

[Poulsgaard]

ren vil deltage i gruppemøder. Derfor mener jeg, at vi er ude i noget, hvor man nok kan sige at vælgerne med rette kan føle sig snydt. De stemte hr. Kofod-Svendsen ind i dette Folketing, men de får en helt anden person. Det er ikke personen, jeg har noget imod, det er princippet. Det har aldrig været meningen. Jeg vil gerne være med til at diskutere det betimelige i, at en minister samtidig er medlem af Folketinget, men når andre ministre kan passe deres folketingsarbejde ved siden af, kan hr. Kofod-Svendsen også. Jeg advarer derfor imod, at man fortsætter denne linje.

Hermed sluttede forhandlingen.

#### Afstemning

Udvalgets ovennævnte indstilling vedtoges med 119 stemmer (S, KF, SF, V, RV, CD, FP og KRF); 4 (FK) stemte hverken for eller imod.

Den næste sag på dagsordenen var:

#### 2) Spørgsmål om fremme af forespørgsel nr. F 27:

*Forespørgsel til socialministeren [om, hvad ministeren agter at gøre for at sikre, at kommunerne kan overholde indholdet i bistandslovens § 69, så ventelisterne til daginstitutionerne afskaffes].*

Af Jørgen Tved (FK) og Agerschou (SF) m.fl.

(Forespørgselen anmeldt 17/12 87).

#### Tredje næstformand (Povl Brøndsted):

Hvis ingen gør indsigelse mod fremme af denne forespørgsel, betragter jeg Tingets samtykke dertil som givet. (Ophold). Det er givet.

Den næste sag på dagsordenen var:

#### 3) Anden behandling af lovforslag nr. L 41:

*Forslag til lov om ændring af lov om fremme af byggeriets udvikling.*

Af boligministeren (Kofod-Svendsen).

(Fremsat 28/10 87. Første behandling 3/11 87. Betænkning 15/12 87).

Der var stillet 3 ændringsforslag i betænkningen.

Uden for betænkningen var der ikke stillet ændringsforslag.

Lovforslagets paragraffer, ændringsforslagene og spørgsmålet om lovforslagets overgang til tredje behandling sattes til forhandling under ét.

#### Forhandling

#### Jørn Jespersen (SF):

Da der er fremkommet nye oplysninger i sagen vedrørende udpegning af repræsentanter til bestyrelsen i de i forslaget omhandlede organer, skal vi bede om, at forslaget går tilbage til fornyet udvalgsbehandling.

Hermed sluttede forhandlingen.

#### Afstemning

#### Ændringsforslag nr. 2

forkastedes, idet 59 stemte for, 61 imod.

#### Ændringsforslag nr. 1 betragtedes som

bortfaldet efter forkastelsen af ændringsforslag nr. 2.

§ 1, ændringsforslag nr. 3 om en ny affattelse af § 2 og § 2 i den nye affattelse vedtoges uden afstemning.

Lovforslagets overgang til tredje behandling vedtoges uden afstemning.

#### Tredje næstformand (Povl Brøndsted):

Lovforslaget går herefter til fornyet behandling i udvalget.

Den næste sag på dagsordenen var:

#### 4) Forespørgsel nr. F 18:

*Forespørgsel til sundhedsministeren:*

»Vil ministeren tage initiativer til at sikre en nedsættelse af medicinpriserne; en bedre kontrol med prisdannelsen på lægemidler og en mere prisbevidst lægemiddelinformation?«

Af Torben Lund (S) m.fl.

(Forespørgselen anmeldt 24/11 87. Fremme af forespørgselen vedtaget 27/11 87).

### Begrundelse

#### Torben Lund (S):

Når vi har rejst denne debat, er forklaringen egentlig ganske enkel. Prisen på lægemidler her i Danmark er ikke bare meget høj, vi vil også kunne konstatere, at prisen er for høj. Vi har i Danmark altid haft en meget liberal prispolitik på lægemiddelområdet, og siden 1983 har prisdannelsen på medicin – og her tænker jeg på fabriksprisen og importørprisen – i realiteten været fuldstændig fri. I 1983 ændredes monopollovgivningen, således at de sædvanlige prisfastsættelsesregler kan fraviges i medicinalindustrien med henvisning til en stor forsknings- og udviklingsindsats på de pågældende områder.

Jeg skal bestemt ikke underkende, at dansk medicinalindustri har brug for at kunne forske og dermed udvikle og forbedre vore lægemidler, ikke mindst på grund af den stærke konkurrence, man har fra udenlandske producenter, men ændringen i monopolloven har rent faktisk betydet, at fabriksprisen og importørprisen i realiteten er uden offentlig kontrol, og det viser erfaringen også. Monopoltilsynet har siden 1983 ikke én eneste gang grebet ind i lægemiddelproducenternes prisfastsættelse – uanset avancestørrelsen på det enkelte præparat.

Og hvordan ligger så prisniveauet i Danmark i forhold til udlandets? Har denne liberale prispolitik smittet af på prisniveauet? Har de danske lægemiddelproducenter og den udenlandske medicinalindustri udnyttet en liberal dansk prispriskontrollovgivning? Efter vores mening ja. De danske medicinpriser ligger tårnhøjt, og det høje niveau skyldes ikke alene, at vi har en relativt høj bruttoavance på apoteksområdet, men nok ikke mindst også de høje fabriks- og importørpriser, specielt i sammenligning med andre lande og herunder ikke mindst de nordiske lande og en række vesteuropæiske lande.

Medicinalindustrien vil jo hævde, at det høje prisniveau er meget vigtigt, at det er en forudsætning for vore gode eksportindtægter, fordi en høj hjemmemarkedspris smitter af på visse udenlandske markeder. Jeg mener, det i meget vidt omfang er en skinbegrundelse for de høje priser. Den reelle begrundelse for de høje priser er, at fabriksprisen og importørprisen på det enkelte produkt bliver præcis så høj, som det danske marked kan bære. Det koster den danske forbruger og den offentlige sygesikring mange, mange penge.

Derfor denne forespørgsel til sundhedsministeren. Jeg er spændt på, om sundhedsministeren vil gøre noget, og i givet fald hvilke initiativer ministeren agter at tage.

### Besvarelse

#### Sundhedsministeren (Agnete Laustsen):

Pris- og avancementstrukturen for medicinalvarer har i den senere tid givet anledning til en ganske omfattende debat og presseomtale, og da en række af de argumenter og påstande, som har været fremsat, nok mere har været af polemisk end af saglig karakter, er jeg helt tilfreds med, at vi i dag får denne forespørgselsdebat, hvor vi forhåbentlig mere realistisk kan drøfte forholdene. Kontrollen med fremstillernes prisfastsættelse og beregningen af grossistavancen skal jeg ikke kommentere; den henhører under Monopoltilsynet og dermed under industriministeren, som i øvrigt er til stede her under debatten og indstillet på at besvare spørgsmål inden for dette område. Jeg vil derimod gerne komme med nogle oplysninger og nogle kommentarer vedrørende apotekernes prisfastsættelser.

Størrelsen af apotekernes samlede bruttoavance aftales efter apotekerloven for to år ad gangen mellem Danmarks Apotekerforening og Sundhedsministeriet og udgør for 1987 og 1988 1,4 mia. kr. Ved indgåelsen af aftalen om apotekernes bruttoavance blev der lagt vægt på at sikre fastholdelsen af apotekernes høje faglige service- og sikkerhedsniveau og nærhedsprincippet, noget, som er et særkende for dansk apotekervæsen, og som jeg mener vi bør gøre alt for at bevare og bygge videre på, også i relation til samarbejdet mellem apotekerne og sundhedsvæsenets øvrige sektorer og til befolkningen i det hele taget. Den aftalte bruttoavance har naturligvis betydning for de priser, forbrugerne skal betale, og afspejler altså også apotekernes høje serviceniveau. På den anden side må apotekervæsenet også, som det sker både i private virksomheder og inden for den offentlige sektor, være indstillet på at rationalisere driften, udvise omkostningsbevidsthed og være helt åbent i sin prisinformation.

Bruttoavanceaftalen indeholder imidlertid ikke bestemmelser om, hvorledes apotekernes avance på de enkelte lægemidler skal fordeles, og jeg finder derfor i overensstemmelse med bemærkningerne til apotekerloven, at der er behov for snarlig omlægning af den måde, apo-

[Sundhedsministeren]

teksavancen beregnes på. Hensigten er, at avancen i højere grad, end det hidtil har været tilfældet, skal afspejle omkostningerne ved distributionen af den pågældende pakning, hvilket i praksis vil komme til at betyde, at apoteksavancen bliver større på den billige medicin og mindre på den dyre. Virkningen vil for kunderne blive en mindre prisstigning på de billigste lægemidler, typisk håndkøbsmedicinen, mens prisen på de dyrere lægemidler falder. For at illustrere forholdet kan jeg nævne, at en pakke håndkøbsmedicin vil stige fra 17 kr. 55 øre til 18 kr. 90 øre, mens en receptmedicin til 150 kr. 35 øre vil falde til 142 kr. 90 øre.

Ud fra en sundhedsmæssig vurdering finder jeg det hensigtsmæssigt, at prisen på lægemidler i den dyre ende af prisskalaen, der jo ofte anvendes til mere alvorlige og mere langvårige lidelser, falder, og at prisen på de billigste lægemidler, der ofte kun bruges lejlighedsvis og ved mindre alvorlige sygdomme, stiger.

Omlægningen er som nævnt forudsat i bemærkningerne til apotekerloven af 1984. Danmarks Apotekerforening har imidlertid foretaget en række undersøgelser, som efter foreningens opfattelse synes at vise, at enkelte apoteker eventuelt vil blive økonomisk hårdt ramt af et sådant nyt system, og det har jeg naturligvis ikke noget ønske om; jeg har derfor givet foreningen tilsagn om, at Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet sammen med foreningen gennemgår beregningerne, inden ordningen sættes i kraft.

Spørgsmålet om information til lægerne såvel om selve lægemidlet som om priserne på det har også været bragt frem og er naturligvis væsentligt, hvis ordinerer skal ske også ud fra økonomisk forsvarlige hensyn.

Vi har efter min opfattelse i dag en meget omfattende information, næsten for omfattende, vil nogen måske mene. Lægerne informeres f.eks. om nye lægemidler gennem artikler m.v. i bl.a. Ugeskrift for Læger og gennem Lægeforeningens Medicinfortegnelse. I medicinfortegnelsen angives netop for at lette lægernes valg af medicin, hvor det er muligt, prisen pr. døgn-dosis for lægemidler i de terapeutiske grupper. Der er dernæst i dag etableret lægemiddelkomiteer på næsten alle landets sygehuse, og der er i alle amtskommuner oprettet komiteer i relation til de praktiserende læger. Formålet med dette komitéarbejde er at påvirke lægerne til en

mere økonomisk og hensigtsmæssig ordinationspraksis.

Siden 1984 har Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg samarbejdet om udgivelsen af månedsbladet PLI, Praktisk Lægemedelinformation. Formålet med dette blad er gennem korte oversigter over de vigtigste lægemiddelgrupper at bidrage til en afbalanceret og rationel behandling med lægemidler, med inddragelse af økonomiske aspekter, for derigennem at holde sygesikringens udgifter til medicin i ave.

Lægemedelkataloget, der finansieres af de danske fabrikanter og importører og Danmarks Apotekerforening, men som redigeres af en uafhængig redaktionskomité, indeholder en udførlig beskrivelse af alle lægemidler og angiver desuden priserne i tilslutning til omtalen af det enkelte lægemiddel. I 1985 udkom i øvrigt Medicinhåndbogen, der i et klart og letforståeligt sprog omtaler alle markedsførte lægemidler. Håndbogen, der er en opslagsbog beregnet for forbrugerne, indeholder også prisangivelser, men jeg må indrømme, at den desværre kun foreligger i udgaven fra 1985.

Lægerne har således gode forudsætninger for at ordinere hensigtsmæssigt og økonomisk, og vi må heller ikke glemme, at informationen om lægemidler henvender sig til højtuddannede personer, der hver dag kommer ud for at skulle vælge mellem forskellige lægemidler, og som burde have de rigtige forudsætninger og det tilstrækkelige grundlag for at kunne træffe det rigtige valg for patienten.

Et incitament til at ordinere mere økonomisk kunne eventuelt også ligge i en omlægning af tilskudssystemet for de lægemiddelgrupper, hvori der findes to eller flere ens lægemidler, der indeholder samme aktive stof. Prisen på disse synonympræparater kan variere betydeligt, men er typisk ikke et udtryk for forskelle i lægemidlernes behandlingsmæssige effekt.

En omlægning af medicintilskuddene, eksempelvis således, at det nuværende procenttilskud afløses af et fast kronetilskud, der konkret fastsættes ud fra prisen på det billigste præparat i en gruppe af synonyme lægemidler, vil således kunne motivere eller presse lægerne til at ordinere mere økonomisk hensigtsmæssigt både for patienten og for Sygesikringen. Jeg vil derfor overveje snarest at fremsætte et forslag til lov om ændring af sygesikringslovens be-

[Sundhedsministeren]

stemmelser om medicintilskud i overensstemmelse med de nævnte principper, ligesom jeg i forbindelse med en sådan omlægning vil være indstillet på at undersøge mulighederne og behovet for, at Sundhedsstyrelsen, eventuelt i samarbejde med Sygesikringens Forhandlingsudvalg, kan udsende periodiske oversigter til lægerne over lægemidler og priserne herpå opdelt efter de terapeutiske grupper.

Det er i øvrigt et problem i vort samfund, at medicinforbruget er så stort. Dels er det dyrt, dels er det et sundhedsmæssigt problem. En sundhedspolitik, der lægger vægt på det sundhedsforebyggende, må sikre, at medicinforbruget begrænses. Det handler om at ændre befolkningens vaner. Og det handler i meget høj grad om at ændre lægernes ordinationsmønstre. Undersøgelser viser, at der er stor forskel på lægerne i så henseende. Forsøg har bl.a. vist, at lægerne har kunnet reducere medicinforbruget med 13 pct. udelukkende ved at være mere kritiske med deres medicinordinationer.

Jeg har forstået af den senere tids presseomtale, at der i forespørgslen også kan ligge et ønske om, at livsvigtig medicin bliver gratis for patienterne. Det er et ønske, jeg sådan set godt kan forstå, men det forudsætter, at det er muligt at afgrænse, hvad der skal forstås ved livsmedicin, og at det er muligt at afgrænse brugen – og dermed også risikoen for overforbrug – til specifikt udpegede sygdomme.

Problemet er imidlertid, at det efter sagkyndiges opfattelse ikke kan lade sig gøre at lave en brugbar afgrænsning af, hvad der er livsmedicin, og risikoen for misbrug og overforbrug er derfor nærliggende.

Jeg vil dog ikke undlade ved denne lejlighed at gøre opmærksom på, at det offentlige i dag rent faktisk yder meget store tilskud til nedbringelse af patienternes medicinudgifter. Ud over de generelle og de individuelle tilskud til medicin efter sygesikringsloven ydes der efter den sociale pensionslov supplerende medicin-hjælp til visse pensionister. Der kan endvidere efter bistandsloven ydes medicin-hjælp til personer, der ikke selv kan afholde udgiften, og der er særlige indkomstaafhængige hjælpeordninger for personer med fysiske og psykiske handicap.

Endvidere kan som noget nyt fra 1. juli 1987 personer, der behandles med et tilskudsberettiget lægemiddel på grund af en langvarig lidel-

se, få hjælp til dækning af den del af egenudgiften, der overstiger 500 kr. pr. måned. Alene Sygesikringens udgifter til de generelle medicintilskud udgør ca. 1,8 mia. kr. årligt, og sygesikringen afholder dermed generelt halvdelen af patientens samlede udgifter til medicin.

Den nuværende medicintilskudsordning stammer fra 1973, og jeg vil da ikke se bort fra, at vi inden for den beløbsramme, vi i dag opererer med, måske godt kunne omlægge ordningen, så den f.eks. i højere grad tilgodeså patienter, hvis sygdom bevisligt krævede et stort og dyrt medicinforbrug.

Som det er fremgået, er det min opfattelse, at der på lægemiddelområdet er behov for gennemførelse af en række initiativer, således at målsætningen, de lavest mulige forbrugerpriser og de lavest mulige offentlige udgifter – som vi vel alle kan være enige om – kan blive opfyldt, og kan denne debat bidrage til at nå dette mål, vil jeg finde det positivt.

### Forhandling

**Torben Lund (S):**

Jeg skal om apotekeravancen alene sige i denne første omgang, at vi vil følge udviklingen meget tæt i de forhandlinger, som sundhedsministeren skal i gang med her i løbet af 1988 for at lave en ny aftale fra 1. januar 1989, og at vi i forbindelse med det naturligtvis også vil følge, at den avanceomlægning, som ministeren tidligere har skitseret principperne for, bliver fulgt op. Jeg forstår nu begrundelsen for, at man ikke har effektueret omlægningen endnu.

Men det største bidrag til nedsættelse af medicinpriserne skal nok ikke hentes i apotekeravancen. Som jeg nævnte i begrundelsen for forespørgslen, ligger fabriks- og importørpriserne meget højt i Danmark og uden egentlig offentlig kontrol eller offentligt indseende. Prisen er indrettet efter, hvad markedet kan bære for hvert enkelt præparat.

Da vi jo må konstatere, at lægemiddelområdet er en meget vigtig bestanddel af vores sundhedsvæsen, og da vi ikke ønsker, at vores sundhedspolitik skal styres primært af profitmæssige hensyn og ikke så meget af sundhedsmæssige grunde, ønsker vi med denne forespørgselsdebat at få etableret en offentlig godkendelse af prisniveauet for præparater, der skal sælges på

[Torben Lund]

det danske marked, og det gælder såvel eksisterende præparater som kommende præparater. En sådan forhåndsgodkendelse af prisniveau kender man til mange andre steder, f.eks. i Norge og i Sverige.

Det, der er meningen med denne offentlige prisgodkendelse, er at få medicinpriserne i Danmark nedsat, så de kommer til at stå i et rimeligere forhold til produktionsomkostningerne, men også til prisen i andre lande for præcis de samme præparater. Der er noget helt urimeligt i, at f.eks. danskproducerede præparater er væsentlig dyrere i Danmark end i f.eks. de andre nordiske lande. Jeg kunne nævne nogle ganske almindelige præparater som Pondocilin, et antibiotikum, jeg kunne nævne insulin, som er væsentlig dyrere i Danmark end præcis det samme danskproducerede produkt, når det sælges i f.eks. Norge.

I går fik vi af sundhedsministeren oplyst vedrørende en lang række produkter, hvad prisen er i Danmark sammenholdt med Norge og Sverige. Jeg skal bare nævne et enkelt, Seloken, et lægemiddel imod forhøjet blodtryk. Her kunne vi konstatere, at hvis vi sammenholder f.eks. de danske og de norske priser, er markedsprisen i Danmark mere end dobbelt så høj som markedsprisen i Norge for det pågældende præparat.

Hvis man forestillede sig, at Danmark lagde sig på den norske pris, ville det – stadig efter sundhedsministerens oplysninger – give en besparelse på 27 mio. kr. om året alene på det præparat. Det er dog en slags penge.

Det er i øvrigt karakteristisk, men ikke særlig overraskende, at prisniveauet for lægemidler er højest i de lande i Vesteuropa, som har den ringeste offentlige kontrol med priserne. Det gælder Vesttyskland, det gælder Schweiz, og det gælder Danmark, modsat f.eks. Norge og Sverige, som har en forudgående priskontrol. Vi kan konstatere det, skal vi sige selvfølgelig, at medicinalindustrien, både den danske og den udenlandske, naturligvis udnytter de frie markeder, i det omfang det kan lade sig gøre. Altså en forudgående offentlig priskontrol!

Et andet meget vigtigt led i lægemiddelsalget er jo lægemiddelinformationen, både informationen til forbrugerne og informationen til lægerne. I dag er, hvad sundhedsministeren her har bekræftet, denne information i meget høj grad overladt til medicinalindustrien og til

apotekerne. Der bruges ikke mindst af fabrikanterne og importørerne meget store summer på at »vejlede« lægerne om at ordinere de rigtige præparater.

Lægemiddelinformationen er vel primært karakteriseret ved to områder. For det første den rene reklamering, den rene forretningsmæssige markedsføring, som sker over for lægerne, og som der ofres flere hundrede millioner kroner på. Det er svært at få prisen frem, specielt på Medif-området; importørerne vil ikke oplyse den, men det er i hvert fald sammenlagt flere hundrede millioner kroner, der ofres på denne rent kommercielle reklame for lægemidler.

Og det andet er Lægemiddelkataloget, som på mange måder er fyldestgørende og godt, men som savner, skal vi sige overskueligheden, som savner at være lettilgængeligt sammenligningsmæssigt, specielt for priserne. Jeg tror også, at vi ser virkningerne af, at vi har en sådan, skal vi sige begrænset lægemiddelinformation. Vi ser virkningen på den måde, at en lang, lang række synonympræparater har vidt forskellige priser, og selv det allerdyreste synonympræparat på et område kan vise sig at have langt den største markedsandel. Det ved jeg godt at der kan være flere årsager til, men en af årsagerne kunne meget vel være, at vi ikke har en tilstrækkelig lægemiddelinformation i forhold til vore læger.

Jeg mener, at lægemiddelinformationen er utilstrækkelig, også selv om man nu har fået etableret lægemiddelkomiteer forskellige steder, og også selv om man har fået etableret den praktiske lægemiddelinformation, PLI, imellem Sygesikringen og de praktiserende læger.

Derfor skal det også gerne være en konklusion på denne debat, at der bliver etableret en uafhængig offentlig lægemiddelinformation, der sammenligner de enkelte præparater, således at lægen både prismæssigt og behandlingsmæssigt kan ordinere på en rimelig og fornuftig måde, og således at forbrugeren kan vælge det rigtige præparat ved håndkøb. Vi har hjemmelen i lægemiddellovgivningen til at etablere en sådan uafhængig offentlig lægemiddelinformation. Det er kun et spørgsmål om, at ministeren viser viljen til at gøre det.

I dag er det jo sådan, at der skal ske en godkendelse og en registrering, når et nyt lægemiddel skal markedsføres på det danske marked,

[Torben Lund]

og i Danmark er der igennem mange år markedsført et langt større antal præparater og lægemidler end i f.eks. Norge og Sverige. Der er rent faktisk efter de oplysninger, vi har fået af sundhedsministeren, markedsført det dobbelte antal i Danmark i forhold til det, vi ser på de andre markeder.

For at ændre denne udvikling, så Danmark ikke overdænges af nye, skal vi sige overflødige lægemidler, bør der foretages en behovsvurdering i forbindelse med et lægemiddels registrering – om man vil: gives en markedsføringstilladelse i forbindelse med godkendelse og registrering af et lægemiddel. Man har et noget lignende system i bl.a. Norge, i hvert fald for så vidt angår importerede lægemidler.

Endelig vil jeg godt allerede nu gøre den bemærkning til sundhedsministeren, der nævnte den absolut livsvigtige medicin, at det er korrekt – det har været fremme i den offentlige debat – at vi også ville benytte forespørgslen her til at foreslå at gøre en del af den livsvigtige medicin gratis for alle. Det har vi imidlertid afstået fra. Til gengæld kan jeg oplyse, at der i dag til Folketinget vil blive fremsendt et beslutningsforslag, som indebærer, at insulin gøres gratis for alle, altså skal være 100 pct. tilskudsberettiget. Når vi har afgrænset det til insulin, i hvert fald her i første omgang, er det efter gode råd bl.a. fra sundhedsministeren. Så må vi jo kigge på det under udvalgsarbejdet.

Med disse bemærkninger skal jeg på vegne af Socialdemokratiet og SF fremsætte følgende:

*Forslag om motiveret dagsorden.*

- »Idet Folketinget lægger afgørende vægt på, at prisniveauet for lægemidler nedsættes, opfordres regeringen til at tage initiativer til
- inden 1. januar 1989 at oprette en af medicinalbranchen uafhængig offentlig lægemiddelinformation, der har til opgave at levere sammenlignende, lettilgængelig information til læger og forbrugere om prismæssige, behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige forhold for lægemidler,
  - inden 1. juli 1988 at indføre en uvildig behovsvurdering ved godkendelse af nye lægemidler,
  - at nedsætte en uafhængig kommission, der inden 1. januar 1989 kulegraver medicinalbranchen med hensyn til prisdannelse, reklamepraksis m.v., fremkommer med forslag til billiggørelse af medicinalvarer for forbruge-

re og samfundet samt udarbejder forslag til en offentlig godkendelsesprocedure for fabriks- og importpriser.

Tinget går herefter over til næste sag på dagsordenen.«

(Dagsordensforslag nr. D.33).

**Tredje næstformand (Povl Brøndsted):**

Der er nu fremsat følgende forslag om motiveret dagsorden: (se foran). Dette forslag indgår nu i forhandlingen.

**Industriministeren (Nils Wilhjelm):**

Da sundhedsministeren henviste til, at spørgsmålet om Monopoltilsynet ikke blev nærmere gennemgået af sundhedsministeren, og da hr. Torben Lund flere gange har været inde på dette spørgsmål, lad mig da som den minister, der har ressortansvaret på dette område, komme med nogle få bemærkninger. Der er ikke grund til at gå i dybden. Jeg har allerede i samråd i Sundhedsudvalget og gennem en lang række skriftlige spørgsmål haft anledning til at svare på ganske mange spørgsmål.

Når hr. Torben Lund siger, at der ingen offentlig kontrol er fra Monopoltilsynets side med prisdannelsen, vil jeg gerne her i Tinget sige, at det ikke er korrekt. I 1983 gennemførte Folketinget en ændring af monopolloven, således at den praksis, man havde haft i Monopoltilsynet hidtil, med indseende med enkeltprodukter, ændredes til indseende med virksomhedens indtjeningsforhold og dermed omkostnings- og prisdannelsen inden for virksomheden som helhed.

Der er derfor bestemt tale om, at der føres kontrol på dette område, og det ved hr. Torben Lund ganske udmærket. Men det er altså en total kontrol, hvorigennem man sikrer sig, at virksomhedens indtjening er af en rimelig størrelsesorden, altså ikke for stor.

Her må man imidlertid tænke på, at det er en branche af speciel karakter.

Den danske medicinalbranche er stor, set i international sammenhæng, idet kun 8 pct. af dens omsætning ligger her i landet. 92 pct. af den danske medicinalindustri's produktion går til eksport, og det drejer sig om et beløb på ca. 5,7 mia. kr., som kommer ned i den betrængte valutakasse.

Yderligere vil jeg sige, at som udviklingen er blevet, og med de helt naturlige krav, samfun-

[Industriministeren]

det stiller, nemlig at de lægemidler, som tages i anvendelse, er effektivt afprøvet, er udviklingsomkostningerne blevet af astronomisk karakter. Der anvendes 12 pct. af omsætningen i denne branche til egentlige udviklingsomkostninger.

I tillæg til det kan jeg roligt sige, at det ikke er noget, der sker fra den ene dag til den anden. Tidsrammen, fra man får en idé om et nyt produkt, og indtil dette produkt kan markedsføres, ligger i størrelsesordenen fra 8 til 12 år. Det siger noget om, hvor kostbart det er. Jeg kan også sige, at for hver 100 produkter man sætter i gang, er der vist kun et enkelt eller to, som faktisk kommer igennem. Det er altså en meget tung procedure, og der er mange kiksere imellem.

Derfor kan man selvfølgelig udmærket godt gennemføre kontrol med det enkelte produkt, og dér vil man finde ud af, at i forholdet mellem fremstillingsprisen og salgsprisen set ud fra en normal kalkulation inden for fremstillingserhvervene er der et eller andet, der kikser, fordi der er tale om en helt urimelig avance på det enkelte produkt. Men her må man have i baghovedet, at der er tale om en industrisektor med mange kikseré, altså med en lang række udviklingsomkostninger, som nødvendigvis må bæres af virksomheden som helhed og af de produkter, der nu engang kan afsættes kommercialt.

Det var dette, der var begrundelsen for, at man ændrede lovgivningen i 1983 fra kontrol med et enkelt produkt til kontrol med den samlede virksomhed.

Jeg vil gerne sige – det har jeg også underholdt udvalget med – at der vitterlig er tale om, at forrentningen af egenkapitalen i disse medicinalvirksomheder er af samme størrelsesorden som inden for fremstillingsvirksomhed i al almindelighed eller i underkanten. Der har altså ikke som helhed været tale om en urimelig avance set fra totalvirksomhedens synspunkt for fremstilling af produkter inden for dette område.

Ja, undskyld, hr. formand, måske en enkelt lille bemærkning til, fordi den kan være værdifuld for ordførerne. Jeg nævnte den danske medicinalindustri eksportandel. Lad mig også nævne – det kan være, at man ved det, men det kan være rimeligt at have det præsent her i debatten – at for så vidt angår det danske forbrug

af medicin dækker de danske virksomheder med deres afsætning på ca. 500 mio. kr. på hjemmemarkedet imellem 15 og 18 pct. af det samlede medicinalforbrug.

Vi har altså en meget positiv nettoeksport, set i en samfundsmæssig sammenhæng, på dette område, som naturligvis kun kan lade sig gøre, såfremt disse virksomheder kan udvikle nye produkter. Ellers er det nat med dem, og så kan vi godt på det grundlag sige farvel til et ganske hyggeligt bidrag til samfundøkonomien.

(Kort bemærkning).

**Ib Jakobsen (FK):**

Jeg må naturligvis beklage, at hr. Torben Lund nu vil afholde sig fra at forlange gratis medicin, når det gælder den livsvigtige del, men jeg kan forstå, at han ønsker, at priserne sættes ned. Og han gjorde også rigtigt rede for, at det først og fremmest var medicinalindustrien, der var den store skurk.

Men der er altså også andre, der profiterer på sygdom. Her tænker jeg først og fremmest på staten. Jeg vil gerne spørge hr. Torben Lund, om det ikke var rimeligt, at staten ved momsfrigtagelse for medicinalvarer gik i forreste række, når det gjaldt om at gøre medicinpriserne billigere. Der bliver opkrævet 500 mio. kr. i moms alene af den receptpligtige medicin om året, og det var rimeligt, at staten gik i spidsen.

Jeg vil godt sige til industriministeren, at det vel nok var den groveste vildledning, han kom med, da han omtalte ændringen af monopolloven i 1983. Det er et faktum, at siden den ændring har det været fuldkommen umuligt for Monopoltilsynet at gribe ind over for avancerne i medicinalvareindustrien. Det er faktisk sagens kerne og sagens kendsgerning, ikke det, industriministeren sagde.

(Kort bemærkning).

**Torben Lund (S):**

Jeg skal lige sige til hr. Ib Jakobsen – det kan vi lige så godt tage med det samme – at vi ingen planer har om at ændre på vores afgiftssystem her i landet.

Så vil jeg godt sige til industriministeren, at jeg og Socialdemokratiet naturligvis har forståelse for, at der skal foregå forskning, og at der skal foregå en udviklingsindsats i medicinalindustrien, men det ændrer ikke ved, at Mono-

[Torben Lund]

poltilsynet ikke har nogen mulighed for at have indseende med prisdannelsen. Og hvis man spørger Monopoltilsynet selv, vil man få det samme svar: at det i realiteten intet kan stille op over for de priskalkulationer og de prisfastsættelser, virksomhederne opstiller.

Noget helt andet er hele importsiden, som med det nuværende system heller ikke kan kontrolleres. Vi er oven i købet i den situation – det kan bare tjene til illustration af det – at Medifområdet, altså medicinimportørerne, ikke vil oplyse, f.eks. hvad de har af markedsføringsudgifter her i landet. Vi har fået oplyst af sundhedsministeren i nogle svar, vi modtog i går, at man nok fra de danske medicinfabrikanter oplyser et tocifret beløb – jeg tror, det er omkring 80 mio. kr., de bruger til markedsføring i 1986 – hvorimod vi får oplyst, at medicinimportørområdet ikke kan oplyse sine markedsføringsudgifter. De seneste oplysninger, man har, er fra 1978. Man har altså i 10 år ikke ville opgøre, hvad man har af markedsføringsudgifter her i landet.

Jeg synes, det er dybt utilfredsstillende. Det, vi kunne få oplyst, var, at man i 1978 brugte hundrede og nogle og tredive millioner kroner på markedsføring fra medicinimportørernes side. Det er ikke en tilfredsstillende måde og slet ikke på sundhedsområdet.

(Kort bemærkning).

**Ib Jakobsen (FK):**

Jeg kan så blot konstatere, at hr. Torben Lund rider på to heste i denne sag. Han siger ganske vist, at det er urimeligt, at priserne på medicin er så høje, som de er. Men han vil ikke selv gå i spidsen for en ændring, nemlig ved det, han har mulighed for: en nedsættelse af momsafgiften.

Vi har på det seneste fået oplyst, at den omlægning af arbejdsgiverafgifterne, som hr. Torben Lund og hans parti i forbindelse med finansloven var med til at indføre, har betydet, at medicinpriserne nu bliver forøget med endnu 60 mio. kr.

Det er altså forhold, som hr. Torben Lund accepterer, så derfor synes jeg, der er tale om hykleri, når hr. Torben Lund fra denne talerstol harcelerer så meget over medicinpriserne, som han gør. Det kan jeg selvfølgelig beklage.

(Kort bemærkning).

**Jørn Jespersen (SF):**

Jeg kan forstå, at Fælles Kurs nu synes, det er vigtigere at angribe hr. Torben Lund og Socialdemokratiet end medicinalindustrien. Jeg vil nu godt holde fast i kontrollen med medicinalindustrien, som industriministeren mener er udmærket.

I den sammenhæng synes jeg det kunne være interessant at se på, hvilke indgreb Monopoltilsynet rent faktisk har foretaget siden lovændringen i 1983. Jeg vil godt spørge industriministeren, om han ikke kan bekræfte, at der kun har været ført én eneste sag mod medicinalindustrien siden 1983, nemlig sagen om de to identiske p-piller, Neogynon og Tetragynon, og at den sag endte med, at tilsynet måtte konkludere, at man ikke kunne gribe ind, på trods af at den ene pille, der altså var magen til den anden, blev markedsført til en ca. seks gange så høj pris. Er det ikke korrekt?

Jeg vil godt citere fra afgørelsen fra Monopoltilsynet:

»Efter lovændringen, altså i 1983, er tilsynet reelt afskåret fra at gribe ind i prisfastsættelsen hos en forskende virksomhed, hvis virksomhedens samlede indtjening ikke er urimeligt høj eller priserne er helt ude af takt med de tilsvarende priser i udlandet.«

Det har man tilsyneladende ikke ment – hvis man havde mulighed for at gribe ind – at de har været siden 1983. Det vil altså sige, at man mener at kende indtjeningsmulighederne og forrentningen af egenkapitalen, også i de udenlandske firmaer. Det må jo være grundlaget for at kunne gribe ind over for dem.

Så vil jeg godt have at vide: Hvordan er egentlig den samlede indtjening hos Schering i Vesttyskland, som man altså ikke kan gribe ind over for?

Hvis der skal være logik i det her, må man enten kunne gribe ind over for det enkelte præparat, eller også må det være muligt at kende den samlede indtjening hos de firmaer, der opererer på det danske marked.

**Lis Aaltonen (KF):**

Jeg opfatter denne forespørgsel i dag som en fortsættelse af den debat, der blev ført i medierne sidst på året i 1987, en debat, der langt hen ad vejen drejede sig om apotekerpriser samt prisforskelle på ens præparater.



[Lis Aaltonen]

I Folketingssamlingen 1983-84 vedtoges en lov om apotekervæsenet. Jeg vil gerne ved denne lejlighed gentage og understrege, hvad vores ordfører gav udtryk for ved førstebehandlingen af lovforslaget om apotekervæsenet, nemlig at vi har et veludbygget og velfungerende apotekervæsen til glæde for brugerne. For Det Konservative Folkeparti er det væsentligt og centralt, at dette overordnede princip fastholdes. Brugere skal have rimelig og let adgang til medicinforsyning, også i de mere tyndbefolkede områder, og med rimelige samfundsmæssige omkostninger. Vi har en helt klar interesse i så billig medicin som overhovedet muligt til brugerne.

Når dette er sagt, vil jeg også gerne understrege, at vi naturligvis også ønsker et så lille medicinforbrug som muligt. Her kommer det forebyggende sundhedsarbejde ind, men det er jo en debat, som vi fortsætter med i næste uge ved den sundhedspolitiske redegørelse.

Som vi allerede har hørt, fastsættes apotekerens samlede bruttoavance for to år ad gangen mellem Apotekerforeningen og Sundhedsministeriet. Apotekerforeningen har, som det vil være Sundhedsudvalgets medlemmer bekendt, anmodet sundhedsministeren om at foretage en nærmere undersøgelse af, om det danske apotekervæsen er specielt dyrt, opgave, service og sikkerhed taget i betragtning.

Jeg finder en sådan opfordring til samarbejde på dette for de fleste meget svært gennemskuelige område særdeles positiv. Vi må som politikere gøre os klart, om vi fortsat ønsker at fastholde apotekernes høje faglige service- og sikkerhedsniveau og nærhedsprincippet som et særkende for dansk apotekervæsen eller der er nogle, der ønsker en anden struktur. Derved har jeg ikke udtrykt, at apotekervæsenet ikke skal tilpasse sig de omstillinger, som alle andre dele af samfundet nødvendigvis må tilpasse sig.

Nu består medicinprisen ikke kun af apotekeravancer, hvad man måske, men ganske fejlagtigt, har kunnet få opfattelsen af ved at følge debatten. Der er bestemt mange andre faktorer, som spiller ind, hvad angår fremstilling, forskning m.m.

Vi ønsker, som jeg allerede har tilkendegivet, de lavest mulige medicinpriser til gavn både for brugerne og for det offentlige. Vi ønsker også bedre information omkring prisen på ens præparater, så lægerne har god mulighed for at

ordinere den for brugerne bedste og billigste medicin.

Sluttelig vil jeg gerne takke ministeren for tilsagnet om at gennemføre en række tiltag, således at målsætningen, de lavest mulige forbrugerpriser og de lavest mulige offentlige udgifter, bliver opfyldt.

#### Jørn Jespersen (SF):

Spørgsmålet om medicinalindustriens forretningsmetoder har to aspekter: dels det urimeligt høje prisniveau for medicin, vi har i Danmark, dels det sundhedspolitiske, den bedst mulige prioritering af indsatsen imod sygdomme og for større sundhed.

At prisniveauet for medicin er meget højt i Danmark, er indiskutabelt. Det er blevet bekræftet så sent som den 7. januar i år i et svar fra industriministeren til Folketingets Erhvervsudvalg. Hvis vi sammenligner priserne i Danmark med f.eks. Norges og Sveriges, hvad der jo er nærliggende, viser det sig, at priserne i disse to lande kun udgør henholdsvis 77 pct. og 81 pct. af Danmarks priser.

Jeg skal med det samme sige, at vi da godt er klar over, at det er vanskeligt at sammenligne disse priser, men det kan lige så vel betyde, at sammenligningen i virkeligheden falder endnu mere ud til ugunst for Danmarks prisniveau.

Det er ikke underligt, at priserne i Danmark er så høje, for det har et flertal i Folketinget faktisk selv bedt om. Dels har man fra borgerlig side accepteret, at afgørelser om nedsættelse af medicinpriserne, som er blevet truffet af Monopoltilsynet, gang på gang er blevet tilsidesat af Monopolankenævnet, dels har man, for at føje spot til skade, i 1983 ændret monopolloven, så enhver kontrol med prisdannelsen fra det tidspunkt i realiteten er udelukket.

Resultatet er, at priserne simpelt hen fastsættes efter, hvad markedet kan bære. Jeg vil godt i den sammenhæng spørge industriministeren, om det er korrekt, at man fra Monopoltilsynets side har tilkendegivet som baggrund for beslutningen den 16. december om de to førnævnte p-piller, at markedet bestemmer prisen. Man tager, hvad man kan få, fuldstændig uden hensyn til omkostningerne ved fremstillingen.

Medicinindustrien tager altså så høj en pris, som man overhovedet kan kradse hjem, uanset produktionsomkostningerne, og uanset hvor mange forskningsudgifter man har, og den

[Jørn Jespersen]

priskontrollerende myndighed, Monopoltilsynet, er sat ud af kraft. Tilsynet har ikke – det regner jeg med at industriministeren på et tidspunkt vil bekræfte – ført én eneste sejrrig sag mod medicinpriserne siden 1983.

Fra borgerligt hold vil man hævde, at en effektiv konkurrence er det bedste middel til at holde medicinpriserne nede, men så må vi umiddelbart spørge, hvorfor der ikke er en effektiv konkurrence på markedet i dag – medmindre man vil hævde, at prisniveauet faktisk er rimeligt.

Det kunne være passende at få at vide af Det Konservative Folkeparti, hvad »de lavest mulige priser« egentlig betyder. Hvad er det for et begreb, man opererer med? Er de lavest mulige priser dem, der eksisterer i dag, eller mener man, at de burde sættes ned? En smule klarhed i debatten på det område ville ikke skade.

Realiteten er, at der findes en lang række forhold, som bevirker, at markedet for medicin er helt uoverskueligt, og at det er ude af kontrol.

De nye lægemidler er beskyttet af patentlovgivningen i en årrække, og de kan i denne periode tjene deres omkostninger ind, men også efter patentperiodens udløb kan der på disse nye midler opretholdes en meget høj og kunstig pris. De såkaldte kopiprodukter, som har den samme behandlingsmæssige værdi, er ikke i stand til at bringe priserne ned på et anstændigt niveau, og det er der flere grunde til: De nye lægemidler får i patentperioden et gevaldigt forspring. De er blevet indarbejdet i både lægers og patienters bevidsthed og kan derfor sælges til overpriser i lang tid efter, at patentet er udløbet, hvad svar fra såvel industriministeren som sundhedsministeren, som er blevet afleveret til Folketinget i går, bekræfter. Endvidere har man mulighed for via introduktion på sygehuse at vænne patienterne til en bestemt behandling, hvorefter den selvfølgelig fortsætter efter udskrivningen – til priser, der ikke er de billigste.

Hertil kommer, at kopipræparaterne aldeles ikke sælges til fremstillingsomkostningerne med tillæg af en rimelig avance. Forholdet er nærmest det modsatte: Man tager udgangspunkt i originalproduktets pris og lægger sig eventuelt nogle få procent under denne pris. Konkurrencen er i stor udstrækning en illusion.

Endelig skal man ikke overse effekten af de millioner og atter millioner af kroner, som me-

dicinalbranchen bruger på reklamer. Hvad er egentlig reklameudgifterne for de store udenlandske firmaer i Danmark? Det ville være interessant at få nogle nye tal for det. De sidste tal, der er kommet frem, fra 1978, viser, at man bruger over 20 pct. af den samlede omsætning alene på reklameringsudgifter. Er de blevet større siden? Er der nogen myndighed i Danmark, der har så meget som et indtryk af, hvordan udviklingen har været? Hvilke andre brancher opererer med markedsføringsomkostninger på et sådant niveau?

Introduktionen af kopipræparater kan således i bedste fald kun presse prisniveauet lidt ned, og når antallet af kopipræparater bliver for stort, er der grund til at frygte, at effekten bliver lige præcis den modsatte, nemlig at uoverskueligheden øges, samtidig med at firmaerne iværksætter en intensiv reklamekampagne, der igen presser priserne opad. Der kan påvises en nøje overensstemmelse mellem antallet af præparater på et bestemt terapeutisk område og indsatsen af reklamekroner for at få afsat midlerne.

I Norge har man i lægemiddelloven en såkaldt behovsparagraf, som giver myndighederne mulighed for ikke at acceptere nye lægemidler, når man finder, at der er et tilstrækkeligt antal på markedet, og at det behandlingsmæssige behov er dækket. Det hænger nok sammen med, at det kan konstateres, at man i Norge – igen ifølge oplysninger fra sundhedsministeren – kun har ca. halvdelen af det antal præparater på markedet, vi har i Danmark, og at prisniveauet er ganske betydeligt lavere.

Medicinalindustrien har naturligvis forklaringer parat på de høje priser og på de meget store avancer. Det skyldes industriens store omkostninger til forskning og udvikling, siges det, og det er også rigtigt, at netop medicinalindustrien har en meget forskningstung del, men der er noget galt, når man anvender mindst lige så meget på reklamer, som man gør på forskning.

Bortset fra, at indtjeningsforholdene er totalt umulige at overskue, især hvad angår de udenlandske firmaer, er det ud fra sundhedspolitiske overvejelser meget betænkeligt, at det er medicinindustrien, der bestemmer, hvad der skal forskes i. En stor del af dens forskning retter sig mod behandlingsmæssige behov, som allerede er tilgodeset på markedet, eller mod i

[Jørn Jespersen]

forvejen kendte produkter, som blot forbedres eller postuleres at blive forbedret en lille bitte smule med hensyn til deres behandlingsindikation, bivirkninger osv.

Industriens forskningsindsats tilrettelægges naturligvis – når der er tale om private firmaer, hvis mål er at øge fortjenesten – ud fra, hvilke produkter der bedst kan tjene pengene hjem. Den tilrettelægges derimod ikke ud fra sundhedspolitiske overvejelser om, hvad der mest effektivt ville bidrage til en forbedring af den samlede sundhedstilstand.

Også på anden vis er den private medicinindustri med til at skævvride sundhedsvæsenet. Den massive reklameindsats for lægemidler er med til at opretholde en forestilling om, at sygdomme kan kureres gennem medicinbehandling uden en aktiv indsats af patienten selv og uden ændringer i det omgivende miljø.

I mange tilfælde ses arbejdsbetingede sygdomme, som behandles medicinsk, uden at der skrives ind over for de forhold på arbejdspladserne, som har forårsaget sygdommene.

Medicinindustriens reklamepraksis lægger ligefrem op til dette. Dårlig ryg, stress og mavesår behandles ifølge reklamerne udelukkende medicinsk. Der findes ganske vist et nævn, som kontrollerer medicinindustriens reklamer, om oplysningerne er korrekte, om deres etiske aspekter er acceptable. Men dette nævn er nedsat af medicinindustrien selv, og det hører til de absolutte sjældenheder, at der gribes ind med reelle skridt imod de talrige eksempler på vildledende og, sundhedspolitisk vurderet, uetiske reklamer, som man kan se.

Også kontrollen med industriens smøring af lægerne via middage, udenlandsrejser osv. er overladt til industrien selv. Det er klart utilstrækkeligt.

Derfor er der behov for, at det i dag bliver vedtaget for det første at nedsætte en uafhængig offentlig lægemiddelinformation, som har til opgave at levere sammenlignende og lettilgængelig information til både læger og forbrugere. Jeg synes allerede, det er fremgået af sundhedsministerens svar på forespørgslen i dag, at det ikke er tilstrækkeligt med det, der findes af information over for lægerne. Det er stadig væk sådan, at præparater, der svarer til andre præparater på markedet, kan sælges til priser, der er mere end dobbelt så høje. Det er stadig væk sådan, at man kan finde en lang

række eksempler på sygdomme, som udelukkende bliver behandlet medicinsk. Derfor er det en offentlig opgave at sikre tilstrækkelig information.

Det er endvidere nødvendigt, at samfundet har hånd i hanke med, hvilke medicinalprodukter, der kommer på markedet. Der er ingen grund til, at behov, der er tilgodeset i forvejen, skal have nye præparater ind, og derfor må det offentlige sikre sig, at man kan afvise produkter, der er overflødige.

Endelig synes jeg nok, at debatten allerede i dag har vist, at der er grund til at få kulegravet hele området ved hjælp af en uafhængig kommission, der kan tage fat på industriens prisdannelse, reklamepraksis osv. Jeg har lidt svært ved at forstå begrundelsen for, at man ikke synes, der er behov for yderligere undersøgelser. Det er for SF helt afgørende, at vi får et ordentligt beslutningsgrundlag for i fremtiden for alvor at kunne kontrollere både priser, reklamepraksis og andre forhold inden for medicinindustrien – til gavn for både den enkelte forbruger, sundheden og samfundets økonomi.

**Mejdahl (V):**

Indledningsvis tak til sundhedsministeren for en god og fyldestgørende redegørelse!

Jeg vil prøve at tolke Venstres synspunkter på de spørgsmål, som er rejst over for sundhedsministeren. Vi har som overordnet mål at sikre forbrugerne gode og kontrollerede lægemidler til den lavest mulige forbrugerpris.

Når der nu tales om nedsættelse af medicinpriserne, vil man vel i første omgang fokusere på apotekerne; det er jo dér, vi som hovedregel henter den medicin, vi bruger.

Venstre er tilhænger af den decentrale apoteksstruktur, som vi kender, og de forsøg, som gøres landet over med at oprette små håndkøbsudsalg i butikker, specielt i landområderne, hilser vi velkommen. Vi mener, det er af stor betydning for forbrugerne, at vi har en god service på apoteksområdet. Det er den geografiske struktur med til at sikre, men det væsentlige er den faglige service og sikkerhedsmæssige ekspertise, der findes på det enkelte apotek. Apoteksbetjening er ikke kun at række en pakning over disken. Den service, vi får på vore apoteker, og den tryghed, en god service giver, koster penge, og det vil uvægerlig smitte af på medicinpriserne.

[Mejdahl]

Vi fik en ny apotekerlov i 1984. På det område er vi ikke forvante med lovændringer. Siden 1672, hvor vi fik en medicinalforordning, er loven kun fornyet 4 gange. I apotekerloven er det forudsat, at apotekernes bruttoavancer aftales mellem Danmarks Apotekerforening og Sundhedsministeriet for 2 år ad gangen. Det er ligeledes Sundhedsministeriet, der efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for, hvordan den samlede bruttoavance, som i år er på ca. 1,4 mia. kr., skal fordeles på de enkelte lægemiddelpakninger. Her er der altså en mulighed for at have styr på en del af medicinpriserne.

Det andet, der ligesom påkalder sig opmærksomhed, er produktionsleddet, altså lægemiddelproducenterne, importørerne og grossisterne. Som industriministeren nævnte, har vi en stor medicinalindustri, der også har en stor eksport. I loven om lægemidler fra 1975 er det henlagt til Monopoltilsynet at føre kontrol med den del af prisdannelsen, der foregår her. Det vil sige, at medicinalindustrien er underkastet den samme priskontrol efter monopol- og prislovgivningen som andre danske industri-erhverv.

Hr. Torben Lund siger, at danskproduceret medicin er betydeligt billigere i Norge og Sverige end i Danmark. Hvis det forholder sig sådan, vil danske importører vel kunne hente præparaterne i de nævnte lande, og så vil markedsmekanismerne vel udjævne prisen.

Medicinpriserne, som afspejler omkostninger ved fremstilling, udvikling – altså forskning og forsøg – og distribution, er ikke kun af interesse for forbrugerne. Det offentlige har også stor interesse heri, ikke blot som forbruger, men også fordi det offentlige gennem Sygesikringen betaler halvdelen af patienternes samlede udgifter til medicin eller ca. 1,8 mia. kr. Der til kommer de beløb, der udbetales over bistandsloven.

Vi hører somme tider nævnt i debatter og i samtaler mand og mand imellem, at vi har et stort medicinforbrug i Danmark, og selv om EF-Kommissionens og WHO's undersøgelser bekræfter hinanden og siger, at danskernes medicinforbrug er blandt de laveste i den vestlige verden opgjort både i mængde og i pris, så kan det da godt være, at forbruget og dermed udgifterne til medicin kunne blive endnu lavere, men så er vi ovre i spørgsmålet om det forebyg-

gende arbejde, og det får vi nok lejlighed til at diskutere på et senere tidspunkt.

I Venstre er vi helt indstillet på at støtte sundhedsministeren i de initiativer, ministeren vil tage for at sikre forbrugernes interesser på dette vigtige område, men med skyldig hensyntagen til de andre berørte parter, og her tænker jeg på lægemiddelproducenterne og på apotekerne.

(Kort bemærkning).

**Jørn Jespersen (SF):**

Jeg skal takke hr. Mejdahl for på helt udmærket vis at have bevist behovet for en kommission, der skal kulegrave disse forhold og blotlægge, hvordan det rent faktisk forholder sig.

Jeg synes, der er nogle enkelte ting, som lige er værd at få et svar på.

For det første har vi nu for anden gang i dag hørt en repræsentant for de borgerlige partier sige, at målet er de lavest mulige priser. Var det ikke muligt at få en forklaring på, hvad det betyder? Er det over eller under det nuværende prisniveau? Er der overhovedet mening i det, man siger fra borgerligt hold, eller det bare ord, man sådan hælder ud, fordi man nu skal sige noget?

Desuden blev det sagt fra hr. Mejdahls side, at der er den samme kontrol med medicinalindustrien, som der via Monopoltilsynet er med alle mulige andre brancher. Jamen af den afgørelse, der er truffet den 16. december vedrørende de to førnævnte p-piller, fremgår det helt klart, at lovændringen i 1983 ifølge lovens forarbejder var møntet specielt på lægemiddelindustrien, og at man føler sig forpligtet til netop over for denne industri at fravige de gængse principper. Det er det, der i monopolloven hedder enkeltvarekalkulationsprincippet. Hvordan kan man så fra Venstres side sige, at der gælder de samme forhold?

Bemærkningen om at hente det i Norge synes jeg taler for sig selv.

(Kort bemærkning).

**Behnke (FP):**

En bemærkning til hr. Jørn Jespersens første indlæg, spørgsmålet om, at når der på markedet var en medicin til behandling af en bestemt sygdom, skulle det ikke være muligt at få godkendt præparater til salg, som dækker de tilsva-

[Behnke]

rende behov. Mit spørgsmål er: Hvem er det, der skal foretage det skøn, om præparatet dækker de samme behandlingsbehov, og hvem siger, at det skøn i givet fald er rigtigt? Og hvor længe skal det skøn køre? Skal der også være en tidsfrist, hvor de forskellige fabrikker så afskæres fra at markedsføre produkter, der kan behandle de tilsvarende sygdomme?

Jeg skal give et eksempel på, at sådan noget ikke kan lade sig gøre: Igennem mange, mange år var det almindeligt kendt, at de bedste midler mod almindelige lidelser som f.eks. hovedpine var midler indeholdende acetylsalicylsyre; men mange patienter fik mavelidelser, hvis de indtog for mange af den slags præparater, og heldigvis har man så senere kunnet markedsføre paracetamolholdige præparater, som har gjort, at man stadig væk kan behandle den samme lidelse, nemlig hovedpine, men slipper for nogle af bivirkningerne.

Hele bivirkningsproblematikken kommer man heller ikke ind på ved let og flot og elegant at sige, at når der er en medicin, der kan dække de pågældende sygdomme, er der ingen andre, der skal have lov til at komme ud med nye præparater. Det hænger ikke sammen.

(Kort bemærkning).

**Mejdahl (V):**

Hr. Jørn Jespersen beder om en definition af udtrykket »lavest mulige« medicinpriser eller forbrugerpriser.

Det, jeg mener, er, at når der i den gældende lovgivning er regler for, hvordan man beregner bl.a. avancerne, har vi gennem Sundhedsministeriet mulighed for at have indseende med, hvordan prisudviklingen foregår, og også hvordan prissammensætningen er, og her har man så mulighed for at gribe ind, hvis det er sådan, at det påvirker priserne i uhensigtsmæssig retning.

(Kort bemærkning).

**Jørn Jespersen (SF):**

Jeg må konstatere, at det ikke er muligt at få svar fra regeringspartierne. Jeg fik stadig væk ikke at vide, om man mener, at priserne i dag er de lavest mulige, eller man har det mål, at de skal ned. Bl.a. vil jeg spørge hr. Mejdahl, om det er Venstres opfattelse, at det i dag er Sundhedsministeriet, der kontrollerer priserne. Det er da i hvert fald en ny oplysning.

Så vil jeg godt sige til hr. Behnke, at han har misforstået behovsparagraffen. Det, der er tale om, er, at når det gælder præparater, som på enhver vis er identiske både i deres kemiske sammensætning, i deres virkning og i deres bivirkninger, så kan man forbyde, såfremt der er tilstrækkelig mange på markedet til at dække det. Der er ikke tale om, at nye præparater, som betegner et behandlingsmæssigt fremskridt, skal afvises. Naturligvis ikke.

**Kirsten Lee (RV):**

Medicinpriserne her i landet er alt for høje. Det er Det Radikale Venstres mål at opnå den samme eller en bedre behandling til en billigere penge. Det er afgørende, at man ved bedre behandling også forstår det lavest mulige medicinforbrug. Vi ser ingen interesse i at øge forbruget, fordi medicin bliver billigere. Der er f.eks. ingen god grund til at gøre prisen på ikke-tilskudsberettigede nervepiller billigere. Det kan øge forbruget.

Prisen på medicin er den, som markedet kan bære, og markedet her i landet kan bære meget på grund af de offentlige tilskud. Gennem den fri ordinationsret har lægerne – og det skal de også have – hovedansvaret for medicinforbruget og dermed også for denne offentlige udgift. Lægerne vælger medicinen for patienten, og patienten er uden større indflydelse på, hvilke lægemidler der bliver ordineret.

Der er fra lægernes egne organisationers side gjort et meget stort og prisværdigt arbejde for at informere læger om, hvilke præparater der er de billigste, men det har tilsyneladende ikke været muligt at formidle de meget betydelige prisforskelle mellem originalpræparater og synonympræparater til lægerne på en sådan måde, at det i målelig grad har ændret deres ordinationspraksis. En væsentlig grund hertil kan være, at det er tidrøvende og for lægerne kompliceret at drage relevante prissammenligninger mellem forskellige synonympræparater.

Derfor ønsker vi, at Sundhedsministeriet som en uafhængig myndighed skal give lægerne let overskuelige prissammenligninger, så det bliver nemt for dem altid at ordinere det billigste synonympræparat. Større brug af billige synonympræparater vil utvivlsomt øge konkurrencen og derved forårsage prisnedsættelser.

De praktiserende læger ordinerer 75 pct. af al medicin, og deres ordination koster dermed

[Kirsten Lee]

samfundet ca. 1,4 mia. kr. om året i medicintilskud. Det er naturligt, at man ud over det arbejde, der gøres fra lægelig side, yderligere styrker de praktiserende lægers informationsniveau ved at pålægge dem at deltage i de amtslige lægemiddelkomiteer sammen med sygehuslæger og farmaceuter. Det er et helt naturligt led i de praktiserende lægers arbejde.

Rundt omkring på vore apoteker er der et højt uddannet personale af farmaceuter, og de er lokaliseret i nærmiljøet. Vi ønsker at udnytte den ekspertviden, apotekerne har, ved at pålægge dem en pligt til at informere ikke alene om lægemidler, men også om priser. Har en patient fået ordineret et præparat, der er for dyrt, skal apotekeren påpege, at der faktisk findes et langt billigere synonympræparat. Apotekernes tid er bedre anvendt på den slags information end på diverse kontrolrutiner.

Vi mener, Socialdemokratiets dagsordensforslag er tandløst. Det er ikke tilstrækkelig konkret og handlingsorienteret. Vi vender os imod det ensidige forslag om offentlig godkendelsesprocedure for fabriks- og importørpriser, for vi tror ikke på, at det øger konkurrencen internt mellem produkter; måske snarere tværtimod, og det er jo ikke meningen. Det tyder erfaringer fra Sverige og Finland på.

En behovsvurdering for godkendelse kan meget vel forhindre, at små firmaer begynder at producere billige synonympræparater. Så det synes vi heller ikke er en god idé.

Sluttelig ønsker vi med vort eget dagsordensforslag at pålægge regeringen at nedsætte et sagkyndigt udvalg, som naturligvis skal have repræsentation af alle interesserne på lægemiddelområdet, men som selvsagt ikke skal domineres af interesseorganisationer.

Denne diskussion startede med Socialdemokratiets udspil om gratis livsvigtig medicin. Nu er udtrykket »livsvigtig medicin« jo et noget forvrøvet udtryk, og jeg er glad for, at hr. Torben Lund er ophørt med den polemik. Penicillin kan f.eks. i nogle tilfælde være livreddende og dermed livsvigtig, men i de fleste tilfælde gives penicillin til virussygdomme, hvor det er overflødig og unyttigt.

Med vedtagelsen af vort dagsordensforslag mener vi at varetage de interesser, der skal varetages, nemlig samfundets og forbrugernes. Når vi ikke har inddraget insulinen i vort dagsordensforslag, er det, fordi vi har erfaret, at So-

cialdemokratiet fremsætter beslutningsforslag om gratis medicin til diabetikere, og jeg har vanskeligt ved at forestille mig, at vi ikke her i Folketinget skulle kunne blive enige om det.

Jeg vil gerne tillade mig at fremsætte et forslag om motiveret dagsorden, som vi mener kommer til at opfylde forespørgslens krav om, at priserne nedsættes, at der bliver bedre kontrol med prisdannelsen, og at lægemiddelinformationen bliver mere prisbevidst. Forslaget har følgende ordlyd:

#### *Forslag om motiveret dagsorden.*

»Folketinget pålægger regeringen

– at styrke Sundhedsministeriets lægemiddelinformation og forbrugeroplysning, herunder også informationsvirksomheden vedrørende prisforskelle på nært beslægtede og synonyme præparater,

– at udbygge de amtslige lægemiddelkomiteer, så de omfatter ikke kun sygehussektoren, men også lægerne i den primære sundhedstjeneste,

– at forpligte såvel læger som apotekere til at oplyse forbrugerne om synonympræparater og deres pris,

– at nedsætte et sagkyndigt udvalg, uafhængigt af særinteresser, der inden 1. januar 1989 på grundlag af undersøgelser af prisdannelsen og markedsføringspraksis på lægemidler i alle led skal fremsætte forslag, der kan sikre forbrugere såvel som det offentlige de lavest mulige priser og omkostninger.

Tinget går herefter over til næste sag på dagsordenen.«

(Dagsordensforslag nr. D 34).

#### **Tredje næstformand (Povl Brøndsted):**

Der er nu fremsat følgende forslag om motiveret dagsorden: (se ovenfor). Dette forslag indgår ligeledes i forhandlingen.

#### **Birgith Mogensen (CD):**

Diskussionen om medicinpriserne har sit udgangspunkt i, at Sygesikringens udgifter til medicintilskud har en tilbøjelighed til at blive større end budgetteret; men det kan jo skyldes, at budgetterne er urealistiske med den tilskudsordning, vi har. Der kommer nemlig til stadig nye og bedre lægemidler frem, og de vil naturligvis være dyrere end de gamle, fordi medicinindustriens udgifter til forskning og markedsføring er mangedoblet i de senere år.

[Birgith Mogensen]

Ingen kan vel fortænke lægerne i, at de skriver et nyt og bedre lægemiddel ud til deres patienter, selv om det er dyrere end det gamle. Det er først og fremmest denne udskiftning af gammel medicin med ny, der har belastet Sygesikringens medicinkonto. Forbrugerpriserne på medicin steg ifølge Sundhedsstyrelsen kun med 3,2 pct. i 1985 og 2,6 pct. i 1986.

Heller ikke de nyeste tal for de priser, som medicinindustrien tager, altså apotekernes indkøbspriser, viser nogen bemærkelsesværdig stigning. De er i gennemsnit steget med 8 pct. fra slutningen af 1985 til 1. oktober 1987 ifølge bladet Medicinaldebat, mens de tilsvarende priser for de apoteksfremstillede lægemidler i samme periode steg med omtrent 16 pct.

Der har været talt meget om det store danske medicinforbrug, men det ser ud til at være en skrøne. Målt i mængde er medicinforbruget pr. indbygger ifølge Verdenssundhedsorganisationen, WHO, lavere i Danmark end i noget andet land i den vestlige verden, fremgik det af en artikel i Berlingske Tidende i november i fjor, og målt i priser ligger det danske medicinforbrug ifølge EF i bunden sammen med EF-landene som Irland, Grækenland og Holland og er mindre end det halve af franskmændenes og vesttyskernes.

Fra 1983 til 1986 er medicinforbruget her i landet målt i døgndoser pr. indbygger steget med i alt 3 pct. Dykker man ned i lægemiddelstatistikken, finder man f.eks., at en stor gruppe lægemidler som f.eks. medicin mod stofskifte- og mave-/tarmsygdomme ganske vist er gået lidt ned, når vi ser på døgndosisforbruget, men samtidig er den totale medicinudgift her steget mest. Hvorfor nu det? Jo, for på dette område er der i de senere år kommet nye, bedre lægemidler mod mavesår. Det har ganske vist kostet Sygesikringen nogle flere penge til medicintilskud, men så har det til gengæld sparet sygehuse for endnu flere penge til operationer, og det har sparet patienter for indlæggelse og sygeperioder og i det hele taget gjort livet bedre for dem. Disse kendsgerninger er vigtige, når fakta skal belyses.

Samme lægemiddelstatistik viser i øvrigt, at forbruget af nervemedicin er faldet siden 1983, og selv om jeg ikke tør påstå, at det skyldes regeringens politik, er det i hvert fald noget, som også oppositionen kan glæde sig over.

Der har været en del røre over, at medicinpriserne er højere i Danmark end i de fleste andre lande. I betragtning af, at forbrugerpriserne i gennemsnit ifølge EF's statistiske kontor er meget højere i Danmark end i alle andre vestlige lande, ville det dog være mærkeligt, om det ikke også skulle gælde for medicin. Forbrugerpriserne i Danmark er mere end 50 pct. højere end i England og USA, 20 pct. højere end i Vesttyskland og dobbelt så høje som i Grækenland og Spanien, hvad enhver charterturist har haft lejlighed til at glæde sig over.

De høje medicinpriser i Danmark skyldes hovedsagelig, at vi har den højeste moms på medicin; mange lande har slet ingen moms på medicin. Vore apoteker har en høj avance; denne avance betaler imidlertid også for et meget højt serviceniveau. Om det skal laves om, er naturligvis et politisk spørgsmål, eftersom apotekervæsenets forhold som bekendt er offentligt regulerede, herunder også størrelsen af apotekernes avance.

Fra medicinindustriens og Sundhedsstyrelsens side har man presset på for at få ændret avancereglerne, således at de dyre nye lægemidler, der også er de for patienterne mest vigtige, bliver billigere, mens de billige ældre lægemidler til gengæld bliver dyrere. En sådan ændring af avanceberegningerne, som i øvrigt er forudsat af Folketinget ved dets vedtagelse af apotekerloven i 1985, vil medføre besparelser for Sygesikringen, idet tilskuddene, som rimeligt er, især er knyttet til den vigtige og den dyre medicin, mens en stor del af den billigere medicin kan købes uden recept eller af anden grund ikke er tilskudsberettiget. Skridt i denne retning er taget med de nye avanceregler, og det er muligt, at man kan komme videre med besparelser ad denne vej. At den mindre nødvendige medicin, der ikke er tilskudsberettiget, bliver noget dyrere, er næppe noget sundhedsmæssigt samfundsproblem, måske snarere tværtimod.

Der har også været talt om, at tilsynet med medicinindustriens priser burde strammes. Jeg vil gerne minde om, at Folketinget i 1983 vedtog at ændre monopolløven. Baggrunden for beslutningen var Monopoltilsynets redegørelse om lægemiddelbranchen, hvoraf det bl.a. fremgik, at fastsættelsen af maksimumspriser efter de almindelige såkaldte enkeltproduktkalkulationer gjorde det svært for medicinindustrien at finansiere sine løbende udgifter til forskning i

[Birgith Mogensen]

nye lægemidler. Der er tale om meget betydelige forskningsudgifter, svarende til 11-12 pct. af denne industris omsætning, ja mere end i nogen anden industri.

Desuden fremgik det af Monopoltilsynets redegørelse, at de priser, som dansk medicinindustri fik for sine produkter på det danske marked, ofte var bestemmende for de priser, som industrien kunne opnå på de udenlandske markeder, hvortil den eksporterede omtrent 90 pct. af sin produktion. Ved at presse priserne ned i Danmark ville vi med andre ord risikere at gå glip af en betydelig eksportindtægt.

Endelig gjorde tilsynet i sin redegørelse opmærksom på, at der var store problemer forbundet med at kontrollere importørernes priser efter enkeltproduktkalkulationernes princip. Det indebar en betydelig risiko for, at en dansk priskontrol baseret på dette princip ville ramme den danske medicinindustri hårdt på dens indtjening og forskning uden at bidrage nævneværdigt til at sænke priserne på den importerede medicin.

Det var den alvorlige baggrund for, at Folketinget med stort flertal vedtog en tilføjelse til monopolloven, hvorefter der nu kan ske en fravigelse af enkeltproduktkalkulationsprincippet, hvor tungtvejende hensyn til forskningsintensive produktområder taler derfor og de pågældende virksomheder i øvrigt ikke opnår en urimelig indtjening.

Der er siden 1983 intet sket – hverken i vor betalingsbalancesituation eller i dansk medicinindustri konkurrence- og indtjeningssituation – som kan begrunde, at Folketinget nu skulle stramme priskontrollen med medicinindustrien. Tværtimod har vi nu mere end nogen sinde brug for, at vor forskende højteknologiske industri kan øge sine eksportindtægter. Og konkurrencen på lægemiddelområdet er både i Danmark og internationalt blevet betydelig hårdere og stiller større krav end tidligere til medicinindustriens evne til at investere i ny teknologi, forskning og international markedsføring.

Det ville være helt absurd, hvis vi nu efter den ene dag at have lavet en eksportpakke den næste dag skulle forringe en lovende eksportindustri muligheder. Det er altså ikke den vej, vi efter min mening skal gå. Vi skal under ingen omstændigheder lægge hindringer i vejen for den fortsatte vækst og udvikling af nogen af de

få højteknologiske industrier, vi har, og som netop er dem, som kan styrkes, hvis landet skal løse sine balanceproblemer.

Om det er muligt at opnå noget gennem en mere prisbevidst lægemiddelinformation, tvivler jeg på. Der er i forvejen en omfattende lægemiddelinformation med alle muligheder for lægerne for at foretage prissammenligninger i det lægemiddelkatalog, som udgives af medicinindustrien og apotekerne. Behovet for at oprette en statslig lægemiddelinformation må anses for bortfaldet, efter at lægerne oprettede den såkaldte praktiske lægemiddelinformation, PLI, der gennem nogle år regelmæssigt har udsendt sine vejledninger til alle læger. Heri gives der for de enkelte sygdoms- og behandlingsområder en sammenligning – foretaget af en lægelig redaktionskomité, hvori Sundhedsstyrelsen er repræsenteret – dels af de forskellige præparaters terapeutiske betydning, dels af deres priser.

Afslutningsvis vil jeg fremhæve, at hvis der skal skaffes besparelser på Sygesikringens budget, så bør det ske ved indgreb på de punkter, hvor de negative økonomiske virkninger hverken direkte eller indirekte rammer eksporten eller investeringerne i forskning og ny teknologi. Vi kan diskutere, om vi har råd til at have det serviceniveau, vi har i den primære sundhedssektor, eller om vi har råd til at give alle borgere, uanset deres økonomiske formåen, de tilskud, alle i dag får til næsten alt muligt inden for sundhedsvæsenet, men at vi ikke har råd til at opretholde dette serviceniveau eller denne tilskudspolitik, hvis det kun kan ske på bekostning af vækstmulighederne for den danske medicinindustri, det regner jeg med at et flertal vil kunne blive enig om.

**Pia Dahl (FP):**

Det ideelle lægemiddel forebygger, ligesom vaccinen gør det, udrydder sygdomsårsag, som antibiotika gør det, stimulerer legemets egne svækkede organer til at fungere bedre, som f.eks. diuretika, som det så flot hedder, altså urindrivende midler, eller erstatter den organfunktion, som sygdommen har ødelagt, som insulinet er i stand til det.

Ud fra denne betragtning har lægemiddeludviklingen bidraget væsentligt til livskvalitetens forbedring eller opretholdelse for befolkningen.



[Pia Dahl]

I Fremskridtspartiet ser vi umådelig gerne, at denne udvikling fortsætter, ikke alene ud fra en sundhedsmæssig betragtning, men samtidig ud fra en betragtning om landets sørgelige økonomi, som i hvert fald medicinalindustrien i særdeles høj grad er med til at afhjælpe i form af sin eksport.

Fremskridtspartiet finder det ligeledes væsentligt at fremhæve, at medicinalindustrien trods alt i årene 1982-86 - det er de tal, jeg har - har øget antallet af beskæftigede, altså ansatte i industrien, med mere end 2.500 mennesker. Vi mener, at der virkelig er grund til at værne om dansk medicinalindustri.

Kigger vi så på priserne på medicin i Danmark af fabrik, ser vi, at de i virkeligheden slet ikke er iøjnefaldende høje sammenlignet med alle andre lande; jeg havde nær sagt tværtimod. Til gengæld er apotekernes udsalgspriser skyhøje i sammenligning med andre lande, hvilket til dels skyldes vores moms, men ikke mindst apotekernes omkostninger og deres avancer, som ligger højere end i de lande, vi normalt vil sammenligne os med. Denne avance betales således henholdsvis af det offentlige og den enkelte forbruger, altså skatteyderen.

Sådan som systemet er indrettet, har det enkelte apotek - desværre, vil jeg sige - intet som helst incitament til at effektivisere driften. Når man ydermere betænker, hvilke foreningskontingenter apotekerne betaler til Apotekerforeningen, giver det yderligere et indtryk af en meget uigennemsigtig form for økonomisk praksis, en form for et lukket lille samfund, som efter Fremskridtspartiets mening har en snert af udnyttelse af de offentlige ressourcer.

Apotekerforeningen ejer så samtidig DAK, hvis produkter sælges på apotekerne, som ikke alene har monopol på salget af medicin i Danmark, men som oven i købet inden for deres egne rækker, altså i Apotekerforeningen, uddanner deres apoteksassistenter. Det er efter vores mening en rigtig uheldig sammenblanding; ydermere er DAK jo så landets største producent af de såkaldte generiske lægemidler, altså kopipræparaterne.

Når det er sagt, vil jeg gerne fremhæve, at vi i Fremskridtspartiet helt bestemt mener, at vi har et meget velfungerende apoteksvæsen, som fungerer på et meget højt niveau. Det er betryggende for borgeren ikke at skulle løbe risikoen for at få udleveret forkert medicin. Men vi me-

ner samtidig, at dette høje serviceniveau, eller et højt serviceniveau umiddelbart betragtet, sagtens vil kunne opretholdes også for færre midler.

Set fra forbrugerens synspunkt - og det er forbrugerens synspunkt, vi ser denne problemstilling ud fra - må målet naturligvis være at have så lave medicinpriser som overhovedet muligt, og det allervigtigste i denne sag er for Fremskridtspartiet, at ingen borger på grund af lommesmærter forhindres i at blive behandlet og eventuelt helbredt for sin sygdom.

Ud fra en samfundsmæssig betragtning skal vi således passe gevaldigt på, at vi ikke giver med den ene hånd og tager med den anden, således at regnestykket kommer til at gå lige op og op - eller gyngerne og karrusellen. Stylinger og reguleringer har som regel ikke den tilsigtede virkning, og specielt på dette område er der behov for langsigtet planlægning og bestemt ikke for her og nu-hovsaløsninger.

Man kan diskutere, om Sygesikringens opdeling af tilskudsberettiget medicin er hensigtsmæssig, som sundhedsministeren også selv har været inde på, og man kan i den forbindelse meget vel også diskutere, om man ikke skulle overveje at få langt flere præparater gjort ikke-receptpligtige. I England og Vesttyskland f.eks., som jo ikke er ulande, er man jo ikke misbrugere af den medicin, man kan købe i håndkøb.

Der har også været røster fremme om, at man kunne fjerne momsen på receptpligtig medicin for på den måde at skabe et lavere prisniveau for apotekernes udsalgspris. Det vil koste statskassen ca. 100 mio. kr., når man gør op plus-minus, og det lyder jo forjættende, men det er ikke Fremskridtspartiets holdning, at man skal kunne gøre dette i og med, at man laver et alt for differentieret system på denne måde, og det vil da også belaste både apotekernes og det offentliges administrationsapparat.

Lad mig vende tilbage til udgangspunktet og starten af mit indlæg. Det er et defineret mål i Finansministeriets Budgetredegørelse af maj 1987, at det er tvingende nødvendigt at satse langt kraftigere på forskning og udvikling i industrien. Jeg er derfor glad for industriministerens hurtige imødegåelse af hr. Torben Lunds misopfattelse af de skyhøje priser af fabrik. Som jeg før har sagt, er de ikke så skyhøje.

[Pia Dahl]

I medicinalindustrien foregår jo denne forskning og udvikling med meget langsigtede resultater for øje, og der går, som det også er blevet nævnt, mellem 10 og 15 år fra en idées undfangelse, til man kan se et resultat, og hvor man samtidig har en risiko for, at det projekt, som har kostet frygtelig mange penge, mislykkes. Det har vi i Fremskridtspartiet meget stor forståelse for og har da også talt om, om det vil være nødvendigt at forlænge patentløbetiden for medicinalvarer i yderligere 4 år, sådan som Foreningen af Danske Medicinfabrikker gerne så det.

Ikke desto mindre må vi komme til den konklusion, at de gennemsnitlig 14 år, som man kan opnå under de nugældende EF-regler, hvor man altså har en 6-årig yderligere beskyttelse mod konkurrencen fra synonympræparater, idet dokumentationsmateriale skal følge synonympræparatet, og det vil sige, at man som et snit kan opnå de 14 års effektive patentløbetid, må være tilstrækkeligt til at tjene forsknings- og udviklingsudgifterne på det pågældende præparat ind. Dette synspunkt bliver sat yderligere i perspektiv på grundlag af den oplysning, der står i Forskningsrapport nr. 8 fra Odense Universitet omhandlende en ændring af patentlovgivningen, der er foretaget i USA, hvor man altså også er nået til den konklusion, at 14 år er et rimeligt niveau for en effektiv patentløbetid.

Samfundet må også kunne få gavn af de såkaldte synonymprodukter, og ydermere må man ikke glemme, at originalprodukterne jo til en vis grad nyder en beskyttelse efter at have været på markedet i disse ca. 14 år, nemlig den beskyttelse, der følger af at være blevet det etablerede mærke.

Jeg skal ikke lægge skjul på, at vi i Fremskridtspartiet – og jeg tror i øvrigt også, det gælder de øvrige partier i Tinget – har den opfattelse, at det emne, vi her har fat på, er kolossalt komplekst, og jeg vil gerne her udtrykke mit håb om, at vi forsøger at bevare overblikket og sansen for helheden og behandler emnet med den grundighed, som det fortjener.

Så vil jeg lige for god ordens skyld fremhæve, som vi har gjort tidligere adskillige gange før i Fremskridtspartiet, at vi meget gerne hævder budgettet til sundhedsvæsenet fra de nugældende ca. 32 mia. kr. til 40 mia. kr., og at vores model i forbindelse med medicinpriserne

må være, at Sundhedsministeriet får en pose penge, som det så må fordele på den for borgeren og samfundet allerbedst mulige måde.

#### **Glønborg (KRF):**

Et gammelt ordsprog siger, at en dåre kan spørge om mere, end ti vise kan svare på. Men heldigvis kan det modsatte også være tilfældet, og fra Kristeligt Folkeparti skal der lyde en tak til forespørgerne for en fornuftig forespørgsel, som også har resulteret i et saglig og grundigt svar fra sundhedsministeren; jeg føler trang til at takke sundhedsministeren for indledningen til en god debat. Jeg kunne ønske, at de mange mennesker, som tror, at vi herinde i Folketinget altid hakker på hinanden og generer hinanden, kunne få lejlighed til via tv at overvære en debat som denne her.

Debatten har jo tydeligt vist, at det problem, som vi alle sammen er interesseret i, og som forespørgerne har rejst, var sundhedsministeren med et seriøst og sagligt arbejde allerede i fuld gang med at løse. De forskellige ordførere, som nu har været heroppe, har trukket de forskellige problemer frem, og jeg har ikke fra Kristeligt Folkepartis side meget væsentligt nyt at føje til. Men jeg vil gerne have lov til at tilkendegive, at også vores holdning er, at vi ikke skal spille penge og ressourcer på unødvendige reklamer, men at et samarbejde mellem det offentlige, læger, apotekere, producenter og forhandlere kan resultere i, at vi til enhver tid har en nøgtern og neutral beskrivelse af alle de lægemidler, som findes.

Vi er meget tilfredse med de tanker, som sundhedsministeren lægger frem om at gøre tilskudsordningen anderledes, sådan at man ikke bare ser på prisen, men også ser på de forskellige lægemidlers indhold og finder en tilskudsordning, som står i forhold til de forskellige midlers indhold.

De dagsordensforslag, der er fremsat, afslører ikke den helt revolutionerende uenighed, men jeg synes, der er et ganske pænt sammenfald imellem det, som sundhedsministeren har lagt frem, og som vi helt kan stå bag, og så det, som den radikale dagsorden giver udtryk for.

#### **Tredje næstformand (Povl Brøndsted):**

Jeg skal her afbryde forhandlingen og udsætte mødet. Det genoptages i dag kl. 13.00.

Mødet udsat kl. 11.52

Mødet genoptaget kl. 13.00

Forhandlingen genoptoges.

**Ib Jakobsen (FK):**

Jeg vil gerne takke de 4-5 ærede medlemmer, som er blevet færdig med at indtage deres måltid og er kommet her for at deltage i debatten. Jeg må blot beklage, at der ikke er så mange andre, som har interesse i, hvad der nu bliver sagt. Det er en skam, for der var nok en og anden, der kunne blive klogere af det.

Det er jo ikke så længe siden, at nogle af de principper, som vi i dag diskuterer vedrørende medicinpriserne, har været rejst i Folketinget. Det skete i forbindelse med et forslag, som blev fremsat af Fælles Kurs om gratis medicin til pensionisterne.

Også dengang rejstes spørgsmålet om de enorme profitter, der hjemtages på sygdom i vort land. Hr. Jørgen Tved, der var ordfører for Fælles Kurs, gav nogle eksempler på de helt urimelige medicinpriser, idet han forsøgte at dokumentere, at man ved at inddrage en del af disse profitter ville få mulighed for at finansiere en ordning, der gav gratis medicin til vore pensionister.

Dengang var der ikke så mange, der havde lyst til at ændre dette forhold, og sådan som jeg kan vurdere det i dag, er der tilsyneladende heller ikke noget, der viser, at der er vilje i Folketinget til at ændre medicinpriserne. Det havde måske været ønskeligt, om vi havde ventet med debatten til i morgen, efter at et stort antal medlemmer af dette Ting, der var ude i gårsdagens udskjelser, havde oplevet priser på Kodimagnyl og Alkaseltzer osv. og måske oven i købet har tænkt sig at investere i antabus fremover, for så havde de fået et indtryk af, hvordan priserne var, og når de selv havde måttet punge ud, havde de nok haft en større vilje til at ændre disse priser.

Men kendsgerningen er, at de enorme pristigninger, vi kender, er en stor belastning såvel for patienter som for Sygesikringen og dermed amterne.

Man kan jo give nogle eksempler på, hvad priserne betyder. Typisk gælder det for en hjertepatient, som må købe flere forskellige præ-

parater for at holde sig selv i live, at udgifterne til denne medicin kan beløbe sig til mere end 7.000 kr. årlig. Man kan også nævne et andet eksempel: de typiske udgifter for en gigtpatient vil ligge på mellem 2.500 og 3.000 kr. om året. Her er altså tale om livsvigtig medicin, og det skal der betales for. Men efter vores opfattelse bør det være sådan, at livsvigtig medicin burde være gratis på lige fod med almindelig lægehjælp.

Derfor er det også en grotesk måde, staten profiterer på, når det gælder sygdom. Danmark har den største moms på medicin i Europa. Det er efter min opfattelse hamrende asocialt. Hvis man fjernede momsens f.eks. alene på den receptpligtige medicin, sparede Sygesikringen og dermed amterne 400 mio. kr. om året. Patienterne ville spare omkring 100 mio. kr. Det vil altså i alt være en udgift for staten på 500 mio. kr., men herfra skal modregnes de indtægter, som amterne ville få igennem besparelser. Nogle af de indtægter kunne man måske bruge til at sætte ting i værk, så man kunne få nedbragt vores ventelister til hospitalerne, så man kunne få kirurgiske behandlinger i gang de steder, hvor det er nødvendigt, og på den måde ville man også spare udgifter til medicin. Så når hele regnestykket blev gjort op, ville der måske være tale om en reel besparelse, såfremt man fjernede momsens. Men det har jeg forstået der ikke er vilje til i Folketinget, og det kan jeg kun beklage.

Der er også andre, der høster profitter på medicinen. F.eks. har det vist sig, at det er umuligt at styre apotekernes avancer; på trods af at deres fortjenester aftales med Indenrigsministeriet, er der tale om, at apotekerne ud over det aftalte har ekstrafortjenester i 100 mio. kr.-klassen. Apotekerne slår da også alle rekorder, når det gælder avancer på medicin; de er rent faktisk de højeste i Europa.

Men de, som i første række profiterer på sygdom og derved er den store skurk, er altså uden konkurrence medicinalindustrien. Her er tale om en kynisk spekulation i sygdom, og det er ikke ualmindeligt, at medicinalindustrien har avancer på flere tusinde procent.

Når det gælder medicinalindustriens årsregnskaber, er det altså ikke pebernødder, man taler om. Alene en gigant som Novo, der efter købet af Ferrosan i 1986 havde en omsætning på medicin på mere end 2½ mia. kr., havde et

[Ib Jakobsen]

overskud efter skat på mere end ½ mia. kr., og det må da siges at være en pæn fortjeneste, som man høster alene i kraft af de mennesker i dette land, som er syge.

Det er rigtigt, som det hævdes, at der selvfølgelig er store udgifter for medicinalindustrien i forbindelse med forskning i ny medicin, men det er også efter min opfattelse sådan, at det eneste, der driver denne forskning, er profitmotivet. Det er det eneste, der får disse medicinalfirmaer til at forske i nye præparater.

Sådan som det foregår, sendes der i stribevis af medicintyper på markedet, hvor betegnelserne er forskellige, men hvor der ingen nævneværdig forskel er, når det gælder den kemiske sammensætning, virkning eller bivirkning. Men formålet er naturligvis at styrke sine markedsandele, og derfor er der reelt tale om unyttig forskning, som er til skade såvel for forbrugerne som for amternes økonomi.

Sådan som monopolloven er udformet, kan medicinalindustrien indregne forskningen i deres priser, og ved den lovændring, der fandt sted i 1983, fik de mulighed for at fordele de samlede udgifter over samtlige produkter og ikke kun på de produkter, der havde medført forskningsudgifterne.

Derfor er der ingen sammenhæng mellem de høje priser og produktionsomkostningerne. Det, der kan registreres, er, at Monopoltilsynet har opgivet at gribe ind over for de skyhøje avancer, og derfor bør der også ske en stramning af monopolloven, sådan at Monopoltilsynet får bedre mulighed for at gribe ind over for avancerne.

Det er også betegnende for hele medicinalindustrien, at mere end 15 pct. af den samlede omsætning bruges på reklamer. Man kalder det godt nok for »informationsmateriale«, men hvordan ser dette informationsmateriale ud? Jeg kan give et eksempel: Her har jeg en nøgen dame; jeg har ikke noget imod nøgne damer, tværtimod, men når man har dvælet lidt ved denne skønjomfru, vil man opdage, at det rent faktisk er et udtryk for, hvordan medicinalindustrien informerer deres forbrugere, lægerne og sygehusene, om deres præparater, for i den hule hånd på ryggen står denne nøgne dame med vidundermidlet. Det er altså informationsniveauet, når det gælder medicinalindustrien. Derfor vil enhver, der har kendskab til det materiale, der bliver udsendt fra industrien, også

vide, at der ikke er tale om nogen som helst form for information.

Alt i alt så skal der en lovændring til. Det, der først skal gøres, er, at der skal stilles helt andre krav ved fremstilling af ny medicin. For at et præparat skal kunne godkendes, skal der være tale om tydelige forbedringer og tydelige fordele, når det gælder virkninger og bivirkninger. Man bør forbyde almindelig reklamevirksomhed, og man bør stille krav om helt andre former for information. Efter vores opfattelse bør sygdom ikke være profitgivende, og derfor skal medicinalindustrien, når tiden er inde til det, nationaliseres, og man kunne passende starte med at oprette en statslig importvirksomhed.

Hvad angår de motiverede dagsordensforslag, som er fremsat, har man sikkert diskuteret i S-SF, hvad man skal gøre, og det, man er nået frem til, er, at man rent faktisk ingenting vil gøre. Det er så diffust, hvad man har foreslået, at det ingen forbedringer vil medføre.

De Radikales dagsordensforslag er jo en typisk afværgedagsorden, som også blot er udtryk for, at de heller ingenting ønsker at foretage sig, og derfor vil jeg gerne på vegne af Fælles Kurs fremsætte følgende:

#### *Forslag om motiveret dagsorden.*

»Idet Folketinget pålægger regeringen inden 1. april at undersøge alle sider af medicinalvarers prisdannelse, produktions- og reklameomkostninger samt avance, som forskellige producenter og forhandlere beregner sig, fritages alle medicinalvarer øjeblikkelig for momsafgifter som et første skridt på vej til en væsentlig billigelse af disse produkter.

Herefter går Tinget over til næste sag på dagsordenen.«

(Dagsordensforslag nr. D 35).

#### **Formanden:**

Der er nu fremsat følgende forslag om motiveret dagsorden: (se ovenfor). Jeg skal også lade dette forslag om motiveret dagsorden indgå i de videre forhandlinger.

#### **Sundhedsministeren (Agnete Laustsen):**

Selv om debatten i dag naturligvis har afspejlet politisk modstridende synspunkter og opfattelser af prisfastsættelse og kontrol med medicinpriser, synes der trods alt at være bred enighed om, at det, vi bør tilstræbe, er at sikre

[Sundhedsministeren]

forbrugerne de lavest mulige forbrugerpriser på lægemidler.

Uenigheden går derfor i første række på, hvorledes dette mål kan nås, i hvilket omfang det offentlige skal engagere sig både på kontrol- og informationsområdet, og hvorledes apotekervæsenets rolle skal være også på produktionsområdet.

Afgørende for regeringen er det i denne forbindelse også, at den offentlige udgiftsramme respekteres, og at der sikres vor storeksporende lægemiddelindustri gode forhold.

Vi har, som jeg nævnedes i mit første indlæg i dag, en meget omfattende lægemiddelinformation især gennem PLI – Praktisk Lægeinformation – og lægemiddelkomiteerne, og hvis der er behov for yderligere eventuelt mere målrettet information – jeg tænker her bl.a. på synonympræparater – vil jeg finde det naturligt at udbygge disse eksisterende informationssystemer frem for at tænke på at etablere nye offentlige og dermed også bekostelige.

Lægerne har jo i øvrigt allerede i dag både efter lægeloven og efter sygesikringsoverenskomstbestemmelserne pligt til at ordinere billigt, og jeg er enig i, at oplysning om præparater, herunder synonympræparater og deres priser, er vigtig.

Jeg vil derfor bede Sundhedsstyrelsen om at indskærpe lægerne deres forpligtelse til at ordinere billigt og til at give patienterne en god information og orientering om priser for lægemidler, når der skal vælges mellem flere mulige præparater.

Også apotekerne yder jo allerede i dag omfattende oplysningsvirksomhed, og jeg kan oplyse, at håndkøbspræparater fra 1. oktober i år i første omgang også vil blive forsynet med en indlægsseddel, der bl.a. oplyser om virkninger, eventuelle bivirkninger, forsigtighedsregler osv. for hvert enkelt præparat. Når vi har fået dette system etableret, tror jeg, det vil være en god idé, som det også er tilfældet i andre lande, at samle de af Sundhedsstyrelsen godkendte indlægssedler i en bog eksempelvis, som vi kunne lægge i apotekerne, og som ville være til yderligere service for publikum.

Som sagt, jeg synes, vi har haft en fornuftig og for størstedelen meget velafbalanceret debat i dag om noget, som vi alle er interesseret i: det mål, at forbrugerpriserne for lægemidler bliver lavest muligt.

**Torben Lund (S):**

Jeg skal først knytte en enkelt kommentar til det, sundhedsministeren var inde på i sit første indlæg med hensyn til omlægning af tilskudene. Jeg skal gøre det meget kort, for vi har ikke set noget konkret forslag fra sundhedsministeren endnu, men der blev udkastet nogle tanker om tilskudsordningen. Umiddelbart lyder det meget besnærende, at man kan indrette ordningen sådan, at tilskuddet er beregnet efter det billigste præparat, når der er flere synonympræparater på et område. Det kunne også være med til at dæmpe priserne generelt.

Jeg vil blot her peges på én vanskelighed i det, og det er, at hvis ikke den lægemiddelinformation, vi får etableret i forhold til lægerne, bliver endda meget effektiv – og det mener jeg faktisk vores dagsordensforslag ville være en god garanti for at den kunne blive – vil vi bringe patienter i den situation, at læger på grund af en for ringe lægemiddelinformation ordinerer for dyre præparater, og dermed kommer patienten til at betale en for stor egenbetaling, når man gennemfører et sådant tilskudssystem. Hvis ministeren går videre med de overvejelser, vil jeg i hvert tilfælde bede om, at dette spørgsmål om egenbetalingens størrelse og dermed lægemiddelinformationen trods alt får en fremtrædende rolle i overvejelserne.

Men nu har vi jo også fået en radikal dagsorden – afværgedagsordenen kunne man måske kalde den. Jeg husker, at fru Kirsten Lee betegnede S' og SF's dagsorden som tandløs og for lidt handlingsorienteret. Det synes jeg nok er stærke ord, når man bagefter læser det radikale dagsordensforslag. Men jeg skal kommentere de enkelte elementer i det:

Først Sundhedsministeriets lægemiddelinformation. Det blev beskrevet her fra talerstolen på den måde, at det var en let forståelig prisoversigt, man lagde op til. Jeg må så forstå det sådan, at man fra radikal side i hvert tilfælde ikke vil lave en egentlig uafhængig offentlig lægemiddelinformation, for så kunne man jo have tilsluttet sig vores forslag på det pågældende punkt. Det kunne selvfølgelig også være et princip, at man ikke ville støtte et S-SF-dagsordensforslag, men hvis det ikke er princippet, må det reelle indhold være, at det, man fra radikal side foreslår, er noget mindre end en egentlig offentlig lægemiddelinformation.

[Torben Lund]

Det andet er spørgsmålet om at udbygge de amtslige lægemiddelkomiteer. Jeg er enig i, at det kunne være meget fornuftigt. Men man er jo i god gang med at lave lægemiddelkomiteer, som ligger uden for sygehussektoren, så der er sådan set ikke noget nyt i det.

Det næste er, at man skal forpligte såvel læger som apotekere til at oplyse forbrugerne om synonympræparater og deres pris. Det kan da være meget fornuftigt, men jeg har nu lidt svært ved at overskue det i forhold til apotekerne. Hvordan vil man overhovedet håndtere den situation? Hvis lægen har ordineret et præparat til en patient, skulle apotekeren så kunne påtale den pågældende ordination, fordi den ikke prismæssigt er rimelig? Skulle apotekeren kunne blokere for, at det pågældende præparat kan udleveres til patienten, eller skal apotekeren bare fortælle patienten, at det, der er ordineret, er for dyrt, således at patienten altså ikke kan få noget medicin, men må tilbage til sin læge og så se, om han kan få lægen til at ordinere et billigere præparat? Jeg tror, det kunne give nogle mærkelige situationer; jeg tror ikke, det er særlig velgennemtænkt.

Det sidste er et sagkyndigt udvalg – det må åbenbart ikke hedde en kommission – som skal være uafhængig af særinteresser. Men jeg hørte også, at fru Kirsten Lee fik sagt, at alle interesser selvfølgelig skulle være repræsenteret i det pågældende udvalg, og det vil altså sige, at det ikke skal være et udvalg, hvor medicinalindustri og medicinalimportører og Apotekerforening ikke er med, men et udvalg, hvor de er med alle sammen.

Det, der specielt gør mig bekymret i det sidste punkt, er, at der står ikke noget om billiggørelse af lægemidler, og at der altså heller ikke står noget om en offentlig godkendelsesprocedure; det sidste er jo i hvert fald fundamentalt for os. Hvis vi effektivt skal nedbringe medicinpriserne her i landet, er der ingen vej uden om en offentlig godkendelsesprocedure. De steder, hvor man har en sådan procedure, har man rent faktisk også nogle medicinpriser, som er væsentlig lavere end i de lande, hvor man ikke har en offentlig godkendelsesprocedure.

Vi kan derfor bestemt ikke stemme for det radikale dagsordensforslag, men det kan der heller ikke være noget overraskende i.

Men det kunne da være interessant at høre, hvad regeringspartierne mener om dagsorde-

nerne. Man har udtalt sig lidt om den socialdemokratiske dagsorden, men vi har ikke hørt mange bemærkninger om den radikale dagsorden, og jeg tror da, der sidder mange her, som ville synes, det var interessant at høre, hvad regeringspartierne egentlig forestiller sig; altså om man kan støtte de radikale tanker, da man åbenbart ikke selv har formuleret noget forslag til en dagsorden i dag, eller man ikke kan støtte de radikale tanker. Jeg vil derfor opfordre til, at vi får lidt klarhed over det spørgsmål.

(Kort bemærkning).

**Kirsten Lee (RV):**

Jeg skal da prøve at uddybe spørgsmålet. Jeg ved ikke, om den manglende forståelse skyldes, at hr. Torben Lund ikke kan læse indenad, men Sundhedsstyrelsen er dog også en statslig informationstjeneste. Der er Sundhedsstyrelsens Bivirkningsnævn, vi har et Sundhedsministerium – ja, vi har faktisk mange statslige instanser, hvorfra der er mulighed for at styrke informationen på dette område, især med henblik på prisen.

Hvad angår apotekernes og lægernes pligt til at oplyse om synonympræparater, er det jo sådan, at lægerne har den såkaldte frie ordinationsret. Apotekerne oplyser i dag, men de oplyser ikke nødvendigvis fru Jensen om, at der faktisk eksisterer et langt billigere synonympræparat. Det, vi ønsker med vores dagsorden, er at pålægge og indskærpe apotekerne denne pligt; de skal faktisk fortælle en given patient og også lægen, at der eksisterer et synonympræparat. Det er altså en ekstra sikring af, at det billigste synonympræparat bliver anvendt, hvor det er muligt, og medmindre der er meget gode lægelige grunde til ikke at anvende det billigste præparat, skal man selvfølgelig anvende det.

Når vi taler om et sagkyndigt udvalg, som er uafhængigt af særinteresser, er det, fordi vi faktisk også betragter både læger og farmaceuter som særinteresser i denne forsamling, men det er dog umuligt at forestille sig et udvalg, hvor der ikke også deltager både læger og farmaceuter. Men der må selvfølgelig ikke være overvægt af særinteresser, og det er derfor, det er formuleret, som det er.

Om den offentlige godkendelse vil være en hensigtsmæssig måde at nedsætte priserne på, kan udvalget undersøge i sin kulegravning.

(Kort bemærkning).

**Torben Lund (S):**

I anledning af de bemærkninger, der nu er faldet fra fru Kirsten Lee, kunne jeg have lyst til at spørge, om der er nogen forskel på det, der står i den første pind i det radikale dagsordensforslag, og det, der står i Socialdemokratiets og SF's dagsordensforslag. Jeg synes i hvert fald, det er vanskeligt nu at overskue, om der er en forskel.

Endelig skal jeg om det med apotekernes pligt til at oplyse priser sige, at jeg synes, det burde være en helt naturlig pligt for apotekerne, men det er jo i hvert fald ikke noget, der kan få nogen konsekvens, hvis apotekerne gør det, hvis den pågældende læge ikke også er indstillet på at ændre ordinationen, hvis det viser sig, at der er et billigere synonympræparat.

Nu forstår jeg også, at det sagkyndige udvalg, der peges på her, også skal komme med forslag til en offentlig godkendelsesprocedure – sådan forstod jeg fru Kirsten Lees sidste bemærkninger. Hvis det er situationen, forstår jeg slet ikke, at man ikke fra radikal side har kunnet tilslutte sig Socialdemokratiets og SF's dagsordensforslag.

**Jørn Jespersen (SF):**

Der er noget, der tyder på, at der er en hel del af de borgerlige ordførere, der er mindst lige så forvirrede, som hr. Torben Lund er, med hensyn til, hvad det radikale forslag egentlig går ud på, og det er måske derfor, at det er fuldstændig umuligt at få en holdningstilkendegivelse fra ordførerne for de partier.

Jeg synes i øvrigt også, der mangler svar på en lang række spørgsmål, som er blevet stillet til såvel industriministeren som til sundhedsministeren og til en række af de borgerlige ordførere. Jeg må altså konstatere, at der er en lang række spørgsmål her, som man ganske enkelt ikke ønsker at tage stilling til. Skal det opfattes sådan, at de borgerlige partier overhovedet ikke har nogen mening om disse spørgsmål? Det kunne man så i det mindste meddele.

Hvad angår priserne, foreligger der nu to forskellige definitioner på, hvad de lavest mulige priser er. Fru Kirsten Lee har sagt, at de lavest mulige priser indebærer, at de i dag er for høje, og at det er en målsætning i det radikale forslag, at de skal bringes ned. Kunne man spørge, hvorfor det ikke står der, når det nu er

det, man mener? Men det er måske en særlig radikal finte.

Tilsvarende er der ingen borgerlige ordførere, der har ment at kunne sige, at man i dag opfattede priserne som værende for høje, og hvis man forestiller sig, at de borgerlige partier vil være med til at bære den radikale dagsorden igennem – det er jo ganske vist en hemmelighed indtil videre – vil det sige, at der vedtages en dagsorden, som der tilsyneladende ikke er klarhed om indholdet i, og som ingen præcist kan sige hvad betyder. Det må siges at være en radikal indsats af rang.

Hvad angår Monopoltilsynet, er der rejst en lang række spørgsmål. For det første ønsker jeg stadig væk at få bekræftet fra industriministerens side, at der ikke har været ført sejrtrækkende sager, der har resulteret i nedsættelse af medicinpriserne siden ændringen af monopolloven i 1983. Jeg har desuden spurgt, om man i Industriministeriet og i Monopoltilsynet har overblik over, hvad forrentningen af egenkapitalen er i de udenlandske medicinalfirmaer, som eksporterer til Danmark. Det er nemlig forudsætningen for, at man kan bruge den nuværende formulering i monopolloven til overhovedet at lave indgreb, og jeg vil igen gerne citere afgørelsen fra Monopoltilsynet af 16. december:

»Efter lovændringen er tilsynet reelt afskåret fra at gribe ind i prisfastsættelsen hos en forskende virksomhed inden for lægemiddelindustrien, hvis virksomhedens samlede indtjening ikke er urimeligt høj eller priserne helt ude af takt med de tilsvarende priser i udlandet.«

Jamen hvis man ikke kender indtjeningen hos de firmaer, betyder det så ikke, hr. industriminister, at man reelt er 100 pct. afskåret fra at gøre noget som helst ved de firmaer, som ikke er hjemmehørende i Danmark? Det må da være til at svare på.

Endelig synes jeg også, det er værd at gøre de borgerlige partier opmærksom på, at der her rent faktisk er et besparelsesforslag, som ikke vil ramme nogen grupper bortset fra medicinindustrien. Der bliver brugt over 5 mia. kr. på medicin i Danmark, og de bliver delt ca. ligeligt mellem forbrugere og det offentlige. Det er dokumenteret gang på gang, og der er ingen borgerlig ordfører, der har været i stand til at imødegå det, at disse udgifter kan nedsættes ganske voldsomt, uden at det sundhedsmæssige på nogen måde lider skade af det. Hvordan kan det

[Jørn Jespersen]

være, at man fra borgerlig side ikke er særlig interesseret i et besparelsesforslag, som ikke rammer socialt skævt? Det kunne da være en fornyelse at spare på den måde.

Så er der spørgsmålet om reklamer. Vi mangler stadig væk at få svar på, hvorfor man ikke har nyere tal end 1978 vedrørende de udenlandske medicinfirmers forbrug af midler til reklamering. Er det rigtigt, at det er på over 20 pct. af omsætningen? Er det faldet, eller er det steget siden de sidst offentliggjorte tal?

Jeg synes endvidere, det er værd at lægge mærke til, at der ikke er nogen af de borgerlige ordførere, der har beskæftiget sig med den sundhedspolitiske side af sagen, som har set på reklamernes vildledende, misinformerende indhold, bortset fra hr. Glønborg fra Kristeligt Folkeparti, som erklærede sig enig i, at der ikke var grund til at bruge penge på unødige eller misinformerende reklamer. Det opfattede jeg som en indirekte støtte til S' og SF's dagsordensforslag.

Sandheden er jo, at det i meget høj grad i dag er misinformerende og sundhedspolitisk set skadelige reklamer, som der bliver brugt penge på. Jeg vil gerne citere teksten bare fra en enkelt som eksempel. Her er der tale om et angstdæmpende middel, som bliver introduceret i Ugeskrift for Læger med følgende tekst:

»Omkring halvdelen af alle patienter, der søger læge, har nervøse lidelser med angst og spændingstilstande som dominerende symptomer. Ændringer i miljø eller arbejdsvilkår er sjældent praktisk gennemførlige. Derimod kan det ofte lykkes at hjælpe patienten med medicinsk behandling.

Serapax, som er midlets navn, har klinisk udmærket sig ved en hurtig og selektiv angsteliminerende virkning, samtidig med at det næppe påvirker arbejdskapaciteten.«

Det er jo som skræddersyet til en sundhedspolitisk skadelig, men for arbejdsgiveren meget bekvem måde at behandle problemerne på, og det offentlige betaler en stor del af udgifterne.

Til sidst vil jeg sige til Fælles Kurs, at deres dagsordensforslag er ganske ubrugeligt. Det vil kun medføre, at prisniveauet hæves, sådan at momsen bliver lagt oven i prisen, og at det offentlige kommer til at betale. Fælles Kurs er ikke uden for banen hylende og skrigende i dette tilfælde. De er både i den ene ende, hvor de er offside, og i den anden ende, hvor de laver selvmål.

(Kort bemærkning).

**Ib Jakobsen (FK):**

Det er jo en utrolig logik, ordføreren for SF har i denne sag, når han omtaler vores forslag om motiveret dagsorden. Det, vi siger, er, at det første skridt på vejen er, at vi selv skal gøre det, vi har mulighed for, nemlig at fjerne den indtjening, staten har, og som altså er en statslig profit på sygdom, vi mener er asocial, ved at fjerne momsen. Det er jo ikke rigtigt, som der bliver sagt, at det vil medføre prisstigninger, for som jeg gjorde rede for, og som det fremgår af dagsordenen, skal der sættes ind på den måde, at Monopoltilsynet igen får mulighed for at gribe ind over for de avancer, medicinalindustrien har, og det er netop det, det drejer sig om, når alt kommer til alt. Der er vel ikke uenighed mellem SF og os – det kommer i hvert fald bag på mig, hvis der er det – med hensyn til, at det er medicinalindustriens avancer, som der først og fremmest skal gribes ind over for, og for at man kan gøre det, skal der ske en ændring af monopolloven.

Vi vil gerne have, at der er andre, der ser på det end sundhedsministeren. Vi har ikke for fem flade ører tillid til den sundhedsminister, vi har, og vi tror ikke, der er nogen vilje fra den side til at forandre tingene. Men under alle omstændigheder er det på tide, at der bliver sat ind over for den profit, der er på sygdom, og det kan vi ikke se der ville blive mulighed for hverken med det dagsordensforslag, der er fremsat af De Radikale eller af S-SF. Og når de borgerlige ikke har taget ordet, må det skyldes, at vi lod vores dagsordensforslag sive her til formiddag. Vi forventer selvfølgelig, at den borgerlige regering stemmer for det, siden de ikke har gjort indsigelse imod det. Det vil så være første gang, vi har oplevet, at de har optrådt fornuftigt.

(Kort bemærkning).

**Jørn Jespersen (SF):**

Jeg tvivler ikke på Fælles Kurs' gode vilje i dette spørgsmål, men evnerne rækker altså ikke helt til. Når markedet indretter sig, som det er blevet påvist, efter, hvad forbrugerne kan betale, turde det være logik, at en fjernelse af momsen vil medføre en tilsvarende prisstigning, som bare indgår i avancerne hos medicinalindustrien og hos apotekerne. Derfor er det rigtigt,



[Jørn Jespersen]

som ordføreren for Fælles Kurs nu siger, at det, der er brug for, er, at man får en kontrol via Monopoltilsynet. Men det ligger jo netop bl.a. i S' og SF's forslag, at man på baggrund af en undersøgelse af prisdannelsesstrukturen skal fremkomme med forslag, der kan gøre medicinalvarerne billigere både for samfundet og for den enkelte bl.a. gennem en forhåndsgodkendelse af priserne. Det er ikke indeholdt i Fælles Kurs' dagsordensforslag, og desuden er der ikke nogen sundhedspolitiske overvejelser i Fælles Kurs' forslag, og derfor er det meget ringe.

(Kort bemærkning).

**Ib Jakobsen (FK):**

Hvis den tidligere taler havde hørt efter, hvad jeg sagde i mit første indlæg, ville han også have hørt, at jeg sagde, at der var store sundhedspolitiske aspekter i det, vi foreslår. Jeg sagde bl.a., at man ved at fjerne moms'en sparer amterne for 400 mio. kr., og det er midler, man kan bringe i anvendelse til bl.a. nedbringelse af ventelisterne. Det betyder, at man kan få en effektiv behandling af nogle af de lidelser, som bl.a. er tyngende, når det drejer sig om amternes udgifter til medicin. Så på den led er der altså, som jeg tidligere gav udtryk for, en rimelig og fornuftig sundhedspolitik i det, vi foreslår.

**Industriministeren (Nils Wilhjelm):**

Foranlediget af, at hr. Jørn Jespersen igen stillede spørgsmål til mig og talte om evner, vil jeg sige, at det her kniber noget, for de spørgsmål, der er stillet, har jeg faktisk allerede svaret på, ikke her i dag, men under samråd og skriftligt. Men hvis det nu måtte være glemt af hr. Jørn Jespersen, skal jeg sige, at Monopoltilsynet på basis af den indseendemulighed, de har, når det gælder den enkelte virksomhed og dens overskudsdannelse – og det er trods alt noget væsentligt – ikke har haft anledning til at føle, at der var tale om ubillige avanceforhold for så vidt angår den danske medicinalindustri på dette område. Man bliver ved med at udtale ønske om priskontrol på det enkelte produkt. Jamen så skylder hr. Jørn Jespersen os at forklare, hvad det egentlig er for et system, man tænker på, for det var jo netop det, man havde før 1983, hvor et bredt flertal i Folketinget blev enig om, at det ikke var hensigtsmæssigt, at man førte kontrollen på enkeltprodukter, fordi det jo efterlader det uafklarede spørgsmål,

hvordan man så skal få dækket udviklingsomkostningerne. Hvis man siger, at de ikke skal dækkes – og det kunne man indimellem fristes til at tro var hr. Jørn Jespersens opfattelse – er konsekvensen, at man undsiger den danske medicinalindustri. Det tror jeg næppe er hensigtsmæssigt, bl.a. set ud fra det synspunkt, at vi har en meget væsentlig nettoeksport på medicinalområdet, som trods alt har betydning for den samlede samfundsøkonomi. Det er rigtigt, at de lande, som har en effektiv, stor medicinalindustri, har en anden prisstruktur end de lande, som ikke har en medicinalindustri – det kan bekræftes igennem alle former for statistiske oplysninger – men i det billede må man også have med, hvad forudsætningerne er for at drive en medicinalindustri. Det er en lang række udviklingsomkostninger, og disse omkostninger må bæres af de produkter, som er salgbare. Jeg vil gerne bekræfte atter en gang, at prisen, som det også er fremhævet af fru Kirsten Lee, er en mere eller mindre fri markedspris, hvor disse omkostninger til udvikling må placeres på de produkter, som nu engang kan bære det. Sådan er forholdet.

Lad mig bare føje dette ene til, at vi i Danmark også har den forholdsvis interessante situation, at vi har en reeksport af medicin, altså vi importerer medicin, som eksporteres igen. Det må nødvendigvis være udtryk for, at vi i hvert fald på de områder ikke har den allerhøjeste pris, for så skulle noget sådant ikke kunne lade sig gøre. Det er et af de effektive midler, der ligger i forbindelse med udviklingen af den frie handel, som der jo trods alt gøres store bestræbelser for at fremme inden for bl.a. Fællesmarkedet. Selv om det ikke er hr. Jørn Jespersens kop te, vil jeg sige, at der her måske trods alt ligger nogle muligheder for grænseoverskridende indkøb, som kan skabe den konkurrence, som vi formodentlig kan blive enige om er hensigtsmæssig i prisdannelsen. Det er nemlig regeringens helt klare opfattelse, at det, der skal til på dette område, er effektiv konkurrence, og den kan man i høj grad opnå ved hjælp af den handelsmæssige udvikling, der sker inden for Fællesmarkedet.

(Kort bemærkning).

**Jørn Jespersen (SF):**

Nu er det i hvert fald slået fast – og jeg opfattede ministerens svar på den måde, at han også

[Jørn Jespersen]

erkender det – at der ikke er grebet ind siden 1983, og at man har ændret loven sådan, at det for de udenlandske firmaers vedkommende reelt er umuligt med den tekst, der foreligger, overhovedet at gøre noget, fordi man ikke kender den fortjeneste, som man i virkeligheden skulle gribe ind over for – og jeg kan se, ministeren nikker.

Konklusionen er altså, at de udenlandske medicinalfirmaer har fuldstændig frit slag med hensyn til, hvad de vil sælge deres medicinalvarer i Danmark til. Det var nyttigt at få at vide.

Derudover synes jeg, der er grund til at gøre opmærksom på, når ministeren nævner regulering på EF-niveau, at jeg er helt enig i, at en mere effektiv kontrol på overnationalt niveau ville kunne bidrage til en mere reel og lavere prisdannelse. Men de direktiver fra EF's side, som vi hidtil har set, og som snart kommer til behandling her i Folketinget, vil i hvert fald ikke medvirke til en bedre forbrugerbeskyttelse og til en sænkning af priserne. De er tværtimod til hinder for, at man på dansk niveau kan lave nogle effektive kontrolregler, og derfor vil de forøge firmaernes muligheder for at fastsætte deres priser helt vilkårligt. De vil ikke sikre bedre forbrugerbeskyttelse.

#### Kirsten Lee (RV):

Vi synes, det ville være naturligt, at det foreslåede udvalg ser på den offentlige godkendelsesprocedure, som Socialdemokratiet og SF er meget optaget af. Men vi skal da have vurderet, om en sådan procedure overhovedet er hensigtsmæssig, og vi ser kun sådan en procedure som et enkelt led i et mangestrengt system; der bør være mange muligheder for at påvirke priserne på medicinalvarerne. Man må f.eks. forvente, at Monopoltilsynet bliver undersøgt. Det kunne også godt være, at udvalget kunne finde på en hel masse, som ordførerne her i dag ikke har kunnet finde på.

Hvad angår priserne, har jeg prøvet at forklare hr. Jørn Jespersen, at Det Radikale Venstres mål var lavere priser på medicin, men det er et udtryk, der bør være nuanceret, og det er derfor vi har sagt lavest mulige. Jeg har svært ved at forestille mig, at der er nogen, der ønsker direkte at nedsætte priserne på de ikke-tilskudsberettigede nervemidler, for det kan man godt gå ud fra vil medføre at forbruget stiger. Det ønsker vi ikke. Hvis industrien ønsker at

slås og øge konkurrencen indbyrdes, er det fint – det kan vi ikke gøre noget ved – men vi ønsker sandelig ikke at påvirke priserne alment, f.eks. sætte priser på nervepillerne ned, så forbruget af dem stiger. Derfor udtrykket »lavest mulige«, men jeg vil gerne præcisere, at vores mål er lavere priser.

Hermed sluttede forhandlingen.

#### Afstemning

Forslag om motiveret dagsorden nr. D 33 af Torben Lund (S) og Jørn Jespersen (SF) (se foran)

forkastedes, idet 52 (S og SF) stemte for, 62 (KF, V, RV, CD, FP og KRF) imod; 4 (FK) stemte hverken for eller imod.

Forslag om motiveret dagsorden nr. D 34 af Kirsten Lee (RV) (se foran)

vedtoges med 53 stemmer (KF, V, RV, CD og KRF) mod 28 (SF og FP); 37 (S og FK) stemte hverken for eller imod.

Hermed var følgende forslag bortfaldet:

Forslag om motiveret dagsorden nr. D 35 af Ib Jakobsen (FK) (se foran).

Hermed sluttede forespørgslen.

Den næste sag på dagsordenen var:

#### 5) Forespørgsel nr. F 19:

*Forespørgsel til kultur- og kommunikationsministeren:*

»Hvordan vil regeringen placere indsatsen for kulturlivet og betalingen heraf i skyggen af landets desperate betalingsbalancesituation?«

Af Poulsgaard (FP) m.fl.

#### Begrundelse

**Poulsgaard (FP):**

Den 4. november 1986 havde vi en kulturdebat, rejst på grundlag af en forespørgsel fra Fremskridtspartiet, der lød således: »Hvilke besparelser agter ministeren at foretage på de kulturelle budgetter for finansåret 1987?« Det var en meget negativ melding, vi fik fra kulturministeren dengang: der skulle bruges stadig væk flere penge.