tuberkuloseregisteret kan ifølge gjeldende forskrift § 1-7 nr. 3.3 inneholde opplysninger om disponerende og forebyggende faktorer for sykdommen. Samtidig hiv-infeksjon og tuberkuløs sykdom er en aidsdefinerende diagnose som etter gjeldende regler meldes nominativt til MSIS (jf. § 1-7 nr. 1.1). Innhenting av opplysninger om hiv-status hos pasienter med tuberkuløs sykdom anses derfor ikke å være strid med den anonyme meldingsplikten for hiv-infeksjon (jf. § 1-7 nr. 1.1). En omlegging av dagens praksis som beskrevet over, krever derfor ikke endringer i gjeldende forskrift. Det foreslås at kun merknadene til § 1-7 nr. 3.3 endres slik at det går klart fram av disse at hiv-status regnes som predisponerende faktor for tuberkulose, og at legenes meldeplikt etter § 2-1 dermed omfatter opplysninger om hiv-status hos pasienter med tuberkuløs sykdom.

Forenklet skjemaflyt

Ett nytt nominativt meldingsskjema om tuberkulose med relevant og tuberkulose-spesifikk informasjon vil erstatte de to tidligere meldingsskjemaene, jf. § 2-2 om nominativ melding om smittsom sykdom (MSIS-melding) og om igangsatt behandling ved mistenkt eller påvist tuberkulose på skjema for tilleggsopplysninger.

Behandlerne spesialist skal fortsatt gi melding om resultatet av behandling for tuberkuløs sykdom. Informasjon om behandlingsresultat vil bli innhentet på eget skjema når behandlingen er fullført, dvs. 6-9 måneder etter behandlingsoppstart.

4. Utkast til endringer i blåreseptforskriften

Distribusjon av legemidler til behandling av tuberkulose har i en årrekke vært strengt regulert i Norge. Etter gjeldende forskrift kan rekvirering og utlevering av legemidler til behandling av tuberkulose bare skje fra sykehusapoteket ved Rikshospitalet jf. § 4 nr. 2 annet ledd. Formålet med bestemmelsen er å sikre fullstendig meldingsdekning til Tuberkuloseregisteret av pasienter som starter behandling for tuberkulose eller forebyggende behandling mot tuberkulose. Dessuten er det ønskelig å overvåke distribusjon av rifampicin som ved uriktig bruk, inkludert bruk til andre sykdommer enn tuberkulose, kan forårsake utvikling av resistens. Dette representerer et hovedproblem i tuberkulosekontrollen globalt.

Det foreslås at distribusjon av rifampicin og isoniazid kan skje fra alle landets sykehusapotek. Dette vil gi en mer rasjonell distribusjon og nærhet mellom ulike aktører i tuberkulosebehandlingen. Omleggingen tilrettelegger for at interne rutiner for legemiddelrekvirering og -logistikk på de enkelte sykehusapotek også vil omfatte legemidler til behandling av tuberkulose.

Fordi distribusjon av legemidler til behandling av tuberkulose foreslås overført til sykehusapotek, foreslås det at sykehusapotekene overtar ansvaret for å ha nødvendig informasjon tilgjengelig for Folkehelseinstituttet for kvalitetskontroll. Det kan da gjøres samkjøringer mot lister over personer som har fått foreskrevet rifampicin og isoniazid (§ 4 nr. 2 annet ledd annen setning i utkastet og MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 2-6 annet ledd, annen setning). Alle sykehusapotek benytter samme datasystem, FarmaPro, til reseptbehandling, og rapporteringen kan forenkles ved at det gjøres rutinemessige samkjøringer av elektroniske lister.

I henhold til gjeldende forskrift skal Nasjonalt folkehelseinstitutt forhåndsgodkjenne utlevering av rifampicin jf. § 4 nr. 2 annet ledd. Siden en slik forhåndsgodkjenning av praktiske årsaker ikke er mulig å gjennomføre, foreslås denne bestemmelsen tatt ut. Det foreslås imidlertid at sykehusapotekene skal gi Nasjonalt folkehelseinstitutt melding om utlevering av rifampicin og isoniazid, jf. omtalen i avsnittet over.

Etter blåreseptforskriften § 4 nr. 2 skal det ytes stønad til utgifter til antiinfektive legemidler (ATC-kode J) til behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det

er imidlertid kun i sjeldne tilfeller aktuelt å behandle pasienter med sykdom forårsaket av meticillin-resistente gule stafylokokker (MRSA) med antiinfektiva med ATC-kode J. Det er i praksis andre legemidler som brukes. Etter gjeldende faglige anbefalinger omfatter dette legemidlene mupirocin nesosalve (Bactroban) og klorheksidin (Hibiscrub). I dag godkjenner NAV rutinemessig søknad om refusjon av disse produktene etter § 4. Det er på denne bakgrunn ønskelig å endre bestemmelsen slik at de produktene som faktisk brukes i behandlingen og saneringen av bærerskap hos pasienter med MRSA, er forhåndsgodkjent.

5. Administrative og økonomiske konsekvenser

De foreslåtte forenklingene i gjeldende forskrift om tuberkulosekontroll som omhandler bestemmelsene om tiltak og det nærmere innholdet i tuberkulosekontrollprogrammet, vil gi bedre fleksibilitet til å ta i bruk nye metoder når disse er tilgjengelige og formålstjenelige. Denne endringen antas ikke i seg selv å medføre administrative og økonomiske konsekvenser.

Forslaget om at arbeidsinnvandrere ikke lenger skal undersøkes for latent infeksjon og at et lavere antall helsepersonell skal undersøkes fordi plikten kun vil omfatte personer som har oppholdt seg i land med høy forekomst av tuberkulose de siste tre år (jf § 3-1 nr. 1 og 2), vil innebære at langt færre enn i dag vil bli henvist til oppfølging i spesialisthelsetjenesten og at færre blir satt på forebyggende behandling. Dette vil representere en betydelig besparelse.

Innføring av IGRA-tester som supplement til dagens tuberkulintest (Mantoux) vil innebære at et betydelig antall unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten unngås, noe som igjen vil føre til færre utredninger og mindre oppfølging ved sykehusene. Innføring av IGRA-testene vil anslagsvis føre til en årlig netto innsparing for spesialisthelsetjenesten på i størrelsesorden 26 mill. kroner.

Forlagene om å begrense kommunelegens plikt til å videresende resultat av tuberkuloseundersøkelse og journal til kommunelege i ny bopelskommune når personer nevnt i § 3-1 nr. 1 flytter, samt å innta en unntaksbestemmelse om tiltredelse før full undersøkelse er gjennomført for personer med plikt til tuberkuloseundersøkelse etter § 3-1 nr. 2, vil gi økt fleksibilitet uten at det innebærer vesentlige konsekvenser av økonomisk eller administrativ karakter.

Forslaget om å samle alle bestemmelsene om meldeplikt for tuberkulose i MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften får ingen konsekvenser utover at en unngår dobbeltregulering. Forslagene om å endre meldeplikten for mikrobiologiske laboratorier i forhold til arter innenfor *M. tuberculosis*-komplekset og andre mykobakterier, samt endringer i kommunelegens meldeplikter i forhold til smitteoppsporing og tuberkulin- og BCG-status, vil innebære en betydelig forenkling i disse aktørenes melderutiner. Det nye skjemaet for nominative meldinger vil også innebære en forenkling i melderutinene for kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Forslaget om å åpne for distribusjon av legemidler til behandling av tuberkulose til alle landets sykehusapotek, og at de samtidig tar ansvaret for å ha nødvendig informasjon tilgjengelig for Folkehelseinstituttet for kvalitetskontroll, vil samlet sett innebære en mer rasjonell distribusjon og bedre rutiner for rekvirering og logistikk på de enkelte sykehusene. Sykehusapotekene vil få dekket sine håndteringskostnader gjennom legemiddelavansen etter de ordinære regler for legemiddelavanse.

Forslaget om å ta inn de legemidlene som benyttes i behandlingen og saneringen av bærerskap hos pasienter med MRSA som forhåndsgodkjente, vil kun innebære en administrativ forenkling for NAV, siden refusjon av disse legemidlene rutinemessig godkjennes etter søknad.

6. Høringsfrist

Eventuelle høringsuttalelser sendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 19. november 2008. Dersom det er aktuelle høringsinstanser som ikke er oppført på listen, ber departementet om å få beskjed slik at høringsbrevet kan ettersendes. Høringsbrevet og forskriftutkastene ligger også tilgjengelig på <http://www.regjeringen.no>.

Med vennlig hilsen


Jon-Olav Aspås e.f.
ekspedisjonssjef


Jan Berg
underdirektør

Vedlegg