

rammerne og forudsætningerne for et stadig bedre fælles offentligt sygehus, hvortil alle har adgang, og vi deltager ikke under nogen forhold med nok så mange fine begrundelser i forslag, som efter vores opfattelse vil undergrave den stadige forbedring af kvalitet og muligheder og tilbud og derunder også valgmuligheder, som vi også har udbygget under denne her regerings tid på sundhedsområdet. Det deltager vi ikke i.

Der kan vi jo så have vores forskellige opfattelser af, hvad vi tror. Jeg er fuldstændig overbevist om, og regeringen er fuldstændig overbevist om, at hvis vi gik den vej, som Venstre anviser her, så er jeg ikke engang sikker på andet, end at resultatet ville blive et, som hr. Rudiengaard med de holdninger, jeg hører, også ville beklage. Den ulykke vil vi meget gerne forhindre hr. Rudiengaard og Venstre i at realisere, og derfor har jeg glædet mig over, at der i dag er et flertal imod det beslutningsforslag, der er fremsat.

Hr. Tom Behnke stillede et spørgsmål og ville gerne over i en helt anden diskussion. Den tager vi ved en anden lejlighed. Da der er flere sager på dagsordenen, tror jeg, at det ville være hensigtsmæssigt, da formanden jo også synes, at vi skal holde os til temaet. Det støtter jeg, så vi ikke afsporer debatten med noget helt andet.

Hermed sluttede forhandlingen, og forslaget overgik derefter til anden (sidste) behandling.

Afstemning

Anden næstformand (Henning Grove):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Skatteudvalget. 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 233: Forslag til lov om ændring af lov om offentlig sygesikring. (Ændring af medicintilskudsregler – europæiske gennemsnitspriser).

Af sundhedsministeren (Sonja Mikkelsen). (Fremsat 30/3 2000).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Hanne Andersen (S):

Den 1. marts i år udløb aftalen mellem sundhedsministeren og Lægemedelindustriforeningen. Aftalen betød, at humane receptpligtige lægemidler, dvs. lægemidler til mennesker, hvor der gives sygesikringstilskud, ikke kunne stige over de gældende priser, der var den 30. januar 1998. Håndkøbslægemidlerne kunne i samme periode ikke hæves mere end 5 pct. Aftaleperioden er nu udløbet, og det vil reelt sige, at priserne kan sættes op ud over det, der var aftalt frem til den 1. marts i år. Derfor har vi brug for dette forslag, og hensigten med forslaget er fortsat at sikre, at lægemidler i Danmark kan købes til den lavest mulige pris, det vil sige, så udgifterne for patienterne bliver så lave som muligt, og at der også er lavest muligt udgifter for det offentlige.

Lovforslaget skal sikre, at lægemidler ikke markedsføres til højere priser i Danmark end i det øvrige Europa. Hverken patienter eller det offentlige bør betale mere for lægemidler end det, der betales i det øvrige Vesteuropa.

Når medicintilskuddet fremover skal beregnes, vil det være væsentligt, hvordan priserne er i de andre EU- og EØS-lande. Sygesikringstilskuddet beregnes på grundlag af gennemsnittet af apoteksindkøbspriserne i de andre lande. Hvis dette gennemsnit er lavere end prisen i Danmark, suspenderes det generelle tilskud til et lægemiddel, hvis apoteksindkøbsprisen her i landet er højere end prisen i de øvrige nord- og mellemeuropæiske lande. Resultatet af disse ændringer vil blive, efter vores bedste mening, lavere priser på lægemidler i Danmark, så de kommer på samme niveau som i de øvrige lande i Europa, specielt i Nord- og Mellem-europa.

Konsekvensen af ikke at holde de danske priser på det niveau vil blive, at det generelle tilskud bortfalder. Det vil så betyde, at lægemidlet ikke er konkurrencedygtigt. Branchen vil naturligvis gerne være konkurrencedygtig, og den vil naturligvis også gerne have tilskud til det, den udbyder. Så resultatet vil blive til glæde for patienterne og de offentlige kasser, fordi man selvfølgelig vil tilstræbe at holde det niveau, der i øvrigt er.

Besparelserne for patienterne skønnes at blive 45 mio. kr. om året, for sygesikringen ca. 90 mio. kr. og for kommuner og stat ca. 4 mio. kr. Så får Lægemedelstyrelsen med forslaget også tilført de midler, der er nødvendige for at indhente de oplysninger, der er brug for, og for at udføre kontrollen.

Lovforslaget er i øvrigt i forlængelse af finanslovaftalen for år 2000, og så er det også i overensstemmelse med den gældende lovgivning og de gældende direktiver i EU, så vi kan støtte forslaget.

Preben Rudiengaard (V):

Dette lovforslag er en del af finanslovaftalen for år 2000, og forslaget forventes at give en samlet offentlig besparelse på 100 mio. kr. samt en besparelse for vores borgere på 45 mio. kr. omregnet i 1999-priser. Venstre tilsluttede sig aftalen på sundhedsområdet og kan derfor medvirke til de anførte besparelser.

Imidlertid finder vi, at der i lovforslaget er en række administrative knaster, som vi gerne vil have tilfilet, og det vil vi gerne prøve at gøre under det kommende udvalgsarbejde.

Pr. 1. marts i år bortfaldt aftalen med Lif om et prisloft. Derfor er vi også enige i, at det er nødvendigt, at vi på den ene eller anden måde sikrer, at lægemiddelpriserne opgjort i apotekernes indkøbspriser holdes i ro af hensyn til borgernes egenbetaling af lægemidler og så selvfølgelig også samfundsøkonomien.

Jeg vil også gerne ved denne lejlighed rose lægemiddelindustrien for, at man netop som led i den just afsluttede aftale sikrede, at der over en periode skete et fald i medicinpriserne, således at vi i Danmark stort set befinder os på det europæiske gennemsnitsniveau, hvad angår medicinpriser anført i apotekernes indkøbspriser.

Med dette lovforslag vil man sikre, at et præparat kun kan få tilskud fra den offentlige sygesikring, såfremt prisen ikke overstiger gennemsnitsprisen i EU- og EØS-lande, bortset fra Island, Liechtenstein og Luxembourg. Det er det, der hedder den europæiske gennemsnitspris. Ønsker en læge eller en patient et andet præparat, der afviger herfra, er det selvfølgelig klart ud fra dette system, at vi vil få en højere grad af selvbetaling.

Det generelle tilskud kan så suspenderes til præparatet, hvis apotekets indkøbspris her i landet ligger højere end apotekets indkøbspris i de øvrige nord- og mellemeuropæiske lande.

Og her vil jeg sige, at vi snakker om to ting: Europæiske gennemsnitspriser og nord- og mellemeuropæiske landes priser. I sidstnævnte er indregnet Frankrig og Belgien, som har relativt lave priser grundet nogle nationale regler.

I det kommende udvalgsarbejde vil Venstre se på rimeligheden af, at man i det ene gennemsnit fravælger de dyre lande og i det andet gennemsnit inkluderer de billigere lande. For os at se skal et gennemsnit baseres på et reelt gennemsnit uden eksklusion eller inklusion af lande, der nu aktuelt passer ind i det, man vil have som et ønsket gennemsnitstal.

Hvorledes skal vi forholde os, hvis der sker ændringer i andre end de nævnte lande? Skal vi så i loven f.eks. ekskludere f.eks. England eller Sverige? Jeg synes, der er nogle problemer, men dem vil vi gerne arbejde med i udvalget.

Lovforslaget lægger ligeledes op til, at lægemiddelproducenterne foruden ved introduktion af nye lægemidler også løbende til Lægemedelstyrelsen to gange årligt skal indberette apotekernes indkøbspriser og dokumentere forholdet til dette europæiske marked. Det vil her dreje sig om 4.000 tilskudsberettigede produkter. Jeg fandt hellere, at man undgik at belaste erhvervslivet yderligere og lod Lægemedelstyrelsen intensivere stikprøvekontrollen. Den har jo immervæk i lovforslaget fået 2½ årsværk at bruge på det her område. Vi skal ikke lægge flere belastninger på vores valutaskabende erhvervsliv end højst nødvendigt.

Ligeledes vil vi gerne se en mere specifik beskrivelse af, hvorledes der skal ske udregninger i europæiske priser for forskellige pakningsstørrelser; det ønsker vi specificeret. Og så skal der oprettes en database, og der er problemer omkring aktindsigt i denne.

Men alt i alt vil jeg gerne sige til ministeren, at vi tilslutter os hovedsigtet i det og ser frem til et konstruktivt udvalgsarbejde.

Henriette Kjær (KF):

I Det Konservative Folkeparti mener vi, der er behov for, at man har hånd i hanke med medicinpriserne. Det mener vi, fordi det offentlige betaler en stor del af udgifterne til medicin, ligesom de mennesker, der er i en situation, hvor de skal indtage medicin, har krav på at få deres lægemidler til en overkommelig pris. Vi synes derfor, at dette forslag er en fornuftig måde at holde priserne nede på, også set i lyset af, at prisaftalen med industrien udløb den 1. marts i år.

Alternativet til denne lov skulle have været en forlængelse af aftalen, men i erkendelse af, at den slags aftaler minder lidt om lappeløsninger samt i øvrigt skal genforhandles med jævne mellemrum, er det mere holdbart for alle parter, at man ved, hvad man har at rette sig efter. Ofte lider både apoteker, forbrugere og lægemiddelindustrien under, at vi laver nye regler hele tiden, så jo mere langsigtet, jo bedre.

For at lovforslaget ikke skal udvikle sig til en administrativ byrde for de folk, der skal arbejde med det, er der et par punkter, vi vil tage op til drøftelse i udvalget. Lif er nemlig kommet med et par indvendinger, som jeg sådan set godt kan støtte. De mener, at § 7 g, stk. 2, måske er lige omstændeligt nok med indberetning hver sjette måned. Dette er jeg umiddelbart enig i, da vi jo ikke har til formål at pålægge et erhverv nye administrative byrder. Så kan vi på nogen måde gøre det mere smidigt, mener Det Konservative Folkeparti, at vi skal lægge os i selen for at gøre det så let tilgængeligt som muligt.

Men alt i alt et godt forslag med et par knaster, som vi håber at kunne hævle af under udvalgsbehandlingen.

Anni Svanholt (SF):

Vi har længe i SF ønsket at få gjort noget ved medicinindustriens høje priser. Vi har også tidligere stillet forslag om det.

Vi betaler for meget for medicin i Danmark i forhold til andre lande i Europa, og det forslag, som behandles her i dag, er ét blandt flere med det formål at organisere et modspil til medicinalmonopolerne fra det offentlige. Vi mener, at almindelige forbrugere skal betale mindre, og at industrien skal betale mere, og samfundet, det vil sige skatteyderne, skal også have en gevinst i form af mindre udgifter.

Baggrunden for dette forslag er Sundhedsministeriets betænkning »Organisering af lægemiddelsalget i Danmark« fra november sidste år. Nogle af forslagene fra betænkningen blev taget med i finanslovforhandlingerne for år 2000, og det er vi i SF godt tilfredse med. Det drejer sig om udbud i licitation af synonyme lægemidler og rabat til apotekerne ved omkostningsbesparende indkøb. Rabatterne skal jo deles mellem apotekerne, det offentlige og forbrugerne.

Vi synes, det offentlige skal bruge sin køberrolle til at skabe et effektivt modspil til medicinalfirmaerne og importørerne, der typisk er meget monopoliserede sælgere. Det offentlige

har i alt for høj grad accepteret medicinalmonopolernes høje priser og ladet skatteyderne og borgerne betale. Ved at sætte tommeskrueerne hårdere på medicinalindustrien kan der her spares penge på medicintilskuddene, som så skal bruges til at gøre kræftbehandlingen bedre, udbygge genoptræningen og lave mere forebyggelse.

Hvad angår hensynet til patienterne, borgerne kan man her sige, så mener vi, at ingen borger nogen sinde må komme i den situation, at der skal betales den fulde pris for et lægemiddel, og en patient, der er kroniker, skal heller ikke betale mere end maks. 3.600 kr. efter de nye regler. Det håber jeg at sundhedsministeren her i dag kan bekræfte.

Vi mener, der skal lægges vægt på høringsvarene. Vi har lagt særlig mærke til det hørings svar, der er kommet fra Ældre Sagen, som ønsker, at lovforslagets regler kun gælder for lægemidler, hvor der er mulighed for substitution, og hvor mindst ét af lægemidlerne har fuldt tilskud. Det mener jeg at man bør vurdere nærmere under udvalgsarbejdet.

En anden side af sagen er også information til lægerne og borgerne. Det er klart, at det er lægerne, der udskriver recepterne til borgerne, patienterne, og det er meget nødvendigt, at de er velinformerede om, hvilke priser der er på produkterne. Derfor er vi meget tilfredse med, at en del af finanslovaftalen også indebærer, at der skal gives en styrket information til lægerne og til patienterne om, hvordan man kan vælge den bedste og billigste medicin.

Vi støtter lovforslaget, men ønsker under udvalgsarbejdet at få dyrket de nævnte ting her.

Jeg skal på vegne af hr. Frank Aaen fra Enhedslisten sige, at Enhedslisten afviser forslaget og vil stemme nej.

Birthe Skaarup (DF):

Dansk Folkeparti er som bekendt ikke med i finanslovforliget for i år, og det her forslag indgår jo som en del af aftalen på sundhedsområdet. Men vi er af den mening i mit parti, at vi i videst muligt omfang bør sikre, at borgerne får medicinpræparater til de lavest mulige priser.

Lovforslagets indhold er, at intet lægemiddel kan få generelt tilskud, såfremt apoteksindkøbsprisen ligger over en nærmere defineret gennemsnitspris på det pågældende lægemiddel, som gælder i Nord- og Mellemeuropa; det har adskillige af medlemmerne allerede været inde på.

Et andet element i forslaget er, at netop disse lægemidler skal indgå i det tilskudssystem, som blev indført ved finansloven for 1999, og som vi i Dansk Folkeparti var og er stærke modstandere af.

Men tilbage til det egentlige forslag:

Vi må indrømme, at de offentlige udgifter til medicin er stigende. Hvert eneste år volder denne udgiftspost vældige problemer i samfundsøkonomien. Men her må jo så tilføjes, at befolkningen bruger mere medicin, og at der til stadighed udvikles nyere, men også dyrere præparater på markedet, selvfølgelig også til gavn for brugerne.

Jeg er overbevist om, at også medicinindustrien har taget sit ansvar for udviklingen i udgifterne derved, at den enkelte virksomhed har nedsat sine priser og bidraget til den aftale, som blev indgået i 1998, og hvor det offentlige fik en besparelse, både i 1998 på 125 mio. kr. og i 1999 på 320 mio. kr. Men vi må se i øjnene, at konsekvenserne af forslaget bliver, at tusindvis af brugere af bestemte lægemidler kan komme til at skifte deres sædvanlige præparat ud med et andet præparat, vel at mærke hvis de vil have tilskud til medicinen, såfremt dette præparats indkøbspris her i landet er højere end indkøbsprisen i de øvrige EU- og EØS-lande.

Hvad gør brugerne, såfremt de ikke kan tåle disse billige præparater, og såfremt de ønsker at bibeholde den kendte medicin? Det kan være, at sundhedsministeren kan svare på det, enten i dag eller på et andet tidspunkt. Og hvad med de ældre? De kan meget nemt gå hen og blive forvirrede over det, der sker på det her område i øjeblikket.

Selvfølgelig skal medicinindustrien tjene penge som alle andre, men hvorvidt den gennem årene har tjent mere, end nogle mener den skulle have gjort, kan altid diskuteres. Selvfølgelig skal der være en vis indtjening, således at udviklingen og forskningen til stadighed kan finde sted til gavn for patienterne og befolkningen som helhed.

Jeg vil også påpege, at vi her i landet har en meget høj moms på medicin, men også virksomhederne får nye byrder med det her forslag, og det ser vi med meget stor alvor på. Det kan ikke være rigtigt, at man skal indberette disse europæiske priser til Lægemiddelstyrelsen to gange om året. Det vil vi meget gerne have set på under udvalgsarbejdet.

Også det, at alle disse forslag etapevis kommer på apoteksområdet, synes vi er rigtig dår-

ligt og ikke særlig hensigtsmæssigt. Med hensyn til Liechtenstein, Island og Luxembourg er disse lande ikke med i beregningerne. Har det sin rigtighed? Er det, fordi befolkningsgrundlaget er mindre, eller er det, fordi medicinpriserne er højere i disse tre lande, og at man så vil hæve det samlede prisgennemsnit.

Det er nogle af de spørgsmål, som vi i Dansk Folkeparti gerne vil have svar på enten her eller i det videre udvalgsarbejde.

Yvonne Herløv Andersen (CD):

Dette er et af forslagene på medicinområdet, som vi har lovet hinanden på tro og love i forbindelse med finansloven, og ideen med det er så at få mindsket udgifterne til medicinen.

Det, man gerne vil have, er medicintilskud efter europæiske gennemsnitspriser, og det forventes, at forslaget så vil medføre besparelser på sådan omkring 100 mio. kr. om året. For sygesikringen bliver det 91,8 mio. kr., og for kommunerne bliver det en mindredgift på 8,7 mio. kr. Kommunerne får imidlertid 50 pct. af udgiften refunderet af staten, også på det, der jo bliver kaldt medicinkort, så kommunerne får jo sådan set kun en reel mindredgift på 4,3 mio. kr., og det får kommuner og amter så udlignet via deres bloktilskud. Det med, at patienterne også skulle få en billigere medicin, synes jeg ikke fremtræder særlig tydeligt.

Man kunne så kalde forslaget for en indirekte priskontrol, idet tilskuddet suspenderes, hvis tilskuddet ligger over nord- og mellemeuropæisk gennemsnitspris. For patienten bliver der en højere egenbetaling, og det skulle så give patienten et incitament, står der, til at vælge et andet præparat.

Men det mener jeg jo ikke at man som patient har så forfærdelig meget begreb om, så det er vel patientens læge, der skal motiveres til at udskrive en billigere medicin. Så er der jo det at sige til det, at hvis lægen så fastholder, at det skal være den type medicin, skal han vel søge – det kan man vel stadig – enkelttilskud, og hvis folk er i den situation, så er det mange gange også det offentlige, der betaler medicinen, og så bliver det et spørgsmål, om man når sit sparemål.

På spørgsmålet i øvrigt om egenbetaling har vi da til hensigt at følge op på den seneste tids udvikling. Jeg får, tror jeg, sammen med mange andre ordførere mail ind om, hvordan den nye ordning, vi har sat i kraft, virker. Det her drejer sig om egenbetaling, og det er jeg på nuværen-

de tidspunkt overbevist om at vi har nogle problemer med, så det synes jeg vi skal følge op på.

Men det her er så også en form for egenbetaling, som jeg ikke synes er særlig acceptabel, og derfor vil vi prøve i udvalget at afsøge, hvor stort området bliver, altså hvad det kan komme til at dreje sig om. Det er imidlertid vanskeligt at sige på forhånd, men vi kunne jo gøre øvelsen sammen.

Når jeg siger, at det er et spørgsmål, om det er realistisk at nå sparemålet, så er det, fordi der er lavet en prisundersøgelse i januar i år, offentliggjort i februar, som viser, at de danske medicinpriser snarere ligger i den lavere ende af de europæiske priser end i den højere. Og de oplysninger er så kommet fra en undersøgelse, der er foretaget på Lifs foranledning og foretaget af professor i sundhedsøkonomi Hans Keiding, Københavns Universitet.

Samtidig med det har Jørgen Bartels Petersen fra Sundhedsministeriet om de her tal til Dagens Medicin udtalt, at besparelsen bygger på et løst skøn, men han mener, at forslaget vil virke i forhold til de præparater, hvor vores priser er i top, mens en gennemsnitsberegning jo ikke betyder så meget. Så er spørgsmålet, om man får det ind, man gerne vil have.

Her til sidst vil jeg bare sige, at vi jo i de sidste 10 år har fået parallelimport og derefter substitution med billigere, parallelimporterede præparater, generisk substitution, originals substitution, hvor navnet på de udenlandske varianter er anderledes, og udmåling af tilskud foregår efter priser i andre EU-lande i stedet for efter dansk pris, og så et helt nyt tilskudssystem pr. 1. marts. I forbindelse med det tillægges der indberetning til det centrale tilskudsregister med en lavere pris end den, som patienten har betalt, nemlig når der er tale om, at EU's prisgennemsnit er lavere end den danske pris. Og så er der prisaftalen, der udløb i marts.

Så jeg mener, at det er et utrolig indviklet system. Det ville være rigtig, rigtig godt at vende op og ned på det, og nu supplerer vi det så med et utrolig kompliceret lovforslag. Men CD har gennem finanslovaftalen lovet sin støtte.

Inger Marie Bruun-Vierø (RV):

Som tidligere sagt gennemfører lovforslaget et af elementerne i finanslovaftalen for år 2000.

Lovforslaget har til formål at sikre, at lægemiddelvirksomheder ikke markedsfører deres produkter til højere priser i Danmark end i det øvrige Europa. Og det er jo vældig fornuftigt, at

hverken patienterne eller det offentlige skal betale mere for lægemiddelvirksomhedernes produkter, end man gør i det øvrige Vesteuropa.

Det er forventningen, at forslaget vil reducere lægemiddelpriserne i Danmark, med lavere udgifter for det offentlige og patienterne til følge. Nu må vi så se, om det holder stik. Vi har alle hørt udsagn om, at priserne allerede er på niveau med europæiske gennemsnitspriser, og skulle det være sandt, får vi desværre ikke så stor en besparelse som forventet, men det ændrer ikke ved, at lovforslaget her har fat i den lange ende.

Der er nok ikke tvivl om, at lægemiddelvirksomhederne som følge af de foreslåede bestemmelser som minimum vil prissætte deres lægemidler på gennemsnitsniveau med de øvrige nord- og mellemeuropæiske lande. Baggrunden for denne forventning er, at sættes priserne ikke ned til et nord- og mellemeuropæisk prisniveau, bortfalder det generelle tilskud, hvorefter læger og patienter, i det omfang det er muligt, sandsynligvis vil vælge andre lægemidler.

Man kan diskutere, om bureaukratiet i forbindelse med prisovervågningen er blevet for omfattende i forhold til målet. Det er Det Radikale Venstre parat til at diskutere og selvfølge også de andre ting, som ordførerne har bragt op her i aften. Men alt i alt ser Det Radikale Venstre frem til både en hurtig og en konstruktiv udvalgsbehandling.

Tove Videbæk (KRF):

Målsætningen med dette lovforslag er at nedbringe medicinudgifterne i Danmark. Hvis en apotekspris på et lægemiddelpræparat i Danmark er højere end gennemsnittet af priserne for det samme produkt i et antal lande i Europa, så suspenderes den offentlige sygesikrings tilskud til køb af dette lægemiddel.

Når den gennemsnitlige pris for Europa skal findes, så vil man ifølge forslaget undlade at tage lande som Island, Liechtenstein og Luxembourg med, men det virker egentlig urimeligt og egentlig også utrolig velgennemtænkt, at man udelader de dyreste lande, når gennemsnittet skal udregnes. En undersøgelse, der blev foretaget på Københavns Universitet for nylig, viser jo, at priserne i netop disse tre lande er højere end i Danmark, og samme undersøgelse viser også, at de danske apoteksindkøbspriser ligger i den lavere ende i Europa.

Det er med gennemsnitspriser for samme slags medicinpræparater i det hele taget en

utrolig svær sag, for f.eks. et præparat som Kodimagnyl er jo meget almindeligt i Danmark. Det findes ikke i andre europæiske lande, men der findes masser af præparater med næsten samme sammensætning og med samme virkninger og bivirkninger.

Så hvad er det, man så kan eller skal sammenligne med? Hvornår er det det samme lægemiddel i forskellige lande? Og hvordan finder man ud af at sammenligne en dåse medicin med en flaske medicin eller en lille eller en stor pakning med det samme eller et lignende medicinpræparat? Hvordan sammenligner man?

Derudover vil der også blive påført lægemiddelvirksomhederne, altså erhvervslivet, en bunke ekstra administrativt bøv, og det synes jeg er utroligt at V og K kan gå med til. Lægemiddelvirksomhederne skal to gange om året indberette koncernens priser på 4.100 produkter, nemlig antallet af tilskudsberettigede medicinpræparater. Det eneste helt sikre resultat af dette lovforslag er et nyt og meget stort bureaukrati, en masse ekstra administrativt bøv.

Når der i forslaget står, at de administrative konsekvenser for erhvervslivet er begrænsede, så virker det godt nok som en voldsom underdrivelse. Men det værste ved denne sag er dog, at forslaget kan ende med at forringe medicinbrugernes vilkår, for hvornår får de så tilskud, og hvornår gør de så ikke? Og hvad sker der egentlig for en patient, hvis tilskuddet til hans eller hendes normale medicin pludselig falder væk? Hvad gør man så?

Nu har vi jo lige indført nye regler for medicintilskud, og der barsles også med et nyt lovforslag om liberalisering på apoteksområdet. Virker det så ikke som en utrolig dårlig timing, som noget rod, lige nu, midt i det hele, at komme med det her lovforslag og gøre borgerne usikre og utrygge igen over for medicin og medicintilskud? Hvorfor lige nu?

Jeg er godt klar over, at lovforslaget er et resultat af en forhandling en mørk nat før jul, og at statsregnskabet og finansloven skal hænge sammen, men hvorfor skal det gå ud over syge mennesker – igen?

Kristeligt Folkeparti er lykkeligvis ikke forpligtet til at støtte dette forslag, som endnu en gang gør borgerne usikre og utrygge, og det eneste helt sikre, man opnår med forslaget, er en masse ekstra administrativt bøv for lægemiddelvirksomhederne.

Tom Behnke (FRI):

Som det er sagt, er formålet med forslaget at få nogle lavere medicinpriser – og de er jo ganske høje i forvejen – både af hensyn til økonomien i den offentlige sektor og af hensyn til brugerne af de forskellige medicinske præparater.

Om man vil nå det mål med forslaget her, er der jo sat seriøse, saglige spørgsmålstejn ved, og der er ingen tvivl om, at udvalgsbehandlingen jo må afdække, om man nu også når det, som ministeren har tænkt sig. F.eks. står der jo under de økonomiske konsekvenser, at det for nogle medicinbrugeres vedkommende vil betyde øgede udgifter, og dér kunne det jo være rart at få afdækket helt præcist, hvor mange det er, vi taler om. Hvor mange penge er det, vi taler om? Hvad er det for nogle præparater, man forventer at det vil ske for? Er vi helt sikre på, at der vil kunne parallelimporteres lignende præparater, således at man har alternative valgmuligheder, eller er der nogle præparater, hvor der kun findes én slags, så man derfor er tvunget til at bruge lige præcis den slags?

Man når det så er sagt, vil jeg også godt sige, at vi i Frihed 2000 går positivt til udvalgsbehandlingen af det her forslag. Vi mener faktisk, at sigtet og målet med forslaget er rigtigt, og kan det lade sig gøre, så støtter vi det selvfølgelig.

Det er også sådan, at hver eneste gang vi giver tilskud til et eller andet, så er det med til at skubbe priserne opad, fordi producenten af medicamentet ved, at der gives tilskud, og dermed kan man lade prisen stige. Jeg kan huske, at vi i sin tid under betegnelsen Fremskridtspartiet fremsatte forslag om, at begravelseshjælpen skulle forhøjes. Det blev den også, og der gik kun ganske få dage: Vupti, så kostede begravelserne lige pludselig præcis det mere, som man nu havde fået mere i tilskud.

Sådan går det jo nogle gange: Når man forhøjer nogle tilskud eller giver nogle tilskud, så stiger priserne af sig selv, fordi forbrugerne i den sidste ende jo ikke ser den samlede regning, men skal bare betale deres del og derfor ikke kan sammenholde prisen med det produkt, de egentlig modtager.

Det samme har vi set med hjemmeserviceordningen: Efter at der er kommet en hjemmeserviceordning, hvor der er tilskud, ja, så er kunderne jo sådan set ligeglade med, hvor høj regningen er brutto. Det, de kigger på, er bundlinjen, hvor meget de selv skal betale, og dermed har man mulighed for at forhøje priserne,

uden at kunderne løber skrigende væk af den grund.

Derfor er tilskud selvfølgelig problematisk. Dermed være ikke sagt, at vi skal fjerne tilskuddene, for de kan være ganske nødvendige, specielt når vi taler om medicin, og specielt når vi taler om medicin til de kronisk syge.

Det modsatte fænomen gør sig jo også gældende, når vi taler om tilskud, men her er det det modsatte, der gør sig gældende, nemlig afgifter. De tårnhøje afgifter, vi har i Danmark på f.eks. biler, betyder jo, at nettopriserne for bilerne i Danmark, når man importerer bilerne, jo faktisk er de laveste i hele Europa. Bilfabrikkerne ved, at hvis de overhovedet skal kunne afsætte deres biler i Danmark, er de simpelt hen nødt til at dumpe priserne, for når først vi lægger 180 pct. tilskud oveni, så skal forbrugerne have mulighed for at kunne købe bilerne.

Så altså tilskud eller afgifter kan være med til at regulere, hvor meget producenten vil forlange for sit produkt for overhovedet at kunne afsætte det på markedet.

Derfor tror jeg på, at ministeren har ramt rigtigt med, at hvis man går ind og siger til en producent, at produktet simpelt hen er for dyrt, simpelt hen er så dyrt, at vi enten må begrænse eller helt fjerne tilskuddet, så vil producenten selvfølgelig ikke stoppe med at levere varerne til Danmark, så vil han rette priserne ind, så det stadig væk kan lade sig gøre at afsætte produktet i Danmark.

Så vi tror på ideen, men vi mangler lidt dokumentation, og det håber vi at udvalgsbehandlingen kan råde bod på.

Sundhedsministeren (Sonja Mikkelsen):

Først vil jeg gerne takke ordførerne bredt for en positiv opbakning til lovforslaget. Det tyder jo på, at vi også forholdsvis hurtigt kan gøre det færdigt. Jeg skal i hvert fald gøre, hvad jeg kan for, at vi så hurtigt som muligt får opklaret de spørgsmål, der er rejst fra de forskellige ordføreres side, og som vi selvfølgelig kan vende tilbage til under udvalgsarbejdet.

Jeg vil godt sige lidt generelt om det med medicinalindustriens opgaver i denne her sammenhæng:

Der var nogle, der var dybt bekymrede for, om medicinalindustrien nu kunne klare den opgave, det er at indberette hvert halve år på det her område. Og jeg vil gerne gøre opmærksom på, at jeg tror, det var fru Tove Videbæk, der gjorde sig skyld i en lille misforståelse. Det kan

godt være, det er, fordi det ikke står tydeligt nok i bemærkningerne, men så vil jeg gerne præcisere det. De enkelte medicinindustrier skal selvfølgelig kun indberette for egne produkter, som de har i koncernen, og som de sælger i Europa. Så det dér med, at de skal indberette for 4.100 præparater hvert halve år, holder jo altså ikke. Det skal man lige være opmærksom på.

Så vil jeg også gøre opmærksom på, at den samme industri har jo altså ingen problemer med at bruge den ordning, vi har med, at de kan regulere prisen hver 14. dag. Det kan de godt finde ud af at indberette.

Så jeg er ret sikker på, at medicinalindustrien også er indstillet på at løse denne her opgave for os. Vi har sådan set ikke andre til at gøre det, for det er jo ikke priser, der er tilgængelige på anden måde.

Så er der rejst nogle spørgsmål om, hvorvidt prispresen virker, og om den virker hensigtsmæssigt eller den virker uhensigtsmæssigt. Det vil jo vise sig. Det er jo altid et skøn, om prispresen virker i den retning, som vi ønsker os. Vi har haft en prisaftale her indtil den 1. marts 2000. Nu erstattes den af et nyt system her, og jeg tror faktisk, at det vil virke. Jeg tror sådan set, at hr. Tom Behnke har ret i, at medicinalindustrien vil indrette sig efter den måde, vi her efter tilrettelægger priserne på. Så det tror jeg såmænd nok de vil gøre.

Så vil jeg gerne gøre en enkelt bemærkning om det med, at vi kan suspendere tilskuddet til et præparat, hvis det ikke har en pris, der er acceptabel inden for det system, vi nu etablerer. Dér vil jeg gerne sige til udvalget, at jeg påtænker at indføre det med en vis forsinkelse og offentliggørelse, forstået på den måde, at vi offentliggør på forhånd, når vi konstaterer, at der er et produkt, som vi ikke længere kan give tilskud til, fordi det simpelt hen ikke holder prisen, det ligger for højt. Så offentliggør vi, at nu går det middel altså ud af tilskudssystemet, og dermed i virkeligheden også, at man selv må købe det uden tilskud, hvis man skal have det fremover, men at det først sker i løbet af f.eks. 3 måneder, sådan at der er en tilpasningsmulighed både for lægen og patienten, men i virkeligheden også for lægemiddelindustrien til at indrette sin prisdannelse efter, at man stadig væk er på markedet.

Og det er selvfølgelig med henblik på at sikre, dels at det pres på prisen, som vi ønsker, opretholdes, og dels samtidig at give en vis mu-

lighed for, at man kan tilpasse sig den her situation.

Og dermed tror jeg faktisk, at vi har besvaret de spørgsmål, der blev rejst bl.a. af fru Anni Svanholt. Her er en metode, som kan løse nogle af de problemer, der kan være forbundet med nogle enkelte, der kan komme i klemme, hvis deres medicin pludselig ikke længere findes med et tilskud på markedet. Så den metode vil jeg gerne nøjere præcisere over for udvalget i forbindelse med udvalgsbehandlingen.

Det var jo nemt at høre på fru Tove Videbæk, at Kristeligt Folkeparti ikke er omfattet af finanslovaftalen. Til gengæld var det vanskeligt at høre på fru Yvonne Herløv Andersen, at CD er omfattet af finanslovaftalen.

Det beklager jeg sådan set, for jeg mener egentlig, at vi her gør det fornuftigt og ordentligt og har fokus rettet imod det, det drejer sig om, nemlig at holde priserne nede. Og hvem er det, det er til gavn for? Ja, det er primært til gavn for patienterne, som jo er dem, der må holde for i den sidste ende, hvis det er sådan, at priserne ikke bliver holdt nede.

Men så er det selvfølgelig også til gavn for den offentlige kasse, for den betaler jo en stor del af det også. Og jeg synes måske, at fru Yvonne Herløv Andersen ligesom glemte perspektivet i det, der er ærindet med de her forskellige initiativer, vi tager for at holde prisen i ro og holde prisen nede på medicin, så de danske patienter ikke skal betale mere, end man skal i andre lande.

Så vil jeg også gerne gøre en enkelt bemærkning omkring vores medicintilskudsordning. Jeg får også mange breve på det dér område, men jeg vil gerne sige, at gennemgående er det nu mit indtryk, at den ordning, vi fik etableret pr. 1. marts, faktisk fungerer udmærket.

Så er der nogle, der er utilfredse, men det er jo, fordi de er utilfredse med den betaling, de skal af med første gang, de er på apoteket. Men der har vi jo været vidende om, at det var sådan, det ville fungere, så det er jo ikke fordi, det ikke fungerer. Der er ikke praktiske vanskeligheder forbundet med denne her ordning.

Der har været nogle enkelte apoteker, der har problemer med deres egne edb-systemer. Det arbejder de selvfølgelig med at få udbedret, det har de vel i stor udstrækning fået afsluttet. Men generelt må vi sige, at det har været en forbausende fin introduktion af det nye system, vi har gennemført pr. 1. marts.

Så det synes jeg ikke at man kan klandre nogen for. Det er rigtigt, at der er nogle, der er utilfredse med den nye metode, men det var vi klar over, da vi besluttede os for det, og det kan jeg ikke se at der er nogen grund til at vi ændrer på med de henvendelser, i hvert fald jeg får på det her område.

(Kort bemærkning).

Tove Videbæk (KRF):

Sundhedsministeren mente, at jeg havde sagt, at det var hver medicinalvirksomhed, der skulle indberette 4.100 produkter, men det var naturligvis ikke det, jeg sagde. Det, jeg sagde, var derimod, at medicinalindustrien eller lægemiddelvirksomhederne altså som en sum skal indberette prisen på 4.100 forskellige medicinpræparater to gange pr. år, og det vil jeg gerne holde fast ved.

(Kort bemærkning).

Yvonne Herløv Andersen (CD):

Det er jo ikke rart at bedrøve ministeren, når døgnnet går på hæld. Men det, ministeren taler om, er henstandsordningerne, og jeg tror, vi sådan stort set får de samme breve og mail, og det er henstandsordningerne, der er problemer med, således så man ikke bare skal betale de 300 kr., der kommer. Det synes jeg der er god grund til at kigge på, for det er jo det, vi var så bekymrede for.

Den anden del af det er, at det er et spørgsmål om tro og beregninger. Og jeg har altså ikke nogen stålsat tro på, at man kan nå sparemålet, hvis det er rigtigt, hvad der bliver sagt. Jeg tror da på, at en professor i sundhedsøkonomi ved Københavns Universitet har sin integritet i behold, selv om han bliver bedt om at medvirke ved en undersøgelse. Så jeg er i tvivl om det med gennemsnitspriserne, så det er deraf tvivlen kommer om at nå sparemålet.

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

Afstemning

Anden næstformand (Henning Grove):

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, be-

tragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den sidste sag på dagsordenen var:

23) Første behandling af lovforslag nr. L 234: Forslag til lov om ændring af lov om sygehusevæsenet. (Hospice og frit sygehusvalg).

Af sundhedsministeren (Sonja Mikkelsen).
(Fremsat 30/3 2000).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Karen J. Klint (S):

En af Danmarks store forfattere, Steen Steensen Blicher, siger i »Hosekræmmeren«: »Den største sorg i verden her er dog at miste den, man har kær«. Det er et smukt og meget sandt citat, som alle kommer til at opleve indholdet af flere gange i livet. Selv om det er længe siden, at Steen Steensen Blicher skrev »Hosekræmmeren«, er det fortsat svært for mange mennesker at forholde sig til døden og til det at miste. Det er fortsat noget, ikke enhver får talt om med sine nærmeste, omend vi jo alle ved, at det sker for os hver og én på et tidspunkt.

Nogen åbenhed om livets afslutning har vi dog fået, det er blevet lettere at være omkring sine nære i den sidste tid, uanset om denne tilbringes derhjemme, i en plejebolig, på et sygehus eller på et hospice. Dels fordi der kan gives orlov til og vederlag for at passe en alvorlig syg slægtning, og dels fordi man de forskellige steder har bedre muligheder for at være til stede og sammen med den alvorligt syge.

Og uanset det svære i sådanne situationer er holdningen i dag, at livet gerne skal leves fuldt og helt lige til den sidste stund. Det at leve et godt liv i dødens nærvær er en krævende udfordring for såvel den syge som for de pårørende.

Der er derfor brug for øgede valgmuligheder for, hvor og hvordan man ønsker at tilbringe sin sidste tid. Der er brug for, at vi alle sætter fokus på god pleje af svært og uheldredeligt syge, uanset om de vælger behandling til eller fra. Derfor er det godt, at der ved finanslovaftalen

for i år blev indgået en aftale om, at de eksisterende private hospicer sidestilles med andre private specialsygehuse og kommer med i lov om frit sygehusvalg, omend det sker inden for en fastlagt økonomisk ramme. Det aktuelle lovforslag begrænser ikke de pågældende hospicer til kun at give tilbud inden for denne ramme. Kan de skaffe finansiering hertil, må de gerne udvide kapaciteten.

Den socialdemokratiske gruppe kan støtte forslaget.

Ester Larsen (V):

Hospicetanken er relativt ny her i landet, og det er udelukkende i kraft af privat engagement og privat initiativ, at vi har fået indført hospicer i Danmark. Og det skylder vi disse institutioner endog meget stor tak for.

Det arbejde, der udføres på vores hospicer, kan ikke andet end aftvinge umådelig respekt og anerkendelse. Her har man vist, hvordan der kan skabes harmoniske og værdige forhold for uheldredeligt syge. Her tages der omhyggeligt vare på smertelindring og på alt, hvad der opleves som plagsomt på både legeme og sjæl. Omsorgen omfatter det hele menneske og ikke alene det, der tages vare på nære pårørende også. På hospice giver man hjælp til at leve med døden i vente.

Den indsats, der udføres på danske hospicer, er så værdifuld, at det er helt afgørende, at arbejdets videreførelse kan sikres, og det er også præcis Venstres begrundelse for at støtte lovforslaget.

Det ville være helt uansvarligt, hvis Folketinget passivt var tilskuer til, at de økonomisk truede hospicer måtte lukke. Men det, der bekymrer os, er, at regeringen har valgt at benytte sygehusloven til at løse problemet.

Det er umiddelbart et uheldigt signal, der gives, i og med at et hospice er noget ganske andet end et sygehus. Men ved at indlemme hospicer i sygehusloven på den måde, der er lagt op til, bliver de økonomiske rammer for de eksisterende institutioner løvbundne og fastlåst. Og dertil kommer, at når løsningen af de eksisterende hospicers problemer klares på denne måde, bliver det meget svært at se, hvorledes nye lignende initiativer skal se dagens lys.

Rundt om i landet samles mange mennesker, rigtig mange mennesker, i støtteforeninger, der arbejder ihærdigt for oprettelse af hospicer i form af selvejende institutioner.