

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. 36 (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 36:

"Med henvisning til ministerens svar på spørgsmål 1, hvor der alene er givet et resumé af høringssvarene fra Dansk Sygeplejeråd, Lif og De Samvirkende Invalideorganisationer, anmodes som det fremgår af spørgsmål 1 om ministerens kommentar til høringssvarene."

Svar:

Dansk Sygeplejeråd støtter forslaget om, at hjemmesygeplejersker skal have adgang til den personlige elektroniske medicinprofil, da sygeplejerskernes adgang er en forudsætning for, at kvaliteten og patientsikkerheden i relation til medicinbrugernes lægemiddelanvendelse kan forbedres. Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse bør adgangen til medicinprofilen omfatte alle sygeplejersker ansat i kommunen, herunder sygeplejersker ansat på plejehjem, sundhedsplejersker m.v., ligesom sygeplejersker ansat på sygehuse bør have adgang på lige fod med læger. Dansk Sygeplejeråd mener, at der skal udvises særdeles stor forsigtighed i bedømmelsen af det eventuelle effektiviseringspotentiale ved at give hjemmesygeplejen adgang til den personlige elektroniske medicinprofil.

Jeg kan hertil bemærke, at plejehjemsansatte sygeplejersker er omfattet af lovforslaget. Sygehusansatte sygeplejersker har efter de gældende regler adgang til medicinprofilen som lægens medhjælp. Gennemførelsen af denne adgang er indeholdt i fase II af den IT-mæssige implementering af medicinprofilen.

De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) har fremsendt en revideret udgave af DSI's høringssvar med henblik på at præcisere foreningens synspunkter navnlig i relation til ydelse af tilskud, når den billigste medicin ikke er en relevant mulighed. DSI påpeger, at "biologisk tilgængelighed" kan være forskellig mellem forskellige præparater, selvom lægemidlerne tilsyneladende er sammenlignelige. For nogle grupper, herunder epilepsipatienter, skal det derfor sikres, at patienter generelt får adgang til tilskud til netop det præparat,

lægen har ordineret, uden at patienten hver gang skal igennem en bureaukratisk proces med at søge individuelt tilskud. DSI foreslår, at det tydeliggøres, at der for specifikke grupper kan gøre sig særlige forhold gældende, der betinger en ubureaukratisk sagsbehandling af de individuelle tilskud.

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål 2 og 21.

Lægemiddelindustriforeningen (Lif) konstaterer indledningsvis, at Lif var repræsenteret i medicintilskudsudvalget, og derfor er bekendt med flere af de foreslåede ændringer.

Lif finder det bekymrende, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet ved klager over Lægemiddelstyrelsens afgørelser ikke kan foretage en prøvelse af styrelsens sundhedsfaglige vurdering, og at ministeriet vil udvise tilbageholdenhed med at tillægge klager opsættende virkning. Lif finder, at modellen vil indebære et unødigt pres for ikke at omgøre den oprindelige beslutning, og Lif finder, at klageprocessen, ligesom den anbefalede tilskudsmodel, bør vurderes i forhold til EU-retten.

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål 4, 5 og 8.

For så vidt angår fastsættelse af en procedure for revurdering af beslutninger om generelt tilskud, er det Lifs opfattelse, at Lægemiddelstyrelsens foreløbige udspil ikke fuldt ud afspejler medicintilskudsudvalgets anbefaling. Lif har udarbejdet et samlet oplæg til procedure for beslutninger om tilskud til lægemidler, som er afleveret til Lægemiddelstyrelsen og bilagt Lif's høringssvar. Revurdering af tilskud skal efter Lif's opfattelse omfatte alle kategorier af lægemidler, herunder lægemidler som i dag ikke har tilskud.

Der ligger ikke en besparelsesforudsætning til grund for forslaget om revurdering af beslutninger om generelt tilskud, og jeg er derfor enig med Lif i, at proceduren indebærer, at revurderingerne både omfatter tidligere beslutninger om tilskud og om ikke-tilskud til lægemidler. Der er igangsat en proces, hvor Lægemiddelstyrelsen sammen med de berørte parter, herunder Lif, drøfter principperne for den fremtidige procedure for revurderinger af beslutninger om generelt tilskud. Jeg kan i den forbindelse henvise til min besvarelse af spørgsmål 17 og 18.

Lif finder, at det bør være muligt for lægemiddelvirksomhederne ikke blot at ansøge om generelt tilskud men også generelt klausuleret tilskud til lægemidler. Lif anfører, at gennemsigtighedsdirektivet kræver, at inklusionskriterierne for hver tilskudsgruppe skal være objektive og verificerbare, men at Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke har opstillet inklusionskriterier for hverken klausulerede tilskud eller enkelttilskud, hvorfor virksomhederne ikke kender "spillereglerne" for tilskud på forhånd.

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål 8 og 20.

Lif anfører, at det nye tilskudssystem vil indebære risiko for leveringsvigt for det

billigste lægemiddel, samt flere præparatskift med risiko for dårligere compliance. Lif foreslår, at patienternes egenbetaling ikke må øges på grund af forhold, som skyldes leveringssvigt for det billigste lægemiddel. Lif gør desuden opmærksom på, at der kan være effektforskelle mellem synonyme lægemidler, som kan have betydning for særlige patientgrupper såsom epilepsipatienter.

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål 13.

Da det med lovforslaget forudsættes, at grupperingen af lægemidler i synonyme grupper videreføres, finder Lif, at formuleringen af bestemmelsen i sygesikringsloven bør afspejle dette.

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål 16.

Lif finder det bekymrende, at der ikke i lovforslaget er angivet nærmere retningslinier for Lægemiddelstyrelsens afgørelser om klausuleret tilskud til håndkøbslægemidler. Lif opfordrer endvidere til, at der foretages konsekvensvurderinger af forslaget om klausulering af tilskuddet til håndkøbslægemidler og opstilles klare kriterier for, hvordan klausuleringerne fastlægges.

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål 14.

Lif gør opmærksom på, at lovforslaget indebærer, at der som et helt nyt princip indføres "referencepriser" i pensionslovgivningen. Lif finder, at forslaget vil indebære, at problemer med mange præparatskift og manglende compliance vil stige med forslaget om, at de kommunale helbredstillæg udmåles ud fra de gældende tilskudspriser.

Pensionister, der modtager helbredstillæg efter de sociale pensionslove, tilskyndes med lovforslaget i lighed med andre borgere til at omlægge deres forbrug til de billigste synonyme lægemidler. Såfremt pensionisten vælger det billigste synonyme lægemiddel, vil der som hidtil kunne ydes helbredstillæg til dækning af op til 85 pct. af pensionistens egen udgift til medicin. Endvidere vil pensionisterne kunne opnå en besparelse på deres egenbetalingsandel ved køb af det billigste lægemiddel. Ligesom efter de gældende regler vil der blive foretaget en nettoafregning over for pensionisten ved køb af medicin på apoteket. En manglende konsekvensændring af pensionslovgivningen ville indebære, at en del af den opnåede besparelse ved ændringen af medicintilskudssystemet ville blive overvæltet på kommunernes udgifter til helbredstillæg.

Lif mener, at Lægemiddelstyrelsen i meget højere grad bør være forpligtet til at informere og begrunde sine tilskudsbeslutninger over for såvel sundhedspersonale som borgere, og endelig mener Lif, at der bør etableres en uafhængig klageinstans, hvortil lægen som part skal kunne påklage Lægemiddelstyrelsens afgørelser om tilskud. Desuden finder Lif, at der også bør være en klagemulighed over afgørelser om individuelle patientrelaterede tilskud.

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål 3, 6, 7 og 12.