

[Kaj Poulsen]

forventes fem af den slags sygdomme. Alligevel har man ikke behandlet dette videnskabeligt, så man kunne få fastslået, om disse mennesker havde fået en arbejdsskade på Thule.

Jeg synes faktisk, at der i den undersøgelse, vi her har fået, ligger oplysninger, som må kunne få Folketinget til at tage fat på, at vi får foretaget en undersøgelse, der én gang for alle fastslår, at der altså er nogle mennesker, som har været udsat for en bestråling af radioaktive stoffer på Thule i 1968. Ifølge de rapporter, vi har fået, er der redegjort for 4-5 kg plutonium, men de sidste 12 kg, der var i flyveren, er der ikke redegjort for.

Vi har også konstateret, at selv om Sundhedsstyrelsen tidligere har været meget aktiv for at få at vide fra de amerikanske myndigheder, hvad der kunne forårsage forgiftninger osv. i området, hvor stor en mængde af det ene og det andet kemikalie der har været, har vi ikke kunnet få oplysninger herom. Det vanskeliggør naturligvis en videnskabelig undersøgelse, men vi ved, at der har været plutonium i området, og vi ved, at der er forsvundet 16 kg.

I 1968, da man havde opryddningsperioden, sendte man folk ud på isen for at rydde op. De blev undersøgt, da de kom ind, og nogle af dem fik børstet deres klæder, så geigertællerne ikke tikkede mere. En del fik taget næseslimprøver for at undersøge, om de havde indåndet plutonium, og de blev så sendt hjem og fik aldrig at vide, om man havde fundet plutonium i deres næseslimprøver.

Jeg har her et brev fra Arbejdsmedicinsk Klinik vedrørende den lige nævnte undersøgelse til en Carlo Christian Wandmose i Nørresundby. Heraf fremgår det:

»Som jeg har orienteret dig om, fik en del af de ansatte på Thule foretaget næsesekretprøver med henblik på undersøgelse for radioaktivt materiale. Jeg har fået besked om, at du også fik foretaget sådan en prøve den 22.2.1968, og i den prøve blev der fundet en ganske lille mængde radioaktivitet som udtryk for, at du har været udsat for radioaktivt materiale.«

Altså man tog en prøve. Resultatet fik Carlo Wandmose ikke besked på før den 5. januar 1990. Han døde af kræft 13 måneder senere. Hvor lang tid vil Folketinget finde sig i, at vi behandler den danske befolkning på den måde og ikke søger for, at vi får en undersøgelse i

gang, så de mennesker kan få en vished for, om de i deres arbejde har været udsat for noget?

Så er vi inde på sammenligningsproblemerne. Der er ingen tvivl om, at der er en overdødelighed på 40 pct. i forhold til den øvrige befolkning blandt disse mennesker. Der er heller ingen tvivl om, at der er en canceroverhyppighed på 50 pct. i forhold til den øvrige befolkning.

Men det vil man ikke ret gerne sammenligne med, og derfor går man ind og tager en gruppe før og efter. Fint nok, men man bør tage udgangspunkt i, at samtlige de mennesker, der har været ansat på Thule Airbase i den periode, skulle gennemgå en helbredsundersøgelse for at blive ansat deroppe, og man må derfor antage, at disse mennesker har haft et bedre helbred end den øvrige befolkning, inden de tog derop. Alligevel kan vi konstatere en overhyppighed både af dødelighed og af cancer.

Jeg vil opfordre til, at nogle af disse spørgsmål bliver verificeret for Folketingets medlemmer og partierne, når sagen nu går i udvalg, og jeg vil udtale håbet om, at vi kan få vendt stemningen, sådan at vi kan få iværksat den undersøgelse, som videnskabsmænd faktisk i 1988 beskrev udførelsen af, men som af en eller anden årsag blev stoppet. Jeg håber, at vi under udvalgsarbejdet virkelig kan få en dokumentation frem, der vil få Folketingets partier til at sige: Lad os så komme i gang med den undersøgelse!

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

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

Formanden:

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

Den sidste sag på dagsordenen var:

6) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 82:

Forslag til folketingsbeslutning om kontrol med medicinpriser.

Af Torben Lund (S) m.fl.

(Fremsat 7/4 92).

Lovforslaget sættes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

Jeg tror ikke, nogen er uenige i målsætningen i det foreliggende forslag. Såvel det offentlige som forbrugerne er interesseret i nedsættelse af udgifter til lægemidler. Det afgørende er imidlertid valget af de midler, der kan bringe udgifterne ned.

Medicinpriser i Danmark har ved flere tidligere lejligheder været genstand for drøftelser i Folketinget. Disse drøftelser har som oftest taget sigte på en reduktion af priserne under anvendelse af bl.a. en forstærket offentlig pris-kontrol, og det forslag, der foreligger nu, har da også været behandlet i Folketinget tidligere.

Frem for bureaukratiske prisindgreb må indsatsen efter regeringens opfattelse rettes mod gennemførelse af foranstaltninger, som kan fremme en virksom og effektiv konkurrence i alle dele af det økonomiske system.

Denne filosofi er bl.a. kommet til udtryk i konkurrenceloven, som blev vedtaget med et meget bredt flertal i Folketinget i 1989. Konkurrenceloven har det generelle erhvervspolitiske sigte at fremme konkurrencen og dermed styrke effektiviteten i produktion og omsætning. Loven giver under visse forudsætninger mulighed for direkte indgreb i priser og forretningsbetingelser m.v., men prisindgrebet er underordnet lovens øvrige virkemidler herunder andre former for indgreb.

Under Tingets forhandlinger om konkurrenceloven indgik også spørgsmålet om regulering af priser på forsknings- og udviklingsintensive produktionsområder, og hertil hører bl.a. medicinalindustrien. Resultatet blev som bekendt, at konkurrenceloven viderefører de særlige bestemmelser, som gør det muligt for virksomheder på disse områder at inddække forsknings- og udviklingsomkostningerne over priserne på de produkter, hvor konkurrencen gør det muligt.

Det er karakteristisk for netop medicinalindustrien, at en stigende del af værditilvæksten

anvendes til og er betinget af forsknings- og udviklingsindsatsen, og Folketinget har med vedtagelsen af konkurrenceloven sat dette erhvervspolitiske hensyn højere end muligheden for at foretage prisindgreb over for de enkelte produkter.

Men man har dog ikke totalt fraskrevet sig indgrebsmuligheder; der kan fortsat gribes ind, dersom den samlede indtjening i en virksomhed eller i en branche antager et omfang, der er klart urimeligt.

Hertil kommer, at vi på EF-niveau har konkurrenceregler, som også indeholder bestemmelse om misbrug af en dominerende stilling.

Siden Folketinget for godt et år siden behandlede medicinområdet, er der sket en væsentlig udvikling på området, og det danske lægemiddelmarked er i disse år undergivet en afgørende ændring af konkurrenceforholdene. Alle konkurrencebegrænsende aftaler vedrørende grossistdistribution er blevet ophævet pr. 1. oktober 1991. Der er skabt basis for pris-konkurrence grossisterne imellem over for såvel producenter og importører som over for apotekerne. Der er fremlagt forskellige tanker om liberalisering af apoteksvæsenet – tanker, som, når de bliver realiseret, også vil påvirke markedet.

Fra begyndelsen af 1991 er en række virksomheder begyndt at parallelimportere lægemidler fra en række EF-lande – lande med et lavere prisniveau end Danmarks – og det har i mange tilfælde ført til et ikke ubetydeligt prisfald. Endvidere har en række nye leverandører af prisbillige kopipræparater vist sig på markedet det sidste par år.

Der blev i efteråret 1991 endvidere åbnet mulighed for såkaldt generisk substitution på apotekerne ved ekspedition af receptpligtig medicin. Ordningen er ikke gennemført fuldt ud, men den har allerede ført til kraftige prisnedsættelser inden for visse præparatgrupper.

Fra 1993 må konkurrencesituationen desuden forventes at blive skærpet yderligere ved gennemførelsen af EØS-aftalerne, for herefter vil parallelimport også kunne finde sted fra f.eks. Sverige og Norge. Det er godt nok lande, der ikke er egentlige lavprislande, men en række præparater – også præparater med en ganske betydelig omsætning – er i dag væsentlig billigere i andre nordiske lande end i Danmark.

[Sundhedsministeren]

Det kan derfor med betydelig sikkerhed forudses, at der i løbet af relativ kort tid vil ske en udligning af prisforskellene mellem de nordiske lande – en udligning, der vil finde sted på det laveste niveau.

I et bredere perspektiv må det desuden forudses, at en lignende udvikling vil kunne finde sted inden for hele det europæiske område i forbindelse med etableringen af det indre marked, således at prisforskellene landene imellem efterhånden vil forminskes. Der er allerede i dag udbredt tendens til, at nye lægemidler markedsføres i hele Europa til samme pris.

Udviklingen har allerede i dag ført til en markant stagnation i prisudviklingen. Lægemiddelpriiserne stiger nu mindre end priserne i samfundet i øvrigt. Det gælder såvel af fabrikspriserne som apoteksudsalgspriserne.

Den igangværende positive udvikling bekræfter regeringen i den opfattelse, at konkurrencevejen er at foretrække frem for mere offentlig regulering.

EF-Kommissionen har for nylig konkluderet, at priskontrol er et uegnet middel til at kontrollere de samlede medicinudgifter. Et forslag til rekommandation på området, som Kommissionen har fremsat for nylig, koncentrerer da også anbefalingerne om to overordnede principper som vejen ud af problemerne, nemlig princippet om deregulering og princippet om konkurrencefremmende foranstaltninger.

I forbindelse med EF-samarbejdet er det for øvrigt vigtigt at erindre sig, at Danmark også på dette område har påtaget sig en række forpligtelser med hensyn til, hvordan vi indretter vores lovgivning. Det følger af de almindelige principper inden for EF om varernes frie bevægelighed, at vi ikke kan indføre foranstaltninger, der indebærer nogen form for diskrimination til skade for varer, der importeres fra andre medlemsstater.

Desuden følger der af det såkaldte gennemsigthedensdirektiv, der gælder på lægemiddelområdet, at enhver form for pris- eller avancekontrol skal bygge på objektive og kontrollerbare kriterier.

Når det i bemærkningerne til det socialdemokratiske forslag hedder, at prisfastsættelsen skal ske under behørig hensyntagen til lægemiddelforskningen og udviklingen af nye lægemidler her i landet, er vi allerede på betæn-

kelig kollisionskurs med EF-retten. Priskontrol, der bygger på et forhandlingselement, opfylder næppe EF-kravet om objektivitet og kontrollerbarhed, og en favorisering af forskning her i landet i forbindelse med en prisgodkendelse kan ikke forenes med EF-reglerne.

Hvis vi i Danmark skal basere en priskontrol på en sammenligning med priserne i andre lande, må ordningen udformes helt objektivt, det vil sige som et system af maksimalpriser udregnet matematisk på baggrund af priserne på helt identiske produkter i andre lande. En sådan ordning vil kun kunne omfatte helt identiske præparater, der findes markedsført i de lande, vi skal sammenligne os med. Det vil sige, at ordningen stort set kun vil komme til at omfatte originalpræparater og ikke det meget store antal kopipræparater, der findes på det danske marked. Priskontrollen ville derfor kun kunne praktiseres på en mindre del af markedet og ville friholde en række overvejende danske leverandører af kopipræparater, hvilket meget let kunne opfattes som diskriminerende over for andre leverandører.

Som forslaget og dets bemærkninger foreligger, må det derfor skønnes, at det skitserede priskontrolsystem næppe vil være i overensstemmelse med EF-retten. Hertil kommer, at kontrolordningen næppe vil virke efter hensigten.

Som en af begrundelserne for forslaget henvises i bemærkningerne til Glaxos meget høje pris på det nye migrænemiddel Imigran. Glaxo har imidlertid anlagt den strategi at markedsføre præparatet til samme høje pris i hele Europa og i øvrigt globalt. En national priskontrol baseret på priser i andre lande vil ifølge sagens natur være aldeles magtesløs over for en sådan prisfastsættelse – ja, den vil snarere virke som en blåstempling af prisen.

Glaxos internationale prisstrategi er desuden baggrunden for, at Konkurrencerådet på mit initiativ har anmodet EF-Kommissionen om at vurdere Glaxos prisfastsættelse i relation til EØF-traktatens konkurrenceregler frem for at behandle spørgsmålet efter den nationale danske lovgivning.

Jeg har i øvrigt anmodet om, at spørgsmålet om ekstremt høje priser for nye innovative lægemidler tages op på et møde i rådet af sundhedsministre i EF til maj. Og det har jeg gjort, fordi jeg anser disse meget høje priser og deres

[Sundhedsministeren]

betydning for de samlede sundhedsudgifter for at være en trussel mod den sundhedspolitiske udvikling.

Det er mit håb og min forventning, at ministrene vil være enige om at opfordre Kommissionen til at følge prisfastsættelsen af nye lægemidler tæt. Hvis industrien ikke forstår dette signal, er Kommissionen samtidig anmodet om at fremlægge forslag til mulige foranstaltninger, der kan sikre en rimelig prisfastsættelse på nye lægemidler.

I den forbindelse skal det bemærkes, at der er en udtalt tendens til, at alle multinationale medicinkoncerner i disse år markedsfører deres præparater til samme pris i hele Europa bl.a. med henblik på det kommende indre marked, og jeg finder det på den baggrund helt naturligt, at dette problem finder sin løsning i fælles EF-regi.

Sammenfattende kan jeg sige, at det foreliggende forslag er i strid med regeringens erhvervspolitik i almindelighed og ikke mindst i strid med konkurrencelovens intentioner, som også Socialdemokratiet har tilsluttet sig.

Hertil kommer imidlertid – og det er nok så væsentligt for regeringen – at forslaget er ganske u hensigtsmæssigt og uegnet som instrument i bestræbelserne på at nedbringe medicinudgifterne. Tværtimod vil en gennemførelse af forslaget påvirke den igangværende mere konkurrenceprægede udvikling i negativ retning.

Forslaget vil desuden være ganske virkningsløst over for en væsentlig del af præparaterne på det danske marked herunder ikke mindst over for de nye effektive, men samtidig også meget dyre lægemidler, der kommer frem i disse år. Endelig vil forslaget, som det foreligger, næppe være foreneligt med EF-reglerne.

Regeringen kan således ikke støtte det foreliggende forslag.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Jeg ved ikke, om jeg forstod ministeren rigtigt, men hvis jeg gjorde, synes jeg, det er interessant, og det vil jeg bede om i givet fald at få bekræftet. Jeg opfattede det, ministeren sagde, sådan, at da en række præparater er væsentlig billigere i de andre nordiske lande, må vi også kunne forvente en vis parallelimport fra de andre nordiske lande.

I den forbindelse vil jeg gerne spørge, om ministeren ikke er enig i, at når en række præparater er væsentlig billigere i de andre nordiske lande, skyldes det, at man har priskontrol dér.

Et andet spørgsmål, jeg gerne vil stille her med det samme, er, om ministeren er så enig i de forslag, der kommer fra EF-Kommissionen, at hun også kan tilslutte sig, at man, ud over at man ikke skal have priskontrol, skal øge egenbetalingen på medicin, sådan at mennesker, der har brug for medicin, kommer til at betale en større andel selv, for det er de anbefalinger, der i øjeblikket ligger på bordet fra EF-Kommissionens side.

Jeg synes, det vil være interessant for den danske befolkning at vide, hvad regeringens holdning er til de spørgsmål, som jeg i øvrigt har stillet skriftligt, men endnu ikke fået svar på. Men det kunne jo være, at ministeren kunne komme med et forslag på det.

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

Tilskudspolitikken er ganske uafhængig af, om der er priskontrol eller ej. Jeg kan godt røbe, hvad der formentlig ikke er nogen overraskelse for fru Birgitte Husmark, at regeringen har overvejet forskellige modeller for at holde medicinomkostningerne nede. Et af de forslag, som regeringen har overvejet meget, men som vi ikke har fået flertal for her i Folketinget, er et forslag om, at tilskuddet er bestemt af prisen på det billigste af ligeværdige præparater, men med en undtagelsesbestemmelse for de mennesker, som af medicinske grunde ikke skulle kunne profitere af det billigste præparat.

Når jeg forudser en parallelimport fra de nordiske lande efter 1. januar, er det, fordi der er en prisforskel, og den er selvfølgelig bl.a. betinget af, at man har priskontrol. Det er ingen hemmelighed, at man har priskontrol i Sverige; til gengæld er det heller ingen hemmelighed, at Sverige ikke er medlem af EF.

Martin Glerup (S):

Det er ret uafølgelig, at vi i Danmark accepterer, at medicinalindustrien uden nogen form for offentlig priskontrol påfører såvel borgerne som sygesikringen nogle rekordhøje medicinpriser. Det er uhørt, at vi accepterer fabrikspriser, som er mere end 20 pct. dyrere end det gennemsnitlige EF-niveau.

[Martin Glerup]

Der er ingen tvivl om, at de ustyrlige medicinpriser skyldes mangel på offentlig priskontrol. Det er jo ingen spøg at skulle på apoteket efter 6 migrænetabletter til 800 kr. Sundhedsministeren anslår i et svar til Sundhedsudvalget af 31. marts 1992, at Imigran vil indebære en stigning i de generelle medicintilskud på 315 mio. kr. Det er ikke underligt, at amterne og borgerne vander sig under de i bogstavelig forstand ustyrlige lægemiddeludgifter.

Sygesikringen vurderer, at tilskuddet til borgernes køb af medicin på apoteket vil stige med 700.000 kr. til 3½ mia. kr. fra i år til næste år. Udgifterne til medicin i Danmark er alt for høje og tilmed stærkt stigende. Prisniveauet i Danmark er ca. 20-30 pct. højere end i de fleste andre lande i Europa.

Derfor finder Socialdemokratiet, at borgerne og forbrugerne af medicin og skatteyderne har krav på, at medicinpriserne finder et mere rimeligt leje, og derfor ønsker vi, at der så hurtigt som muligt bliver sat en stopper for dette tagselvord. Vi ønsker egentlig kontrol med producentens og importørens priser.

Socialdemokratiet foreslår, at prisfastsættelsen i det væsentligste baseres på det nuværende svenske system. Her fastsættes priserne med udgangspunkt i priserne i en række andre lande, som vi normalt sammenligner os med. Prisfastsættelsen foretages af en offentlig myndighed efter forhandling med producent/importør.

En sammenligning mellem nøjagtig samme præparat i Danmark og Sverige viser, at samme lægemidler er markant dyrere på vores side af Øresund; f.eks. koster 20 mg Vepesid til kemoterapi 1.921,72 kr. i Sverige, men 4.461,99 kr. i Danmark. Altså betales mere end det dobbelte i Danmark. Fastsættelsen skal naturligvis ske under hensyn til lægemiddelforskningen og udviklingen af nye lægemidler her i landet.

At en nødbremse på medicinens prismæssige himmelflugt ikke skader medicinalindustrien og slet ikke den forskende og produktudviklende del heraf, er Tyskland et godt eksempel på. Statslig priskontrol er i stand til at bringe priserne ned. I Frankrig er fabrikanternes priser mere end 30 pct. under gennemsnittet, og også i Grækenland, Spanien og Portugal ligger priserne under EF-gennemsnittet og milevidt under de danske rekordpriser.

Vi har principielt ikke noget imod, at medicinalfirmaerne giver lægerne en grundig information om deres produkter, selv om det koster mange millioner. Det drejer sig blot om at give så sober en oplysning som overhovedet muligt af hensyn til patientens tarv.

Socialdemokratiet finder det imidlertid helt nødvendigt, at vi sikrer borgerne billigere medicin via offentlig priskontrol. Ved at spare adskillige millioner på medicinen kunne der måske blive råd til at bruge nogle af pengene til at løse hospitalernes ventelisteproblemer, så det bl.a. kunne hindres, at 93-årige patienter blev placeret på en hospitalsgang, hvilket er en skamlet på Danmarks sundhedssystem.

Vi håber, at vores forslag vil få en velvillig behandling til gavn for borgerne og til gavn for den danske økonomi.

Karen Højte Jensen (KF):

Den konservative gruppe er imod den form for indgreb, som Socialdemokratiet her foreslår. Det har vi sagt før, og det siger vi stadig. Som alle andre i Folketinget er vi også optaget af at få lavere medicinpriser både af hensyn til forbrugerne og af hensyn til de offentlige udgifter.

Det er jo i virkeligheden noget ulogisk at fremsætte et sådant forslag netop på dette tidspunkt, for konkurrencen har aldrig været større, end den er nu. Der har været mange tiltag: Konkurrence i grossistledet, parallelimport, kopipræparater, generisk substitution. Hvorfor indføre priskontrol netop på et tidspunkt, hvor en positiv udvikling er godt i gang? Vi vil se en forstærket konkurrence, og derfor synes vi, tidspunktet ud fra erfaringerne er mildest talt overraskende. Altså ingen offentlige indgreb.

Jeg har mærket mig, at Socialdemokratiet i bemærkningerne til forslaget anfører, at medicinalfirmaer via patenter ofte udnytter en monopolignende status. Jamen er hele formålet med et patent ikke dybest set at få monopol? Hvad er der galt med det? Bag opnåelse af patent ligger der jo altid et omfattende forsknings- og udviklingsarbejde, og det er ikke netop gratis.

Jeg er enig med ministeren i, at et samarbejde inden for EF er nødvendigt, ikke mindst når vi bliver et stort marked i 1993.

[Karen Højte Jensen]

Hr. Martin Glerup var faktisk ved at stikke sig selv og andre blå i øjnene, idet han nævnte de høje priser på migrænemedicinproduktet, for som sundhedsministeren sagde, kan en national priskontrol næppe ændre dette, da medicinalfirmaet har valgt den strategi at have samme høje pris i hele EF-området, så det var et dårligt eksempel, hr. Martin Glerup valgte. Vi kan jo heller ikke bygge priskontrol på en producents ønske om astronomisk høje priser.

Socialdemokratiet er med rette, vil jeg gerne understrege, ligesom andre partier her i salen optaget af, at EF-retten skal respekteres, men med forslaget bevæger partiet sig på en knivskarp kant, hvor man jo kan falde ned på den forkerte side.

Vi afviser det foreliggende forslag.

Mariann Fischer Boel (V):

Socialdemokratiet ønsker med sit beslutningsforslag at pålægge regeringen at fremsætte et lovforslag til udførelse af en priskontrolordning, altså en offentlig prisfastsættelse på medicin.

I januar måned sidste år behandlede Folketinget ligeledes et beslutningsforslag om lavere medicinpriser, hvor den offentlige prisfastsættelse var et af elementerne. Også på det tidspunkt var Venstre imod at indføre gammeldags planøkonomiske ordninger, samtidig med at sådan nogle ordninger helt går imod den udvikling, vi ser inden for EF i øjeblikket.

Kommissionen har netop anbefalet de lande, der i dag har priskontrol, at sørge for at få den afviklet; hvorfor skulle vi så her i Danmark sinke en europæisk udvikling mod et indre marked? Som forslaget er udformet, er det vel også nærliggende at vurdere, at et sådant kontrolsystem ville være i strid med EF-reglerne, og da der er en del opmærksomhed om netop det i øjeblikket, vil jeg anbefale, at Socialdemokratiet tager det med i sin vurdering.

Der har været megen turbulens omkring prisniveau og prisdannelse på medicin her i landet. Vi er i Venstre også overbevist om, at der kan bremses op for de stigende udgifter, og jeg mener da også, at det er lykkedes i et vist omfang, så det bliver til glæde både for den private forbruger og for den offentlige kasse.

Vi er i Venstre ikke interesseret i ublu avancer, og det er også klart, at omlægningen af apotekernes avance, der trådte i kraft 1. marts

1991, sammen med den øgede konkurrence på hele området – og her tænker jeg selvfølgelig i første omgang på de parallelimportvirksomheder, der i væsentlig grad har bidraget til sænkning af priserne på visse lægemidler – går i den rigtige retning.

Generisk ordination og en debat, som vi formentlig skal have i efteråret om hele vores apoteksstruktur, er tendenser, der også kan trække i den rigtige retning.

Forslaget strider som sagt mod Venstres grundlæggende erhvervsmæssige holdning, og vi kan ikke støtte det, da vi er overbevist om, at markedsøkonomi er den bedste medicin.

Birgitte Husmark (SF):

Såvel det offentliges som den enkelte brugers udgifter til medicin og til medicintilskud for det offentliges vedkommende har igennem flere år været kraftigt diskuteret. Det danske prisniveau ligger i den øverste tredjedel blandt de europæiske lande og ca. 30 pct. over det svenske, som ministeren jo også meget rigtigt refererede til, og omkring 50 pct. over det franske og det italienske niveau, som det fremgår af den ganske glimrende publikation, der hedder »Budgetanalyse på medicinområdet«, som kom i juni 1990, og som var et produkt, der blev lavet i samarbejde mellem Finansministeriet, Sundhedsministeriet, Indenrigsministeriet og Amtrådsforeningen.

Men udgifterne til lægemidler er steget voldsomt, først og fremmest fordi der er prisstigninger på produkterne, og desuden fordi der sker omlægning fra billige produkter til dyre produkter, sådan som vi har set det ikke mindst i den sidste tid, men det indebærer også, at der for nogle af de dyre produkters vedkommende er sket en intensiveret behandling på specielle områder, men sammenlignet med andre lande ligger det danske lægemiddelforbrug ikke højt. Det, der derimod ligger højt, er prisniveauet.

For forbrugerne har medicinpriserne en afgørende betydning for privatøkonomien, og den er jo også ofte forværret på grund af den lidelse, som skal behandles med medicin. De danske regler for refundering af udgifter til medicin er faktisk væsentlig ringere end reglerne i mange af de lande, vi sammenligner os med, og derfor virker de udgifter, forbrugerne har til medicin, så meget desto tungere.

[Birgitte Husmark]

Det er jo et spørgsmål, hvor meget den interesse for at begrænse medicinudgifterne, som ministeren viser med en lang række andre fantasifulde forslag end netop det mest enkle, nemlig en priskontrol, vil virke. Det er rigtigt, at der er skabt en vis parallelimport, men stadig væk står et stort arbejde tilbage med hensyn til at tjekke, hvilke præparater der nu er parallelle. Mange har hævdet, at der er nogle kontrolproblemer på det område, som man slet ikke er nået til bunds med, så helt enkelt er det vel heller ikke.

Endelig er forskellen mellem prisen på parallelimporteret medicin og den originale efterhånden ikke ret stor. Jeg har hørt nævnt gennemsnitsforskelle på 5-10 pct., og det er jo ingenting i sammenligning med forskellene til priserne i de andre lande. Når man får et grossistfirma til at parallelimportere, forsvinder forskellen altså ned i en eller anden lomme, og det er jo ikke til gavn for forbrugerne.

Vi mener, at en offentlig prisfastsættelse på medicin i Danmark skal tage udgangspunkt i medicinpriserne på identiske præparater i de nordiske lande og i EF og skal udregnes efter et system i lighed med det, der praktiseres i Sverige. Prisfastsættelsen må hermed kunne opfylde de krav, som med rette kan stilles om objektivitet og kontrollerbarhed. De danske forbrugere og de danske skatteydere skal ikke have til opgave at sikre medicinalfirmaerne en fortjeneste, som ligger langt over, hvad de kan få i andre lande. Hvis medicinalfirmaerne skal have støttet deres forskning, så bør det foregå åbent og regulært, sådan at man kan se, hvad det er for nogle beløb, og hvor de penge kommer fra, og det bør foretages efter en politisk beslutning. Det er den måde, tingene skal være på.

Køpke Christensen (FP):

Jeg har lagt mærke til, at det i bemærkningerne anføres, at medicinindustriens priser i gennemsnit ligger 20 pct. over det gennemsnitlige niveau for EF. Det påvises i en international prissammenligning, som Den Europæiske Forbrugerorganisation har gennemført. Sådanne prissammenligninger skal efter min mening tages med et meget stort forbehold. De viser alene priserne på de produkter, der er udvalgt, men disse behøver ingenlunde være repræsentative for priserne på det pågældende marked.

Forholdet er nemlig det, at prissammenligningerne foretages på de præparater, der markedsføres på alle markederne, dvs. de nye originale lægemidler. Herved tegnes et helt forkert billede af prisniveauet i de lande, hvor en stor del af forbruget ligger på de billigere kopi-præparater, og det er jo netop kendetegnende for Danmark, hvor over halvdelen af det samlede medicinforbrug ligger på de væsentlig billigere kopipræparater. Kopipræparaternes markedsandel i Danmark er langt større end i noget andet europæisk land, og derfor kommer Danmark til at ligge relativt højt i internationale sammenligninger.

Jeg er enig med forslagsstillerne i intentionerne: at få nedsat disse priser – det tror jeg vi alle sammen her i Tinget er enige i – men det kommer nok ikke bag på nogen, at vi ønsker den liberalisering af apoteksvæsenet, som vi mener virkelig kan være med til at få priserne ned. I øvrigt er Konkurrencerådet enig med Fremskridtspartiet heri. Konkurrencevejen er efter vor opfattelse at foretrække, central styring og detailregulering billiger vi ikke.

Når man taler om EF i denne forbindelse, som nogle ordførere har gjort, så tænker jeg på varenes frie bevægelighed, og derfor vil jeg gerne spørge ordføreren for Socialdemokratiet i denne sag, om priskontrol efter Socialdemokratiets opfattelse virkelig kan forenes med EF-reglerne. Jeg spørger et parti, som er ærketilhængere af EF, som også går ind for EF-Unionen på det sidste, og derfor vil jeg gerne have et klart svar på, om ordføreren virkelig mener, at det kan forenes med EF's regler.

Som vi tidligere har sagt i medierne, ville vi først se forslaget, før vi bedømte det. Jeg mener ikke, at det foreliggende forslag kan få Fremskridtspartiets støtte, idet det er stik imod Fremskridtspartiets grundlæggende filosofi. Derfor vil vi afvise forslaget.

Lis Noer Holmberg (CD):

Det forslag, vi her behandler, har tidligere været fremsat, og CD har været imod at indføre priskontrol på medicin. Det er vi stadig.

Forslagsstillerne begrunder forslaget med de høje medicinudgifter og de stigende udgifter på området i det hele taget, men da vi jo ved, at EF-Kommissionen netop nu anbefaler de lande, der har priskontrol, at ophæve den, så er det ikke rimeligt, at vi i Danmark går den mod-

[Lis Noer Holmberg]

satte vej. Priskontrol vil kunne hæmme interessen for at placere udenlandske investeringer i Danmark, og det gælder, både hvad angår anlæg og forskning.

Man taler om stigende medicinpriser, men det har dog været fremført, at medicinindustriens priser i de første tre måneder af dette år er faldet med 2,3 pct. Da momsen imidlertid er steget fra 22 pct. til 25 pct., er det klart, at forbrugerne ikke mærker prisfaldet. Hvis Folkeetinget fjernede momsen fra receptpligtig, tilskudsberettiget medicin, ville priserne kunne nedsættes med 25 pct., og man ville kunne beskære amternes bloktilskud. Efter min mening virker det som Ebberød Bank, at der er moms på tilskudsmedicin. Det er udsalgsprisen, der er tilskud på. Der er mange andre lande, der overhovedet ikke har moms på netop dette område.

Priskontrol anses for et planøkonomisk instrument med dertil hørende bureaukrati, og det ønsker CD ikke at medvirke til. Priskontrol går også imod udviklingen i EF. Jeg vil gerne sige specielt til fru Birgitte Husmark, som sagde, at vi kunne gøre det samme som bl.a. Sverige, at i Sverige behandler man netop i disse dage et lovforslag, som går ud på at tilpasse svensk lovgivning til EF, således at priskontrolordningen afskaffes til fordel for regulering via et tilskudssystem.

CD fastholder således sin hidtidige holdning og afviser forslaget til folketingsbeslutning, idet vi støtter EF-Kommissionens anbefaling af et åbent marked med fri konkurrence til prisudligning.

Elisabeth Arnold (RV):

Også Det Radikale Venstre må konstatere, at det er en genfremsættelse af et tidligere forslag, der her er til behandling, og som tidligere må vi sige, at vi ikke kan gå ind for forslaget af flere forskellige grunde.

Baggrunden for forslaget er naturligvis, at de offentlige udgifter til medicin er steget, og det er der flere grunde til. Dels har man ophævet den 800 kr.s regel, som faktisk betød en ganske kraftig besparelse på de offentlige udgifter, og det betyder selvfølgelig, at udgifterne stiger igen. Det kan Amtsrådsforeningen mærke, og det er der ikke noget at sige til, sådan måtte det helt logisk gå. Desuden er der kommet nye præparater på markedet, som er kost-

bare – det vil jeg komme tilbage til senere – og det har man i realiteten ingen muligheder for at gribe ind over for. Samtidig er befolkningsudviklingen i Danmark sådan, at der bliver flere og flere ældre mennesker, som har større medicinbehov.

Danmark er et land, som er på forkant med udviklingen, hvad angår anvendelse af nye, spændende og gode præparater, som betyder terapeutiske fremskridt, og derfor kan vi ikke bare sige, at vi skal holde os til de gode, gamle, kendte aspiriner til hvad som helst. Vi er altid med på det bedste og det nyeste, og det betyder altså også, at de offentlige kasser ofte bliver belastet mere, end man har kunnet forudse.

Imidlertid ser vi også gerne lave medicinpriser, vi ser meget gerne lavere priser på præparaterne, og så må patientsammensætningen og forbruget jo afgøre, om det betyder, at der også kommer mere hold på de offentlige udgifter. Det ser vi gerne dels af hensyn til patienterne – jeg er meget ked af, at man ofte bruger udtrykket forbrugere i denne forbindelse, for jeg synes ikke, man kan betegne medicinbrugere som andet end patienter, de tager jo faktisk medicin, fordi de er patienter, ikke bare for at forbruge – men vi ønsker også lavere priser af hensyn til de offentlige kasser.

Midlerne hertil er selvfølgelig flere. Et af dem er det, som er foreslået af forslagsstillerne her, nemlig indgreb i form af priskontrol, og desuden er der alle de mekanismer, som har at gøre med konkurrence.

Hvis vi først vender os til kontrolindgrebet, så er der i hvert fald et problem, som ikke tidligere har været fremført i debatten, nemlig det problem, at hvis man skulle gå ind og vurdere et nyt præparats pris ud fra de omkostninger, forskningsomkostninger og andre omkostninger, som et firma havde, ville det i realiteten alene være muligt at kontrollere danske firmaers omkostninger. Det er fuldstændig umuligt, uigennemskueligt og uigennemførligt at kontrollere internationale firmaers forskningsomkostninger, der vil kunne gemmes i utallige datterselskaber, utallige skuffer og aflåste forskningsarkiver rundt omkring. Det ville i realiteten betyde, at danske firmaer blev udsat for en betydelig skrappere og mere gennemgribende kontrol end et hvilket som helst internationalt firma. Det ville være ganske uholdbart, og det ville være til stor skade for dansk indu-

[Elisabeth Arnold]

stri; det tror jeg heller ikke kan være i forslagsstillernes interesse.

Desuden er det forhold, at hvis man griber ind med kraftig priskontrol for et udenlandsk præparat på det danske marked, vil det kunne være et incitament for det udenlandske firma til at sige: Det danske marked er så lille, at det er uinteressant for os, vi trækker simpelt hen præparatet ud. I løbet af en måned ville der så komme massive patientkrav i den danske offentlighed, til de danske politikere, om dog at få dette præparat tilladt eller tilskudsberettiget på det danske marked, fordi man hører meldinger udefra om, hvor godt det er. Derfor ville der komme et massivt patientkrav om at få det pågældende præparat tilgængeligt.

Jeg mener, det er det rigtige at vænne sig til de konkurrencemæssige muligheder, der er for at få priserne sat ned. Der er i hvert fald tre udmærkede måder at gøre det på, og den ene af dem er udstrakt anvendelse af kopipræparater. Prisforskellen er ikke altid stor, men prisen bliver presset nedad, efterhånden som forbruget forskyder sig mere og mere fra original- til kopipræparatet. Desuden er parallelimport en spændende ting, som jeg synes vi skal gøre alt hvad vi kan for at opmuntre herindefra. Og endelig er der så ønskerne fra EF om generelt at begrænse de høje priser på medicin. Det er ikke noget, vi er ene om, det er faktisk et problem i alle EF's lande.

Der er et par ting i bemærkningerne, som støder mig lidt, og som viser, at forslagsstillerne i hvert fald ikke har forstået alt vedrørende den markedsøkonomi, som alle nu bekender sig til. F.eks. står der, at man kan få støttet den antagelse, at firmaerne tager de priser, som de kan få for produktet. Ja, det er fuldstændig rigtigt, men firmaerne er da også interesserede i at få det marked, de kan få på produktet, og netop derfor har vi priskonkurrence. Hvis firmaerne ved at sætte priserne ned kan få en meget større markedsandel eller adgang til større patientgrupper, så bruger de det middel også. Det er da fuldstændig logisk.

Den anden ting er, at forslagsstillerne skriver:

»Endelig kan man tale om en moralsk forpligtelse til at lade priserne på netop medicin være styret af andet eller mere end rene indtjeningshensyn.«

Jamen kære forslagsstillere, hvis det er sådan, at man vil opretholde en privatfinansieret forskning i dette land, kan man ikke sige, at man skal dele gaver ud til befolkningen og lade priserne alene være afhængige af, at man synes, det er synd for patienterne, så de skal have lov at slippe med billigere priser; så må det offentlige træde til med massive tilskud og sige, at et præparat skal være billigere. Hvis firmaet skal betale sin forskning selv, så skal det altså også have den dækket ind via priserne.

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Jeg forstår egentlig godt, at forslagsstillerne kan finde på at fremsætte et forslag om priskontrol, fordi den udvikling, vi har i priserne på medicin herhjemme i forhold til andre lande, naturligvis får én til at spekulere på det. Jeg har da også personligt tænkt: Kan det nytte? Var det en god idé? Det kunne det måske være, men når man så spekulerer videre over, hvordan det skal gennemføres, og konsekvenserne af det, så er det, man stopper op og siger, at det måske alligevel ikke er så god en idé, og at man må finde andre måder.

Jeg vil straks sige, at Kristeligt Folkeparti ikke støtter dette beslutningsforslag, men vi mener, det er meget væsentligt, at vi får set på årsagerne til, at vi har høje medicinpriser herhjemme.

Der er også sagt noget om, at vi jo bruger meget medicin, og vi har mange patienter og mange ældre, der skal have medicin. Jeg kan ikke lade være med at spørge, om vi ikke bruger for meget medicin, og om vi ikke i mange sammenhænge kunne bruge andre metoder. Jeg tænker på, at hvis lægerne havde mere tid til at tale med patienterne, hvis man kunne fjerne nogle af årsagerne til, at mennesker har brug for meget medicin, så kunne man måske reducere forbruget. Det kunne være dejligt, om man kunne reducere det på en sådan måde. Al den medicin bevirker jo ofte, at folk bliver syge. Mange mennesker indtager utrolig mange præparater. Vi har tidligere påpeget fra Kristeligt Folkepartis side, at der mange steder står store medicinrester tilbage, når mennesker dør, fordi man hele tiden bare har fået et nyt præparat. Jeg tror, det er meget væsentligt, at man gennemgår årsagerne til vort store medicinforbrug og ser på, hvordan vi kan reducere

[Inger Stilling Pedersen]

det, samtidig med at vi ser på priser, konkurrence og andre faktorer, der spiller ind.

Men naturligvis må vi, som det også er nævnt i dag, se i øjnene, at det vil være utrolig svært for os at indføre regler – det har vi vist prøvet nok af – som er i strid med EF-regler eller hurtigt vil komme det, så de ikke får nogen virkning.

Kristeligt Folkeparti mener, at det er nødvendigt at se på medicinforbruget, men vi mener ikke, at priskontrol, når vi går i dybden med det, er den rigtige løsning.

Martin Glerup (S):

Markedsmekanismerne kan ikke fungere på et område, hvor det offentlige tilskud spiller så vigtig en rolle, som tilfældet er her, og derfor har man jo også i en række andre lande indført en form for priskontrol.

Selvfølgelig kan der laves en priskontrolordning, som er forenelig med EF's og de øvrige EF-landes regler. Det, som er spørgsmålet, er at få fat på dette rent prismæssigt ukontrollable marked, sådan at man samtidig med registrering af præparaterne får registreret priserne og får hold i priserne på en eller anden måde.

Fremskridtspartiet siger, at det er modstander af vores forslag, men det må alligevel have skabt en vis tvivl i Fremskridtspartiets ordførers sind, for i Politiken den 8. april 1992 kunne man læse følgende:

»Som systemet er lige nu, har vi intet mod en vis priskontrol, siger udvalgets formand, Jan Kørpe Christensen (FP). Det kan ikke være rigtigt, at borgerne presses til at betale så meget mere end andre EF-borgere.«

Det har han jo fuldstændig ret i. Og fru Lis Noer Holmberg fra Centrum-Demokraterne udtaler ifølge samme artikel, at hun personlig finder udviklingen så beklagelig, at hun allerede samme dag vil bede sin gruppe om på ny at tage stilling til spørgsmålet – og det må jo så være den stilling, der er gået fru Lis Noer Holmberg imod – så jeg går ud fra, at fru Lis Noer Holmberg er enig med Socialdemokratiet i, at man bør gøre et eller andet på dette område.

Sådan som det tager sig ud for øjeblikket, må man jo sige, at det er brugerne og det offentlige sygesikringssystem, der står med sorteper. I en tid med stort behov for at tilføre sundhedssektoren midler til mange fornuftige for-

mål synes jeg det er fantastisk, at vi ikke her i Folketinget kan tage os sammen til at finde en måde, hvorpå vi kan få styr på medicinpriserne. Jeg synes, det er tæt på at være økonomisk uforsvarligt både i forhold til patienterne, som det koster meget dyrt at komme på apoteket, og i forhold til sygesikringen, hvor amterne dør med at få pengene til at slå til.

(Kort bemærkning).

Kørpe Christensen (FP):

Jeg var ikke chokeret over, at hr. Martin Glerup citerede, hvad jeg har sagt til dagbladet Politiken, det var jeg selvfølgelig forberedt på. Det var en længere samtale med en journalist, men jeg har under ingen omstændigheder ønsket at gå ind i noget planøkonomisk, som der her er tale om.

Jeg vil også erkende, at sådan som apoteksvæsenet er i dag, er det planøkonomisk, men jeg mener, at den vej, vi skal gå, er, at vi får løst de bånd, således at der sker en liberalisering af apoteksvæsenet, og det kan være med til, at forbrugerne får lavere priser. Det er det, vi ønsker.

Jeg må erkende, at det står sådan i Politiken, men jeg har overhovedet ikke nævnt, at vi gik ind for priskontrol, og jeg ønsker ikke priskontrol. Men vi kan jo ikke forhandle igennem aviserne; det er klart, at det drejer sig om, hvad vi siger her i salen, og intet andet.

(Kort bemærkning).

Elisabeth Arnold (RV):

Til hr. Martin Glerups klagesang over, at vi ikke kunne tage os sammen, som han udtrykte det, til at få bremset de galoperende medicinudgifter, vil jeg sige, at der jo findes midler, som kunne være effektive, og som vi burde kunne enes om at bruge f.eks. i forbindelse med tilskudssystemet, som kunne fremme konkurrencen, og som kunne vende forbruget mod de mere prisbillige præparater.

Jeg vil gerne spørge hr. Martin Glerup, om Socialdemokratiet aldrig overvejer at gå over til den tilskudsordning, som ministeren nævnte før, sådan at tilskuddet bliver bestemt af det billigste præparat på markedet. Det ville give et incitament for både læge og patient til at vælge det billigste præparat, når de står over for valget mellem flere ensvirkende præpara-

[Elisabeth Arnold]

ter. Det synes jeg ville være et fremskridt, og det ville være en håndsækning til os andre, hvis Socialdemokratiet ville komme med et tilsagn om, at man nu ville overveje at omlægge tilskudsordningen.

(Kort bemærkning).

Lis Noer Holmberg (CD):

Jeg vil gerne sige til hr. Martin Glerup, at der ikke er gået mig noget imod, og jeg har ikke ændret holdning, siden vi sidst behandlede dette forslag, hvor jeg også var imod prisfastsættelse. Jeg var glad for, at min gruppe også stadig væk havde den samme holdning, det er nok så vigtigt at få tjekket af, og det var såmænd bare det, jeg sagde til avisen.

(Kort bemærkning).

Martin Glerup (S):

Til hr. Kørpe Christensen vil jeg gerne sige, at det altid er let at skyde skylden på pressen, når man er kommet for langt ud i en situation; det synes jeg vi skal afholde os fra.

Jeg mener under alle omstændigheder, at der er behov for, at der sker et eller andet på området, og jeg vil godt sige til fru Elisabeth Arnold, at når man tilsyneladende ikke vil gå ind i den model, som vi har lagt frem, ja, så kunne man overveje andre modeller.

F.eks. er Tyskland jo kommet rigtig godt i gang, fordi man er gået ud fra en gennemsnitsprisindefastsættelse, altså ikke en minimalprisindefastsættelse. I perioden fra 1987 til nu er det lykkedes at få en stor reduktion af, hvad folk skal betale, på 60 pct. i forhold til EF-gennemsnittet af udgifterne.

Jeg mener, at Folketinget bliver nødt til at tage fat på denne problematik, uanset om man ikke kan lide, at det er os, der fremsætter forslaget. Uanset hvad man mener, så er der behov for, at vi får lejlighed til at kulegrave disse ting med henblik på at finde et rimeligt niveau, ligesom man gør selv i superliberalistiske lande som USA og Japan, hvor man er på vej til at foretage den slags reguleringer.

(Kort bemærkning).

Elisabeth Arnold (RV):

Hr. Martin Glerup svarede ikke på mit spørgsmål. Jeg påpegede netop et eksempel på, at tilskudsordningen og markedsmekanismen kan trække i samme retning, og at tilskudsordningen kan bevirke, at forbruget skubbes over mod de mere prisbillige præparater. Det fik jeg ikke noget svar på fra Socialdemokratiets side, og det vil jeg gerne have.

(Kort bemærkning).

Martin Glerup (S):

Vi vil gerne være med til at se på at skubbe priserne på medicin ned. Det kan jeg i hvert fald give fuld tilslutning til.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

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

Formanden:

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

Meddelelser fra formanden:

Formanden:

Der er ikke mere på dagsordenen.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, torsdag den 30. april 1992, kl. 10.00.

Angående dagsordenen skal jeg henvise til den dagsorden, der er opslået i salen.

Mødet hævet kl. 15.56