

## Underbilag til bilag 3.

**Notat udarbejdet af MEDIFs repræsentant i Apotekerlovudvalget,  
højesteretssagfører E. Groth-Andersen.**

En lille gruppe læger og med dem læge Per Buch Andreasen har flere steder — herunder i MEDIF — behandlet spørgsmålet lægemiddelinformation, hvorved udgangspunktet er et efter deres opfattelse for stort medicinforbrug. Nu kan man altid sætte spørgsmåltegn ved, hvad der er „for stort“ — er det generelt eller konkret, hvad er det i forhold til, er det bedre (og billigere?) med et stort medicinforbrug end f. eks. et stort „hospitalsforbrug“ etc.? Men det skal jeg lade ligge.

Buch Andreasen angriber medicireklamen og informationen og foreslår central udvælgelse af præparater o. m. a.

Her er den efter min formening første grundlæggende fejl. Det erkendes nemlig, at man ikke ved, om reklame over for læger forøger forbruget — en undersøgelse af dette spørgsmål er i gang i WHO, men man må tvivle på, at der kan fås et bare nogenlunde sikkert svar på et sådant „udflydende“ spørgsmål. Derimod mener han, at reklame kan flytte forbruget fra et præparat til et andet — identisk — præparat. Det er utvivlsomt rigtigt, men jeg forstår ikke, hvorfor dette skulle være betænkeligt. Vi forudsætter, at alle farmaceutiske specialiteter — som det fremtidig bliver tilfældet i Danmark — er godkendt til optagelse i specialitetsregisteret. Et sagkyndigt forum har altså sagt god for dem og har accepteret, at nyttevirkningerne er større end eventuelle bivirkninger (som man kan være enig i altid bør undersøges nøje og til stadighed følges op). Ud fra dette må det da, alt andet lige, være bedre, at der foreligger flere identiske præparater — ja vel også præparater, som med forskel i de aktive indholdsstoffer kan være lige anvendelige ved det pågældende sygdomstilfælde. Dette skærper priskonkur-

rencen og skulle ikke betyde et større samlet forbrug. Men her er vi ved næste fejl eller uklarhed i Buch Andreasens argumentation. På den ene side anføres, at der for hans skyld gerne må beregnes højere priser på de præparater, der „udvælges“, og man er også inde på en offentlig afgift for at modvirke merforbruget. På den anden side anføres, at de centrale lægemiddelkomiteer (jfr. nedenfor) skal tage hensyn til prisen. Dette rimer ikke. Jeg skal undlade at komme dybere ind på, at det af Buch Andreasen forudsættes, at priserne på apoteksfremstillede præparater uden videre vil kunne være billigere end de fabriksfremstillede, og at han — ligesom andre — lægger dette til grund for et krav om, at „fællesnavn“ — et misbrugt ord — skal anføres med samme typer som særnavnet. Apoteksproduktionen af farmaceutiske specialiteter er i virkeligheden en anomali i et moderne industrielt samfund, hvortil kommer, at produktionen i Danmark i realiteten kun kan opretholdes, fordi fabrikspræparaterne betaler underskuddet ved apotekernes salg af mærkevarer (tandpasta, sæbe etc.) og til dels underskuddet ved medicinproduktion, jfr. Skov-Madsens undersøgelse.

En anden fejl — eller undladelse — er endnu mere alvorlig. Når den omtalte gruppe taler om identiske præparater forbigås, at det i hvert fald er et meget stort spørgsmål, hvorvidt man overhovedet kan tale om identiske præparater. Dette gælder således generelt med hensyn til apoteksproduktionen, som den foregår i dag — apotekspræparaterne er i vid udstrækning næppe identiske med de tilsvarende fabrikspræparater — og i øvrigt har videnskabelige undersøgelser vist, at man, selv for så vidt angår ensartede fabrikspræparater, kan påvise adskillige afvigelser i den måde, på