

Beslutningsforslag nr. B 15. Fremsat den 6. november 1990 af Birgitte Husmark (SF), Agerschou (SF), Margrete Auken (SF), Lilli Gyldenkilde (SF), Ingerlise Koefoed (SF) og Ebba Strange (SF)

## **Forslag til folketingsbeslutning om besparelser på lægemiddelområdet**

Folketinget pålægger sundhedsministeren at fremsætte et lovforslag, der omfatter nedenstående punkter:

1. Indførelse af offentlig prisfastsættelse på medicin.
2. Ophævelse af grossisterens brancheaftale om, at alle grossister skal føre fuldt sortiment, og at alle skal være forpligtet til at videresælge til den af leverandørerne fastsatte apotekerindkøbspris.
3. Ophævelse af begrænsningerne i sygehuse-nes adgang til direkte køb af medicinalvarer uden om et apotek. Ophævelse af begrænsningerne i adgang til at producere og levere sygehusspecifikke lægemidler.
4. Indførelse af mulighed for generisk ordination, således at lægen kan overlade til apoteket – i samarbejde med brugeren – at vælge det billigst acceptable af den ordinerede type præparater.
5. Ændring af apoteksavancen på receptpligtige lægemidler, så der fastsættes et ens, fast beløb pr. ekspederet enhed.
6. Igangsættelse af et udvalgsarbejde med henblik på nedbringelse af det lægeordinerede medicinforbrug – også på hospitaler og institutioner – specielt for så vidt angår sove- og nervemedicin.

## Bemærkninger til forslaget

### *Almindelige bemærkninger*

Såvel det offentliges som den enkelte brugers udgifter til medicin og medicintilskud har igennem flere år været kraftigt diskuteret. Det danske prisniveau ligger i den øverste tredjedel blandt de europæiske lande og ca. 30 pct. over det svenske og 50 pct. over det franske og italienske niveau, som det fremgår af »Budgetanalyse af medicinområdet«, der i juni 1990 blev udarbejdet af Finansministeriet, Sundhedsministeriet, Indenrigsministeriet og Amtsrådsforeningen.

Udgifterne til lægemidler er steget voldsomt, først og fremmest på grund af prisstigninger og omlægning af forbruget til dyrere præparater. Der er dog også sket en intensiveret behandling på specielle områder, men sammenlignet med andre lande ligger det danske lægemiddelforbrug generelt ikke højt.

Med hensyn til sove- og nervemedicin gør det modsatte sig imidlertid gældende, som det netop er oplyst i Sundhedsstyrelsens publikation »Psykofarmakoforbruget« fra oktober 1990. Her påvises, at Danmarks forbrug ligger højt sammenlignet med de øvrige nordiske lande.

For forbrugerne har medicinpriserne en afgørende betydning for privatøkonomien, der desuden ofte er forværret på grund af den lidelse, der skal behandles med medicin. De danske regler for refundering af udgifter til medicin er væsentlig ringere, end de er i mange af de lande, vi sammenligner os med, som det f.eks. fremgår af »Comparative Tables of the Social Security Scenes in the Member States of the European Communities«, 15. udgave af 1. juli 1988. Derfor er det af afgørende betydning for forbrugerne, at medicinudgifterne begrænses mest muligt.

Den samme interesse bør også gøre sig gældende fra offentlig side, da apoteksudsalgspriserne i dag er bestemmende for udgiftsniveauet såvel til sygesikring som til medicin indkøbt til hospitals- og anden institutionsbehandling.

Det kan ikke være de danske forbrugeres og de danske skatteyderes opgave at sikre medicinalfirma-

erne en fortjeneste, der ligger langt over, hvad de kan få i andre lande.

### *Bemærkninger til beslutningsforslagets enkelte punkter*

#### *ad pkt. 1*

Danmark adskiller sig fra de lande, vi normalt sammenligner os med, idet det i praksis er meget vanskeligt at gennemføre en indgående kontrol med priserne på medicin efter den gældende lovgivning. Dette set i sammenhæng med en ikke eksisterende konkurrence på medicinområdet i Danmark gør, at prisniveauet ligger uacceptabelt højt.

En offentlig prisfastsættelse på medicin i Danmark skal tage udgangspunkt i medicinpriserne på identiske præparater i de nordiske lande og i EF og udregnes efter et system i lighed med det, der praktiseres i Sverige. Prisfastsættelsen må hermed kunne opfylde de krav, der med rette kan stilles om objektivitet og kontrollerbarhed.

#### *ad pkt. 2*

Der findes i Danmark kun ganske få lægemiddelgrossister, hvilket bevirker, at de i realiteten har absolut monopol på distributionen til apotekerne. Grossisterne er bundet af den af leverandørerne fastsatte apoteksindkøbspris. Sammenhængende med den manglende mulighed for priskonkurrence grossisterne imellem holder man hinanden i skak med en aftale om, at alle skal forhandle samtlige varer. Ved at ophæve denne brancheaftale vil der være store rationaliseringsmuligheder.

#### *ad pkt. 3*

Ved at give sygehusene mulighed for at handle direkte med producenter og importører og ved at lade sygehusapotekerne producere og levere direkte til hinanden vil der kunne opnås en omkostningsbesparelse.

*ad pkt. 4*

Arbejdet med at omlægge medicinforbruget fra dyre til billigere ligeværdige præparater skal intensivere og støttes fra Sundhedsstyrelsen i form af løbende, lettilgængelig information til såvel læger som farmaceuter.

*ad pkt. 5*

Det gældende avancesystem understøtter ikke bestræbelserne på at sælge billigst muligt. Der bør ske en avanceomlægning, der afspejler arbejdet med udlevering af det enkelte præparat, der er det samme uanset pris.

*ad pkt. 6*

På baggrund af forsøg med reduktion og billigørelse af lægernes medicinordination vil der formentlig være mulighed for væsentlige besparelser. Lægemiddelkomiteernes arbejde bør intensiveres, og hospitaler, plejehjem og andre institutioner bør skærpe opmærksomheden omkring ordinationsmængden.

Forsøg i Frederiksborg Amtskommune med ansættelse af lægemiddelkonsulent til institutionerne har givet en besparelse på flere gange udgiften til løn. Besparelsen vil udmøntes i lavere sygesikrings- og hospitalsudgifter.

Et udvalgsarbejde vil kunne give retningslinjer for en skærpet opmærksomhed på dette område.