

Bortfaldet spørgsmål**Spm. nr. S 2005**

Spørgsmål nr. S 2005, der var stillet af Mariann Fischer Boel (V) til sundhedsministeren, blev den 20. juli 1995 taget tilbage af spørgeren. Spørgsmålet, der dermed var bortfaldet, var sålydende:

Til sundhedsministeren (28/6 95) af:

Mariann Fischer Boel (V):

»Vil ministeren udarbejde en opstilling over udviklingen i forbruget af antibiotika (i mængder) gerne fordelt på smal- og bredspektrede præparater over en 10-årig periode?«

Spm. nr. S 2006

Til sundhedsministeren (28/6 95) af:

Mariann Fischer Boel (V):

»Vil ministeren give et skøn over, hvor stor en besparelse der vil være ved den »omvendte G-ordning«, beskrevet på side 111 i »Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende udviklingen i medicinudgifterne« fra december 1994?«

Svar (5/7 95)

Sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen):

Efter de gældende regler kan lægen ved G-markering på recepten overlade til apoteket at udlevere det billigste synonyme lægemiddel. Ved en omvendt G-ordning skal lægen markere på recepten, hvis substitution til det billigste lægemiddel ikke må finde sted.

G-ordningen bruges ikke særlig ofte. En undersøgelse fra maj 1994 viste, at lægerne kun G-mærker recepterne i 2,5 pct. af de tilfælde, hvor det er muligt.

Siden indførelse af generisk substitution i 1991 og fastkroneordningen i 1993 har forbruget af billige præparattyper uanset de få G-mærkede recepter været stigende. Det er bl.a. udtryk for, at nogle læger foretrækker at ordinere de billige præparater i stedet for at G-mærke recepten.

Det har under hensyntagen til tidsfristen for besvarelse af det stillede spørgsmål ikke været muligt at foretage en gennemgang af det samle-

de besparelspotentiale ved en fuld udnyttelse af generisk substitution.

Sundhedsministeriet skønnede i forbindelse med indførelse af G-ordningen, at besparelsen ved en fuld udnyttelse af ordningen ville være i størrelsesordenen 150 mio. kr. Siden er priskonkurrencen som følge af parallelimport og fastkroneordningen øget, og forbruget af de billige præparater er steget. Det er ikke muligt at forudse, i hvilket omfang lægerne eller patienterne aktivt vil fravælge substitution under en omvendt G-ordning. F.eks. gik 42 pct. af lægerne og 6 pct. af patienterne i New Jersey, USA, som har omvendt G-ordning, aktivt imod substitution i 1987.

De lægemidler, der er omfattet af G-ordningen, er også underlagt fastkroneordningen. Sygesikringens tilskud beregnes derfor ud fra gennemsnittet af prisen på de to billigste lægemidler i gruppen. Derfor vil sygesikringens besparelse ved en omvendt G-ordning være yderst begrænset.

Patienternes besparelse kan meget løst anslås til maksimalt 50 mio.kr. afhængig af, i hvilket omfang ordningen aktivt fravælges af læge eller patient.

Jeg minder om, at regeringen i prisaftalen gav medicinindustrien tilsagn om, at bl.a. en omvendt G-ordning ikke gennemføres inden 1. april 1997.

Spm. nr. S 2007

Til sundhedsministeren (28/6 95) af:

Mariann Fischer Boel (V):

»Vil ministeren give et skøn over, hvor stor en besparelse der vil være ved »analog substitution«, beskrevet på side 111 i »Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende udviklingen i medicinudgifterne« fra december 1994?«

Svar (5/7 95)

Sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen):

Gennemførelse af en ordning med analog substitution forudsætter, at der på baggrund af en faglig vurdering træffes beslutning om, hvordan grupper af analoge lægemidler kan afgrænses. En sådan afgrænsning forudsætter endvidere, at