

**Skriftlig redegørelse:**

*Redegørelse af 3. maj 1978 om prioriteringen i sundhedsvæsenet.*

(Redegørelse nr. VI).

**Indenrigsministeren (Egon Jensen):**

**Indhold**

- I. Indledning
- II. Den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats
- III. Højt specialiseret kontra mindre specialiseret indsats i sundhedsvæsenet samt effektivisering af ressourceudnyttelsen
- IV. Sundhedsvæsenets informationsbehov
- V. Den politisk/administrative organisation og kompetence
- VI. Økonomiske og administrative konsekvenser
- VII. Afslutning

*1. Indledning.*

Den 1. juni 1977 fremsatte jeg prioriteringsudvalgets dengang netop offentliggjorte betænkning (Betænkning nr. 809: Prioritering i sundhedsvæsenet) til folketinget, idet jeg samtidig tilkendegav, at det var regeringens agt i folketings-samlingen 1977-78 - altså indværende samling - at afgive en skriftlig redegørelse til tinget over betænkningen med henblik på en efterfølgende folketingsdebat.

I denne redegørelse vil jeg så vidt muligt præcisere regeringens syn på de væsentligste af de spørgsmål, som rejses i betænkningen, ligesom jeg vil angive, hvilke initiativer regeringen allerede har taget eller overvejer at tage på grundlag af udvalgsarbejdet.

Jeg finder det væsentligt, at der herigenom bliver lejlighed til en debat her i folketinget om de centrale problemstillinger inden for sundhedsområdet. Selv om den decentraliserede opgavefordeling medfører, at det umiddelbare ansvar for såvel det faglige som det økonomiske serviceniveau i meget vid udstrækning påhviler amtskommuner og kommuner, er det vigtigt, at folketinget er med til at udforme de generelle målsætninger og midler i en landsdækkende politik på sundhedsområdet.

Det er mit håb, at vi her i tinget får debatteret disse spørgsmål på en sådan måde, at regeringen får mulighed for at tilrettelægge

de forskellige statslige initiativer så hensigtsmæssigt som muligt, og dette må gælde, uanset at en del af spørgsmålene vedrører emner, der ikke umiddelbart giver anledning til lovgivning eller statslige udgifter.

Samtidig vil folketingets behandling af disse sundhedspolitiske spørgsmål kunne være til støtte for kommuner og amtskommuner og de forskellige sundhedsprofessioner, der har det umiddelbare ansvar for opgavernes løsning.

*Baggrunden for udvalgets nedsættelse.*

Det var ikke mindst fremkomsten af Perspektivplanredegørelse II (PP II) i december 1973, der intensiverede debatten omkring sundhedsvæsenet. I PP II blev peget på en række muligheder for en begrænsning af den dengang stærke vækst i sundhedsvæsenets ressourceforbrug. I den efterfølgende offentlige debat hæftede man sig navnlig ved PP II's tanker om en opprioritering af lægepraksissektoren fremfor sygehusvæsenet. PP II hævdede, at det ud fra et almindeligt økonomisk skøn måtte være berettiget at antage, at sygdomsbehandling og -undersøgelse ambulans og på det mindst specialiserede niveau er billigere end på det institutionaliserede og/eller højere specialiserede niveau og derfor må foretrækkes, i det omfang den faglige kvalitet og service er fuldt tilfredsstillende for befolkningen. I konsekvens heraf anbefalede PP II, at udbygningen inden for sygehusvæsenet reduceredes mest muligt, og at der til gengæld skete en oprustning af den primære sundhedstjeneste, herunder ikke mindst praksissektoren.

Debatten omkring PP II gav anledning til, at der i februar 1974 blev fremsat forslag til folketingsbeslutning om at opfordre regeringen til at udarbejde en overordnet plan for udviklingen i den samlede sundhedssektor. Planen skulle sigte imod udbygning af den primære sundhedstjeneste, nemlig lægepraksis, hjemmesygepleje, plejehjem m. v., og samtidig dæmpning inden for sygehussektoren. (Folketingstidende 1973-74, 2. samling, sp. 1706, samt tillæg A, sp. 1333).

Af debatten i folketinget om dette forslag (Folketingstidende 1973-74, 2. samling, sp. 3285 (1. behandling), tillæg B, sp. 853 (socialudvalgets betænkning) samt Folketingstidende sp. 7483 (2. behandling)) fremgik det, at

[Indenrigsministeren]

der blandt folketingets medlemmer var en bred interesse for en samlet gennemgang af sundhedsvæsenet og de tilgrænsende sociale områder, idet man generelt var bekymret for udviklingen inden for området. Man måtte dog samtidig erkende, at der endnu ikke forelå et tilstrækkeligt grundlag for i en folketingsbeslutning på forhånd at tilkendegive et så klart sigte med en ændret sundhedspolitik, som det var kommet til udtryk i forslaget fra februar 1974.

På denne baggrund opfordrede folketinget i en beslutning den 11. juni 1974 regeringen til »at nedsætte et udvalg med den opgave at tilvejebringe grundlaget for en prioritering inden for sundhedssektoren« (Folketingstidende 1973-74, 2. samling, tillæg C, sp. 355).

#### *Udvalgets opgaveområde.*

Prioritetsudvalget vedr. sundhedsvæsenet blev nedsat af indenrigsministeren den 22. november 1974.

Hovedsigtet med hele udvalgsarbejdet har i overensstemmelse med folketingsbeslutningen været at tilvejebringe grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse, således at de begrænsede ressourcer udnyttes mest muligt. Udvalget fik derimod ikke til opgave at stille forslag til selve materielle prioritering i sundhedssektoren og skulle således ikke fremlægge et program for en helt ny sundhedspolitik.

Udvalget skulle endvidere overveje, om de besluttende myndigheder har de for prioriteringen relevante informationer, og om statens og kommunernes styringsmidler kan anses for hensigtsmæssige og tilstrækkelige til at realisere en langsigtet planlægning inden for området.

På denne baggrund har udvalgets arbejde – ud over en omfattende beskrivelse af det nuværende sundhedsvæsen – især samlet sig om følgende emner:

- den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats,
- den højt specialiserede kontra den mindre specialiserede indsats i sundhedsvæsenet samt effektivisering af ressourceudnyttelsen,
- sundhedsvæsenets informationsbehov og

- sundhedssektorens generelle styring – herunder spørgsmål om kompetencefordeling og planlægning.

#### *II. Den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats.*

Den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats – i daglig tale »forebyggelse« – kan ses som det primære alternativ til vort nuværende sundhedsvæsen, der fortrinsvis er behandlingsorienteret.

Udvalgets undersøgelser har vist, at sygdomsbilledet op igennem dette århundrede er radikalt ændret. Medens de største sundhedsproblemer endnu i begyndelsen af århundredet var de store epidemier, ernærings sygdomme, høj børnedødelighed og kort middellevetid, domineres sygdomsmønsteret i dag af sygdomme som hjerte-karlidelser, kræft, de psykiske og psykosomatiske lidelser, arbejds- og trafikulykker og arbejdsbetingede lidelser. Disse sygdomme er i vidt omfang en følge af det moderne samfund. Behandlingen af disse sygdomme har udviklet sig til at være uhyre ressourcekrævende, og samtidig viser det sig, at disse sygdomme kun i begrænset omfang kan helbredes gennem behandling. På linie hermed har det måttet konstateres, at det stadig øgede ressourceforbrug i undersøgelses- og behandlingssektoren ikke automatisk har givet sig udslag i en tilsvarende forbedring af sundhedstilstanden (målt ved dødelighed og middellevetid); dødeligheden er tværtimod stigende for visse aldersgrupper af såvel mænd som kvinder.

På denne baggrund anbefaler udvalget generelt en opprioritering af den forebyggende indsats.

Når udvalget således går direkte ind i en egentlig prioritering af den forebyggende indsats, sker det i erkendelse af, at effekten af en forebyggende indsats i mange tilfælde først kan påvises en eller to generationer efter, at indsatsen er påbegyndt, og at det derfor ikke kan nytte at afvente en udførlig forudgående dokumentation af den økonomiske rentabilitet af en given forebyggende indsats, før den iværksættes.

Prioriteringsudvalget anbefaler, at den forebyggende indsats udbygges ikke blot i sundhedssektoren, men i alle de sektorer, der rummer særlige risikofaktorer for sundheden.

[Indenrigsministeren]

I forbindelse hermed peges eksempelvis på behovet for en øget forebyggende indsats i arbejdsmiljøet, trafikmiljøet, det omgivende miljø samt boligmiljøet.

Særlig fremhæver udvalget betydningen af, at der hos det enkelte menneske skabes forståelse for, at det selv har betydelige muligheder for at påvirke sin og andres sundhedstilstand og dermed et medansvar for denne. Samtidig kan man ikke påregne, at sundhedsvæsenet altid vil være i stand til at genoprette helbredet, når sygdom indtræder.

Det vil kræve oplysning og uddannelse at skabe en sådan bredere forståelse i befolkningen for den enkeltes muligheder og ansvar for at påvirke egen og andres sundhed. Den herpå rettede pædagogiske indsats omtales som »sundhedspædagogik«.

*Jeg kan fuldt ud tilslutte mig* prioriteringsudvalgets anbefaling om, at vi skal satse langt mere på det forebyggende arbejde. Et sådant standpunkt synes i øvrigt også at være på linie med de fleste politiske partiers program.

Inden for sundhedssektoren som sådan har vi snart i mange år gennemført en række foranstaltninger til sygdomsforebyggelse, f. eks. vaccinationsprogrammer, sundhedsplejeordninger, regelmæssige lægeundersøgelser af børn, børnetandplejen og svangerskabsforebyggelsen.

Dette forebyggende system er under stadig udvikling. For nylig vedtog folketingsudvalget af børnetandplejen til også at omfatte småbørnstandplejen. Forebyggende screeninger mod livmoderhalskræft og indsats imod brystkræft er under optræning. På statens seruminstitut er man ved at forberede et vaccinationsprogram for unge kvinder mod »røde hunde« med henblik på at forebygge fødsel af børn med medfødte misdannelser. Samtidig tilstræbes det imidlertid at begrænse tidligere tiders generelle rutineundersøgelser til fordel for en mere selektiv indsats over for særligt truede grupper (risikogrupper) – som eksempel kan nævnes omlægning af tuberkuloseundersøgelserne, skolelægeordning m. v. – for at effektivisere og rationalisere den forebyggende indsats i sundhedssektoren.

Også uden for sundhedsvæsenet har man erkendt behovet for forebyggelse. Inden for socialsektoren har det således været et hovedhensyn bag socialreformen, at sociale

ydelse og foranstaltninger ofte har en sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende virkning. Som eksempler herpå kan nævnes familiepolitiske foranstaltninger, revalidering, hjemmehjælp, rådgivning og vejledning, men også kontantydelse i bredere forstand.

Inden for miljøområdet er prioriteringen af den forebyggende indsats kommet til udtryk bl. a. i miljøbeskyttelses- og levnedsmiddelreformerne. Denne linie vil blive videreført i det forslag til lov om kemiske stoffer og produkter, som miljøministeren vil fremsætte i næste folketingssamling. Også den fysiske planlægning bidrager til forebyggelse ved at forbedre vore trivselsmuligheder.

Herudover kan nævnes den ny arbejdsmiljølovs bestemmelser om etablering af en landsdækkende bedriftssundhedstjeneste og fra trafikområdet den obligatoriske anvendelse af sikkerhedsseler, hastighedsbegrænsninger m. v.

Når dette er sagt, må det dog samtidig understreges, at der stadig væk er lang vej igen, før forebyggelsestanken indgår som et naturligt led i al planlægning og indretning af miljøet i videste forstand.

Jeg vil i denne forbindelse gerne pege på nødvendigheden af, at vi finder nye strategier i det forebyggende arbejde. Inden for sundhedssektoren må vi interessere os aktivt for forhold af sundhedsmæssig betydning også inden for andre myndigheders ansvarsområde. Det vil i denne forbindelse være hensigtsmæssigt, hvis sundhedssektoren inddrages i andre myndigheders beslutningsproces på områder, hvor dette kan støtte de sundhedsmæssige hensyn.

Et sådant samarbejde vil også kunne omfatte fælles undersøgelser og forskning inden for områder, der samtidig berører sundhedssektoren og andre sektorer.

Jeg kan også fuldt ud tilslutte mig en styrkelse af den sundhedspædagogiske indsats. Behovet for en øget oplysning om sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende forholdsregler er efterhånden almindeligt erkendt, og der er da også på mange områder gennemført et oplysningsarbejde. Jeg vil her blot eksempelvis nævne sundhedsplejerskernes vejledning til forældre, den mere generelle vejledning om svangerskabsforebyggelse og kønssygdomme samt undervisningen i sundhedslære i folkeskolen. På misbrugsområdet har jeg senest i marts 1977 (folketings-

[Indenrigsministeren]

debatten om alkoholproblemer, Folketingstidende 1976-77, 2. samling, sp. 809) på regeringens vegne gjort mig til talsmand for en øget information om alkoholbrug og -misbrug, og vi er i færd med at forberede en sådan oplysningskampagne.

Det må imidlertid erkendes, at de hidtidige resultater af bestræbelserne på ved hjælp af oplysning at motivere det enkelte menneske til et sundere liv har været ret beskedne. Der skal derfor en forstærket indsats til, hvis vi skal gøre os håb om et resultat. På den baggrund kan det måske virke optimistisk, men jeg tror og håber på en effekt af en øget sundhedspædagogisk indsats. Erfaringerne fra miljøområdet, hvor tankerne om bevaring af et godt ydre miljø har haft en forbløffende gennemslagskraft i befolkningen, giver anledning til optimisme.

Når vi står med et stort behov for en forstærket sundhedsopdragelse af befolkningen, så kan det i øvrigt efter min mening ikke udelukkes, at dette til dels er sundhedsvæsenets egen skyld. Der har været udfoldet store bestræbelser på og afsat enorme ressourcer til at få et effektivt behandlingsapparat, og det har vi fået. Men samtidig er der i befolkningen opstået en almindelig tilbøjelighed til at tro, at alt kan helbredes ved behandling.

Det er ikke min hensigt at iværksætte skræmmekampagner eller skabe usikkerhed omkring vort sundhedsvæsenes effektivitet, men jeg finder, at det her må være opgaven at gøre befolkningen klart, at visse sygelige tilstande ikke kan helbredes ved hjælp af behandling, men må forebygges bl. a. derved, at vi også selv tager ansvaret for vor egen og andres sundhed.

Vi ved nu langt mere om, hvorledes sundhed kan fremmes og sygdom forebygges. Denne viden må ud til alle og også den fornødne tilskyndelse til at bruge denne viden.

Den sundhedspædagogiske indsats vil være nødvendig ikke blot i sundhedsuddannelserne og de pædagogiske uddannelser, men også i folkeskolen, de erhvervsmæssige uddannelser og voksenundervisningen. Inden for en række uddannelser er der allerede taget initiativer i denne retning, men jeg mener, at de ansvarlige myndigheder mere aktivt skal deltage i udviklingen på dette område.

Det vil være naturligt, at sundhedspædagogikken udvikles i samarbejde mellem sund-

hedssektoren og uddannelsessektoren, og at dette sker inden for det nuværende uddannelsessystems rammer. Da såvel amtskommuner som kommuner vil få væsentlige opgaver i forbindelse med den praktiske tilrettelæggelse af forskellige former for uddannelse og oplysning, må der yderligere finde et tæt samarbejde sted imellem de kommunale og de centrale sundheds- og uddannelsesmyndigheder.

#### *Økonomiske konsekvenser af en øget forebyggende indsats.*

Udvalget mener, at en øget forebyggende indsats på kortere sigt nok vil kræve en vis nettoforøgelse i sundhedsvæsenets ressourceforbrug. Dette skyldes, at det ikke findes rimeligt at sænke behandlingsapparatets øjeblikkelige serviceniveau, når man ved, at øget forebyggelse normalt ikke har nogen hurtig effekt. På længere sigt mener udvalget, at forebyggelsen bør tildeles en øget andel af sundhedsvæsenets samlede ressourcer. Samtidig peges på, at også de andre sektorer bør bidrage til fremme af den forebyggende indsats gennem ændret intern prioritering af disse sektorerers ressourcer.

*Jeg er enig i, at vi må afsætte flere midler til forebyggende indsats, end vi hidtil har gjort - og det gælder ikke blot i sundhedsvæsenet, men i alle sektorer, hvor der findes sygdomsrisici. Denne indstilling har jeg, selv om vi ikke i dag er i stand til at præstere en egentlig forhåndsdokumentation af den forebyggende indsats' økonomiske rentabilitet. Samtidig vil jeg dog understrege, at den forebyggende indsats også på kortere sigt naturligt bør sættes ind dér, hvor den foreliggende viden sandsynliggør, at man opnår den største sundhedsmæssige effekt. Jeg synes, det har formodningen for sig, at en effektiv forebyggende indsats vil kunne indebære store menneskelige gevinster i form af en forbedret sundhedstilstand og trivsel i befolkningen, og at der herigennem på længere sigt tillige bliver mulighed for at reducere de betydelige samfundsomkostninger ved sygdomsfravær, tabt produktion, sygehusbehandling, invalidensioner m. v.*

Jeg mener også, at det bliver nødvendigt at acceptere, at en øget forebyggende indsats på kortere sigt vil kræve en vis nettoforøgelse af ressourceforbruget. Jeg tror nemlig ik-

[Indenrigsministeren]

ke, at vi har opbygget et for stort behandlingsapparat i sundhedsvæsenet, og det er min bestemte opfattelse, at det behandlingsapparat, vi har, skal vi beholde og også videreudvikle i rimelig grad. På længere sigt kan det imidlertid være rigtigt at foretage en vis korrektion af fordelingen af ressourceindsatsen til fordel for den forebyggende indsats. Selv mindre korrektioner vil jo her kunne få en absolut følelig effekt, når henses til forebyggelsens hidtidige beskedne andel (ca. 3 pct.) af sundhedsvæsenets samlede ressourceforbrug.

### *Den praktiske tilrettelæggelse af den øgede forebyggelse.*

Udvalget mener, at det vil være en væsentlig forudsætning for udviklingen af en effektiv forebyggende indsats såvel i sundhedssektoren som i andre sektorer, at der etableres et tæt samarbejde på tværs af samfundssektorer og faggrænser. Der peges navnlig på, at den nære sammenhæng mellem på den ene side forebyggelse og på den anden side presset på sundhedsvæsenets behandlingsapparat ikke altid erkendes i den enkelte sektor uden for sundhedssektoren. Som følge deraf undervurderes ofte såvel den sundhedsmæssige som den samfundsøkonomiske værdi af forebyggende indsats med det resultat, at indsatsen prioriteres tilsvarende lavt i forhold til den pågældende sektors primære formål.

På denne baggrund har udvalget foreslået, at der nedsættes et særligt råd for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse – et forebyggelsesråd.

Rådet skulle som hovedopgave forestå en løbende kritisk vurdering af forebyggende foranstaltninger og foreslå nye foranstaltninger til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Som et led heri bør rådet tage initiativ til en regelmæssig vurdering af det aktuelle sygdomsbillede, sammenholde det med eksisterende forebyggende foranstaltninger og i nødvendigt omfang foreslå ændringer i disse. Rådet skal søge at udvælge de områder, hvor en forebyggende indsats formodes at få størst effekt. Et væsentligt led i rådets opgaver vil blive at fremme og samordne den sundheds-pædagogiske indsats.

Efter udvalgets opfattelse bør rådet have en så stærk position i forhold til de beslutende myndigheder, at der opnås realistiske

muligheder for gennemførelse af rådets forslag, uden at rådets selvstændighed bringes i fare.

*Jeg er helt enig* med udvalget i, at det for at fremme den ønskede styrkelse af forebyggelsen er vigtigt, at der sker en samordning og fælles udvikling af alle forebyggelsens initiativer.

På den anden side kan man godt nære betænkelighed ved tanken om at skulle oprette endnu et administrativt organ.

Når jeg trods alt mener at burde gå ind for oprettelse af et forebyggelsesråd, skyldes det navnlig to omstændigheder:

Hvis forslaget om en bredt anlagt forebyggende indsats skal have mening, vil det være nødvendigt at mobilisere en virkelig tværfaglig ekspertise, der ikke bare dækker sundhedsfaglig, men også pædagogisk, social, teknisk og anden specialviden. Ingen eksisterende organer dækker imidlertid en så bred fagkundskab, heller ikke sundhedsstyrelsen, som det ellers ville være nærliggende at tænke på. Noget andet er, at sundhedssektoren og dermed også sundhedsstyrelsen må have en central rolle i den generelle planlægning af samfundets forebyggende indsats, dels som repræsentant for den sundhedsmæssige sagkundskab, dels fordi det navnlig er sundhedsvæsenet, der har mulighed for at registrere de sundhedsmæssige skader af manglende forebyggelse.

For det andet mener jeg, at en hurtig opprioritering af den forebyggende indsats ikke vil kunne gennemføres uden støtte fra et på én gang ideskabende og koordinerende råd, der har kontakt til alle relevante dele af samfundet.

Med hensyn til forebyggelsesrådets referencelinier finder jeg det både naturligt og hensigtsmæssigt, at rådets indstilling afgives til vedkommende ressortminister via sundhedsstyrelsen. Styrelsen er det offentliges øverste rådgiver i forhold, som kræver speciel sundhedsfaglig sagkundskab, og en sådan rådgivning bør sikres de enkelte ressortministre, der har det direkte ansvar for en stillingtagen til forebyggelsesrådets indstilling. Med henblik på at sikre en konsekvent politik på dette område kan det være hensigtsmæssigt, at den for sundhedsvæsenet ansvarlige minister tillige løbende orienteres om forebyggelsesrådets og sundhedsstyrelsens indstillinger, således at han kan gøre de spe-

[Indenrigsministeren]

cifikke sundhedsmæssige synspunkter gældende i regeringen.

Efter min opfattelse bør rådet – af hensyn til arbejds effektiviteten – ikke bestå af mere end 10–15 medlemmer repræsenterende de mest relevante ministerier, styrelser, kommunale organisationer m. v. Herudover kan man etablere en slags repræsentantskab, hvor de øvrige interesserede parter vil kunne få mulighed for at komme i dialog med og påvirke rådet. I denne kreds kan det være nærliggende at også forbrugerinteresser repræsenteres.

Rådet skal holde sig i kontakt med eksisterende specialorganer inden for forebyggelsesområdet dels for at sikre en gensidig information og dels for at undgå overlapninger og ressourcespild.

Forebyggelsesrådet vil kunne nedsættes administrativt uden forudgående lovgivning, men efter min opfattelse vil et selvstændigt lovgrundlag i høj grad kunne medvirke til at markere betydningen af forebyggelsesrådet og dermed give dets arbejde mere vægt.

Det er mit håb, at den efterfølgende debat i folketinget viser, at der er tilslutning til oprettelse af forebyggelsesrådet. I så fald vil jeg udarbejde et lovforslag om rådets etablering, der i store træk vil blive bygget over den model, som jeg har skitseret ovenfor.

Der er endnu ikke foretaget detaljerede beregninger af etablerings- og driftsudgifter i forbindelse med rådet, men det kan foreløbig anslås, at der bliver tale om årlige driftsudgifter i størrelsesordenen  $\frac{3}{4}$ –1 mill. kr. Jeg må endelig understrege, at både kommuner og amtskommuner må spille en aktiv rolle i forberedelsen og gennemførelsen af en øget forebyggende indsats.

### III. Højt specialiseret kontra mindre specialiseret indsats i sundhedsvæsenet samt effektivisering af ressourceudnyttelsen.

Udvalget har også overvejet grundlaget for prioriteringen mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet og det tilgrænsende socialvæsen og søgt at vurdere mulighederne for en bedre ressourceudnyttelse ved forskydning af opgaver fra de meget specialiserede til de mindre specialiserede dele af sundhedsvæsenet. Samtidig er som et alternativ eller supplement hertil overvejet mulighederne for en begrænsning af stigningstakten i ressource-

forbruget i den højt specialiserede del af sundhedsvæsenet, specielt i sygehusvæsenet. I overvejelserne er imidlertid ikke blot indgået ressourcemæssige hensyn, men tillige i videst muligt omfang hensynet til patienterne.

#### *Ændret opgavefordeling.*

For så vidt angår *ambulant speciallægebetjening* konstateres, at samme undersøgelser eller behandlinger ofte vil kunne udføres såvel i et sygehusambulatorium som i den praktiserende speciallæges private konsultation. Der foreslås dog ikke konkrete opgaveflytninger, og det understreges, at en hensigtsmæssig samordning af den samlede speciallægebetjening er væsentligere end spørgsmålet om, i hvilken regie betjeningen foregår.

Hvad angår forholdet mellem *speciallægeområdet* og *almen praksis*, har udvalget ikke fundet det muligt at pege på bredere eksisterende opgaveområder, som med fordel kan tænkes flyttet fra speciallægeniveauet til almen praksis. Udvalget anbefaler derimod et tættere samarbejde mellem alment praktiserende læger og speciallæger, som bl. a. kunne bestå i, at sygehusansatte speciallæger fungerer som konsulenter for de praktiserende læger.

For så vidt angår forholdet mellem *sundhedsvæsenet* og *de tilgrænsende dele af socialvæsenet* har udvalget, specielt med hensyn til behandlingen og plejen af ældre, konstateret en nær indbyrdes sammenhæng mellem indsatsen i dele af sygehusvæsenet og dele af socialsektoren. Det er derfor nødvendigt at tilpasse indsatsen i disse sektorer indbyrdes.

På denne baggrund konkluderer udvalget, at der – fremfor radikale ændringer i opgavefordelingen – generelt bør tilstræbes en bedre koordination mellem sundhedsvæsenets forskellige dele, således at den endnu herskende tendens til båseopdeling imellem sygehusvæsenet, praksissektoren og den øvrige del af den primære sundhedstjeneste reduceres.

#### *Effektivisering af ressourceudnyttelsen.*

Udvalget har desuden overvejet spørgsmålet om foranstaltninger til fremme af en effektivisering af ressourceudnyttelsen, specielt inden for sygehusvæsenet. Der må bl. a. lægges vægt på at skabe en rimelig opgaveforde-

[Indenrigsministeren]

ling og samarbejdsform såvel mellem de enkelte sygehusenheder/afdelinger (inkl. private og statslige) i amtskommunen som mellem disse og udenamts sygehuse, herunder især de højt specialiserede og samtidig dyrere sygehusafdelinger, de såkaldte lands- og landsdelsafdelinger, som der ikke er behov for i hver sygehuskommune. En sådan samordning vil på samme tid kunne sikre befolkningen den bedst mulige service og tilgodese de økonomiske hensyn derved, at der gennemføres en rationel arbejdsdeling mellem de højt specialiserede og de mindre specialiserede sygehusenheder og dermed en hensigtsmæssig udnyttelse af speciallæger og af avanceret apparatur.

En bedre udnyttelse af ressourcerne i sygehusvæsenet vil efter udvalgets opfattelse tillige forudsætte *en mere generel omkostningsbevidst holdning hos sygehusvæsenets disponerende personalegrupper*, samt at dette personales faglige ekspertise inddrages i den eksisterende administrative rådgivning over for amtskommunens centrale sygehusforvaltning og politikerne.

Sammenfattende finder udvalget, at man må søge at *skabe en helhedsvurdering af sundhedsvæsenet*, der bedst muligt kan sikre, at den enkelte patient tilbydes netop de behandlings/plejeformer, som vedkommende individuelt har behov for (patienthensynet), og at patienten behandles på det billigste af de hertil kompetente niveauer (ressourcehensynet).

### Planlægning.

Udvalget fremhæver, at disse hensyn (patient- og ressourcehensynet) inden for sundhedsvæsenet kræver, at planlægningssystemerne for sygehusvæsenet, praksissektoren og de offentlige sundhedsordninger (socialsundhedsområdet) såvel videreudvikles hver for sig som efterhånden sammenkobles til en samlet sundhedsplanlægning.

*Sygehusplanlægningen* må i fremtiden i højere grad end hidtil koncentreres om tilrettelæggelsen af selve sygehusfunktionen (bedre funktionel samordning) inden for de eksisterende rammer og i mindre grad om en udbygning af sygehuskapaciteten. Endvidere må sygehusplanlægningen angive opgavefordelingen og samarbejdsformen mellem de enkelte sygehusenheder/afdelinger i amts-

kommunen og mellem disse og lands- og landsdelsafdelinger.

Efter de ny lægeoverenskomster fra 1976 mellem lægeorganisationerne og den offentlige sygesikring skal overenskomstparterne foretage en planlægning af lægepraksis uden for sygehusvæsenet, herunder af antallet af og den geografiske fordeling af såvel alment praktiserende læger som praktiserende speciallæger.

Denne *praksisplanlægning* må samtidig tage hensyn til praksissektorens samarbejde med sygehusvæsenet og det kommunale sundheds- og socialområde. Gennem praksisplanlægningen må også tilgodeses hensynet til den geografiske fordeling af praktiserende læger, dvs. ønsket om at sikre befolkningen god og ensartet adgang til lægebehandling overalt i landet samt hensynet til praksissektorens medvirken i uddannelse af medicinalpersonale. Specielt mener udvalget, at der er behov for mere hensigtsmæssige samarbejdsformer mellem almen praksis og det primærkommunale socialsundhedsområde. Samarbejdet mellem de praktiserende læger og de kommunale sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker samt socialforvaltningens rådgivergrupper må lettes bl. a. ved, at det tilstræbes, at den enkelte sundhedsplejerske m. v. har patient/klientunderlag fælles med et begrænset antal lægepraksiser, hvorved kommunikationen mellem disse vil kunne styrkes.

En sammenkædning af planlægningen inden for de forskellige dele af sundhedsvæsenet forudsætter, at der tilvejebringes en større ensartethed bl. a. i planernes detaljeringsgrad, i planlægningsforudsætninger (befolkningsprognoser m. v.), samt at de forskellige planer så vidt muligt revideres samtidig. Endvidere må de enkelte planer gøre rede for, hvilken kapacitet m. v. de forudsætter i tilgrænsende sektorer. F. eks. vil behovet for praktiserende speciallæger afhænge af kapaciteten i sygehusambulatorierne.

Udvalget finder, at de centrale myndigheder bør udvide deres bistand og rådgivning af såvel teknisk, lægelig som anden faglig karakter til den enkelte amtskommune og kommune. Det vil bl. a. være en naturlig opgave for de centrale myndigheder i nært samarbejde med lokale brugere at iværksætte et udviklingsarbejde om planlægningsmetoder m. v., hvis resultater kan stilles til rådig-

[Indenrigsministeren]

hed for alle planlæggende myndigheder. Udvalget finder derfor, at den centrale faglige rådgivning generelt må styrkes.

#### *Visitation.*

Visitationen er den funktion, som styrer den enkelte patients vej gennem sundhedsvæsenet, og målsætningen må være, at den enkelte patient på det rette tidspunkt visiteres uden omveje til den »rigtige« del af sundhedsvæsenet.

Udvalget understreger, at en korrekt visitation af patienterne er afgørende for en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenet.

Det må fortsat gælde som et hovedprincip, at den læge (såvel praktiserende som sygehuslæge), som har en patient i undersøgelse/ behandling, har kompetencen til at visitere patienten til en anden del af sundhedsvæsenet. Det må imidlertid sikres, at den visiterende læge har det bedst mulige kendskab til opgavefordeling, kapacitet m. v. inden for sundhedsvæsenets enkelte dele. Med henblik herpå anbefales det, at der i hver sygehuskommune i fornødent omfang tilvejebringes lægefagligt underbyggede retningslinier for visitationen, herunder især for visitationen til lands- og landsdelsygehuse.

Det anbefales, at der lokalt i hver sygehuskommune nedsættes en arbejdsgruppe til at foretage en analyse af den faktiske visitation og til i nødvendigt omfang at udarbejde forslag til visitationsretningslinier samt til løbende revision heraf. Herudover mener udvalget, at der er behov for bistand fra de centrale sundhedsmyndigheder for så vidt angår visitationen til de højt specialiserede lands- og landsdelsafdelinger.

*Jeg kan tilslutte mig* prioriteringsudvalgets anbefalinger om bedre samordning af indsatsen inden for sundhedsvæsenets forskellige områder og om bedre ressourceudnyttelse i sygehusvæsenet, bl. a. baseret på en øget omkostningsbevidsthed i den daglige drift. Der har været udtrykt bekymring for, at prioriteringsudvalgets arbejde udelukkende skulle tjene som middel til at opnå besparelser. Dette må jeg tilbagevise. De strammere økonomiske vilkår har allerede i de allerseneste år i sig selv ført til en meget kraftig opbremsning i stigningstakten, specielt i sygehusvæsenets ressourceforbrug. Prioriteringsudvalgets arbejde har imidlertid direkte sigtet på at

afklare, hvor og hvorledes ressourcehensynet kan tilgodeses uden forringelse af vort sundhedsvæsen, og netop derfor kan udvalgets forslag i den nuværende situation vise sig særlig værdifulde. Jeg er også glad for, at udvalget klart har tilkendegivet, at det i sine overvejelser ikke blot har ladet sig lede af hensynet til en rationel ressourceudnyttelse, men tillige har tilgodeset hensynet til patienternes behov og ønsker.

#### *Planlægning og visitation.*

Jeg kan fuldt ud tiltræde, at bedre planlægning og et bedre visitationssystem er afgørende for, at sundhedsvæsenet på én gang kan tilbyde den enkelte patient den bedst mulige individuelle hjælp og samtidig gøre det på en måde, der tilgodeser hensynet til en effektiv udnyttelse af ressourcerne. Jeg mener også, at vi i de hidtil udfoldede bestræbelser er på rette vej, selv om det må tilføjes, at vi fortsat har en lang række uløste opgaver foran os.

Jeg må imidlertid understrege, at det ikke er gjort med regeringens positive indstilling alene. Med vor decentraliserede opgavefordeling må en realisering af udvalgets forskellige forslag i høj grad forudsætte en positiv medvirken dels fra amtskommunerne og kommunerne, der har det umiddelbare ansvar for de enkelte dele af sundhedsvæsenet, dels fra de forskellige grupper af medicinalpersoner, der virker inden for og skal udfylde de politisk/administrativt fastsatte rammer for sundhedsvæsenet.

#### *Særligt om sygehusplanlægning.*

De centrale sundhedsmyndigheder kan medvirke til gennemførelse af de opstillede sundhedspolitiske mål gennem udstedelse af retningslinier til amtskommuner og kommuner – typisk i form af planlægningsforskrifter – samt gennem en efterfølgende plangodkendelse eller planindsigt.

Med hjemmel i sygehusloven har indenrigsministeriet allerede i 1971 udstedt vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning. Herudover er efterhånden udstedt vejledende retningslinier for en række andre opgaveområder, der udøves af eller i tilknytning til sygehusvæsenet. I disse retningslinier er bl. a. lagt op til, dels at der for det enkelte amts-



[Indenrigsministeren]

kommunale sygehusvæsen etableres en funktionel samordning af de eksisterende sygehuse gennem en indbyrdes arbejdsdeling efter de enkelte sygehuses udspecialiseringsgrad og udstyr, dels at der fastlægges en opgavefordeling mellem amtskommunernes egne sygehusenheder/afdelinger og lands- og landsdelsspecialafdelingerne i andre amtskommuner.

For det psykiatriske sygehusvæsen er der i 1977 udsendt særlige retningslinier, der bl. a. peger på nødvendigheden af en koordinering af funktionerne i sygehusvæsenet og i den primære sundhedstjeneste og socialektoren.

Endvidere har socialministeriet efter forhandling med indenrigsministeriet institueret en udbygningsplanlægning på det sociale og sundhedsmæssige område, som bl. a. omfatter de primærkommunale sundhedsordninger, såsom spædbørns- og skolesundhedspleje, hjemmesygepleje, børnetandpleje m. m.

Disse forskellige planlægningsordninger tjener et dobbelt formål: For det første skal de tilvejebringe et tilstrækkeligt grundlag for de lokale myndigheders styring af sundhedsvæsenet. For det andet skal de dække de centrale myndigheders informationsbehov og danne grundlag for sammenfattende, landsdækkende opgørelser over sundhedsvæsenets aktivitet og ressourceudvikling, der er af væsentlig betydning for tilrettelæggelsen af en overordnet sundhedspolitik. Det er derfor af afgørende betydning, at alle dele af landet er omfattet af en samtidig planlægning på det pågældende felt, og at de enkelte planer bygger på samme forudsætninger m. v., således at de hver for deres område – efterhånden forhåbentlig også under ét – kan sammenfattes til en landsdækkende helhed.

Efter min opfattelse har man i amtskommunerne og kommunerne generelt set stræbt sig seriøst på at leve op til de centralt fastlagte planlægningsbestemmelser. For sygehusplanlægningens vedkommende må det imidlertid samtidig erkendes, at de fleste af de hidtidige sygehusplaner bærer præg af, at man har stået med et helt nyt og uvant arbejdsredskab uden tilstrækkeligt udviklede planlægningsmetoder. Hertil kommer, at planlægningsarbejdet herudover er stødt på vanskeligheder af forskellig art. Bestræbelserne for en funktionel samordning af sygehusvæsenet har således vakt modstand dels i lokale befolkningsgrupper, der fejlagtigt har

opfattet disse bestræbelser som et generelt anslag mod alle mindre sygehuse, dels hos lægechefer i sygehusvæsenet, der har følt deres traditionelt meget selvstændige ledelsesfunktioner truet. Ønsket om en koordinering af sygehusplanerne med planlægningen for de øvrige dele af sundhedsvæsenet har i øvrigt været vanskeliggjort både af, at der først nu er igangsat en planlægning for praksisområdet, og af, at forskellige myndigheder har haft ansvaret for de forskellige planordninger.

Regeringen er imidlertid indstillet på, at problemerne såvel inden for de enkelte planlægningsordninger som i forbindelse med en samordning af disse skal søges løst snarest. For sygehusplanlægningens vedkommende, hvor vi forhåbentlig snart modtager de endnu manglende sygehusplaner fra første planlægningsrunde, er jeg indstillet på, at vi på grundlag af de indhøstede erfaringer og i samråd med amtskommunerne *overvejer behovet for yderligere central vejledning* til brug for det videre planlægningsarbejde. Vi må nok regne med, at det vil være nødvendigt med en vis oprustning af de centrale sundhedsmyndigheder, for at de skal kunne varetage denne opgave tilfredsstillende. Jeg vil komme nærmere ind herpå i redegørelsens sidste afsnit om de økonomisk-administrative konsekvenser.

For så vidt angår det af prioriteringsudvalget påpegede mere generelle behov for udvikling af metoder til brug for planlægningsarbejdet er der tale om opgaver, hvor det formentlig vil vise sig hensigtsmæssigt, at administrationens egne bestræbelser suppleres med bistand fra institutioner m.m., som varetager sådanne udviklingsopgaver. Det er her nærliggende for mig specielt at pege på Dansk Sygehus Institut, der med folketingets finansudvalgs tilslutning i 1977 for en ny fireårsperiode drives med tilskud fra staten og amtskommunerne. Efter dette instituts formål må det efterlyste metodeudviklingsarbejde til brug for planlægningen være en central opgave for instituttet.

#### *Særligt om visitation.*

Jeg er helt enig i udvalgets forslag til styrkelse af visitationssystemet. De hidtil indkomne sygehusplaner har ret generelt vist en betydelig usikkerhed omkring tilrettelæggel-

[Indenrigsministeren]

sen af visitationen til og mellem sygehusene. Jeg har derfor i efteråret søgt og opnået finansudvalgets tilslutning til finansiering af et permanent centralt planlægnings- og visitationsudvalg vedr. lands- og landsdelsfunktioner. Dette udvalg skal med bistand fra en række sagkyndige underudvalg om f. eks. hjertekirurgi, onkologi (cancerbehandling) og ortopædi løbende rådgive sygehuskommunerne og de centrale myndigheder om lands- og landsdelsfunktionerne og herunder om en hensigtsmæssig visitation til disse. Den interne amtskommunale visitation er også genstand for overvejelser i forbindelse med det videre arbejde med funktionel samordning af sygehusvæsenet.

I disse overvejelser bør også indgå et udbygget samarbejde med den sociale sektor.

#### *Særligt om praksisplanlægning.*

Jeg kan ligesom prioriteringsudvalget hilse det velkommen, at man trods områdets karakter af et liberalt erhverv er nået frem til en form for planlægning af lægepraksissektoren med offentlig deltagelse. En offentlig medindflydelse er nødvendig allerede af hensyn til koordineringen med de offentlige planlægningsordninger for sygehusvæsenet og det sociale og sundhedsmæssige område. Da de centrale statslige myndigheder ikke inden for rammerne af de gældende overenskomster kan udstede bindende retningslinier for praksisplanlægningen, har prioriteringsudvalget anbefalet, at disse myndigheder i stedet formulerer deres forventninger og ønsker til denne planlægning. Jeg kan oplyse, at arbejdet hermed allerede er påbegyndt af indenrigsministeriet og socialministeriet i forning, og jeg håber, at det må kunne lykkes på denne måde at forbedre plankoordineringen. Hvis det ikke skulle vise sig muligt, kan det af hensyn til den samlede sundhedsplanlægning og i betragtning af den nærmest fuldstændige offentlige finansiering af praksissektoren blive nødvendigt at fjerne de hindringer, der findes i de gældende overenskomster for at føre det offentlige overordnede sundhedspolitiske ønsker ud i livet.

I tilslutning til omtalen af planlægningen vil jeg gerne understrege betydningen af, at overenskomsterne vedr. sygehusvæsenets personale ikke er til hinder for gennemførelsen af en ønsket udvikling inden for sundheds-

væsenet. Hvis det f. eks. findes hensigtsmæssigt, at sygehusansatte speciallæger også skal varetage konsulentfunktioner for praktiserende læger, bør deres overenskomster tilpasses hertil.

Når prioriteringsudvalget især har interesseret sig for lægepraksisområdet, skyldes det, at den forudgående folketingsdebat særligt havde interesseret sig for spørgsmålet om eventuel forskydning af lægelige opgaver fra sygehusvæsenet til lægepraksissektoren. For tandlægevæsenets vedkommende blev der imidlertid allerede i 1973 iværksat et omfattende udvalgsarbejde, der har ført til en om muligt endnu dybere gående kulegravning af dette område. Dette udvalgsarbejde har resulteret i betænkning nr. 756 af 1976 om befolkningens tandsundhedsstatus og tandlægevæsenet. I sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet er vi gået i gang med at søge betænkningens forslag realiseret, jfr. senest udvidelsen af børnetandplejen til også at omfatte småbørnstandplejen. Den umiddelbart forestående opgave må nu være at arbejde videre med betænkningens tanker om tilrettelæggelsen af voksentandplejen i de kommende år.

For fuldstændigheds skyld må også nævnes, at den beskedne omtale af apotekervæsenet i prioriteringsudvalgets betænkning på ingen måde skyldes en undervurdering af dette områdes betydning. Apotekervæsenets forhold er imidlertid allerede nøje gransket i den i 1974 afgivne betænkning (nr. 725) om lægemiddeldistribution i Danmark. På baggrund af denne betænkning er der i et i indenrigsministeriet udarbejdet lovudkast vedr. apotekervæsenet søgt tilgodeset hensyn såvel til en bedre planlægning af apoteksservice som til en mere rationel ressourceanvendelse. Dette lovudkast er i januar måned i år udsendt til høring hos de involverede organisationer m. v. Det vil naturligvis blive tilstræbt, at apotekervæsenet i den fremtidige udformning vil blive integreret mest muligt i det samlede sundhedsvæsen.

#### *IV. Sundhedsvæsenets informationsbehov og informationssystemet.*

Prioriteringsudvalget har søgt at beskrive, hvilket statistisk, økonomisk og andet informationsmateriale der vil være behov for dels

[Indenrigsministeren]

i den langsigtede planlægning, dels i den løbende drift af sundhedsvæsenet.

En særlig arbejdsgruppe har opstillet en række ideelle krav til et informationssystem, der ville dække sundhedsvæsenet:

En *sygelighedsstatistik*, der belyser befolkningens sundhedstilstand, sygdomsproblemer og udviklingen heri og dermed angiver, på hvilke områder der er behov for sundhedsvæsenets indsats.

En *sygdoms- og kontaktmønsterstatistik*, der kortlægger årsagerne til, at befolkningen henvender sig til sundhedsvæsenet, og måden dette sker på. Hermed angives efterspørgslen efter bistand fra sundhedsvæsenet og de sygdomsproblemer, sundhedsvæsenet møder.

En *ydelsesstatistik*, der oplyser, hvor mange og hvilke ydelser (f. eks. konsultationer, operationer, røntgenundersøgelser m. v.) sundhedsvæsenet præsterer, og dermed kortlægger »produktionssiden«.

En *ressourcestatistik*, der oplyser om forbrug af økonomiske og personelle ressourcer og dermed belyser omkostningssiden.

Sundhedsvæsenets *effekt* kan ikke umiddelbart angives ud fra nogen eksisterende statistikform.

Udvalgets beskrivelse af sundhedsvæsenets nuværende informationsgrundlag viser med al tydelighed, at dette på en række punkter er utilstrækkeligt, at en del af de anvendte statistiske målebegreber er mindre dækkende, samt at indsamlingen og bearbejdelsen af informationsmaterialet varetages af et stort antal organer, uden at der sikres en koordination af materialet, hverken på lokalt eller centralt plan.

Selve udvalgsarbejdet har i øvrigt båret præg af disse mangler ved informationsgrundlaget i sundhedsvæsenet. Man ved således i dag alt for lidt om den almindelige sygelighed i befolkningen. Man ved for lidt om effekten af sundhedsvæsenets indsats osv. Forskellige organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet har tillige medført, at de allerede eksisterende informationer ikke altid bliver udnyttet tilstrækkeligt.

#### *Forslag til ændring af informationssystemet.*

På denne baggrund har udvalget stillet en række forslag til ændring og forbedring af det nuværende informationssystem. Udvalget har imidlertid samtidig erkendt, at disse for-

slag ikke alle kan gennemføres straks, og at der nødvendigvis må være tale om en mere langsigtet og etapevis udbygning, hvori må indgå en indbyrdes prioritering af de forskellige forslag. Af de mere væsentlige af udvalgets forslag kan nævnes følgende:

Forslag om, at der med passende mellemrum, f. eks. 5årsintervaller, foretages *undersøgelser af den samlede sygelighed* hos et repræsentativt udsnit af befolkningen, og at sådanne generelle undersøgelser efterfølges af mere detaljerede undersøgelser af særlige sygdommes eller sygdomstegns udbredelse, såsom allergi, forhøjet blodtryk, hovedpine, ryglidelser m. fl. Sådanne undersøgelser er nødvendige bl. a. for at opnå en mere præcis vurdering af, på hvilke områder en forebyggende indsats bør foretages. Herudover foreslås en individbaseret registrering af børns helbredsstatus.

Forslag om, at sundhedsstyrelsen iværksætter regelmæssige stikprøveundersøgelser af *sygdoms- og kontaktmønsteret i almen lægepraksis* (jfr. definitionen i indledningen til afsnit IV). En sådan statistik vil kunne tjene som supplement til den i sygehusvæsenet allerede eksisterende statistik.

Forslag om udbygning af den eksisterende registrering af ydelser i sygehusvæsenet til også at omfatte den ambulante virksomhed og røntgenundersøgelser.

Forslag om løbende registrering af befolkningens forbrug af ydelser fra praktiserende læger, speciallæger m. fl., fordelt på en række ydelsesarter.

Forslag om etablering af en offentlig statistik over lægemiddelforbruget.

Forslag om udvikling af regnskabs- eller lignende systemer, der kan gøre det muligt at sammenholde ressourceforbrug og ydelser for den enkelte afdeling eller enhed.

Forslag om etablering af en løbende personalestatistik i praksissektoren.

#### *Nye målebegreber i medicinalstatistikken.*

Ud over de forannævnte forslag til etablering og udbygning af eksisterende former for statistik anbefales, at der på en række områder iværksættes relevant forskning og udviklingsarbejder med henblik på tilvejebringelse af nye eller forbedrede målebegreber i medicinalstatistikken, bl. a. til en bedre statistisk

[Indenrigsministeren]

belysning af effekten af indsatsen i sundhedsvæsenets forskellige sektorer.

### *Informationssystemets organisation.*

Indsamlingen og den første bearbejdelse af medicinalstatistiske data på centralt plan er i det væsentlige delt mellem sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik, sikringsstyrelsen og Amtsrådsforeningen. Udvalget fremhæver behovet for effektiv koordination mellem de myndigheder, som varetager forskellige administrative opgaver på sundhedsområdet, og Danmarks Statistik og peger på, at sundhedsstyrelsen må indtage en central rolle i koordinationsprocessen. Medicinalstatistikken foreslås i øvrigt ændret, således at der heri også medtages væsentlige dele af sygekingsstatistikken.

Udvalget mener, at de anbefalede regelmæssige undersøgelser af befolkningens sygelighed bør henlægges til en permanent organisation (f. eks. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi eller socialforskningsinstituttet), der så tillige kan virke som rådgiver for politisk/administrative brugere og videnskabelige institutioner.

### *Sikring mod misbrug af personoplysninger (sekretessehensynet).*

I forbindelse med overvejelserne om udnyttelsen af informationssystemet påpeger udvalget, at personidentificerbare oplysninger (dvs. oplysninger, som kan henføres direkte til bestemte personer) er nødvendige for at kunne følge sygdomsforløb. Det understreges endvidere, at sådanne registreringer i fremtiden må antages at ville blive et meget væsentligt grundlag for en kontinuerlig planlægning og prioritering af sundhedsvæsenet. Man er imidlertid samtidig opmærksom på, at der må være den nødvendige sikring imod misbrug af sådanne oplysninger.

Jeg kan principielt tilslutte mig prioriteringsudvalgets anbefaling af en udbygning af informationssystemet. Det er min opfattelse, at der eksisterer en relativt veludbygget statistik i sundhedsvæsenet med mere specifikt lægeligt sigte, medens der navnlig skorter på statistiske oplysninger til brug for politisk/administrative formål som planlægning, prioritering og styring. Dette er i øvrigt et internationalt problem, som blev drøftet ved

WHO's europæiske regionalkomité's møde i München i efteråret 1977.

En udbygning af informationssystemet kræver imidlertid også ekstra ressourcer, men det er min erfaring, at et fyldestgørende informationsgrundlag giver et bedre grundlag for en økonomisk styring og prioritering. For sundhedsvæsenets vedkommende minder jeg eksempelvis om, at vi på grundlag af et detaljeret datamateriale om tuberkuloseforekomsten kunne reducere de ret så ressourcekrævende generelle tuberkuloseundersøgelser væsentligt ved en ændring af tuberkuloseloven i 1975. Endvidere kan nævnes, at det omfattende datamateriale i den offentlige sygesikring har afdækket nogle uforholdsmæssigt store offentlige udgifter til honorarer til privat praktiserende patologer, hvilket har givet anledning til en mere rationel ordning af speciallægebetjeningen på dette felt.

I øvrigt kan jeg tilslutte mig ønsket om en udvidelse af statistikken inden for praksissektoren, i hvilken forbindelse man bl. a. må være stærkt interesseret i en øget belysning af de leverede ydelser samt af forbruget af ressourcer inden for området.

Jeg er enig med udvalget i, at ikke alle forslagene om informationssystemet kan realiseres på én gang, men at der bør ske en vis prioritering. Efter drøftelse med bl. a. sundhedsstyrelsen finder jeg det rigtig at prioritere undersøgelser af befolkningens sygelighed højt, idet jeg herved har lagt vægt på, at en sådan sygelighedsstatistik kan tjene til at afdække behovet for behandlingsmæssig og forebyggende indsats i den samlede befolkning. Det er over for mig fremhævet, at en generel sygelighedsundersøgelse kræver en nøje forberedelse, herunder særlig uddannelse af det personale, der skal medvirke i undersøgelsen. Som led heri vil det være hensigtsmæssigt at foretage afgrænsede undersøgelser, som kan virke som pilotprojekter for den egentlige generelle helbredsundersøgelse.

Jeg er også enig i, at de foreslåede undersøgelser af befolkningens sygelighed bør henlægges til en permanent organisation med en ret omfattende sundhedsfaglig og statistisk sagkundskab. Som tidligere nævnt kan der her blive tale om enten DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi) eller socialforskningsinstituttet. Umiddelbart vil jeg mene, at opgaven falder naturligt under DIKES opgaveområde, men spørgsmålet om iværk-

[Indenrigsministeren]

sættelse og placering af de foreslåede sygelighedsundersøgelser må drøftes nærmere mellem de forskellige parter, før der tages endelig stilling. For så vidt angår økonomien i sådanne sygelighedsundersøgelser kan jeg oplyse, at vi i indenrigsministeriet har anslået, at der vil være behov for en forøgelse over en kort årrække af DIKEs budget fra ca. 2 mill. kr. til ca. 5 mill. kr., såfremt det besluttes at henlægge opgaven til dette institut. Et mere detaljeret forslag til instituttets udbygning vil i givet fald blive forelagt for bevillingsmyndighederne.

For så vidt angår forslaget om regelmæssige *sygdoms- og kontaktmønsterundersøgelser i praksissektoren* er jeg orienteret om, at statens lægevidenskabelige forskningsråd i efteråret 1977 har vedtaget at etablere en central forskningsenhed for almen praksis, som bl. a. vil skulle gennemføre sådanne undersøgelser. Såvel indenrigsministeriet som sundhedsstyrelsen vil derfor følge projektet med interesse.

Prioriteringsudvalgets forslag om en *lægemiddelforbrugsstatistik* har jeg tillagt stor vægt, og forslaget er allerede taget op til realitetsbehandling i indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen.

For så vidt angår sygehusvæsenets statistik finder jeg det specielt væsentligt for den overordnede sygehusplanlægning, herunder bl. a. tilrettelæggelsen af visitationsordninger for lands- og landsdelsspecialer, at patientregistrene, der i dag findes i hovedparten af sygehusvæsenet, kan udnyttes på landsplan i et af sundhedsstyrelsen og sygehuskommunerne administreret *landspatientregister*. På finansloven for 1978 er der afsat midler til etablering af et sådant register under forbehold af finansudvalgets tilslutning. Når spørgsmålet om kravene til sikring mod misbrug af personoplysninger er afklaret i forbindelse med behandlingen af justitsministerens lovforslag om offentlige registre, vil jeg fremkomme til finansudvalget med et endeligt udarbejdet projekt vedr. et landspatientregister.

Jeg kan også tilslutte mig forslaget om, at der arbejdes videre med udvikling af afdelingsfordelte regnskaber og budgetter inden for sygehusvæsenet. Selv om der er betydelige tekniske vanskeligheder ved udformningen af et sådant system, er det givet, at den information om de enkelte sygehusafdelin-

gers disponible ressourcer, der herigennem tilvejebringes, vil være en afgørende forudsætning for en omkostningsbevidst holdning hos det disponerende faglige personale i sygehusvæsenet.

Jeg kan i øvrigt fuldt ud tilslutte mig prioriteringsudvalgets opfordring til, at der udfoldes bestræbelser på at imødekomme behovet for udvikling af *nye statistiske målebegreber*, hvor der er behov herfor.

Som påpeget af prioriteringsudvalget opstår der i forbindelse med etablering og udnyttelse af registre, der indeholder oplysninger om enkeltpersoner, spørgsmål om en tilstrækkelig sikring mod misbrug af disse oplysninger. Der må her ske en afbalanceret afvejning af de modstående interesser: på den ene side hensynet til den enkelte patient og hans interesse i diskretion vedr. personlige oplysninger om hans sygdomme og behandling og på den anden side hensynet til generelt at sikre befolkningen det bedst mulige sundhedsvæsen. Hele dette spørgsmål er behandlet i justitsministerens lovforslag om offentlige registre, der – ud over de generelle bestemmelser for alle typer af registre – indeholder særlige bestemmelser om sygehus- og sygdomsregistre. Bestemmelserne i lovforslaget har efter regeringens opfattelse fået et sådant indhold, at der ved deres vedtagelse vil være skabt en rimelig balance mellem de to nævnte hensyn.

Jeg kan endelig tilslutte mig prioriteringsudvalgets anbefaling af, at der sker en tæt koordination af arbejdet med de forskellige statistiske systemer, og at sundhedsstyrelsen, der ifølge gældende lovgivning har det øverste ansvar for medicinalstatistikken, fortsat må være det centrale led inden for det medicinalstatistiske område.

#### V. Den politisk/administrative organisation og kompetence.

Udvalget konstaterer, at den politisk/administrative organisation inden for sundhedsvæsenet i dag er præget af en meget spredt kompetencefordeling såvel på det centrale som det lokale niveau.

Dette finder udvalget i sig selv vanskeliggør såvel den politiske beslutningsproces vedr. prioriteringsspørgsmål som den administrative gennemførelse.

[Indenrigsministeren]

*Det centraladministrative plan.*

For så vidt angår det centraladministrative plan finder man ikke den nuværende kompetencefordeling hensigtsmæssig, idet den ikke understøtter en helhedsvurdering af sundhedssektoren. Udvalget peger især på, at den nuværende adskillelse af ansvaret for lægebetjening henholdsvis i og uden for sygehusvæsenet mellem to ministre og to departementer ikke er hensigtsmæssig, og foreslår, at ansvaret for sundhedsvæsenets hovedområder samles under én minister. Der har imidlertid været forskellige opfattelser i udvalget af, hvor omfattende ændringerne i den centraladministrative struktur bør være. Udvalget peger navnlig på to mulige løsninger, der hver for sig indebærer en samling af ansvaret for sundhedsvæsenet:

1. En centraladministrativ »sundhedsblok«, der foruden de opgaver vedr. sundhedsvæsenet, som i dag sorteres under indenrigsministeriet, tillige skal omfatte de centraladministrative opgaver vedr. den offentlige sygesikring.

Denne sundhedsblok vil efter udvalgets forslag omfatte sygehusvæsenet, de offentlige ordninger i den primære sundhedstjeneste – såsom fødselshjælp, sundhedspleje, hjemme- sygepleje, lægeundersøgelse af børn, skolelægeordning og børnetandpleje – lægemiddelområdet, lovgivningen vedr. medicinalpersoner og væsentlige dele af uddannelsesområdet for medicinalpersonalet samt de under den offentlige sygesikring hørende opgaver vedr. lægebetjening m. m. i praksisområdet og medicintilskudsområdet.

2. En centraladministrativ »social/sundhedsblok«, der samler såvel sundheds- som socialvæsenet i samme administrative enhed, dvs. de under 1. nævnte opgaver samt socialministeriets øvrige områder.

Som en subsidær mulighed er peget på en opretholdelse af den nuværende opgavefordeling, men med en væsentligt øget koordination mellem navnlig indenrigsministeriet og socialministeriet.

Uanset hvilken af de nævnte departementale løsninger der vælges, peger udvalget i øvrigt på, at der i den daglige administration af sundhedsområdet er behov for koordinati- on med andre sektorer, hvis dispositioner direkte påvirker befolkningens sundhedstilstand og dermed indirekte behovet for sund-

hedsvæsenets ydelser. Der tænkes her især på levnedsmiddelområdet, arbejdsmiljøområdet og trafikikkerhedsområdet. Der foreslås etableret faste organer med den opgave at sikre den løbende administrative koordination inden for konkret afgrænsede opgaveområder, f. eks. trafikikkerhed. Herved vil disse organer adskille sig væsentligt fra det foran omtalte forebyggelsesråd med dets tværgående rådgivende og idéskabende funktioner og vil hverken overflødiggøre eller blive overflødiggjort af forebyggelsesrådet.

Regeringen finder, at overvejelserne omkring ressortændringen ikke på nuværende tidspunkt er så langt fremme, at der kan tages endelig stilling, men regeringen vil under alle omstændigheder udbygge det bestående samarbejde mellem indenrigsministeriet og socialministeriet.

*Opgavefordelingen mellem amtskommuner og kommuner samt finansieringssystemerne.*

Udvalget konstaterer, at der er tæt sammenhæng mellem en række amtskommunale og kommunale opgaver inden for sundhedsområdet og den tilgrænsende del af socialsektoren. Bl. a. peges på forholdet mellem det amtskommunale sygehusvæsen og den primærkommunale plejehjemssektor m. v., hvor også forskelle i finansieringssystemet kan indebære en risiko for en skæv udbygning og udnyttelse, især af foranstaltninger, som både amtskommunerne og kommunerne under alternative former har forpligtelse til at tilvejebringe.

Udvalget har imidlertid ikke fundet tilstrækkelig anledning til at stille forslag om ændringer hverken i opgavefordelingen eller i finansieringssystemet. I stedet anbefales det, at der udarbejdes centrale (statslige) vejledende retningslinier til amtskommuner og kommuner, der kan understøtte en sammenhængende planlægning imellem de to kommunale niveauer inden for de omhandlede sagsområder. Endvidere peges på, at amtskommunerne herudover vil kunne optage direkte forhandlinger med de enkelte kommuner i forbindelse med planlægningen af social- og sundhedsområdet.

*Jeg kan ganske tilslutte mig, at der ikke på indøværende tidspunkt foretages større ændringer i opgavefordelingen inden for sundhedsvæsenet mellem amtskommuner og kom-*

[Indenrigsministeren]

muner. De fleste af disse opgaveområder hviler på en lovgivning af nyere dato, der igen baserer sig på de store administrative reformer fra begyndelsen af 1970'erne, kommunalreform, socialreform m. v.; det vil ikke være rimeligt at begynde at ændre i disse ordninger allerede nu. Som tidligere sagt er jeg imidlertid enig i, at man bestræber sig på at få de forskellige opgaver til at fungere i størst mulig indbyrdes sammenhæng, bl. a. som foreslået gennem initiativer såvel fra centralt som amtskommunalt hold.

Med hensyn til finansieringssystemerne er det heller ikke min opfattelse, at der er overhængende risiko for, at kommunerne og amtskommunerne af økonomiske hensyn skulle søge at unddrage sig deres respektive forpligtelser inden for sundheds- og socialvæsenet.

#### *Kompetencefordelingen i amtskommuner og kommuner.*

Prioriteringsudvalget har tillige vurderet kompetencefordelingen på de respektive kommunale planer. Medens opgaverne inden for sundheds- og socialvæsenet på det primærkommunale plan er samlet under ét politisk udvalg – social- og sundhedsudvalget – er opgaverne på det amtskommunale plan opdelt imellem de to stående udvalg – sygehusudvalget og social- og sundhedsudvalget – og de i sygesikringslovens § 23, stk. 2 og 4, omhandlede særlige koordinationsorganer.

I analogi med overvejelserne om opgavefordelingen på det centraladministrative plan er det fundet ønskeligt med en nær koordination af den amtskommunale sygehusplanlægning, praksisplanlægning og dele af social- og sundhedsplanlægningen. Bl. a. af hensyn til at bevare en politisk hensigtsmæssig ansvarsfordeling imellem de to udvalg og i forhold til det amtskommunale økonomiudvalg og til selve amtsrådet afstår prioriteringsudvalget dog fra at stille forslag om en ændret opgavefordeling mellem de to udvalg. I stedet foreslås, at koordinationen mellem de to udvalg styrkes ved, at formændene for de to udvalg gøres til fødte medlemmer af § 23, stk. 2-udvalgene.

*Jeg er enig i, at der er behov for en tættere samordning af sygehusvæsenet, praksissektoren og den øvrige primære sundhedstjeneste, og jeg mener også, at § 23-udvalgene kan*

være velegnede organer i denne forbindelse. Jeg vil drøfte nærmere med socialministeren, om det i den forbindelse vil være nødvendigt at ændre sygesikringsloven.

#### *Det overenskomstregulerede område (praksissektoren).*

Udvalget har endelig overvejet de styringsproblemer, der følger af lægepraksis' karakter af et overenskomststyret område. Efter sygesikringsoverenskomsterne er væsentlige kompetencer med hensyn til praksisregulering og -planlægning henlagt til overenskomsthjemlede organer, hvori alene overenskomstparterne – sygesikringens forhandlingsudvalg og de lægelige organisationer – er repræsenteret. Specielt er der sat spørgsmålstegn ved, om det særlige landssamarbejdsudvalg, der er nedsat i henhold til overenskomsterne, nu også er egnet til at sikre den nødvendige tilpasning af praksisplanlægningen til den offentlige planlægning af de øvrige dele af sundheds- og sociale sektoren, og om det i det hele taget er hensigtsmæssigt, at et sådant organ skal godkende de lokalt udarbejdede praksisplaner.

Prioriteringsudvalget finder det imidlertid rimeligt, at overenskomstsystemet's funktionsdygtighed vurderes i lyset af de erfaringer, som den kommende tid vil bringe, og at man foreløbig fra de offentlige centrale sundhedsmyndigheders side tilkendegiver, hvilke hensyn der bør søges tilgodeset gennem praksisplanlægningen. Specielt for så vidt angår speciallægepraksis anbefales tillige, at der arbejdes henimod et system, der sikrer den enkelte amtskommune mulighed for at koordinere planlægningen af speciallægepraksis med sygehusplanlægningen, idet der vil kunne være behov for forskellige løsninger i de enkelte amtskommuner.

*Som jeg allerede tidligere har givet udtryk for, er jeg indstillet på at se tiden an med hensyn til den overenskomststyrede praksisplanlægning, men jeg vil gerne understrege, at praksisområdet må bringes i tættere samspil med såvel sygehussektor som den offentlige primære sundheds- og socialtjeneste. Det mener jeg er i overensstemmelse med udvalgets konklusioner.*

#### *VI. Økonomiske og administrative konsekvenser.*

[Indenrigsministeren]

De stramme økonomiske konjunkturer i de senere år har som nævnt for så vidt allerede ført til en ganske betydelig dæmpning i stigningstakten i ressourceforbruget, specielt i sygehusvæsenet. Jeg nærer imidlertid en vis bekymring for, at denne stramning af ressourceforbruget har fulgt mønstret fra tidligere sparekampagner og dermed blot har bortskåret ønsker om bevillinger til en øget eller forbedret indsats uden større hensyntagen til de bagved liggende begrundelser. Det er måske også den eneste måde, man kan gennemføre besparelser på, hvis man ikke har en meget nøje føling med og mulighed for indbyrdes vurdering af de mange forskellige udgiftkrævende funktioner, som sundhedsvæsenet omfatter. Dette gælder såvel i statens som i kommunernes bestræbelser for at holde udgiftsstigningerne nede.

På denne baggrund tror jeg ikke, at prioriteringsudvalgets forslag direkte og på kortere sigt vil indebære yderligere væsentlige besparelser, men det er mit håb, at udvalgets forslag kan bidrage til, at der efterhånden bliver bedre mulighed for, at nødvendige besparelser styres hen til områder, hvor det kan ske uden skade for effekten, så at det bliver muligt at øge indsatsen dér, hvor denne er særlig påkrævet og kan forventes at give størst effekt. Som nyttige midler hertil ser jeg forslagene om at inddrage det faglige personale i den løbende prioritering af ressourcerne, som bl. a. er anbefalet i den »sparevejledning«, som indenrigsministeriet udsendte i april 1976. Jeg tænker også på forslagene om en bedre samordnet planlægning for hele sundhedsvæsenet.

Skal vi gennemføre en sådan mere effektiv prioritering, er det også nødvendigt, at vi véd noget mere om forholdene i sundhedsvæsenet og de indbyrdes sammenhænge, og derfor må vi også være parate til at investere i en udbygning af medicinalstatistikken. På finanslovsforslaget for 1978 er allerede afsat midler til henholdsvis en forbedret sygehusstatistik og etablering af en lægemiddelforbrugsstatistik, og jeg håber, at finansudvalget vil tage vel imod de kommende ansøgninger om bevilling af disse midler. Herudover lægger jeg imidlertid megen vægt på etableringen af den foreslåede sygelighedsstatistik baseret på undersøgelser af sygeligheden i befolkningen. Merudgifterne herved skønnes

som nævnt at ville andrage op til 3 mill. kr. årligt.

Ud over statistikken er det som påpeget nødvendigt at styrke de centrale sundhedsmyndigheder med henblik dels på den nødvendige rådgivning m. v. til amtskommuner og kommuner, dels på den centrale styring og planlægning. De hermed forbundne økonomiske og administrative konsekvenser er ikke afklaret, men jeg kan oplyse, at regeringen har iværksat en gennemgang af sundhedsstyrelsens og indenrigsministeriets sundhedsafdelings organisation, personalebehov samt den indbyrdes opgavefordeling m. v. med henblik på at vurdere, om disse centrale sundhedsmyndigheder er hensigtsmæssigt organiseret og bemandede til at varetage bl. a. de nævnte rådgivnings- og styringsfunktioner.

Endelig vil en øget forebyggende indsats – som jeg tidligere har været inde på – nødvendigvis kræve en vis øget ressourceindsats, i hvert fald i en årrække. En ikke uvæsentlig del af indsatsen må gå til et effektivt oplysningsarbejde, men i øvrigt vil foranstaltningerne dække et bredt spektrum, og udgifterne hertil må affoldes ikke blot i sundhedssektoren, men i alle sektorer, der rummer særlige risikofaktorer for sundheden. Bortset fra de anslåede udgifter på knap 1 mill. kr. årligt til det centrale forebyggelsesråd er det ikke muligt i dag at fremlægge et egentligt skøn over de hermed forbundne udgifter, men jeg vil gerne påpege, at den forebyggende indsats er mere styrbar end behandlingsindsatsen, idet de politisk/administrative instanser på forhånd skal fastlægge såvel indsatsens art som dens omfang og målgruppe.

Jeg vil i øvrigt gerne understrege, at nu, da vi har erkendt, at vi står over for en række sygdomsproblemer, der ikke kan løses alene ad behandlingens vej, må vi også være villige til at yde den indsats og i fornødent omfang afse de ressourcer, der skal til for at udvikle en mere effektiv sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats. Det er min opfattelse, at vi kun herigennem vil kunne gøre os håb om at forbedre sundhedstilstanden i vort samfund – ja, formentlig også om overhovedet at kunne fastholde det nuværende niveau.

I vurderingen af de af prioriteringsudvalget fremsatte forslag, der umiddelbart indebærer merudgifter, synes jeg i øvrigt det må



[Indenrigsministeren]

indgå, at de årlige udgifter til sundhedsvæsenets samlede indsats nu udgør ca. 18 mia kr. årligt, og herudover vil jeg erindre om de omfattende samfundsomkostninger i form af produktionstab, sygedagpengeudgift og invalidepensioner, som forårsages af sygdom i den erhvervsaktive del af befolkningen. Det er i lyset af disse vældige samfundsudgifter, at de af prioriteringsudvalget foreslåede merudgifter skal vurderes.

Som bekendt har man i de senere år på internationalt plan beskæftiget sig en del med de meget store udgiftsstigninger inden for sundhedsvæsenet.

Problemet stod i centrum på EF-sundhedsministrenes møde i december 1977, og OECD har i juli 1977 udgivet en rapport om de offentlige sundhedsudgifter i OECD.

Som nogle af hovedmidlerne til at reducere sundhedsvæsenets udgiftsstigning peger man fra OECDs side på en styrkelse af den forebyggende indsats og på en bedre planlægning og koordinering af de sundhedsmæssige foranstaltninger indbyrdes og mellem dem og det (tilgrænsende) sociale område. Prioriteringsudvalgets forslag falder således helt i tråd med de internationale overvejelser.

### VII. Afslutning.

Denne redegørelse har været omfattende, ja, også væsentligt mere omfattende, end vanligt er, men den vedrører på den anden side også en hel samfundssektor, endda en af de mest ressourcekrævende. Når jeg har taget så meget med, skyldes det imidlertid ikke mindst, at der er tale om et direkte bestillingsarbejde fra folketinget, hvis medlemmer ved tidligere lejligheder gentagne gange har ytret usikkerhed omkring ressourceforbruget m. v. i sundhedssektoren. Folketingets interesse for prioriteringsudvalgets arbejde er jo i øvrigt også understreget af, at de udvalgsberettigede partier har været repræsenteret i udvalget og også i vidt omfang i de under dette nedsatte arbejdsgrupper. Når jeg visse steder har medtaget detaljer i redegørelsen, hænger dette også sammen med mit ønske om, at redegørelsen og den efterfølgende debat kan tjene som en generel vejledning for amtskommunerne og kommunerne ved deres prioritering og varetagelse af opgaverne inden for sundhedsområdet.

Endelig, men ikke mindst, finder jeg, at det har været noget meget positivt, at der fra alle kredse af sundhedssektorens egne fagfolk og de involverede organisationer er ydet en omfattende aktiv bistand til prioriteringsudvalgets arbejde. Denne interesse lover godt, og det har været naturligt for mig at fremlægge et bredt udsnit af udvalgsarbejdet, selv om dette på ingen måde dækker alle de af udvalget fremsatte praktiske og fagligt-tekniske forslag, som vi vil arbejde videre med i sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet.

Den første sag på dagsordenen var:

#### 1) Spørgsmål om fremme af forespørgsel til statsministeren:

*Forespørgsel af Jørgen Jensen (DKP) m. fl.*  
(Forespørgsel nr. XXV. Anmeldt 28/4 78).

#### Formanden:

Hvis ingen gør indsigelse mod fremme af denne forespørgsel, betragter jeg tingets samtykke dertil som givet. (Ophold). Det er givet.

Den næste sag på dagsordenen var:

#### 2) Spørgsmål til ministrene.

1) Til *ministeren for kulturelle anliggender* af:

**Melchior (CD):**

»Kan ministeren under de budgetterede midler til bekæmpelse af ledigheden – herunder det netop fremsatte forslag om bekæmpelse af langtidsledighed – finde mulighed for at afhjælpe arbejdskraftmangelen af såvel håndværkere som akademikere på Nationalmuseet?«

(Spm. nr. 700).

Skriftlig begrundelse.

Som det er ministeren bekendt, har Nationalmuseet oplyst, at dets samlinger er ved at gå i forfald på grund af manglende personalnormering. Formodentlig vil man kunne opnå et dobbelt formål – nemlig hjælp til Nationalmuseet og bekæmpelse af ledighed –