

BETÆNKNING
OM
TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

afgivet af
det af socialministeriet nedsatte udvalg
til revision af medicintilskudsordningen



ex 2

BETÆNKNING NR. 659
KØBENHAVN 1972

Statens trykningskontor
So 00-220-bet.

ISBN 87 503 1354 1

Indholdsfortegnelse•

1.	Udvalgets opgave og sammensætning	5.
2.	Lovgrundlaget. Tidligere undersøgelse	9.
2.1.	Gældende lovbestemmelser	9.
2.2.	Tidligere undersøgelse	11.
3.	Medicintilskudsordninger i andre lande	13.
3.1.	De nordiske lande	13.
3.2.	Storbri tannien	14.
3.3.	Vesttyskland	15.
3.4.	Andre ordninger	16.
4.	Udvalgets undersøgelser	17.
4.1.	Undersøgelsesmuligheder	17.
4.2.	Receptundersøgelsen	20.
5.	Arbejdsgruppens forslag til en ny tilskudsordning	22.
5.1.	Målsætning	22.
5.2.	Primært forslag	22.
5.3.	Alternativt forslag	25.
6.	Udvalgets vurdering af arbejdsgruppens forslag Alternativer	26.
6.1.	Vurdering	26.
6.2.	Alternative tilskudsordninger	31.
6.3.	Konklusion	35.
6.4.	Forholdet til De europæiske Fællesskaber	36.
7.	Sociale støtteordninger	37.
7.1.	Gældende praksis	37.
7.2.	Retningslinier for supplerende medicinhjælp	39.
8.	Økonomiske konsekvenser	4L
8.1.	Udgifter i 1971 til tilskudsberettigede lægemidler	4L
8.2.	Udgifter pr. 1. april 1973 efter gældende ordning	41.
8.3.	Udgifter ved udvalgsflertallets forslag	42.
8.4.	Ændring af refusionsreglerne	42.
8.5.	Besparelsesmuligheder	44.
9.	Sammenfatning	46.

Bilag.

Bilag I	Receptundersøgelsen den 28. september 1971	51.
	Underbilag 1	55.
	Underbilag 2	57.
Bilag II	Arbejdsgruppens forslag til opdeling af præparater i tilskudsgrupper	91.
Bilag III	Udgiftsfordeling ved forskellige tilskuds- regler	111.

1. Udvalgets opgave og sammensætning.

Udvalget til revision af medicintilskudsordningen blev nedsat ved socialministeriets skrivelse af 4. juni 1971.

Udvalget fik til opgave med en begrænsning i de stigende medicinudgifter for øje at gennemgå socialministeriets bekendtgørelse af 18. april 1968 om de anerkendte sygekassers betaling for lægemidler (medicinbekendtgørelsen) og at undersøge ud fra en vurdering af de økonomiske, sundhedsmæssige og sociale konsekvenser af en eventuel nyordning:

om der fortsat er tilstrækkelig begrundelse for at foretage en opdeling med forskellige tilskudsregler for medicin i afsnit I, II og III,

om et eventuelt overforbrug af medicin modvirkes bedst muligt gennem en ændret medicinopdeling, ved udelukkelse af visse præparater fra tilskud eller på anden måde, og

om visse grupper særlig økonomisk belastende medicin bør gøres gratis for patienter.

I overvejelserne skulle indgå eventuelle resultater af arbejdet i indenrigsministeriets udvalg til revision af apotekerloven. Der skulle endvidere tilstræbes besparelser på henvend 60 mill.kr., og eventuelle ændringer skulle så vidt muligt have virkning fra 1. april 1972.

Ved skrivelse af 4. februar 1972 har socialministeriet fastsat visse ændringer i retningslinierne for udvalgets arbejde. Der kunne herefter sigtes mod en medicintilskudsordning, der ikke udelukker relevant medicinordination af økonomiske grunde, men som hindrer overforbrug af medicin, og som i øvrigt lægger vægt på en vis prisbevidsthed, uden at det dog som hovedformål tilsigtes at opnå besparelser på de nævnte 60 mill.kr. En nyordning skulle kunne træde i kraft den 1. april 1973 samtidig med loven om den offentlige sygesikring. Det blev pålagt udvalget at være opmærksom på de mulige konsekvenser for en ændret medicintilskudsordning ved Danmarks eventuelle indtræden i EF.

Udvalget havde følgende sammensætning:

Direktør Alice Bruun,
direktoratet for sygekassevæsenet, formand.

Kontorchef E. Arntzen,
udpeget af socialministeriet.

Afdelingschef Folmer Nielsen,
udpeget af indenrigsministeriet.

Afdelingschef, cand.pharm. Mogens Kærn,
udpeget af sundhedsstyrelsen.

Overlæge, dr.med. A. Harrestrup Andersen,
udpeget af sundhedsstyrelsen.

Overlæge, dr.med. Tage Hilden,
udpeget af sundhedsstyrelsen.

Direktør T.C. edel-Heinen,
udpeget af direktoratet for apotekervæsenet.

Apoteker L. Bagger Hansen,
udpeget af Danmarks Apotekerforening.

Læge Paul Backer,
udpeget af Den alm. danske Lægeforening.

Ekspeditionssekretær Gert Hansen,
udpeget af Kommunernes Landsforening.

Medicinalrevisor N. Simmelkjær Larsen,
udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark.

Forretningsfører H.C. Hansen,
udpeget af De samvirkende centralforeninger
af sygekasser i Danmark.

Den 23. september 1971 beskikkedes som medlemmer direktør, cand.pharm. Gudmund Myhre, udpeget af Foreningen af danske Medicinfabrikker og direktør, cand.pharm. Povl A. Assens, udpeget af Medicinalimportørforeningen.

Ekspeditionssekretær Gert Hansen er som repræsentant for Kommunernes Landsforening den 1. december 1971 efterfulgt af sekretær Helge Hagemann og fra 1. juni 1972 af ekspeditionssekretær Kaj Holst, Kommunernes Landsforening.

For direktør Wedel-Heinen er indtil 1. juli 1972 mødt kontorchef P. Gemynthe Madsen og derefter direktør Ebba Lund, direktoratet for apotekervæsenet.

Udvalgets sekretariatsgruppe har bestået af ekspeditionssekretær B. Langberg Jensen, direktoratet for sygekassevæsenet, cand.pharm. Peter J. Johansen, sundhedsstyrelsen, og ekspeditionssekretær Vibeke Lomholt, socialministeriet.

Med henblik på at foretage en undersøgelse af forbruget af tilskudsberettigede lægemidler nedsatte udvalget i juli 1971 en arbejdsgruppe bestående af udvalgsmedlemmerne L. Bagger Hansen og Mogens Kærn, samt sekretærerne B. Langberg Jensen og P. Johansen. Arbejdsgruppen fik bistand af sekretær K. West-Andersen, sundhedsstyrelsen. Arbejdsgruppen foranledigede foretaget en registrering af samtlige recepter ekspederet af landets apoteker den 28. september 1971. Bearbejdelsen af materialet er foretaget af Danmarks Apotekerforening. Der henvises til betænkningens bilag I.

Til overvejelse af en nyordning på grundlag af dette materiale nedsatte udvalget i december 1971 en arbejdsgruppe, bestående af A. Harrestrup Andersen, Paul Backer, Tage Hilden og Mogens Kærn, der har afgivet det i afsnit 5 omtalte oplæg.

Udvalget har afholdt 8 møder.

København, den 4. september 1972.

A. Harrestrup Andersen	E. Arntzen	Povl M. Assens
Paul Backer	L. Bagger Hansen	Alice Bruun (formand)
H. C. Hansen	Tage Hilden	Kaj Holst
Mogens Kærn	N. Simmelkjær Larsen	Ebba Lund
Gudmund Myhre	Folmer Nielsen	

B. Langberg Jensen

P. J. Johansen

V. Lomholt

2. Lovgrundlaget. Tidligere undersøgelse.

2.1. Gældende regler om tilskud til medicin er fastsat i lov nr. 239 af 10. juni 1960 om den offentlige sygeforsikring med senere ændringer §§ 13 og 37, stk. 2, nr. 3 og 4, samt i socialministeriets bekendtgørelse nr. 124 af 18. april 1968 om anerkendte sygekassers betaling for lægemidler (medicinbekendtgørelsen). Endvidere er regler om tilskud indeholdt i lov nr. 209 af 11. juni 1954 om apotekervæsenet § 66, jfr. indenrigsministeriets bekendtgørelse af 15. marts 1961 om tilskud fra apotekerfonden til nedsættelse af prisen på lægemidler og sundhedsstyrelsens cirkulære i henhold hertil af samme dato, jfr. punkt 2.1.4.

2.1.1. Efter socialministeriets regler skal sygekassen til alle nydende medlemmer yde 75 pct. af betalingen for lægemidler, som er omfattet af medicinbekendtgørelsens afsnit I og afsnit II, og som ordineres på recept af læge eller tandlæge. Afsnit I-medicin er hovedsagelig klausuleret til ordination ved bestemte sygdomme. Sygekassen kan efter vedtægtsmæssig bestemmelse yde 75 pct. af betalingen for lægemidler, der er optaget i medicinbekendtgørelsens afsnit III. Det er især sovemidler og visse smertestillende midler samt hudmidler, der kan ordineres med tilskud, når lægen skønner behandling er nødvendig ved langvarig og alvorlig sygdom. Alle landets sygekasser bortset fra 9 (med ca. 2 pct. af det samlede medlemstal) ydede pr. 1. april 1972 sådant tilskud. Patienten afholder selv de resterende 25 pct. af udgiften til såvel afsnit I som afsnit II og III-medicin. Statens tilskud til sygekasserne er fastsat til 100 pct. refusion af sygekassens udgifter til afsnit I-medicin og 25 pct. af kassens udgifter til afsnit II og afsnit III-medicin. Medicin, der ikke er optaget i medicinbekendtgørelsen, er ikke tilskudsberettiget efter disse regler, men socialministeriet kan efter indstilling fra sundhedsstyrelsen og medicinudvalget og efter ansøgning fra en læge give sygekassen tilladelse til at yde tilskud til ikke-tilskudsberettigede præparater til enkelte patienter.

- 2.1.2. Lov nr. 311 af 9. juni 1971 om offentlig sygesikring, der træder i kraft den 1. april 1973, opretholder i § 7, jfr. § 21, stk. 2, den hidtidige medicintilskudsordning, dog således at amtskommunerne indtræder i sygekassernes forpligtelser med refusion fra staten som hidtil, for så vidt angår afsnit I-medicin (100 pct.). Refusion til afsnit II og III-medicin ydes med 35 pct., der er den generelle refusionssats fra staten til amtskommunerne. Der henvises i øvrigt til pkt. 8.4.1.
- 2.1.3. Fortsættelsessygekasser, som opfylder betingelsen i sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, yder deres medlemmer 75 pct. af betalingen for lægemidler, som er omfattet af medicinbekendtgørelsens afsnit II og III.
- 2.1.4. Efter indenrigsministeriets regler yder apotekerfonden tilskud til afsnit I-medicin med 75 pct. af forbrugerprisen til personer, der ikke er nydende medlemmer af en anerkendt sygekasse, d.v.s. såvel bidragydende medlemmer af sygekasser som medlemmer af fortsættelsessygekasser.
- 2.1.5. Forskellige steder i den sociale lovgivning findes særlige bestemmelser, som muliggør ydelse af hjælp til hel eller delvis dækning af patientens egen andel af medicinudgiften (25 pct.). Som eksempler herpå kan især nævnes hjælp af kommunernes rådighedsbeløb til personlige tillæg til vanskeligt stillede folke-, invalide- og enkepensionister. Med hjemmel i lov om offentlig forsorg, jfr. lovbekendtgørelse af lo. november 1969 §§ 45-47 og 53 samt §§ 70 og 72-75, kan der af kommunen eller af særforsorgen ydes medicinhjælp efter en strengere eller mildere trængsbedømmelse. Hjælp efter § 70, stk. 1 a og § 73 ydes dog uanset økonomisk trang. Efter § 4 i lov om revalidering af 29. april 1960 med senere ændringer kan der af invalideforsikringsfondens midler ydes hjælp vedrørende afsnit I og II-medicin med sigte på ophjælpning af erhvervsevnen.
- Om tidligere lovgivning henvises til redegørelse i rapport af 14. januar 1971 afgivet af socialministeriets medicinudvalg.

2.2. Tidligere undersøgelse. I forbindelse med overvejelser om gennemførelse af besparelser på statsbudgettet, blev den 25. november 1970 nedsat et udvalg under socialministeriet, idet opmærksomheden var henledt på de meget betydelige og konstant stigende udgifter til tilskudsberettiget medicin. Sigtet var at opnå besparelsesforslag på 60 mill.kr. årlig fra 1. april 1971 i statens tilskud til sygekassernes medicinudgifter.

2.2.1. Udvalget udtalte i rapport af 14. januar 1971, at der kan være behov for på bred basis at tage den gældende medicinordning op til overvejelse, såvel hvad angår kriterierne for medicingrupperingen og tilskudsordningen i relation hertil, som med hensyn til mulighederne for gennem tilskudsordningen eller på anden måde at modvirke eventuelt medicinoverforbrug. Udvalget henledte opmærksomheden på, at man måtte tage andre landes medicintilskudsordninger og overvejelser om administrative forenklinger i betragtning, og at en nyordning ikke i første række burde begrundes i besparelseshensyn.

2.2.2. Udvalget fandt det derimod ikke muligt med den sammensætning, udvalget havde, og indenfor den korte tid, der var stillet til rådighed, at fremkomme med forslag til ændring i patientbetalingen og dermed tilskudsordningen ved en omgruppering imellem afsnit I, II og III af lægemidler i socialministeriets medicinbekendtgørelse af 18. april 1968 og fandt det ikke medicinsk motiveret at fastsætte forskellige patientbetalinger på grundlag af den eksisterende medicingruppering.

2.2.3. I rapporten begrundes dette synspunkt bl.a. i, at opdelingen i afsnit I, II og III-medicin er historisk begrundet, og at kriterierne afsnit I-medicin = livsvigtig, afsnit II-medicin = særlig betydningsfuld og afsnit III-medicin = anden medicin ikke har været dækkende, siden sygeforsikringsloven af 1960 trådte i kraft.

Optagelse af præparater i afsnit I i forhold til afsnit II er resultatet af en gennem årene foretaget gruppering, der

siden 1961 hovedsagelig har været bestemt af hensynet til en passende økonomisk byrdefordeling mellem staten og sygekasserne og kun i mindre grad er medicinsk begrundet.

Afsnit III er ved bekendtgørelsen af 1968 systematiseret og stærkt begrænset med det sigte at nedbringe tilskudsudgifterne til denne gruppe mest muligt og hindre eventuelt overforbrug af medicin ordineret i denne gruppe.

Det var i øvrigt udvalgets opfattelse, at det er tvivlsomt, om man ved at foretage en omgruppering af lægemidlerne i den eksisterende ordning eller ved at lade enkelte præparater eller grupper af sådanne udgå som tilskudsberettiget medicin, kunne opnå besparelser af nogen betydning i statens udgifter og i hvert fald langt fra beløb på ca. 60 mill.kr.

Endelig pegede udvalget på, at en forhøjelse af patientbetalingen navnlig ville medføre en stigning i kommunernes medicintilskud til vanskeligt stillede pensionister og belaste rådighedsbeløbene, der refunderes af staten med 75 pct.

3. Medicintilskudsordninger i andre lande.

Udvalget har indhentet oplysninger om medicintilskudsordninger i de øvrige nordiske lande, i England og i Vest-tyskland. Nedenfor gives et kort resumé af de enkelte landes ordninger.

3.1. De nordiske lande.

Det er et fælles træk ved medicintilskudsordningerne i de øvrige nordiske lande, at der ydes patienten fuld refusion af udgiften til lægemidler, der ordineres til behandling af visse langvarige og alvorlige sygdomme, der kræver langvarig medicinsk behandling (henvend 25 særligt godkendte diagnoser, i Finland 45 diagnoser). Til diagnosefortegnelserne knytter sig fortegnelser over hvilke præparater, der kan ordineres som fuldt tilskudsberettigede til behandling af de pågældende sygdomme.

Til anden medicin ydes der tilskud efter forskellige principper i de nordiske lande.

3.1.1. I Sverige ydes der tilskud til alle andre receptordnede lægemidler end de ovenomtalte efter følgende regler (karensystemet):

Patienten betaler ved indkøb på apoteket 5 kr. af den samlede pris på indkøbte lægemidler uanset antal og mængde og herudover halvdelen af regningsprisen mellem 5 og 25 kr., d.v.s. maksimalt 15 sv.kr.pr.indkøb. Udgiften i øvrigt refunderes apoteket fuldt ud af det offentlige. Udgifterne finansieres dels gennem Almän Försäkringskassa, hvortil de indskrevne betaler sygeforsikringsafgift, dels ved et mindre tilskud af statsmidler beregnet som et fast årligt beløb pr. indskreven person i Almän Försäkringskassa. Den nugældende ordning er indført i 1968. Tidligere påhvilede det patienten at betale et gebyr på 3 kr. for hvert præparat, der blev udleveret, og endvidere halvdelen af restbeløbet. Sygeforsikringens udgifter til medicin er i Sverige i årene 1967-71 steget stærkt, særlig efter nyordningen i 1968 (fra ca. 239 mill.sv.kr. i 1967 til ca. 600 mill.sv.kr. i 1971).

- 3.1.2. I Finland ydes der delvis refusion til alle andre receptordinerede lægemidler end de foran omtalte. Patienten betaler ved ethvert på en gang foretaget indkøb et beløb på 4 finske mark og herudover halvdelen af restbeløbet. Der ydes kun refusion for indkøb svarende til 3 måneders behandling ad gangen. Ordningen finansieres gennem et sygeforsikringsfond, hvis midler består af de indbetalte forsikringspræmier og arbejdsgivernes sygeforsikringsafgift for de ansatte. Herudover yder staten tilskud til refusionen.
- 3.1.3. I Norge ydes der i meget begrænset omfang fuld refusion også til andre præparater end de, der ordineres ved de under 3.1. omtalte diagnoser. Der ydes således fuld refusion til kostbare medikamenter, der skal bruges gennem længere tid ved behandling af kroniske sygdomme efter en særlig af Rikstrygdeverket udarbejdet liste. Herudover kan Rikstrygdeverket i enkelte tilfælde på visse betingelser dispensere for lægemidler, der ikke har kunnet optages på præparatlisten. Delvis refusion ydes kun af trygdekontoret efter ansøgning, som regel efter en trangsbedømmelse. Der er fastsat særlige regler vedrørende receptblanketter m.v. og kontrolforanstaltninger for at hindre overforbrug af visse midler til behandling af psykiske lidelser. Tilskudsordningen finansieres gennem trygdeordningen.
- 3.1.4. I Island yder sygekassen udover fuld refusion i de under 3.1. nævnte tilfælde delvis refusion med 75 pct. til enkelte præparater og 50 pct. til et større antal lægemidler, der er godkendt af det islandske specialitetsnævn og optaget på en liste over tilskudsberettigede midler. Særligt dyre lægemidler kan udelukkes fra tilskud, eller tilskuddet kan begrænses. Der er for nylig sket betydelige udvidelser såvel af gruppen af lægemidler til særlige diagnoser som af de lægemidler, hvortil der ydes delvis refusion. Tilskudsordningen finansieres af staten og kommunerne.
- 3.2. Storbritannien.

I princippet er al receptordineret medicin gratis for enhver, der er omfattet af den offentlige sygesikrings-

ordning (National Health Service). Denne kræver ikke egentligt medlemskab.

Der betales dog et ekspeditionsgebyr på 0,20 £ (ca. 3,50 kr.) for hvert lægemiddel, der købes. Visse persongrupper er uanset indtægt fritaget for at betale gebyr. Dette gælder særlig børn under 15 år, personer, der er fyldt 65 år, personer, der lider af visse bestemte sygdomme, vordende og ammende mødre og krigsinvaliddepensionister. Personer med særlig lave indkomster kan opnå gebyrfritagelse. Andre personer, som hyppigt skal købe medicin, kan opnå en vis gebyrrabat ved køb af et forudbetalingsbevis, der gælder for indkøb i 6 eller 12 måneder.

Henved 23 af Storbritanniens 54 mill. indbyggere er omfattet af reglerne om fritagelse for receptgebyr, og af disse er 21,5 mill. berettiget til fritagelse uanset indtægts størrelse. Gebyrfritagelsen vedrører ca. 55 pct. af alle recepter, der ekspederes af apotekerne.

Ordningen finansieres gennem National Health Service, hvis omkostninger for 80 pct. vedkommende dækkes af den almindelige beskatning og resten hovedsagelig gennem et relativt lille bidrag, der hver uge skal indbetales til N.H.S.

5.3. Vesttyskland.

Patienten betaler selv 20 pct. af det lægeordnede præparats pris, dog højst 2,5 DM (ca. 5 kr.). Apoteket afregner medicinudgifterne med sygekasserne. Visse persongrupper er fritaget for at betale patientandelen. Dette gælder f.eks. rentenyderne, personer, hvis erhvervsevne er nedsat med mindst 50 pct. og personer, der oppebærer syge- eller ulykkesforsikringsdagpenge. Der findes ingen fortegnelser over ordineringsberettigede lægemidler. Den sygeforsikredes behov er målestok for omfanget og arten af medicinydelsen. Lægen skal ved ordinationen tilgodese økonomiske hensyn og må ikke ordinere unødvendige lægemidler, ligesom billigere og lige så gode præparater skal foretrækkes for dyrere. Det er tillige en betingelse, at lægemidlet er hensigtsmæssigt og tilstrækkeligt. Sammenslutninger af læger og sygekasser giver lægerne vejledning om økonomisk ordination og fastsætter et vist gennemsnitsniveau for de samlede udgifter, lægen må ordinere

medicin for. Overskrides dette gennemsnit, må lægen begrunde hensigtsmæssigheden og de økonomiske hensyn bag de foretagne ordinationer. Der kan således finde en ret omfattende kontrol sted med lægernes ordinationspraksis.

Medicinudgifterne finansieres af sygeforsikringen, der hviler på et omkostningsdækningsprincip, hvilket indebærer, at højere udgifter bliver udlignet gennem tilsvarende højere bidrag. Bidrag til sygeforsikringen ydes med lige store dele af arbejdsgiver og arbejder, i visse tilfælde dog af arbejdsgiveren alene. Det offentlige yder ikke direkte tilskud til sygeforsikringen, men betaler rentenyderes og arbejdsløses bidrag.

3.4. Andre ordninger.

Nogle lande yder medicintilskud efter et selvrisiko-system, hvorefter patienten må bære et vist beløb af sine totale medicinudgifter, f.eks. de første 50-100 kr., inden han kan opnå tilskud. Sygekassen udsteder bevis for, at selvrisikobeløbet er afholdt. Til køb af yderligere medicin inden for f.eks. 1 år - eller en 12 måneders periode - ydes tilskud med en vis procent, f.eks. 75-90 pct. af udgiften. Ordningen kan kombineres med særordninger, f.eks. således at medicin, der ordineres til bestemte sygdomme, er gratis for patienten, eller således, at medicinudgifter udover visse maksima refunderes fuldt ud. Ordningen kan omfatte alle receptpligtige lægemidler eller alle lægemidler overhovedet, bortset fra sådanne som har karakter af diættilskud, kosmetiske præparater eller lignende.

4. Udvalgets undersøgelser.

4.1. udgangspunktet for nærværende udvalgs arbejde er det oplæg til en videregående revision af medicintilskudsordningen, der er givet af det i november 1970 nedsatte udvalg, jfr. foran afsnit 2.2. Enavidere er det i bemærkningerne til lov om offentlig sygesikring forudsat, at der skal finde en revision af medicintilskudsordningen sted.

4.1.1. Udvalgets opgave har været at overveje, om der fortsat er behov og begrundelse for forskellige tilskudsregler til forskellige medicingrupper, om hvorledes et overforbrug kan modvirkes gennem medicintilskudsordningen, og om der er visse grupper særlig økonomisk belastende medicin, der bør være gratis. Der skulle sigtes på en ny ordning, hvorefter relevant medicinordination ikke udelukkes på grund af patientens økonomi, men som i øvrigt lægger vægt på en vis prisbevidsthed.

For at kunne løse denne opgave måtte udvalget indhente oplysninger om forbruget af tilskudsberettiget medicin, forbrugets størrelse og fordeling på de enkelte præparatgrupper samt udgiftsfordelingen.

Da nyordningen skulle kunne træde i kraft 1. april 1972 - dog senere ændret til 1. april 1973 - har udvalget fra sin start arbejdet under stærkt tidspres. Man har derfor undersøgt, om igangværende undersøgelser kunne bidrage til løsning af udvalgets opgaver. Udvalget har haft kontakt med socialforskningsinstitutttet, der arbejder med en undersøgelse af samtlige recepter på tilskudsberettiget medicin specielt vedrørende psykofarmaka, udstedt i det første halvår af 1970 i en by i Sønderjylland. Da man imidlertid ved, at medicinforbruget er lavere i Sønderjylland end i resten af landet, var det usikkert, hvor stor værdi oplysninger på dette grundlag ville have for udvalget og man afstod derfor fra bistand fra socialforskningsinstitutttet. Institutkets undersøgelse er endnu ikke afsluttet.

4.1.2. Udvalget har endvidere været i kontakt med socialmedicinsk institut, København, angående en undersøgelse, som in-

stituttet startede 1. september 1971 i Helsingør, Holbæk og København. Undersøgelsen har på grundlag af interviews omfattet en analyse af de socialmedicinske problemer, der kommer frem under konsultation i almen praksis og er gennemført ved hjælp af socialrådgiverpraktikanter, der har været udstationeret hos praktiserende læger. Som et led i undersøgelsen kunne der eventuelt til brug for udvalget skaffes oplysninger om lægernes ordinationsvaner og patienternes medicinudgifter.

Udvalget opgav imidlertid at søge oplysninger ad denne vej, fordi man ikke derved ville få kendskab til patienternes udgift til de enkelte lægemidler, og fordi det ansås for tvivlsomt, hvorvidt det udvalgte undersøgelsesområde kunne anses for repræsentativt for udvalgets øjemed.

4.1.3. Det har været overvejet at fremskaffe oplysninger om forbruget af medicin ved en gennemgang af sygekassernes receptmateriale. Det ville imidlertid være et meget omfattende arbejde for sygekasserne at gennemgå samtlige recepter, eventuelt blot for enkelte dage i en måned eller enkelte dage i forskellige måneder. Alene Sammenslutningen af sygekasser i København og Frederiksberg med ca. 507.000 medlemmer modtager 300-350.000 recepter hver måned fra 140 apoteker. Afregning med apotekerne sker på grundlag af apotekernes tællestrimler, og der foretages kun stikprøvekontrol heraf. Da det skønnedes vanskeligt at finde et repræsentativt antal sygekasser, afstod udvalget fra at gennemføre denne undersøgelse.

4.1.4. En anden mulighed for at skaffe de ønskede oplysninger var at indhente oplysninger gennem sundhedsstyrelsen eller Medif-Mefas statistik om salg til grossister og hospitalsapoteker af hvert enkelt lægemiddel. Hospitalernes forbrug udgør ca. 10 pct. af apoteksomsætningen, og man ville derfor relativt simpelt kunne få overblik over, hvor stor en del af medicinforbruget, der belaster tilskudsordningen, i hvert fald for så vidt angår tilskud til afsnit I og II-medicin. Derimod kan man ikke med hensyn til afsnit III-medicin skaffe pålidelige oplysninger ad denne vej om forbruget af de enkelte præparater. Det er tidligere konstateret,

at udgiften i alt til afsnit III-medicin udgør ca. 10 pct. af udgiften til afsnit II og III tilsammen; dette er blevet bestyrket ved en undersøgelse foretaget af direktoratet for sygekassevæsenet til brug for udvalget, men procentandelen varierer stærkt landet over og totaltallet giver derfor ikke udvalget tilstrækkelig vejledning.

- 4.1.5. Endelig forelå der mulighed for ved gennemgang af apotekernes receptmateriale at få oplysninger om omsætningen og dennes fordeling på samtlige præparater såvel de tilskudsberettigede som øvrige. Da der var enighed om, at de mest relevante oplysninger kunne indhentes gennem denne undersøgelse, nedsattes et udvalg til at iværksætte denne.

4.2. Receptundersøgelse.

Efter en arbejdsplan udarbejdet af sundhedsstyrelsen og Danmarks Apotekerforening har samtlige landets apoteker til Danmark Apotekerforening indsendt kopi af de i døgnet tirsdag den 28. september 1971 ekspederede ordinationer i form af recepter og rekvisitioner udstedt af læger og tandlæger til enkeltpersoner og recepter på begrænset registrerede medicinske specialiteter, der sælges efter individuel tilladelse fra sundhedsstyrelsen. Om undersøgelsen i øvrigt henvises til bilag I.

4.2.1. Materialet, der omfatter alle apoteker bortset fra et, er bearbejdet af Danmarks Apotekerforening. Der blev på undersøgelsesdagen solgt medicin på recept til enkeltpersoner for 2.300.524 kr. Af dette beløb hidrørte 1.810.891 kr. fra salg af præparater med sygekassetilskud. Der blev endvidere solgt frihandelsvarer for 1.774 kr. Arsomsætningen, der kan beregnes som dagens omsætning multipliceret med 277, hvorved der er taget hensyn til søn- og helligdage m.v., kan anslås til 503 mill.kr. for præparater med sygekassetilskud.

4.2.2. Materialet er kodet på kort og sorteret efter terapeutiske grupper. De 4 hovedgrupper med størst omsætning inden for området med tilskud har været psykofarmaka (388.000 kr.), infektioner og parasitære sygdomme (239.000 kr.), endocrine lidelser (169.000 kr.) og diuretika (168.000 kr.). Den største undergruppe har været benzodiazepinderivater med 230.000 kr. under den terapeutiske gruppe psykofarmaka.

4.2.3. Som basis for vurdering af årsforbruget skønnes undersøgelsen at være repræsentativ. Dagen var valgt således, at den hverken lå som den første eller de sidste dage i ugen, og hverken i sommer- eller vintermånederne. Der vil altid være variationer mellem salget på 2 valgte repræsentative dage, og præparater, der kun sælges få gange om måneden, vil enten udgå af undersøgelsen eller blive overrepræsenteret i årsforbruget. Dette forhold skønnes dog ikke at være af væsentlig betydning ved vurderingen af undersøgelsens resultat til brug for udvalgets overvejelser vedrørende en inddeling af præparaterne i forskellige tilskudsgrupper.

Ved gennemgang af materialet fandt man en gennemsnitspris på 22,38 kr. pr. pakning, hvilket skønnes at være 2,50 - 3 kr. for højt, selv om man tager den pr. 1. juli 1971 gennemførte takststigning i betragtning. Dette kunne give formodning om, at den valgte dato har ligget for nær ved den 1., og at et skønnet tal for årsomsætningen derfor må tages med et vist forbehold.

Til kontrol af undersøgelsens repræsentativitet kunne der indhentes oplysninger fra fabrikanter og importører om de enkelte medicinske specialiteters omsætning på årsbasis. Udvalget har af tidsmæssige grunde ikke ment at burde iværksætte omfattende kontrolundersøgelser, men der kan henvises til medicinimportørernes oplysninger nedenfor under 6.2.3.

4.2.4. Bl.a. af tidsmæssige grunde har det ikke været muligt at udarbejde bilagsmateriale, der viser omsætningen af de enkelte præparater (herunder dispenseringsformer og styrker). Oplysningerne herom kan udfindes ved gennemgang af kartotekskortene. Endvidere vil det af materialet være muligt at få oplysning om fordeling af det offentliges udgifter på hver af de 3 gældende medicintilskudsgrupper og en geografisk fordeling af omsætningen.

4.2.5. Som et korrektiv til undersøgelsens udgiftstal bemærkes, at der i gruppen med sygekassetilskud indgår tilskud også til medlemmer af fortsættelsessygekasser, herunder apotekerfondens tilskud til afsnit I-medicin til denne patientgruppe og til bidragydende medlemmer af sygekasserne.

5. Arbejdsgruppens forslag til en ny tilskudsordning.

5.1. På grundlag af receptundersøgelsens materiale har en arbejdsgruppe, bestående af Harrestrup Andersen, Backer, Hilden og Kæm, udarbejdet oplæg til en ny tilskudsordning. Målet for nyordningen har været at sikre, at alle - uanset økonomisk status - vil kunne blive behandlet med de lægeordnede præparater, der virkelig er behov for.

Samtidig har man sigtet mod at udskille de præparater, der i behandlingsmæssig henseende er mindre vigtige eller som kan give anledning til et overforbrug.

5.2. Gruppen har udarbejdet 2 forslag. Det primære forslag indebærer en opdeling af præparaterne i 3 grupper, A, B og G, med forskellig patientbetaling. Der henvises til bilag II til betænkningen.

Opdelingen, der følger de terapeutiske grupper, hviler på en medicinsk saglig vurdering af præparaternes terapeutiske effekt med hensyntagen til sygdommens karakter og den økonomiske belastning for patienten. Opdelingen må dog betragtes som foreløbig, idet den i første række er foretaget med henblik på at skaffe orientering om de økonomiske konsekvenser ved en sådan opdeling i gruppe A og B med forskellig patientbetaling.

5.2.1. Gruppe A, hvortil der er foreslået offentligt tilskud med en høj tilskudsprocent, omfatter en række særligt værdifulde lægemidler. Det drejer sig om sådanne, som ordineres til behandling af svære akutte eller kroniske lidelser, og hvis brug er af afgørende betydning for patientens helbreds-tilstand. Som eksempler herpå nævnes antibiotika, midler til behandling af hjertelidelser og forhøjet blodtryk, svære endocrine sygdomme, psykofarmaka til svære psykoser og anti-epileptika. Midlerne i denne gruppe vil altid være ordineret af lægen på alvorlige indikationer, og noget misbrug heraf vil ikke være aktuelt. Disse behandlinger vil ofte belaste patientens budget stærkt, og det vil være påkrævet, at en sygesikringsordning indebærer, at patienternes udgift til lægemidler i denne gruppe dækkes helt eller næsten helt af det offentlige.

Gruppe B omfatter en række lægemidler, hvortil det offentliges tilskud bør være af mere begrænset omfang. I denne gruppe er placeret lægemidler, hvis terapeutiske værdi er mindre afgørende samt midler, hvis behandlingsmæssige betydning er underkastet nogen usikkerhed, men som dog anvendes i et vist omfang. I gruppe B er også placeret de såkaldte neurosemidler; det findes rimeligt, at det offentlige yder tilskud til lægeordineret behandling med sådanne midler, men en begrænsning af tilskuddet i forhold til den gældende ordning vil antagelig være egnet til at imødegå et eventuelt overforbrug af disse midler.

Gruppe C omfatter præparater m.v., til hvilke det ikke kan anbefales, at det offentlige yder tilskud. Det drejer sig om lægemidler, hvis terapeutiske værdi ikke kan anses for vel-dokumenteret samt simplere midler. I denne gruppe er desuden placeret enkelte præparater, som næsten udelukkende bruges i hospitalsafdelinger, og midler, hvis anvendelse af lægelige grunde ønskes begrænset mest muligt.

Betegnelserne A, B og C er anvendt for at tage afstand fra den gældende opdeling i afsnit I, II og III, fra hvilken arbejdsgruppens forslag adskiller sig væsentligt. For at undgå forveksling med gældende klassificeringer af lægemidler vil andre betegnelser kunne anvendes.

- 5.2.2. Grupperne A og B omfatter alle de grupper af præparater, hvortil der i dag ydes tilskud, samt en række andre. Nogle præparater indenfor enkelte grupper får for tiden kun tilskud, hvis de ordineres til bestemte sygdomme eller i den i medicin-bekendtgørelsen angivne form. Dette forudsættes bibeholdt. Den nugældende afsnit III-ordning, der indebærer, at ikke-tilskuds-berettiget medicin under visse betingelser kan ordineres som tilskudsberettiget efter lægens skøn, og som har vist sig at have uheldige virkninger i praksis, er undgået.

Ligesom det hidtil har været tilfældet, bør der ved tilskudsberettigelse tages prismæssige hensyn. Findes der blandt kemisk identiske præparater eller præparater af samme terapeutiske betydning væsentlige prisforskelle, kan de dyreste præparater udelukkes fra tilskud, medmindre det kan godtgøres at de indebærer betydelige fordele. Der må derfor udarbejdes præparatlister, hvori der tages stilling til, hvilken tilskudsmæssig placering det enkelte præparat bør have. Arbejdsgruppen har ikke anset sig for kompetent til at udarbejde disse lister.

- 5.2.3. Der bør som hidtil være adgang til, når ganske særlige omstændigheder foreligger, at meddele dispensation fra tilskudsreglerne for enkeltpersoners anvendelse af bestemte præparater, særlig for så vidt angår nye præparater, der endnu ikke har kunnet optages på tilskudslisterne. Dispensationsadgangen bør dog af administrative grunde begrænses mest muligt.
- 5.2.4. Som følge af omlægningen af tilskudsordningen og den dermed forøgede patientbetaling for visse lægemidler vil det være nødvendigt at udbygge den stedfindende information af læger, herunder en pointering af lægernes pligt til økonomisk medicinordination. Det vil tillige være ønskeligt, at der gives en så lang frist som mulig for ikrafttrædelsen af nyordningen af hensyn til såvel læger, patienter og producenter som de parter, der skal administrere ordningen.
- 5.2.5. For at sikre de økonomisk dårligst stillede patientgrupper, således at relevant medicinordination ikke udelukkes af økonomiske grunde, må tilskudsordningen suppleres med en sikring gennem tilskud efter de sociale love. Selv behandling med lægemidler i den for patienten gunstigste tilskudsgruppe kan virke økonomisk belastende, når det drejer sig om langvarige sygdomme. En sikkerhedsordning bør for at give så ensartet hjælp som mulig ydes efter samme regler i alle kommuner. Når økonomisk trang foreligger, bør der også kunne ydes medicinhjælp til lægemidler, der ikke er optaget på tilskudslisterne.
- 5.2.6. Arbejdsgruppen har ikke taget stilling til tilskudsprocenternes størrelse. En vurdering af dette spørgsmål er politisk økonomisk betinget. Opdelingen i de 2 tilskudsgrupper forudsætter imidlertid, at der bør sikres patienten en væsentlig bedre økonomisk dækning vedrørende lægemidler i gruppe A end i gruppe B. Da det tillige har været hensigten at søge at modvirke et overforbrug, som vil kunne forekomme af præparater i gruppe B, bør patientens egen andel af udgifter til lægemidler i denne gruppe være relativ stor. Arbejdsgruppen har drøftet tilskudsprocenter på 80 for gruppe A og 50 for gruppe B, men har ment at måtte overlade dette spørgsmål til udvalgets afgørelse.

5.2.7. Med udgangspunkt i de oplysninger om forbruget, som fremgår af receptundersøgelsen (jfr. foran, afsnit 4.2.1.), er det skønnet, at den totale udgift pr. år for præparater i gruppe A vil blive henved 295 mill.kr., medens omsætningen i gruppe B vil blive ca. 245 mill.kr. og omsætningen i gruppe C ca. 75 mill.kr. Beløbene fremkommer som omsætningen den 28. september 1971 af præparater i de til grupperne A og B henførte terapeutiske grupper såvel med tilskud som uden tilskud multipliceret med 277. Disse beløb må betragtes som maksimumsbeløb. Dels ligger receptundersøgelsens beregnede beløb pr. ordination noget højere end den af sundhedsstyrelsen beregnede gennemsnitsordinationspris, jfr. foran afsnit 4.2.3., dels bør visse præparater som nævnt udelukkes fra tilskud. Størrelsen af det offentlige udgift vil afhænge af tilskudsprocentens størrelse, omfanget af udskudte præparater og udgifterne ved den foran under 5.2.5. nævnte sociale støtteordning, hvortil kommer at det ikke kan forudses, hvilke ændringer i forbrugsmønstret omlægningen af tilskudsordningen vil medføre.

5.3. Som alternativ til den foran nævnte ordning har arbejdsgruppen peget på en ordning, hvorefter der gives tilskud til al receptordineret medicin, som det kendes i visse andre lande, jfr. foran, afsnit 3. Der kan ydes tilskud til al indkøbt medicin på recept med en ensartet procentsats, som kan fastsættes politisk efter hvor stort et beløb, der inden for de offentlige budgetter kan afses til medicintilskud. Eller tilskud kan ydes således, at patientens andel udgør et fast beløb pr. ordination eller ekspedition, og det offentlige yder fuld eller delvis refusion af resten af beløbet. I tilknytning hertil kan det bestemmes, at der ikke ydes tilskud til et dyrere præparat i tilfælde, hvor der findes identiske præparater med meget lavere priser. I så fald bør ordningen kombineres med en dispensationsordning.

Gruppen har ikke ment at kunne anbefale denne ordning, da den indeholder en risiko for at begunstige et overforbrug, selv om patienten skal betale et mindre gebyr pr. ordination eller ekspedition. Endvidere vil vurdering af udgifterne ved denne ordning vanskeligt kunne foretages, idet man ikke har tilstrækkeligt kendskab til, hvilke ændringer i forbrugsvaner m.v. en sådan tilskudsordning, der afviger væsentligt fra den hidtil gældende, vil kunne medføre.

6. Udvalgets vurdering af arbejdsgruppens forslag. Alternativer.

- 6.1. En principiel vurdering af de foran skitserede forslag må tage udgangspunkt i, hvorvidt nyordningen tilgodeser de formål, der er tilsigtet med revisionen, særlig at relevant medicinordination ikke udelukkes af økonomiske grunde, og at et overforbrug af medicin så vidt muligt hindres. Endvidere at der lægges vægt på prisbevidsthed, at ordningen er rimelig at administrere og afhjælper ulemper ved den hidtidige ordning, samt om der i forbindelse med ordningen vil kunne opnås besparelser i det offentliges udgifter til medicin. Der er i udvalget givet udtryk for, at man fra lægeside ikke har væsentlige indvendinger mod den gældende ordning bortset fra, at den nugældende afsnit III-ordning, der bygger på et lægeligt skøn, bør afskaffes, idet den i praksis næppe har fungeret efter sin hensigt. Motiveringen for en nyordning må derfor være samfundsøkonomisk betinget.

Vedrørende arbejdsgruppens primære forslag bemærkes:

- 6.1.1. Det har været anført, at dette ligger for nær op ad den gældende ordning og derfor ikke er udtryk for en revision af denne. Dette er dog kun tilsyneladende. Det afgørende nye ved forslaget er præparaternes placering i tilskudsgrupper ud fra en medicinsk saglig vurdering. Ordningen åbner derved mulighed for en friere fastsættelse af det offentliges tilskud med forskellig størrelse for de 2 grupper og med mulighed for at variere tilskuddet ud fra samfundsøkonomiske hensyn.
- 6.1.2. Efter oplægget skal præparater kunne afskæres **fra** tilskud, såfremt de er væsentlig dyrere end kemisk identiske eller analoge præparater. Det er bl.a. af medicinindustriens repræsentanter anført, at det vil kunne være overordentlig vanskeligt at udskille disse præparater, såfremt man ikke tillader en vis rimelig margin for prisforskelle. Udelukkelse af et præparat, der kun er nogle få kroner dyrere end kemisk identiske eller analoge præparater, vil kunne medføre uheldige konkurrencemæssige konsekvenser, såfremt priserne i løbet af nogen tid reguleres op på et højere leje.

Der er i udvalget enighed om, at det bør være en væsentlig prisforskel, der skal kunne begrunde, at præparater udelukkes, og at der tillige skal være adgang for producenten til at godtgøre, at præparatet er i besiddelse af sådanne særlige egenskaber, at det vil være rimeligt at yde tilskud til det. Det er oplyst, at udskydelse af præparater næppe vil have nogen særlig økonomisk betydning, da det kun drejer sig om få men klare eksempler. I denne forbindelse må det anføres, at sundhedsstyrelsens medicinudvalg allerede i sit nuværende kommissorium er forpligtet til at tilgodese en rimelig prispolitik. Herved vil tillige ansøres til en rimelig prisbevidsthed ved ordinationer af bestemte præparater. Man har ikke ment i ordningen at kunne indføre særregler om tilskud efter pakningsstørrelser, selv om man muligvis derved kunne begrænse det medicinspild, der skyldes at lægemidler står uforbrugt hos patienten.

Det har i udvalget været anført, at der kunne være behov for regler om begrænsning af den mængde af et lægemiddel, der kan ordineres ad gangen, afhængig af lægemidlets karakter særlig med sigte på at begrænse medicinspild. Dette spørgsmål ligger uden for udvalgets kompetence. Det er i øvrigt uvist, hvilke konsekvenser eventuel ændring af reglerne kunne få.

- 6.1.3. Der er i udvalget enighed om, at udvalget ikke efter sin sammensætning er kompetent til at udarbejde de lister, hvorved de tilskudsberettigede præparater inden for de enkelte terapeutiske grupper henføres til en af de to tilskudsgrupper. Udvalget har af tidsmæssige grunde ikke ment det muligt at nedsætte en ekspertgruppe til at foretage denne gennemgang. Sundhedsstyrelsens repræsentant har imidlertid oplyst, at sundhedsstyrelsen vil kunne påtage sig på ca. 3 måneder at udarbejde førstegangslisterne efter de retningslinier, som sundhedsstyrelsens medicinudvalg hidtil har fulgt vedrørende tilskud til enkelt-præparater. Fremtidige ajourføringer bør, som hidtil, foretages af medicinudvalget, der også fremtidig bør være sagkyndig instans vedrørende dispensationer. Medicinudvalget skal efter sit kommissorium lægge vægt på socialmedicinske hensyn og på en vis prisbevidsthed. Da begge disse hensyn har væsentlig

betydning ved vurdering af det enkelte præparats placering i tilskudssystemet og vedrørende rimeligheden af at give dispensation, finder udvalget det ønskeligt, at sikringsstyrelsen repræsenteres i medicinudvalget.

- 6.1.4. I administrativ henseende indebærer ordningen den fordel, at spørgsmålet om tilskud er uafhængigt af lægens skøn og alene afgøres ved præparatets optagelse på tilskuds-listerne. Herved undgås den gældende afsnit III-ordning. Ved den endelige opdeling i tilskudsberettigede grupper må man være opmærksom på, at det så vidt muligt sikres, at præparater i gruppe A kun i ganske særlige tilfælde vil kunne ordineres til erstatning for præparater i gruppe B.

Nyordningen søger endvidere at begrænse det hidtil ikke ringe antal enkeltansøgninger om medicintilskud ved at optage de præparater i tilskudsordningen, der hidtil hyppigst har givet anledning til ansøgning om dispensation.

Dispensationssagerne har medført ekspeditioner i såvel sundhedsstyrelsens medicinudvalg som i sundhedsstyrelsen, socialministeriet, direktoratet for sygekassevæsenet og sygekasserne. Dispensationsadgangen skal fremtidig kun omfatte nye præparater, der endnu ikke har kunnet optages på tilskuds-listerne, eller præparater i gruppe C, der af ganske særlige grunde, navnlig efter hospitalsudskrivning, ønskes ordineret som tilskudsberettiget medicin. Derimod skal der ikke være adgang til ved dispensation at overføre præparater fra en lavere til en højere tilskudsgruppe.

- 6.1.5. Det indgår i udvalgets kommissorium, om visse grupper særlig økonomisk belastende medicin bør være gratis. Det er udvalgets opfattelse, at det må foretrækkes, at medicin ikke gøres ganske gratis og at der, såfremt man fastsætter det offentliges tilskud til gruppe A til 80 pct., heller ikke vil være behov for en sådan særordning. Udvalget finder, at det nedenfor under afsnit 7 omtalte sociale sikkerhedsnet i for-

bindelse med nyordningen kan sikre» at vanskeligt stillede pensionister og andre særligt vanskeligt stillede personer kan få fornøden supplerende hjælp til betaling af deres egen andel af medicinudgiften. Størrelsen af den enkeltes medicinudgift bør ikke vanskeliggøre patientens forbliven i eget hjem.

- 6.1.6. Det er under udvalgsbehandlingen fremhævet, at arbejdsgruppens forslag vil medføre øget administration for apotekerne. Dels skal apotekerne nu arbejde med 2 forskellige tilskudsprocenter, dels vil ordningen kunne indebære fejlmuligheder ved afregning med patienterne som følge af usikkerhed over for, hvilken tilskudsgruppe det enkelte præparat er henført til og især når der foreligger dispensation. Det ville lette apotekernes administration, såfremt det pålægges lægerne at anføre tilskudsgruppen ved påtegning på recepten, eventuelt at der anvendes recepter med forskellig farve efter tilskudsgruppe eller at hvert præparat udskrives på særskilt recept. Dette ville tillige være af betydning for den EDB-mæssige behandling med henblik på refusionen fra det offentlige.
- Lægeforeningens repræsentant har taget afstand fra, at gruppemarkering skal foretages af lægerne, idet ansvaret for korrekt afregning med patienten må påhvile apoteket og under alle omstændigheder vil kræve viden om medikamentets pris. En gruppemarkering fra lægelig side bør under alle omstændigheder kontrolleres, fordi praktiserende læger såvel som andre receptudstedende læger ofte må arbejde i situationer, hvor opslagsbog ikke er for hånden.
- Der er i udvalget enighed om» at administrationen af forslaget kun kan løses ved apotekernes medvirken, men at ordningen vil indebære øget besvær ved apotekernes ekspeditioner.
- 6.1.7. Apotekerforeningens repræsentant har pointeret, at forslaget ikke vil kunne undgå at få følgevirkninger for apotekernes omsætningsforhold. Der tænkes herved særlig på omsætningen af psykofarmaka og lignende præparater. Følgevirkningerne har ikke kunnet beregnes, men apotekerforeningens repræsentant har

taget forbehold med hensyn til nødvendigheden af andre foranstaltninger i pris- og takstmæssig henseende, hvilket må tages i betragtning ved vurdering af de besparelser i det offentliges udgifter, som tilsigtes ved nyordningen.

Da sigtet med revision af medicintilskudsordningen bl.a. har været at søge at modvirke overflødige medicinindkøb f.eks. af medicin, der ikke forbruges, har udvalget ikke ment at kunne lægge vægt på det anførte synspunkt, men skal henvise dette spørgsmål til behandling i indenrigsministeriets apotekerlovudvalg, under hvis kommissorium bl.a. hører spørgsmålet om apotekernes omsætningsforhold og spørgsmål om priser og avancer.

6.1.8. Det må forventes, at forslaget ved sin indførelse vil kunne skabe visse overgangsvanskeligheder. I stedet for at foreslå overgangsregler som ville kunne besværliggøre apotekernes administration, skal udvalget pege på, at en nyordning bør vedtages i så god tid inden dens ikrafttræden, at læger, patienter, apoteker, producenter og kommuner får rimelig tid til at indstille sig på en ny tilskudsordnings principper og bestemmelser. Sundhedsstyrelsens repræsentant har oplyst, at sundhedsstyrelsen fra det tidspunkt, da der er taget formel beslutning om iværksættelse af forslaget, vil have behov for ca. 5 måneder til udarbejdelse af præparatlister og nye takster, der angiver patientbetalingens størrelse.

6.1.9. Om den sociale sikkerhedsordning og de økonomiske konsekvenser henvises til de følgende afsnit 7 og 8.

6.2. Alternative ordninger har været drøftet på basis af arbejdsgruppens bemærkninger foran under afsnit 5.3.

6.2.1. Den omtalte ordning, hvorefter der ydes samme tilskud til al receptordineret medicin, eventuelt således at patienten betaler et mindre ekspeditionsgebyr, vil betyde en arbejdsmæssig besparelse for såvel apoteker som læger og ved administration af refusionerne. Endvidere undgår man en til tider vanskelig gruppering af lægemidlerne og ajourføring af tilskudslisterne. Samtidig opnås, at nye lægemidler vil være berettiget til tilskud straks efter, at de er godkendt af sundhedsstyrelsen til forhandling i landet, hvilket vil kunne virke fremmende for anvendelsen af nye medicinske behandlingsmetoder.

På den anden side vil en sådan ordning ikke være egnet til at modvirke et overforbrug af medicin. En ordning som den svenske, der er omtalt foran i afsnit 3.1.1., kan tilskynde patienten til at søge udskrevet mest mulig medicin inden for samme ekspedition og vil være mest gunstig for patienter, der har behov for større engangsindkøb af lægemidler.

Den sociale sikring af patienten, som er det primære formål med en medicintilskudsordning, vil være afhængig af ekspeditionsgebyrets (karensbeløbets) størrelse og tilskudsprocenten. Sættes karensbeløbet relativt højt og tilskudsprocenten samtidig lavt for at begrænse det offentliges udgifter til medicin, vil ordningen give en dårligere social sikring end den nuværende. I så fald må ordningen kombineres med en gratis ordning for visse præparater til særlig alvorlige og langvarige sygdomme. Dermed begrænses den tilsigtede rationalisering af administrationen.

Udvalget kan tilslutte sig arbejdsgruppens synspunkt, at denne ordning ikke kan anbefales, særlig under hensyn til de nævnte social-medicinske synspunkter samt til at ordningen vil kunne tilskynde til et overforbrug. Udgifterne ved ordningen vil ikke kunne vurderes, idet der ikke haves grundlag for at skønne

over, hvilke ændringer i forbrugsvaner en såaan omlægning vil medføre.

6.2.2. En noget tilsvarende ordning, selvriskosystemet, anvendes i visse andre lande. Der henvises herom til afsnit 3.4. foran. Denne ordning indebærer de samme fordele og ulemper som karensystemet, men er mere besværlig at administrere og vil tillige direkte kunne tilskynde til et overforbrug, såfremt det offentliges tilskud øges, når medicinindkøbet overstiger et vist maksimum.

6.2.3. Udvalget har drøftet følgende af repræsentanten for medicinimportørforeningen stillet forslag om en modifikation af arbejdsgruppens primære forslag:

Enhver medicinsk specialitet opnår principielt tilskudsberettigelse umiddelbart ved præparatets registrering, forudsat at præparatet er receptpligtigt, hvilket afgøres samtidig med registreringen.

Tilsvarende ordning skal gælde for apotekerpræparater.

Samtidig med afgørelsen om registrering træffes bestemmelse om, hvorvidt et receptpligtigt præparat skal henhøre under tilskudsgruppe A eller gruppe B.

Gruppe A skal omfatte lægemidler til behandling af alvorlige, akutte eller kroniske lidelser, og gruppe B andre lægemidler bortset fra de under gruppe C nævnte.

Til gruppe C henføres sådanne præparater, som ikke er receptpligtige, eller som er forbeholdt alene til brug på hospitaler, eller som på anden måde er underkastet specielle betingelser i forbindelse med registreringen.

MEDIF har knyttet følgende bemærkninger til forslaget:

1. Den hidtidige tilskudsordning er ikke rimelig ud fra de objektivitetskrav og dermed krav til undgåelse af diskriminering, som må kunne stilles til enhver ordning af denne art.

De økonomiske (statsfinansielle) overvejelser, specielt med henblik på en begrænsning af det offentliges tilskudsbyrde, bør kunne løses igennem fastsættelsen af de procentuelle tilskud. Det skal dog i denne forbindelse bemærkes, at det efter MEDIF's opfattelse ikke er vel stemmende med moderne social tankegang at forringe sociale ydelser, og at man tværtimod må tilstræbe en udvidelse af disse.

2. MEDIF kan tiltræde, at der for visse lægemidler ydes et højere tilskud end for andre lægemidler, og man er enig i, at lægemidler med et højere tilskud fortrinsvis bør være sådanne, som ordineres til behandling af alvorlige, akutte eller kroniske lidelser, og hvis brug er af afgørende betydning for patientens helbredstilstand.

Derimod finder man det i almindelighed ikke sagligt begrundet at henskyde receptpligtige lægemidler til en gruppe uden tilskud. Herved henvises dels til det foran anførte og dels til følgende hovedbetragtning:

Det er bekendt, at det danske registreringssystem for medicinske specialiteter er blevet administreret rigoristisk. Der stilles meget strenge krav til dokumentation for en specialitets terapeutiske effekt og eventuelle bivirkninger, og kravene til klinisk dokumentation er omfattende. Apotekerlovudvalget - der i nær fremtid afgiver betænkning om en ny lægemiddellov - vil fastholde denne strenge registreringspraksis.

På den anførte baggrund må der principielt tages afstand fra, at der overhovedet i Danmark er basis for at udskille lægemidler, som skal være uden tilskud. Ved at gøre dette, underkender man den gældende registreringspraksis, der har medført, at Danmark har det forholdsvis laveste antal registrerede specialiteter i hele verden.

Man kan dog efter omstændighederne acceptere, at håndkøbspræparater ikke skal være tilskudsberettigede.

3. Det må være en rimelig opgave for Specialitetsnævnet, senere et eventuelt Lægemiddelnævn, samtidig med registreringen af en medicinsk specialitet at bestemme, hvorvidt præparatet skal være receptpligtigt, og til hvilken gruppe det skal henføres. Der bliver således tale om en forenklet administration for alle implicerede: myndigheder, nævn, læger, apoteker m.v.

4. Det forudsættes selvsagt, at ordningen suppleres med en social sikkerhedsordning, således at adækvat medicinordination aldrig udelukkes af økonomiske årsager.

Udvalgets flertal har heroverfor gjort gældende, at hensynene bag godkendelse til forhandling, pålæggelse af receptpligt og godkendelse til offentligt tilskud ikke er sammenfaldende, og at Specialitetsnævnet ikke med den nuværende sammensætning kan anlægge de nødvendige sociale vurderinger for afgørelsen om tilskud og dettes omfang.

Det offentliges udgift er af MED1F efter dennes forslag anslået til ca. 240 mill.kr. i gruppe A ved et offentligt tilskud på 80 pct., og ca. 140 mill.kr. i gruppe B med et tilskud på 50 pct. Omsætningen af præparater i gruppe C er anslået til ca. 42 mill.kr.

Om det offentliges udgifter ved arbejdsgruppens primære forslag henvises til afsnit 8.

6.2.4. Udvalget har endvidere drøftet en modificeret form af arbejdsgruppens primære forslag, hovedsagelig med det sigte at begrænse det offentliges udgifter til medicintilskud og tilskynde til prisbevidsthed og priskonkurrence. Efter dette forslag skulle det offentliges tilskud beregnes i procent ikke af prisen på det enkelte præparat, men af en gennemsnitspris for de billigste præparater i hver terapeutisk gruppe, en ordning, der ikke er ukendt inden for sygeforsikringen i øvrigt.

Det er imidlertid oplyst, at det ikke vil være praktisk muligt at administrere en sådan ordning. Udvalget af de billigste repræsentative præparater vil kunne volde problemer, og ordningen vil kunne virke tilfældig på grund af præparaternes forskellige doseringer. Ordningen indebærer tillige en favorisering af de patientgrupper, der har mindst behov for kostbar medicin. Det er vanskeligt at vurdere den sikringsmæssige dækning i de tilfælde, hvor lægemidlerne har afgørende betydning for helbredstilstanden, og ordningen måtte for disse patienter suppleres med sociale støtteordninger af ikke uvæsentligt omfang.

6.2.5. For at imødegå de administrative vanskeligheder, der kan være forbundet med at udarbejde præparatlister, kunne det overvejes at gennemføre arbejdsgruppens primære forslag med terapeutiske grupper, men uden dertil knyttede præparatlister. Man ville opnå at begrænse antallet af dispensationsansøgninger for præparater, der er udskudt af listerne, og undgå ajourføring af præparatlister, idet ethvert registreret præparat automatisk vil få tilskud (eventuelt intet tilskud) som det for den pågældende terapeutiske gruppe godkendte. Det vil imidlertid være en ulempe, at ordningen ikke vil tilskynde til prisbevidsthed og priskonkurrence og tillige muligvis vil medføre en udgiftsforøgelse, såfremt der ved Danmarks eventuelle indtræden i EF sker en omfattende nyregistrering af ikke tidligere registrerede præparater. Også her gælder det foran anførte synspunkt, at man ikke har noget grundlag for et skøn om, hvilken ændring i forbrugsmønstret en sådan omlægning vil medføre.

6.3. Udvalgets konklusion.

Ud fra sociale og sundhedsmæssige hensyn kunne det i princippet være ønskeligt, at det offentlige ydede fuldt tilskud til enhver relevant medicinordination. Spørgsmål om tilskud ville således være afhængig af den lægelige behandling. Såfremt man under en sådan ordning skulle dæmpe et erkendt overforbrug af medicin, forudsætter dette imidlertid en mere omfattende information over for læger om betydningen af en økonomisk og relevant medicinordination, samt et integreret samarbejde mellem læger, sundhedsvæsenet, socialvæsenet og andre offentlige myndigheder.

Disse forudsætninger foreligger imidlertid ikke opfyldt i dag og kan ej heller påregnes opfyldt i nærmeste fremtid. Da det offentliges ressourcer er begrænsede, er det nødvendigt, når det offentliges medicinudgifter skal reduceres, at foretage en prioritering af behovene.

Udvalget har herved fundet, at der bør ydes størst tilskud i de tilfælde, hvor medicinudgifterne vil virke mest tyngende, det vil sige ved de alvorlige og langvarige sygdomme.

Under henvisning hertil og til det i afsnit 6.1. anførte, kan udvalgets flertal anbefale en ny medicintilskudsordning i overensstemmelse med arbejdsgruppens primære forslag. Efter de i forslaget anførte principper opdeles de terapeutiske lægemiddelgrupper i 3 tilskudsgrupper, 1 gruppe med højt offentligt tilskud, 1 med lavere tilskud og 1 uden tilskud. Nyordningen forudsætter, at der af sundhedsstyrelsen udarbejdes præparatlistor for hver af de 2 grupper med offentligt tilskud, hvorved bl.a. de præparater udskilles, hvis pris væsentligt overstiger prisen på kemisk identiske eller analoge præparater. Der henvises i øvrigt til de i afsnit 6.1. anførte. Af hensyn til såvel læger og patienter og producenter som de parter, der skal administrere ordningen, bør der gives nyordningen en så lang ikrafttrædelsesfrist som muligt. Det vil tillige være væsentligt, at der i den løbende information af læger også under uddannelse og efteruddannelse samt i forbindelse med gennemførelse af nyordningen lægges særligt vægt på lægernes pligt til økonomisk medicinordination samt gives vejledning om ordningens økonomiske konsekvenser for såvel patienter som det offentlige.

Det er tillige en afgørende forudsætning, at den omhandlede ordning suppleres med sociale sikringsordninger. Om indholdet heraf henvises til det følgende afsnit 7.

Et mindretal (MEDIF) anfører følgende vedrørende revision af medicintilskudsordningen:

Medicintilskudsordningen i sin nuværende form er administrativt besværlig både for myndigheder, medicinfirmaer og apoteker, og den må uvægerlig føre til en række vilkårlige afgørelser.

Efter mindretallets opfattelse er flertalsforslaget ikke udtryk for nogen revision af den bestående ordning bortset fra differentieringen i tilskudets størrelse. I øvrigt har flertallet ikke, eller i hvert fald kun i meget begrænset omfang, imødekommet de saglige, tekniske indvendinger, som mindretallet - uden præjudice for sit principielle synspunkt - er fremkommet med.

Mindretallet har over for udvalget fremsat det under 6.2.3. refererede forslag.

Mindretallet fastholder dette forslag, der er rationelt, arbejdsbesparende og uden væsentlig merudgift, som en effektiv vej til udelukkelse af vilkårlige skøn og egentlig diskriminering.

I betænkningen under afsnit 6.2.5. omtales arbejdsgruppens forslag med terapeutiske grupper uden dertil knyttede præparatlister. Mindretallet skal understrege, at en sådan ordning vil være at foretrække fremfor flertallets nuværende forslag. Det bemærkes i denne forbindelse, at prisproblemer ikke kan være afgørende for tilskud, eftersom apotekerloven indeholder regler om prisfastsættelsen. Det er udokumenteret, og i øvrigt ikke sandsynligt, at Danmarks eventuelle tilslutning til EF vil medføre et betydeligt antal nyregistreringer.

- 6.4. Udvalget har overvejet de ovennævnte forslag i relation til forholdene ved Danmarks mulige tiltrædelse af de europæiske fællesskaber. Udvalget finder, at ingen af de nævnte ordninger efter de oplysninger udvalget under hånden har indhentet fra markedssekretariatet vil være i strid med regler og principper inden for EF under forudsætning af, at udelukkelse af et præparat fra tilskud sker af pris- eller kvalitetsmæssige grunde og ikke på grund af handelsmæssige forhold eller på grund af diskriminering på national basis.

7. Sociale støtteordninger.

7.1. Som anført foran afsnit 5.2.5. er den skitserede nye tilskudsordning baseret på, at der til de økonomisk dårligst stillede patientgrupper kan ydes supplerende tilskud, da der ellers ikke vil være sikkerhed for, at disse patienter vil kunne betale den fastsatte patientandel af relevant ordineret medicin. På den anden side bør sådanne ordninger ikke kunne tilskynde til medicinoverforbrug.

7.1.1. Der er foran i afsnit 2 i korte træk redegjort for lovgrundlaget for den gældende medicintilskudsordning og for de muligheder, der i øvrigt findes for at yde tilskud til særligt vanskeligt stillede personer til betaling af patientandelen. Foruden bestemmelserne i lov om offentlig forsorg §§ 45- 47 og 53 samt §§ 70 og 72-75 kan særlig nævnes bestemmelserne i folke-, invalide- og enkepensionslovene, hvorefter kommunalbestyrelsen kan yde tilskud til pensionister i form af personlige tillæg til pensionen.

7.1.2. Kommunernes adgang til at yde personlige tillæg er i alt væsentligt bundet til rådighedsbeløbene, der udgør en vis procentdel af de samlede udbetalte pensioner og således er af begrænset størrelse. Rådighedsbeløbene skal ifølge lovgivningen anvendes til en række formål, herunder hjælp efter omsorgsloven, personlige tillæg af enhver art, såsom brændselshjælp, beklædningshjælp, diættilskud, hjælp til supplerende ydelser som fodpleje og meget mere. De personlige tillæg er efter loven en skønsmæssig ydelse til pensionister, hvis forhold er ganske særlig vanskelige. Kommunerne har af administrative grunde udarbejdet visse retningslinier for ydelse af bl.a. medicinhjælp, herunder hvilke betingelser vedrørende pensionistens økonomiske forhold der stilles, for at hjælp kan ydes. Da rådighedsbeløbene som nævnt er begrænsede, omgøres kommunalbestyrelsernes skøn kun sjældent af ankemyndighederne.

7.1.3. Kommunernes Landsforening har i forbindelse med nærværende udvalgs arbejde indhentet materiale i spørgeskemaform fra alle landets kommuner bortset fra København om retnings-

linierne for og omfanget af medicinhjælp efter pensionslovgivningen og efter forsorgsloven, samt oplysning om der ydes tilskud til andre lægemidler end dem der er tilskudsberettigede efter socialministeriets medicinbekendtgørelse. 256 af 276 adspurgte kommuner har besvaret landsforeningens spørgeskema. Materialet er stillet til rådighed for udvalget.

Det fremgår heraf, at retningslinierne for medicinhjælp er meget forskellige. Samtlige kommuner yder efter pensionslovene personlige tillæg til pensionister til tilskudsberettiget medicin. Den procentvise dækning af patientandelen varierer dog stærkt. 136 kommuner oplyser at yde 100 pct. tilskud, nogle få kommuner har oplyst at yde 33 pct. af patientandelen og 108 kommuner har ikke oplyst, hvor stor en andel der ydes. Det fremgår at en del kommuner lader patienten bære en vis selvrisiko i form af et vist beløb eller en vis andel af medicinudgiften pr. kvartal, pr. måned eller pr. ekspederet recept.

Det har ikke været muligt at give et samlet billede af de økonomiske kriterier, der lægges til grund for ydelse af hjælpen. Det økonomiske trangsbegreb varierer fra kommune til kommune i henseende til indtægter og formue ved siden af pensionen, såvel arbejdsindtægt som formueindtægt, og likvid eller illikvid formue. En del kommuner yder medicintilskud til alle pensionister, der oppebærer fuldt pensionstillæg, medens der til pensionister med nedsat pensionstillæg kun ydes hjælp efter en individuel vurdering. Nogle kommuner yder ikke medicinhjælp til invalidepensionister med højeste invalidepension.

Medicinhjælpen ydes ofte i form af medicinkort. Ved forevisning af kortet på apoteket kan patienten få betalt helt eller delvis sin egen andel af receptordinerede lægemidler. Apoteket afregner herefter differencen, bortset fra sygekasseandelen, med kommunen.

Vedrørende tilskud til lægemidler, der ikke er optaget på socialministeriets medicintilskudslistes, fremgår det, at 74 kommuner ikke yder pensionister tilskud hertil. For de øvrige kommuner varierer tilskudsstørrelsen meget eller er ikke oplyst. Det fremgår dog, at tilskud til sådanne lægemidler er undergivet en dyberegående skønsmæssig vurdering end tilskud til den tilskudsberettigede medicin og forudsætter vanskeligere økonomiske forhold for pensionisterne.

De fleste kommuner yder medicinhjælp efter forsorgslovens regler til tilskudsberettigede lægemidler. 27 kommuner yder dog ikke sådan medicinhjælp. 61 kommuner yder efter forsorgsloven kun hjælp til tilskudsberettigede lægemidler. 79 kommuner yder 100 pct. tilskud til denne medicin og 27 kommuner yder tillige 100 pct. tilskud til andre receptordisponerede lægemidler. Det opstilles hyppigt som betingelse for medicintilskud efter forsorgsloven, at patienten får anden forsorgshjælp.

- 7.1.4. Ifølge det forannævnte materiale har kommunernes udgifter til medicintilskud i regnskabsåret 1970/71 udgjort i alt ca. 16,4 mill.kr. Tilskud efter pensionslovene har udgjort 15,6 mill.kr. heraf og efter forsorgsloven 780.000 kr. København er som nævnt ikke omfattet af undersøgelsen. Københavns kommune har oplyst, at der i 1971/72 er ydet medicinhjælp med i alt ca. 4 mill.kr. Kommunernes rådighedsbeløb udgjorde i 1970/71 ca. 159 mill.kr. Staten refunderer kommunerne 75 pct. af udgifter til medicinhjælp afholdt af rådighedsbeløbene eller efter forsorgsloven. Hjælp efter § 70 ff. refunderes dog med 100 pct. Pr. 31. marts 1970 var der ca. 568.000 folkepensionister, 112.000 invalidepensionister og 17.000 enkepensionister, i alt ca. 698.000 pensionister.

Det fremgår ikke af materialet, i hvilket omfang kommunerne fører kontrol med størrelsen af de beløb, der på denne måde udbetales de enkelte pensionister. Det er i udvalget oplyst, at der i visse kommuner er konstateret misbrug af ordningen. Kommunernes Landsforenings repræsentant i udvalget har givet udtryk for, at kommunerne vil være opmærksomme på dette forhold.

- 7.2. Da en ny medicinordning efter forslagene i afsnit 6.3. vil medføre en betydelig forøgelse af den andel, patienterne selv skal betale for medicin i gruppe B, må det sikres, at kommunerne sættes i stand til at yde fornøden støtte til økonomisk vanskeligt stillede til hel eller delvis dækning af deres medicinudgifter, hvad enten det drejer sig om tilskudsberettiget eller ikke tilskudsberettiget medicin. Udvalget finder, at der vil kunne være behov for, at der kan ydes hjælp til medicin efter en mildere transsbedømmelse end hid-

til, når medicinudgiften isoleret set virker ganske særlig tyngende for den enkelte og dennes familie. Endvidere bør hjælp kunne ydes pensionister i ganske særlige tilfælde, hvor rådighedsbeløbene efter de sociale pensionslove ikke måtte slå til. I denne forbindelse skal udvalget pege på det af administrative hensyn ønskelige i, at de forskellige særbestemmelser for ydelse af supplerende medicinhjælp søges afløst af en enkelt generel hjemmel, og at der sker en samordning med den medicinhjælp, der i dag ydes gennem andre offentlige myndigheder. I tilslutning hertil skal udvalget - på grundlag af de foran anførte oplysninger om betydelige forskelligheder i praksis for ydelse af medicinhjælp i de enkelte kommuner - henstille, at der i et vejledende cirkulære til kommunerne gives klare retningslinier for, hvilke kriterier der bør lægges til grund for ydelse af medicinhjælp samt til hvilke persongrupper, sådan hjælp skal ydes. Udvalget finder, at der bør kunne fastsættes en begrænsning af tilskud til de lægemidler, der optages i gruppe B og som derved er betegnet som mindre vigtige. Selv om det må være en forudsætning for, at ordningen kan fungere tilfredsstillende, at der anlægges en mild trangsbedømmelse, vil det næppe være formålstjenligt, at patienterne i alle tilfælde får refunderet den fulde patientandel til denne medicin.

Om eventuelle merudgifter for kommunerne henvises til det følgende afsnit 8.4.2.

8. Økonomiske konsekvenser.

8.1. Udgifterne til tilskudsberettigede lægemidler har i 1971 efter sygekassernes regnskabstal udgjort i alt 451,6 mill.kr. Heraf har patientandelen, der er 25 pct., udgjort 112,9 mill.kr., og det offentliges andel (staten samt sygekasserne) udgjort 338,7 mill.kr., der fordeler sig med ca. 115 mill.kr. til staten og 224 mill.kr. til sygekasserne. Om udgifternes fordeling på afsnit I, afsnit II og afsnit III-medicin henvises til bilag III, tabel 1. Herudover har medicinudgifterne efter fortsættelsessygekassernes regnskabstal i 1971 udgjort 24,9 mill.kr., hvoraf patientandelen var 6,2 mill.kr. og fortsættelsessygekassernes 18,7 mill.kr. og endelig har medicinudgifterne i finansåret 1971/72 efter apotekerfondens regnskabstal udgjort 4,9 mill.kr., hvoraf patientandelen udgjorde 1,2 mill.kr. og fondens 3,7 mill.kr. Herefter er den offentlige andel 361,1 mill.kr. og patienternes andel 120,3 mill.kr.

8.2. Udgifterne på årsbasis til tilskudsberettiget medicin efter de oplysninger om forbruget, der er fremkommet ved den af udvalget foranstaltede receptundersøgelse, foran afsnit 4.2., kan beregnes til 503 mill.kr. Når dette beløb overstiger summen af de ovenfor anførte årsbeløb (481,4 mill.kr.) kan dette tildels forklares ved, at receptundersøgelsens tal er baseret på medicinpriser, der var steget 10 pct. i forhold til priserne i det 1. halvår af 1971. Endvidere må det på grundlag af receptundersøgelsen beregnede årsbeløb tages med et vist forbehold, selv om undersøgelsen må betragtes som repræsentativ. Undersøgelsen hviler som anført på omsætningen af receptordinerede lægemidler på en enkelt dag i året og kan derfor udvise en skæv fordeling, for så vidt angår præparater, der kun omsættes sjældent. Som det fremgår af redegørelsen under 4.2.3., skønnes de fremkomne oplysninger om udgifterne pr. pakningsstørrelse tillige at ligge noget højere, end hvad man i øvrigt regner med.

En fordeling af receptundersøgelsens beregnede årsudgift, ca. 500 mill.kr., efter sygesikringslovens fordelingsregler pr. 1. april 1973 vil give en patientandel på 125 mill.kr. (fortsat 25 pct.), en statsandel på 160 mill.kr. og en amtskommunal andel på 215 mill.kr. d.v.s. i alt for det

offentlige 375 mill.kr. og for patienterne 125 mill.kr., jfr. tabel 4. Det bemærkes herved, at staten ifølge sygesikringsloven som hidtil skal refundere 100 pct. af udgiften til afsnit I-medicin, men 35 pct. af amtskommunernes udgifter til afsnit II og III-medicin i modsætning til for tiden 25 pct. af sygekassernes udgifter til afsnit II og III-medicin.

8.3. Udvalgsflertallets forslag.

Udfra den foreslåede gruppering i tilskudsgruppe A og B, hvor der endnu ikke er taget hensyn til udskillelse af særlig dyre præparater, ligesom der ej heller er taget hensyn til en forventet nedgang i forbraget af medicin i tilskudsgruppe B, kan den totale omsætning af tilskudsberettigede lægemidler maksimalt anslås til 537 mill.kr., der fordeles sig med ca. 294 mill.kr. i tilskudsgruppe A og ca. 243 mill.kr. i tilskudsgruppe B. Går man ud fra som overvejet i arbejdsgruppen, at det offentlige (stat + amtskommuner) skal yde et tilskud på 80 pct. til gruppe A og 50 pct. til gruppe B, bliver det offentliges udgift til disse 2 grupper henholdsvis 235 og 122 mill.kr., eller i alt 357 mill.kr. Patientandelen bliver for gruppe A 59 mill.kr. og for gruppe B 121 mill.kr., eller i alt 180 mill.kr., jfr. tabel 5. Fastsættes tilskuddet til 75 pct. til gruppe A og 50 pct. til gruppe B, bliver de tilsvarende beløb, jfr. tabel 7, 342 mill.kr. for det offentlige og 195 mill.kr. for patientandelen. Med uændret omsætning vil der ved et tilskud på 80 pct. blive besparelser for det offentlige på 18 mill.kr. og ved tilskud på 75 pct. en besparelse på 33 mill.kr. i forhold til udgifterne efter sygesikringsloven, jfr. tabellerne 5 og 7, sammenholdt med tabel 4.

8.4. Statens refusion af amtskommunernes medicintilskud efter nyordningen.

- 8.4.1. Skulle man følge de regler, der er fastsat som foreløbige i sygesikringsloven for statens tilskud til medicin, og kunne man sætte den nye tilskudsgruppe A lig med den gældende afsnit I-medicin, ville det betyde, at staten skulle refundere amtskommunerne 100 pct. af udgifterne til tilskudsgruppe A og 35 pct. af udgifterne til tilskudsgruppe B. Statens totaludgift ville herefter med de foran angivne til-

skudsprocenter blive i alt 278 mill.kr. og amtskommunernes andel i alt 79 mill.kr. Patientandelen ville fortsat være 180 mill.kr.

Da det økonomiske grundlag for sygesikringen pr. 1. april 1973 ændres fra en forsikringsmæssig til en offentlig ydelse finansieret over skatterne, er der ikke længere i finansieringsordningen særlig basis for, at staten bør bære en større andel af udgiften til visse lægemidler fremfor til andre. Da nyordningen tillige bygger på en nyvurdering, der vil medføre en væsentlig udvidelse af gruppe A i forhold til den gældende afsnit I-medicin, ville det bevirke en ubegrundet forrykkelse af byrdefordelingen mellem staten og amtskommunerne, såfremt man ligestillede gruppe A med afsnit I med 100 pct. statstilskud. Det må derfor anses for rimeligt at fastsætte statens refusion til amtskommunerne til samme procentsats (35) for alle tilskudsgrupper. Dette vil tillige forenkle administrationen af refusionerne.

Beregnet på dette grundlag vil statens udgifter i form af refusion til amtskommunerne med 35 pct. af disses udgifter ved et offentligt tilskud på 80 pct. til gruppe A og 50 pct. til gruppe B udgøre i alt 125 mill.kr., jfr. tabel 6. Heraf vedrører 82 mill.kr. gruppe A medicin og 43 mill.kr. gruppe B medicin. Amtskommunernes andel af medicinudgiften bliver 153 + 79 mill.kr., i alt 232 mill.kr. Patientandelen vil fortsat være 180 mill.kr. Sættes det offentliges tilskud til gruppe A til 75 pct., vil statens andel i alt andrage 120 mill.kr. og amtskommunernes andel 222 mill.kr., jfr. tabel 7.

I denne forbindelse bemærkes, at apotekerfondens tilskud (i alt 3,7 mill.kr.) til medicin til fortsættelsessygekassernes medlemmer og de bidragydende medlemmer af sygekasserne falder bort pr. 1. april 1973.

- 8.4.2. Tager man tillige udgifterne ved de i afsnit 7 nævnte sociale støtteordninger i betragtning, bemærkes at tilskud fra invalideforsikringsfonden til patientandelen af afsnit I + II medicin i tilfælde, hvor lægemidlerne har betydning for opretholdelse eller generhvervelse af erhvervsevnen,

udgjorde henved 320.000 kr. i 1971/72. Denne særordning forudsættes indpasset i de regler om støtte efter sociallovgivningen, som må fastsættes i forbindelse med den nye medicin-tilskudsordning. Det er vanskeligt at vurdere, hvorvidt omlægningen af tilskudsordningen vil medføre øgede udgifter til personlige tillæg til pensionister og øgede udgifter efter forsorgsloven. Som nævnt, afsnit 7.2., forudsætter udvalget, at der kan ydes tilskud til patientens betaling af såvel A- som B-medicin, men at tilskuddet til B-gruppen eventuelt begrænses. Såfremt patientandelen for A-medicin reduceres i forhold til den gældende ordning fra 25 pct. til 20 pct., formindskes kommunernes udgifter til hjælp til disse lægemidler, hvorimod patientandelen stiger for gruppe B-medicin. Dette kan muligvis føre til øgede personlige tilskud til medicinhjælp, særlig i det omfang der anlægges en mildere trangsvurdering.

Som nævnt ovenfor refunderer staten 75 pct. af kommunernes udgifter til medicinhjælp. Dette forhold bør tages i betragtning ved vurdering af statens samlede udgifter ved medicintilskudsordningen.

8.5. Besparelser i forhold til de under pkt. 8.3. nævnte udgiftstal.

8.5.1. Gennem ændring af tilskudsprocenten vil det være muligt, såfremt det anses for ønskeligt af politisk-økonomiske grunde, at opnå besparelser på medicintilskudsordningen. Udvalget må dog i denne forbindelse pointere, at tilskud til gruppe A bør være væsentlig større end til gruppe B af hensyn til de medicinsk-sociale principper, der ligger bag forslaget.

8.5.2. En mindre besparelse forventes at kunne opnås ved at udskyde præparater til gruppe C. Der er dog i udvalget enighed om, at en sådan udskillelse ikke så meget har økonomisk som principiel betydning.

- 8.5.3. Udvalget skønner, at der som følge af den forhøjede patientbetaling vil fremkomme en vis besparelse gennem nedsat forbrug af præparater i tilskudsgruppe B. Størrelsen af besparelsen kan ikke anslås, men vil først fremgå efterhånden, som ordningen indarbejdes i praksis.
- 8.5.4. Med hensyn til besparelsesmuligheder i finansåret 1973-74 bemærkes, at statens udgifter til medicin fremkommer dels som et tilskud til sygekasserne for medicinudgifter i det løbende kalenderår (d.v.s. januar kvartal 1973)» dels som restrefusion vedrørende de i det foregående kalenderår afholdte medicinudgifter. Der vil derfor ikke kunne forventes besparelser i finansåret 1973-74 for den andel, der er restrefusion til sygekasserne vedrørende medicinudgifter, afholdt i regnskabsåret 1. januar - 31. december 1972. Ej heller kan der forventes besparelser i den andel, der vedrører sygekassernes udgifter i januar kvartal 1973.

9. Sammenfatning.

9.1. Udvalget finder, at der er behov for en nyordning af tilskudsreglerne.

9.2. Udvalgets flertal kan anbefale en opdeling af recept-ordineret medicin i 3 grupper (A, B og C) ud fra en medicinsk saglig vurdering af lægemidlernes terapeutiske værdi, jfr. bilag II. I gruppe A optages en række særlig værdifulde lægemidler, der ordineres til behandling af alvorlige akutte eller kroniske lidelser, og som er af afgørende betydning for patientens helbredstilstand. Misbrug af disse lægemidler vil ikke være aktuel, men udgiften vil ofte belaste patientens budget stærkt. Til denne gruppe foreslås det offentliges tilskud fastsat til 80 pct. mod i dag 75 pct.

I gruppe B foreslås optaget lægemidler, hvis terapeutiske betydning er mindre afgørende eller hvis behandlingsmæssige betydning er underkastet nogen usikkerhed, samt midler, hvor man finder det forsvarligt gennem en sænkning af tilskudsprocenten til 50 pct. at søge tendensen til overforbrug mindske.

En gruppe præparater (gruppe C) foreslås undtaget fra tilskud, fordi midlernes virkning ikke er veldokumenteret eller er af simplere art samt enkelte midler, hvor man af lægelige grunde ønsker brugen begrænset mest muligt.

For såvel gruppe A som gruppe B's vedkommende foreslår udvalgets flertal, at præparater, hvis pris er særlig høj i forhold til kemisk identiske eller analoge præparater, udelukkes fra tilskud. De tilskudsberettigede midler opføres på lister, der er stadighed må ajourføres med bistand af sundhedsstyrelsens medicinudvalg.

Til præparater, der ikke er optaget i tilskudsgrupperne A og B, vil der kun kunne ydes offentligt tilskud efter dispensation i ganske særlige tilfælde.

9.3. Et mindretal (MEDIF) har stillet forslag om, at alle medicinske specialiteter og apotekspakkede lægemidler får tilskud, forudsat at præparatet er receptpligtig. For medicinske specialiteters vedkommende afgøres dette ved registreringen

Øg samtidig henføres præparatet til tilskudsgruppe A eller B. Ikke-receptpligtige præparater og præparater, der af ganske særlige grunde ikke bør have offentligt tilskud, henføres til gruppe G. Gruppe A skal omfatte lægemidler til behandling af alvorlige, akutte eller kroniske lidelser og bør have en høj tilskudsprocent. Gruppe B skal omfatte alle andre receptpligtige præparater, men bør have en lavere tilskudsprocent. Der henvises til afsnit 6.2.3. foran. Mindretallet har endvidere anført, at udvalgsflertallets principielle synspunkter, nemlig at midler til behandling af svære eller akutte lidelser placeres i gruppe A, medens lægemidler, hvis terapeutiske betydning er mindre afgørende, placeres i gruppe B, i et vist omfang synes fraveget ved den seneste revision af præparatlisterne (bilag II). Der må derfor gives producenterne mulighed for yderligere forhandling med hensyn til præparater placeret i gruppe G.

- 9.4. Udvalget lægger megen vægt på, at der som led i den eksisterende uddannelse og efteruddannelse af læger og i forbindelse med gennemførelse af nyordningen fremhæves lægernes pligt til økonomisk medicinordination samt gives vejledning om ordningens økonomiske konsekvenser for patienterne, og at medicinoverforbrug bør søges imødegået.

- 9.5. En ny tilskudsordning må af sociale hensyn suppleres med en ordning, der sikrer, at økonomisk vanskeligt stillede pensionister og andre særligt vanskeligt stillede personer kan få tilstrækkelig hjælp til dækning helt eller delvis af den del af medicinudgiften, som patienten efter nyordningen selv skal bære. Reglerne herom foreslås fastsat i en generel bestemmelse, der samordner de gældende særbestemmelser om medicinhjælp. Ved reglernes udformning bør det påses, at der ikke derved tilskyndes til et overforbrug af medicin.

- 9.6. Udvalget foreslår, at staten refunderer amtskommunerne 35 pct. af medicinudgiften til såvel gruppe A- som gruppe B-medicin.

- 9.7. Det forventes, at den af udvalgets flertal foreslåede tilskudsordning vil kunne medføre besparelser gennem en begrænsning i forbruget af de mindre vigtige lægemidler. Det har ikke været udvalget muligt at beregne omfanget heraf. Danmarks Apotekerforenings repræsentant har taget forbehold med hensyn til takst- og afgiftsmæssige foranstaltninger til afbødning af forslaget's følgevirkninger i form af nedgang i apoteksomsætningen og har gjort opmærksom på, at takststigninger, der måtte vise sig nødvendige af hensyn til opretholdelsen af den øvrige medicinforsyning, vil kunne reducere de sparemuligheder, der anses indeholdt i forslaget.

Udvalget har ment at måtte henvise dette spørgsmål til behandling i forbindelse med en revision af apotekerloven.

Udgiften for det offentlige efter den i sygesikringslovens §§ 7 og 21 fastsatte ordning skønnes pr. 1. april 1973 at ville andrage 375 mill.kr., heraf 160 mill.kr. for staten og 215 mill.kr. for amtskommunerne. Efter nyordningen med uforandret medicinforbrug, men under hensyn til at ordningen også vil omfatte de nuværende bidragydende sygekasse-medlemmer og fortsættelseskassemedlemmer, skønnes det offentliges udgift ved tilskud på 80 pct. til gruppe A og 50 pct. til gruppe B at andrage ca. 357 mill.kr. årlig, d.v.s. en besparelse for det offentlige på 18 mill.kr. i forhold til udgifterne efter sygesikringsloven. Statens udgifter vil udgøre ca. 125 mill.kr., hvilket er en besparelse for staten på 35 mill.kr. Amtskommunernes udgifter vil udgøre 232 mill.kr. Nedsættes tilskuddet til gruppe A fra 80 pct. til 75 pct. opnås en besparelse for det offentlige på 33 mill.kr. i forhold til udgifterne efter sygesikringsloven. Statens besparelse vil da udgøre 40 mill.kr. Det må dog tilføjes, at der i 1973-74 som følge af den gældende tilskudsordning skal ydes sygekasserne refusion af de i januar kvartal 1973 afholdte udgifter samt restrefusion vedrørende udgifterne i 1972.

Patientandelen, der pr. 1. april 1973 efter den gældende ordning skønnes at ville ligge på 125 mill.kr., vil efter nyordningen med uforandret forbrug og 80 pct. offentlig tilskud til gruppe A andrage henved 180 mill.kr., heraf 59 mill.kr. vedrørende gruppe A og 121 mill.kr. vedrørende gruppe B. Det fremhæves herved, at patientandelen vedrørende gruppe A, der omfatter et væsentligt større antal præparater og dermed sygdomsbehandlingsmuligheder end det nuværende afsnit I, er foreslået nedsat fra 25 pct. til 20 pct. Der henvises i øvrigt til bilag III, tabellerne 4, 6 og 7. I tabel 8 er opgjort udgiftsfordelingen ved tilskud på 75 pct. til gruppe A og 40 pct. til gruppe B.

- 9.8. Udvalget bemærker, at en ny tilskudsordning forudsætter ændringer i sygesikringslovens §§ 7 og 21, og at en nyordning bør vedtages i så god tid inden ikrafttrædelsen, at alle af ordningen berørte får rimelig tid til at indstille sig herpå.

DANMARKS APOTEKERFORENING

Receptundersøgelsen tirsdag den 28.9.1971

Indledning

Udvalget til revision af medicintilskudsordningen besluttede i sommeren 1971 at foretage en undersøgelse af forbruget af de lægemidler, der på nuværende tidspunkt er omfattet af tilskudsordningen; undersøgelsen skulle foretages som en stikprøveundersøgelse af de på apotekerne ekspederede recepter.

Undersøgelsen er forestået af en arbejdsgruppe bestående af K. West Andersen, P. Johansen, M. Kærn, alle sundhedsstyrelsen, B. Langberg Jensen, Direktoratet for sygehusvæsenet og L. Bagger Hansen, Danmarks Apotekerforening.

Arbejdsplanen er udarbejdet af sundhedsstyrelsen og Danmarks Apotekerforening, mens bearbejdelsen af materialet er foretaget af Danmarks Apotekerforening.

Undersøgelsens formål

Formålet med undersøgelsen var at få oplysning om a) det årlige forbrug af hvert receptordineret lægemiddel til enkeltpersoner målt i omsætning i kroner for hele landet og b) forbruget af tilskudsberettiget medicin målt i omsætning i kroner og opdelt i terapeutiske grupper; under pkt. a) såvel som pkt. b) deles forbruget op i tilskudsberettigede og ikke-tilskudsberettigede lægemidler.

Undersøgelsens metode

Mod skrivelse af 10.9.1971 (bilag 1) anmodede sundhedsstyrelsen apotekerne om at indsende kopier af de i døgnet tirsdag den 28. september 1971 ekspederede ordinationer til Danmarks Apotekerforening, idet følgende recepter skulle medtages: Recepter og rekvisitioner (på P-piller) udstedt af læger (herunder distribuerende læger) og tandlæger til enkeltpersoner, herunder enkelt-

personer boende på plejehjem samt recepter på begrænset registrerede medicinske specialiteter, der sælges efter individuel tilladelse fra sundhedsstyrelsen. Forinden indsendelsen til foreningen sorteredes receptkopierne i alfabetisk orden - hver taksts præparater for sig.

I Danmarks Apotekerforening sorteredes receptkopierne i flere tempi, således at man afslutningsvis havde dem ordnet i pakningsstørrelser inden for hvert enkelt præparat (og dispenseringsform/styrke), og hvor det var aktuelt yderligere delt op i "ordineret med sygekasse(apotekerfond)tilskud" (+ Sk.) og "ikke-ordineret med sygekassetilskud" (- Sk.).

På grundlag af ovenstående udregnedes det totale antal ekspederet af hver pakningsstørrelse delt op i + Sk. og i - Sk., og disse antal førtes på kartotekskort, der var oprettet for hver dispenseringsform.

Ud fra de den 28.9.1971 gældende takster (inkl. recepturgebyr) beregnedes omsætningen (i kroner) af hver pakningsstørrelse delt op i + Sk./- Sk. For de præparater, der ikke var optaget i Specialitetstaksten eller Takst for standardpakninger, benyttedes priserne fra receptkopierne direkte.

Derpå udregnedes summen af omsætningen (i kroner) inden for hver dispenseringsform - og evt. styrke - delt op i + Sk. og - Sk., og summen førtes på kortene.

Kartotekskortene sorteredes derefter i terapeutiske grupper efter Lægeforeningens Medicinfortegnelse, og omsætningen inden for først hver undergruppe og dernæst inden for hver hovedgruppe udregnedes. De magistrelie blandinger er dog ikke opdelt i terapeutiske grupper men (kun) i dispenseringsformer og i + Sk./- Sk. De magistrelle blandinger udgør ca. 2,5% af omsætningen i kroner.

Undersøgelsens resultater

Ovennævnte oplysninger fremgår af bilag 2, hvori de anførte tal er kroner.

Ud fra bilaget beregnes, at der på undersøgelsesdagen fra samtlige landets apoteker (på ét nær) blev ordineret

medicin på recept til enkeltpersoner	kr. 2.300.524
samt frihandelsvarer for	- _____ 1.774
i alt	kr. 2.302.298

Dette beløb fordeler sig med kr. 1.810.891 med sygekassetilskud og kr. 491.407 uden sygekassetilskud.

Der ordineredes i alt 102.858 pakninger svarende til en gennemsnitspris inkl. recepturgebyr pr. pakning på kr. 22,38.

Det ses endvidere, at de 4 hovedgrupper med størst omsætning inden for området med sygekassetilskud er

60:00	Psykofarmaka (kr. 388.000)
4:00	Infektioner og parasitære sygdomme (kr. 239.000)
52:00	Endocrine lidelser (kr. 169.000)
20:00	Diuretika (kr. 168.000)

60:08:12, benzodiazepinderivater, er den undergruppe med størst omsætning (kr. 230.000).

Det er ikke skønnet praktisk muligt at udarbejde bilagsmateriale, der viser omsætningen af de enkelte præparater (herunder dispenseringsformer og styrker). Men det vil være muligt at give disse oplysninger for konkrete præparater, såfremt det måtte ønskes, idet oplysningerne, som ovenfor nævnt, findes på de kartoteks-kort, der er udarbejdet for det enkelte præparat.

Bemærkninger vedrørende nøjagtighed

Skønnet over det årlige medicinforbrug vil afhænge af den valgte dag. Tirsdag den 28.9.1971 blev valgt, da denne dag skønnedes at være repræsentativ (ikke mandag, fredag eller lørdag - hverken sommer eller vinter - tilstrækkelig langt fra den 1.).

Der vil imidlertid være variationer mellem salget på 2 "repræsentative" dage. F.eks. vil præparater, der kun sælges få gange om

måneden kunne blive solgt på den ene "repræsentative" dag og ikke på den anden og altså ikke blive repræsenteret i undersøgelsen. Endvidere vil et præparat, der gennemsnitlig ordineres i 1000 enheder pr. dag, på undersøgelsesdagen kunne sælges i et antal af 900 eller 1100 enheder. Skønnet over årsforbruget af et sådant præparat, der udgør ca. 1% af omsætningen (i stk.), vil således kunne være 10% forkert.

At et apotek har meldt fra med hensyn til deltagelsen i undersøgelsen skønnes (kun) at medføre, at de udregnede summer for landet gennemsnitlig bliver ca. 1/2% for lav i forhold til det virkelige forbrug denne dag.

Derimod skønnes den fundne gennemsnitspris på kr. 22,38 at være kr. 2,50 - 3,00 for høj, når man sammenholder med udviklingen i gennemsnitsprisen pr. ordination (fra Det grå hæfte) og den pr. 1.7.1971 gennemførte takststigning. Dette kunne give en formodning om, at den 28.9.1971 har været ikke helt repræsentativ (for nær ved den 1.?).

Til trods for de nævnte usikkerheder giver undersøgelsen dog et værdifuldt basismateriale for overvejelserne vedrørende en eventuel revision af medicintilskudsordningen.

Det vil dog være ønskeligt at få oplysninger fra fabrikanter og importører over de enkelte medicinske specialiteters omsætning på årsbasis. Her skal omsætningen svare til den del af forbruget, som undersøgelsen omfatter, d.v.s. ekskl. forbrug for hospitaler m.v. Ved sammenligning mellem disse oplysninger og undersøgelsens resultater, vil det også være muligt at vurdere den 28.9.'s repræsentativitet.

SUNDHEDSSTYRELSEN
St. Kongensgade 1
1264 København K

J.nr. 2651-30-1971

København K, den 10. september 1971.

Til apotekeren.

Med henblik på en revision af den gældende medicintilskudsordning nedsatte socialministeriet i juni i år et udvalg med repræsentanter fra forskellige ministerier, styrelser og organisationer.

Forinden der udarbejdes udkast til en ny tilskudsordning, har udvalget ønsket foretaget en undersøgelse af forbruget af lægemidler, såvel af tilskudsberettiget medicin som af anden medicin. Det er besluttet at foretage undersøgelsen som en stikprøveundersøgelse af recepterne, og i denne anledning skal man anmode apoteket om at indsende kopier af de den 28. september 1971 ekspederede recepter til Danmark Apotekerforening.

Følgende recepter skal medtages i undersøgelsen: Recepter og rekvisitioner (på P-piller) udstedt af læger og tandlæger til enkeltpersoner, herunder enkeltpersoner boende på plejehjem, samt recepter på begrænset registrerede medicinske specialiteter, der sælges efter individuel tilladelse fra sundhedsstyrelsen.

Derimod skal recepter udstedt af dyrlæger og recepter på lægemidler bestemt til hospitaler, klinikker, plejehjem (jfr. dog ovenfor) og lignende ikke medtages, ligesom recepter på ikke-registrerede specialiteter, der udleveres efter individuel tilladelse fra sundhedsstyrelsen, kan undtages.

I alle tilfælde må apoteket kopiere recepten enten ved anvendelse af fotokopieringsmaskine eller ved afskrift. Hvor kopieringen foretages ved afskrift medtages de oplysninger på kopien, som apoteket ville medtage, hvis det havde drejet sig om en kopi til en sygekasse, d.v.s. oplysninger om dosering og indikationer kan undlades. Det skal nøje specificeres hvilket antal pakninger, der er udleveret. Er der f.eks. ordineret Tablettae benadryl 100 stk., skal der på kopien anføres 2 x 50.

Hvis der til det pågældende præparat er ydet tilskud, skal dette tydeligt fremgå, ved at såvel den ureducerede pris som patientens andel anføres.

Såfremt der er flere ordinationer på én recept tages et antal kopier svarende til antal ordinationer. På hver kopi streges ud, så den enkelte kopi kun svarer til ét præparat (se vedlagte eksempel).

Kopierne sorteres i alfabetisk orden i samme orden som præparaterne er op-

taget i specialitetstaksten, takst for standardpakninger og medicintaksten (specialitetstakst, standardtakst og medicintakst hver for sig). Magistrelle ordinationer samles for sig selv og sorteres alfabetisk efter dispenseringsform (Ph. Nord.'s betegnelser anvendes).

Materialet skal være Danmarks Apotekerforening i hænde senest 4. oktober 1971, d.v.s. afsendes fra apoteket senest 2. oktober 1971.

Der vil blive ydet apoteket et vederlag på 10 øre pr. kopi.

Eventuelle tvivlsspørgsmål kan forelægges cand.pharm. P. Johansen, sundhedsstyrelsen tlf. (01) 14 10 11, lokal 07 eller cand.pharm. N. Holm-Petersen, Danmarks Apotekerforening tlf. (01) 11 02 76, lokal 38.

Esther Amundsen

A. Skovgaard

<u>4:00 Infektioner og parasitære sygdomme</u>		+ sygekasse	- sygekasse
4:04:041	Benzylpenicilliner (G.penicillin)	3.392	57
4:04:042	Syreresistente (perorale) penicilliner	69.379	856
4:04:043	Penicillinaseresistente penicilliner		555
4:04:044	Bredspektrede penicilliner	35.078	615
4:04:04	Penicilliner (i alt)	107.848	2.083
4:04:06	Erytromycin	704	
4:04:08	Tetracykliner	85.938	291
4:04:12	Kloramfenikol	1.330	4.072
4:04:16	Streptomyciner	266	
4:04:20	Bacitracin og neomycin	308	1.909
4:04:24	Antibiotika, andre	1.106	3.314
4:04	Antibiotika (i alt)	89.653	9.586
4:08:04	Sulfonamider uden protraheret virkning	10.045	1.710
4:08:08	Sulfonamider med protraheret virkning	17.071	134
4:08	Sulfonamider (i alt)	27.116	1.844
4:12	Sulfoner	13	1.425
4:16	Tuberkulose- se også 4:04:16	1.768	
4:20:04	Arsenpræparater		
4:20:08	Penicilliner- se 4:04:04		
4:20:12	Vismutpræparater		
4:20	Syfilis (i alt)		-

4:24	Svampelidelser- se også 96:o8	10.782	2.533
4:28:o4	Kinin og kininderivater	1.874	
4:28:o8	Malaria, og andre midler mod - se også 56:32	28	
4:28	Malaria (i alt)	<u>1.902</u>	
4:32	Protozoer, infektioner med - bortset fra malaria		
4:36	Scabies og pediculi	56	635
4:40	Infektioner og parasitære sygdomme, andre midler		305
4:00	Infektioner og parasitære sygdomme (i alt)	239.137	18.412
		=====	=====

<u>8:00 Sera, vacciner og allergener</u>			
		+ sygekasse	- sygekasse
8:04:04	Immun-serumprodukter fra dyr		
8:04:08	Immun-serumprodukter fra mennesker		<u>169</u>
8:04	Immun-serumprodukter (i alt)		169
8:08	Vacciner		182
8:12	Fraktionsprodukter af donorblod		
8:16	Allergener	<u>1.589</u>	<u>100</u>
8:00	Sera, vacciner og allergener (i alt)	1.589	282
	Tuberkulin salve		30
	Tetannsanitoxin	<u>42</u>	<u>83</u>
	I alt	1.631	564
		=====	=====

12:00 Andedrætsorganernes sygdomme

60

		+ sygekasse	- sygekasse
12:04:041	Adrenalinpræparater	2.127	
12:04:042	Isoprenalin og beslægtede stoffer se også 16:06	12.288	24
12:04:043	Terbutalin og beslægtede stoffer	2.068	134
12:04:04	Adrenalin og beslægtede stoffer se også 16:20 og 68:04 (i alt)	16.483	158
12:04:08	Atropinpræparater- se 68:16		
12:04:12	Teofyllin og beslægtede stoffer- se 16:16:16		
12:04:16	ACTH og stoffer med glukokortikoidvirkning- se 52:04:081 og 52:28:08		
12:04:20	Kombinationspræparater og andre astmamidler	5.953	2.687
12:04:24	Præparater til desensibiliserings behandling- se 8:16		
12:04	Astmamidler (i alt)	22.436	2.845
12:08:04	Ipecacuanhapræparater		379
12:08:08	Jodidpræparater	335	210
12:08:12	Saponinpræparater		20
12:08:16	Ekspektorerende midler, andre	9.857	9.490
12:08	Ekspektorerende midler (i alt)	10.192	10.099
12:12:04	Hydrokonpræparater		728
12:12:08	Kodeinpræparater		4.976
12:12:12	Opiumspræparater		5.250
12:12:16	Tebakonpræparater		549
12:12:20	Ætylmorfinpræparater		2.051

12:12:21	Morfinderivater, andre		313
12:12:22	Isokinolinderivater - noscapinpræparater	7.079	13
12:12:24	Hostestillende midler, andre - se også 72:00	<u>154</u>	<u>3.515</u>
12:12	Hostestillende midler (i alt)	7.233	17.395
12:16	Respirationsstimulerende midler - se 64:16		
12:20	Ilt og carbogen		
12:24	Midler mod sygdomme i de øvrige luftveje - se 4:04, 4:04 og 96:44		
12:00	Andedrætsorganernes sygdomme (i alt)	39.861	30.339
		=====	=====

16:00 Hjerte-kredsløbssygdomme

62

		+ sygekasse	- sygekasse
16:04	Digitalis og beslægtede stoffer	13.451	96
16:06	Hjertestimulerende midler- se også 12:04:04, 16:11, 16:20:04 og 68:04	423	
16:08	Kinidin og andre arytmiika	10.318	
16:10	Beta receptor blokkere	16.348	419
16:11	Andre midler med virkning på myocardiets stofskifte		141
16:12:04	Nitritpræparater, hurtigt virkende	6.925	2.060
16:12:08	Nitritpræparater, protraheret virkning	14.562	72
16:12:12	Nitritpræparater, kombineret hurtig og pro- traheret virkning	2.006	15
16:12:16	Nitritpræparater, andre		
16:12	Nitritpræparater m.v. (i alt)	23.491	2.147
16:16:04	Koffein		144
16:16:08	Teobromin		71
16:16:12	Teobromindobbeltsalte		123
16:16:16	Teofyllin	10.693	38
16:16	Purinderivater (metylxantiner) (i alt)	10.693	376

16:20:04	Adrenalin og beslægtede aminer	13.032	1.582
16:20:08	Polypeptider		
16:20	Kontraherende midler (i alt)	13.032	1.582
16:24	Kardilaterende midler		12.236
16:28:04	Overvejende centralt virkende antihypertensiva- se også 60:04	1.714	
16:28:08	Ganglieblokerende antihypertensiva	19	
16:28:12	Sympaticusblokerende antihypertensiva	20.460	
16:28:16	Metildopa-gruppen	35.649	
16:28:18	Hydralazinforbindelser		
16:28:20	Diuretika- se 20:00		
16:28:24	Phaechromocytomer, midler ved		
16:28	Antihypertensiva- se også 16:10		113
16:28	Antihypertensiva- se også 16:10 (i alt)	57.842	113
16:32:04	Nikatamid- se 64:16		
16:32:08	Pentetrazol- se 64:16		
16:32:12	Geastimol- se 64:16		
16:32	Centralt virkende kredsløbsstimulerende midler (i alt)	-	-
16:36	Ilt og carbogen- se 12:20		
16:40	Hjerte-kredsløbssygdomme, andre midler- se også 16:24		416
16:44	Varcier, scleroserende injektionspræparater		
16:00	Hjerte-kredsløbssygdomme (i alt)	145.600	17.526

<u>20:00 Diuretika</u>			
20:04	Kviksølvholdige diuretika	+ sygekasse 222	- sygekasse
20:08	Klortiazidderivater og beslægtede stoffer	91.965	218
20:12	Spirolaktoner	11.321	
20:16	Purinderivater (metylxantiner) - se 16:16		
20:20	Diuretika, andre- se også 36:00	64.522	
20:00	Diuretika (i alt)	168.030	218
		=====	=====

24:00 Fordøjelseskanalets sygdomme

		+ sygekasse	- sygekasse
24:04	Acida		230
24:08:04	Syreneutraliserende m.v. antacida	21.512	93
24:08:08	Sektionshæmmende antacida- se også 68:16	7.582	587
24:08:12	Kombinerede antacida	3.626	16
24:08	Antacida (i alt)	32.720	696
24:12	Amara og andre stomachika		176
24:16	Enzympræparater	5.689	1.078
24:20	Laksantia		6.713
24:24	Obstiperende midler		1.823
24:28	Hæmorrhoider, lokale midler- se også 80:08	616	6.787
24:32	Tarmdesinficerende midler	852	2.081
24:36:04	Atropin-skopolaminpræparater		32
24:36:08	Antiemetika, andre- se også 68:16 og 72:00	9.188	217
24:36	Antiemetika (i alt)	9.188	249
24:40	Anorexika (appetitnedsættende midler) se også 64:16	141	35.383
24:44	Fordøjelseskanalets sygdomme, andre midler	105	3.178
24:00	Fordøjelseskanalets sygdomme (i alt)	49.311	58.394
		=====	=====

<u>28:00 Anthelmintika</u>			
28:00	Anthelmintika	+ sygekasse	- sygekasse
		1.124	1.124
		=====	=====
<u>32:00 Lever- og galdevejslidelser</u>			
32:00	Lever- og galdevejslidelser	+ sygekasse	- sygekasse
		529	154
		=====	=====
<u>36:00 Urinvejsdesinficerende midler</u>			
36:04	Acidoserende midler	+ sygekasse	- sygekasse
		100	
36:08	Salolpræparater	3.600	10
36:12	Urinvejsdesinficerende midler, andre præparater- se også 4:04 og 4:08	5.241	489
36:00	Urinvejsdesinficerende midler (i alt)	8.941	499
		=====	=====

40:00	<u>Uteruskontraherende midler</u>		
40:04	Rene sekalealkaloider og syntetiske derivater af disse- se også 68:08:04	+ sygekasse 864	- sygekasse
40:08	Hypofysebaglappræparater- se 52:04:04		
40:12	Uteruskontraherende midler, andre præparater		
40:00	Uteruskontraherende midler (i alt)	864 =====	 - =====

44:00 Blodsygdomme m.v.

	+ sygekasse	- sygekasse
44:04:04 Jernpræparater, usammensatte	15	4.272
44:04:08 Jernpræparater, sammensatte		24
44:04:12 Jernpræparater med laksantia		282
44:04:16 Jernpræparater, injicerbare	271	
44:04 Jernpræparater (i alt)	286	4.578
44:08:04 Rene B-12 - præparater	6.400	559
44:08:08 Lever- og ventrikelpreparater samt sådanne med tilsætning af cykobemin (B-12)		260
44:08 Cykobeminpræparater (B-12) (i alt)	6.400	819
44:12 Folinsyre		
44:16:04 Antineoplastiske antibiotika		
44:16:08 Cytostatika, andre	758	126
44:16 Cytostatika (i alt)	758	126
44:20 Jern-bindende præparater		
44:00 Blodsygdomme m.v. (i alt)	7.706	5.523
	=====	=====

48:00 Koagulation og blødning

		+ sygekasse	- sygekasse
48:04:04	Heparin		
48:04:08	Kumarinderivater	2.319	
48:04:12	Indandionderivater	69	
48:04	Koagulationshæmrende midler (i alt)	2.388	
48:08:04	Protaminsulfat		
48:08:08	Vitamin K - præparater	376	
48:04:12	Antidoter overfor koagulationshæmrende midler andre		
48:08	Antidoter overfor koagulationshæmrende midler (i alt)	376	
48:12:04	Adrenonpræparater		
48:12:08	Trombinpræparater		
48:12:12	Hæmostatika, andre		
48:12	Hæmostatika (i alt)	-	
48:16	Fibrinolytiske midler		201
48:20	Fraktionsprodukter af donorblod		
48:00	Koagulation og blødning (i alt)	2.764	201
		=====	=====

52:00 Endocrine lidelser

		+ sygekasse	- sygekasse
52:04:04	Hypofysebaglappræparater	757	16
52:04:081	Adrenokortikotropt hormon	1.519	
52:04:082	Gonadotrope hormoner	955	
52:04:083	Syntetiske stoffer med ovariotrop virkning	701	
52:04:084	Thyreotropt hormon		
52:04:08	Hypofyseforlappræparater	<u>3.175</u>	
52:04	Hypofyse- og placentahormoner (i alt)	3.932	16
52:08:04	Gestagener	3.793	1.850
52:08:08	Østrogen	<u>15.455</u>	<u>1.125</u>
52:08	Ovariehormoner (i alt)	19.248	2.975
52:12:04	Gestagen - østrogene præparater til anvendelse ved gynækologiske lidelser m.m.	16.683	644
52:12:08	Gestagen - østrogene præparater til anvendelse som orale antikonceptia		<u>83.742</u>
52:12	Kombinerede gestagen - østrogene præparater (i alt)	16.683	84.386
52:16	Testishormoner (androgener)	19.700	
52:20	Kombinerede androgen - østrogene præparater	13.609	
52:24	Stoffer med overvejende anabolisk effekt	8.056	486
52:28:04	Mineralkortikoider	159	

52:28:081	Kortison og hydrokortison	2.714	
52:28:082	Stoffer med glukokortikoid virkning, andre	<u>24.760</u>	
52:28:08	Glukokortikoider (i alt)	27.474	
52:28	Binyrebarkhormoner (i alt)	<u>27.633</u>	
52:32	Thyreoidahormoner	3.815	10
52:36:04	Syntetiske antithyreoider præparater	750	
52:36:08	Jodholdige antithyreoider præparater	<u>35</u>	
52:36	Antithyreoider præparater (i alt)	785	
52:40	Parathyreoidahormoner		
52:44:04	Insulin	26.218	
52:44:08	Antidiabetika, perorale	28.872	
52:44:12	Glucagon		
52:44	Pancræashormoner (i alt)	<u>55.090</u>	
52:00	Endocrine lidelser (i alt)	168.551	
		<u>87.873</u>	

56:00 Antirheumatika 72

		+ sygekasse	- sygekasse
56:04	Cinkofen og beslægtede stoffer		
56:08	Kolkicinpræparater	69	9
56:12	Probenecidpræparater	646	116
56:16	Fenylbutazonum og derivater	51.167	792
56:18	Indometacin	54.871	286
56:19	Allopurinol	5.315	
56:20	Guldpræparater	213	35
56:21	Benzydaminpræparater	564	
56:23	Adrenokortikotropt hormon- se 52:04:081		
56:24:04	Glukokortikoider til peroral behandling- se 52:28:08		
56:24:08	Glukokortikoide præparater til injektion i led m.v. - se også 52:28:08	87	
56:24	Glukokortikoider (i alt)	87	
56:28	(Gruppen er for tiden ikke i brug)		

56:32	Klorokin og derivater- se også 4:28:o8	1.884
56:36	Antirheumatika, andre se 76:16	
56:00	Antirheumatika (i alt)	114.816 =====
		1.238 =====

<u>60:00 Psykofarmaka</u>			
		+ sygekasse	- sygekasse
			606
60:04:04	Rauwolfia-alkaloïder og beslægtede stoffer		
60:04:081	Fentiazinderivater, alifatisk sidekæde	16.031	53
60:04:082	Fentiazinderivater, sidekæde med piperidinring	3.789	48
60:04:083	Fentiazinderivater, sidekæde med piperazinring	37.696	276
60:04:08	Fentiazinderivater (i alt)	57.516	377
60:04:12	Thioxanthenderivater	21.968	124
60:04:16	Butyrofenonderivater	5.601	25
60:04:20	Psykosedativa, andre		39
60:04	Psykosedativa med antipsykotisk virkning (i alt)	85.085	1.171
60:08:04	Diphenylmetanderivater	70	11
60:08:08	Propandiolderivater og beslægtede stoffer	19.901	101
60:08:12	Benzodiazepinderivater	229.650	613
60:08	Psykosedativa uden væsentlig anti-psykotisk virkning (neurosemidler) (i alt)	249.621	725
60:12:04	Monoaminoxidase-hæmmere		220
60:12:08	Tricycliske antidepressiva (thymoleptika)	52.800	2.621
60:12:12	Antidepressiva, andre		
60:12	Psykoanaleptika med antipsykotisk virkning (antidepressiva) (i alt)	52.800	2.841

60:16	Psykoanaleptika uden antipsykotisk virkning	2.745
60:20	Psykosomimetika (midler til fremkaldelse af psykoselignende tilstande)	
60:24	Psykofarmaka, andre	373
60:00	Psykofarmaka (i alt)	387.879
		=====
		7.482
		=====

<u>64:00 Centralnervesystemet, andre stoffer</u>			
		+ sygekasse	- sygekasse
64:04:04	Barbitursyrederivater	12.634	29.861
64:04:08	Bromkarbamider og lign. stoffer	129	224
64:04:12	Sedativa og hypnotika, andre	26.799	17.567
64:04:16	Bromsalte	50	19
64:04:20	Valerianepreparater		1.008
64:04	Sedativa og hypnotika (i alt)	39.612	48.679
64:08	Antiepileptika - antikonvulsiva	21.101	322
64:12	Anti - parkinsonmidler	15.853	262
64:14	Muskelrelaxantia- se også 60:06:08, 60:08:12, 64:12 og 80:04:16		8.624
64:16	Analeptika- se også 16:32 og 60:16		295
64:00	Centralnervesystemet, andre stoffer se også 80:04:16 (i alt)	76.566	58.182
		=====	=====

<u>68:00 Nervesystemet - autonome</u>		+ sygekasse	- sygekasse
68:04	Sympatomimetika (adrenerge=sympaticus-stimulerende midler)- se også 12:04:04 og 16:20:04		180
68:08:04	Sekalealkaloider- se også 40:04	62.037	3.032
68:08:08	Sympatolytika, andre- se også 16:28:12		
68:08	Sympatolytika (antiadrenerge=sympaticus-hæmmende midler) (i alt)	62.037	3.032
68:12:04	Kolinderivater	302	
68:12:08	Kolinesterase- hæmmere	527	
68:12	Parasympatomimetika (kolinerge=parasympaticus-stimulerende midler) (i alt)	829	-
68:16	Parasympatolytika (antikolinerge=parasympaticus-hæmmende midler) - se også 24:08:08	31.653	1.557
68:20	Ganglieblokerende midler- se også 16:24 og 16:28		
68:24	Autonome nervesystem, andre midler	21.252	9
68:00	Nervesystemet - autonome (i alt)	115.771	4.778
		=====	=====

72:00 Antihistaminika

72:00 Antihistaminika, herunder præparater
der fortrinsvis anvendes ved transportsyge

+ sygekasse

25.831

=====

- sygekasse

1.371

=====

<u>76:00 Smertestillende midler</u>			
		+ sygekasse	- sygekasse
76:04:04	Opiumspræparater		89
76:04:08	Morfinpræparater	2.310	231
76:04:12	Andre stærktvirk. smertestill. præparater se også 12:12	12.187	1.951
76:04	Opiumsalkaloider og andre stærkt virkende stoffer (i alt)	14.497	2.271
76:08	Aminophenazon m.v.	194	492
76:12	Penylbutazon og derivater - se 56:16		
76:16:04	Kodeinkombinationspræparater	50.478	60.546
76:16:08	Salicylsyrepræparater	1.553	1.057
76:16:12	Fenazonsalicylatpræparater	16	
76:16:16	Fenazonpræparater	43	112
76:16:20	Kininpræparater	42	167
76:16:22	Dextropropoxiphenpræparater	26.893	3.718
76:16:24	Svagere virkende smertestillende præparater, andre	3.278	8.233
76:16	Svagere virkende smertestillende stoffer (i alt)	82.303	73.833
76:00	Smertestillende midler (i alt)	96.994	76.596
		=====	=====

<u>80:00</u>	<u>Anæstesi</u>		
80:04:04	Inhalationsmidler		
80:04:08	Intravenøse midler		
80:04:12	Rektale midler		
80:04:16	Midler mod kurarevirkning		
80:04	Universel anæstesi (i alt)	-	182
80:08	Lokal analgesi	164	1.754
80:00	Anæstesi (i alt)	164	1.936
<u>84:00</u>	<u>Antidota</u>		
84:00	Antidota- se også 48:08, 64:16 og 68:04, samt forgiftningsafsnittet		
		+ sygekaske	- sygekaske
			20
			=====
<u>88:00</u>	<u>Organismens væske- og elektrolytbalance</u>		
88:00	Organismens væske- og elektrolytbalance	+ sygekaske	- sygekaske
		5.430	137
		=====	=====

92:00 Desinficerende og antiseptiske midler

		+ sygekasse	- sygekasse
92:04:04	Jodpræparater		9
92:04:08	Klorpræparater	22	738
92:04	Halogenforbindelser (i alt)	22	747
92:08:04	Kviksølvforbindelser- se også 4:20:16, 96:36:16 og 96:52:12		14
92:08:08	Sølvpræparater- se også 96:24, 96:36:16, 96:52:12		69
92:08:12	Vismutpræparater- se også 96:36:16 og 96:52:12		
92:08	Metalforbindelser (i alt)	-	83
92:12:04	Kvaternære ammoniumforbindelser	7	
92:12:08	Såbepræparater		
92:12	Detergentia (Rensemidler) (i alt)	7	-
92:16:04	Peroxider		38
92:16:08	Perborater		
92:16:12	Kaliumpermanganatpræparater		5
92:16	Iltningsemidler (i alt)	-	43
92:20	Alkohol	918	983
92:24	Fenoler	67	66
92:28	Akridinderivater		59

92:32	Desinficerende og antiseptiske midler, andre- se også 4:40, 24:32, 96:08, 96:12 96:16 og 96:56	27	130
92:00	Desinficerende og antiseptiske midler (i alt)	1.041 =====	2.111 =====

96:00 Hud- og slimhindemidler

		+ sygekasse	- sygekasse
96:04	Hudpleje, midler til blødgøring og beskyttelse af huden	387	938
96:08	Antibiotika, sulfonamider og antiseptika, midler indeholdende	3.085	9.452
96:12	Kortikoider, midler indeholdende	77.856	140
96:16	Kombinationspræparater af 96:08 og 96:12	20.315	5.413
96:20	Midler mod hyperhidrose - se også 68:16	68	264
96:24	Keratolytiske og ætsende midler		54
96:28	Hudirriterende midler	7	157
96:32:04	Antihistaminpræparater- se også 72:00	32	178
96:32:08	Lokalanalgetika - se 80:80		
96:32:12	Kløstillende midler, andre	24	123
96:32	Kløstillende midler (i alt)	56	301
96:36:04	Svovlpræparater	3.913	1.537
96:36:08	Tjærepræparater	76	223
96:36:12	Levertranspræparater	12	33
96:36:16	Andre præparater- se også 56:32	1.400	1.408
96:36	Andre hudmidler (i alt)	5.401	3.201

96:40	(Gruppen er for tiden ikke i brug)		
96:44	Næse-svælgmidler samt midler mod sygdomme i de øvre luftveje		19.413
96:48	Øremidler	201	2.027
96:52:04	Glaukommidler og miotika		26
96:52:08	Pupildilaterende midler	4.362	183
96:52:12	Øjenmidler, andre	348	
96:52	Øjenmidler (i alt)	<u>4.017</u>	<u>6.512</u>
		8.728	6.721
96:56	Vaginalmidler	15.491	4.078
96:00	Hud- og slimhindemidler, andre	1.804	
96:00	Hud- og slimhindemidler (i alt)	<u>133.399</u>	<u>52.159</u>
		=====	=====

100:00 Vitaminer - ernæringspræparater

		+ sygekasse	- sygekasse
100:04	A-vitamin, usammensatte præparater		1.775
100:08:04	Tiamin		653
100:08:08	Riboflavin		44
100:08:12	Pantothenesyre	23	316
100:08:16	Pyridoxin		304
100:08:20	Nikotinsyre		582
100:08:24	Cykobemin og folinsyre - se 44:08 og 44:12		
100:08:28	B-vitaminpræparater, blandede		
100:08	B-vitaminer, usammensatte præparater (i alt)	23	<u>10.170</u>
			12.068
100:12	C-vitamin		707
100:16	D-vitamin		174
100:20	E-vitamin		499
100:24	K-vitamin - se 48:08:08		
100:28	A- og D-vitamin kombinerede præparater		63
100:32	Vitaminsk kombinationspræparater		1.040
100:36	Vitamin- og mineralpræparater, kombinerede		149

loo:40:04	Kalkpræparater	969	
loo:40:08	Mineralpræparater, andre (der er for tiden ingen præparater i gruppen)	194	
loo:40	Mineralpræparater (i alt)	1.163	
loo:44:04	Aminosyrepræparater		
loo:44:08	Glukosepræparater		
loo:44:12	Lipoidholdige ernæringspræparater		
loo:44:16	Ernæringspræparater, kombinerede parenterale		
loo:44	Parenterale ernæringspræparater (i alt)	-	
loo:48:04	Aminosyrepræparater	36	
loo:48:08	Kalorierige præparater		
loo:48:12	Kaloriefattige præparater		
loo:48:16	Diætetiske præparater		
loo:48	Perorale ernæringspræparater (i alt)	36	
loo:52	Blod - lipoid - regulerende midler	1.724	
loo:56	Tonika	3.478	
loo:00	Vitaminer - ernæringspræparater (i alt).	22.877	
		23	
		=====	

<u>104:00 Antikonceptionelle midler</u>		
104:00	Antikonceptionelle midler	+ sygekasse 499 =====
<u>108:00 Diagnostika</u>		
108:04:04	Orale og rektale midler	
108:04:08	Midler til bronchografi, hystero- salpingografi m.v.	+ sygekasse 96
108:04:121	Intravaskulære præparater	
108:04:122	Intraspinal præparater	
108:04:12	Injicerbare præparater (i alt)	-
108:04:16	Røntgenkontrastmidler, andre (der er for tiden ingen præparater i gruppen)	
108:04	Røntgenkontrastmidler (i alt)	-
108:08	Diagnostika, andre	35
108:00	Diagnostika (i alt)	131 =====

<u>112:00 Hjælpestoffer</u>		+ sygekasse	- sygekasse
112:04	Bandagering, midler til		280
112:08	Eksploation, kræmer til		59
112:12	Smags- og lugtkorrigerende midler		
112:16	Sødemidler		
112:20	Hjælpestoffer, andre		84
112:00	Hjælpestoffer (i alt)		423
			=====
<u>116:00 Diverse midler</u>		+ sygekasse	- sygekasse
116:04	Hyperpyrexii, præparater til fremkaldelse af		
116:08	Alkoholisme, præparater til behandling af	1.304	61
116:12	Hyaluronidasepræparater		
116:00	Diverse midler (i alt)	1.304	61
		=====	=====

Magistrelle blandinger

	+ sygekasse kr.	- sygekasse kr.
Capsulae		61
Conspergentia	7	68
Diverse blandinger til udvortes brug (flydende)	1.328	12.101
Diverse blandinger til indvortes brug (flydende)	5.668	12.113
Dosipulveres	683	3.033
Injectabilia	269	273
Infundibilia		31
Irrigabilia		125
Liminenta	291	643
Lokal i munden		71
Oculenta	325	150
Oculoguttae	891	1.593
Otoguttae	36	119
Pulvere til indvortes brug	1.210	1.020
Rhinoguttae	118	1.311
Suppositoria	536	136
Tablettae + Pilulae	3.843	4.080
Unguenta, Cremores, Pastae	3.504	1.844
Vagitoria	<u>37</u>	<u>35</u>
Sum	18.746	38.807
	=====	=====

Arbejdsgruppens forslag til opdeling af præparater i
tilskudsgrupper.

Benærkninger.

TERAPEUTISK GRUPPE

efter Den alm. danske Læge-
forenings medicinfortegnelse.

Infektioner og parasitære
sygdomme.

II 4:04:041 Benzylpenicilliner 3.449

II 4:04:042 Syreresistente penicilliner 70.235

4:04:043 Penicillinaseresistente
penicilliner 555

II 4:04:044 Bredspektrede penicilliner 35.693

II 4:04:06 Erytromycin 704

(II) 4:04:08 Tetracykliner 86.229

Romertal i marginen refererer til præparaternes placering i afsnit I, II eller III i socialministeriets medicinbekendtgørelse af 18. april 1968. Parantes angiver, at ikke alle præparater i gruppen er tilskudsberettigede, eventuelt kun er tilskudsberettigede i særlige dispenseringsformer.

(II) 4:04:12				
Kloramfenikol	5.402			
II 4:04:16				
Streptomyciner	266			
4:04:20				
Bacitracin og Neomycin		2.217		
4:04:24				
Antibiotika, andre				
(II) 4:08:04				
Sulfonamider uden protraheret virkning	11.755		4.420	Rimactan og Rifampicin: Gruppe A, når sundhedsstyrelsen giver tilladelse til forhandling uden for hospital.
II 4:08:08				
Sulfonamider med protraheret virkning	17.205			
4:12				
Sulfoner		1.438		
(I) 4:16				
Tuberkulose	1.768			
(II) 4:20				
Syfilis	0			

	A	B	C	Benærkninger.
(II) 4:24				
Svampelidelser		13.315		Peroralt: Gruppe A i øvrigt: Gruppe C
II 4:28				
Malaria	1.902			
(II) 4:32				
Protozoer, infektioner med bortset fra malaria		o		
4:36				
Scabies og Pediculi	691			
4:40				
Infektioner og parasitære sygdomme, andre midler			305	
<u>Sera, vacciner og allergener.</u>				
8:04				
Immun-serumprodukter			169	
8:08				
Vacciner			182	
8:12				
Fraktionsprodukter af donorblod			o	

II	8:16	A	B	C	Bemærkninger.
Allergener		1.689			
<u>Åndedrætsorganernes sygdomme.</u>					
II	12:04:041				
Adrenalinpræparater		2.127			
II	12:04:042				
Isoprenalin og beslægtede stoffer		12.312			
12:04:043					
Terbutalin og beslægtede stoffer		2.202			
(II)	12:04:20		8.640		
Kombinationspræparater og andre asthmamidler					
(II)	12:08				
Ekspektorerende midler				20.291	Måske enkelte undtagelser.
(II)	12:12				
Hostestillende midler				24.628	" " "

Hjerte- kredsløbssygdomme.

II 16:04

Digitalis og beslægtede
stoffer

13.547

II 16:06

Hjertestimulerende midler

423

(II) 16:08

Kinidin og andre arytmiika

10.318

II 16:10

Beta receptor blokkere

16.767

16:11

Andre midler med virkning
på myocardiets stofskifte

141

(II) 16:12

Nitritpræparater m.v.

25.638

(II) 16:16

Purinderivater (Metylxantiner)^{x)}

10.693^{x)}

376^{x)}

x) 16:16:04: C
16:16:08: C
16:16:12: C
16:16:16: B.

(II) 16:20

Kardkontraherende midler

14.614

	A	B	C	Bemærkninger.
16:24				
Kardilaterende midler			12.236	
(II) 16:28				
Antihypertensiva	57.955			
16:40				
Hjerte-kredsløbssygdomme, andre midler			416	
16:44				
Varicer, scleroserende injektionspræparater			o	
<u>Diuretika.</u>				
(II) 20:00				
Diuretika	168.248			
<u>Fordøjelseskanalens sygdomme.</u>				
24:04				
Acida			230	
(II) 24:08 ^{x)}				
Antacida		25.247 ^{x)}	8.169 ^{x)}	x) 24:08:04: B 24:08:08: C 24:08:12: B.

	A	B	C	Bemærkninger.
24:12				
Amara og andre stomachika			176	
(II) 24:16				
Enzympræparater	6.767			Klausuleres
24:20				
Laksantia			6.713	
24:24				
Obstiperende midler			1.823	
24:28				
Hæmorrhoider, Lokale midler			7.403	
(II) 24:32				
Tarmdesinficerende midler			2.933	
(II) 24:36				
Antiemetika		9.437		
24:40				
Anorexika (appetitnedsættende midler)			35.524	
(I) 24:44				
Fordøjelseskanalens sygdomme, andre midler			3.283	Dog prednisoncllysma i gruppe A.

Bemærkninger.

B

B

A

28:00

Anthelmintika

1.124

(II) 32:00

Lever- og galdevejslidelser

683

II 36:00

Urinvejsdesinficerende midler^{x)}5.730^{x)}3.710^{x)}x) 36:04: B
36:08: B
36:12: A.

II 40:00

Uteruskontraherende midler

864

Blodsygdomme m.v.

44:04:04

Jernpræparater, usammensatte

4.287

44:04:08

Jernpræparater, sammensatte

24

44:04:12

Jernpræparater med laksantia

282

II 44:04:16

Jernpræparater, injicerbare

271

A	B	C	Bemærkninger.
(I) 44:08:04			
Rene B ₁₂ -præparater	6.959		Klausuleres som i dag. Distivitt i C.
44:08:08			
Lever- og ventrikelpreparater samt sådanne med tilsætning af Cykobemin (B ₁₂)		260	
II 44:12			
Folinsyre	0		
(II) 44:16 - 44:20			
Cytostatika Jernbindende præparater	884		
<u>Koagulation og blødning.</u>			
II 48:04			
Koagulationshæmmende midler	2.388		
(II) 48:08			
Antidoter overfor koagulations- hæmmende midler	376		
48:12			
Hæmostatika		0	
48:16			
Fibrinolytiske midler		201	

	A	B	C	Bemærkninger.
48:20				
Fraktionsprodukter af donorblod				
<u>Endocrine lidelser.</u>				
I+II 52:04				
Hypofyse- og placentahormoner	3.948			Med enkelte undtagelser som i dag.
(I+II) 52:08				
Ovariehormoner		22.223		
I 52:12:04				
Kombinerede gestagen-østrogener præparater (gynækologiske li- delser)		17.327		Klausuleres som i dag.
52:12:08				
Orale antikoncipientia			83.742	
II 52:16				
Testishormoner (androgener)		19.700		
II 52:20				
Kombinerede androgen-østrogener præparater		13.609		
I 52:24				
Stoffer med overvejende anabolisk effekt	8.542			Klausuleres som i dag.

(I) 52:28

Binyrebarkhormoner

27.633

II 52:32

Thyreoidæhormoner

3.825

II 52:36

Antithyreoid præparater

785

I+II 52:44

Pancræashormoner

55.090

Antirheumatika

56:04

Cinkofen og beslægtede stoffer

0

II 56:08

Kolkicinpræparater

78

II 56:12

Probenecidpræparater

762

Undtagelser som i dag.

II 56:16

Fenylbutazonum og derivater

51.959

II 56:18

Indometacin

55.157

C

B

A

II 56:19

Allopurinol

5.315

II 56:20

Guldpræparater

248

56:21

Benzydaminpræparater

564

I 56:24

Glukokortikoider

87

II 56:32

Klorokin og derivater

1.884

Psykofarmaka.

60:04:04

Rauwolfia-alkaloïder og
beslægtede stoffer

606

I 60:04:081

Fentiazinderivater,
alifatisk sidekæde

16.084

II 60:04:082

Fentiazinderivater, sidekæde
med piperidinring

3.837

	A	B	C	Benærkning.
II 60:04:083				
Fentiazinderivater, sidekæde med piperazinring	37.972			
(II) 60:04:12				
Thioxanthenderivater	22.092			
(II) 60:04:16				
Butyrofenonderivater	5.626			
60:04:20				
Psykosedativa, andre			39	Heminevrin: A
(II) 60:08				
Psykosedativa u. væsentlig antipsykotisk virkning (neurose- midler)		250.346		PremineX: C
60:12:04				
Monoaminoxidase-hæmmere			220	
II 60:12:08				
Tricycliske antidepressiva	55.421			
60:16				
Psykoanaleptika u. antipsykotisk virkning			2.745	
II 60:24				
Psykofarmaka, andre	373			

Centralnervesystemet, andre stoffer.

(I+II)	64:04:04				
	Barbitursyrederivater	42.495			En række kombinations- præparater: C.
II	64:04:08				
	Bromkarbamider og lign.stoffer	353			
(III)	64:04:12				
	Sedativa og hypnotika, andre	44.366			
	64:04:16				
	Bromsalte			69	
	64:04:20				
	Valerianepreparater			1.008	
I+II	64:08				
	Antiepileptika-antikonvulsiva	21.423			Phenemal og Enphenemal: B.
I+II	64:12				
	Anti-parkinsonmidler	16.115			
	64:14				
	Muskelrelaxantia	8.624			
	64:16				
	Analeptika			295	

Bemærkninger.

<u>Nervesystemet - autonome.</u>			
A	B	C	Bemærkninger.
(II) 68:04			
Sympatomimetika			
(II) 68:08:04		180	Adrenalin: A.
Sekalealkaloider	65.069		Bellergal: C. Ergotromal: C.
(II) 68:12		829	
Parasympatomimetika			
(II) 68:16		33.210	En række kombinations- præparater: C.
Parasympatolytika			
68:20		0	
Ganglieblokerende midler			
II 68:24		21.261	
Autonome nervesystem, andre midler			
(II) 72:00		27.202	En række kombinations- præparater: C.
<u>Antihistaminika.</u>			
<u>Smertestillende midler.</u>			
(II) 76:04			
Opiumsalkaloider og andre stærkt virkende stoffer	16.768		Fortral: C.

	A	B	C	Bemærkninger.
III 76:o8 Aminophenazon			686	
III 76:l6 Svagere virkende smertestillende stoffer		156.136		
80:00 <u>Anæstesi</u>			2.100	
(II+III) 84:00 <u>Antidota</u>			20	
(II) 88:00 <u>Organismens væske- og elektrolytbalance</u>			5.567	Kalii chloridi og Mixtura Kalii chloridi:A.
92:00 <u>Desinficerende og antiseptiske midler</u>			0	
<u>Hud- og slimhindemidler.</u>				
96:04 Hudpleje, midler til blød- gøring og beskyttelse af huden			1.327	Salver, der som eneste virkningsstof indehol- der salicylsyre: A.
96:o8 Antibiotika, sulfonamider og anviseptika, midler indeholdende		12.537		

I		A	B	C	Bemærkninger.
96:12	Kortikoider, midler indeholdende	77.996			
96:16	Kombinationspræparater	25.728			Måske enkelte undtagelser.
96:20	Midler mod hyperhidrose			332	
96:24	Keratolytiske og ætsende midler			54	
96:28	Hudirriterende midler			164	
96:32	Kløestillende midler		357		Med undtagelser.
96:36:04	Svovlpræparater		5.450		Med undtagelser.
96:36:08	Tjærepræparater		299		
96:36:12	Levertranpræparater			45	

A	B	C	Bemærkninger.
96:36:16 Andre præparater	2.808		
96:44 Næse-svælgmidler samt midler mod sygdomme i de øvre luftveje	19.413		
(I) 96:48 Øremidler	2.228		Dog med en række und- tagelser væsentligst som i dag.
(I+II) 96:52 Øjenmidler	15.449		
(II) 96:56 Vaginalmidler	19.569		Svampemidler: A.
100:00 <u>Vitaminer- ernæringspræparater</u>	0		
(II) 100:40:04 Kalkpræparater	969		
100:52 Blod-lipoid-regulerende midler	1.724		
104:00 <u>Antikonceptionelle midler</u>	499		

	A	B	C	Bemærkninger.
108:00				
<u>Diagnostika</u>			131	
112:00				
<u>Hjælpesoffer</u>			423	
<u>Diverse midler.</u>				
116:04				
Hyperpyrexii, præparater til fremkaldelse af			0	
II 116:08				
Alkoholisme, præparater til behandling af	1.365			
116:12				
Hyaluronidasepræparater			0	
Omsætning den 28-9-1971:	1.061.171 kr.	879.247 kr.	276.983 kr.	
Omsætning pr. år:	293.944.367 kr.	243.558.189 kr.	76.724.291 kr.	

Udgiftsfordeling ved forskellige tilskudsregler.

<u>Tabel 1.</u>	<u>Total</u>		<u>Stat + sygekasser (det off.)</u>		<u>Patientandel</u>	
<u>Udgifter 1971:</u>	Afsnit I medicin	Afsnit II+III medicin	Afsnit I medicin	Afsnit II+III medicin	Afsnit I medicin	Afsnit II+III medicin
a. Efter sygeforsik- ringsloven (sygekas- sernes regnskabstal)	52,9	398,7	39,7	299	13,2	99,7
			338,7			112,9
b. I øvrigt (fortsættel- sessygekasser, apote- kerfonden)	4,9	24,9	3,7	18,7	1,2	6,2
			22,4			7,4
<u>Samlede udgifter:</u>	57,8	423,6	43,4	317,7	14,2	105,9
			361,1			120,3

Bilag III.

<u>Tabel 2.</u>	<u>Total</u>		<u>Stat + sygekasser (det off.)</u>		<u>Patientandel</u>	
<u>Udgifternes fordeling mellem staten og syge- kasserne (jfr. tabel 1)</u>	Staten	Syge- kasser	Staten	Syge- kasser		
	451,6	114,7	114,7	224	112,5	
			338,7			

<u>Tabel 3.</u>	<u>Total</u>		<u>Stat + sygekasser (det off.)</u>		<u>Patientandel</u>	
<u>Anslået årsudgift 1972 på grundlag af recept- undersøgelsens omsæt- ningstal</u>		ialt		ialt		
	500		375		125	

Tabel 4.

Udgiftsfordeling pr.
1/4-73 efter sygesik-
ringslovens §§ 7 og
21. (Staten refunderer
amtskommunerne 100% af
afsnit I udgifterne og
35% i øvrigt) (jfr. tabel 3)

<u>Total</u>	<u>Staten</u>	<u>Amtskom- munerne</u>	<u>ialt</u>	<u>Patientandel</u>
<u>500</u>	<u>160</u>	<u>215</u>	<u>375</u>	<u>125</u>

Tabel 5.

Udgifter efter udvalgets
forslag. (80% tilskud til
gruppe A, 50% til gruppe
B)

<u>Total</u>	<u>Gruppe A. medicin</u>	<u>Gruppe B. medicin</u>	<u>ialt</u>	<u>Stat + Amtskommunerne (det off.)</u>	<u>Patientandel</u>
294		243	<u>537</u>	A. 80% 235	A. 20% 59
				B. 50% 122	B. 50% 121
					<u>180</u>

Tabel 6.

Udgifternes fordeling mel-
lem stat og amtskommunerne
(35% statsrefusion til amts-
kommunerne) (jfr. tabel 5)

<u>Total</u>	<u>Staten</u>	<u>Amtskommunerne</u>	<u>Det off.</u>	<u>Patientandel</u>
	A. B.	A. B.	ialt	
<u>537</u>	82 43	153 79	<u>357</u>	<u>180</u>

