

Og over for hr. Aage Frandsen vil jeg gerne bekræfte, at det, der ligger i aftalen om kriminalforsorgen, ikke er afgrænset som noget, der alene forhandles videre med de partier, der har indgået en aftale om finansloven. Og derfor kan jeg også bekræfte, at SF i sagens natur vil blive indbudt til de videre drøftelser og dermed bestemt har mulighed for og forhåbentlig også lyst til at være med i det videre arbejde.

Og vi får jo med afstemningen om dette forslag også et lille signal om, hvilke partier der ytrer interesse for at være med, og derfor er jeg særdeles glad for SF's reaktion på det her forslag. For det ligger jo et eller andet sted, at hvis man vil være med til at udmønte pengene, så er det en positiv indgang, at man også har været med til at finde finansieringen, og derfor selvfølgelig tak til alle partierne bag finansloven, men bestemt også til SF's ordfører for modtagelsen.

Hermed sluttede forhandlingen, og lovforslaget overgik derefter til anden behandling.

Afstemning

Første næstformand (Birte Weiss):

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

Den næste sag på dagsordenen var:

22) Første behandling af lovforslag nr. L 128: Forslag til lov om ændring af lov om offentlig sygesikring og lov om social service. (Ændring af medicintilskudsregler).

Af sundhedsministeren (Carsten Koch).

(Fremsat 2/12 98).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Første næstformand (Birte Weiss):

Fru Hanne Andersen fra pladsen i salen.

Hanne Andersen (S):

Tak!

I løbet af de seneste 11 år er sygesikringens udgifter til medicin mere end fordoblet, og udgifterne er vokset hurtigere end både den samlede omsætning og mængdeforbruget.

På den baggrund blev det i forbindelse med finanslovforhandlingerne for 1997 vedtaget at nedsætte et udvalg, Medicinudvalget, som bl.a. skulle komme med forslag til en omlægning af medicintilskudssystemet.

I sin betænkning fra juni 1998 anfører Medicinudvalget, at den nuværende medicintilskudsordning med den procentvise dækning af udgiften til det enkelte lægemiddel ikke længere i sig selv tilgodeser det væsentlige hensyn bag tilskudssystemet, nemlig at sikre, at ingen patient af økonomiske grunde afstår fra en relevant behandling med lægemidler.

Efter de gældende regler ydes der tilskud til det enkelte lægemiddel uafhængigt af, om der er tale om et billigt eller et dyrt lægemiddel, og uafhængigt af, om lægemidlet skal indtages gennem en kortere- eller længerevarende periode.

Tilskudssystemet tager således ikke højde for, at den årlige udgift til køb af lægemidler kan være beskeden for nogle medicinbrugere, men økonomisk stærkt belastende for andre.

Som følge heraf pegede Medicinudvalget bl.a. på muligheden for at indføre et såkaldt behovsafhængigt tilskudssystem og opstillede flere modeller.

I det behovsafhængige tilskudssystem er det offentlige tilskuds størrelse baseret på patientens forbrug af tilskudsberettigede lægemidler på årsbasis. Patienten afholder selv indtil en vis grænse hele udgiften til køb af tilskudsberettigede lægemidler. Ved køb af lægemidler over den fastsatte grænse ydes et offentligt tilskud, som uafhængigt af, hvilket tilskudsberettiget lægemiddel der er tale om, øges gradvis ved stigende forbrug for til sidst at udgøre den væsentligste del af udgiften.

Ved at lade størrelsen af det offentlige tilskud afhænge af patientens forbrug af lægemidler opnås, at ressourcerne flyttes fra patienter med et mindre, eventuelt forbigående, forbrug til patienter med et større og måske varigt forbrug.

Det har været glædeligt at opleve, at et bredt flertal af partier her har bakket principperne i omlægningen op.

Det nye medicintilskudssystem bygges op om følgende elementer:

Der ydes generelt ikke offentligt tilskud til køb af tilskudsberettigede lægemidler ved et forbrug på mindre end 500 kr. årligt.

Der gives 50 pct. tilskud til et årligt forbrug på mellem 500 og 1.200 kr., 75 pct. tilskud til et forbrug på mellem 1.200 og 2.800 kr. og 85 pct. tilskud til et forbrug på over 2.800 kr. om året.

Børn under 18 år fritages for egenbetalingsgrænsen, idet de får 50 pct. tilskud til hele forbruget op til 1.200 kr. om året.

Til personer med et stort, varigt og fagligt veldokumenteret behov for lægemidler ydes der 100 pct. tilskud til udgifter, der overstiger en årlig egenbetaling på 3.600 kr. Det svarer til et gennemsnit på 300 kr. pr. måned. Reglen afløser den såkaldte kronikerregel i den sociale lovgivning.

Serviceovens regel om, at kommunen kan yde hjælp til lægeordineret medicin til personer, der vælger at dø i eget hjem eller på hospice, ophæves. I stedet fastsættes lignende regler om en sådan ydelse af hjælp til medicin til personer i terminalpleje i sygesikringsloven.

Insulins særstatus med 100 pct. tilskud bortfalder, således at diabetikere modtager tilskud på linje med alle andre medicinbrugere.

Enkelttilskudsordningen videreføres, og det gør medicinkortordningen også.

Samtidig indskærpes det over for kommunerne, at når de tildeler tilskud efter ordningen, skal de foretage en konkret trangsvurdering, som det er forudsat i pensionsloven.

Herudover vil der fortsat i sociallovgivningen være bestemmelser, der supplerer sygesikringslovens regler om tilskud til medicin.

Preben Rudiengaard (V):

Det er helt befriende endelig at skulle være ordfører for sin egen sag. Men under alle omstændigheder vil jeg da gerne sige, at den danske befolknings forbrug af medicin har været jævnt stigende gennem de senere år. Og årsagen skal nok ses i lyset af, at vi har fået dyrere medicintyper på markedet, men man kan også se det på den måde, at vi i dag er i stand til at behandle flere og anderledes typer patienter end tidligere, og samtidig er befolkningens krav til behandling øget.

Det er således, at det samlede sygesikrings-tilskud ligger på omkring 4,2 mia. kr. årligt, og vi hører en idelig jamren fra amterne over udgifterne til medicin.

Derfor er der behov for at ændre dette tilskudssystem, og Venstre kan tilslutte sig, at vi

nu får det behovsafhængige tilskudssystem, som fru Hanne Andersen har beskrevet. Det vil sige, at patienter med et lille forbrug betaler hele beløbet indtil en vis grænse, medens patienter med et stort, nødvendigt medicinbehov får dækket det med 100 pct., når de når op til en vis grænse eller limit.

Heri ligger der efter vores opfattelse i Venstre en højere grad af egenomsorg for mere banale lidelser, medens de svageste patienter, og det vil sige de kroniske, får en bedre støtte nu, end det har været tilfældet tidligere.

Vi kan derfor i Venstre tilslutte os forslaget, men vil anføre, at der er nogle forhold, som vi gerne vil have opklaret:

Først og fremmest finder vi, at Lægemiddelstyrelsen med hensyn til sin definition af tilskud – og her tænker jeg på generelt tilskud, klausuleret tilskud og enkelttilskud – nok burde gøre det lidt anderledes, end den har gjort det tidligere, for vi kan en gang imellem have det indtryk, at Lægemiddelstyrelsen er en stat i staten, forstået på den måde, at den uden at få den fornødne ekspertise, selv om den har Medicin-tilskudsnævnet til at rådgive sig, siger: Sådan skal det være!

Og vi vil gerne arbejde lidt på, vil jeg sige til ministeren, at man eksempelvis fik lægemiddelindustrien placeret i Medicin-tilskudsnævnet, for vi har den opfattelse, at vi har brug for erhvervet, og at erhvervet kan give os noget. Så derfor er det vigtigt for os at prøve at se det i det perspektiv.

Samtidig vil vi gerne sige, at vi helt klart må fastholde, at der ikke med lovforslaget, som det ligger nu, og når loven bliver vedtaget, må ske et skred i den aftale, der er mellem regeringen og lægemiddelindustrien om det, der hedder loftet for prisudviklingen på lægemiddelområdet.

Jeg har nogle øvrige spørgsmål, men jeg kan se, at den gule lampe allerede er tændt, så dem vil jeg stille under udvalgsbehandlingen. Men jeg vil helt klart give udtryk for her, at Venstre er positivt indstillet over for lovforslaget og tilsiger det en hurtig og velvillig udvalgsbehandling.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Det er bare til den meget omsorgsfulde bemærkning fra Venstres ordfører om, at medicinudgifterne stiger og stiger: Jeg synes, det skal slås fast ved starten af denne debat, at når de

stiger og stiger, synes Venstre, man skal løse det problem ved at gøre det dyrere for dem, der har brug for medicinen. For hver eneste gang vi prøver at begrænse medicinindustriens mulighed for at score kæmpeprofitter på medicin, så er Venstre imod. Det er altså forbrugerne, der betaler og ikke industrien; den er fredet.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Hvis hr. Frank Aaen havde hørt efter, hvad jeg sagde, ville han have hørt, at jeg sagde, at vi jo stadig væk vil fastholde loftet i den aftale, der er mellem regeringen og medicinalindustrien.

Samtidig må vi sige, at hvis man ser på de patienter, der har brug for meget medicin, dvs. de kroniske, for hvem der kan være en udgift på 18.000-25.000 kr. om året, så kommer de væsentligt ned i det her system.

Og jeg vil gerne sikre, at vores kronikere får en ordentlig, sufficient medikamentel behandling. Medens hr. Frank Aaen og jeg, hvis vi havde en banal lungebetændelse og så skulle have penicillin, nok kunne klare at betale de første 500 kr. til dette. Og det vil sige, at det er den gruppe, som får en selvbetaling, og det synes jeg er i god tråd med en god liberal grundholdning.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jeg er ikke spor i tvivl om, at det er en god liberal grundtone; jeg synes bare, det skal frem i lyset, hvad det går ud på, og det går ud på, at man må ikke have lov til at begrænse industriens profitter. For grunden til, at medicinudgifterne stiger, er jo først og fremmest, at prisen på medicinen stiger – meget mere, end at forbruget stiger.

Og så vil jeg sige med hensyn til de 500 kr., at det er da muligt, at et højtlønnet folketingsmedlem har de 500 kr., så det ikke spiller nogen rolle; det skal jeg da ikke udelukke, men det er altså en asocial skat. For det drejer sig jo ikke om andet: Det er en skat på 500 kr., der lægges på alle danskere, bare med den undtagelse, at det kun er dem, der har brug for medicin, der skal betale den, og det er da en af de mest uskønne måder at finde penge på.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Med hensyn til den skat på 500 kr., som hr. Frank Aaen refererer til, må jeg sige: Der er jo i

forvejen skat på medicin, og medicinen koster under alle omstændigheder penge. Men der er i dag forskellige tilskudsordninger på 50 pct. og 75 pct. osv., og nu sorterer vi det bare på en anden måde.

Og jeg synes, det også ville klæde hr. Aaen at se på, at det er kronikerne, der har det store behov. Det er dem, jeg har det sværest med, for det er dem, der har det dårligst helbredsmæssigt, og det er dem, vi skal tilgodese.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jeg støtter gerne de kronisk syge. Enhedslisten går jo ind for, at al lægeordineret medicin burde være gratis. Men det, man foreslår her, er altså, at 2,3 millioner danskere, næsten halvdelen af danskerne, nu kommer af med ekstra penge for medicin. Det er da en asocial skat, der vil noget!

Jeg mener: Her indfører man altså en skat, som udelukkende rammer folk, der er syge og har brug for medicin. Og jeg siger gerne igen: Det er garanteret en god liberal grundholdning, men den er ikke social, og det er ikke Enhedslistens.

Knud Erik Kirkegaard (KF):

Den konservative sundhedsordfører kan ikke være til stede, og derfor skal jeg på hendes vegne sige følgende:

I Det konservative Folkeparti støtter vi ideen om et nyt behovsafhængigt medicintilskudssystem. Vi er af den opfattelse, at folk, der kun lider af forbigående sygdomme og har behov for kurpræparater nogle gange om året, godt kan betale mere selv. Her er der ingen grund til, at man yder et højt offentligt tilskud på næsten 75 pct. eller 50 pct. Derfor finder vi tanken med 500-kroners-reglen meget fornuftig. Men på den anden side er det vigtigt for os, at kronisk syge og ældre, der dagligt må indtage medicin, ikke bliver stillet væsentligt ringere i et nyt medicintilskudssystem. Da det jo i forvejen ikke er særlig sjovt at være syg, skal vi ikke gøre det endnu værre ved også at gøre de syge fattige.

Så selv om det nye system stiller visse kronikere en anelse ringere end tidligere, mener vi, at det økonomisk stadig er til at overkomme. Nogle af dem, der virkelig vil mærke omlægningen, er diabetikerne. De vil dog højst komme til at betale 3.600 kr. om året til deres medicin, men de fleste diabetikere forventes at have en mindre egenbetaling end de gennemsnitlige 300 kr. om måneden. Samtidig skal de dog afholde

udgifter til måleudstyr, så de kan kontrollere deres sygdom, og det er vigtigt, at lovgivningen i socialministerens regi ikke ændres eller spænder ben for hjælpen til det testmateriale, diabetikerne har brug for.

Med indførelsen af det nye system kan vi forudse visse problemer med den førstegangsudgift, man skal af med på apoteket. Netop fordi tilskuddet først træder i kraft efter en fuld egenbetaling på 500 kr., og tilskuddet på visse lægemidler er faldet fra 75 pct. til 50 pct., ja, så kan det betyde, at man skal af med måske 1.000 kr. første gang, man skal ned at hente sin medicin. Det kan være ganske mange penge at tage ud af budgettet. Ikke bare for den enlige mor, men også for helt almindelige familier. Så selv om man ikke skal betale mere set over et helt år, kan det behovsafhængige tilskudssystem betyde væsentlige likviditetsproblemer for den enkelte. Det ønsker vi en løsning på, hvilket jeg også kan forstå at ministeren er imødekommende over for.

I bemærkningerne henvises til § 82 i lov om aktiv socialpolitik samt receptbekendtgørelsen. Det er et par ventiler, der muligvis kan bruges, men det vil også betyde en vis klientgørelse af de folk, der pludselig skal henvises til det sociale system på trods af, at de ellers ikke har nogen sociale problemer. Derfor håber vi, at det er et emne, vi kan arbejde videre med i udvalget.

I Det Konservative Folkeparti føler vi os tiltrukket af den såkaldte svenske model, hvor der er indført et creditsystem på apoteket – ikke noget stort statsligt creditsystem, men hvor et selvstændigt firma forestår opgaven.

Vi har i forbindelse med udmøntningen af loven været forbeholdne over for de regler, der nu bliver gældende for kriterierne vedrørende, om et lægemiddel skal have generelt tilskud eller ej. Og vi har stadig vore bekymringer. Men vi sætter vores lid til, at Lægemiddelstyrelsen vil træffe nogle klare gennemsigtige afgørelser, hvor et eventuelt afslag er lægefagligt begrundet.

Overordnet er det her et godt lovforslag, og derfor kan vi støtte det.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jeg skal såmænd bare anholde en enkelt bemærkning om de 3.600 kr. Det er åbenbart ikke noget særligt beløb. Det skal man altså være temmelig højtlønnede for at synes.

(Kort bemærkning).

Knud Erik Kirkegaard (KF):

Jo, 3.600 kr. kan være et ganske højt beløb for ganske almindelige mennesker, og jeg skal ikke lægge skjul på, at her er vi på smertegrænsen.

Aage Frandsen (SF):

Da SF's ordfører, hr. Jørn Jespersen, desværre ikke kan være til stede i dag, skal jeg på hans vegne fremføre SF's synspunkter.

Regeringen lancerede jo sine planer omkring medicintilskud som en slags Robin Hood-model: Nu skulle dem, der havde et lavt forbrug, betale noget mere, og dem, der havde et højt forbrug, skulle have et højere tilskud. Det lød i og for sig meget rimeligt, kunne vi godt se, men dette forslag er jo også andet. Det er jo et forslag, hvor sundhedsministeren, som egentlig trænger til penge, ikke til sig selv men til sundhedssektoren, har afleveret 300 mio. kr. til finansministeren. Og det er vi imod.

Vi har ikke noget imod, at man kigger på omlægningen, som det ligger som tankegang her, men sådan, som det er blevet, er vi imod det. Vi er godt klar over, at det jo ikke er noget, sundhedsministeren har villet, men at der er nogle andre, der vil det, og at der er nogle andre, der bestemmer, og sådan er det blevet. Det betyder altså også, at vi ikke kan støtte det forslag her. En mulighed havde været, at man havde lavet en model, der hvilede i sig selv på det her område.

Noget andet er, at vi også vil fremsætte nogle ændringsforslag i overensstemmelse med de forslag, der er kommet fra Diabetesforeningen, Hjerteforeningen og Astma- og Allergiforeningen om en anden tilskudsform til visse medicinområder. Og ellers vil vi foreslå, hvis der skal komme penge ud af det her, at pengene bruges inden for sundhedssektoren på områder, som jeg er helt overbevist om at sundhedsministeren vil være glad ved at skulle udmønte.

For det første: den såkaldte ventelistegaranti – regeringens eget mål om, at der skal være ventelistegaranti. Nu ved jeg jo godt, at der er givet mange garantier, men det her er en af de garantier, regeringen har givet, som man ikke nedprioriterer, og hvor der rent faktisk sker noget nu. På de medicinske afdelinger for de gamle og også inden for psykiatrien ser man nedskæring.

For det andet: plejehjemsområdet, så ældre, der er færdigbehandlet, kan udskrives.

For det tredje: at man fik styrket forskningen i alternativ behandling. Det ved vi også godt at der er behov for.

For det fjerde: at man satsede mere på genoptræning.

For det femte: øget indsats på ernærings- og kostområdet.

Dette er områder, som vil styrke det forebyggende, områder, som vil hjælpe på den manglende behandling, der sker inden for sundhedsvæsenet, områder, som vi er overbevist om at sundhedsministeren, hvis sundhedsministeren havde magt, som han har agt, gerne ville have støttet, men så skulle det ikke være. Det var en anden, der bestemte.

Vi støtter ikke forslaget.

Aase D. Madsen (DF):

Da Dansk Folkepartis ordfører på området, fru Birthe Skaarup, ikke kan være til stede, skal jeg på Dansk Folkepartis vegne sige følgende:

Som de gældende tilskudsregler er nu, ydes der enten 100 pct., 74,7 pct. eller 49,8 pct. i tilskud til lægeordnede lægemidler, som er optaget på en særlig fortegnelse fra Sundhedsministeriet. Og dette tilskud ydes uafhængig af patientens økonomiske situation eller sociale forhold.

Endvidere yder den offentlige sygesikring et tilskud på enten 49,8 pct. eller 74,7 pct. til håndkøbslægemidler, som er optaget på fortegnelsen over tilskudsberettigede lægemidler, og som receptordineres til pensionister eller ved behandling af patienter med varige lidelser.

Disse bestemmelser har man valgt at lave om på i forbindelse med finansloven for 1999. Det er en klar forringelse over for borgerne med en egenbetaling på 500 kr. årlig til følge samt nogle tilskudssatser, hvor man får tilskud på 50 pct. på et forbrug mellem 500 kr. og 1.200 kr., 75 pct. på et forbrug mellem 1.200 kr. og 2.800 kr. samt 85 pct. i tilskud til forbrug over 2.800 kr. pr. år.

Finanslovsparternes begrundelse for forslaget er at omfordele og anvende 500-kroners-puljen til de personer, der i dag bruger flest penge på medicin. Dansk Folkeparti mener ikke, den argumentation holder. De penge, man sparer i første omgang, mener vi hurtigt bliver ædt op af administrationen.

For omkring ni år siden blev der indført en egenbetaling på 800 kr. Erfaringerne fra den gang er ikke gode. Det hele endte i et administrativt kaos, så ordningen blev hurtigt afskaf-

fet. Dansk Folkeparti tror, at præcis det samme vil gentage sig, såfremt forslaget vedtages. Og det gør det selvfølgelig, men blot ikke med Dansk Folkepartis stemmer.

Endvidere er der også udmeldt fra regeringen, at der ikke er tale om et besparelsesforslag, men en omlægning. Men når man i forslaget kan læse, at sygesikringen får en mindre udgift på 275 mio. kr. samt en mindre udgift efter den sociale lovgivning på 74 mio. kr. i 1999, altså i alt 322 mio. kr., så kan der bestemt ikke være tale om en omlægning. Nej, det er et rent besparelsesforslag.

Endvidere bliver der også tale om en central registrering af befolkningens medicinforbrug og en øget administrativ belastning af apoteker og sygesikringen, og det kan vi naturligvis ikke gå ind for.

Selv om apotekerne i dag har edb, må vi se i øjnene, at en stor del af registreringen skal foregå centralt. Det er jo ikke alle kunder, som bruger deres stamapotek, og ifølge Apotekerforeningen ekspederes der omkring 50 mio. recepter om året.

Økonomisk har samfundet ikke råd til at lave besparelser på medicinordningen. Dansk Folkeparti tager klart afstand fra denne besparelse på sundhedsområdet. Befolkningen er hårdt ramt nok i forvejen af pinsepakkeforliget, boligforlig, efterløn etc.

(Kort bemærkning).

Hanne Andersen (S):

Det var ret forbavsende at høre fru Aase Madsen tale om det her forslag, og der er i hvert fald alvorlige misforståelser i det.

Håndkøbsmedicin, der bliver skrevet på recept hos lægen af hensyn til brugeren, bliver ikke ramt af det her forslag. Og der er en reel omfordeling, således at folk, der virkelig har et stort og reelt behov, dokumenteret behov for medicin, virkelig får nogle lettelser i det her forslag.

Administrationen, som fru Aase Madsen talte om, bliver væsentlig anderledes end den administrationsmodel, vi så ved 800-kroners-reglen. Man siger fra apotekerside, at man kan administrere det på en nem måde, således at alle patienter kan handle på et hvilket som helst apotek i hele landet og få det rette tilskud. Man skal ikke selv holde rede på boner og kort og andet for at dokumentere sit behov. Enhver apoteker kan klart se, hvornår man skal have tilskud, og

hvornår tilskudsgrænsen skal flyttes på grund af forbruget.

(Kort bemærkning).

Aase D. Madsen (DF):

Det lyder meget godt, vil jeg sige til fru Hanne Andersen, men vil fru Hanne Andersen ikke være enig med Dansk Folkeparti i, at det er et besparelsesforslag? Der skal findes 300 mio. kr. Er det ikke korrekt?

Og i øvrigt med hensyn til administrationen, så må det jo komme an på en prøve. Dansk Folkeparti tror ikke, at det bliver nogen nem administration.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jo, Socialdemokratiet vil gerne give Dansk Folkeparti ret i, at der er en besparelse her, og det har Socialdemokratiet ingen skruller ved, hvis vi kan få nogle besparelser inden for medicinområdet.

Men når man snakker om administrationen af 800-kroners-reglen, som var under den borgerlige regering, så er der altså en væsentlig forskel. Forskellen er, at dengang omlagde man ikke tilskudssystemet. Der indførte man bare en egenbetaling. Her indfører vi et nyt system, så det er omkostningsbestemt, og sådan at vi lægger tilskuddene på de enkelte beløb og ikke bare går ind og tager en egenbetaling.

Så det er forskellen, og det fremgår også klart af forslaget.

Sonja Albrink (CD):

Da fru Yvonne Herløv Andersen ikke kan være til stede, skal jeg på CD's vegne fremføre følgende:

Danmark har jo en international førerposition, hvad angår brugerbetaling på sundhedsområdet. Danskerne er bestemt ikke særlig forkælede i forvejen, så for CD er forslaget her ikke nogen særlig lækkerbisk.

Men skal man endelig til at øge egenbetalingen for medicin for at opnå en besparelse, mener vi, det er en betingelse først og fremmest at sikre, at patienter med et stort behov ikke bringes i en urimeligt stor økonomisk klemme.

Den model, forslaget lægger frem med en behovsafhængig tilskudsordning, tager dette hensyn, men CD vil i hvert fald gerne, at man ser lidt grundigt på nogle af tingene under udvalgsbehandlingen.

Lad mig f.eks. nævne, at vi mener, at der kan opstå problemer, fordi man som storforbruger af medicin risikerer en meget stor egenbetaling lige i starten. Måske 1.000-1.100 kr. den første gang.

Man kunne derfor godt forestille sig en ordning, så patienten kunne få sin udgift fordelt over året. Ganske vist henviser bemærkningerne til reglerne i den sociale lovgivning, hvorefter kontanthjælpsmodtagere, studerende og andre lavindkomstgrupper kan få hjælp til medicin, hvis de ikke kan betale. Men det mener CD ikke dækker problemet godt nok, og vi mener heller ikke, at man på den måde skal gøre medicinudgiften til en social begivenhed.

Det, vi efterlyser i CD, er en mere smidig ordning, og som vi har fået det oplyst, og som ordføreren for De Konservative tidligere har oplyst, har de i Sverige en slags acontoordning i deres apotekersystem, hvor der kan indbetales månedlige beløb. Det kan ikke være noget større besvær, når man får hele det nye elektroniske register op at stå, og i CD vil vi derfor gerne have, om der måske kunne blive redegjort nærmere for den svenske ordning under udvalgsarbejdet.

Efter § 7 c skal Lægemedelstyrelsen bedømme medicinforbruget som en forudsætning for at give kronikere tilskuddet på de 100 pct. Det drejer sig faktisk om at gennemgå noget i retning af 25.000 ansøgninger, som der er lavet en beregning over i Medicinudvalgets betænkning, og så skal det konstateres, at der er et fagligt veldokumenteret behov. Det må betyde, at alle recepter skal gennemgås, eller hvordan?

Så må vi spørge: Er det ikke lidt administrativt bøvellet, og burde det ikke overvejes, om ikke det kunne gøres mere enkelt? Og samtidig kunne man så måske også se på patientens adgang til at kunne få støtte til det meget kostbare forbrug.

Et andet forhold, jeg vil berøre, er ansøgninger om enkelttilskud. Der er nogle læger, som tager sig betalt for at lave en ansøgning, og jeg synes, at man ved den lejlighed må spørge, om det er rimeligt over for patienterne. Det er faktisk en ekstra belastning oven i de nye regler, der nu gennemføres, og hvad med ansøgningerne fra kronikerne? Risikerer man nu også at skulle betale for dem? Det er også noget, vi gerne vil have diskuteret under udvalgsarbejdet.

Til gengæld er det en meget tilfredsstillende ændring, der indføres i referenceprissystemet i forbindelse med, at det billigste lægemiddel i en

referenceprisgruppe ikke kan leveres. Med den nye ordning sikres patienten det maksimale tilskud og dermed en mere fair behandling, og det er udmærket, at vi får bragt det forhold i orden.

Alt i alt støtter CD den model, der er foreslået. Det er jo som sagt også et led i finanslovsforliget, men vi mener bare, at der er nogle forhold, som vi gerne vil have kigget på, og som trænger til et nærmere eftersyn under udvalgsbehandlingen.

Morten Helveg Petersen (RV):

I Det Radikale Venstre er vi tilhængere af, at det fremtidige medicintilskudssystem indrettes, så tilskuddene i højere grad målrettes mod patienter med et stort behov for lægemidler.

Samtidig er det nødvendigt at sikre, at der ikke er syge mennesker, der vil undlade at købe den nødvendige medicin som følge af ændringen af medicintilskudssystemet.

Loven søger at tage højde for det forhold, at den årlige udgift til køb af lægemidler kan være beskeden for nogle medicinbrugere, men økonomisk stærkt belastende for andre, og dette har vi søgt at tage højde for ved at sammenholde sygesikringsloven med den sociale service-lov.

Der vil være nogle, der får større medicinudgifter, end de har i dag. Der vil her typisk være tale om mennesker med et relativt lille medicinforbrug. Med lovforslaget gradueres tilskuds-satserne efter, hvor stort et medicinforbrug man har. Derved sikres det, at ressourcerne flyttes fra patienter med et mindre, eventuelt forbigående forbrug til patienter med et større og måske varigt forbrug. Og det er Det Radikale Venstres opfattelse, at der hermed vil blive et mere retfærdigt medicintilskudssystem end det, der gælder i dag.

Hjælp til medicinkøb sker efter såvel reglerne i sygesikringsloven som efter de gældende regler i sociallovgivningen, hvor der bl.a. står i § 82, at kommuner kan yde hjælp til udgifter til bl.a. medicin, der ikke kan dækkes af anden lovgivning, såfremt ansøgeren ikke har økonomisk mulighed for at betale udgiften. Det vil sige, at der er et klart socialt sigte her.

Det er klart, at en sådan ordning som denne, eller som lovforslaget skitserer det, kræver en effektiv administration, og man bedes også bemærke, at ikrafttrædelsen af loven er sat et godt stykke frem i tiden, så man kan nå at oprette og

etablere de administrative systemer, der skal til, for at det her kommer til at fungere fornuftigt.

Der vil selvfølgelig være en masse konkrete ting, som det er relevant at kigge nærmere på i udvalgsbehandlingen, men alt i alt er Det Radikale Venstre positivt indstillet over for lovforslaget, og vi ser frem til udvalgsbehandlingen.

Frank Aaen (EL):

Der er ingen tvivl om, at man godt kan diskutere, om det gældende system skal laves anderledes, men det er efter vores opfattelse fuldstændig at lægge gift for en diskussion at starte med at sige, at der skal spares mindst 300 mio. kr., før vi kan gå i gang med at lave systemet om.

Og det er altså 300 mio. kr., der først og fremmest betales af folk, som har den ene forskel i forhold til alle mulige andre, at de har brug for medicin. Jeg ved godt, at nogle siger, at 546 kr., som det typisk ville kunne være for folk med et mindre medicinforbrug, ikke er noget særligt. Det er det altså for nogle mennesker. Og det er altså faktisk også sådan, at sygdom som så meget andet er fordelt asocialt i samfundet, således at lavere indkomstgrupper har højere sygdomsfrekvenser, højere medicinforbrug end andre befolkningsgrupper. Så det er dobbelt asocialt. Både fordi det rammer folk, der er syge, frem for dem, der ikke er syge, og det rammer også i højere grad folk med lave indtægter.

Vi synes, det er en asocial måde at samle penge sammen på, og igen: Hvad bruges pengene til? De 300 mio. kr. er jo igen en del af de penge, der kun går til ét, nemlig at finansiere skattelettelser til erhvervslivet. Der er ikke andre områder på finansloven, der virkelig får en begunstiggelse ud af det, som er lagt foran os med finanslovsforslaget, end det private erhvervsliv, aktieejere, landmænd. Det er penge fra syge mennesker til dem, der har rigeligt i forvejen. Det er det, det her forslag går ud på.

Hvis man går ud fra, at det her skulle være indkomstneutralt, ville vi gerne være gået ind i en diskussion om, hvordan sådan et system bedst muligt skrues sammen. Men vi går ikke ind og diskuterer et forslag, der som udgangspunkt har, at der skal spares 320 mio. kr.

Thorkild B. Fransgaard (FP):

Vor ordfører på området er desværre forhindret i at være til stede, men jeg skal på Fremskridts-

partiets vegne sige, at intentionerne i lovforslaget, om at tilskud til medicin især anvendes til personer med et stort behov, altså dem, der har en sygdom, der er livstruende, er rigtige.

Men lovforslaget her er for os at se igen for bureaukratisk, og det vil blive vanskeligt at administrere. En anden ting, vi er meget skeptiske over for, er, at der skal oprettes et landsdækkende register i Lægemiddelstyrelsen. Vi er lidt nervøse for, hvordan det kan benyttes eller udnyttes, som nu man vil, så vi ser meget skeptisk på det her lovforslag og vil formentlig sige nej, når vi skal til at stemme. Men lad os nu se, hvordan det går i udvalgsarbejdet.

Tove Videbæk (KRF):

Dette lovforslag går ud på at omlægge reglerne for sygesikringstilskud til lægemidler, så tilskuddets størrelse afhænger af den enkelte patients forbrug af tilskudsberettigede lægemidler, og således at de offentlige tilskudsmidler især går til personer med stort behov for medicin. Kristeligt Folkeparti støtter intentionen om, at de, som kun har en mindre udgift til medicin, nemlig mellem 0 og 500 kr. pr. år, selv må betale hele beløbet.

I Medicinudvalgets betænkning fra juni 1998 står der, at den nuværende medicintilskudsordning med den procentvise dækning af udgiften til det enkelte lægemiddel ikke længere sikrer, at ingen patient af økonomiske grunde afstår fra en relevant behandling med lægemidler.

Det nuværende tilskudssystem tager altså ikke højde for, at den årlige udgift til køb af lægemidler kan være beskeden for nogle medicinbrugere, men økonomisk stærkt belastende for andre. Medicinudvalget har derfor peget bl.a. på muligheden for at indføre et såkaldt behovsafhængigt tilskudssystem. Medicinudvalget og L 128 foreslår, at personer med et stort, varigt og fagligt veldokumenteret behov for lægemidler ydes et 100 pct.s tilskud til de udgifter, der overstiger en årlig egenbetaling på 3.600 kr., svarende til gennemsnitlig 300 kr. pr. måned. Reglen skal så afløse den såkaldte kronikerregel i den sociale lovgivning.

Herudover skal der fortsat i sociallovgivningen være bestemmelser, der supplerer sygesikringslovens regler om tilskud til medicin. Og her er det, jeg har en vis bekymring. Idet der henvises til sociallovgivningen, er det nødvendigt, at det samtidig med varetagelsen af denne lov sikres, at sociallovgivningen og vejledningen til dem, der skal administrere den, altså

kommunerne, er helt opdateret og klar og tydelig på dette område.

Mit skrækscenarie er, at der er syge mennesker, der står på apoteket og ikke har råd til den medicin, de har brug for, og derfor må lade den stå på apoteket.

Vi ved jo, at kommunerne administrerer på meget forskellig måde. På dette område ville det være direkte dødbringende eller helbredsødelæggende for alvorligt syge mennesker, hvis ikke kommunerne er med og administrerer loven menneskevenligt.

Hvis f.eks. en ung diabetiker ikke har råd til at købe den medicin, han eller hun har brug for, kan vedkommende i sin egen krop komme til at indbygge en bombe, som springer efter 10-15 år, hvor vedkommende så vil opleve blindhed, nyresvigt eller anden alvorligere sygdom eller handicap.

Især er jeg bekymret for de kronisk syge blandt enlige forsøgere, studerende på SU eller personer på almindelig forhøjet førtidspension.

Min største bekymring går på den første portion medicin, som disse mennesker skal købe under den nye regel. De skal her betale de første 500 kr. selv og får så 50 pct. i tilskud til beløb mellem 500 og 1200 kr., altså kan de risikere at skulle af med 850 kr., hvis de køber medicin for op til 1200 kr., og et endnu større beløb, hvis de skal købe medicin for flere penge.

850 kr. er mange penge for en person på SU eller en enlig forsøger. Det, jeg berører her, er et likviditetsproblem for de pågældende personer, og jeg vil spørge: Kunne man evt. indskrive i loven eller bemærkningerne en regel om, at kronikere, som man ved vil bruge medicin for over 2800 kr. om året, og som ved årets afslutning alligevel vil få de 85 pct.s tilskud, alene allerede fra det første køb af medicin kan få 85 pct.s tilskud til køb af medicin for over 500 kr?

Endelig har jeg en bemærkning vedrørende de personer, der er under 18 år, og som ikke omfattes af egenbetalingen på 500 kr. Min bemærkning går på, om personer under 18 er omfattet af kronikerreglen, eller rettere: Kan kronikere under 18 år komme til at betale mere end 300 kr. pr. måned, det fremgår nemlig ikke helt klart af forslaget?

Udgifter til medicin i familier med børn, der er kronisk syge, kan være en stor økonomisk belastning for disse familier, som i forvejen er pressede på grund af børns sygdom eller handicap. Disse familier skal ikke straffes, fordi de har et barn med dårligt helbred, tværtimod, de

skal hjælpes økonomisk, så deres hverdag kan komme til at fungere så smertefrit som muligt.

Med disse bemærkninger og spørgsmål in mente ser jeg frem til en positiv udvalgsbehandling af dette lovforslag.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Det har været nogle lange dage, og det er ikke unaturligt i december måned, men man må undres lidt, når man hører en ordfører, eller flere ordførere, for den sags skyld, som har været med til at lave det her forlig, udtale sig sådan, at man, hvis man sad som tilhører, ville være i tvivl om, hvorvidt de var for eller imod.

Både Kristeligt Folkeparti og andre partier har tilsluttet sig finansloven, de har været med i lange drøftelser om den her medicinaftale, og det lyder nærmest, som om de er imod, og det kan undre mig ganske gevaldigt. Der er ingen tvivl om, at hvis man læser forslaget, kan man klart se, at børn under 18 år er undtaget 500-kroners-egenbetalingen. Hvis børn under 18 år kommer ind under kronikerreglen, ja så vil de også være omfattet af det, og hvis man læser lidt på forslaget, kan man få megen fornuft ud af det. Derfor må jeg sige, at jeg er dybt overrasket over, at Kristeligt Folkeparti ikke har læst forslaget.

(Kort bemærkning).

Tove Videbæk (KRF):

Jeg kan berolige fru Lone Møller med, at jeg har læst forslaget og gjort det meget, meget grundigt, og har været med i forhandlingerne omkring medicintilskudsforslaget, som har været nogle meget positive og gode forhandlinger. Men de spørgsmål, som jeg her nævner, er spørgsmål, som jeg faktisk har ringet til Sundhedsministeriet om, men jeg har ikke rigtig fået nogen svar på dem.

(Kort bemærkning).

Hanne Andersen (S):

Jeg vil da gerne berolige Kristeligt Folkepartis ordfører med hensyn til bekymringen for, om nogle skulle være nødt til at forlade apoteket uden at kunne afhente den medicin, de har så hårdt brug for. Den regel, der findes i dag, om, at lægen til enhver tid kan skrive på recepten, at midlet skal udleveres, uanset om den enkelte patient har penge eller ej, fortsætter, den har været der altid, og den vil lægerne til enhver tid

kunne bruge, hvis det er folk i svær nød, og den regel er skrevet ind i loven denne gang.

Sundhedsministeren (Carsten Koch):

Jeg skal takke for en positiv modtagelse af lovforslaget.

Langt de fleste partier har støttet tanken om et behovsrettet tilskud, en ændring af tilskuddet på den måde, at de, der har store og måske også pludseligt opståede medicinudgifter, kan få lempelser af en betydelig størrelsesorden. Det er trods alt det, der er pointen i hele forslaget, nemlig at de, der har et beskedent forbrug, kan bidrage til så at sige at sikre sig, så hvis man lige pludselig skulle komme ud for et meget stort medicinforbrug, har man direkte fået en stor mulighed for at kunne holde sig mere eller mindre skadesløs.

Der er fastholdt en række undtagelser i loven, sådan som det er blevet nævnt. Børn under 18 år fritages for egenbetalingsgrænsen på 500 kr., kronikerreglen fastholdes, og servicelovens regler om hjælp til personer under særlige omstændigheder er også fastholdt, så jeg synes nok, vi må sige, at der på mange måder er tale om et forslag, der har den helt rigtige profil.

Jeg kan sige til fru Tove Videbæk, at som også fru Hanne Andersen nævnte, er der stadig væk mulighed for, at man som ubemidlet eller dårligt bemidlet kan få en særlig kredit. Det er der direkte mulighed for. Jeg kan også sige til fru Tove Videbæk, at kronikerreglen også gælder for børn under 18 år, så den fastholdes også.

Så må jeg afslutningsvis sige, at administrationsproblemstillingen, som er blevet nævnt af nogle af ordførerne, gør, at der er en ganske lang tilpasningstid. Det her er ikke hastearbejde. Det skal være sådan, at det kommer til at fungere, det skal være sådan, at der skal være mulighed for at indkøbe edb-systemerne, sådan at man ikke får de administrative problemer, man havde med den tidligere 800-kronersregel, så der er meget stor forskel på den tidligere 800-kroners-regel og den nuværende omfordeling. Det var dengang kun et simpelt spareforslag.

Herudover kan vi sige, at de administrative muligheder er langt større med det landsdækkende register og det edb-system, der skal etableres med direkte tilknytning til de enkelte apoteker. Det vil kunne lade sig gøre på en smidig måde.

Jeg ser frem til at få besvaret spørgsmålene hurtigt under udvalgsarbejdet og tilsiger al mulig støtte. Jeg skal nok svare så hurtigt, som jeg overhovedet kan.

Hermed sluttede forhandlingen, og lovforslaget overgik derefter til anden behandling.

Afstemning

Tredje næstformand (Poul Nødgaard):

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

Den næste sag på dagsordenen var:

23) Første behandling af lovforslag nr. L 125: Forslag til lov om ændring af lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. og lov om seniorydelse. (Efterlønsbevis, medlemsbidrag).

Af arbejdsministeren (Ove Hygum).
(Fremsat 2/12 98).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Lars Kramer Mikkelsen (S):

Det er svært at holde tingene adskilt. Det gælder også, når jeg nu skal præsentere Socialdemokratiets holdning til efterlønsbeviset og medlemsbidraget.

Det, der gør det svært, er begrænsningen, eller med andre ord: Kun sige noget om enkelte delelementer af finanslovforliget, for det bør læses og forstås i en sammenhæng.

Set med socialdemokratiske øjne er finanslovforliget en nødvendighed. Det er ansvarligt, og det er fornuftigt tale. Det er en aftale, der indeholder nogle stærke delelementer, som alle er med til at sikre, at velfærdssamfundet kan bestå også i fremtiden.

Efterlønnen består ikke i en uændret form, men den består som et reelt alternativ for lønmodtagere, der ønsker at trække sig tidligt tilbage fra arbejdsmarkedet. I de kommende 10 år vil antallet af 60-64-årige stige ca. 50 pct. fra de

nuværende omkring 250.000. På trods af denne voldsomme stigning i antallet af mennesker, der kommer i efterlønsalderen, har regeringen fået et så bredt forlig igennem, at ingen i fremtiden skal være i tvivl om, at efterlønsordningen nu er sikret, og at muligheden for at trække sig tidligere tilbage består.

Det kan godt være, at det hænger nogle ud af halsen, når de hører vendingen fremtidssikring af velfærdssamfundet. Ikke desto mindre er det den opgave, regeringen har påtaget sig, og nu er der skabt et politisk flertal for en sikring af efterlønnen, som alle vidste var i fare.

Socialdemokratiet har arbejdet hårdt for, at retten til at gå på efterløn skulle bevares også i fremtiden. Det er lykkedes på trods af den enorme stigning i antallet af ældre, og en af delaftalerne, der skal falde på plads for at kunne fremtidssikre efterlønnen, er netop dette lovforslag.

Socialdemokratiet kan ubetinget støtte dette lovforslag, og ud over hvad jeg tidligere har sagt, er der mange flere grunde til dette. Lovforslaget indeholder nogle klare forbedringer. Alle, der opnår efterlønsret, får allerede den 1. januar 1999 et efterlønsbevis. Efterlønsbeviset betyder, at selv om man bliver syg, opretholder man retten til at gå på efterløn. Sådan er det faktisk ikke i dag.

En anden og klar forbedring er, at man som kommende efterlønnere får sikkerhed for, at selv om man skulle gå ned i indtægt senere i det aktive arbejdsliv, får man ret til at få beregnet efterlønnens størrelse på grundlag af mindst det beregningsgrundlag, man har på tidspunktet for udstedelsen af efterlønsbeviset. Det er forbedringer, der er til at tage og føle på.

Efterløn er dyr for samfundet, men det er en ordening, som vi vælger at vi vil have råd til. Staten bruger mange milliarder kroner på ordningen, og indtil nu er det også gået, men hvis man er en ansvarlig politiker, er man også nødsaget til at se ind i fremtiden. Man høster, som man har sået, og det er nu, der skal sås, hvis der skal være noget at høste for de mange mennesker, der i de kommende år gerne vil på efterløn.

Velfærd er ikke en konstant, tværtimod, det er noget, der konstant skal arbejdes for, men det betyder ikke, at vi som politikere skal lukke øjnene for realiteterne. For 5-6 år siden havde vi et samfund med stor arbejdsløshed, i dag er der snarere mangel på arbejdskraft med den rigtige uddannelse, og jo bedre vi kan blive til at få