

Bemærkninger til forslaget

Almindelige bemærkninger

Medicinpriserne i Danmark er urimelig høje sammenlignet med priserne i resten af Europa. Det kan koste syge mennesker tusinder af kroner i ekstraudgift til medicin, og det koster det offentlige over 1/2 mia. kr. ekstra i medicintilskud, medicinkort etc.

Ud over forskelle i moms sats skyldes de høje priser dels, at Danmark har et dyrt apotekervæsen, dels at prisen fra fabrik eller importør er meget højere end i andre lande. Dette beslutningsforslag angriber det sidste problem.

Sagen er, at markedsmekanismen ikke fungerer på medicinmarkedet (jf. »Udviklingen i medicinudgifterne«, Finansministeriet, december 1994, s. 61). Markedet er uigennemskueligt og præget af monopoldannelse og formelle og uformelle prisaftaler m.v. Det har man indset i de fleste lande i Vesteuropa, og derfor regulerer man medicinpriserne, typisk ved at fastsætte maksimumspriser.

I Danmark og i vid udstrækning også i andre lande svækkes konkurrencen yderligere af en række forhold, der i øvrigt kan være velbegrundede:

- et produkt koster det samme overalt i landet
- det er ofte lægen, der afgør produktvalget, selv om han eller hun ingen omkostningsmæssig interesse har i at vælge et billigere produkt
- som følge af enprissystemet har apotekerne som gruppe stort set ingen interesse i at købe billigt ind.

Der er således mange gode grunde til at lave en kraftig styring af medicinpriserne. Danmark er traditionelt gået den modsatte vej, idet en undtagelsesbestemmelse i konkurrenceloven har til formål at sikre medicinalindustrien en lempeligere priskontrol, og der er ikke siden 1983 sket indgreb fra konkurrencemyndighedernes side (ibid. s. 45-46).

Begrundelsen har angiveligt været, at de høje danske medicinpriser er nødvendige for at støtte forskningsindsatsen i dansk medicinalindustri. Det er imidlertid et dårligt argument. Ønsker man at støtte den private forskning, må man forbedre de forskellige direkte støtteordninger, der findes i forvejen. Den

nuværende skjulte »støtte« går i meget vidt omfang til udlandet via høje importpriser – ca. 2/3 af medicinforbruget dækkes af import – eller til danske medicinproducenter uden selvstændig forskning. Hertil kommer, at et indirekte støttebeløb – fra forbrugere og det offentlige – på 800-900 mio. kr. årligt er temmelig meget i forhold til, at medicinalindustrien beskæftiger ca. 9.000 personer. Det er op mod 100.000 kr./år/person. (Indregner man beskæftigelsen hos danske underleverandører, er tallene 15.000 personer og ca. 60.000 kr./år/person).

Den frem til den 1. april 1995 gældende aftale om et stop for stigningen i medicinpriserne var et beskedent skridt i den rigtige retning. Men nu må der lavere priser til, hvilket også anbefales i ovennævnte rapport. Den anfører en række eksempler på, at man i andre vesteuropæiske lande har gennemført prisnedsættelser ved lov. Den højeste prisnedsættelse har været på 10 pct., men i betragtning af de ekstraordinært høje danske priser mener SF, at en nedsættelse af danske priser med 20 pct. er et moderat krav.

Samfundsøkonomisk er der klart positive konsekvenser af forslaget:

- Det offentlige opnår en besparelse på 600-700 mio. kr. ved et prisfald på 20 pct. regnet ekskl. moms; hertil kommer en mindre besparelse på indkøb af sygehusmedicin. Fordelingen af den samlede besparelse mellem staten og sygehuskommunerne skal forhandles mellem disse.
- Forbrugerne af medicin – som ofte er presset på deres økonomi af sygdom etc. – opnår en besparelse på i alt ca. 200 mio. kr., hvilket i øvrigt giver et om end beskedent bidrag til at dæmpe inflationen.
- Der spares skønsmæssigt 500 mio. kr. på medicinimporten.
- Danske forbrugere får øget købekraft, hvilket giver en vis positiv beskæftigelseeffekt.

I disse beregninger er det forudsat, at apotekervancen opgjort i millioner kroner bevares uændret. SF mener, at apotekervancen bør reduceres, men det indgår ikke i nærværende forslag.