

[Sundhedsministeren]

udmøntning af en besparelse på finansloven, og hvis vi skal have ordentlig tid til at forberede det grundigt og ordentligt, er det vigtigt, at vi kommer i gang.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Lovforslagets overgang til anden behandling vedtoges uden afstemning.

Tredje næstformand (Lilli Gyldenkilde):

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

7) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 3:

Forslag til folketingsbeslutning om besparelser på lægemiddelområdet.

Af Birgitte Husmark (SF) m.fl.
(Fremsat 27/12 90).

Sammen med denne sag foretoges den under punkt 8 på dagsordenen opførte sag, nemlig:

8) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 6:

Forslag til folketingsbeslutning om lavere medicinpriser m.v.

Af Torben Lund (S) m.fl.
(Fremsat 10/1 91).

Forslagene sattes til forhandling.

*Forhandling***Sundhedsministeren (Ester Larsen):**

Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti har ved fremsættelsen af forslagene til folketingsbeslutning ønsket, at Folketinget pålægger mig at fremsætte en række lovforslag med det formål at opnå besparelser på lægemiddelområdet.

Jeg tror ikke, at nogen vil være uenig i målsætningen i de fremsatte forslag. Alle, såvel forbrugere som det offentlige, er interesseret i besparelser på udgifterne til lægemidler. Det afgørende er imidlertid valget af de midler, der skal føre til nedbringelse af udgifterne.

Medicinpriserne i Danmark har ved flere lejligheder været genstand for drøftelser i Folketinget. Disse drøftelser har som oftest taget sigte på en reduktion af priserne, bl.a. ved anvendelse af forstærket offentlig priskontrol. I de aktuelle forslag foreslås ligefrem offentlig prisfastsættelse på medicin.

Regeringen har en grundlæggende negativ holdning til offentlige indgreb i prisdannelsen såvel generelt som inden for en bestemt sektor, f.eks. medicinområdet. Frem for bureaukratiske prisindgreb må indsatsen rettes mod gennemførelse af foranstaltninger, som kan fremme en virksom og effektiv konkurrence. Denne filosofi er bl.a. kommet til udtryk i den nye konkurrencelovgivning, som blev vedtaget med et meget bredt flertal i dette Ting og trådte i kraft for blot et års tid siden.

Under Tingets forhandlinger om konkurrenceloven indgik også spørgsmålet om regulering af priser på forsknings- og udviklingsintensive produktionsområder som bl.a. medicinalindustrien. Resultatet blev som bekendt, at konkurrenceloven viderefører de særlige bestemmelser, som gør det muligt for virksomheder på disse områder at dække forsknings- og udviklingsomkostninger over priserne på de produkter, hvor dette er muligt rent markedsmæssigt. Det er karakteristisk for netop medicinalindustrien, at en stigende del af værditilvæksten anvendes til og er betinget af forsknings- og udviklingsaktiviteter, og Folketinget har ved vedtagelsen af konkurrenceloven sat dette erhvervspolitiske hensyn højere end muligheden for at kunne foretage priskontrol og prisindgreb over for de enkelte produkter.

Det er imidlertid vigtigt at understrege, at man ikke derved totalt har fraskrevet sig indgrebsmuligheder. Der kan fortsat gribes ind, dersom den samlede indtjening i en virksomhed eller en branche antager et omfang, som klart er urimeligt stort sammenlignet med øvrige erhverv.

Konkurrencerådet og tidligere Monopoltilsynet har ikke hidtil fundet, at der er en markant højere indtjening i medicinalindustrien, som gør det påkrævet at gribe ind.

Såfremt beslutningsforslaget fra SF om sygehusapoteker skal tages helt bogstaveligt, så sygehusene får mulighed for at kunne indkøbe lægemidler direkte fra grossister, importører og producenter og altså uden om apotekerne, er

[Sundhedsministeren]

regeringen imod forslaget af rent sundhedsfaglige grunde. I så fald er der jo tale om, at man ophæver apoteksforbeholdet for lægemidler, og jeg tror egentlig ikke, at det er det, forslagsstillerne har tænkt sig. Mon ikke snarere hensigten har været, at sygehusapotekerne skal kunne indkøbe lægemidler direkte fra producent og importør? En sådan ordning er ikke mulig efter de gældende privatretlige brancheaftaler.

Som nævnt forhandler Konkurrencerådet med branchen om ophævelse af disse aftaler. Lykkes det ikke for Konkurrencerådet at få aftalerne ophævet, vil regeringen på ny overveje spørgsmålet. Regeringen har ligeledes overvejet, hvorvidt der skulle gennemføres en liberalisering af reglerne om sygehusapotekerne, herunder såvel reglerne om oprettelse af sygehusapoteker og sygehusapoteksfilialer som reglerne om deres leverance- og produktionsmuligheder. Sygehusapotekerne udgør imidlertid en del af det samlede distributionssystem for lægemidler og dermed en del af det økonomiske grundlag for hele apotekssystemet, og sygehusleverancerne fra de private apoteker bidrager således til at opretholde dækningen med apoteker over hele landet.

I Sundhedsministeriet overvejer vi for tiden rammerne for organisationen af det fremtidige apotekssystem. I disse overvejelser indgår bl.a., hvorvidt sygehusleverancer, håndkøbsmedicin og de veterinære lægemidler skal kunne distribueres ved siden af apotekerne. Men man skal i den forbindelse være opmærksom på, at disse tre områder udgør en femtedel af apotekernes samlede bruttoomsætning. Såfremt alle tre områder skulle blive frigivet til alternative distributionssystemer, vil det have alvorlige konsekvenser for det apotekssystem, som vi kender i dag. Hvorvidt der skal ske en frigivelse af et eller flere af de tre områder, er der selvsagt ikke taget stilling til på nuværende tidspunkt, og derfor finder regeringen det ret uheldigt, hvis man gennem en liberalisering af sygehusleverancerne på nuværende tidspunkt foregriber begivenhedernes gang.

Som det formentlig er Folketinget bekendt, har regeringen og Amtsrådsforeningen drøftet indgåelse af en aftale om forskellige initiativer på medicinområdet til afløsning af 800 kr.-reglen, som blev ophævet den 1. januar 1991. I aftalen indgår bl.a. et forslag om at lempe regler-

ne for oprettelse af sygehusapoteker. Regeringen afventer for øjeblikket en endelig tilbagemelding fra Amtsrådsforeningen, og derfor ønsker den ikke på nuværende tidspunkt at tage endelig stilling til en ændring af reglerne om sygehusapotekerne, men finder, at dette spørgsmål må indgå i de videre overvejelser på medicinområdet.

Det foreslås, at der indføres adgang til generisk ordination. Herved kan den enkelte læge bestemme, om et ordineret præparat kan erstattes af et ligeværdigt, billigere lægemiddel. Denne form for ordinations- og udleveringspraksis er indført i en række europæiske lande og i USA i lidt varierede udformninger. Som udgangspunkt er jeg positivt indstillet over for en ordning med generisk ordination, men såfremt man vælger at indføre denne mulighed, vil jeg imidlertid godt understrege, at jeg finder det ganske afgørende af hensyn til ordningens succes, at den tilrettelægges grundigt og hensigtsmæssigt.

Under alle omstændigheder kræver ordningen, at Sundhedsstyrelsen skal gennemgå samtlige præparater med henblik på at inddele dem i grupper, og da der er tale om en frivillig ordning, er det vigtigt, hvis den skal blive en succes, at lægerne inddrages og informeres, så de har et grundlag for at kunne medvirke positivt til dens gennemførelse.

Ifølge bemærkningerne til Socialdemokratiets forslag skal bruttoavanceaftalerne mellem Sundhedsministeriet og Danmarks Apotekerforening indeholde et naturligt incitament til rationaliseringer og effektiviseringer på det enkelte apotek, og det er jeg meget enig med forslagsstillerne i. Helt i overensstemmelse hermed stiller Sundhedsministeriet ved forhandlingerne samme krav til apotekerne om rationaliseringer, som staten stiller til statslige institutioner. Incitamentet sikres yderligere ved, at apotekerne beholder de rationaliseringsgevinster, de opnår i selve den 2-årige aftaleperiode, og i forbindelse med indgåelse af en ny aftale tages der stilling til, i hvilket omfang de opnåede rationaliseringsgevinster kan beholdes i den nye periode.

Jeg er i princippet enig i, at avancen på de enkelte lægemidler bør afspejle de omkostninger, der er ved håndteringen af hvert enkelt medikament. Ved en omlægning af avancen som beskrevet i beslutningsforslaget bliver de dyrere

[Sundhedsministeren]

lægemidler billigere og de billigere lægemidler dyrere. En sådan omlægning vil fremme apotekernes interesse i at foreslå billigere lægemidler, og derfor kan dette forslag med fordel ses i sammenhæng med forslaget om at indføre generisk ordination.

Hvis avancen skal bestå af et fast kronebeløb, som SF foreslår, vil det betyde, at avancen bliver ca. 30 kr. pr. pakning. Det vil give en væsentlig fordyrelse af de billige lægemidler og en tilsvarende nedsættelse af prisen på de dyre. Det vil efter min opfattelse ikke være realistisk at basere avancen alene på et fast kronebeløb. Jeg er imidlertid tilhænger af, at det faste kronebeløb får større vægt ved avancefastsættelsen, end det har i dag.

Jeg er således ikke afvisende over for tanken om en omlægning af avancen, men ønsker at pege på, at der er en risiko for, at udbyderne af de dyreste lægemidler, der vil falde betydeligt i pris, vil sætte prisen op. Herved vil man alene opnå at få prisniveauet skruet op. Skal forslaget realiseres, er det derfor nødvendigt at tilrette tilskudssystemet således, at vi undgår en prisforhøjelse på de lægemidler, der er blevet billigere.

Jeg kan selvsagt tilslutte mig ønsket om nedsættelse af unødvendigt medicinforbrug, herunder også sove- og nervemedicin. Dette sidste område er i øvrigt prioriteret i regeringens handlingsplan, og Sundhedsstyrelsen har allerede taget visse initiativer. Jeg vil dog godt minde om, at Danmark internationalt set har et lavt medicinforbrug pr. indbygger. Gennem lægemiddelkomiteernes arbejde, ikke mindst på sygehuse, er det lykkedes at påvirke ordinationsvanerne således, at der i dag i højere grad bruges den billigst mulige effektive medicin.

Forslaget om igangsættelse af et udvalgsarbejde er ifølge bemærkningerne bl.a. baseret på nogle af de erfaringer, der er indhentet ved forsøg, som amtskommunerne har gennemført, bl.a. ved de omtalte forsøg i Frederiksborg Amtskommune. Jeg ser med meget stor sympati på de intentioner, der ligger bag forslaget, men jeg tror ikke, at et udvalgsarbejde er den rigtige vej at gå. Ud over de omtalte forsøg har også en lang række andre amtskommuner vist, at der kan opnås en reduktion i medicinforbruget, hvis de praktiserende læger får en målrettet information.

Jeg mener derfor, at vi sådan set har viden nok. Vi bør derfor gøre en fælles indsats for, at denne viden i større omfang bliver udbredt til alle, der arbejder i sundhedsvæsenet, og selvfølgelig først og fremmest til lægerne. Sundhedsministeriet vil overveje, hvordan ministeriet kan medvirke til at styrke denne informationsindsats.

Jeg kan helt tilslutte mig intentionerne om en fornuftig, prisbevidst anvendelse af medicin. Det foreslås bl.a., at den mundtlige information til forbrugeren hos lægen og på apoteket om et lægemiddels virkninger og bivirkninger m.v. skal suppleres af skriftlig information. Som et resultat af EF-regler på området vil vi allerede fra 1992 kræve indlægsseddel for nye lægemidler. Kravet om indlægsseddel vil gradvis komme til at omfatte samtlige lægemidler på markedet. Indlægssedlerne vil komme til at indeholde oplysning om lægemidlernes virkning, bivirkning, anvendelse osv. Jeg finder det overflødigt herudover at producere andet materiale om de samme emner og udlevere det sammen med lægemidler.

For så vidt angår forslaget om lettilgængelige prissammenligninger skal jeg henvise til det initiativ, der er taget på Bornholm. Her husstandsomdeles i overskuelig form brochurer, hvori patienten kan læse, om der er billigere lægemidler med samme anvendelsesområde. Jeg finder initiativet på Bornholm overordentlig spændende, men effekten er, så vidt jeg er orienteret, ikke opgjort endnu.

Det er min opfattelse, at sådanne initiativer skal tages lokalt, og at lægemiddelkomiteerne er egnede fora hertil. Jeg vil derfor opfordre til, at arbejdet i lægemiddelkomiteerne styrkes. Disse komiteer er som bekendt oprettet efter en overenskomstmæssig aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Det foreslås også at gennemgå og revidere pakningsstørrelserne for de enkelte præparater. Jeg er enig med forslagsstillerne i, at det er væsentligt at sikre, at mængden af ikkeanvendt medicin nedbringes mest muligt, og ændrede pakningsstørrelser kunne være en mulighed. Jeg har derfor med interesse fulgt et forsøg på Ribe Apotek, som havde til formål at måle behovet for mindre pakningsstørrelser ved at få dispensation til at ompakke lægemidler til mindre startpakninger. I forsøgsperioden viste de

[Sundhedsministeren]

praktiserende læger sig meget lidt tilbøjelige til at benytte sig af denne mulighed. Det er dog min opfattelse, at forsøget var for spinkelt til at danne baggrund for håndfaste konklusioner, og jeg vil derfor overveje at iværksætte et tilsvarende, men langt bredere forsøg, fordi jeg finder det væsentligt at få dokumenteret et eventuelt behov, inden sagen skal drøftes med medicinalindustrien.

Som det fremgår, er der elementer i beslutningsforslagene, som regeringen er positiv over for. Der er imidlertid andre dele af forslagene, som gør, at regeringen ikke kan støtte dem.

Torben Lund (S):

Jeg synes, at man kan glæde sig over, at vi her i landet har et relativt lavt medicinforbrug. Det har vi vel af flere grunde, og jeg tror, at de to vigtigste grunde er, at en meget stor del af den medicin, der sælges her i landet, sælges efter lægeordination – altså er omfattet af receptpligt – og at vi sælger medicinen igennem et lukket distributionssystem, nemlig igennem vores apotekervæsen. Vi lægger altså vægt på, at medicinen ikke er en dagligvare, som man skal kunne købe i almindelige dagligvarebutikker.

Jeg vil godt her gøre en bemærkning om tanker, som Konkurrencerådet har været ude med. Jeg forstår, at Konkurrencerådet mener, at konkurrenceovens almindelige principper skal gælde på medicinområdet, og jeg vil godt sige, at jeg mener, Konkurrencerådet går helt galt i byen i denne sag. Det er jo helt bevidst, at vi har lavet systemet sådan på medicinområdet, at det netop ikke er underlagt almindelige konkurrencemæssige principper. Der er også nogle sundhedsmæssige aspekter, som skal tilgodeses, når vi taler om distribution af medicin, og et af de aspekter, der skal tilgodeses, er selvfølgelig, at forbruget skal være så lavt som muligt. Derfor er det fornuftigt med et lukket system. Så jeg vil godt sige til Konkurrencerådet, at jeg synes, at de skal holde fingrene væk og alene koncentrere sig om de områder, hvor det kan være sundt, at almindelige konkurrencemæssige og forretningsmæssige vilkår er gældende.

Jeg var meget glad for ministerens bemærkninger, hvis jeg ellers forstod dem rigtigt. Jeg forstod ministeren sådan, at ministeren ikke ønskede at ophæve apoteksforbeholdet for lægemidler. Hvis det er tilfældet, så vil jeg da godt have, om ministeren her vil bekræfte, at de

mange tanker, man ellers har gjort sig om liberalisering på medicinområdet, er sat på et lavere blus, sådan at vi ikke i nær fremtid kan forvente et udspil om at lægge medicinen ud i andre forretninger.

Jeg vil i øvrigt godt, når vi nu også her snakker om apoteksstruktur, sige, at vi er meget opmærksom på de nedlæggelser, man i øjeblikket foretager af apoteker. Det er tilsyneladende nogle mærkelige hensyn, der ligger bag nedlæggelse af apotekerne, og man kunne godt have en mistanke om, at det, man i virkeligheden er i gang med, er en ganske bevidst strategi, som går ud på at få sænket serviceniveauet inden for det lukkede apotekervæsen for at skabe grund for et lidt friere marked og for nogle strukturændringer.

Den strategi med at udsulte et område har regeringen jo valgt før som grundlag for at ændre på en struktur. Vi kender det fra arbejdsformidlingen, hvor man igennem mange år skar ned i bevillingerne, og til sidst kunne alle og enhver se, at arbejdsformidlingen ikke fungerede godt, og så brugte man lejligheden og den stemning, der dermed var skabt, til i videre omfang at lægge arbejdsformidlingen ud i private vikarbureauer. Jeg håber ikke, at det er den samme strategi, den samme tankegang, der ligger bag ministerens dispositioner i øjeblikket med nedlæggelse af en lang række apoteker.

Der kan også være tale om andre forbrugsdæmpende foranstaltninger. Færre ordinationer er naturligvis et godt middel, og jeg tror, at hvis vi kan få en ordentlig lægeoverenskomst på de praktiserende lægers område, så har vi også en chance for at få sænket antallet af ordinationer yderligere. Jeg vil som ministeren godt pege på lægemiddelkomitéarbejdet, som jeg mener er meget vigtigt.

Det er klart, at i det omfang det ad disse veje er muligt at nedbringe forbruget, kan man naturligvis også nedbringe sygesikringens udgifter til medicin. Men der er andre og måske også mere virkningsfulde midler til at få nedbragt sygesikringens udgifter til medicin, og her mener jeg altså ikke, at man kommer uden om at få kigget på medicinpriserne fra fabrikker og importører her i landet, som jo er uden nogen form for kontrol. Det har ministeren jo sådan set også bekræftet her fra talerstolen i dag. Og når nu man kan konstatere, at man ved at sænke medicinpriserne rent faktisk kan spare store

[Torben Lund]

beløb på medicinområdet både for sygesikringen og for patienterne, ja, så mener jeg, at den eneste, den indlysende rigtige løsning på det må være, at det offentlige er med til at sørge for, at priserne bliver sænket ved at lave en prisgodkendelsesordning. Jeg forstår faktisk ikke, at der ikke kan skabes flertal for en så indlysende sparemulighed her i Folketinget. Det må jo – i hvert fald når ministeren går imod det – være ud fra nogle tanker om, at dermed går man forretningslivet og den fri konkurrence i bedene, men her var der penge at spare på medicinområdet i stor stil.

Jeg er glad for ministerens bemærkninger vedrørende apotekeravancen. Jeg har en fornemmelse af, at vi her tænker meget ens, og her er der også penge at spare, og det samme er der omkring de generiske ordinationer.

Til gengæld vil jeg også godt gøre det klart, at Socialdemokratiet ikke under nogen omstændigheder vil acceptere forslag, hvor udgiften helt eller delvis vælted over på patienterne, altså hvor man vil spare på sygesikringsudgifterne ved at gøre det dyrere for patienterne. Jeg ved, at regeringen i øjeblikket søger at lokke Amtsrådsforeningen med nogle grove forøgelser, synes jeg, af patientbetalingerne, hvor lokkemidlet jo er, at amtskommunerne kan få lov at beholde lidt ussel mammon, hvis de vil være med til at fordyre medicinen for patienterne.

Jeg håber ikke, det lykkes at lokke Amtsrådsforeningen med på dette her, og jeg skal i hvert fald allerede nu tilkendegive, at de elementer i det aftaleudkast, der ligger imellem regeringen og Amtsrådsforeningen, som betyder, at man blot sænker medicintilskuddene og fordyrer medicinen for patienterne, vil vi afvise, og vi vil aktivt forsøge at bekæmpe deres vedtagelse her i Folketinget, uanset hvad det politiske grundlag for aftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen måtte blive.

Der er fire elementer i den aftale, som vi ikke kan acceptere. Det ene er, at man vil nedsætte tilskuddet på antibiotika til en tredjedel af det tilskud, der er i dag, altså helt ned til 25 pct. Vi kan heller ikke acceptere tanken om en overgrænse for den pris, hvorudfra tilskuddet skal beregnes. Det vil gøre det dyrere for mange patienter.

Vi kan heller ikke acceptere, at man vil lave en årlig ramme for det samlede tilskud til medicin, en ramme, som skal aftales mellem Amts-

rådsforeningen og regeringen. Man kunne sådan lidt kættersk sige, at det er de to parter, der egoistisk set begge havde en interesse i at stramme rammen så meget som muligt. Man kunne nemt her komme til at sætte ulven til at vogte fårene. Vi ser det allerede i det element, der jo indgår i aftalen om rammen for 1991, at man på forhånd har regnet med, at man kan spare 600 mio. kr. på de initiativer, der indgår i aftaleudkastet.

Man foreslår jo, at rammen for 1991 skal være 1,8 mia. kr. Ingen, der har kendskab til dette område, vil med god samvittighed kunne sige, at dermed regner man også med, at man i 1991 kan holde sig inden for rammen af de samlede sundhedsudgifter. Man vælter også her øgede udgifter over på patienterne.

Det sidste element, som vi også siger klart fra over for, er, at sundhedsministeren skulle have en bemyndigelse til at nedsætte medicintilskudssatserne med 5 procentpoints på 2 år, altså sammenlagt 20 procentpoints. Man skal være opmærksom på, at det jo altså for den medicin, hvortil man får 50 pct.s tilskud, betyder, at man skal kunne nedsætte tilskuddet med ikke mindre end 20 pct. Det er en forringelse, som vil ramme alle patienter.

Jeg tror, at hvis man gør disse ting op, så vil man konstatere, at for mange patienters vedkommende vil virkningerne af disse forslag samlet set blive værre end virkningerne af den forkætrede 800 kr.s regel.

Jeg skal slutte med at sige, at jeg håber, der er et flertal intakt her i Folketinget for at forhindre, at udgifter helt eller delvis bliver overvæltet på patienterne. Vi hørte jo meldinger under valgkampen fra Centrum-Demokraterne, fra Kristeligt Folkeparti og fra Fremskridtspartiet, som alle markerede, at man ikke kunne acceptere, at man væltede udgifter fra sygesikringen over på patienterne. Jeg håber, at disse meldinger også holder her efter valget. Og jeg har med stor glæde konstateret, at De Radikales sundhedspolitiske ordfører, fru Elisabeth Arnold, for nylig i et interview i Det Fri Aktuelt har markeret et lignende synspunkt, så jeg har da en forventning om, at vi skulle være et ganske massivt flertal i Folketinget, der kunne forhindre de medicintilskudsnedskæringer, som regeringen og Amtsrådsforeningen er i gang med at indgå aftale om.

[Torben Lund]

Med disse ord skal jeg anbefale Socialdemokratiets beslutningsforslag til vedtagelse, og jeg skal også tilkendegive, at vi kan støtte væsentlige dele af SF's beslutningsforslag.

Karen Højte Jensen (KF):

Overskriften for de to beslutningsforslag, vi her behandler, fra Socialdemokratiet og SF, er henholdsvis lavere medicinpriser og besparelser på lægemiddelområdet. Den konservative folketingsgruppe har sympati for begge disse synspunkter, men når det er sagt, må jeg understrege, at det ikke betyder, at vi uden videre kan tilslutte os de konkrete forslag, der skal sikre de overordnede mål.

Vi ønsker ikke en offentlig prisfastsættelse, men ser bestemt gerne gennemført initiativer, der vil skærpe konkurrencen i forhold til i dag, og en større konkurrence vil give lavere priser.

Jeg mener heller ikke, at vi kommer uden om at se på de monopoler, der på forskellig vis i dag er indbygget på området. Vi må overveje sygehusapotekernes rolle og muligheder, ligesom vi grundigt må vurdere fordele og ulemper ved en eventuel ophævelse af apotekernes monopol på handel med håndkøbsmedicin. Vi ved også, at landbruget gerne vil have veterinære lægemidler flyttet fra apotekerne til et alternativt distributionssystem. Men vi må vide mere om, hvordan eventuelle initiativer på disse områder vil influere på det eksisterende apotekssystem, inden vi tager eventuelle politiske beslutninger.

Vi vil alle gerne have lavere priser, og vi vil gerne have bedre service, men disse ønsker er jo ikke så lette at opfylde. Vi er rede til at liberalisere reglerne på sygehusapotekernes område, hvis der indgås en aftale mellem regeringen og amterne på hele medicinområdet.

Socialdemokratiets og SF's forslag vedrørende generisk ordination er vi tilhængere af, men en forudsætning for, at der kan opnås gode resultater, er en positiv holdning fra lægernes side, ligesom en sådan ordning også kræver en grundig information af borgerne.

Ser vi på apotekernes avance, er det naturligt vigtigt, når denne fastsættes, at indbygge incitamenter, der fremmer rationaliseringer og effektiviseringer i apoteksvæsenet. Vi er åbne for en drøftelse af principperne på dette område.

Selv om vi i Danmark har et relativt lavt medicinforbrug, som det har været sagt tidligere i dag, vil vi gerne være med til at tage initiativer, der kan give et endnu lavere forbrug, men der er ikke, som det foreslås fra SF's side, efter vores bedste vurdering behov for udvalgsarbejde. Der er god viden på området allerede, det drejer sig om at få denne viden omsat i konkrete initiativer.

Min konklusion skal være, at vi er åbne over for en række af de konkrete elementer og gerne drøfter dem i udvalget, men de to forslag som helhed er vi imod.

Anders Mølgaard (V):

Jeg tror, at alle, både forbrugere og det offentlige, er interesserede i besparelser på udgiften til lægemidler. Alt andet ville være mærkeligt. Men fordi man er enig om at anlægge en vej fra Æblekøbing til Pærekøbing, er man ikke nødvendigvis enig om, hvilke midler man skal anvende til at anlægge vejen, om det skal være brosten, asfalt, grus, eller hvad det skal være. Og det er dybest set det, debatten i dag drejer sig om.

Jeg vil kommentere forslagene ét for ét.

Først indførelsen af offentlig prisfastsættelse på medicin. Venstre har som bekendt en grundlæggende negativ holdning til offentlige indgreb i prisdannelsen både inden for medicinalindustrien og inden for andre områder.

Det burde ikke være nogen ubekendt. Planøkonomi er ikke vejen frem. Daglig avislæsning bør overbevise enhver om, at menneskeheds erfaringer med dette fatamorgana bestemt ikke er noget positivt at skrive hjem om.

Med hensyn til ophævelse af begrænsningen i sygehusenes adgang til direkte køb af medicin uden om et apotek og ophævelse af begrænsningen i adgang til at producere og levere sygehus-specifikke mediciner er kommentaren fra os, at det som bekendt ikke er muligt efter de gældende privatretlige brancheaftaler, at sygehusapoteker kan indkøbe lægemidler direkte fra importør eller producent. Men det er selvfølgelig værd at overveje mulighederne for en liberalisering af reglerne om sygehusapotekerne, og som bekendt er der allerede i Sundhedsministeriets regi overvejelser i gang vedrørende organiseringen af det fremtidige apotekssystem, det er vel alle bekendt.

[Anders Mølgaard]

Med hensyn til forslaget om indførelse af muligheden for generisk ordination er vi, som også andre har nævnt før mig, principielt positive, men vi synes, det er vigtigt, at det tilrettelægges meget grundigt og meget hensigtsmæssigt. Vi mener i Venstre, at det er uhyre vigtigt – som også Det Konservative Folkepartis ordfører har sagt – for, at den ordning skal blive nogen succes, at lægerne inddrages på et meget tidligt tidspunkt. Under alle omstændigheder kræver generisk ordination, at Sundhedsstyrelsen skal gennemgå samtlige præparater med henblik på en gruppeinddeling, hvilket heller ikke burde skabe de større problemer.

Der er også forslag om, at der indføres en omlægning af regler for apoteksavancer. Vi synes, det er principielt fornuftigt, at avancer på de enkelte lægemidler skal afspejle de omkostninger, der er ved håndtering af de enkelte lægemidler. Det lyder meget fornuftigt.

Med omlægningen af avancer som beskrevet i beslutningsforslaget bliver de dyre lægemidler billigere, og de billige lægemidler bliver dyrere. Det ville nok være fornuftigt, at de faste kronebeløb fik større vægt ved avancefastsættelsen, end de har i dag.

Med hensyn til SF's forslag om udvalgsarbejde med henblik på nedbringelse af det lægeordnede medicinforbrug finder vi ikke i Venstre, at der er et presserende behov. Vi finder, at behovet for formidlingen af den eksisterende viden måske skulle mere i fokus.

Til sidst en kommentar til Socialdemokratiets forslag om administrative foranstaltninger til at nedbringe medicinforbruget. Vi er selvfølgelig positive over for nogle konkrete forslag som f.eks. en mere dybtgående undersøgelse med hensyn til ændrede pakningsstørrelser. Der var nok behov for at kigge grundigt på det, det har man positive erfaringer med andre steder i verden.

Men omvendt finder vi ikke, at det er nødvendigt at lave en ekstra indlægsseddel, som indeholder oplysninger om virkning, bivirkninger, anmeldelser m.v. Der findes jo i forvejen normalt indlægsseddel i medicinen.

Kort og godt: Venstre er altså positive over for en række intentioner og også enkelte af de konkrete elementer, men ud fra en helhedsvurdering vil Venstre stemme imod B 3 og B 6 stillet af henholdsvis SF og Socialdemokratiet.

Birgitte Husmark (SF):

Som SF's ordfører vil jeg gerne først og fremmest give det socialdemokratiske forslag et par ord med på vejen. I SF er vi glade for, at det er kommet med også her i anden omgang. Begge forslag strandede jo på den store plandag den 22. november sidste år.

Både for Socialdemokratiets forslag og for SF's forslag er hovedpunktet jo det, der handler om en prisgodkendelsesordning. Det vil kunne give mindst – mindst – lige så store besparelser som de forslag, vi i øjeblikket hører rumsterer rundt i forhandlingerne imellem Amtsrådsforeningen og regeringen.

Socialdemokratiets forslag rummer – ud over prisgodkendelsesordningen – en liberalisering af reglerne om sygehusapoteker. Vi mener, at det kan være afbureaukratisering og dermed betyde en besparelse. Den generiske ordination – som vi også selv går ind for – er ikke så enkel, den kræver en række gennemgange af den eksisterende medicin, som det også er sagt heroppefra. Vi ønsker også en omlægning af apoteksavancerne, sådan at der sker en tilskyndelse til at sælge mindst muligt og billigst muligt også fra apotekernes side. Endelig er vi enige om, at der skal ske en begrænsning af brugen af specielt nerve- og sove medicin.

Det sidste hører jeg også sundhedsministeren være enig med os i, men hun er ikke enig i, at det kræver et nærmere udvalgsarbejde. Når vi fra SF's side – for at vende mig til vores eget forslag – har foreslået et udvalgsarbejde, så er det, fordi vi ser anvendelsen af sove- og nerve medicin som tæt sammenhængende med, hvor stort et personaleforbrug man har på mange af de institutioner, der har et højt forbrug af nerve- og sove medicin. Det kunne godt være, at det ikke var så helt enkelt at lave en omlægning, sådan at man fik det tilstrækkelige personale og dermed blev i stand til at sænke medicinforbruget, som faktisk er både overflødig og sundhedsskadeligt.

Men for at komme til det mere generelle og grunden til, at SF – og Socialdemokratiet vel også – har fremsat disse forslag, vil jeg godt henvise til det, som blev påvist både i den snart gamle betænkning nr. 1156 fra 1988 lavet af Mette Koefoed Bjørnsen-udvalget og den nye budgetanalyse på medicinområdet, som kom i sommeren 1990, og endelig Konkurrencerådets udtalelse. Fra alle tre parter er det klart beskrevet

[Birgitte Husmark]

vet, at der ikke er nogen mulighed for priskonkurrence med hensyn til medicin. Der er ikke nogen mulighed for priskontrol, som man ønsker at benytte sig af. Medicinalfirmaerne anmelder en pris, og den får de lov til at anmelde, og så er det sådan. Andet sker der ikke.

Så siger ministeren, at ministeren ved, at en stigende del af medicinalfirmaernes avance bliver anvendt til forskning. Det er jo sandt nok, at det her forskningsspørgsmål spøger. Hver gang nogen overhovedet overvejer at kritisere den indtjening, som medicinalfirmaerne har, så er der en stor jammer og klage over, at man ikke kan få lov til at holde forskningsfanen højt.

Til det kan vi kun sige, at det er beklageligvis meget vanskeligt – som det også er indrømmet af disse tre instanser – at konstatere, hvor stor en del af medicinalfirmaernes udgifter der faktisk går til forskning. Det kan simpelt hen ikke lade sig gøre at finde ud af det.

Man har lidt større chance for at kunne konstatere ude i verden uden for medicinalfirmaerne, at der bliver brugt mange penge på reklame, ikke mindst på reklame, der skal påvirke sundhedspersoner med hensyn til den receptbelagte medicin. Der bliver brugt penge til flotte byggerier, til flot indretning af disse byggerier og til repræsentation. Alle disse ting kan være godt og udmærket og er selvfølgelig også nødvendigt, hvis man skal drive en forretning, så man kan sælge nogle varer også til udlandet, det er fint og godt; men det ændrer ikke noget ved, at der ikke er en kinamands chance for at få indsigt i, hvordan pengene egentlig bliver anvendt.

Det, vi imidlertid kan konstatere også bl.a. takket være det tværministerielle udvalgs budgetanalyse på medicinområdet, er, at de danske priser ligger 30 pct. over de norske og svenske – det er vist kun de svenske, der er omtalt i den publikation – og 50 pct. over f.eks. de franske og italienske priser, og det siger os, at så må der altså være en vis luft i systemet.

Men når man går ind i den diskussion, får man at vide, at det kan man skam ikke sammenligne, fordi leveomkostningerne i nogle af de sydeuropæiske lande er så meget lavere end leveomkostningerne i Norden. Og så er det, man må ryste på hovedet og spørge: Jamen hvad har leveomkostningerne med prisdannelsen at gøre? Endnu er det ikke lykkedes at forklare mig det, men det er muligt, ministeren kan det.

En anden vinkel på dette område er de forhandlinger, der foregår for øjeblikket mellem regeringen og Amtsrådsforeningen. Her er der efter SF's mening ikke nogen som helst fornuft i, at de forslag, der er på bordet dér, mangler det overordnede, nemlig forslaget om offentlig prisfastsættelse og priskontrol, selv om man nok har nogle af de samme forslag, som findes i de to beslutningsforslag, vi behandler her. I og med at det forslag mangler i forhandlingsoplægget, som nu ligger til beslutning, giver man stadig væk medicinalfirmaerne carte blanche til at forhøje prisen, som man nu måtte finde for godt. Vi mener, at det forhandlingsoplæg, der er sivet ud til pressen, er en stor ulykke.

Problemet er så, når der ikke er ændret ved den fri prisfastsættelse for medicinalfirmaernes vedkommende, at man heller ikke har nogen garanti for, at de besparelser, som er forudsat af regeringen, og som skal komme Amtsrådsforeningen til gode, viser sig. Selv det at sige, at man nøjes med at lave et fast tilskud på en gruppe medicin, selv det at sige, at vi sænker tilskuddet på det, man kalder korttidsterapeutisk medicin, altså typisk penicillin, selv det at sige, at vi giver ministeren lov til – eller ministeren tager sig ret til – at sænke tilskuddet først med de 5 procentpoint, som vi hørte om, og senere måske med endnu 5 procentpoint, vil i første omgang gå ud over patienter, der må betale medicinprisen. Det går så ikke ud over det offentlige, men det offentlige kunne spare langt mere, hvis man gik ind for en offentlig priskontrol.

Dette forslag er jo ikke et frygteligt socialistisk strammerforslag, men det indeholder faktisk en fremgangsmåde, som findes i de skandinaviske lande, i hvert fald i Norge og Sverige, bortset fra hos os, og det findes i en lang række af EF-landene. Det vil også kunne lade sig gøre at lave en sådan prisgodkendelsesordning, som er helt åben og gennemsigtig, sådan som det kræves i henhold til EF's regler. Det er der ikke problemer i, men problemet er, om der er politisk vilje her i Danmark til at sikre, at det ikke skal være patienter og skatteydere, der skal give medicinalfirmaerne de meget store fortjenester, som de har frit spil til at sikre sig i øjeblikket.

(Kort bemærkning).

Elisabeth Arnold (RV):

Fru Birgitte Husmark stillede et spørgsmål, som jeg næsten ikke kan dy mig for at svare på.

[Elsabeth Arnold]

Fru Birgitte Husmark spurgte, hvilken sammenhæng der overhovedet var mellem lave leveomkostninger og høje medicinpriser eller lave medicinpriser, hvis man f.eks. gik til det sydlige Europa. Der er den helt oplagte sammenhæng, at produktionsprisen er betydelig lavere i de lande, hvor der er lave leveomkostninger, lavere arbejdslønninger og lavere skat. Det gælder for masser af danske medicinfabrikker, at de har filialer i både Portugal og Spanien og andre steder, hvor de kan producere medicin til en brøkdel af den pris, de skal producere den til herhjemme. Sådan er sammenhængen.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Det lyder jo som en smuk forklaring, men er der ikke også den sammenhæng, at man tager den pris, man kan få? Mig bekendt er der også en hel del fabrikater, der ikke fabrikeres her i Danmark og ikke fabrikeres på licens fra Danmark, men hvor man har præcis den samme prisforskel, sådan at den medicin, der er produceret i Italien, bliver solgt i Italien eller for den sags skyld i Frankrig til en helt anden pris end i Danmark. De eksempler kender vi vel også.

Tredje næstformand (Lilli Gyldenkilde):

Vi er vist tilbage i ordførerrækken.

Poul Nødgaard (FP):

Lad mig straks indledningsvis slå fast, at Fremskridtspartiet er stærkt interesseret i, at medicinpriserne holdes på så lavt et niveau som muligt, og der er trods alt ikke tale om småpenge, hvilket kan aflæses i Amdtsrådsforeningens og hele tre ministeriers redegørelse af maj 1990. Det fremgår, at borgerne i 1988 betalte 1,9 mia. kr. for medicin og sygesikringen et lignende beløb, hvortil så kommer 1,4 mia. kr., der anvendes i hospitalsektoren, altså i alt årligt medicinudgifter i Danmark på rundt regnet 5 mia. kr.

Lad mig derefter fremhæve, at Fremskridtspartiet fortsat er godt tilfreds med, at vi kom af med 800 kr.s reglen fra 1. januar 1991.

Om det socialdemokratiske beslutningsforslag blot den indledende kommentar, at forslaget fem punkter alle omfatter spørgsmål i relation til priserne, og Indenrigsministeriets lovbekendtgørelse af 6. august 1982 af lov om læ-

gemidler berøres således ikke af det fremsatte forslag. Der er mange veje at gå, når et udgiftsområde skal gennemgås og vurderes. Én mulighed er at overføre receptpligtig medicin til håndkøb, men dette skal efter min opfattelse ske ud fra faglige kriterier, hvor jeg vil nævne tre:

Præparatet skal have få bivirkninger, det skal have en rimelig sikker effekt, og det skal endelig være muligt for brugerne at indlede en behandling med præparatet, uden at der nødvendigvis er stillet en sikker diagnose. Tidligere erfaringer viser, at overførsel til håndkøb vil gavne prisniveauet.

Med hensyn til stigende prisbevidsthed må dette både gælde lægerne og forbrugerne af medicin. Det kræver imidlertid oplysning af høj karat, og det må blive en opgave for Sundhedsstyrelsen. På samme måde bør Sundhedsstyrelsen også via snæver kontakt med lægerne orientere disse om, at patienter altid skal tilbydes det billigste blandt ligeværdige præparater. Så egentlige folketingsbeslutninger på et sådant område burde være helt overflødige, da de implicerede parter ud fra deres samfundssind bør være interesseret i at klare en medicinsk behandling billigt muligt.

Måtte jeg nævne, at det altid bør være lægen, der har ordinationsretten, og eventuelle lempelser må tiltrædes af lægerne. Apoteket og patienten kan efter min opfattelse ikke aftale et andet præparat end det, der er ordineret, uden at lægen på forhånd har godkendt, at der sker en ændring i præparatet.

I Erhvervsbladet den 14. januar 1991, altså fra i går, udtaler formanden for Danmarks Apotekerforening, Bodil Strøh, at der på lægemiddelområdet kan spares 600-700 mio. kr. ved gennemførelse af en strategiplan, hvor et af forslagene er at reducere omkostningerne i distributionsleddet, så udsalgspriserne bliver lavere.

Det er bl.a. den vej, vi skal gå, og det kan undre, at et sådant forslag eller udspil fra apotekerens side først fremkommer nu som et led i en udtalelse fra Apotekerforeningen, der vender sig mod et frit lægemiddelmarked.

Jeg synes i høj grad, at der er grund til at kunne forvente, at sundhedsministeren i samråd med bl.a. Sundhedsstyrelsen og en række faglige organisationer gennemarbejder hele lægemiddelområdet, og jeg må have tillid til, at den ansvarlige minister ser meget kritisk på hele ud-

[Poul Nødgaard]

giftsproblematikken på medicinrådet, hvilket den nuværende vanskelige økonomiske situation i allerhøjeste grad tilsiger.

Jeg vil fremføre, at en budgetanalyse af juni 1990, der er udarbejdet af Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet, Indenrigsministeriet og Finansministeriet, anviser en række områder og muligheder for besparelser, og jeg må gå ud fra som helt givet, at sundhedsministeren i sin gennemgang af sagen gransker denne udmærkede analyse og drager de nødvendige konklusioner.

Det må fortsat være sådan, at forbrugerne og sygesikringen betaler nogenlunde ligeligt til medicin. I den forbindelse er jeg glad for at kunne nævne, at Fremskridtspartiet for et års tid siden helt fik afskaffet betaling, når det gælder insulinpatienter.

Jeg er mindre glad for at kunne konstatere, at udgifterne til nerveberoligende midler er høje, og dette kan i nogen grad have sammenhæng med den pressede økonomiske situation, som mange mennesker befinder sig i.

Fremskridtspartiet kan ikke bakke det socialdemokratiske forslag op, men vi vil afvente sundhedsministerens initiativer på dette vitale område.

Jeg har en enkelt bemærkning til SF's forslag. Fremskridtspartiet mener ikke, at det er nogen god idé, at det offentliges allerede eksisterende indsigt i priserne på medicin yderligere skal udvides hen imod statsfaste priser. Der må og kan være andre veje at gå for at opnå rimelige medicinpriser.

SF's ønsker om ophævelse af begrænsningerne i sygehusenes adgang til direkte køb af medicinalvarer uden om et apotek lyder umiddelbart interessante, men jeg savner viden fra SF om, hvorledes dette skal praktiseres. De nuværende hospitalsapoteker, der mere eller mindre er etableret af prestigemæssige grunde, kunne måske passende afvikles, og vores sygehuse kunne måske så foretage deres indkøb gennem licitationer.

Jeg tror, det ville være en god idé, om vi her i Folketinget slog koldt vand i blodet og afventede sundhedsministerens forhandlingsresultater, og jeg må således desværre som nybagt folketingsmedlem sige, at min første optræden her bliver at vende tommelfingeren nedad til begge forslag.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Til hr. Poul Nødgaards bemærkning om sygehusapoteker skal jeg lige sige, for at der ikke skal opstå myter, at det kunne godt have stået klarere, men i bemærkningerne står der, at der er tale om sygehusapoteker. Jeg kan desværre ikke glæde hr. Poul Nødgaard med at sige, at vi ikke ønsker, at indkøb fra sygehusene skal ske over apoteker. Det gør vi absolut, for vi mener, at der skal være faglig ekspertise også på det område. Der skal absolut være et apotek på sygehuset til at tage sig af det, ikke på alle sygehuse selvfølgelig, men dér, hvor det distribueres fra.

Tredje næstformand (Lilli Gyldenkilde):

Vi er tilbage i ordførerrækken.

Lis Noer Holmberg (CD):

Jeg er da ked af, hvis jeg kommer til at skuffe hr. Torben Lund, men jeg må starte med at sige, at CD ikke kan støtte de to forslag, der er til behandling her i dag. Når vi ikke kan gøre det, er der flere grunde til det. CD ønsker ikke offentlig prisfastsættelse på medicin. Det har vi tidligere sagt, og det mener vi stadig væk. Vi mener ligeledes, at ordination af medicin må være lægens opgave og alene lægens ansvar. Det har vi også tidligere nævnt, og det mener vi stadig væk.

Vi ved, at regeringen forhandler med Amtsrådsforeningen, og at regeringen kommer med et udspil på et tidspunkt, og selvfølgelig vil CD være med til at finde besparelser. Jeg synes, det er dejligt at høre, at der er bred enighed herinde i Folketinget om, at der skal findes besparelser på dette område, og at der skal ske en omlægning, men vi vil meget nødig være med til at genere medicinalindustrien og dens mulighed for forskning.

Der er mange løsninger, man kan slå ind på. Jeg finder det f.eks. lidt molboagtigt, når der er moms på receptpligtig medicin, altså en afgift på 22 pct., at man så bagefter giver tilskud til medicinens udsalgspris, altså giver vi tilskud til momsen. Her må der kunne laves nogle beregninger, og det vil vi gerne have gjort. Vi ved, at man i andre lande som f.eks. England, Sverige, Schweiz og Portugal ingen moms har på medicin. I Tyskland har man 14 pct. moms og i Belgien 6 pct., så lad os se på det.

[Lis Noer Holmberg]

Desuden finder vi det meget vigtigt, at der ændres på medicinpakningerne. Det er der flere der har været inde på. Vi kender alle den situation, at vi har brug for 10 piller, men er tvunget til at købe 100, og resten, de 90, kan vi så have ulejlighed med at bære tilbage til apoteket.

Vi afventer som sagt regeringens udspil og vil forsøge at få nogle af vore tanker ind i forhandlingerne om hele dette område, men jeg kan berolige hr. Torben Lund med, at vi vil ikke være med til ordninger, der rammer de kronisk syge og de grupper, der virkelig har brug for medicin. Vi er også enige i, at der må ske et eller andet omkring hele forbruget af nervemedicin og sove medicin især på vores institutioner. Min kollega fru Mimi Jakobsen har i sin tid som socialminister været ude med, at det var bedre at give dem en snaps end at give dem sovepille eller nervepille, og det kunne vi jo så eventuelt gøre, men vi vil selvfølgelig se positivt på det under udvalgsarbejdet.

Elisabeth Arnold (RV):

Disse to beslutningsforslag har elementer, der minder om hinanden, og jeg vil først komme med nogle generelle bemærkninger til de to beslutningsforslag.

Til Socialdemokratiets forslag, nr. B 6, vil jeg sige, at noget af det er ganske munter læsning. Jeg vil sige, at øverst i anden spalte på side 2 står der en bemærkning, som kunne være en reklametekst for et medicinsk præparat. Der står: »Beslutningsforslaget indeholder absolut virkningsfulde foranstaltninger.« Man må så håbe, at det virkelig er rigtigt, og man må ikke håbe, at det er falsk reklame mod håraffald eller anden dårlighed. Men det er meget optimistisk, at Socialdemokratiet på denne måde mener, at der er absolut virkningsfulde foranstaltninger med i deres beslutningsforslag. Det er jeg for så vidt ikke uenig i, desværre er det sådan, at nogle af de ting, der er absolut virkningsfulde, ikke lader sig gennemføre, i hvert fald ikke med vores medvirken.

Men for nu ikke at fortabe mig i alt for mange vittigheder vil jeg sige, at jeg vil gerne rose både SF og S for deres forslag, fordi de jo erkender, at vi har et dyrt distributionssystem og et dyrt medicinsystem i Danmark. Det har vi, fordi vi bl.a. opretholder receptpligt for livsnødvendig eller for bivirkningsbefængt medicin, og det

skal vi blive ved med, og det er jeg enig med Socialdemokraterne i at vi skal, og det er kostbart. På den måde opretholder vi altså nogle ganske høje medicinpriser, og det er der ikke noget at gøre ved. Det må vi så prøve på anden måde at kompensere patienterne for.

Desuden ønsker også forslagsstillerne, at vi opretholder en god apoteksdækning også i de tyndere befolkede egne af landet, og at vi opretholder en god faglig service på apotekerne.

Det er vi fra radikal side også enige i, men det er også kostbart. Det er højt uddannede folk, det er velfungerende miljøer, der skal være god service og god oplysning til patienterne. Det koster også penge, dvs. der er grænser for, hvor mange steder vi kan spare, hvis vi samtidig vil opretholde den gode dækning og den gode service og den gode beskyttelse af patienterne, vi alle sammen gerne vil have.

Om de forskellige elementer: Jeg vil også gerne sige en enkelt ting, der står i SF's forslag, og det er, at udgifterne til lægemidler er steget voldsomt, først og fremmest på grund af prisstigninger og omlægninger af forbruget til dyre præparater. Det vil jeg gerne knytte den bemærkning til, at vi i Danmark er meget langt fremme, hver gang der er nye præparater på verdensmarkedet. Den danske lægestand er hurtigt ude, de er internationalt velorienteret, og de er hurtigt med, når der er nye præparater, som kommer frem, hvor de skal erstatte gamle med bivirkninger eller gamle med dårlig virkning. Så kommer nye præparater, som altid er dyrere, for lige præcis i den fase, hvor nye præparater kommer ud, er de dyre, for det er på dem, forskningspengene skal tjenes ind i den første fase af præparatets levetid.

I den forbindelse vil jeg gerne spørge Socialdemokraterne, hvad de mener med den sætning i bemærkningerne: »Forslagsstillerne er indstillet på at yde den forskende medicinalindustri en reel beskyttelsesperiode for originalpræparater på 10 år.« Ja tak! Efter hvornår? 10 år efter markedsføringstidspunktet, 10 år efter markedsføringstidspunktet i det første land eller i det sidste land eller hvornår efter patentets normale udløb? Det synes jeg nok kunne trænge til en uddybning. Det ville være spændende, hvis vi kunne få en debat om en længere beskyttelsestid for originalpræparater.

Om de enkelte elementer i de to beslutningsforslag vil jeg sige, at der er noget af det, som vi

[Ellsabeth Arnold]

helt uden forbehold kan støtte, men vi er klar over, at det rammer selvfølgelig nogle dele af vores medicindistributionssystem, hvad vi må gøre op med os selv om vi vil acceptere. F.eks. er der forslaget om, at man skal kunne lave såkaldt generisk ordination. Det vil forskubbe forbruget fra dyrere til billigere ligeværdige præparater, og det vil betyde, at producenter, originalproducenter af gamle præparater, vil få et lavere salg og altså vil få et tab. Det må vi acceptere.

Forslaget om omlægning af reglerne for apotekeravancer vil kunne betyde ændringer for både distributørerne, for apotekerne og også for patienterne. Jeg vil gerne sige til hr. Torben Lund, at jeg er enig i, at vi ikke skal lægge alle besparelserne over på patienterne, men jeg vil gerne acceptere, at billige præparater, meget billige præparater, kan komme op på et højere niveau. Der var f.eks. i pressen et regneeksempel, hvor et præparat, der hidtil havde kostet 6 kr., ville komme op på en pris på 24 kr.

Der er nogle af de gamle antibiotikapreparater, som er fantastisk billige, og hvor distributionsomkostningerne og udleveringsomkostningerne fra apoteket jo faktisk er betydelig større end produktionsomkostningen for selve præparatet. Så dér ville en prisforhøjelse ikke være til nogen helbredsskade for befolkningen.

Så var der forslaget om liberalisering, en såkaldt liberalisering, af reglerne for sygehusapoteker og filialer. Det er pudsigt, at man holder fast i begrebet liberalisering her, for liberalisering består jo i, at man fjerner, udhuler eller opløser et monopol, som haves af en privat organisation, og giver mulighed for offentlig deltagelse i det monopol. Det er altså ikke en liberalisering i gængs forstand, men en opløsning af monopol, sådan at en offentlig virksomhed, nemlig et sygehusapotek, kan gå ind og deltage i monopol. Så man skal lige gøre sig klart, hvad det er, man forstår ved liberalisering. Det er jo ikke det klassiske begreb liberalisering, vi taler om her.

Om de foreslåede ændringer for sygehusapoteker vil jeg sige, at det er sikkert en udmærket idé, og vi kan også fra radikal side gå med til at diskutere, hvordan man skal liberalisere vedrørende sygehusapotekerne, men der bliver nogle effekter også for de mindre apoteker.

Hvis man f.eks. liberaliserer sygehusapotekernes handlemåde meget, kan det gå ud over

små apoteker i det område, hvor sygehusapoteket ligger. Hvis man liberaliserer voldsomt, kan man godt nedlægge hvert eneste apotek på f.eks. Fyn, men det skal vi nok ikke gøre.

Man kan også forestille sig, det er set i andre lande, at sygehusapotekerne får tilladelse til at handle direkte med producenterne. Det kan man få meget, meget lave priser og store besparelser ud af, men det kan også betyde, at store virksomheder, store internationale fabrikker, laver kæmperabatter som særlige tilbud til apotekerne. Det betyder, at de kan underbyde mindre producenter. Der er set skræmmende eksempler herpå fra Finland, hvor man har haft priser til sygehusapoteker, der har været nede på 10 pct. – altså rabatter på 90 pct. i forhold til den normale pris – for at det pågældende firma skulle kunne sætte sig på leverancen til det pågældende sygehusapotek.

Den slags bivirkninger ved de indgreb, vi gør her, skal vi selvfølgelig have for øje, når vi skal diskutere de besparelsesforslag, som også vi er indstillet på at medvirke til, når ministeren kommer med sine forslag udsprunget af Amtsrådsforeningens aftale. Vi er meget spændt på, hvordan det ender med disse spareforslag. Vi tror, der kan hentes en del.

Vi skal bare nøje gøre os klart, hvad det er for virkninger, vi får, både for producenter af originalpræparater, for producenter af kopipreparater, for gamle producenter og for apoteksledet, hvis vi stadig væk vil opretholde et dyrt, effektivt og fagligt forsvarligt system og samtidig undgå, at patienterne får en urimelig forhøjelse af deres medicinudgifter.

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Jeg synes, der er grund til at takke begge partier for de beslutningsforslag, de er kommet med, ikke fordi vi agter at støtte dem fuldt ud, men fordi de giver anledning til den debat, vi har haft i dag, og til, at vi nu i udvalget kan følge mange af de ting op og få dem undersøgt.

Det er da helt væsentligt, når vi taler om besparelser på medicinområdet, om, at medicin skal gøres billigere, at det ikke må gå ud over de syge. Det er rigtigt, som hr. Torben Lund sagde, at der i valgkampen nok er sagt mange ord om disse ting. Det er væsentligt, at vi ikke kommer i en situation, som vi gjorde med 800 kr.s reglen. Det, der var problemet dér, var egentlig ikke, at medicinen var dyrere, men at man på én gang

[Inger Stilling Pedersen]

skulle af med meget store beløb, hvad mange mennesker ikke havde. Det synes jeg var det værste ved den ordning. Men den er jo heldigvis væk nu, og så skal man prøve, om man kan finde andre ting, og det er igen et finanslovforslag, der kommer til at ligge til grund for det.

Fra Kristeligt Folkepartis side finder vi det meget væsentligt, at alle får mulighed for at få en medicin, de har brug for, så billigt som muligt. Jeg synes, det er meget væsentligt at se på, hvem der er medicinforbrugere herhjemme, for det er jo nogle bestemte kategorier, først og fremmest børnefamilierne og de ældre, og der er måske også visse tidspunkter, hvor kvinderne har et større medicinforbrug. Der er jo mange mennesker, der så at sige aldrig kommer af med en krone til medicin. Det vil sige, at udgifterne her er ulige fordelt på befolkningen.

Derfor kan man spørge, om det er rimeligt, at de syge, når man er så uheldig at være syg, skal bære en stor del af disse udgifter. Eller hvor meget kan man belaste det at være syg? Det betyder måske også tabt arbejdsfortjeneste og en masse andre udgifter. Det er derfor, vi vel alle sammen, uanset hvilket parti vi kommer fra, siger: Vi må tage hensyn til de syge, det er ikke dem, der skal betale ekstraudgifterne. Det er netop grunden til, at vi har disse to forslag i dag, for man må jo se på, hvordan man så kan reducere udgifterne til medicin.

Jeg tror, at det var langt bedre, om vi ikke brugte nær så mange penge til medicin, men til så meget andet. Her tænker jeg mest på, hvad også fru Birgitte Husmark var inde på, at man får medicin erstattet af mennesker, at lægerne får tid til ikke bare at give nogle tabletter, der behandler nogle symptomer, men trænger ind og finder årsagen til, at man er syg. Jeg ved fra mange yngre læger, at mange af dem er meget bevidst omkring disse ting og ikke ordinerer så meget medicin, som man gjorde før i tiden. Da var det ikke ualmindeligt, at man udskrev folk fra hospital med en eller anden ordinerings, og den fortsatte man med i årevis, uden at der blev lavet om på den. Der sker jo ofte det ved indlæggelser, at det, man starter med, er at tage medicinen fra de patienter, der kommer, for at finde ud af, hvor lidt man kan nøjes med.

Jeg tror, det er meget væsentligt, at vi på medicinrådet får fat i lægerne og får dem gjort bevidste om billige præparater, og vi ser gerne, at lægen kan ordinere et præparat, men får mu-

lighed for at skrive, at man også kan give et billigere kopipræparat.

Vi tror også, at det er meget vigtigt, at lægen kan udskrive mindre portioner medicin. Det kan godt være, problemet ikke er så stort, men jeg ved i hvert fald fra dødsfald og andet, hvor man går på apoteket med det, der er tilbage af medicin, at der ofte står ret store mængder. Det kan måske være, fordi man har fået ordineret et præparat, man ikke kunne tåle, og allerede efter nogle få dages forløb får et nyt præparat i en stor mængde. Der kunne man godt forestille sig, at man, indtil man vidste, om man kunne tåle præparatet, fik mindre pakninger. Det kan godt være, at det ville fordyre det en smule, men man ville i hvert fald ikke få det store spild af ressourcer, det er, at man bare må smide det ud bagefter.

Fra Kristeligt Folkepartis side finder vi det meget væsentligt, at man på alle områder ser på, hvordan man kan nedbringe medicinpriserne. Jeg kan egentlig ikke rigtig lide den tanke herhjemme, at vi for at opretholde store eksportpriser skal have høje hjemmepriser. Det lægges der jo ikke skjul på fra medicinalindustriens side. Dette og forskning er de ting, der kommer frem. Her ville det være rart at få en prissammenligning med det øvrige Europa, med EF, sådan at man måske kunne finde frem til gennemsnitspriser, for det er klart, at produktionsomkostningerne er forskellige i forskellige lande. Men man kunne måske godt ved forhandlinger finde ud af at reducere priserne.

Jeg vil også sige, at fra Kristeligt Folkepartis side finder vi det væsentligt, selv om det er lidt dyrere, at man sikrer apotekersystemet så godt, som det nu kan lade sig gøre. Vi ved jo, at der findes håndkøbsudsalg, men de er alligevel i de fleste forretninger indrettet særskilt og er under en vis opsigt. Jeg er personligt ikke ret meget tilhænger af, at man frit skal kunne gå ind og købe al medicin. Jeg tror, at det vil øge forbruget og lettere stimulere til, at man tager sig lige en tablet eller to, og så er man hurtigt ude over tingene.

Det, der er meget væsentligt, er, at man ikke behandler symptomer, men at man får klarlagt årsagerne til problemerne. Det kunne jeg godt tænke mig at vi lagde meget, meget større vægt på fremover, selv om det så ville koste lidt mere.

Så vi forventer at få en god debat. Nu er der forhandlet og sagt meget omkring det papir om

[Inger Stilling Pedersen]

forhandlingerne med Amtsrådsforeningen, som nogle ikke har set og andre har set. Jeg har selvfølgelig også set det og kan da godt sige her, at jeg finder også, at man skal være meget forsigtig med at reducere tilskud, men der kan selvfølgelig være nogle præparater, som det også er sagt, der er urimelig billige i forhold til, hvad de egentlig burde koste, men det er en helt anden snak. Men når man f.eks. taler generelt om penicillin, er vi også meget skeptiske, og det er vi, fordi det er præparater, der ofte bruges af børnefamilier. De er storforbrugere af dem, hvorimod jeg ikke kan huske, hvornår jeg sidst har set det præparat. Og sådan er der altså ting, som man må have med ind i drøftelserne.

Derfor tror jeg, at vi i udvalget på baggrund af disse to forslag kan få en positiv drøftelse, og jeg kender også ministeren så godt, at jeg ved, at ministeren sikkert vil gå positivt ind i det og være med til, at vi får en saglig drøftelse og kan finde frem til resultater.

For det er jo fremgået af debatten i dag, at vi har nøjagtig samme intentioner alle sammen, uanset hvad vi har fremført, nemlig at medicinforbruget skal ned, og at det ikke må være for dyrt at være syg. Der kan man så tale om solidaritet med den gruppe, som bliver syge; det bliver vi måske også selv, hvis vi bliver gamle nok i hvert fald.

Vi vil derfor gå positivt ind i udvalgsbehandlingen uden at give tilsagn om, at vi vil støtte de to forslag.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslagenes overgang til anden (sidste) behandling vedtoges uden afstemning.

Formanden:

Jeg foreslår, at forslagene til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

9) Første behandling af lovforslag nr. L 17:

Forslag til lov om ændring af lov om Danmarks Erhvervsfond.

Af industriministeren (Anne Birgitte Lundholt).

(Fremsat 27/12 90).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Bjørn Westh (S):

I det socialdemokratiske udspil til en mere aktiv erhvervs politik pegede vi før folketingsvalget på, at det var nødvendigt med en eksportkreditordning for Central- og Østeuropa på 5 mia. kr. Dette forslag lever op til den forhåbning eller det ønske, vi havde dengang, og på den måde er det i orden.

Vi bemærker, at man tager de 5 mia. kr., garantibeløbet, fra de midler, der er afsat i øvrigt, og det gør ikke så meget i øjeblikket, forstår vi, fordi rammen ikke er udnyttet. Men hvis vi efter det her kommer op på en udnyttelse af de ordinære midler, havde jeg nær sagt, der nærmer sig maksimumbeløbet på 45 mia. kr., så synes jeg, vi skal diskutere det igen, for det skulle jo nødigt gå ud over erhvervsfremme generelt. Vi er usikre på, om det det første år i hvert fald koster slet så meget, som ministeren har anslået, inden ordningen kommer i gang, inden der bliver sager, inden der bliver konstateret noget, så vi ved ikke, om det er nødvendigt i første omgang at regne med så store beløb.

Vi skal jo tænke på den udvikling, der er i Østeuropa og i Sovjetunionen, og vi er helt enige i de udtalelser, der er kommet fra EF's udenrigsministre. Det må vi også have liggende i baghovedet, når vi skal administrere denne lov, men vi vil jo gerne støtte alle de tiltag, der kan hjælpe på en positiv udvikling i de områder, ikke mindst i de baltiske lande.

Jeg kunne godt tænke mig at spørge ministeren, hvad der nu skal ske med det særlige statshandelsudvalg, efterhånden som vi får mere normaliserede forhold i Østeuropa. Skal det udvalg fortsat eksistere på den måde, det gør nu? Jeg håber, at dette lovforslag kan give anledning til en bedre fremtidig erhvervs politisk diskussion med ministeren, og at ministeren vil være mere fleksibel og høre efter os andre.

I den forbindelse vil jeg ikke undlade at komme med en bemærkning om, at da vi drøftede