

Lovforslaget sattes til forhandling.

### *Forhandling*

**Torben Lund (S):**

Jeg vil gerne starte med at sige, at jeg er lidt overrasket over, at sundhedsministeren uden videre har fremsat dette forslag i Folketinget, idet et flertal allerede ved åbningsdebatten sådan set markerede, at man ikke ønskede tanker af denne art fremmet. Jeg skal sige på den socialdemokratiske folketingsgruppes vegne, at vi afviser forslaget i sin helhed, det vil sige, vi afviser alle tre dele, der vedrører medicintilskudsreglerne.

Hvad er det så, vi afviser, og med hvilke begrundelser? Sundhedsministeren vil nedsætte de generelle tilskud til medicin fra 75 til 60 pct. og fra 50 til 30 pct., man vil fuldstændig fjerne tilskuddet til antibiotika, og endelig vil man omlægge tilskudssystemet, sådan at tilskuddet ikke alene bliver nedsat til nogle andre procent-satser, men også udmåles efter det billigste synonympræparats pris, når der er flere præparater inden for den samme lægemiddelgruppe. Det er det, man kalder et fastkronetilskud.

Det kunne måske lyde meget uskyldigt, men jeg vil godt afvise disse forslag af seks grunde, og jeg skal gøre det meget kort. For det første er det ikke rigtigt, som man postulerer, at der skulle være et overforbrug af medicin her i landet. Tværtimod er det sådan, at danskernes forbrug af medicin, hvis vi sammenligner det internationalt, er forholdsvis lavt.

Der er heller ikke belæg for at sige, at de danske tilskudsregler skulle være særlig gunstige i forhold til de regler, vi kender andre steder. De er ikke imponerende i forhold til de regler, vi kender i f.eks. Sverige og Norge, og slet ikke, hvis vi ser på det i forhold til kronisk syge. Endelig betyder de tre forslag, at man vil nedskære medicintilskuddene med 40 pct., som bliver overvæltet, ikke på samfundet som sådan, men på de syge, på patienterne. Det er altså patienternes andel, der skal stige tilsvarende. Det er selvfølgelig helt uantageligt og asocialt, så det brager.

Jeg vil også godt for det fjerde sætte et spørgsmålstegn ved, om der overhovedet er en besparelse at hente ved den måde, man vil gennemføre ændringer i tilskudsreglerne på, for hvordan bliver virkningen for de personer, som

har vanskeligt ved at betale denne meget dyre medicin, hvad bliver resultatet? Virkningen bliver, at de udskyder deres medicinindtagelse, at de måske undlader det helt i en periode, fordi de ikke har pengene til medicin. Hvad bliver så virkningen for vores offentlige sundhedsvæsen? Ja, vi møder de samme mennesker med nogle flere skavanker, nogle flere lidelser, andre steder i sundhedsvæsenet, nemlig på vores sygehuse. Konsekvensen vil meget nemt blive flere indlæggelser og indlæggelser over længere tid. Jeg tror, at i den store sammenhæng vil der ikke være noget at hente økonomisk ved at lave denne form for besparelser.

Det sidste, jeg vil tage frem, er nedsættelsen af det såkaldte fastkronetilskud. Den vil ensidigt være vendt imod den forskende og den udviklende del af medicinindustrien. Det er en udpræget favorisering, man her foretager af kopipræparaterne. Jeg synes, det er en besynderlig erhvervspolitik, men det er i virkeligheden også en besynderlig lægemiddelpolitik, der er tale om, for vi har brug for, at der bliver udviklet så mange nye og bedre sundhedsmidler og lægemidler som overhovedet muligt, så vores afvisning er i hvert fald klar.

Afvisningen betyder dog ikke, at der ikke skal spares på medicinområdet. Jeg mener, der skal spares ved at tage fat om nældens rod, nemlig de skyhøje medicinpriser, vi har her i landet, og ved at kigge på lægernes ordinationspraksis. Derfor har Socialdemokratiet også i dag offentliggjort, at vi ønsker en offentlig prisgodkendelse for lægemidler, der markedsføres her i landet, naturligvis med en stærk understregning af, at der i denne prisfastsættelse skal tages hensyn til udvikling og forskning i vor medicinindustri af de grunde, jeg nævnte før, altså en beskyttelse af originalpræparaterne. Som det er i dag, er prisfastsættelsen på medicin fuldstændig ude af offentlig kontrol. Man kan fra importører og fabrikanter tage den pris på det danske marked, som man mener det danske marked, de danske forbrugere og de danske tilskudsregler kan bære, og det synes vi ikke er rimeligt. Det er dér, der bør sættes ind med offentlig prisgodkendelse for lægemidler, der skal markedsføres i Danmark.

Jeg synes også, vi bør kigge på apotekernes avance, og det, jeg specielt her vil rette blikket imod, er, at man har en meget, meget høj avance specielt på de dyre præparater og på de til-

[Torben Lund]

skudsberettigede præparater. Vi ser gerne, at man lægger avancen om på apotekerne, sådan at den avance, man kan tage på apotekerne, står i et rimeligere forhold til de omkostninger, apotekerne har ved at distribuere, ved at sælge det pågældende præparat, altså avancen skal sættes ned på den dyre, receptpligtige medicin. Der vil med gennemførelsen af de forslag være op imod en ½ mia. kr. at spare.

#### Grove (KF):

Det lovforslag, regeringen lægger frem her, er en opfølgning af den aftale, der er truffet mellem regeringen og Amtsrådsforeningen. Baggrunden er den store stigning, der er sket på dette område inden for de sidste år og vel specielt det sidste år, hvor man kan se en stigning i 1988 på op til 15 pct. Hvis man følger lidt med i avisdebatten og budgetdebatterne i amterne, har det været et af de områder, man havde ønsket at se på. Derfor er det meget rimeligt, at regeringen fremkommer med et forslag, der løser nogle af de problemer, som amterne står med, og som de ønsker løst.

Det består som sagt af tre dele, hvor man på forskellige områder nedsætter tilskudsprocenten. Det er klart, at hver gang man nedsætter et tilskud, vil der være mange, der skælder ud. Men det har også vist sig mange gange, at man ved at fjerne nogle tilskud øger prisbevidstheden blandt brugerne og blandt dem, der ordinerer, og dermed får man en naturlig afdæmpning af forbruget. Procenterne er jo ikke så store, at det skulle resultere i det, som hr. Torben Lund sagde, at ingen tør gå til læge, fordi de ikke har råd til det, for der er jo taget højde for de socialt svage stillede over anden lovgivning.

Det andet, man prøver, er med hensyn til synonympræparater, hvor man i stedet for en tilskudsprocent går over til et fast kronebeløb. Jeg kan godt se de problemer i det, som hr. Torben Lund rejser, når man gør det på den måde. Men lige meget hvordan man ændrer noget, så er der problemer i det. Den offentlige prisfastsættelse, som hr. Torben Lund foreslår, vil også give nogle store problemer. Jeg tror, at det foreslåede er den snildeste måde at gøre det på, og mange af synonympræparaterne har kørt med registrering i 5 eller 10 år, og så har de tjent de forskningspenge ind, man har sat i dem. Jeg er ikke i tvivl om, at det vil medføre en bedre rådgivning, og at læger, der skal ordinere, også

tænker lidt forbrugsmæssigt, ser det fra forbrugers synspunkt, og det var også meningen med det.

Det tredje, fjernelse af antibiotikatilskuddet, penicillintilskuddet osv., kan man også diskutere, men der har jo været megen kritik af, at man bruger for meget penicillin. Man bruger det til en del sygdomme, hvor det ikke er nødvendigt, og man ville måske fjerne en del af dette misbrug ved at gennemføre denne ordning. Derudover er det jo ikke i disse tilfælde de dyreste midler, vi taler om, så også på den måde tror jeg det er meget fornuftigt. Jeg synes, det er rimeligt, at man i Medicintilskudsnavnet får betalerne med ind, så de også er med til at rådgive om det, der sker.

Alt i alt kan vi fra konservativ side anbefale dette lovforslag. Jeg ville i hvert fald være meget betænkelig ved at skulle gå over til en offentlig prisfastsættelse, for det er utrolig svært at gå ind i en offentlig prisfastsættelse. Jeg tror, konkurrencen på længere sigt er betydelig bedre til at få fornuftige priser frem.

(Kort bemærkning).

#### Torben Lund (S):

Jeg vil blot sige til hr. Grove, at jeg synes faktisk, man næsten har valgt den dårligste løsning, hvis man også vil prøve at undgå problemer netop ved at favorisere kopipræparaterne så ensidigt, som man her gør. Det er jo ikke rigtigt, at man i den forskende del af industrien i øjeblikket har mulighed for at hente midlerne hjem til forskning og udvikling i den beskyttelsesperiode, man har.

Vi er i den mærkelige situation, at man fra dansk side rent faktisk har fastlagt den korteste beskyttelsesperiode mellem de muligheder, EF giver. Derfor er jeg lidt ked af, industriministeren ikke er her, for jeg ville gerne have spurgt ham, hvorfor man har valgt den korteste periode. Vi har kun en 6-årig beskyttelsesperiode her i landet, hvorimod man i de store medicinindustrilande, som ligger omkring os, har brugt 10 år som beskyttelsesperiode. Det havde måske været fornuftigere, at man havde taget det spørgsmål op.

I øvrigt vil jeg sige om antibiotikaen, at det kan lyde meget uskyldigt, at det drejer sig om de kortvarige sygdomme; men det er til gengæld, hvis vi endelig skal fremhæve en gruppe, som dette særligt vil komme til at berøre, blive

[Torben Lund]

børnefamilierne, som jo i udpræget grad i forbindelse med børnesygdomme benytter penicillin og anden antibiotika. Det synes jeg er meget uheldigt.

(Kort bemærkning).

**Grove (KF):**

Nu går jeg ud fra, at hr. Torben Lund er enig med mig i, at det ikke er hjemmemarkedet, der kan redde alle forskningsprojekterne for vore firmaer. Det er vel forhåbentlig den mindste del her, så den side af sagen kan ikke slå det i stykker i hvert fald.

Man har diskuteret meget, om ikke man har brugt for meget penicillin inden for børnesygdommens område. Ved virussygdomme ved alle jo, at der ikke er brug for penicillin, men man har måske haft en tilbøjelighed til ofte at ordinere det alligevel for en sikkerheds skyld. Nu bliver der en mulighed for at tænke sig om to gange i stedet for, og det sker der aldrig noget ved. Det vil hr. Torben Lund også erfare. Når man tænker sig om to gange, kan det være, man ser det fornuftige.

**Tommy Dinesen (SF):**

Da mit partis ordfører, fru Birgitte Husmark, ikke kan være til stede, skal jeg her fremlægge SF's synspunkter.

Stillet over for disse forslag til lovændringer, altså nedsættelse af tilskudssatserne fra 75 pct. til 60 pct. og fra 50 pct. til 30 pct. samt fjernelse af tilskuddet til antibiotika må vi i SF endnu en gang stille spørgsmålet: Ud fra hvilke sundhedspolitiske overvejelser har sundhedsministeren fremsat disse forslag? Hvis det er ud fra den i regeringen så moderne plan om adfærdsregulering, altså et ønske om et mindre forbrug på disse tilskudsberettigede former for medicin, er det måske på sin plads at minde om, hvad indikationsgrundlaget for at ordinere de former for medicin, der i øjeblikket får tilskud, er. Det bliver givet til medicin, der for 50 pct.-medicinens vedkommende har en sikker og værdifuld terapeutisk effekt og for 75 pct. af medicinens vedkommende desuden anvendes til veldefinerede, ofte livstruende sygdomme. Det er disse former for medicin, som syge mennesker nu skal til at betale endnu mere for.

Bruges der ikke for meget medicin i Danmark, vil nogen nok spørge. Svaret er helt enkelt og klart: Jo, det gør der. Forbruget kan

godt nedsættes, og forbruget skal nedsættes. Her tænker vi specielt på forbruget på plejehjem og i andre former for institutioner, hvor undersøgelser har vist, at jo mere personale, jo bedre aktivitetsmuligheder, jo mindre brug er der for nerve- og sovemedicin.

Men tilbage til forslaget. Hvis sundhedsministeren mener, at der finder et overforbrug sted af den lægeordnede medicin, er det hos lægerne, man skal satse på en adfærdsregulering, således at der kun ordineres terapeutisk virksom medicin i den nødvendige mængde. Det ville være sundhedspolitik, og det er blevet praktiseret af en gruppe læger på Djursland med et markant fald i ordinationsmængden til følge. Her skete reguleringen ud fra et sundhedsmæssigt kriterium og ikke ud fra et privatøkonomisk, som uvægerlig vil komme til at få social slagside. Dette er f.eks. helt tydeligt netop for penicillinets vedkommende. De, der har det største forbrug, er småbørnsfamilier i dårlige boliger. Jeg har meget svært ved at se, hvordan dette forslag harmonerer med det dagsordensforslag, som fru Kirsten Lee den 14. januar 1988 fik vedtaget med bl.a. de nuværende regeringspartiers stemmer, et forslag, der som et af sine punkter havde nedsættelse af et sagkyndigt udvalg, der skal fremsætte forslag, der kan sikre forbrugerne såvel som det offentlige de lavest mulige priser og omkostninger.

Til sidst et par ord om den mest komplicerede del af forslaget, nemlig omlægningen af tilskud, der nu skal beregnes i forhold til det billigste af synonyme præparater. Begrundelsen for dette forslag er bl.a., og jeg citerer fra bemærkningerne til lovforslaget:

»Ordningen skal motivere lægerne til at ordinere det billigste af flere ligeværdige præparater af hensyn til patientens egenbetaling.«

Videre begrundes forslaget med, at der vil blive lagt op til en øget priskonkurrence. Her kan vi fra SF's side kun håbe på, at det omtalte udvalg vil vise sundhedsministeren, hvor kompleks og uigennemsigtig prisdannelsen er på dette område, med frit råderum for al mulig profitdannelse. Dette forslag om synonympræparater indebærer mange uafklarede spørgsmål: Hvordan vil man sikre, at man vurderer helt ligeværdige former for medicin? Vil det ikke kræve mange undersøgelser på grund af den øvrige del af medicinens komponenter? Hvordan vil samspillet mellem fabrikanterne blive

[Tommy Dinesen]

med hensyn til hyppige ændringer af f.eks. pakningsstørrelser? Vil denne ordning ikke lukke op for et uanet vurderingsbureaukrati, uden at man opnår andet end det, der kunne nås ved en aftale med lægerne? Over for denne del af forslaget er vi yderst skeptiske.

Med hensyn til de øvrige punkter er SF, som det fremgår, kategorisk imod regeringens fremgangsmåde.

Sluttelig er vi i SF naturligvis enige i ministerens bemærkning i forslaget om, at en ordning med skriftlige oplysninger om medicinens bivirkninger vil vise sig at dæmpe forbruget. Derfor stillede vi et forslag derom i sidste samling, så her er vi helt enige.

### Jørgen Winther (V):

Venstre synes, at nærværende lovforslag er særdeles fint. Lovforslaget indeholder dels, at tilskuddene til afsnit I-medicin ændres fra 75 pct. til 60 pct. og for afsnit II-medicin fra 50 pct. til 30 pct. Endvidere er der forslaget om, at synonympræparater fremover skal have ændret tilskuddene, sådan at der bliver et fast kronetilskud, som er ens for de forskellige præparater. Især dette fastkronetilskud synes vi er særdeles påtrængende og rimeligt. I dag er tilskudsreglerne indrettet således, at det firma, der forlanger en høj pris for præparatet, også opnår et højere offentligt tilskud til samme præparat, det kan ikke være rimeligt. Der er mere logik i, at helt ensvirkende præparater skal have samme tilskud, ikke i procenter, men i faste kroner.

Man kan illustrere fastkronetilskuddet med to lige gode gigtmidler, Naprosyn og Bonyl. De virker begge to udmærket mod gigtsmerter i f.eks. knæ og hofte. 100 Naprosyntabletter på 500 mg koster i dag 609 kr. 100 tabletter Bonyl koster 345 kr., altså næsten det halve.

Som reglerne er i dag får begge præparater 50 pct. tilskud, hvilket vil sige, at Naprosyn, som jo er dyrest, også får langt det største kronetilskud.

Med dette lovforslag ændres tilskuddet til disse præparater nu fra 50 pct. til 30 pct., og samtidig gives så et fastkronetilskud ud fra prisen på det billigste præparat, altså Bonyl.

De nye regler medfører således, at patienten af egen lomme fremover skal betale 503 kr. for 100 Naprosyn, mens patienten kun skal betale 242 kr. for 100 Bonyl. Altså kommer der nu en prisforskel, som patienten virkelig kan mærke,

idet han skal betale mere end det dobbelte for et identisk præparat.

Efter min opfattelse kan der overhovedet ikke være tvivl om, at de nye tilskudsregler vil tilskynde patienter til at være mere bevidste om prisen på den medicin, der ordineres. Samtidig er jeg også overbevist om, at praktiserende læger og praktiserende speciallæger fremover vil være endnu mere interesserede i og opmærksomme på, hvad prisforskellen er på de ensvirkende præparater, for nu vil patienterne nemlig virkelig kunne mærke forskellen i pris.

Fjernelsen af tilskud til antibiotika synes jeg er rimelig. I dag er der efter min opfattelse et kraftigt overforbrug af antibiotika. Vi har også set, at ørelæger i de senere år næsten helt er holdt op med at give antibiotika for f.eks. mellemørebetændelse. Det er en god udvikling, for jo mindre penicillin et barn får, des bedre bliver antistofopbygningen og dermed modstandskraften.

Hr. Torben Lund fra Socialdemokratiet taler mere for en offentlig prisfastsættelse end for at få et fastkronetilskud til synonympræparater. Det undrer mig, for det er sådan, at ikke en eneste patient i Danmark vil blive ramt af, at man får dette fastkronetilskud. Patienterne kan bare snakke med deres læge om at få et andet præparat end det, som lægen nu ordinerer. Men jeg vil gerne erkende, at mange praktiserende læger skriver et lidt for dyrt præparat ud, fordi de er vant til det og det ligger i hånden; dér har reklamerne nok også haft indflydelse.

Jeg kan altså konstatere, at Socialdemokratiet afviser et forslag, hvori der er en god fornuftig besparelse, uden at det overhovedet rammer en eneste patient. Det undrer mig.

(Kort bemærkning).

### Torben Lund (S):

Jeg er glad for, at det var hr. Jørgen Winther, der fremhævede dette eksempel med to gigtpreparater og den kæmpestore prisforskel, der er på det danske marked for to tilsyneladende ens præparater.

Til gengæld skuffer hr. Jørgen Winthers konklusion mig, for det havde været rimeligt ikke at udsætte patienterne for selv at komme til at betale denne kæmpedifference i priserne, men at fjerne den risiko ved at lave en offentlig prisgodkendelse for præparaterne. Dermed er vi i hvert fald sikre på, at man ikke vælter en ned-

[Torben Lund]

gang i prisen på det dyre gigtpreparat over på patienterne, men at den afholdes i et andet led. Jeg er helt sikker på, at patienterne ville finde, det var en god og fornuftig ordning.

Jeg er i øvrigt også sikker på, at man fra medicinfabrikanter og medicinimportørers side ville finde, det var en mere rimelig ordning end at favorisere de kopipreparater, som jeg var inde på før, hvilket skaber ekstra vanskeligheder for den forskende og udviklende del af medicinindustrien.

Offentlig prisgodkendelse er jo ikke noget nyt her i verden. Tværtimod er det sådan, at langt de fleste lande, vi normalt sammenligner os med, har en eller anden form for offentlig prisgodkendelse for medicin. Det gælder Norge og Sverige, og det gælder Margaret Thatchers England. Hun er da ikke udpræget socialist, men hun har også set fornuften i, at det offentlige på dette vigtige sundhedsområde, som medicin jo er, får en mulighed for at være med til at fastlægge, hvad medicinprisen skal være, frem for at det er overladt til de frie markeds kræfter.

(Kort bemærkning).

**Kirsten Lee (RV):**

Nu er hverken Norge, Sverige eller England kendt som medicinproducerende lande i større udstrækning, hr. Torben Lund. Hr. Torben Lund bemærkede før, at det var en underlig form for erhvervsstøtte, som der her kunne være tale om. I den anledning kunne jeg godt tænke mig at spørge, hvad hr. Torben Lund egentlig tror der vil ske, såfremt den medicinindustri, som eksporterer for ca. 3 mia. kr. om året, får prisfastsættelser, for det er jo sådan, at udlandet typisk sætter prisen efter, hvad man kan få på hjemmemarkedet.

(Kort bemærkning).

**Jørgen Winther (V):**

Til hr. Torben Lund vil jeg sige, at det, der præciseres her, netop er forskellen på socialistisk tankegang og liberal tankegang. I Venstre tror vi mere på de frie markeds kræfters spil, og det får vi med dette fastkronetilskud. I og med at synonyme præparater får samme fastkronetilskud, har man muligheder for at regulere prisen fra medicinalfirmaernes standpunkt.

Alt i alt må man konstatere, at fastkronetilskuddet på ingen måde rammer patienterne.

(Kort bemærkning).

**Torben Lund (S):**

Det sidste forudsætter i hvert fald, at hr. Jørgen Winthers kolleger blandt praktiserende læger er lige så ansvarlige, som jeg forstår hr. Jørgen Winther vil være, og altid vil være opmærksom på at ordinere det billigste præparat, sådan at man ikke får en højere patientbetaling for præparaterne. Jeg gad nok vide, om det i praksis vil vise sig at være sådan.

Men det, der egentlig kaldte mig herop, var fru Kirsten Lees bemærkninger. Fru Kirsten Lee er åbenbart også blevet grebet af den tankegang, som man altid kommer med fra medicinfabrikanternes side, og som bygger på, at prisen på det danske marked er helt afgørende for, hvad prisen kan blive på det udenlandske marked. Jeg synes, at MEFA, medicinfabrikanternes forening, meget dygtigt i mange år har fremført det synspunkt. Jeg ved også, de bruger den praksis at starte med at forhøje priserne her i landet, derefter forhøjer de priserne i udlandet, og så kan de bevare den myte, at man er nødt til at forhøje priserne her i landet for at få højere priser i udlandet. Det er en meget dygtig politik fra medicinfabrikanternes side.

Jeg har spurgt folk i medicinbranchen, og når man kommer lidt tættere på, så er det, ligesom den myte ikke rigtig holder længere, men man har selvfølgelig haft en interesse i at benytte den. Nej, man taler om, at det godt kan være, det har en betydning i nogle arabiske lande eller et andet sted, hvad man kan få på det danske marked, men der er ikke nogen, der reelt tror på, at Vesttyskland, England, USA og andre lande, som vi handler med på medicinområdet, lægger vægt på, hvad medicinprisen er i Danmark, når de skal fastlægge, hvad man kan tage for medicinen på de andre markeder. I Vesttyskland er der slet ingen priskontrol, så der er ikke noget at tage hensyn til på det danske marked.

Men det, jeg vil sige med dette, er, at jeg synes, medicinfabrikanterne har været utrolig dygtige. Jeg tror bare ikke på myten. Når man kommer lidt tættere på, er det, ligesom myten begynder at krakelere lidt.

(Kort bemærkning).

**Grove (KF):**

Nu lader hr. Torben Lund, som om han igen

[Grove]

nem sin offentlige prisfastsættelse vil tage hensyn til udviklingsfonden for medicinfabrikkerne.

Der blev nævnt to synonympræparater her. Hvordan vil hr. Torben Lund fastsætte priserne på dem? Skal det være sådan, at den ene ligger højt, og den anden, for kopipræparatet, skal sættes langt ned? Hvordan vil hr. Torben Lund sørge for, at de penge går til de fabrikker, der udvikler?

Når hr. Torben Lund holder fast på de 75 pct., er det jo for at give et direkte tilskud til fabrikken, det er ikke så meget til patienterne, for de kommer også til at betale 25 pct. af den dyre medicin. Hver gang man sætter prisen op, så koster det også patienterne mere.

Var det ikke bedre, at vi gav bedre forhold for virksomhedernes forskning, i stedet for at støtte den indirekte over medicinpriserne? Det er det, regeringen her lægger op til. Vi siger: Lad os give tilskud til patienterne og ikke til fabrikkerne. Skal vi lave bedre forskningsmuligheder, så lad os se på det på anden måde i stedet for, som hr. Torben Lund foreslår, at køre videre med den gamle travet, som har mange forkerte elementer i sig.

**Første næstformand (Knud Østergaard):**

I løbet af eftermiddagen vil vi vende tilbage til ordførerrækken.

Men først fru Kirsten Lee for en kort bemærkning.

(Kort bemærkning).

**Kirsten Lee (RV):**

Jeg er enig med hr. Torben Lund i, at medicinalfabrikkerne er meget dygtige i deres markedsføring og til at fortælle, hvordan de fastsætter prisen.

Når hr. Torben Lund taler om konkurrence, må hr. Torben Lund forklare, hvorfor medicinalfirmaerne skulle blive mere konkurrence-dygtige af prisfastsættelser. Hvorfor er der ikke nogen tilskyndelse til blot at blive ved med at sætte priserne op, når man automatisk yder 75 pct. eller 50 pct. til ethvert produkt, som medicinalfirmaet kunne finde på at sende på markedet? Der er ikke megen konkurrence i det.

(Kort bemærkning).

**Torben Lund (S):**

Ikke desto mindre er det sådan, at så længe der ikke er nogen prisgodkendelse, kan firmaerne sætte prisen op på præparaterne, lige så længe det går, lige så længe de kan holde omsætningen, og det er naturligvis også det, man gør, med den sikre virkning, at præparater, der har 75 pct.s tilskud, koster det offentlige de 75 pct. og forbrugerne de 25 pct. Det er det, der sker, når man har muligheden for at sætte priserne op uden nogen offentlig godkendelse. Derfor synes jeg, at målsætningen burde være, at vi skulle prøve at få priserne ned. Det ville være til nytte både for det offentlige og for patienterne.

Men i øvrigt vil jeg gerne sige til det, hr. Grove var inde på, at der findes flere modeller for, hvordan man kan lave en offentlig prisgodkendelsesordning. Hvis man kigger efter i EF-papirerne omkring dette spørgsmål, kan man læse om omkostningsmodeller og avancemodeller, og der findes flere andre måder at gøre det på. Det skal jeg ikke gå i detaljer med her.

Der er for mig ingen tvivl om, at man kan lave et sådant godkendelsessystem, også med virkning, for det har man gjort hos vennerne i England, og man har gjort det i Norge og i Sverige. Det mest praktiske er, at i samme øjeblik man godkender et præparat til markedsføring på det danske marked, godkender man samtidig prisen.

**Pia Dahl (FP):**

Det er en mærkelig fornemmelse, at Fremskridtspartiet et langt stykke hen ad vejen er enig med Socialdemokratiets ordfører, hr. Torben Lund, dog med den ene undtagelse, at vi gerne vil gå ind i en positiv udvalgsbehandling af punkt 4 i § 1 om tilskuddet til synonyme præparater.

Når jeg siger det, så vil jeg samtidig understrege, at vi også vil se positivt på, at man eventuelt forlænger den reelle patentløbetid. Således skulle man kunne imødekomme medicinalindustriens indvendinger mod dette forslag. Hvis præparaterne for nærværende måske kun har en reel patentløbetid på mellem seks og otte år, kunne man eventuelt forlænge den.

Vi må gå imod den generelle nedsættelse af procentsatserne fra henholdsvis 75 pct. og 50 pct. til 60 pct. og 30 pct.

Med hensyn til fuldstændig at afskaffe tilskud til penicillin skal jeg sige, at vi i Frem-

[Pia Dahl]

skridtspartiet bestemt ikke finder, at det er her, vi skal starte. Jeg finder også, at man må tage hensyn til de følgesygdomme, der kan komme, hvis man undlader at ordinere pencillin. Det synes jeg er værd at tale en hel del om i udvalget.

Selvfølgelig kan vi heller ikke se positivt på Socialdemokratiets forslag om offentlig pris-kontrol. Vi går naturligvis ind for en fri pris-konkurrence.

Jeg vil sige til Det Radikale Venstre og fru Kirsten Lee, at jeg føler, Det Radikale Venstre modsiger sig selv, når man nu siger, at det er rigtigt, hvad medicinalindustrien siger om, at hjemmemarkedsprisen er afhængig af, hvad vi kan få på eksportmarkedet. Så finder jeg det besynderligt, at Det Radikale Venstre i det hele taget kan være med til at stille dette forslag, fordi det kommer til at gå den modsatte vej, så man kan altså forvente, at vi ikke længere kan få de 3 mia. kr. i vores slunkne valutakasse.

#### Kirsten Lee (RV):

Det er underligt, at sygesikringsudgifterne til medicin stiger kraftigt i en befolkning, som hører til blandt verdens sundeste.

Næsten alle Folketingets partier indser nødvendigheden af, at der skæres i de offentlige udgifter. Det Radikale Venstre støtter det forslag, sundhedsministeren her fremsætter, og som skal ses på baggrund af, at der i kommunerne er ønsket om at begrænse sygesikringsudgifterne til medicin.

Forslaget betyder ikke, at patienternes sundhedstilstand på nogen måde kompromitteres. Medicinudgifterne vil stige for nogle patienter. Det vil typisk være for mennesker, der også har betalingsevne. Fordi man er syg, betyder det ikke nødvendigvis, at man ikke har betalingsevne. Vi føler ikke, at det er så urimeligt, at man i stedet for at betale 14-15 kr. for en halsbetændelse skal betale 40 kr. eller mindre end prisen på to pakker cigaretter.

Vi har i lovforslaget undtaget pensionister, kronisk syge og bistandsklienter. De får tilskud, ganske som de plejer.

Der er for os ingen tvivl om, at forbruget af medicin er for højt, og der står masser af ubrugt medicin med offentlige tilskud i folks medicinske. Det har utallige undersøgelser vist.

Prisen på medicin her i landet er høj, og den er bl.a. høj på grund af de meget høje offentlige

tilskud. De omlægninger af tilskud, der her er tale om, vil efter vores opfattelse utvivlsomt øge konkurrencen i medicinalindustrien, og man kan forvente et prisfald. Det er ikke fornuftigt, at det offentlige automatisk yder tilskud til ethvert præparat – uanset prisen – som et medicinalfirma sender på markedet, når blot produktet er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Det er efter vor opfattelse rimeligt, at det offentlige tilskud fastsættes efter prisen på et synonymt præparat, og hvorfor skulle man dog så ikke tage det billigste?

Meningen med de ændringer, der er foreslået her, er også, at lægernes ordinationsvaner ændres til billigere præparater. Tilskyndelsen her til bliver langt større, fordi der bliver betydelige prisforskelle inden for de enkelte præparat-grupper.

Jeg vil i den forbindelse spørge sundhedsministeren, om hun vil overveje at indføre en regel om, at lægerne kan markere recepten på en eller anden facon, f.eks. med et kryds, hvorefter apotekerne kunne være forpligtet til at udlevere det billigste præparat i gruppen til patienten. Det vil ikke være et indgreb i lægernes frie ordinationsret, idet de vil have en valgmulighed, men vi erkender, at det er temmelig uoverskueligt for lægerne at vurdere prisforskelle. Lægerne kan så forblive i deres gamle rutiner, men ved at sætte et kryds på recepten kan de vise, at såfremt de ikke har ordineret det billigste præparat, kan apotekeren få lov til at finde det til patienten. Det vil blive nemmere i de kommende år, fordi man via edb-systemerne kan følge priserne.

Vi støtter sundhedsministerens forslag.

(Kort bemærkning).

#### Torben Lund (S):

Fru Kirsten Lees bemærkning om, at det her primært vil ramme personer med god betalingsevne, faldt mig for brystet. Gælder det efterlønsmodtagere f.eks., dagpengemodtagere, sygedagpengemodtagere eller børnefamilierne? Folk, som er dagpengemodtagere ikke på grund af arbejdsløshed, men på grund af sygdom, er typisk i en situation, hvor de har brug for lægemidler. Er der lavet særlige sociale kompensationsordninger for personer, der er så uheldige at være på sygedagpenge og bl.a. derfor har brug for medicin?

[Torben Lund]

Når fru Kirsten Lee også nævner de kronisk syge, synes jeg, man retfærdigvis må sige, at reglerne om kronisk syge ikke er imponerede her i landet. Det er rigtigt, at vi har et maksimum på 500 kr. om måneden; altså 6.000 kr. om året risikerer kronisk syge at skulle betale. Det er 6 gange så meget, som den samme gruppe skal betale i Sverige, og det er godt og vel 6 gange så meget, som den samme gruppe skal betale i Norge.

Jeg synes, det er en stærkt udtalelse, at dette her primært vil dreje sig om personer med god betalingsevne. Det er simpelt hen ikke rigtigt.

(Kort bemærkning).

**Kirsten Lee (RV):**

Hvis hr. Torben Lund havde hørt efter, sagde jeg ikke noget om god betalingsevne, jeg sagde betalingsevne.

**Lis Noer Holmberg (CD):**

Da man sidst diskuterede medicinpriser i Folketinget, nemlig ved en forespørgsel i januar måned 1988, kom det tydeligt frem, at Danmark i forhold til andre lande har et lavt medicinforbrug. Fra 1983 til 1986 steg medicinforbruget, målt i døgnoset pr. indbygger, med i alt 3 pct., og det kan ikke siges at være alarmende. Medicintilskuddet udgjorde i 1987 godt 1,8 mia. kr., og nu fortæller sundhedsministeren os, at der i første kvartal i år er sket en stigning på 11,8 pct. Vi må således konstatere en kraftig stigning i 1988.

Sundhedsministerens udtalelser om, at en prisstigning på 15 pct. vil få danskerne til at bruge mindre medicin, mener vi ikke er relevant. Den medicin, der får 75 pct. tilskud, er praktisk taget i alle tilfælde livsvigtig medicin.

Lad os tage diabetikerne, der er afhængige af insulin, men ikke nok med det, de er samtidig afhængige af en bestemt kost, der på visse tider af året, når grønsager er dyrest, er en yderligere udgift i forbindelse med deres sygdom. Vi kan nævne andre grupper som hjertepatienter, gigtpatienter, folk med astma- og allergiproblemer og mange flere. De er afhængige af medicin.

CD ønsker ikke, at de skal straffes yderligere, fordi man nu ønsker at sænke tilskuddene. Vi finder faktisk, at det er fint med de 75 og 50 pct., som det er nu.

Så henviser man til, at visse grupper kan få hjælp i henhold til bilstandsloven, men vi øn-

sker ikke ligefrem folk ind i bilstandsloven, og når man siger »kan få«, betyder det blot, at det bliver en skønssag, og det betyder, at mange skal søge tilskud til nødvendig medicin. Når man har sat en egenbetaling på 500 kr., vil det for mange, der er dårligt stillet, være en belastning af budgettet. 500 kr. om måneden til medicin er mange penge, hvis man ingen har. Det er netop dem, der ingen har, som vi rammer hårdest, og det ønsker CD ikke at være med til.

CD synes også, at det er en dårlig idé, at man vil sløjfe tilskud til antibiotika. Vi er af den opfattelse, at ingen misbruger penicillin, det får man, når man har brug for det. Man kan nemt afskære mindrebemidlede fra at få fat i det, fordi de selv skal betale det hele. Det kan ramme såvel børn som ældre mennesker. Men man kan heller ikke se bort fra, at der vil blive tale om større sygefravær. Vi ved alle, hvor travlt vi har med at komme af med en halsbetændelse og igen optage vores job, og dertil er penicillin nu altså ganske godt.

Man kan ikke helt komme uden om at nævne plejehjemslægerne. Der er sket en omlægning af ældrepolitikken, og det spiller en rolle i kommunernes cigarkassetænkning – hermed menes, at kommunerne kan lægge over på amterne, hvad de kan, for selv at spare. Hvor man ændrer på plejehjem, således at den enkelte beboer skal være lejer af sit eget værelse, har man således også sagt, at nu skal den enkelte have sit eget medicinskab og sin egen læge. Vi er enige i, at der skal være et frit lægevalg, men det betyder, at dér, hvor man havde én fast plejehjemslæge til beboerne, har man nu mange forskellige praktiserende læger, mange lægebesøg, ordination af mange forskellige slags medicin osv. Det skal med, for det er i høj grad en af årsagerne til, at sygesikringsudgifterne er stigende.

CD har bedt regeringen om nytænkning på medicintilskudsområdet, om bl.a. regelsænering. Det er klart, at grupper som børn, kronisk syge og de borgere, der er afhængige af livsvigtig medicin, samt pensionister må omfattes af tilskud, medicinkort, eller hvad ved jeg. CD føler et ansvar for dette område, men vi ønsker ikke, at det skal ramme skævt.

Vi vil overgive lovforslaget til videre udvalgsarbejde.



**Lysholm Christensen (KRF):**

Kristeligt Folkeparti kan i princippet tilslutte sig tanken om begrænsning af medicinforbruget, som det er foreslået i det foreliggende lovforslag.

Vi ved, som det er blevet nævnt her fra talerstolen, at der står meget ubrugt medicin rundt om i folks medicinskabe. Vi ved også fra politiet, at medicin handles på gadeplan. Der er for meget medicin i omløb.

Vi er dog af den opfattelse, at der er et par områder, som vi skal kigge nærmere på under udvalgsarbejdet. Vi vil godt se lidt på, hvilken virkning det har med hensyn til midler til forskning, så vi sikrer os, at der stadig væk bliver drevet forskning på området, så den ikke går i stå til skade for den fremtidige sundhedstilstand. Vi vil også gerne se på, hvilken virkning forslaget har for børnefamilier.

Endelig er der spørgsmålet om bortfald af tilskud til antibiotika. I princippet er vi også enige i den sag, men vil godt under udvalgsarbejdet se nærmere på, hvilken virkning det kan have.

Kristeligt Folkeparti vil medvirke til et konstruktivt udvalgsarbejde om dette lovforslag.

**Sundhedsministeren (Elsebeth Kock-Petersen):**

Jeg vil gerne starte med at sige, at selvfølgelig har regeringen fremsat sit lovforslag inden for medicinområdet, som vi har bebudet at vi ville. I virkeligheden er det udtryk for respekt for Folketinget, at vi fremsætter dette lovforslag. På baggrund af de meningsudvekslinger, der var i forbindelse med åbningsdebatten, er det nødvendigt at få en saglig diskussion på grundlag af et lovforslag. Derfor ville det ærlig talt være særdeles mærkeligt, hvis regeringen ikke havde fremsat noget lovforslag. Tværtimod er det udtryk for, at det område her selvfølgelig også skal behandles med respekt og saglighed og ikke bare afgøres ved dagsordener. Jeg synes, diskussionen her i dag har vist, at det synspunkt er rigtigt, at en diskussion på grundlag af et lovforslag er et betydeligt bedre sagligt grundlag.

Jeg synes, at det høj grad fra kritikernes side går igennem, at man stoler på medicinens velsignelser uden særlig megen skepsis. Det er givetvis berettiget på en lang række områder og over for det forbrug, man kan kalde rimeligt og fornuftigt. Men jeg vil benytte lejligheden til at

gøre opmærksom på, at 10–15 pct. af hospitalsindlæggelserne skyldes forkert og herunder for stort medicinforbrug. Det synes jeg ærlig talt må mane til eftertanke, når man skal tale om forebyggelse og besparelser. Tænk, hvad vi kunne spare både af lidelse, besvær og penge, hvis vi stolede knap så meget på medicinens velsignelser.

Et andet eksempel, jeg vil tage frem, er det såkaldte Tustrupforsøg, hvor man har fået nedsat forbruget med ca. 15 pct. ved at lægge vægt på, at man ikke i den grad skulle ordinere medicin.

Derfor synes jeg, der er brug for en indsats på to områder. Der er da selvfølgelig brug for en bedre information, alt det, vi kan give. Der kan være brug for en bedre information til lægerne, og der kan bestemt også være brug for en bedre information til borgerne. Efter regeringens opfattelse er det imidlertid ikke tilstrækkeligt. Der er også brug for nogle initiativer af mere økonomisk karakter. Men det, jeg bare beder om, er, at de forslag, vi drøfter her, bestemt ses i sammenhæng med den mere informative indsats. Men der er som sagt også brug for nogle forslag af økonomisk indhold, og det er dem, vi har lagt frem her.

Jeg vil gerne for så vidt angår det, vi kalder kopipræparatforslaget, understrege det, som tidligere er blevet nævnt, at dette forslag ikke medfører større udgifter for brugerne. Det er et forslag, der kan betyde både mindre udgifter for det offentlige og for brugerne.

Der skal ikke være nogen som helst tvivl om, at med den konkurrence og det indseende med prisdannelsen på dette område, som er nødvendig, finder regeringen selvfølgelig, at påvirkningen af prisdannelsen allerbedst kan foregå igennem konkurrence. Det kan ikke være nogen nyhed, at jeg nu fortæller, at regeringen ikke ville synes, det var nogen velsignelse, nogen god løsning hverken for forbrugerne, for medicinalindustrien eller for samfundet, hvis man lavede et stort offentligt kontrolsystem.

Jeg konstaterer da også med tilfredshed, at Fremskridtspartiet erklærer sin interesse for kopipræparatforslaget, så jeg håber, der er mulighed for at få det igennem. Det er i virkeligheden det liberale bud på, hvordan vi kan være med til at påvirke læger, brugere og medicinalindustri. Det synes jeg er en god fremgangsmåde.

[Sundhedsministeren]

Med hensyn til procentnedsættelsen synes jeg, det er helt afgørende at tage i betragtning, at de tilskudsprocenter, vi har i dag, går ret mange år tilbage og havde deres begrundelse i, at folk skulle have tilskud til den nødvendige medicin.

Imidlertid skete der det, at man i Folketinget vedtog den regel, som andre har været inde på, at folk uanset indkomst- og formueforhold kan få dækket et forbrug ud over 500 kr. Det er altså ikke – hvis jeg lige må nævne det over for Fremskridtspartiets ordfører – et spørgsmål om, hvor man skal søge. Jo, man skal søge, men det er ikke et spørgsmål om velvilje eller et skøn. Der er tale om, at man uanset indkomst- og formueforhold kan få dækket udgifter ud over det beløb.

Det vil i virkeligheden sige, at med indførelse af en sådan regel har man fjernet en stor del af begrundelsen for de medicintilskuddsats, vi har i dag.

Det tredje element, bortfald af tilskuddet til antibiotika, kræver for så vidt ikke lovændring. Men det må være naturligt at nævne det i samme forbindelse. Baggrunden er selvfølgelig den, at der er behov for at se på, om vi absolut skal give tilskud til områder, hvor lidelsen er af kortvarig karakter, og hvor udgiften til medicin ligger på et lavt niveau. Jeg tror ikke på, at der er forældre, der vil nægte deres børn penicillin til en halsbetændelse på grund af en pris, der svarer til to pakker cigaretter. Det må jeg sige. Det nægter jeg at tro på.

Derfor er der brug for ikke bare at se på disse forslag økonomisk. Det er der også, det skal jeg da ikke lægge skjul på. Men der er også brug for at se det i sammenhæng med de andre ønsker, vi har om en større konkurrence på prisdannelsen, at vi har fået nogle regler på det sociale område, som i virkeligheden fjerner noget af begrundelsen for de høje procenter, og at vi på antibiotikaområdet bestemt også er i en situation, hvor det både socialt og sygdomsmæssigt vil være forsvarligt at sige: Skal vi ikke lige se på, om det område fortsat skal have tilskud?

Jeg har forstået på Socialdemokratiet, at man vil prøve at løse alle disse problemer ved at lave store offentlige systemer, og jeg må også forstå, at man vil til at fortælle, hvordan lægerne skal ordinere. Jeg mener, det ville være en dårlig idé, hvis hr. Torben Lund og andre politikere – sådan vil det jo være – vil til at lave disse offent-

lige systemer og fastsætte, hvornår lægerne skal ordinere hvad.

Jeg mener, at det er en form for hykleri, hvis man virkelig vil postulere, at man ved at lave offentlige kontrolsystemer både vil kunne få tilgodeset brugernes og medicinalindustriens ønsker. Jeg går ud fra, hr. Torben Lund vil bruge sit offentlige prissystem til at sætte priserne ned. Det måtte vel være filosofien. Så vil jeg bare gøre hr. Torben Lund opmærksom på, at så kan han vel ikke fastholde, at han også vil tilgodese medicinalindustriens ønsker om at have øgede midler til forskning.

Jeg mener, at med de argumentationer, der er kommet frem, er vi i virkeligheden kommet frem med nogle forslag fra regeringens side, der faktisk prøver at tage de hensyn, der skal tages, til medicinalindustri, brugere og læger på en rimelig facon.

Jeg vil godt svare på fru Kirsten Lees spørgsmål om, hvilken metode man kan bruge med hensyn til lægernes ordination af det billigste præparat. Det er klart, at det er et emne, der kan være brug for at se yderligere på. Fru Kirsten Lee nævnte selv noget om, at det måske forudsatte mere udbyggede edb-systemer. Så vidt jeg erindrer, er det ikke noget, der er totalt udbygget på alle apoteker, men det er helt klart et område, vi vil se nærmere på.

Selv om der ikke fra alle sider er positiv tilslutning til alle punkterne i regeringens lovforslag, må jeg for det første konstatere, at det var godt, at vi nu fik denne saglige debat på grundlag af et lovforslag. Jeg må for det andet konstatere, at både indholdet og tonen i debatten her har vist, at det forhåbentlig skulle være muligt at finde løsninger på de problemer, vi står i, både med hensyn til medicinforbruget og med hensyn til de økonomiske udgifter på området.

#### Torben Lund (S):

Sundhedsministerens sidste forhåbning deler jeg bestemt ikke.

Jeg vil gerne takke sundhedsministeren for den respekt, sundhedsministeren viser for Folketinget ved at lægge et lovforslag frem. Vi er selvfølgelig altid glade for at få en diskussion. Jeg synes blot, åbningsdebatten pegede på, at lovforslaget skulle have haft et lidt andet indhold end det, man har lagt frem. Men det må jo blive sundhedsministerens afgørelse.

[Torben Lund]

Så siger sundhedsministeren, at sundhedsministeren synes, vi stoler på medicinens vel-signelser. Det gør jeg da på en masse områder. Men jeg har tillid til, at vi har en Sundhedsstyrelse, som jo er underlagt sundhedsministeren, der er i stand til at bedømme, hvilke præparater det ud fra en lægefaglig og farmaceutisk vurdering er korrekt at lancere og markedsføre på det danske marked.

Når sundhedsministeren siger, at det rent faktisk er medicinen, der er skyld i 10-15 pct. af indlæggelserne, skal jeg ikke kunne bestride det, i hvert fald ikke på stående fod, det er formentlig rigtigt. Men hvorfor så ikke sætte ind dér? Ministeren sagde selv, at det var, fordi der somme tider er ordineret forkert medicin. Jamen så lad os dog få en bedre information af vores læger, måske også af vores apotekere, så vi sørger for, at den medicin, der ordineres, bliver den rigtige til de pågældende patienter.

Det blev også sagt, at det kunne være, fordi man havde for stort et medicinforbrug. Jamen så lad os dog sætte ind dér. Det er jo ikke for sjov, folk har et for stort medicinforbrug. Så lad os dog sætte ind over for de personer, som rent faktisk er i vanskeligheder, måske oven i købet med et for stort medicinforbrug og et direkte misbrug af medicin, i stedet for at ødelægge et i øvrigt velfungerende tilskudssystem for medicinen.

Jeg er da enig med sundhedsministeren i, at der bør en bedre information til af både læger og forbrugere. Det synes jeg er fornuftigt. Men jeg deler ikke sundhedsministerens og visse andre ordføreres meget skråsikre forventning om, at hvis bare man giver tilskuddet i forhold til det billigste kopipræparat, så bliver der ingen større udgift for patienterne. Jeg deler ikke opfattelsen af den automatik, man tror der er i ordinationen hos vores privatpraktiserende læger.

Hvis man endelig tror på den model, hvorfor kan man så ikke i stedet for at fastsætte tilskuddet på en bestemt måde ud fra et kopipræparat lige så godt fastsætte prisen på medicin, hvis der alligevel er den automatik i det, for så kan der jo ikke sælges dyre præparater alligevel? Hvis man tror på, at et tilskud efter det billigste kopipræparat betyder, at lægerne så altid vil ordinere det billigste præparat, hvorfor går man så ikke ind for tankegangen om at tage fat på det, det drejer sig om, nemlig medicinens pris,

så man ikke risikerer, at der er nogle patienter, der er så uheldige at have en læge, der ikke kender det billigste kopipræparat?

Og så gad jeg nok høre – det kan vi jo ikke få at vide her i dag, men det kan vi måske høre i den offentlige debat – om medicinfabrikanter og -importører deler den opfattelse, at dette med kopipræparaterne skulle være det liberale bud på det område her. Jeg kan forsikre, at dem, jeg har talt med inden for medicinindustrien om dette, bestemt ikke føler, at det er det liberale bud, i hvert fald slet ikke dem, der repræsenterer forskningen og udviklingen på dette område.

Så vil jeg godt spørge sundhedsministeren, hvad sundhedsministeren mener med, at jeg skulle have sagt, at vi vil bestemme, hvordan lægerne skal ordinere, gennem et stort offentligt system. Det forstår jeg simpelt hen ikke meningen med. Jeg kan ikke se, at noget af det, jeg har sagt, skulle kunne tolkes i den retning. Jeg vil godt høre, hvad meningen er med den udtalelse.

Og så vil jeg i øvrigt sige til det med forbruget, at jeg er glad for, at andre, herunder fru Lis Noer Holmberg, har konstateret, også her fra talerstolen, at vi ikke har noget særlig voldsomt medicinforbrug her i landet, når vi sammenholder med andre lande.

Når der alligevel er et stigende forbrug, i hvert fald her på det seneste, kunne det så ikke hænge sammen med lægernes honoreringssystem f.eks.? Jeg tror, at det system, vi har på de privatpraktiserende lægers område, i virkeligheden befordrer en hel masse receptudstedelser. Lægerne har jo et akkordsystem at arbejde efter. Hvis man oven i købet er så uheldig, at man til den afgående læge har måttet betale en hel masse goodwill for at komme ind i sin praksis, så sidder man jo med store omkostninger som nyetableret praktiserende læge, og dem skal man selvfølgelig have dækket ind. Den eneste måde, man kan dække dem ind på, er ved, at man har så mange konsultationer i løbet af dagen som overhovedet muligt. Og en måde at klare det på er, at man udsteder en lang række recepter.

Jeg har ingen grund til at tro, at lægerne ikke skulle være ansvarlige, men de har ikke den tid, de egentlig skulle have, til at snakke med patienten om, hvad sagen drejer sig om, og hvorfor patienten har det dårligt, så at det måske på et

[Torben Lund]

for tidligt tidspunkt resulterer i, at der udstedes en recept på noget medicin.

Kunne det ikke tænkes, at vi ligesom med priserne kunne tage fat på det lidt mere grundlæggende, nemlig om lægernes honoreringssystem og overenskomsten på det område overhovedet er befordrende for en fornuftig sundhedspolitik?

(Kort bemærkning).

**Grove (KF):**

Jeg vil gerne til hr. Torben Lund, der stadig væk tror på, at en offentlig prisfastsættelse vil være det bedste, sige, at i mit daglige erhverv er jeg dyrlæge. Vi har ikke tilskud til medicin, og jeg kan garantere for, at vi undersøger priserne på præparaterne, vi undersøger, om der er synonympræparater, der kan bruges. Det er simpelt hen, fordi det betyder meget for forbrugerne, at vi kan give en rimelig service også på det område.

Derfor er jeg ikke i tvivl om, at lægerne, når de ikke længere læner sig op ad en tilskudsordning, også må gå den vej for at tilfredsstille deres patienter, deres forbrugere. De må selvfølgelig også sætte sig ind i det, og det er ikke så besværligt. Medicininformationen på det område er vældig god. Man kan ringe til sit apotek, man har mange muligheder for at få de oplysninger, så de muligheder er der.

Så er man nervøs for, at folk nu skal gå rundt og blive syge, og de tør ikke købe medicin. Nogle af dem, der bruger dyrlæge, pensionister, efterlønsmodtagere, skal selv både betale medicin til deres hund og mit honorar, men de lader den da ikke lide af den grund. Det er klart, at den danske befolkning er betydelig mere ansvarsbevidst, end hr. Torben Lund tror. Jeg kunne da ikke drømme om, at en, der har et barn, ikke ville gå til læge, fordi man eventuelt selv skulle betale lidt medicin.

I det store og hele vil det gøre forbrugerne og lægerne betydelig mere ansvarsbevidste, og dermed får vi den konkurrencesituation, som er nødvendig over for medicinalfirmaerne, så der af sig selv bliver betydelig mere fornuftige priser. Jeg kan garantere for, at der inden for veterinærmedicin er stor konkurrence. Dér er man oppe på mærkerne, fordi der ikke er tilskud at læne sig op ad.

Det kan skuffe lidt, at Fremskridtspartiet med store armbevægelser siger, at nu skal det

private endelig have lov til at blomstre op, men lige så snart man skal sige nej til det mindste tilskud, kryber man et musehul. Det er dem, der render rundt og vil spare 50 mia. kr., men lige så snart der kommer et besparelsesforslag, som jeg tror befolkningen godt forstår, tør man ikke være med. Det er skuffende.

**Jørgen Winther (V):**

Jeg deler til fulde hr. Groves sidste bemærkninger.

Ellers er det hr. Torben Lund, der får mig herop. Det er en vildfarelse, jeg hører ofte, at når en læge har udført en konsultation i form af at trykke på maven og kigge i øret, og hvis lægen bagefter skriver en recept, så får lægen mere i honorar. Sådan er det altså ikke. Det er en samlet konsultationsydelse, uafhængigt af, hvor mange recepter lægen skriver i forbindelse med en konsultation. Men jeg har hørt det så mange gange, at jeg næsten tror, Socialdemokraterne tror, at det er sådan.

Så er der det liberale bud, som hr. Torben Lund omtalte. Jeg vil gerne spørge, om hr. Torben Lund måske mener, at offentlig prisfastsættelse er et bedre bud for medicinalindustrien.

Hr. Grove stillede et spørgsmål, som jeg synes vi har krav på at få svar på: Hvordan skal denne offentlige prisfastsættelse være? Skal der være forskel i prisen på et kopipræparat og et originalpræparat? Hvis der skal være forskel på det, i hvilken størrelse skal det så være? Skal det være 5 pct., 2 pct., 20 pct.?

Når hr. Torben Lund udtaler, at der skal være offentlig prisfastsættelse, må hr. Torben Lund vel også have en holdning til, hvordan denne skal være.

Jeg deler i øvrigt sundhedsministerens bemærkninger om, at medicin også kan være anledning til sygdomme, og at man kan blive indlagt på grund af et for stort medicinforbrug. Det kan man også på grund af et lille medicinforbrug. Der er mange ældre mennesker i Danmark, der har lidt ondt i knæene, lidt ondt i anklerne, og som tager antireumatika og kodicagnyl daglig for at være fri for disse lette smerter. Det bevirker, at der er risiko for f.eks. for megen mavesyre og endda også mavesår, der kan blive anledning til indlæggelse.

Der er nogle mennesker i Danmark, der har en enormt stor tiltro til, at medicin altid hjælper, og så er der nogle mennesker, der mener, at

[Jørgen Winther]

det nok er bedst at lade være med at tage medicin i visse situationer.

Jeg vil gerne spørge hr. Torben Lund angående denne prisfastsættelse. Der er f.eks. et blodtrykspræparat, der hedder Inderal. Det koster 292 kr. Kopipræparatet Propranelol koster kun 190 kr. i samme størrelse. På samme måde er det med astmapræparater og mange andre, hvor der er kæmpestore forskelle. Hvad skal koste mest, originalpræparatet eller kopipræparatet, og hvilken forskel skal der være i disse priser?

(Kort bemærkning).

**Pia Dahl (FP):**

Jeg er nødt til at tage ordet på grund af de bemærkninger, der er kommet, om, hvor Fremskridtspartiet vil spare. Man siger selv, at vi gerne vil spare 50 mia. kr. i det hele. Det vil vi også gerne, men med hensyn til det her forslag, hvor man alt i alt regner med en besparelse på rundt regnet 800 mio. kr., er det ret beset en forsvindende lille procentdel af det samlede sundhedsbudget, hvis jeg må sammenligne det med det.

Jeg finder, at man skulle gå helt andre veje, hvis man skulle finde besparelser, der batter noget. I sygehussektoren som sådan vil der være mange penge at hente hjem. At vi så mener, at de skal geninvesteres i sundhedsvæsenet, er en helt anden snak.

Sundhedsministeren siger, at 10-15 pct. af indlæggelserne skyldes et for stort medincinforbrug. Dertil vil jeg godt sige ligesom hr. Torben Lund, at det jo er lægerne, der ordinerer det, og det må da være lægerne, der skal påvirkes til ikke at ordinere al den medicin. Jeg vil godt sammenligne det med forbruget af alkohol. Det, at alkoholpriserne i Danmark er steget, har bestemt ikke medført en nedgang i antallet af alkoholikere i samfundet, tværtimod, vil jeg nærmest sige.

Der er lavet en bundgrænse på 500 kr. Dertil vil jeg gerne sige, at 500 kr. trods alt er 500 kr. om måneden, og det kan da godt være vanskeligt at få plads til på i et lille budget.

(Kort bemærkning).

**Torben Lund (S):**

Det er til hr. Jørgen Winther, som har stillet mig en række direkte spørgsmål.

Jeg håber ikke, jeg lider af nogen vildfarelse vedrørende de privatpraktiserende lægers overenskomst, og jeg er godt klar over de ting, hr. Jørgen Winther her nævner. Men det, jeg forsøgte at påpege, var, at det godt kunne være, at konsultationerne fik en anden karakter, hvis ikke lægerne var nødt til at færdiggøre så mange konsultationer i løbet af en dag. Der er også telefonkonsultationerne, som i nogle tilfælde klares rigelig hurtigt ved at ringe til apoteket efter noget medicin til den pågældende. Det kunne godt være, man skulle kigge på det overenskomstsysteem.

Med hensyn til, om vores forslag er et mere liberalt bud, forventer jeg da ikke, vi kan overgå Venstre i bestræbelserne på at være liberale, men jeg tror faktisk, at medicinalindustrien vil foretrække vores forslag frem for et forslag, hvor man så ensidigt favoriserer kopipræparater. Jeg sagde udtrykkeligt, at vi agtede at indrette systemet sådan, at man tog hensyn til den forskende del af medicinalindustrien, og at godkendelsen af prisen må ske i forbindelse med, at man godkender selve markedsføringen af præparatet på det danske marked.

Man kan lave flere modeller. Jeg kan ikke stå her og skitsere en vældig model i anden runde af en debat her i Folketinget. Man kan gøre det efter omkostninger. Man kan gøre det efter avancer. Man kan gøre det efter et sammenligningsprincip, sammenligne med andre præparater, sammenligne med udlandets priser. Man kan gøre det på mange måder, og det er selvfølgelig afgørende, hvordan vi finder ud af det i sidste ende. Men i første omgang er det afgørende at godkende princippet om, at vi skal have offentlig prisfastsættelse.

(Kort bemærkning).

**Kirsten Lee (RV):**

Jeg synes, det er rimeligt, at Folketinget og offentligheden får en eller anden form for forestilling om, hvad Fremskridtspartiets politik egentlig er. Tidligere har Fremskridtspartiet altid sagt, at der skulle bruges 7 mia. kr. mere i sundhedssektoren. Jeg har noteret mig for nylig, at det er blevet til 1 mia. kr. mere, der skulle bruges i sundhedssektoren.

I dag siger fru Pia Dahl, at der er mulighed for meget store besparelser inden for sygehussektoren. Kan vi regne med, at Fremskridtspartiet vil konkretisere, hvordan vi kan spare en

[Kirsten Lee]

hel masse penge i sygehussektoren? Det tror jeg der er mange der er interesseret i.

**Første næstformand** (Knud Østergaard):

Fru Pia Dahl har ordet for en kort bemærkning, men vi bevæger os lige på kanten af hovedpunkterne i lovforslaget.

(Kort bemærkning).

**Pia Dahl** (FP):

Når jeg taler om besparelser, mener jeg generelle besparelser inden for sundhedsvæsenet. Det er rigtigt, hvad formanden siger, at vi bevæger os på grænsen af, hvad dette lovforslag dækker, men jeg skal gøre det ganske kort og sige: Rationaliseringer, effektiviseringer og forenklinger. Det må være kodeordene for, hvordan vi kan spare penge. Som jeg sagde før, vil vi meget gerne geninvestere dem i sundhedsvæsenet til gavn og glæde for patienterne, fordi det er patienterne, det kommer an på for Fremskridtpartiet.

(Kort bemærkning).

**Tommy Dinesen** (SF):

Jeg synes nok, når man et par gange skal høre, at det drejer sig om et par pakker cigaretter eller sådan noget, at det ikke har ret meget med det at gøre.

Jeg synes, det er dårligt, at der er nogle læger her, der ikke vil gå ind i den debat, bl.a. hr. Torben Lund har prøvet at rejse, nemlig at der er læger, der ordinerer for megen medicin, fordi det er for nemt. Amtskommunerne er begyndt at lave undersøgelser på edb, der klart viser, at der er nogle læger, der udskriver mere end andre. Og hvorfor gør de det? Det er ikke bare almindelige mennesker, man kan lægge alle de penge, det her drejer sig om, over på.

Og så er der en anden ting, man heller ikke har villet komme ind på. De nedskæringer i sundhedssektoren, der har været, har ærlig talt betydet, siger både læger og sygeplejersker, at de meget ofte, fordi de har travlt, stikker patienterne nogle piller. Det er heller ikke gratis.

Den side af sagen synes jeg også skulle med. Hvad har man tænkt sig at gøre ved det? Det ville det være meget interessant at få at vide. Men det er måske også på kanten af det, man kan tillade sig.

**Sundhedsministeren** (Elsebeth Kock-Petersen):

Jeg er da glad, hvis jeg har misforstået det, hr. Torben Lund sagde i sit første indlæg, at han ville til at gribe ind i den måde, lægerne ordinerer på.

Det, jeg synes det ville være en god ting i det mindste at blive enige om, er, at i det personlige forhold, der forhåbentlig ofte vil være mellem lægen og patienten, må lægen have ordinationsfrihed. Det kan godt være, at der skal gives mere information – eller rettere, det skal der. Der skal gives mere information til lægen. Der skal også gives mere information til forbrugeren. Men det er efter min opfattelse ikke nok.

Jeg synes, det er på tide at se i øjnene det berettigede i, at patienten selv har lov til, ja, endda har et ansvar for at sige til lægen: Jamen hvor meget skal jeg have? Behøver jeg at få medicin? Hvor dyrt behøver det overhovedet at være? Har du nu været opmærksom på . . . ?

Jeg synes faktisk, at de forslag, jeg lægger frem her, rejser den diskussion, som skal gøre det muligt, at patienten ikke bare passivt siger: Nu er jeg hos lægen, så kan lægen gøre med mig, hvad han vil. Jeg mener, at det er læge og patient, der i fællesskab har et ansvar. Vi skal have mere information, men vi er også nødt til at komme med nogle økonomiske initiativer, der skaber grundlag for, at patienten begynder at stille spørgsmål til sin læge.

De produkter inden for medicinområdet, som bliver lanceret og markedsført, er der ikke noget som helst farligt ved. Det, jeg sagde i mit svar, var, at Sundhedsstyrelsen eller andre centrale myndigheder ikke kan diktere lægens forbrug, og slet ikke det forbrug, patienten måske på bedste beskub kaster sig ud i.

Nu må vi have nogle drøftelser om, hvordan vi kan få nogle af disse ønsker, også af økonomisk karakter, ført ud i livet. Jeg ser selvfølgelig helst, at det bliver økonomiske ønsker, som kan kombineres med noget sundhedspolitik. Jeg synes, det er fremgået af debatten her i dag, at vi trods alt har kunnet få en diskussion, hvor man ikke bare firkantet har afvist enhver måde at se på medicinområdet og sundhedsområdet på.

Jeg synes, det er vigtigt, at vi i de videre drøftelser i udvalget holder de muligheder åbne, der gerne skulle munde ud i, at vi også inden for det her område har lov til, har mulighed for at diskutere, hvordan vi opfører os som forbrugere, og hvordan systemet og selve sundhedssy-

[Sundhedsministeren]

stemet opfører sig over for os som forbrugere. Der er penge i det, og det skal vi holde os for øje, men der er faktisk også noget sundhedspolitik i det.

Hermed sluttede forhandlingen.

### *Afstemning*

Forslagets overgang til anden behandling vedtoges uden afstemning.

#### **Første næstformand (Knud Østergaard):**

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

Den næste sag på dagsordenen var:

#### **4) Første behandling af lovforslag nr. L 76:**

*Forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.*

Af justitsministeren (Ninn-Hansen).  
(Fremsat 26/10 88).

Sammen med denne sag foretoges den under punkt 5 på dagsordenen opførte sag, nemlig:

#### **5) Første behandling af lovforslag nr. L 82:**

*Forslag til lov om psykiatrisk behandling.*

Af Carsten Andersen (SF) m.fl.  
(Fremsat 2/11 88).

Lovforslagene sattes til forhandling.

### *Forhandling*

#### **Justitsministeren (Ninn-Hansen):**

Jeg synes, det er en god idé, Folketingets ledelse har haft, at vi får lejlighed til at behandle disse to forslag sammen, altså både det af SF fremsatte forslag og det forslag, jeg har fremsat, og som jeg også tidligere har fremsat. Det skal bestemt ikke bebrejdes SF, at man fremfører sine synspunkter i form af et forslag; så er der jo noget at tage stilling til.

Jeg vil da gerne medgive det, som har betydning både for det forslag, jeg har fremsat, og for SF's forslag, nemlig at vi kan konstatere, at begge forslag bygger på det grundsynspunkt, at anvendelse af tvang i forbindelse med indlæggel-

se, behandling og ophold på psykiatrisk afdeling skal undgås, så vidt det overhovedet er muligt. På den anden side – det fremgår også af begge forslag – må man konstatere, at der er behov for i begrænset omfang at kunne anvende tvang. Der er ingen, der nægter, at det kan være nødvendigt under visse omstændigheder.

Jeg skal ikke i enkeltheder kommentere ligheder og forskelle mellem de to lovforslag, men komme med nogle generelle bemærkninger i anledning af SF's forslag. Det er et forslag, regeringen ikke kan støtte, og det siger jeg, selv om SF's forslag på en lang række punkter ligger tæt op ad regeringens forslag. Men de forskelle, der er, er så afgørende, at vi må afvise forslaget.

Når jeg ser på disse forskelle, så er det for det første, at SF's forslag indeholder nogle bestemmelser, der har karakter af generel sygehuslovgivning. Dette rejser en lang række spørgsmål i forhold til den lovgivning, hvor disse spørgsmål i dag er reguleret.

Efter min opfattelse bør særlovgivningen på det psykiatriske område så vidt muligt begrænses til det, der er nært knyttet til spørgsmålet om tvang og de retsgarantier, der må gælde for patienter i forbindelse hermed. SF's forslag er lovgivningsmæssigt set ikke i overensstemmelse med bestræbelserne for at integrere psykiatrien i det almindelige sundheds- og sygehusvæsen.

For det andet har SF i § 24 optaget en bestemmelse med et katalog over visse fordele, som frihedsberøvede patienter skal have ret til, i forhold til, hvad andre patienter på hospitalerne har ret til. Det er f.eks. krav på enestue, uanset om det er lægeligt indiceret.

Jeg må også her tage afstand fra en sådan utrykkelig lovfæstelse, der griber ind i sygehusholdningens kompetence til efter sygehusloven at foretage den nærmere sygehusplanlægning og prioritering af det forbrug, der står til rådighed inden for den samlede sygehussektor. Jeg skal på det punkt henvise til bemærkningerne, punkt 2.2.1., til regeringens lovforslag.

SF foreslår endvidere et særligt klagesystem med psykiatriske indsigtssnævne og et centralt psykiatrisk landsnævn, og SF har nærmere detaljeret nævnt, hvordan dette skulle sammensættes og opstå, og hvilken kompetence det skulle have. Efter min opfattelse vil en sådan ordning ikke kunne fungere i praksis på en til-