

## Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato:  
Kontor: Lægemiddelkontoret  
J.nr.: 2006-13009-330  
Sagsbeh.: TBA  
Fil-navn: Dokument 2

### **Besvarelse af spørgsmål nr. 6 (ad L 50 – Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 9. november 2006**

#### **Spørgsmål 6:**

"Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 8. november 2006 fra Dansk Farmaceutforening, jf. L 50 – bilag 7"

#### **Svar:**

Farmaceutforeningen anfører, at ændringen af sundhedslovens § 150, stk. 3, kun adresserer de praktiske problemer omkring apotekernes mulighed for altid at kunne udlevere lægemidler med fuldt tilskud, mens ændringen ikke løser problematikken omkring, at patienter kan opleve hyppige præparatskift, hvis de ønsker fuldt tilskud til et lægemiddel. Farmaceutforeningen anfører, at hyppige skift skaber forvirring omkring den enkeltes medicinering, hvilket er årsagen til især ældre patienters dårlige medicinerelevelse. På denne baggrund foreslår foreningen, at der indføres et tilskudssystem, hvor alle produkter inden for en bagatelgrænse opnår fuldt tilskud. Farmaceutforeningen nævner, at en alternativ løsning vil være altid at starte behandling med det billigste produkt, og herefter give patienten mulighed for at fortsætte en påbegyndt behandling med samme præparat med fuldt tilskud, uanset at priser og leveringsforhold ændres i behandlingsperioden.

I forbindelse med ændringen af medicintilskudsreglerne den 1. april 2005 blev der nedsat en teknisk følgegruppe i Lægemiddelstyrelsen med deltagelse af Apotekerforeningen, grossisterne, lægemiddelindustrien og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som løbende har drøftet udviklingen i leveranceforholdene på markedet. Der er på baggrund af dette arbejde gennemført to "pakker" med initiativer, som skal medvirke til at forbedre leveranceforholdene på markedet ved at nedbringe antallet af leverancesvigt af det billigste lægemiddel. Den seneste "pakke" udmøntes bl.a. med forslaget til ændring af sundhedsloven, hvor det foreslås, at en tilskudspris opretholdes prisperioden ud, uanset at et billigere lægemiddel bliver tilgængeligt inden for perioden. Den nævnte "pakke" indeholder desuden initiativer, som er gennemført med bekendtgørelse nr. 875 af 17. august 2006 om Medicinpriser og leveringsforhold, der er trådt i kraft den 11. september 2006.

Det er min forventning, at de tiltag, som gennemføres med den nævnte "pakke" fremover vil formindske leveranceproblemerne på markedet.

Hovedformålet med ændringen af tilskudsreglerne 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 reduceres udgifterne for såvel det offentlige som for patienterne selv.

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, der er i direkte kontakt med patienterne, som skal sikre at denne opgave varetages bedst muligt.

Farmaceutforeningen foreslår, at patienterne skal kunne få beregnet fuldt tilskud af prisen på lægemidler, som ligger inden for bagatelgrænsen. Lægemiddelstyrelsen har beregnet de økonomiske konsekvenser af forslaget. Såfremt forbrugssammensætningen er som i dag, 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 årligt udgør 49,7 mio. kr. Hertil kommer, at forslaget 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.

Lægemiddelstyrelsen har herudover foretaget en undersøgelse af antallet af skift inden for tre lægemiddelsubstitutionsgrupper før og efter ændringen af reglerne den 1. april 2005. 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 grupperne 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 finder ikke anledning til på nuværende tidspunkt at følge Farmaceutforeningens 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.

For så vidt angår Farmaceutforeningens alternative forslag om, at patienten fra begyndelsen skal sættes i behandling med det billigste lægemiddel,

hvorefter patienten kan fortsætte i behandling med dette lægemiddel med fuldt tilskud, hvor priserne eller leveringsforholdene ændrer sig, kan jeg oplyse, at såfremt en patient føler sig mest tryk ved behandling med et bestemt kopilægemiddel, kan patienten ofte forblive i behandling på denne kopi uden store merudgifter, selv om lægemidlet ikke længere er billigst i den pågældende tilskudsgruppe. Dette skyldes den forholdsvis store pris-konkurrence på den del af markedet, hvor der eksisterer kopilægemidler.

Mange medicinbrugere vælger da også i dag 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 lægemiddeldelekspeditioner, 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. Jeg finder bl.a. på denne baggrund ikke anledning til at følge Farmaceutforeningens forslag.

Det er i øvrigt altid 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.

Jeg kan godt forstå, at nogle patienter – og særligt nogle af de ældre patienter, som Farmaceutforeningen nævner – 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.