

Indenrigs- og sundhedsministeren

Adm. direktør Anders Kretzschmar
Danmarks Apotekerforening
Bredgade 54
Postboks 2181
1017 København K

København, den 10. november 2006
Lægemiddel j.nr.: 2006-1339-162

Kære Anders Kretzschmar

Tak for dit brev af 7. september 2006. Du anfører indledningsvist, at omfanget af leveranceproblemer, som er opstået efter den seneste ændring af medicintilskudsreglerne den 1. april 2005, hvorefter sygesikringens medicintilskud beregnes på baggrund af det billigste lægemiddel i en tilskudsgruppe, har været uden sidestykke og har skabt utilfredsstillende vilkår for medicinbrugerne. Du underbygger denne påstand med, at der på grund af leverancesvigt dagligt foretages 60-80 genfastsættelser af tilskudsprisen. Du anfører endvidere, at der ofte foretages mange genfastsættelser af tilskudsprisen i en prisperiode, ligesom der i en prisperiode er ca. 45 substitutionsgrupper, hvor det billigste lægemiddel er i leveringssvigt fra den første dag i perioden. Herudover nævner du, at der i en typisk prisperiode er mellem 250 og 300 varenumre, som i forhold til den sidste prisperiode ændrer status til billigste præparat.

Det er naturligvis vigtigt, at patienten har mulighed for at få udleveret et lægemiddel med fuldt tilskud på apoteket. I forbindelse med ændringen af medicintilskudsreglerne blev der derfor som bekendt også nedsat en teknisk følgegruppe i Lægemiddelstyrelsen med deltagelse af Apotekerforeningen, grossisterne, lægemiddelindustrien og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som løbende har drøftet og fulgt udviklingen i leveranceforholdene på lægemiddelmarkedet. Der er på baggrund af arbejdsgruppens arbejde gennemført to "pakker" med initiativer, som skal medvirke til at forbedre leveranceforholdene på lægemiddelmarkedet ved at nedbringe antallet af leverancesvigt af det billigste lægemiddel i tilskudsgruppen. Den seneste "pakke" udmøntes bl.a. med regeringens forslag til ændring af sundhedsloven, hvor det foreslås, at en tilskudspris opretholdes prisperioden ud, uanset at et billigere lægemiddel bliver tilgængeligt inden for prisperioden. Hjemlen forventes helt konkret udmøntet i en regel om, at såfremt en tilskudspris som følge af et anmeldt leveringssvigt genberegnes på baggrund af en B-pris, opretholdes denne tilskudspris prisperioden ud, uanset om et lægemiddel med A-pris senere bliver tilgængeligt igen. Dermed vil en række genberegninger af tilskudspriser fremover kunne undgås.

Den nævnte "pakke" indeholder desuden initiativer, som netop er gennemført med bekendtgørelse nr. 875 af 17. august 2006 om Medicinpriser og leveringsforhold, der er

trådt i kraft den 11. september 2006. Jeg er enig med dig i, at det er et problem, hvis det billigste lægemiddel er i leveringssvigt allerede den første dag, hvor en ny prisperiode træder i kraft. Derfor indeholder førnævnte bekendtgørelse også regler, som sikrer, at pakninger, der er i leveringssvigt hos alle grossister, inden en ny prisperiode træder i kraft, fremover vil blive slettet, således at tilskudsprisen allerede er genberegnet, når prisperioden træder i kraft.

Det er min forventning, at de tiltag, som gennemføres med den nævnte "pakke" fremover vil formindske de leveranceproblemer, som apotekerne har oplevet siden den 1. april 2005. Når det så er sagt, vil jeg samtidig opfordre dig til at tage initiativ til, at Danmarks Apotekerforening tilskynder foreningens medlemmer til, at apotekerne i mange situationer bliver bedre til at købe det billigste lægemiddel hjem hos en grossist, hvor lægemidlet ikke er i leveringssvigt. Dette vil efter min opfattelse kunne løse en stor del af de leveranceproblemer, som apotekerne finder, at man oplever i dagligdagen.

Det er korrekt, at Lægemiddelstyrelsen dagligt foretager 60 til 80 genfastsættelser af tilskudsprisen på grund af leverancesvigt. Formålet hermed er netop at sikre, at patienterne kan få udleveret det billigste tilgængelige lægemiddel med fuldt tilskud. Antallet af genberegnete tilskudspriser siger imidlertid ikke noget om, hvor mange ændringer af tilskudspriser som finder sted fra dag til dag. Teoretisk set kan de samme 60 tilskudsgrupper være genberegnet med den samme tilskudspris hver dag gennem en hel takstperiode. Såfremt dette er tilfældet, bør det ikke give anledning til mere administrativt arbejde på apotekerne.

For så vidt angår dine bemærkninger om, at det er et problem, at 250-300 præparater ændrer status til billigste præparat i en prisperiode, kan jeg oplyse, at Lægemiddelstyrelsen har foretaget en prissammenligning af en prisperiode i januar 2005 – dvs. inden ændringen af medicintilskudsreglerne pr. 1. april 2005 – og den tilsvarende prisperiode i 2006. I den forbindelse har styrelsen konstateret, at i prisperioden i 2005 var antallet af pakninger, som skiftede status til billigste lægemiddel 178 pakninger svarende til en andel på 6,7 pct. af alle pakninger i substitutionsordningen. I prisperioden i 2006 skiftede 225 pakninger status til det billigste lægemiddel, hvilket svarer til en andel på 8,1 pct. Antallet af skift mellem produkter, som er billigst, er således steget med 1,4 procentpoint. Jeg skal her tilføje, at for så vidt angår de substituerbare lægemidler, herunder navnlig i grupper med generiske lægemidler, vil der forekomme priskonkurrence og prisændringer, som betyder, at nye produkter opnår status som billigste produkt i en substitutionsgruppe. Det var imidlertid netop dette formål, som Folketinget ønskede at fremme med ændringen af medicintilskudsreglerne.

Det fremgår, at du finder det kan være hensigtsmæssigt for patienter i varig behandling med flere lægemidler at fastholde en dyrere behandling med de kendte mærker for at undgå hyppige medicinskift. Du nævner i den forbindelse, at patienterne i sådanne situationer ikke opnår fuldt tilskud, hvorfor de i strid med hensigten bag medicintilskudsreglerne påføres merudgifter.

Jeg er ikke enig med dig i, at det er i strid med hensigten bag tilskudsreglerne, at personer, som ikke ønsker at få udleveret det billigste produkt, opnår en merudgift svarende til differencen mellem det billigste lægemiddel og det udleverede lægemiddel. Jeg kan oplyse, at hovedformålet med ændringen af medicintilskudsreglerne den 1. april 2005, hvorefter tilskuddet beregnes på baggrund af prisen på det billigste lægemiddel i

en tilskudsgruppe, er at tilskynde læger og patienter til at flytte forbruget til det billigste lægemiddel i gruppen af generiske lægemidler. Herved vil medicinudgifterne blive reduceret for såvel det offentlige som for patienterne selv.

Patienten kan altid selv bestemme, at der ikke skal substitueres til det billigste lægemiddel, ligesom patienten kan vælge et hvilket som helst af de substituerbare synonyme lægemidler, med mindre lægen har fravalgt substitution. I sådanne tilfælde skal patienten dog selv betale prisforskellen mellem det billigste lægemiddel og et dyrere lægemiddel.

Lægemiddelstyrelsen har oplyst, at patienterne i dag får udleveret det billigste lægemiddel i flere tilfælde end tidligere. Antallet af solgte A-pakninger udgjorde således 53 pct. af alle udleverede substituerbare pakninger i 2004. Denne andel er i perioden fra juni 2005 til maj 2006 steget til 59 pct. Lægemiddelstyrelsen har foretaget en undersøgelse af antallet af skift inden for tre lægemiddelsubstitutionsgrupper før og efter ændringen af medicintilskudsreglerne den 1. april 2005. Patienternes lægemiddelkøb er sammenlignet for perioderne oktober 2004 til marts 2005 og oktober 2005 til marts 2006. I den forbindelse har styrelsen konstateret, at hovedparten af patienterne har haft lige mange medicinskift i de to perioder. Nogle patienter har dog flere medicinskift end tidligere, mens andre personer har færre skift. I to af substitutionsgrupperne er antallet af personer, der har flere medicinskift højere end antallet af patienter, der har haft færre skift, mens det omvendte gør sig gældende i den sidste substitutionsgruppe.

Jeg kan oplyse, at mange medicinbrugere vælger ikke at substituere til det billigste lægemiddel, hvis der ikke er stor prisforskel mellem det billigste lægemiddel og det ordinerede lægemiddel. En opgørelse foretaget af Lægemiddelstyrelsen for første halvår af 2006 viser, at i 66 pct. af alle lægemiddelekspeditioner, hvor lægen har ordineret et B-produkt, vælger medicinbrugeren også at købe dette produkt, selvom det ikke er det billigste alternativ, 7 pct. vælger et andet B-produkt, og 27 pct. vælger i stedet at skifte til det billigste produkt. Dette bekræfter min formodning om, at medicinbrugere generelt ikke oplever en marginal merudgift som en forhindring for at forblive i behandling med et specifikt præparat, hvis de har præferencer herfor.

For mig er det vigtigt at understrege, at kopipræparater er ligeværdige præparater til originalpræparater for langt de fleste personer. For disse personer adskiller kopilægemidler sig først og fremmest fra originalpræparatet ved at have forskellige navne, pakninger og lavere priser. Der er imidlertid en væsentlig informationsopgave forbundet med at forklare patienterne, at der er tale om ligeværdige lægemidler. Det er apotekerne, som jo er dem, der er i direkte kontakt med patienterne, som skal sikre at denne opgave varetages bedst muligt.

Jeg skal dog samtidig nævne, at det altid er lægens opgave ved angivelse af "Ej-S" på recepten at meddele apoteket, at der ikke må foretages substitution, hvis lægen finder, at skift mellem forskellige præparater, inden for den samme substitutionsgruppe kan give problemer for den pågældende patient.

Når det så er sagt, kan jeg godt sætte mig ind i, at nogle patienter – og særligt nogle ældre patienter – kan miste overblikket, når de dagligt skal tage flere forskellige slags medicin, og når et præparat udskiftes med et nyt. Derfor bør lægen efter min opfattelse altid overveje at ordinere dosispakkeede lægemidler til personer, som lægen vurderer

har brug for hjælp til at holde styr på deres medicin i dagligdagen. Denne ordning vil uden videre løse hovedparten af de problemer omkring udskiftning af præparater, som måtte forekomme.

Jeg kan naturligvis ikke afvise, at medicinskift kan være et problem for visse patienter. Derfor har jeg taget initiativ til – som oplyst overfor Folketinget – at der gives støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Compliancepulje til en stor og grundig undersøgelse, som målrettet søger at give en bredere belysning af, om der for nogle patienter forekommer problemer i forbindelse med hyppige skift af medicin til billigste præparat. Hermed kan vi få en grundig, saglig og uvildig belysning af spørgsmålet.

Du foreslår, at patienterne skal kunne få beregnet fuldt tilskud af prisen på lægemidler, som ligger inden for bagatelgrænsen. Du nævner i den forbindelse, at Apotekerforeningen har beregnet, at udgifterne ved forslaget udgør maksimalt 15 mio. kr. om året. Endelig oplyser du, at Apotekerforeningen opfordrer til, at forslaget inddrages i den ændring af sundhedsloven, som skal behandles af Folketinget i dette efterår.

Jeg kan oplyse, at Lægemiddelstyrelsen har gennemgået Apotekerforeningens forslag. I den sammenhæng har styrelsen beregnet, at såfremt forbrugssammensætningen er som i dag – dvs. der er ikke taget højde for ændringer i forbrugssammensætningen – er den årlige merudgift som følge af forslaget om at indføre fuldt tilskud til B-produkter 13,8 mio. kr. om året.

Forslaget vil dog formentlig medføre, at der i flere tilfælde end i dag vil blive udleveret B-produkter i stedet for A-produkter. Det er selvsagt ikke muligt at forudsige, hvor ofte dette vil være tilfældet, men såfremt den dyreste B-pakning altid udleveres, har styrelsen beregnet, at merudgifterne ved Apotekerforeningens forslag årligt udgør 49,7 mio. kr.

Hertil kommer, at Apotekerforeningens forslag utvivlsomt vil svække priskonkurrencen på markedet væsentligt, da det vil blive mindre attraktivt for virksomhederne at udbyde det billigste præparat, når der i modsætning til i dag samtidig beregnes tilskud af prisen på samtlige B-produkter.

Afslutningsvis kan jeg oplyse, at jeg på baggrund af den aktuelle ændring af sundhedsloven samt de regelændringer, som netop er gennemført med bekendtgørelse nr. 875 af 17. august 2006 ikke finder anledning til på nuværende tidspunkt at følge Apotekerforeningens forslag om at beregne fuldt tilskud af prisen på præparater, som ligger inden for bagatelgrænsen. Der er forholdsvis store direkte udgifter forbundet med forslaget samtidig med, at forslaget efter min opfattelse vil svække priskonkurrencen på lægemiddelmarkedet. Hertil kommer, at der er tale om merudgifter til præparater, som for langt de fleste personer alene adskiller sig fra de billigste præparater ved at have forskellige navne, pakninger og lavere priser.

Med venlig hilsen

Lars Løkke Rasmussen