

Bet. o. lovf. vedr. sundhedsloven m.v.

Til lovforslag nr. L 50. Betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 12. december 2006

Betænkning

over

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

(1 måneds behandlingsfrist, it-anvendelse i sundhedsvæsenet, elektroniske helbredsoplysninger, adgang til Medicinprofilen m.v.)

[af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen)]

1. Ændringsforslag

Der er stillet 12 ændringsforslag til lovforslaget. Indenrigs- og sundhedsministeren har stillet ændringsforslag nr. 1 om deling af lovforslaget, som udvalget har tiltrådt. Indenrigs- og sundhedsministeren har endvidere stillet ændringsforslag nr. 2, 6, 7 og 10-12. Enhedslistens medlem af udvalget har stillet ændringsforslag nr. 3, 4, 8 og 9. Socialdemokratiets medlemmer af udvalget har stillet ændringsforslag nr. 5.

2. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 25. oktober 2006 og var til 1. behandling den 8. november 2006. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Sundhedsudvalget. Udvalget anmoder om, at det under B i ændringsforslag nr. 1 nævnte lovforslag henvises til fornyet udvalgsbehandling efter 2. behandling.

Dispensation fra § 13, stk. 1, i Folketingets forretningsorden

Udvalget indstiller, at der dispenseres fra reglen i Folketingets forretningsorden om, at 3. behandling ikke må finde sted før 2 dage efter, at 2. behandling er afsluttet.

Møder

Udvalget har behandlet lovforslaget i 7 møder.

Høring

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring, og indenrigs- og sundhedsministeren sendte den 6. september 2006 dette udkast til udvalget, jf. folketingsåret 2005-06, alm. del bilag 693. Den 1. november 2006 sendte indenrigs- og sundhedsministeren de indkomne høringssvar samt et notat herom til udvalget.

Skriftlige henvendelser

Udvalget har i forbindelse med udvalgsarbejdet modtaget skriftlige henvendelser fra:

Ansatte i psykiatrien i Randers,
Ansatte på Brønderslev Psykiatriske Sygehus,
Danmarks Apotekerforening,
Dansk Farmaceutforening,
Dansk Psykolog Forening,
Dansk Selskab for Patientsikkerhed,
Dansk Socialrådgiverforening,
Danske Afspændingspædagoger,
Danske Bioanalytikere,
Danske Regioner,
Datatilsynet,
EMC Computer Systems A/S,
Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter,
Farmakonomforeningen,
FOA – Fag og Arbejde,
Forbrugerrådet,

Foreningen af Kliniske Diætister og Kost & Ernæringsforbundet,

Foreningen af Radiografer i Danmark,

Jane Gertsen, København,

IT-Branchen,

Region Midtjylland,

Jan Rosenberg, Psykiatrien i Ringkøbing Amt, og

Social- og sundhedsassistenter, Sygehus Fyn Svendborg.

Indenrigs- og sundhedsministeren har over for udvalget kommenteret de skriftlige henvendelser.

Nogle af henvendelserne til udvalget er optrykt som bilag 2 til betænkningen.

Deputationer

Endvidere har følgende mundtligt over for udvalget redegjort for deres holdning til lovforslaget:

Danmarks Apotekerforening,

Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter,

FOA – Fag og Arbejde og

Forbrugerrådet.

Ekspertmøder m.v.

Udvalget har den 22. november 2006 holdt møde med Råd for IT- og Persondatasikkerhed. Udvalget har endvidere den 22. november 2006 afholdt et ekspertmøde om den del af lovforslaget, der vedrører elektroniske patientjournaler.

Spørgsmål

Udvalget har stillet 128 spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret.

3. Indstillinger og politiske bemærkninger

Et *flertal* i udvalget (V, DF og KF) vil stemme for det under nr. 1 stillede ændringsforslag om deling af lovforslaget og indstiller det under A nævnte lovforslag til *vedtagelse* med de under nr. 2, 6, 7 og 10 stillede ændringsforslag. Flertallet vil stemme imod de under nr. 3, 4, 5, 8 og 9 stillede ændringsforslag. Flertallet vil endvidere stemme for de til det under B nævnte lovforslag stillede ændringsforslag nr. 11 og 12.

Flertallet i udvalget udtaler følgende:

1 måneds behandlingsfrist

Patienterne er tilfredse med at kunne vælge sig til hurtig behandling. Det er positivt, at patienter med behandlingskrævende sygdomme hurtigt kan få et behandlingstilbud. Det kan konstateres, at alle grupper og aldersklasser i samfundet bruger de muligheder, der er indført med det udvidede frie sygehusvalg.

Alle ressourcer, der er til rådighed i både Danmark og udlandet, skal bruges for at hjælpe samtlige patienter, så snart de har fået konstateret et behov. Derfor er en styrkelse af patienternes frie valg positivt, og pligten til at give patienterne en hurtig og klar besked om det frie og udvidede sygehusvalg, som blev vedtaget i 2005, skal overholdes.

Der er siden 2001 sket en forbedring i hele sundhedssektoren. Både afkortning af ventetider og behandlingsmetoder har medvirket til hurtigere behandling, og befolkningen oplever en forbedret helbredstilstand.

Både eksterne og interne ventetider skal være så korte som muligt, hvilket også medvirker til sammenhæng i behandlingen.

Siden den 1. juli 2002 har alle haft ret til udvidet frit valg, hvis ventetiden overstiger 2 måneder. Omkring 100.000 har nu brugt det udvidede frie sygehusvalg. Den positive udvikling styrkes yderligere med 1 måneds behandlingsfrist.

Medicin

I relation til de af Danmarks Apotekerforening påpegede problemer vedrørende leveranceforhold og hyppige medicinskift konstaterer flertallet, at regeringen allerede har taget initiativer vedrørende disse problemstillinger.

Leverance af medicin

For så vidt angår leverancevanskeligheder, har regeringen gennemført to »pakker« med initiativer, som skal forbedre leveranceforholdene ved at nedbringe antallet af leverancesvigt af det billigste lægemiddel i tilskudsgruppen. I forbindelse med den første »pakke« blev leverandørerne bl.a. pålagt fremover at kunne forsyne markedet i 7 dage i stedet for 3 dage. Den seneste »pakke« indeholder bl.a. regeringens forslag til ændring af sundhedsloven, hvori det foreslås, at en tilskudspris opretholdes prisperioden ud, uanset om et billigere lægemiddel bliver tilgængeligt inden for prisperioden. Flertallet har i den sam-

menhæng noteret sig, at regeringen vil være indstillet på at tage yderligere initiativer til forebyggelse af leveranceproblemer i forhold til forsyningspligten, hvis det på et senere tidspunkt viser sig nødvendigt.

Medicinskift

I relation til problemstillingen vedrørende hyppige medicinskift er det særlig epilepsipatienter, som har været i fokus. Flertallet finder det derfor tilfredsstillende, at Lægemiddelstyrelsen på foranledning af en henvendelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet har afholdt møde med Epilepsiforeningen vedrørende en metode til at identificere epilepsipatienter, der kan få problemer i forbindelse med præparatskifte. Der var på mødet enighed om, at metoden kunne anvendes og udgjorde en væsentlig forbedring i forhold til i dag. Forslaget forventes således snart at kunne træde i kraft. Herudover har flertallet endvidere noteret sig indenrigs- og sundhedsministerens tilsagn om, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil støtte en større undersøgelse, som målrettet søger at give en bredere belysning af eventuelle sundhedsmæssige problemer i forbindelse med medicinskift.

Medicinhåndtering

Endelig er flertallet enige med regeringen om, at ordningen med dosispakkede lægemidler udgør et vigtigt element til løsning af de problemer omkring medicinhåndteringen, som navnlig for ældre patienter kan opstå i forbindelse med medicinskift. Lægen bør derfor altid overveje at ordinere dosispakkede lægemidler til personer, herunder de ældre personer, som lægen vurderer har brug for hjælp til at holde styr på deres medicin i dagligdagen. Man har i den forbindelse konstateret, at ordningen med dosispakkede lægemidler vinder stadig større udbredelse.

Et *mindretal* i udvalget (S, SF og EL) vil stemme for det under nr. 1 stillede ændringsforslag om deling af lovforslaget og indstiller det under A nævnte lovforslag til *vedtagelse* med de stillede ændringsforslag. Hvis de under nr. 3-5, 8 og 9 stillede ændringsforslag forkastes, vil mindretallet stemme imod det under A nævnte lovforslag ved 3. behandling. Mindretallet vil stemme for de til det under B nævnte lovforslag stillede ændringsforslag nr. 11 og 12.

Socialdemokratiets og Socialistisk Folkepartis medlemmer af udvalget bemærker, at Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti principielt er tilhængere af at nedsætte fristen for, at borgerne får mulighed for at anvende den udvidede frit valg-ordning, fra 2 måneder til 1 måned. På baggrund af regeringens manglende evne til at opfylde den såkaldte behandlingsgaranti for livstruende sygdomme finder Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti imidlertid, at en generel nedsættelse af fristen for den udvidede frit valg-ordning er u hensigtsmæssig på nuværende tidspunkt, idet den risikerer at forværre ventetiderne for behandling af livstruende sygdomme yderligere. Risikoen opstår, fordi vi lever i en verden med begrænsede ressourcer, og øget ressourceanvendelse på ikkelivstruende sygdomme kunne alternativt være brugt til glæde for patienter med livstruende sygdomme, herunder kræftpatienter. Da regeringen ikke har kunnet, eller ikke har ønsket, at fremlægge dokumentation for, at nedsættelsen ikke vil ramme patienter med livstruende sygdomme, kan Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti derfor ikke på nuværende tidspunkt tilslutte sig denne del af lovforslaget. Det har i den forbindelse især været utilfredsstillende, at der ikke har været dokumentation for de interne ventetider og udviklingen i disse ventetider. Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti vil tilslutte sig en generel nedsættelse af fristen i samme øjeblik, som vi i Danmark har sikret tilstrækkelig korte ventetider for hele behandlingsforløbet, altså inklusive de interne ventetider, for patienter med livstruende sygdomme.

En nedsættelse af fristen for den udvidede frit valg-ordning kan i nogle tilfælde være en hjælp, også for patienter med livstruende sygdomme. Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti er derfor positive over for en nedsættelse af fristen målrettet patienter med livstruende sygdomme og er i den forbindelse positive overfor en forhandling om muligheden for at indføre den tidligere end regeringens forslag om igangsættelse pr. 1. oktober 2007.

Et *andet mindretal* i udvalget (RV) vil stemme for det under nr. 1 stillede ændringsforslag om deling af lovforslaget. Mindretallet indstiller det under A nævnte lovforslag til *forkastelse* ved 3. behandling. Mindretallet vil stemme for de under nr. 2-4 og 6-10 stillede ændringsforslag og imod det under nr. 5 stillede ændringsforslag. Mindretallet vil endvidere stemme for de til det

under B nævnte lovforslag stillede ændringsforslag nr. 11 og 12.

Det Radikale Venstre mener, at det er centralt at sikre korte ventetider i sundhedsvæsenet. Ikke desto mindre er Det Radikale Venstre imod regeringens forslag om at sænke fristen for det udvidede frie sygehusvalg fra 2 måneder til 1 måned. Det lyder besnærende, men det er efter Det Radikale Venstres mening ikke den rette prioritering af de knappe ressourcer. Forklaringen skal søges hovedsagelig i to forhold.

For det første har Danmark i dag generelt korte ventetider efter international målestok. En nedsættelse af ventetiderne for alle patienter – også dem med mindre skavanker – er derfor ikke det, der er mest brug for at investere i netop nu.

For det andet har sundhedsvæsenet i stigende grad et alvorligt problem med at rekruttere nok læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale. I dag mangler der næsten 1.000 speciallæger og 1.100 sygeplejersker. På den baggrund grænser det til det uansvarlige at sænke fristen for patienternes ret til frit valg til 1 måned. Den kortere frit valg-frist vil øge behandlingspresset på sygehusene, og konsekvensen risikerer bl.a. at blive længere interne ventetider. Af samme grund mødes forslaget også med betydelig skepsis, både af Den Almindelige Danske Lægeforening, en række patientorganisationer samt eksperter.

Det Radikale Venstre ønsker at prioritere ressourcerne anderledes. Regeringens svigt, når det gælder den såkaldte »behandlingsgaranti« for livstruende sygdomme, viser med al tydelighed, at der er brug for at investere i behandlingen af livstruende sygdomme. Meget tyder på, at patienterne her oplever meget lange interne ventetider. På kræftområdet har undersøgelser f.eks. vist, at visse grupper kræftpatienter samlet venter 90 dage i gennemsnit på at komme i behandling. Det er uacceptabelt lang tid. De ressourcer, det vil koste at sænke frit valg-fristen til 1 måned, er bedre brugt til gavn for dels de mest syge patienter, dels en generel sænkelse af de interne ventetider, som selv ministeren erkender er et alvorligt problem.

Det er yderligere uacceptabelt, at ministeren indfører en frit valg-garanti på 1 måned med »bind for øjnene«. Ministeren har aldrig beregnet de personalemæssige konsekvenser – vel vidende at langt den største udfordring i sundheds-

væsenet er rekrutteringen af kvalificeret personale. Ministeren har heller ikke opgjort de økonomiske konsekvenser. Dermed er det helt uklart, hvilke muligheder regionerne har for at gennemføre den ny frist, og hvilke konsekvenser den vil få. På den baggrund er det eneste ansvarlige at afvise forslaget i sin nuværende form.

Det Radikale Venstre mener herudover, det er en central udfordring løbende at sikre patienterne de rigtige lægemidler til den billigst mulige pris. Det er til gavn for først og fremmest patienterne, men også den offentlige økonomi. Netop det ræsonnement lå bag den seneste ændring af medicintilskudsreglerne den 1. april 2005, hvorefter medicintilskuddet beregnes på baggrund af det billigste lægemiddel i en gruppe af lægemidler, der kan substitueres.

På mange måder har ordningen tjent det overordnede formål, nemlig at sikre patienterne lægemidler til den billigst mulige pris. Men Det Radikale Venstre erkender også, at ordningen har medført leveranceproblemer og hyppige medicinskift – først og fremmest til gene for patienterne. RV ønsker at dæmme op for den udvikling, at patienter tvinges til at skifte præparater, fordi lægemidler alt for hyppigt ændrer status til billigste lægemiddel. Derfor støtter Det Radikale Venstre de to »pakker«, som ministeren på baggrund af arbejdet i en teknisk følgegruppe gennemfører, herunder forslaget i dette lovforslag, der betyder, at en tilskudspris opretholdes prisperioden ud, uanset at et billigere lægemiddel bliver tilgængeligt i prisperioden. Forslaget må forventes at reducere antallet af lægemiddelskift.

Det Radikale Venstre støtter sig samtidig til, at ministeren gennemfører en grundig undersøgelse af spørgsmålet om, hvilke eventuelle negative konsekvenser hyppige medicinskift har for patienterne. Det er vigtigt at skaffe solid viden om dette, før der vedtages større ændringer af det nuværende medicintilskudssystem.

På den baggrund kan Det Radikale Venstre heller ikke støtte Socialdemokratiets ændringsforslag om at give patienter ret til at få udleveret lægemidler inden for en bagatelgrænse med fuldt sygesikringstilskud. Intentionen bag forslaget kan Det Radikale Venstre støtte, men Det Radikale Venstre mener, at de to »pakker«, ministeren nu gennemfører, vil være et fornuftigt første skridt. For Det Radikale Venstre er det en central udfordring at sikre stærk pris konkurren-

ce på lægemiddelområdet, og alt andet lige vil Socialdemokratiets ændringsforslag svække denne priskonkurrence. Ifølge Lægemiddelstyrelsen vil det koste sygesikringen 50 mio. kr., og derfor skal Det Radikale Venstre først overveje det eller andre yderligere skridt, hvis det mod forventning skulle vise sig, at de to »pakker« ikke løser problemet med alt for hyppige medicinskift.

Siumut, Tjóðveldisflokkurinn, Fólkaflokkurinn og Inuit Ataqatigiit var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen.

4. Ændringsforslag med bemærkninger

Æ n d r i n g s f o r s l a g

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af *udvalget*:

a

Ændringsforslag om deling af lovforslaget

1) Lovforslaget deles i to lovforslag med følgende titler og indhold:

A. »Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. (1 måneds behandlingsfrist, adgang til Medicinprofilen m.v.)« omfattende § 1, nr. 1, 5-12, 14-26 og 33-37, § 2, § 3 og § 4.

B. »Forslag til lov om ændring af sundhedsloven. (It-anvendelse i sundhedsvæsenet og elektroniske helbredsoplysninger)« omfattende § 1, nr. 2-4, 13, 27-32 og 35, § 3 og § 4.

[Opdeling af lovforslaget]

b

Ændringsforslag til det under A nævnte lovforslag

Til titlen

2) I titlen ændres »og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet« til: »lov om klage- og erstatningsadgang inden for

sundhedsvæsenet og lov om apoteksvirksomhed«.

[Konsekvens af ændringsforslag nr. 7]

Af *et mindretal* (EL), tiltrådt af *et mindretal* (S, RV og SF):

Til titlen

3) I undertitlen udgår »1 måneds behandlingsfrist,«.

[Konsekvensændring af ændringsforslag nr. 4]

4) *Nr. 21* udgår.

[Den i lovforslaget foreslåede nedsættelse af behandlingsfristen fra 2 måneder til 1 måned udgår]

Af *et mindretal* (S), tiltrådt af *et mindretal* (SF og EL):

5) Efter nr. 24 indsættes som nyt nummer:

»01). I § 150 indsættes efter stk. 3 som nyt stykke:

»Stk. 4. For lægemidler, der indgår i en tilskudsgruppe, jf. stk. 2, og som har en pris, der ligger inden for en bagatelgrænse i forhold til prisen på lægemidlet med den laveste forbrugerpris i gruppen, udgør tilskudsprisen den af Lægemiddelstyrelsen i henhold til lægemiddellovens § 82 udmeldte forbrugerpris for lægemidlet. Bagatelgrænsen udgør

- 1) 5 kr., såfremt det billigste lægemiddel i gruppen koster 100 kr. eller derunder,
- 2) 5 pct. af prisen på det billigste lægemiddel, såfremt det billigste lægemiddel i gruppen koster mere end 100 kr., men mindre end 400 kr., eller
- 3) 20 kr., såfremt det billigste lægemiddel i gruppen koster 400 kr. eller derover.«

Stk. 4 bliver herefter stk. 5.«

[Indførelse af bagatelgrænse for lægemidler, der indgår i en tilskudsgruppe]

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af *udvalget*:

6) *Nr. 35* affattes således:

»35. § 271 affattes således:

»§ 271. Medmindre højere straf er forskyldt efter anden lovgivning, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder den, der

- 1) videregiver oplysninger i strid med § 41, stk. 1-3, § 43, stk. 1 og 2, og § 45,
- 2) uberettiget udnytter oplysninger omfattet af § 41, stk. 1, eller
- 3) indhenter, videregiver eller udnytter oplysninger i strid med § 157, stk. 2, 3, 5 og 8.

Stk. 2. På samme måde som i stk. 1, nr. 1 og 2, straffes andre end de personer, der er nævnt i §§ 41, 43 og 45, ved uberettiget indhentning, videregivelse eller udnyttelse af oplysninger omfattet af disse bestemmelser.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i regler, der udstedes i medfør af § 41, stk. 6, fastsætte bestemmelser om straf af bøde eller fængsel indtil 4 måneder for overtrædelse af bestemmelser i reglerne.

Stk. 4. På samme måde som i stk. 1, nr. 3, straffes andre end de personer, der er nævnt i § 157, ved uberettiget indhentning, videregivelse eller udnyttelse af oplysninger omfattet af denne bestemmelse. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i regler, der udstedes i medfør af § 157, stk. 4 og 9, fastsætte bestemmelser om straf af bøde eller fængsel indtil 4 måneder for overtrædelse af bestemmelser i reglerne.«

[Konsekvensændringer som følge af delingen af lovforslaget, jf. ændringsforslag nr. 1]

Ny paragraf

- 7) Efter § 2 indsættes som ny paragraf:

»§ 01

I lov om apoteksvirksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 657 af 28. juli 1995, som ændret senest ved § 78 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, foretages følgende ændringer:

1. I § 4, *stk. 1*, ændres »sygehuslovens § 3« til: »sundhedslovens § 74, stk. 2, og § 75, stk. 2-4«.

2. I § 44, *stk. 4*, ændres »§ 7, stk. 1 og 2, i lov om offentlig sygesikring« til: »sundhedslovens §§ 143-154«.

[Konsekvensændringer som følge af sundhedslovens ikrafttræden den 1. januar 2007]

Af et *mindretal* (EL), tiltrådt af et *mindretal* (S, RV og SF):

Til § 3

- 8) I *stk. 1* udgår », jf. dog *stk. 2*«. [Konsekvensændring af ændringsforslag nr. 4]

- 9) *Stk. 2* udgår.

[Konsekvensændring af ændringsforslag nr. 4]

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af *udvalget*:

Til § 4

10) I *stk. 2, 1. pkt.*, ændres »§ 1, nr. 2-16, 33 og 34« til: »§ 1, nr. 5-12, 14-16, 33 og 34« og i 2. pkt. ændres »§ 271, stk. 1, nr. 1-3« til: »§ 271, stk. 1, nr. 1 og 2«.

[Konsekvensændring som følge af delingen af lovforslaget, jf. ændringsforslag nr. 1]

c

Ændringsforslag til det under B nævnte lovforslag

Til § 3

- 11) Paragraffen affattes således:

»§ 3

Loven træder i kraft den 1. april 2007.«

[Ny ikrafttrædelsesbestemmelse for den del af lovforslaget, der vedrører it-anvendelse i sundhedsvæsenet og elektroniske helbredsoplysninger, jf. ændringsforslag nr. 1]

Til § 4

12) I *stk. 2* ændres »§ 1, nr. 2-16, 33 og 34« til: »§ 1, nr. 2-4 og 13«.

[Konsekvensændringer som følge af delingen af lovforslaget, jf. ændringsforslag nr. 1]

Bemærkninger

Til nr. 1

Lovforslaget ønskes delt, fordi det har vist sig, at bestemmelserne vedrørende adgang til elektroniske patientjournaler og it-anvendelse kræver yderligere tid til behandling i Folketinget.

De øvrige bestemmelser i lovforslaget skønnes ikke at kræve yderligere tid til behandling. Hertil kommer, at forslagene om kommuners og regioners adgang til at samarbejde og om årlig regulering af medicintilskud under alle omstændigheder bør træde i kraft den 1. januar 2007. Lovforslagets § 1, nr. 17, etablerer således en adgang for kommuner til at samarbejde med regioner fra den 1. januar 2007, således som de i dag

samarbejder med amter. Dette samarbejde er reguleret af den kommunale styrelseslov, som ikke gælder for regionerne. Lovforslagets § 1, nr. 22 og 23, fastlægger den årlige regulering af medicintilskud, og den indebærer en forhøjelse af tilskuddet til patienterne, som beregnes fra den 1. januar 2007.

Til nr. 2

Ændringen af lovens titel er en konsekvens af ændringsforslag nr. 7.

Til nr. 3, 4, 8 og 9

Ændringsforslaget under nr. 4 indebærer, at behandlingsfristen ikke nedsættes fra 2 måneder til 1 måned. De ressourcer, der hermed bliver frigjort i forhold til aftalen mellem regeringen og regionerne, kan hermed anvendes målrettet til at nedbringe de interne ventelister, særlig i forhold til livstruende sygdomme. I dag er situationen den, at patienter dør på grund af ventetider i forbindelse med behandlingen af livstruende sygdomme. Dette er fuldstændig uacceptabelt. Derfor bør ressourcerne målrettes hen imod at få løst dette problem, før behandlingsfristen generelt nedsættes til 1 måned.

Reelt sikrer en behandlingsfrist på 1 måned ikke, at patienterne bliver behandlet i løbet af en måned. Det forudsætter nemlig, at der findes et sygehus eller andet behandlingssted, som kan gennemføre behandlingen inden for 1 måned. Det vil ofte forudsætte, at der er et privathospital, der kan udføre behandlingen. Behandlingstiden kommer hermed til at afhænge af, hvilke behandlinger de private sygehuse kan tjene penge på. I realiteten vil en afkorting af behandlingsfristen være til større fordel for privathospitalerne end for patienterne.

Ændringsforslag nr. 3, 8 og 9 er konsekvensændringer som følge af ændringsforslag nr. 4.

Til nr. 5

Ændringsforslaget har til formål at afhjælpe de væsentlige problemer med leverancesvigt og risikoen for, at patienterne ikke kan få udleveret deres medicin med fuldt tilskud, som har vist sig at være konsekvensen af de ændringer af medicintilskudsreglerne, som blev gennemført med virkning fra den 1. april 2005. Endvidere er det formålet med ændringsforslaget at reducere omfanget af skift mellem præparater, som patienter-

ne i dag udsættes for som en konsekvens af, at apotekerne skal udlevere det til enhver tid billigste lægemiddel i en substitutionsgruppe, og at der ligeledes kun ydes patienterne fuldt tilskud til det til enhver tid billigste præparat.

Det forudsættes, at der samtidig med lovens ikrafttræden gennemføres en ændring af Lægemiddelstyrelsens bekendtgørelse om recepter, som indebærer, at apoteket har adgang til at udlevere lægemidler med en pris inden for bagatelgrænsen og dermed muliggøre, at patienter uden at miste retten til fuldt tilskud kan forblive i behandling med det kendte præparat, så længe prisen på medicinen er meget tæt på prisen på den billigste pakning.

Ændringsforslaget indebærer, at patienterne vil kunne få udleveret lægemidler med priser inden for bagatelgrænsen og samtidig få beregnet fuldt tilskud til disse lægemidler. Samtidig forventes forslaget at afhjælpe konsekvenserne af de mange leverancesvigt for de billigste lægemidler, idet forbruget over tid kan fordeles mere ligeligt mellem de pakninger, hvis pris ikke overstiger bagatelgrænsen. Patienterne vil dermed opnå sikkerhed for, at de til enhver tid kan få udleveret et lægemiddel, som er forbundet med fuldt tilskud.

Til nr. 6

Som følge af delingen af lovforslaget og udskillelsen af de bestemmelser, der vedrører indhentning af elektroniske helbredsoplysninger, udgår de henvisninger i straffebestemmelsen, som vedrører adgangen til at indhente elektroniske helbredsoplysninger.

Bestemmelsen svarer i øvrigt til den foreslåede straffebestemmelse i det oprindelige lovforslags § 1, nr. 35 (sundhedslovens § 271).

Til nr. 7

Samtidig med sundhedslovens ikrafttræden den 1. januar 2007 ophæves bl.a. lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring.

Som konsekvens heraf foreslås apotekerlovens henvisninger til henholdsvis sygehusloven og lov om offentlig sygesikring ændret til de relevante bestemmelser i sundhedsloven, der – som nævnt – vil være gældende pr. 1. januar 2007.

Forslaget indebærer for det første, at den i apotekerlovens § 4, stk. 1, anførte henvisning til sygehuslovens § 3 erstattes af en henvisning til sundhedslovens § 74, stk. 2, og § 75, stk. 2-4.

Forslaget indebærer endvidere, at den i apotekerlovens § 44, stk. 4, anførte henvisning til § 7, stk. 1 og 2, i lov om offentlig sygesikring erstattes af en henvisning til sundhedslovens §§ 143-154.

Til nr. 10

Der er tale om en konsekvensændring som følge af delingen af lovforslaget.

Til nr. 11

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. april 2007. Dette ikrafttrædelsestidspunkt sikrer den fornødne tid til, at Folketinget særskilt kan behandle bestemmelserne i lovforslaget vedrørende it-anvendelse i sundhedsvæsenet samt adgangen til at indhente elektroniske helbredsoplysninger.

Til nr. 12

Der er tale om en konsekvensændring som følge af delingen af lovforslaget.

Hans Andersen (V) Joan Erlandsen (V) Birgitte Josefsen (V) Preben Rudiengaard (V) nfm.d.

Jørgen Winther (V) Birthe Skaarup (DF) fmd. Karin Nødgaard (DF) Helle Sjelle (KF)

Pia Christmas-Møller (KF) Lone Møller (S) Lise von Seelen (S) Karen J. Klint (S)

Lene Hansen (S) Charlotte Fischer (RV) Elsebeth Gerner Nielsen (RV) Anne Baastrup (SF)

Per Clausen (EL)

Siumut, Tjóðveldisflokkurin, Fólkaflokkurin og Inuit Ataqatigiit havde ikke medlemmer i udvalget.

Folketingets sammensætning

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	52	Enhedslisten (EL)	6
Socialdemokratiet (S)	47	Siumut (SIU)	1
Dansk Folkeparti (DF)	24	Tjóðveldisflokkurin (TF)	1
Det Konservative Folkeparti (KF)	18	Fólkaflokkurin (FF)	1
Det Radikale Venstre (RV)	17	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	11		

Oversigt over bilag vedrørende L 50

Bilagsnr.	Titel
1	Høringssvar og høringsnotat, fra indenrigs- og sundhedsministeren
2	Henvendelse af 2/11-06 fra Danmarks Apotekerforening
3	Henvendelse af 3/11-06 fra Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter
4	Henvendelse af 1/11-06 fra Forbrugerrådet
5	Henvendelse af 3/11-06 fra Farmakonomforeningen
6	Henvendelse af 8/11-06 fra Foreningen af Radiografer i Danmark
7	Henvendelse af 8/11-06 fra Dansk Farmaceutforening
8	Tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
9	Henvendelse af 14/11-06 fra Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter
10	Henvendelse af 8/11-06 fra ansatte i psykiatrien i Randers
11	Henvendelse af 14/11-06 fra Foreningen af Kliniske Diætister og Kost & Ernæringsforbundet
12	Henvendelse af 8/11-06 fra Danske Bioanalytikere
13	Henvendelse af 14/11-06 fra FOA Fag og Arbejde
14	Tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
15	Oplæg til ekspertmøde om lovforslagets elementer vedrørende EPJ
16	Henvendelse af 15/11-06 fra Jan Rosenberg, Psykiatrien i Ringkøbing Amt
17	Henvendelse af 16/11-06 fra IT-Branchen
18	Henvendelse af 15/11-06 fra Danske Afspændingspædagoger
19	Henvendelse af 16/11-06 fra social- og sundhedsassistenter på Sygehus Fyn Svendborg
20	Ekspertmøde den 22/11-06 om lovforslagets element vedrørende EPJ
21	Kopi af svar på spm. S 490 og S 491 om brugen af personlige elektroniske medicinprofiler, fra indenrigs- og sundhedsministeren
22	Henvendelse af 21/11-06 fra Dansk Socialrådgiverforening
23	Henvendelse af 21/11-06 fra EMC Computer Systems A/S
24	Henvendelse af 21/11-06 fra Danske Regioner
25	Materiale modtaget af Råd for IT- og Persondatasikkerhed ved møde den 22/11-06
26	Materiale modtaget af Apotekerforeningen ved foretræde den 22/11-06
27	Materiale modtaget af Michael Erichsen, PROSA, ved ekspertmøde den 22/11-06
28	Materiale modtaget af Ivan Lund Pedersen, Region Sjælland, ved ekspertmøde den 22/11-06
29	Materiale modtaget af Anne-Mette Oudrup, IT-Branchen, ved ekspertmøde den 22/11-06
30	Notat modtaget af Råd for IT- og Persondatasikkerhed: »Afrapportering fra sikkerhedsgruppen«
31	Henvendelse af 22/11-06 fra Region Midtjylland
32	Henvendelse af 28/11-06 fra Datatilsynet
33	1. udkast til betænkning
34	Henvendelse af 12/11-06 fra Jane Gertsen, København
35	Henvendelse af 15/11-06 fra ansatte på Brønderslev Psykiatriske Sygehus
36	Henvendelse af 1/12-06 fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed
37	2. udkast til betænkning
50	Udvalgenes betænkninger m.m. (undt. finans- og tillægsbev.lovforslag)

Bilagsnr.	Titel
38	Fortroligt omdelt henvendelse
39	Ændringsforslag, fra indenrigs- og sundhedsministeren
40	3. udkast til betænkning
41	Henvendelse af 8/12-06 fra Dansk Psykolog Forening
42	Ændringsforslag, fra indenrigs- og sundhedsministeren
43	4. udkast til betænkning

Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 50

Spm.nr.	Titel
1	Spm. om kommentar til henvendelse af 2/11-06 fra Danmarks Apotekerforening, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
2	Spm. om kommentar til henvendelse af 3/11-06 fra Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
3	Spm. om kommentar til henvendelse af 1/11-06 fra Forbrugerrådet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
4	Spm. om kommentar til henvendelse af 3/11-06 fra Farmakonomforeningen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
5	Spm. om kommentar til henvendelse af 8/11-06 fra Foreningen af Radiografer i Danmark, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
6	Spm. om kommentar til henvendelse af 8/11-06 fra Dansk Farmaceutforening, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
7	Spm., om det fremover bliver muligt at udforme den elektroniske patientjournal således, at sundhedspersonalet afskæres adgang til visse former for oplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
8	Spm., om det i den elektroniske medicinprofil er teknisk muligt at afskære de enkelte faggruppers adgang til visse oplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
9	Spm., om ministeren har fagligt dække for at oplyse overfor Folketinget, at det ikke er teknisk muligt at lave en afgrænsning af de oplysninger, der fremgår af EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
10	Spm. om, hvorfor ministeren vil etablere et totalt system og så først bagefter se på, om man kan foretage nogle afgrænsninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
11	Spm. om, hvilke faggrupper der i dag har direkte adgang til oplysninger i patientjournaler, og hvilke af disse der ved en vedtagelse af lovforslaget ikke længere har samme adgang, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
12	Spm. om, hvilke faggrupper der i dag har direkte adgang til oplysninger i Medicinprofilen, og hvilke af disse der ved en vedtagelse af lovforslaget ikke længere har samme adgang, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
13	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at Datatilsynet har ressourcer til at føre det fornødne tilsyn med EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
14	Spm. om, hvor ofte Datatilsynet vil udføre kontrol med EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
15	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at uberettiget brug af EPJ kan kontrolleres, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
16	Spm., om ministeren har overvejet et jævnlgt tilsyn fra administrerende overlæge af, hvem der har været inde i en given journal, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
17	Spm., om ministeren har overvejet at sikre en eller anden form for kontrol af, hvem der ser på en given journal, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
18	Spm., om der overvejes at bruge personlige adgangskoder, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
19	Spm. om, hvor længe en given journal kan stå åben, uden at den aktuelt bruges, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
20	Spm., om der findes erfaringer fra andre lande om, hvilke faldgrupper der kan opstå ved at etablere så stort et projekt, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
21	Spm., om ministeren har overvejet, hvordan man kan afgrænse bestemte typer af oplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
22	Spm. om Datatilsynets kommentar til, at det er Datatilsynet, der bliver ansvarlig for dette nye område, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
23	Spm., om det er korrekt, at indlæggelse på psykiatriske hospitaler også vil fremgå af EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
24	Spm. om, hvad ministeren mener om et forslag, hvorefter patienten har adgang til at se, hvem der har set i journalen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
25	Spm. om, i hvilke tilfælde en ansat risikerer fængselsstraf for indhentelse og viderebringelse af oplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
26	Spm. om ventetider på blodprøver, scanning m.v. fra de enkelte regioner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
27	Spm., om den foreslåede forkortede fritvalgsgaranti vil kunne indebærer, at læger reelt tvinges til at prioritere sygdomme, hvor der er konkurrence fra private tilbud, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
28	Spm., om det er korrekt, at medicinske afdelinger sjældent har et privat alternativ, som er brugbart for en ældre patient, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
29	Spm. om forskellene mellem oplysninger i sygeplejerskejournaler og elektroniske patientjournaler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
30	Spm. om, hvordan EPJ kan fungere, så ansatte har afgrænset adgang til journaloplysningerne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
31	Spm. om, hvor lang tid det vil tage at udvikle et system, der giver afgrænset adgang til EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
32	Spm. om, hvor store merudgifter fejlmedicineringer er årsag til, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
33	Spm. om de kommende regioners kommentar til den foreslåede nedsættelse af behandlingsfristen fra 2 til 1 måned, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
34	Spm. om, hvilke andre lande der i deres EPJ-system har indbygget afgrænset adgang til forskellige oplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
35	Spm. om redegørelse for samtlige sundhedsfaglige personalegrupperes nuværende adgang til oplysninger i EPJ og papirjournaler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
36	Spm. om, hvilken betydning det får for personalegruppernes arbejdsgange med ændret adgang til patientoplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
37	Spm. om, hvordan og hvornår patienten bliver informeret om muligheden for at frabede sig, at læger m.fl. indhenter oplysninger i patientjournalen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
38	Spm., om ministeren er enig i, at patientens mulighed for at frabede sig lægers m.fl. adgang til visse oplysninger er indholdsløse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
39	Spm. om, hvordan det kontrolleres, at der alene indhentes oplysninger, der er nødvendige i forbindelse med aktuell behandling af patienten, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
40	Spm. om, i hvilket omfang patienten kan begrænse lægers m.fl. videregivelse af oplysninger til øvrige sundhedspersoner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
41	Spm. om ministerens holdning til en model, hvor det generelt kræver forudgående samtykke fra patienten, for at læger m.fl. kan få adgang til oplysninger i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
42	Spm., om ministeren har sikkerhed for, at der i praksis kan tilvejebringes teknisk adgang og sikkerhedsmæssig forebyggelse af misbrug, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
43	Spm., om ministeren ikke finder det nødvendigt med en mere specifik lovregulering af it-sikkerheden af hensyn til patientsikkerheden, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
44	Spm. om, hvordan de enkelte dataansvarlige i praksis vil udmønte ansvaret for teknisk adgang og den sikkerhedsmæssige forebyggelse af misbrug, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
45	Spm., om ministeren kan garantere, at Datatilsynet har ressourcer nok til at tilpasse systemerne til datasikkerhedskravene, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
46	Spm. om, hvordan faggrupper, der normalt ikke har adgang til de elektroniske oplysninger, skal reagere i en akutsituation, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
47	Spm. om, hvad det betyder af ændrede arbejdsgange for de faggrupper, der i dag har adgang til patientoplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
48	Spm. om, hvordan det harmonerer med lovforslagets formål, at flere sundhedsfaglige grupper ikke har direkte adgang til oplysninger i elektroniske systemer, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
49	Spm., om det er korrekt forstået, at afgrænsningen for direkte adgang til EPJ for visse sundhedspersoner er begrundet i sikkerhedsmæssige forhold, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
50	Spm., om ministeren ikke tror, at sikkerhed for den enkelte mest har at gøre med, at visse oplysninger ønsker man generelt ikke andre skal have adgang til, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
51	Spm., om det ikke er mere relevant, at adgangen til oplysninger i EPJ afgrænses af hensyn til patientbehandlingen og ikke af hensyn til faggruppens uddannelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
52	Spm., om det er teknisk muligt at give patienten adgang til sin egen EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
53	Spm., om det er teknisk muligt at give patienten adgang til at se, hvem der har søgt oplysninger i patients EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
54	Spm., om der er en saglig begrundelse for, at patienten ikke har adgang til oplysninger i EPJ, men har adgang til oplysninger i Medicinprofilen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
55	Spm. om, hvornår arbejdsgruppen, der bl.a. skal undersøge, om sygehusene opfylder deres informationsforpligtelse, forventes at afgive rapport, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
56	Spm. om, hvornår det bliver teknisk muligt for tilsynsmyndighederne at få adgang til individuelle patienters medicinprofil, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
57	Spm., om tandlægers adgang til Medicinprofilen forudsætter patientens samtykke, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
58	Spm., om det er teknisk muligt at give begrænset adgang alene i Medicinprofilen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
59	Spm. om redegørelse for tilsynsmyndighedernes kontrol af sundhedspersoners adgang til oplysninger i Medicinprofilen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
60	Spm., om ministeren vil igangsætte et arbejde med henblik på at få afdækket omfanget af problemerne med hyppige medicinskift, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
61	Spm. om kommentar til artikel fra Dagens Medicin nr. 32 om Medicinprofilen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
62	Spm. om kommentar til henvendelse af 14/11-06 fra Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
63	Spm. om kommentar til henvendelse af 8/11-06 fra ansatte i psykiatrien i Randers, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
64	Spm. om kommentar til henvendelse af 14/11-06 fra Foreningen af Kliniske Diætister og Kost & Ernæringsforbundet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
65	Spm. om, hvad definitionen på den elektroniske patientjournal er, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
66	Spm. om begrundelsen for, at social- og sundhedspersonale ikke foreslås at få adgang til EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
67	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre patientsikkerheden, når social- og sundhedspersonale ikke har adgang til opdaterede patientoplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
68	Spm. om, hvorfor social- og sundhedspersonale har adgang til Medicinprofilen og ikke til EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
69	Spm. om, hvorledes social- og sundhedspersonalet kan varetage medicinering uden adgang til patientoplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
70	Spm. om, hvordan man i hjemmeplejen kan sikre sammenhængende patientforløb, når social- og sundhedspersonalet ikke må skrive i patientjournalen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
71	Spm. om redegørelse for social- og sundhedspersonalets retssikkerhed i forbindelse med pleje- og behandlingsopgaver, når de ikke har adgang til journaloplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
72	Spm., om ministeren vil sørge for at minimere de hyppige medicinskift, der følger af medicintilskudsændringerne i april 2005, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
73	Spm., om der er gennemført undersøgelse af omfanget af problemer med patientsikkerheden efter de mange medicinskift, patienterne udsættes for, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
74	Spm., om ministeren vil ændre medicintilskudsreglerne, sådan at der som hovedregel skal være betydelige prisforskelle, før patienten udsættes for et medicinskift, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
75	Spm., om ministeren vil stille større krav til leverandørerne om at levere lægemidler, der dækker efterspørgslen ved de anmeldte priser, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
76	Spm. om størrelsen af de meromkostninger, der er opstået som følge af leveringsproblemer i lægemiddeldistributionen i konsekvens af de nye regler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
77	Spm., om ministeren vil tage initiativ til, at lægerne anvender Medicinprofilen i større omfang til gavn for kvaliteten i patientbehandlingen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
78	Spm. om kommentar til henvendelse af 8/11-06 fra Danske Bioanalytikere, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
79	Spm. om kommentar til henvendelse af 14/11-06 fra FOA Fag og Arbejde, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
80	Spm. om kommentar til henvendelser fra tillidsrepræsentanter på Gentofte Sygehus, Herlev Sygehus, Glostrup Sygehus og Hvidovre Hospital, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
81	Spm., om ministeren kan garantere, at der ikke sker patientskader, hvis social- og sundhedsassistenter ikke får adgang til EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
82	Spm. om begrundelsen for, at lægesekretærer ikke har direkte adgang til oplysninger i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
83	Spm. om, hvilke omlægninger der skal ske i hospitalsvæsenet, såfremt social- og sundhedsassistenter og sekretærer ikke får adgang til EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
84	Spm. om oplysninger om den arbejdsgruppe, der skal undersøge problemerne med hyppige medicinskift blandt patienter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
85	Spm. om ministerens holdning til, at apotekerne får adgang til EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
86	Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag, der fastholder, at det er borgeren, som har ejendomsretten til informationerne i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
87	Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag, der giver relevant sundhedspersonale adgang til oplysningerne i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
88	Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag, der giver relevant sundhedspersonale relevant adgang til oplysninger i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
89	Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag, der sikrer borgerne adgang til fuld indsigt i, hvad der er registreret på dem i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
90	Spm. om teknisk bistand til ændringsforslag, der sikrer borgerne mulighed for at se, hvem der har hentet oplysninger på dem i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
91	Spm. om kommentar til henvendelse af 15/11-06 fra Jan Rosenberg, Psykiatrien i Ringkøbing Amt, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
92	Spm. om kommentar til henvendelse af 16/11-06 fra IT-Branchen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
93	Spm. om kommentar til henvendelse af 15/11-06 fra Danske Afspændingspædagoger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
94	Spm. om kommentar til henvendelse af 21/11-06 fra Dansk Socialrådgiverforening, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
95	Spm. om kommentar til henvendelse af 21/11-06 fra EMC Computer Systems A/S, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
96	Spm. om kommentar til henvendelse af 21/11-06 fra Danske Regioner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
97	Spm. om kommentar til materiale modtaget af Råd for IT- og Persondatasikkerhed ved møde den 22/11-06, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
98	Spm. om kommentar til materiale modtaget af Apotekerforeningen ved foretræde den 22/11-06, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
99	Spm. om kommentar til materiale modtaget af Michael Erichsen, PROSA ved ekspertmøde den 22/11-06, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
100	Spm. om kommentar til materiale modtaget af Ivan Lund Pedersen, Region Sjælland ved ekspertmøde den 22/11-06, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
101	Spm. om kommentar til materiale modtaget af Anne-Mette Oudrup, IT-Branchen ved ekspertmøde den 22/11-06, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
102	Spm. om ministerens kommentar til en model, hvorefter det indgår som et krav, at grossisten til billigste produkt skal forpligtes til at kunne levere præparatet i minimum 14 dage, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
103	Spm. om, hvad de økonomiske konsekvenser af en bagatelgrænse vil være, hvis der indføres krav om, at grossisten skal kunne levere billigste præparat i minimum 14 dage, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
104	Spm. om ministerens kommentar til en model, hvorefter patienten orienteres, når der har været nogen, der har set i følsomme oplysninger i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
105	Spm., om det er korrekt, at bevarelse af patientsamtykkereglen ikke vil være en barriere i forhold til de behandlingsmæssige aspekter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
106	Spm., om det er korrekt, at social- og sundhedspersonale efter gældende regler har direkte adgang til oplysninger i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
107	Spm., om det er undersøgt, hvorvidt social- og sundhedspersonalets direkte adgang til EPJ har givet anledning til mange fejl, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
108	Spm. om ministerens kommentar til, at social- og sundhedspersonale ofte arbejder alene, herunder bl.a. på nattevagter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
109	Spm. om ministerens kommentar til, at det faktisk er teknisk muligt at give begrænset adgang til oplysninger i EPJ, modsat hvad ministeren tidligere har svaret, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
110	Spm. om, hvordan man i Norge og England teknisk har løst problemet med begrænset adgang til oplysninger i EPJ, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
111	Spm. om, hvor meget den samlede behandlingsaktivitet i sundhedsvæsenet er, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
112	Spm. om, hvor meget lønudgifterne i sundhedsvæsenet er, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
113	Spm. om, hvilke diagnoser der vil være lægefagligt belæg for, at patienten venter længere end 1 måned på behandling af, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
114	Spm., om patienter kan gøre krav på behandling efter en måned i de tilfælde, hvor der er lægefagligt belæg for at patienten kan vente længere end en måned på behandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
115	Spm. om, hvad de gennemsnitlige ventetider er til behandling i de øvrige nordiske lande, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
116	Spm. om, hvor meget dyrere det er for regionen at få behandlet en patient på et privat sygehus frem for på et offentligt sygehus, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
117	Spm. om, hvor meget antallet af behandlinger på private sygehuse er steget efter indførelsen af udvidet frit sygehusvalg, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
118	Spm. om, hvor mange læger, der er tilknyttet de private sygehuse og samtidig ansat på et offentligt sygehus, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
119	Spm., om der er sikkerhed for, at de læger, der arbejder både på offentlige og private sygehuse, ikke selv kan henvise patienter til behandling i privat regi, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
120	Spm. om kommentar til notat modtaget af Råd for IT- og Persondatasikkerhed: »Afrapportering fra sikkerhedsgruppen«, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
121	Spm. om kommentar til henvendelse af 22/11-06 fra Region Midtjylland, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
122	Spm. om kommentar til henvendelse af 28/11-06 fra Datatilsynet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
123	Spm., om det er korrekt, at patientjournaler hos privatpraktiserende læger er deres personlige ejendom, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
124	Spm. om kommentar til henvendelse af 12/11-06 fra Jane Gertsen, København, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
125	Spm. om kommentar til henvendelse af 15/11-06 fra ansatte på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
126	Spm. om kommentar til henvendelse af 1/12-06 fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
127	Spm. om kommentar til fortroligt omdelt henvendelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
128	Spm. om kommentar til henvendelse af 8/12-06 fra Dansk Psykolog Forening, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Henvendelser fra Danmarks Apotekerforening

Folketingets Sundhedsudvalg

Christiansborg

1240 København K

02-11-2006

Lovforslag nr. L 50, Forslag til ændring af sundhedsloven

Indenrigs- og sundhedsministeren har den 25. oktober 2006 fremsat forslag til ændring af sundhedsloven (L 50). Lovforslaget skal førstebehandles onsdag den 8. november 2006.

Apotekerforeningen opfordrer kraftigt til, at Sundhedsudvalget i forbindelse med behandlingen af L 50 arbejder for, at der gennemføres en bagatelgrænse på medicintilskudsområdet for at afbøde de akutte negative effekter af medicintilskudsreglerne, der blev gennemført pr. 1. april 2005.

Apotekerforeningen har med et brev til indenrigs- og sundhedsministeren af 7. september 2006 stillet forslag om, at der i sundhedslovens regler om medicintilskud indføres en bagatelgrænse, så der bliver adgang til at få udleveret og få beregnet fuldt tilskud til de lægemidler, der har en pris meget tæt på den billigste.

Apotekerforeningens forslag om en bagatelgrænse er fremsat som en løsning på de mange problemer, der er opstået på tilskudsområdet i lyset af ændringen af tilskudsreglerne, herunder massive leveranceproblemer, mange daglige ændringer er tilskudspriserne, risiko for at patienterne ikke kan få udleveret deres medicin med fuldt tilskud, samt en markant stigning i omfanget af præparatskift.

Alle disse problemer har Apotekerforeningen vedvarende gjort opmærksom på gennem det seneste år, ligesom problemerne har været genstand for væsentlig omtale og debat. Der har i debatten fra mange sider været udtrykt stor forståelse for foreningens forslag om en bagatelgrænse. Der er generel enighed om, at indførelsen af en bagatelgrænse på tilskudsområdet me-

get effektivt vil kunne løse de omfattende leveringsproblemer og væsentligt nedbringe problemerne med hyppige medicinskift og deraf følgende forvirring og forringet patientsikkerhed.

Apotekerforeningen finder det derfor beklageligt, at lovforslaget nu er fremsat, uden at indenrigs- og sundhedsministeren har besvaret hverken Apotekerforeningens henvendelse eller Sundhedsudvalgets spørgsmål om problemstillingen eller forholdt sig til den kritik af de negative konsekvenser af det gældende regelsæt, som er fremsat af både patienter og sundhedsprofessionelle.

Den justering af sundhedsloven, der lægges op til med L 50 (medicin med en B-pris kan bevare sin tilskudspris i resten af en prisperiode, når det billigste rammes af leveringssvigt), vil på ingen måde løse leveranceproblemerne for de billigste lægemidler, ligesom justeringen ikke vil nedbringe omfanget af præparatskift.

Tilsvarende har nogle gennemførte administrative ændringer i Lægemiddelstyrelsens håndtering af leveringsproblemerne ikke haft den ønskede effekt. Allerede fra starten af hver prisperiode på 14. dage er der fortsat et meget stort antal af de billigste pakninger, der ikke kan leveres til apotekerne.

På samfundsplan viser Apotekerforeningens beregninger, at forslaget om en bagatelgrænse vil kunne spare patienterne for mere end halvdel af op mod 7 mio. præparatskift om året. Den umiddelbare merudgift til medicin vil højst udgøre ca. 15 mio. kr. årligt. Forslaget vil samtidig bevirke en række afledte besparelser som følge af reduceret fejlmedicinering, herunder færre medicinrelaterede sygehusindlæggelser m.v.

Der er derfor tale om en åbenlys god investering, der vil betyde, at patienterne omsider oplever et forståeligt og retfærdigt tilskudssystem, hvor patienterne ikke skal gå forgæves og ikke tvinges ud i unødvendige og talrige medicinskift for at opnå at få fuldt tilskud til deres medicin.

Jeg vedlægger til orientering kopi af foreningens brev til indenrigs- og sundhedsministeren af 7. september 2006, hvor forslaget om en bagatelgrænse er mere udførligt beskrevet.

Med venlig hilsen

Niels Kristensen

Formand

Indenrigs- og sundhedsminister

Lars Løkke Rasmussen

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K

07-09-2006

Kære Lars Løkke Rasmussen

Det er nu 16 måneder siden, lovgivningen om medicintilskud blev ændret, så tilskud til medicin nu bliver beregnet på grundlag af prisen på det billigste lægemiddel i hver gruppe af synonyme lægemidler.

Ændringen af reglerne skete med afsæt i anbefalingerne fra medicintilskudsudvalget, med det formål at hverken den offentlige sygesikring eller patienterne skal betale mere end nødvendigt for deres receptpligtige medicin. Rationalet bag de nye regler var, at patienterne skulle flytte deres medicinforbrug til det til enhver tid billigste lægemiddel, da patienterne ellers vil skulle betale forskellen mellem den billigste og den udleverede pakning. Samtidig mente man, at de nye regler vil skabe større gennemsigtighed og være nemmere at administrere og lettere at forstå for virksomheder og borgere.

Medicintilskudsudvalget var imidlertid allerede under sine drøftelser opmærksom på risikoen for leverancesvigt og anbefalede derfor, at udviklingen skulle følges nøje, og at der om nødvendigt skulle foretages ændringer for at imødegå eventuelle leveranceproblemer. Tilsvarende blev forsyningsproblematikken under de efterfølgende politiske forhandlinger indgående behandlet, og det var en forudsætning for den politiske tilslutning til regelændringerne, at ingen patient måtte risikere at stå i en situation, hvor apoteket ikke ville være i stand til at udlevere et lægemiddel til patienten med fuldt tilskud.

Apotekerne har siden de nye reglers ikrafttræden oplevet konsekvenserne af reglerne fra første geled, og apotekerne konstaterede hurtigt, at de forudgående bekymringer til fulde var velbeholdede. Omfanget af leveranceproblemer, som er fulgt i kølvandet på de nye tilskudsregler, har været uden sidestykke og skabt uforudsigelige og utilfredsstillende vilkår for patienterne helt i strid med de oprindelige intentioner.

Til beskrivelse af situationen kan Apotekerforeningen pege på,

- at der i en typisk prisperiode på 14 dage er mellem 250 og 300 varenumre, som i forhold til den foregående prisperiode, ændrer status til nye billigste præparater,
- at der i en typisk prisperiode dagligt foretages 60-80 genfastsættelser af tilskudsprisen, fordi det billigste lægemiddel er i leverancesvigt,
- at der ofte foretages mange genfastsættelser af tilskudsprisen i en enkelt lægemiddelgruppe i løbet af 14 dages perioden, fordi det billigste lægemiddel ikke kan leveres. 5-6 genfastsættelser inden for en enkelt medicingruppe på 14 dage er ikke usædvanligt, og der er eksempler på helt op til 8 genfastsættelser inden for samme gruppe, samt
- at der i en typisk tilskudsperiode er ca. 45 substitutionsgrupper, hvor de billigste lægemidler allerede fra periodens første dag er i leverancesvigt.

Det er med de nævnte forhold en forudsætning, at de forskellige led i distributionskæden hver dag afsætter betydelige ressourcer til nye bestillinger, ombytninger af varelagre osv. i forsøget på at imødegå patienternes efterspørgsel efter netop de pakninger, som til enhver tid danner grundlag for patienternes medicintilskud. Gevinsten ved de ofte helt marginale prisændringer på få ører, som afgør, om et præparat i en tilskudsperiode opnår status som det allerbilligste, står sjældent mål med omkostningerne forbundet med at håndtere de mange ombytninger.

De mange leveringsvigt og daglige genberegninger af tilskudsprisen, som tidligst har virkning fra dagen efter leveringsvigtet er konstateret, indebærer endvidere en betydelig risiko for, at patienter i praksis oplever ikke umiddelbart at kunne få udleveret det lægemiddel, hvortil der beregnes fuldt medicintilskud.

Derfor stiller Apotekerforeningen nu et stort spørgsmålstejn ved, om de gældende regler i tilstrækkelig grad formår at leve op til forudsætningen bag den nye tilskudslovgivning, at patienter ikke påføres umødige merudgifter eller oplever at gå forgæves på apoteket efter den medicin, som er forbundet med beregning af fuldt tilskud.

Det er dog også nødvendigt at pege på, at den manglende stabilitet på markedet for den substituerbare, receptpligtige medicin efter Apotekerforeningens opfattelse har nået et niveau, hvor forholdene for nogle patienter kan have negative konsekvenser for selve lægemiddelanvendelsen og dermed patientsikkerheden. Apotekerne anser det for en meget væsentlig opgave at bidrage til en god medicinøkonomi for samfundet og for den enkelte patient og medvirker gennem substitutionsordningen til at tilvejebringe en årlig samfundsmæssig besparelse på flere hundrede millioner kr. Men de massive leveranceproblemer og det meget store antal udskiftninger i hver prisperiode af, hvilke lægemidler, der har status som de billigste, indebærer, at patienter i varig medicinering og navnlig ældre mennesker med et stort og sammensat medicinforbrug efter den 1. april 2005 har oplevet en markant stigning i hyppigheden og omfanget af skift i de præparater, de får udleveret på apoteket.

For en patient i varig behandling med flere lægemidler kan det bedste alternativ være at fastholde en dyrere behandling med de kendte præparater for at undgå risikoen for de hyppige præparatskift. Derved opnår disse patienter ikke fuldt tilskud, og de påføres helt i strid med hensigterne bag reglerne en øget udgift for deres medicin – altså en økonomisk konsekvens, som altså særligt rammer de patienter, der er mest sårbare i kraft af deres større medicinforbrug.

Apotekerforeningen har i løbet af det seneste år gjort myndighederne opmærksom på konsekvenserne af de nye regler og understreget behovet for ændringer. Apotekerforeningen er informeret om, at der lægges op til nogle justeringer i administrationen af reglerne, og foreningen har i dag modtaget et forslag til ændring af sundhedsloven i høring, hvori det foreslås, at der kan fastsættes regler om, at en tilskudspris kan opretholdes 14-dages perioden ud, uanset om et billigere lægemiddel bliver tilgængeligt i perioden.

Efter Apotekerforeningens opfattelse er de planlagte justeringer dog utilstrækkelige til at sikre, at patienterne fremover til enhver tid kan få udleveret et lægemiddel med fuldt tilskud og samtidig begrænse omfanget og hyppigheden af præparatskift til et rimeligt og forsvarligt niveau.

Apotekerforeningen foreslår, at der indføres en bagatelgrænse, så forbruget af medicin fordeles mere ligeligt mellem de præparater, som prismæssigt ligger meget tæt på den billigste pakning (f.eks. 5 kr. eller 5 pct. af prisen op til højst 20 kr. af apoteksprisen). Forslaget ligger i forlængelse af medicintilskudsudvalgets påpegnings af muligheden for at indføre et »bælte«, inden for hvilket apotekerne frit kan udlevere lægemidler, såfremt de nye tilskudsregler skulle vise sig at medføre leveringsproblemer.

Apotekerforeningens løsning indebærer, at patienterne vil kunne få udleveret lægemidler med priser inden for bagatelgrænsen og samtidig få beregnet fuldt tilskud til disse lægemidler. Foreningen gør i den forbindelse opmærksom på, at der ved indførelsen af de nye tilskudsregler var enighed om at bevare bagatelgrænsen for substitution for at afbøde presset på den billigste pakning. At opretholde en bagatelgrænse for substitution har dog kun begrænset virkning, når der samtidig udelukkende ydes fuldt tilskud til det allerbilligste lægemiddel.

Derfor bør der – for at ligestille de borgere, som får udleveret lægemidler inden for bagatelgrænsen og skabe sammenhæng mellem substitutions- og tilskudsreglerne – etableres en lovmæssig adgang til at beregne fuldt tilskud for de patienter, som får udleveret lægemidler, der prismæssigt kun marginalt adskiller sig fra den billigste pakning.

Gennemførelse af Apotekerforeningens forslag vil betyde, at patienterne vil opnå stor sikkerhed for, at de til enhver tid kan få udleveret et lægemiddel, som er forbundet med fuldt tilskud. Samtidig betyder forslaget, at patienterne i langt højere grad vil kunne fastholdes i behandling med den samme medicin, så længe prisforskellen til den allerbilligste pakning ikke overstiger bagatelgrænsen.

En analyse af den konkrete medicinordination for 4 typiske ældre patienter fra en lægepraksis viser, at en gennemførelse af forslaget ville kunne spare de pågældende patienter for 37 ud af 45 medicinskift på et år, og at dette kun ville koste

patienter og sygesikring 130 kr. tilsammen. En af patienterne, en 72-årig mand med forhøjet blodtryk og kolesterol, diabetes-2, apopleksi og gigt, vil med forslaget kunne slippe for 15 ud af 19 medicinskift om året. Pris: 53,20 kr. eller 3,50 kr. pr. sparet skift.

På samfundsplan viser Apotekerforeningens beregninger, at forslaget vil kunne spare danskerne for op mod 4 mio. præparatskift om året. Prisen vil højst være 15 mio. kr., svarende til 0,3 pct. af prisen på de receptpligtige, substituerbare lægemidler, eller svarende til ca. 1 promille af de samlede lægemiddeludgifter, idet det lægges til grund, at der ved behandlingsstart vælges det billigste tilgængelige lægemiddel.

Apotekerforeningen mener, at der her er tale om en helt oplagt investering i patienternes tryk og sikkerhed, der hurtigt vil have tjent sig hjem i form af færre medicineringsfejl samt en

væsentlig reduktion af de samfundsmæssige ressourcer, der medgår til håndteringen af de mange leverancesvigt og de gener, som herved påføres patienterne.

Samtidig finder Apotekerforeningen det afgørende, at løsningsforslaget vil kunne genoprette patienternes oplevelse af stabilitet og gennemskuelighed i både deres medicinering og i beregningen af deres medicintilskud. Forslaget er dermed i overensstemmelse med de oprindelige tanker bag regelændringerne, hvor man havde fokus på, at medicinudgifterne hænger nøje sammen med kvaliteten af patienternes lægemiddelanvendelse.

Apotekerforeningen opfordrer til, at løsningsforslaget inddrages i den ændring af sundhedsloven, som planlægges behandlet i Folketinget i efteråret.

Med venlig hilsen

Anders Kretzschmar

Adm. Direktør

Folketingets Sundhedsudvalg

L 50 – forslag om ændring af sundhedsloven

22. november 2006

Apotekerforeningens udgangspunkt for forslaget

- Substitution er godt, og apotekerne sparer hvert år herved samfundet for et milliardbeløb, men..
- De nuværende regler for medicintilskud har et for ensidigt fokus på det økonomiske aspekt
- Alt for mange og gentagne lægemiddelskift indebærer en risiko for dårligere compliance
- Apotekerforeningen vil sikre en bedre balance mellem det økonomiske hensyn og patientsikkerheden
- Apotekerne tjener det samme uanset hvilket konkret lægemiddel der udleveres

Problemer med leveringssvigt og medicinskift

- 250-300 varenumre ændrer status til nye billigste pakninger hver 14. dag
- 60-80 genfastsættelser af tilskudsprisen hver dag på grund af leveringssvigt
- 45 substitutionsgrupper er i leveringssvigt allerede fra første dag i prisperioden
- 7 mio. medicinskift hvert år

Forslag om en bagatelgrænse for medicintilskud

- Apotekerne får adgang til at udlevere og yde fuldt tilskud til lægemidler, der har en pris meget tæt på den billigste (f.eks. 5 kr. eller 5 pct. af prisen op til højst 20 kr. af apoteksprisen)
- Vil afbøde virkningen af de omfattende leveranceproblemer
- Vil give sikkerhed for, at der altid kan udleveres et lægemiddel med fuldt tilskud
- Vil effektivt nedbringe omfanget af medicinskift for den enkelte patient

Apotekerforeningens forslag

Nuværende regler:

- 7 mio. præparatskift årligt
- Risiko for at der ikke kan udleveres et lægemiddel med fuldt tilskud
- Små prisændringer udløser præparatskift
- Omfattende leverancevigt
- Retten til fuldt tilskud mistes ved små prisændringer

Apotekerforeningens forslag:

- 4 mio. færre præparatskift
- Der kan i alle tilfælde udleveres et lægemiddel med fuldt tilskud
- Små prisændringer udløser ikke præparatskift
- Leveranceproblemer afhjælpes
- Retten til fuldt tilskud bevares ved små prisændringer