

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 30. november 2004
Kontor: 4.s.kt.
J.nr.: 2004-1330-11
Sagsbeh.: hsa
Fil-navn: Dokument 6

Besvarelse af spørgsmål nr. 37 (ad L 102 - Forslag til lov om ændring af offentlig sygesikring, lov om social pension og lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v.), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 29. november 2004

Spørgsmål 37:

"Ministeren bedes kommentere høringsvaret af 22. november 2004 fra Ældresagen, jf. L 102 – bilag 8."

Svar:

I sit høringssvar af 22. november 2004 udtaler Ældre Sagen indledningsvist, at man overordnet kan tilslutte sig indholdet af lovforslaget. Foreningen havde dog overordnet gerne set, at lovforslaget havde fungeret som en samlet pakke for de initiativer, der påtænkes igangsat sideløbende, herunder spørgsmålet om compliance og distributionssikkerhed.

Jeg kan hertil oplyse, at regeringen med lovforslaget gennemfører de initiativer i medicinaftalen af 26. oktober 2004, som kræver lov hjemmel i form af en ændring af sygesikringsloven og af pensionslovgivningen. De øvrige initiativer i medicinaftalen vil blive gennemført sideløbende hermed. Der er således ikke tale om, at lovforslagets initiativer kommer isoleret i forhold til de andre elementer i medicinaftalen.

Ældre Sagen oplyser, at man har en grundlæggende forståelse for, at der indføres en ny model for tilskudsberegning. Ældre Sagen tvivler dog på, at det vil være muligt helt at undgå leverancesvigt på apotekerne. Det er i den forbindelse Ældre Sagens opfattelse, at eventuelle leverancesvigt ikke må komme medicinbrugerne til last.

Jeg er glad for at konstatere, at Ældre Sagen har forståelse for, at tilskud fremover skal beregnes på baggrund af prisen på det billigste lægemiddel i en tilskudsgruppe. For så vidt angår bemærkningerne vedrørende leverancesvigt, skal jeg særligt henlede opmærksomheden på, at jeg den 25. november 2004 har fremsendt ændringsforslag til lovforslaget til Folketingets Sundhedsudvalg indeholdende initiativer, der har til formål at sikre, at patienterne i praksis altid vil kunne få udleveret det billigste lægemiddel i en tilskudsgruppe.

Ældre Sagen anfører, at man er tilfreds med, at sygesikringslovens regler om forhøjet tilskud videreføres med lovforslaget. Ældre Sagen opfordrer imidlertid til, at det overvejes at lade visse diagnosegrupper – eksempelvis epilepsipatienter – blive omfattet af reglerne om forhøjet tilskud. Herudover opfordrer Ældre Sagen til, at det overvejes at lave en tilsvarende ordning for patienter, der dagligt anvender fem eller flere lægemidler.

Som oplyst i min besvarelse af spørgsmål 2 er det min opfattelse, at hverken patienter eller den offentlige sygesikring skal betale mere end nødvendigt for en ordineret lægemiddelbehandling. Det er derfor vigtigt, at tilskudssystemet tilskynder læger og patienter til at vælge det billigste lægemiddel i en tilskudsgruppe. Jeg finder det derfor ikke rigtigt at introducere særlige undtagelsesregler for bestemte patientgrupper. Jeg er dog indstillet på at anmode Lægemiddelstyrelsen om nærmere at vurdere kravene til ansøgninger om forhøjet tilskud for specifikke patientgrupper, herunder epilepsipatienter. Jeg skal endvidere henlede opmærksomheden på min besvarelse af spørgsmål 11, hvoraf det fremgår, at såfremt lægen kan dokumentere, at compliance forringes alvorligt ved skift til synonyme lægemidler med et andet navn eller andet udseende, så vil dette indgå i Lægemiddelstyrelsens beslutningsgrundlag ved ansøgninger om forhøjet tilskud. Der skal samtidig peges på, at dosisdispensering i disse tilfælde vil være en oplagt mulighed for bedring af compliance og dermed patientbehandlingen.

Med lovforslaget videreføres de i 2004 gældende udgiftsgrænser i 2005. Ældre Sagen havde i den forbindelse gerne set, at de faldende behandlingspriser kom medicinbrugerne til gode i form af en nedsættelse af udgiftsgrænserne.

Jeg kan hertil oplyse, at det fremgår af medicinaftalen af 26. oktober 2004, at alle folketingets partier er enige om, at reguleringsmekanismen ikke virker hensigtsmæssigt. På den baggrund videreføres de i 2004 gældende udgiftsgrænser i 2005, således at disse grænser er gældende fra 1. januar 2005. Det overvejes på sigt at indføre en ny reguleringsmekanisme. Jeg skal samtidig bemærke, som det også fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at patienterne ikke pålægges merudgifter med forslaget, og at de generelt lavere behandlingspriser fortsat vil komme patienterne til gode.

Ældre Sagen hilser det velkomment, at lovforslaget åbner op for fastsættelse af regler for hjemmesygeplejens adgang til de personlige elektroniske medicinprofiler.

Ældre Sagen kan tilslutte sig den foreslåede ændring af reglerne i sociallovgivningen. Tilslutningen er dog betinget af, at der foretages ændringer i overensstemmelse med Ældre Sagens bemærkninger til ændringerne i sygesikringsloven. Ældre Sagen påpeger, at såfremt lovforslaget vedtages i sin nuværende form, vil ændringen være en forringelse af de gældende regler.

Jeg kan oplyse, at formålet med de samlede omlægninger vedrørende tilskudspriser er at tilskynde pensionister – såvel som øvrige borgere - til at flytte lægemiddelforbruget til det billigste blandt synonyme lægemidler i en tilskudsgruppe. Pensionisterne vil på denne måde kunne opnå en besparelse.

Hvis lægen eller pensionisten – uden sundhedsfaglig begrundelse – fravælger det billigste præparat vil pensionisten derimod selv skulle betale forskellen mellem tilskudsprisen og forbrugerprisen på det lægemiddel, som udleveres.

Endelig hilser Ældre Sagen det velkomment, at der i forbindelse med medicinaftalen af 26. oktober 2004 er afsat 10 mio. kr. i årene 2005 til 2008 til undersøgelser og initiativer vedrørende compliance. Ældre Sagen foreslår i denne forbindelse, at en væsentlig del af midlerne afsættes til at undersøge effekten af medicingennemgang for ældre over 65 år med et dagligt forbrug af fem eller flere lægemidler.