

Det er ikke noget nyt for Fremskridtspartiet, men nu er det i hvert fald erkendt her fra Folketingets talerstol: Selv om der ikke er problemer, så laver man altså love og regler.

Velbekomme.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Lovforslagets overgang til anden behandling vedtoges uden afstemning.

Første næstformand (Ivar Hansen):

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 115: Forslag til lov om ændring af lov om sygehushvæsenet. (Forebyggelse og sundhedsfremme, personale til internationale sundhedsopgaver, betaling for kost og logi i forbindelse med langvarig sygehusindlæggelse, færdigbehandlede patienter, specialesamling samt oplysning om virksomheden på sygehuse).

Af sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen).

(Fremsat 11/1 95).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Holger Graversen (S):

Da vores ordfører på området, fru Tove Lindbo Larsen, ikke kan være til stede her i dag, skal jeg herved fremlægge hendes synspunkter vedrørende lovforslaget.

Sundhedsområdet er til stadighed til debat og godt for det. Det er ret naturligt, fordi det vedrører alle borgere på den ene eller anden måde, og såvel de ansvarlige ansatte som politikerne har et ønske om at gøre det bedst muligt for befolkningen. Det gælder både det forebyggende arbejde og det helbredende. Endelig har vi også det økonomiske hensyn at tage.

Dette lovforslag er en slags videreførelse af sygehusloven, og for regeringen er det en opfølgning af regeringens oplæg, »Patienten i centrum«, fra marts 1994.

De to overordnede hovedmål er for det første, at sundhedsfremme og forebyggelse af sygdomme – både psykiske og fysiske – skal styrkes, og for det andet, at kvaliteten skal højnes inden for sundhedsvæsenet.

Af L 115 fremgår det, at amtskommunernes sygehushvæsen skal medvirke til at udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Dels skal amterne styrke den forebyggende indsats i sundhedsvæsenet, dels skal de sikre, at forebyggelse og behandling bliver vurderet i sammenhæng. Den erfaring om sygdommes udbredelse og årsager, der opsamles i sygehushvæsenet, skal nyttiggøres i dette arbejde. Vi er ikke i tvivl om, at der er behov for udvikling på området.

Hvad angår spørgsmålet om at højne kvaliteten, ønsker vi, at visse behandlingsformer samles på ét eller få sygehuse, når særlige forhold taler herfor, f.eks. begrænset patientunderlag. Dette vil forbedre kvaliteten til gavn for patienten og være en væsentlig bedre udnyttelse af eksisterende ressourcer og give personalet mere sikkerhed og ekspertise. Udvælgelsen foregår i samråd med amter og kommuner.

En anden ting, der kan forbedre behandlingen af patienten, er, at oplysning om sygehushushvæsenes virksomhed skal sendes til sundhedsministeren eller til en central sundhedsmyndighed, som sundhedsministeren udpeger. Dette vil give sundhedsmyndighederne mulighed for løbende at have et bredt overblik over sygehushushvæsenets virksomhed og vilkår.

Det foreslås i øvrigt at udvide betalingsordningen for færdigbehandlede patienter, således at ordningen også omfatter psykiatriske patienter, samt at give amtskommunerne mulighed for at opkræve en større betaling fra kommunerne for de færdigbehandlede patienter. Dette er én af måderne til at sikre, at færdigbehandlede patienter ikke opholder sig længere end nødvendigt på sygehuse.

Lad mig så som så ofte før sige, at der ligger en forpligtelse hos de ansvarlige til, at patienterne ikke udskrives ud i det blå, men at der er nogle til at tage vare på dem, når de udskrives.

Endelig foreslås det, at en pensionist, der er indlagt på institution eller under sygehushushvæsenet, og som må anses for plejepatient eller i øvrigt skønnes uegnet til mere varig udskriv-

ning til eget hjem, betaler et beløb af den sociale pension for kost og logi m.v. Dette fastsættes af amtsrådet. Betaling kan dog tidligst opkræves fra det tidspunkt, hvor den pågældende har haft en samlet indlæggelsestid på 6 måneder ud over indlæggelsesmåneden regnet fra halvandet år forud for indlæggelsen.

Sundhedsministeren fastsætter regler for betaling m.v. Betalingens størrelse vil blive fastsat således, at den enkelte sikres et beløb til personlige fornødenheder svarende til det beløb, den pågældende ville have til personlige fornødenheder, såfremt vedkommende var beboer på et kommunalt plejehjem.

Og endelig: I forbindelse med opstilling af den danske internationale brigade og det dertil hørende felthospital er der opstået behov for et beredskab, som ikke fuldt ud kan dækkes af det i forsvaret ansatte sundhedsfaglige personale. På denne baggrund foreslås det, at der indføres hjemmel til, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om amtskommunernes medvirken til rekruttering af sundhedsfagligt personale i forbindelse med internationale sundhedsopgaver.

Socialdemokratiet kan altså støtte forslaget.

Jens Vibjerg (V):

Da mit partis ordfører på dette forslag, fru Ester Larsen, er forhindret i at være til stede, skal jeg redegøre for Venstres holdninger.

Dette lovforslag rummer en række ændringer af sygehusloven, ændringer, som er helt uden indbyrdes sammenhæng. Da dette lovforslag nærmest er at betragte som et opsamlingsheft med forslag, der fremmer vidt forskellige interesser og hensyn, kan der ikke tages fælles entydig stilling til alle enkeltelementer.

Jeg kan derfor meddele på mit partis vegne, at Venstre vil afvente ministerens uddybning af nogle af forslagene, før vi kan tage endelig stilling, give tilsagn om støtte til andre og skarpt afvise det helt centrale og principielle.

Venstre kan give principiel støtte til forslaget, der sigter mod at sidestille langvarigt indlagte pensionisters kår med beboerne på plejehjem med hensyn til opholdsomkostninger. Vi undrer os dog lidt over, hvis ministeren vil opkræve et fuldt boligbidrag for en patient, der kun har et natbord som privatområde.

Venstre kan støtte forslaget om, at amternes mulighed for at opkræve betaling for færdigbehandlede patienter, der ikke kan udskrives på grund af manglende primærkommunale plejetilbud, nu udvides til også at omfatte psykiatriske patienter.

Venstres positive støtte gælder også forslaget om mulighed for forhøjelse af den allerede eksisterende betaling fra kommune til amt for færdigbehandlede plejepatienter. Venstre lægger stor vægt på, at der er tale om en maksimumsgrænse, således at man lokalt kan beslutte, hvilket niveau man finder rigtigst.

Venstre kan støtte disse forslag, fordi vi finder, det er meget væsentligt, at sygehussenge bliver brugt til behandling og pleje af patienter, der ikke kan behandles andre steder. Med det pres, der er på danske sygehuse, er det overordentlig forkasteligt, at kapacitet bruges uhensigtsmæssigt. Dertil kommer, at det er et meget dårligt tilbud til det plejekrævende menneske at være henvist til forlænget ophold på et sygehus.

Venstre må derimod tage skarpt afstand fra den centralisering, ministeren lægger op til med hensyn til specialefordelingen. Med den politik, ministeren lægger frem, vil vi kunne se frem til, at specialafdelinger vil blive koncentreret på landets universitetssygehuse i det omfang, de overhovedet når uden for det nye sygehusfællesskab i København. Den udvikling ønsker Venstre ikke at støtte.

Karen Højte Jensen (KF):

Lad mig tillade mig at kalde det – med et glimt i øjet – et alt godt fra havet-forslag. Der er nogle af tingene, vi finder relevante, og andre, som vi ikke er begejstret for.

Jeg vil godt sige, at vi selvfølgelig er enige i, at sygehusvæsenet skal medvirke til at udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, men det forstår jeg i virkeligheden ikke at man ikke allerede er forpligtet til i henhold til sygehusloven, som den eksisterer i dag. For det var vel en af de ting, der kom med, da vi ændrede loven om sygehusvæsenet i 1992, hvor netop forebyggelsesindsatsen og planlægningen også var med. Dette kan vi altså støtte.

Men jeg er overrasket, når jeg når slutningen af forslaget, hvor der står, at dette forslag ikke koster noget. Hvordan forestiller ministeren sig, at man nu kan inddrage sygehusvæsenet aktivt i en forebyggende indsats, uden at det koster penge? Det synes jeg er utrolig interessant at få et svar på.

Så er det sådan, at i den nuværende lov kan ministeren, hvor væsentlige hensyn taler for det, med hensyn til visse behandlingsformer være med til at planlægge, hvor specialerne skal være. Det skal ske efter forhandling med amtskommunerne. Nu ser jeg, at ministeren ønsker

at ændre det, men jeg ser nu ikke den store indholdsmæssige ændring i det. Nu drejer det sig om, at hensynene går på kvalitet og ressourcerforbrug.

Jeg vil godt bede ministeren her udbyde: Hvad er det egentlig, ministeren vil? Vil ministeren overtage hele specialeplanlægningen?

Jeg mener naturligvis, at det er utrolig vigtigt at tilrettelægge specialeplanlægningen på en fornuftig måde ressourcemæssigt set, men jeg er nok lidt bekymret, hvis der her lægges op til, at det skal være en central styring. Jeg kunne godt tænke mig at få ministerens kommentarer til, hvordan det er gået: I hvilket omfang har ministeren siden lovændringen i 1992 været impliceret sammen med amterne i specialeplanlægningen?

En del af lovforslaget drejer sig om færdigbehandlede patienter på sygehuse. Her ønsker man at tage de psykiatriske færdigbehandlede patienter med ind, således at de kommuner, der burde have relevante tilbud til dem og ikke tager dem hjem fra hospitalet, skal betale for disse patienter. Det kan vi tilslutte os. Jeg forstår så, at ministeren ønsker at forhøje betalingen på dette område. Jeg ved ikke, hvor mange ventende færdigbehandlede patienter, der er i dag på vore hospitaler. Det er selvfølgelig uacceptabelt, vil jeg gerne sige.

Så vidt jeg er underrettet, er det først og fremmest Københavns Kommune, der har haft et problem. Jeg forstår på ministeren, at hun mener, at økonomien her er væsentlig; alligevel har det ikke forhindret Københavns Kommune i ikke at skaffe tilbud til de færdigbehandlede patienter. Men det vil jeg godt grave lidt mere i.

Så er der et helt, helt uacceptabelt forslag, som ministeren kommer med, og det er, at de langvarigt sygehusindlagte pensionister nu skal betale for kost og logi. Aldrig har jeg hørt noget lignende. Det er simpelt hen et overdrevent og uacceptabelt ligemageri. Jeg kan godt se, at de har lidt flere skillingen til rådighed end dem, der er på plejehjem i den periode, men her må ligemageriet slutte. I virkeligheden får man jo med dette lovforslag en gruppe, der er indlagt på sygehus, som skal betale for kost og logi, og det er en meget lille gruppe. Vores grundlæggende holdning fra konservativ side er, at det er gratis at blive indlagt og behandlet på vore sygehuse, så den del af forslaget vender vi os stærkt imod. Og tænk på det bureaukrati, der vil følge med!

Vi finder, at det er et uværdigt forslag, og det vender vi os imod.

Anni Svanholt (SF):

Det, der her er tale om, er jo en række ændringer, som ikke er af så stor betydning. Dog er der ét forslag, som er af principiel karakter, og det vil jeg gå nærmere ind i. Men derudover vil jeg gerne kommentere de enkelte dele.

Det, at amtskommunernes sygehusvæsen skal medvirke til at udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, hilser vi bestemt velkommen. Det er oplagt, at man skal bruge de erfaringer, der er i sygehusvæsenet, i den forebyggende virksomhed. Det er jo sådan, at det er amter og kommuner, der i fællesskab nu skal lave en sundhedsplanlægning, og her skal disse erfaringer naturligvis inddrages. Det er væsentligt.

Hvad angår visitationsregler og betalingsregler på sygehusområdet, er det klart, at vi i SF er tilhængere af, at det er amterne, der står for planlægningen, men vi har også erfaret, at der er behov for, at man på mere centralt plan overvejer specialefordelingen.

Der har jo været tendenser til, at der var visse amter, der var meget optaget af at få meget, meget ressourcetrævendende specialer, f.eks. hjertebehandling eller bypass-operationer, og det har givet nogle ændringer og uheldige tendenser inden for denne her specialefordeling.

Det, der er afgørende for os, er så diskussionen, når vi kommer til det konkrete: Hvordan bliver fordelingen mellem universitetssygehuse og de store sygehuse og så de øvrige sygehuse. Men det vil vi gerne gå nærmere ind i under udvalgsbehandlingen.

Med hensyn til betalingen for færdigbehandlede patienter mener vi, at der her er tale om, at der nu sker en ligestilling mellem psykiatriske og somatiske patienter. Vi mener dog ikke, at betalingen løser de problemer, der er med hensyn til ventepatienter. Der må være et samarbejde mellem amt og kommune også på dette område, men selvfølgelig kan det, at der er økonomi i det, godt være en vis tilskyndelse til at tage fat om problemet. Det har vi dog set virkede i København.

Hvad angår inddragelse af sundhedspersonale fra amternes side i de internationale opgaver, så synes vi, det er helt naturligt som følge af de nye internationale opgaver.

Så kommer jeg til det væsentlige i denne lovændring. Det er det, at pensionister, der er indlagt på sygehuset i mere end 6 måneder, skal til at betale for kost og logi. Det tager vi skarpt afstand fra, for vi mener naturligvis ikke, at vi

skal have brugerbetaling i sygehusvæsenet. Hvorfor skal pensionisterne dog straffes? Det er jo en straf i sig selv – det kan det måske opleves som – at have et så langvarigt ophold på et sygehus, når pensionisten er færdigbehandlet. Det kan da ikke være rigtigt, og jeg vil påpege over for regeringen, at det da i hvert fald ikke er at sætte patienten i centrum, når man indfører det her.

Jeg håber bestemt, at det vil være noget, som man vil tage ud af lovforslaget. Pensionisterne skal ikke bo på sygehusene. De skal enten være hjemme, på plejehjem eller i beskyttet bolig. De skal da ikke være hverken på sygehusafdelinger eller venteafdelinger. Det må virkelig være en hel fejltagelse, der er kommet ind her.

Den sidste ændring, der drejer sig om muligheden for, at andre centrale sundhedsmyndigheder kan få oplysninger om sygehusvæsenet, synes vi også er helt i orden.

(Kort bemærkning).

Holger Graversen (S):

Det lyder for mig, som om der er en misforståelse vedrørende denne betaling for pensionister på sygehusene, helt bortset fra at jeg ikke forstår forargelsen fra den konservative ordfører. Jeg troede, at almindelig brugerbetaling var konservativ politik, men nu bliver det fremstillet her, som om det er noget nyt.

Amterne har hele tiden kunnet gå ind og kræve betaling efter et vist tidsrum – jeg kan ikke huske hvor længe – for patienter, der ligger på sygehuset i længere tid. Der er ikke noget nyt i det. Det drejer sig kun om meget få tilfælde, og der vil stort set kun blive tale om patienter, som kommer fra plejehjem, altså plejehjemsbeboere.

Men i øvrigt er Socialdemokratiet da meget åben over for at diskutere det her. Det er ikke en mærkesag for os absolut at få det igennem, så det kan vi tale om under udvalgsarbejdet.

(Kort bemærkning).

Karen Højte Jensen (KF):

Hr. Holger Graversen udtrykte nærmest forbløffelse over, at jeg vendte mig imod dette lovforslag, fordi – mente han – Det Konservative Folkeparti gik ind for brugerbetaling. Det gør vi på en lang række områder, og det står vi ved, men hvis hr. Holger Graversen havde kendt Det Konservative Folkepartis holdning på dette område, ville han også vide, at vi ofte har sagt og gentaget, at behandling og indlæggelse på sygehus skal være gratis. Der ønsker vi ikke betaling ind.

I øvrigt er det så få, det drejer sig om, og selv om de kommer fra plejehjemmet og i en periode så har lidt mere til rådighed end andre plejehjemsbeboere, så kan de jo være indlagt sammen med en hel masse, som i virkeligheden også har mere til sig selv. Men som sagt vil det dreje sig om meget få. Man kan have en sygehusgang, hvor kun en enkelt skal betale for kost og logi, som det hedder i forslaget.

Altså vender vi os skarpt imod det. Her er vi nået for vidt med ligemageriet.

(Kort bemærkning).

Anni Svanholt (SF):

Til hr. Holger Graversen, der siger, at det har været en mulighed hidtil, at pensionister eller patienter, som har opholdt sig i længere tid på sygehus, kunne betale for kost og logi. Mig bekendt er det altså ikke tilfældet. Der er de eksisterende betalingsregler, som vi taler om, hvor amterne kan opkræve betaling fra kommunerne, men det har dog aldrig været sådan, at patienterne skulle betale for deres ophold, når de er på sygehus, og så kan man stille sig spørgsmålet, hvorfor det nu lige er pensionisterne?

Vi går naturligvis ikke ind for nogen form for betaling, men der vil jo være patienter, som får et længerevarende ophold, og det kan godt være af 3, 4 eller 5 måneders varighed; det kan måske også vare længere tid, alt afhængig af hvor kompliceret en behandling der er tale om. Men de skal da ikke betale for at være der. De har jo udgifter i forvejen til et hjem, som de forhåbentlig skal komme tilbage til; ellers ligger der den tankegang bag, at man går ind for venteafdelinger, og at pensionisterne skal være på sådanne afdelinger, og det er da helt uacceptable forhold. Vi kender jo til de historier fra venteafdelingerne. Det er elendige tilbud til færdigbehandlede mennesker. Gamle mennesker skal da have nogle ordentlige tilbud i form af plejehjemspladser og beskyttede boliger eller andre tilbud.

(Kort bemærkning).

Vibeke Peschardt (RV):

Sådan som jeg har forstået dette lovforslag, så drejer det sig om den gruppe pensionister, der ikke kan udskrives til eget hjem, og det handler om, at disse pensionister skal sidestilles med dem, der i øvrigt ligger på plejehjem, og det synes jeg er helt i orden.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Men en del af disse pensionister er jo også ægtefæller, dvs. at de har et hjem, som de ikke sådan kan smide væk, fordi den ene af parterne bliver tvunget til at være på sygehus i lang tid. Der vil stadig væk være en udgift til et hjem, og hvis der er det, så har de måske også en udgift til en plejehjemsplads. Eller skal den aflyses, fordi de er for langvarigt på sygehus? Jeg mener også, at det er meget problematisk med den formulering dér.

Jan Kørpke Christensen (FP):

At den erfaring om sygdommenes udbredelse og årsager, der opsamles i sygehusvæsenet, skal nyttiggøres i det forebyggende arbejde, er naturligvis noget, som vi kan acceptere i lovforslaget.

Så er der spørgsmålet om en udvidet adgang til efter forhandling med sygehuskommunerne at fastsætte bindende visitations- og betalingsregler med henblik på at samle visse former for sygehusbehandling på et eller nogle få sygehuse. Det kan vi heller ikke have nogen indvendinger imod.

Dernæst er der – der er selvfølgelig mange aspekter i dette forslag – spørgsmålet om de færdigbehandlede psykiatriske patienter, hvor man da vil gå ind og kunne opkræve ekstra kroner fra kommunerne, hvis man ikke har sørget for at kunne tage de færdigbehandlede psykiatriske patienter hjem til kommunerne. Det synes vi ligeledes er positivt. Naturligvis skal kommunerne leve op til det, de nu skal efter loven: at tage imod disse stakkels patienter så hurtigt som muligt netop på dette område.

Dernæst er der i øvrigt også mulighed for, at amtskommunerne kan opkræve en større betaling fra kommunen generelt for færdigbehandlede patienter, og dertil vil jeg godt sige, at en debat, som vi har haft her i samfundet igennem mange, mange år, netop er debatten om den alt, alt for lange ventetid, man har til indlæggelse på hospitalerne.

Det er jo et problem, som specielt amterne har. Amterne kan ikke leve op til de aftaler, der er indgået tidligere, og nu kan vi se ved den sidste finanslovaftale, man har lavet, at man så der går ind og kun tager to områder i forbindelse med sygdom, hvor man kan blive indlagt inden 3 måneder. Det drejer sig om diskusprolaps og knæledsoperationer.

Vi mener, at det inden for dette område er på høje tid, at også kommunerne kan sige til amterne, at nu er det nok. De patienter, vi har her i kommunen, har ventet så og så lang tid ud over 3 måneder, og det har kostet os så og så mange kroner i sygedagpenge. Så må det efter vor opfattelse også gælde omvendt, således at kommunerne simpelt hen kan forlange økonomiske midler af amterne, når de ikke kan leve op til deres forpligtelser, som jeg rent moralsk mener amterne skal: at tage imod disse patienter, der står på venteliste. Men det er selvfølgelig noget, som vi kan diskutere videre i udvalget.

Så er der en passus om opstillingen af Den Danske Internationale Brigade, og det er sådan noget, vi vil se nærmere på. Vi mener naturligvis, at når vi har problemer herhjemme med hensyn til sundhedspersonalet, kan det være meget vanskeligt at afgive yderligere personale til netop det område. Så det er noget, vi vil have undersøgt nærmere i udvalget, for vi mener ikke umiddelbart, at dette er så positivt.

Så er der pensionisterne, der er langvarigt på sygehuset. Der må vi klart og skarpt tage afstand fra netop disse tanker her, og jeg forstod slet ikke den bemærkning fra hr. Graversen, at det jo ikke er noget nyt. Så vil jeg gerne spørge hr. Graversen: Hvorfor så indføre det i denne lov, hvis det ikke er noget nyt? Jeg synes ikke rigtig, at det, der blev sagt fra hr. Graversen, hang sammen.

Med hensyn til brugerbetaling går Fremskridtspartiet også meget ind herfor, men vi kan ikke i det nuværende samfund, hvor man ikke kan nedsætte skatterne drastisk, bare indføre den ene brugerbetaling efter den anden. Og netop ikke på sundhedsområdet; her mener vi, at det er ganske uansvarligt. Vi mener ikke, at vi skal gøre forskel på borgere, der ligger længere eller kortere tid på hospitalerne, og derfor må vi skarpt afvise det område dér. Jeg forstår slet ikke, at en såkaldt regering, der taler så meget om moralbegreber osv., kan begynde at tænke i de baner. Så det siger vi altså nej til.

Men all right, stort set er der mange positive aspekter i dette forslag, som vi kan gå ind for, men i hvert fald til det sidste punkt vedrørende længerevarende indlæggelse af pensionister siger vi nej.

(Kort bemærkning).

Holger Graversen (S):

Hr. Jan Kørpke Christensen efterlyste årsagen til, at det var taget med i lovforslaget.

Så vidt jeg har forstået, er det på grund af, at man har ændret udbetalingerne af pensioner til plejehjemsbeboere. Hvor man før udbetalte lommepenge, udbetaler man nu pension. Som jeg sagde før, er det ikke særlig afgørende for os, om det bliver gennemført eller ej.

Men jeg vil alligevel understrege endnu en gang, at det, det drejer sig om, er, at der måske vil blive ganske få, som stadig væk har deres hjem, der vil komme til at betale. Det vil så være folk, der har mange penge. Rigtig mange penge. For disse udgifter bliver selvfølgelig efter forslaget fratrukket, før der kan blive tale om betaling på sygehusene. Lad mig sige én gang mere: Det er få, det drejer sig om, og det vil stort set kun være plejehjemspatienter. Det vil så sige, at hvis ikke man tog betaling, f.eks. efter et halvt år, så vil man opspare en kapital dér, og det er klart, det kan arvingerne jo selvfølgelig så nyde godt af og slås om efterfølgende. Men det er det, det drejer sig om.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Hr. Jan Kjøpke Christensen forskertser jo ikke nogen chance for at gå og kræve brugerbetaling i alle mulige sammenhænge. Derfor synes jeg ærligt talt – selv om jeg er enig i, at det er for dårligt, at der er en brugerbetaling her – at det er et udtryk for lidt usmagelig populisme fra Fremskridtspartiets side, at man nu slår sig op på det her, når man ellers til enhver tid forsøger at gøre både sygehusvæsenet og sygdom til en vare i enhver henseende. Det er da interessant, men det er den måde, som Fremskridtspartiet har det med at lancere politik på.

(Kort bemærkning).

Jan Kjøpke Christensen (FP):

Mage til, undskyld jeg siger det, sludder skal man lede længe efter med hensyn til det, den sidste ordfører sagde.

Hvis ordføreren havde været i Tinget nogle flere år, havde fulgt med i, hvad der foregik her i Tinget, i, hvilke forslag der er kommet fra Fremskridtspartiet, så tror jeg nok, at hr. Bruno Jerup ville sige nogle helt andre ord her fra talerstolen om Fremskridtspartiet. Netop f.eks. på pensionsområdet, pensionistområdet, sygdomsområdet ved hr. Jerup garanteret – for så meget tror jeg alligevel at hr. Jerup har fulgt med – at her er et område, hvor vi ikke går ind, heller ikke med alternativ finanslov osv., og sparer. Så det håber jeg at hr. Jerup måske vil

sætte sig lidt mere ind i, inden hr. Jerup udtaler sig næste gang.

Fremskridtspartiet går naturligvis ind for brugerbetaling, men vi siger, når der skal indføres brugerbetaling, at så må det også være således, at borgerne har de flere kroner i lommen til at betale den brugerbetaling med, så de frit kan vælge, hvad det er, de vil bruge pengene til – men ikke på sundhedsområdet.

Vi ønsker fortsat offentlige sygehuse, og vi ønsker, at det skal være gratis; det skal ikke koste at være syg i dette land. Den holdning har vi altid haft, og den vil vi fortsat have, så længe jeg har indflydelse på Fremskridtspartiets politik. Det kan jeg garantere for.

Så vil jeg nok sige, at det, vi nu hører fra hr. Graversen, er, at det ikke er særlig afgørende det her, for det drejer sig om meget, meget få patienter, og de, der endelig kommer til at betale, er borgere, der har en god økonomi i forvejen, så lad os bare tage lidt fra dem. Dér vil man gerne gøre forskel; man ser altså på dem, der virkelig har økonomien i orden. Så vil jeg gerne have at vide af hr. Graversen, hvor grænsen går. For det er jo sådan noget diffust noget at stå her fra talerstolen og sige, at de, der sidder økonomisk godt i det osv., godt kan få lov til at betale, mens de, der så har lidt mindre, ikke skal betale. Jeg synes, at uanset om det er arbejdsmand Petersen eller om det er folketingsmedlem den ene eller den anden, så skal det selvfølgelig ikke koste noget at være indlagt på et sygehus, heller ikke hvis man er længerevarende indlagt.

(Kort bemærkning).

Anni Svanholt (SF):

Det er hr. Graversens bemærkninger, der kalder mig herop.

Den tankegang, som vel ligger bag ved bl.a. en anden del af lovforslaget her, er vel, at mennesker, som er blevet behandlet på et sygehus, og som er færdigbehandlede, uanset om det er fysisk eller psykisk, ikke skal opholde sig længere på sygehuset; de skal være derhjemme eller på plejehjem eller andetsteds. Jeg går ud fra, at det var den tankegang, som lå bag her. Men jeg synes, når der her er tale om at opkræve penge for kost og logi, at så blandes tingene godt og grundigt, og man siger, at det er mennesker, som ikke er egnede til at komme tilbage til deres eget hjem. Det kan vel være, men så er konklusionen da ikke, at de så skal blive på en venteaftdeling eller på et sygehus og betale for kost og logi, som om de var på et plejehjem.

Jeg mener, at dette lovforslag i den grad kan være med til at cementere de uacceptable forhold med venteafdelinger, også for senildementte og psykiatriske patienter. Der er behov for at skelne sådan, at man får den opdeling og siger: Færdigbehandlede mennesker skal altså ikke bo på et sygehus, de skal have andre tilbud. Det er vi meget optaget af, og vi troede faktisk også, at regeringen var optaget af at løse de problemer, der er her, og ikke være med til faktisk at straffe de mennesker, som er nødsaget til at være på sådan en afdeling.

Jeg kunne forstå på de sidste bemærkninger fra hr. Holger Graversens side, at det ikke var afgørende for regeringen og – forstod jeg også – for Socialdemokratiet, at det her blev indført. Jeg håber bestemt ikke, at det vil blive indført; jeg håber, man vil tage det ud af loven.

(Kort bemærkning).

Karen Højte Jensen (KF):

Hr. Graversen nærmest antydede, at nu var der nogle, der gik ind for at sikre de velbærgede. Sådan kan man også vende tingene på hovedet. Det er dog interessant, at det i regeringens bemærkninger til lovforslaget er folkepensionisters og førtidspensionisters rådighedsbeløb, der er taget ind som eksempel. Derfor må jeg gå ud fra, at når man bruger både førtidspensionister og folkepensionister som eksempler, er det ikke bare for at fylde et lovforslags bemærkninger op, men også fordi det drejer sig om disse to grupper.

Vibeke Peschardt (RV):

Lovforslaget, der er et ændringsforslag til loven om sygehusvæsenet, er jo en blandet bukete af alt muligt såsom beredskab og rekruttering af sundhedspersonale til Den Danske Internationale Brigade med det tilhørende fælleshospital, opkrævning af betaling for langvarigt indlagte pensionister, som jeg vil komme tilbage til, udvidede betalingsordninger for færdigbehandlede patienter – det er det, man kunne kalde at holde kommunerne i ørerne – oplysninger om sundhedsvæsenets virksomhed osv. til centrale myndigheder og endelig en hjemmel til i et vist omfang at give sundhedsministeren mulighed for at deltage i tilrettelæggelsen af forskellige specialer samt spørgsmålet om, hvor specialafdelingerne skal ligge.

I Det Radikale Venstre kan vi som helhed støtte forslaget; og jeg vil knytte nogle enkelte bemærkninger til nogle af bestemmelserne.

For det første bestemmelsen om at holde kommunerne i ørerne. Det er jo sådan, som reglerne er i dag, at der skal betales et beløb som straf af de kommuner, der ikke er i stand til at tage deres patienter hjem, når de er færdigbehandlet. De beløb bliver nu hævet til 1.200 kr. for patienter over 67 år og til 600 kr. for patienter under 67 år. Jeg kan hilse og sige – i hvert fald fra den kommune, hvor jeg selv er medlem af en kommunalbestyrelse – at disse regler har haft en helt undergående virkning på, hvordan kommunerne tager patienter hjem. Jeg kan kun støtte, at beløbet bliver hævet, og kan i øvrigt henvise til, at i mange kommuner har man fundet på at ansætte personale, en enkelt sygeplejerske, der i samarbejde med sygehusene sørger for, at når patienterne bliver udskrevet, står det kommunale apparat parat til dem. Det er en god bestemmelse.

Jeg vil så gå videre til det næste og sige: Der er jo trods den blandede bukete her en vis orden i dette forslag. Reglerne om at hæve strafbetalingen for kommuner, der ikke tager folk hjem, f.eks. fordi de mangler plejehjemspladser, hænger jo udmærket sammen med reglerne om pensionisterne, der nu skal betale for kost og logi, hvis de er indlagt på hospital i over 6 måneder.

For det første er det jo sådan, at kommunerne faktisk har pligt til både at have psykiatriske bofællesskaber og til at skabe muligheder for at modtage psykiatriske pensionister. Det er specielt dem, der er tænkt på i forslaget her. Det er også kommunerne, der skal sørge for, at der er plejehjem nok. Derfor hænger forslaget sammen med den her strafbøde.

For det andet er det sådan, at man for ikke så lang tid siden i socialministerens regi har lavet om på betalingsreglerne for de pensionister, der ligger på plejehjem. Og hvis man kigger på bemærkningerne til lovforslaget, nederst side 5, så står der: »Rådighedsbeløbet for folkepensionister, der er langvarigt indlagt på institution under sygehusvæsenet, er 5.241 kr. om måneden. Rådighedsbeløbet for en folkepensionist, der bor på et kommunalt plejehjem, udgør 900 kr. om måneden.« Jeg kan da ikke se, der er nogen som helst grund til, at der skal være sådan en forskel. Men der er måske nogle partier her i salen, der gerne vil have, at man laver om på reglerne, så alle pensionister, også dem, der bor på plejehjem, får flere midler til rådighed.

Bruno Jerup (EL):

Som det allerede har været antydnet af flere af de foregående ordførere, er det jo en lidt blandet løvbuket, der er kommet fra sundhedsministeren.

Der er flere af punkterne, som vi umiddelbart kan tilslutte os. Vi er f.eks. enige i § 1, nr. 1, der handler om udvikling af sundhedsfremme og sundhedsforebyggende indsats.

Det er meget vigtigt, at man har forebyggelsesaspektet med inde i forhold til amtskommunernes sygehusvæsen.

Vi er også enige i nr. 5 om, at der skal være en betalingsordning imellem kommuner og amter i forhold til pensionister og patienter.

Også nr. 6 er vi enige i. Det kan være fornuftigt i nogle sammenhænge at få samlet nogle af specialerne på enkelte større sygehuse for at sikre en høj kvalitet. Men vi vil gerne i den sammenhæng prøve at holde fast i, at det jo ikke må føre til, at man generelt set får nedlagt alle mulige specialer ude i de mindre sygehuse.

Der har igennem mange år været en meget kraftig tendens til, at man har nedlagt de små sygehuse ude i lokalområderne. Vi kunne sådan set godt tænke os, at man overvejede det en lille smule, så man sikrede, at også de små sygehuse i lokalområderne kunne bevares, og at ikke disse krav om kvalitet og specialisering fører til en centralisering, som fører til lukning af de små sygehuse. Det er i hvert fald et problem, som vi mener man bør overveje.

Så er det også fornuftigt, når det nu skal være, at se på de private institutioner og sygehuse, som vi, det vil jeg godt sige, ønsker nedlagt. Vi mener, at den slags opgaver skal lægges ind under det amtskommunale sygehusvæsen. Men vi mener, at det selvfølgelig er rimeligt, at de giver oplysning om deres virksomhed til de centrale sundhedsmyndigheder, sådan at der kan komme en koordination af det, der foregår.

Så til den meget omtalte § 1, nr. 3, i lovforslaget, om egenbetaling. Vi mener ikke, det er nogen særlig heldig paragraf. Det er muligt, at den kan forklares af de andre ordførere, som støtter den. Jeg synes nu, at man må have det synspunkt, som også hr. Jan Køpke Christensen har, at det ikke er rimeligt, når folk bliver indlagt på hospitalerne, at de så skal betale for at være på hospitalerne. Hvis det er sådan, at man synes, at folk ligger for længe på hospitalerne, så må man jo lave nogle tilsvarende plejehjem, hvor de kan være. Hospitaler er ikke beregnet til plejehjem, de skal ikke være plejehjem sådan

over længere tid. Og igen: Der står betaling. Hvis det er sådan, at de kommer fra eget hjem, så har de jo et eget hjem, som de stadig skal betale til, enten de bor alene eller sammen med en anden.

Vi mener sådan set også, at hvis de kommer fra en plejehjemsplads, så skal den plejehjemsplads bevares som en mulighed til dem, til de kommer tilbage igen, sådan at de ikke ryger ud af plejehjemmet.

Så alt i alt kan vi sige: Der er et par positive ting, og der er i hvert fald én negativ ting i lovforslaget, og jeg tror, der må laves noget om på den, for at vi fra Enhedslistens side kan støtte det lovforslag, som ligger her.

Sundhedsministeren (Yvonne Herlev Andersen):

Tak til ordførerne. Det er jo et meget sammensat lovforslag, der ligger foran os, med ting, som vi retter op på, fordi det i praksis har vist sig at være nødvendigt.

Hr. Jens Vibjerg var inde på spørgsmålet om specialefordelingen og var ikke særlig begejstret for at give sundhedsministeren det håndtag, for det er det jo. Og jeg holdt meget fast i, at der står: efter forhandling med amterne, for også jeg lægger vægt på det lokale selvstyre, men må se på, at det for meget få, sjældne sygdomme – med de specialer, der er fastsat omkring dem – kan være nødvendigt at sammenlægge.

Jeg tror, at alene løsningen med at få det ned i én paragraf er en stor hjælp. Det er ikke noget, jeg håber at få brug for, men skulle jeg det, er det, fordi det bliver nødvendigt, idet der jo også er lokale interesser i specialer. Det kommer til at foregå i en forhandling, men det kan være nødvendigt at bruge paragraffen.

Så var der spørgsmålet fra fru Karen Højte Jensen, om den forebyggende indsats ikke koster penge. Jo, det gør den da. Men den forebyggende indsats, som man har på sygehusene og skal medvirke til, kan f.eks. være det, som vi har været meget opsat på at få ført videre i Hovedstadens Sygehusfællesskab: de enkelte afdelingers gode samarbejde med primært socialsektoren, sådan at man, når man skal have folk udskrevet, også ved noget om, hvad det er for folk, man samarbejder med, hvad det er for forhold, man skriver ud til, og så folk ved, hvor de skal henvende sig.

Der er også et spørgsmål om det, vi traditionelt kender i forebyggelsen, nemlig alkohol og tobak, som vi kommer til på et senere tidspunkt.

Det er et spørgsmål om i højere grad at benytte de erfaringer, man indsamler, og også at få det fastslået i lovgivningen.

Så kom der et konkret spørgsmål om, hvor mange der venter. Hvorfor er det nødvendigt at sætte økonomi på det?

Sidst vi drøftede spørgsmålet på det sociale område, var det knap 700 mennesker, som venter. Det var omkring årsskiftet, vi fik den oplysning. Og så er der de psykiatriske patienter; der er ca. 250.

Men hele det store spørgsmål hedder § 5 a, og jeg kan høre, der er god brug for at gå det igennem i udvalget, for da vi lavede de nye regler om, at alle mennesker, der bor på offentlig institution, skal have deres egen pension, så havde det to formål: dels at ligestille dem med alle andre pensionister, dels at ændre andres indstilling til dem. Selv om den pågældende ikke var i stand til at forvalte sin pension, ville alene synet på det menneske fra pårørende og fra behandlere blive anderledes, når det var en selvstændig økonomisk person, som man også måtte betragte på den måde, ikke bare en, som fik tildelt et lommepengebeløb. Det var problemet.

Så er der den gruppe mennesker, der ikke var dækket af lovgivningen. Det er primært mennesker, der bor på institutioner under sygehusvæsenet, ikke på sygehus, men under sygehusvæsenet, det, man i gamle dage kaldte for sygehjemmene. Det kan godt være folk, der modtager højeste invalidepension, som det hed i gamle dage, højeste førtidspension, dvs. at man har en 8.000-9.000 kr. Og jeg vil gerne medgive, at når man skriver noget om rådighedsbeløb, så ringer det i ørerne ligesom før 1. januar 1994, og det er vel det, som har givet anledning til problemer i denne her debat.

Jeg vil meget gerne gå ind i det og også igennem udvalgsarbejdet se på, om ikke vi kan finde en løsning, som helt ligner den, alle andre pensionister er underlagt, altså at man får udbetalt sin pension og så betaler efter de vilkår, alle andre pensionister betaler efter. Der er jo ingen grund til at indføre en regel fra før 1. januar 1994 for en speciel gruppe mennesker.

Jeg vil da gerne foreslå, at vi sammen sørger for at få dem med op på det niveau, vi har i dag, altså en ligestilling, sådan at pensionister er pensionister, ligegyldigt om de befinder sig på et plejehjem under et hospital eller på en forsorgsinstitution – som der i øvrigt er meget debat om i øjeblikket, men altså en § 112 eller 105 eller 106 institution, hvad de hedder – sådan

at vi får lighed for loven. Så tror jeg, vi kan komme det problem i møde, for det drejer sig altså ikke om mennesker, der er i fare for, ligesom da vi havde debatten på det sociale område, at miste deres bopæl, som ikke kunne betale deres faste udgifter osv.; det er slet ikke den problemstilling, vi er inde i.

Vi er inde i en problemstilling, hvor det er folk, der i almindelighed har meget langvarige ophold på noget, der kunne ligne institutioner, det, der erstattede de gamle sygehjem, og som derfor har brug for særlig tæt tilsyn. Det var spørgsmålet om at løse problemet for dem, og det skal vi selvfølgelig løse på lignende måde, som vi har løst det for alle andre mennesker, der bor på offentlige institutioner.

(Kort bemærkning).

Karen Højte Jensen (KF):

Som jeg sagde i mit første indlæg, er jeg selvfølgelig enig i, at man ikke skal have specialer alle vegne. Der kan være gode hensyn at tage til, at man får dette her koordineret, og også, at ministeren inddrages.

Det er sådan, at i den lov, man nu ønsker ændret, har denne § 13, stk. 5, kun virket i 2 år. Jeg vil godt spørge ministeren, om det er dårlige erfaringer, der gør, at man nu i stedet for at sige: hvor væsentlige hensyn taler for det, skal sige, at det er kvalitets- og ressourceforbruget, der afgør det. Hvad er det for nogle erfaringer, man har?

Jeg tror, at hvis vi ikke behandler dette tema med sordin, så bliver det meget vanskeligt at få vores amtsrådspolitikere med på det. Derfor skal vi være på sikker is, om jeg så må sige. Men som sagt er jeg naturligvis enig i, at der må ske en koordinering.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

I den paragraf, vi henholder os til, § 5 a, står der jo ikke eksplicit, at det skal være på sygehjem med plejehjemslignende forhold, altså en slags, skal vi sige pendant til de plejehjem, som de ikke er på. Det er formuleret som institutioner under sygehusvæsenet, og det er jo en meget bred formulering. Kan sundhedsministeren garantere for, at denne paragraf ikke bliver brugt til at lade patienter ligge på de almindelige sygehuse og betale for det? Det er jo ligesom det, der også er en del af spørgsmålet.

Sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen):

Jeg er godt klar over, at specialesammenlægning skal behandles med sordin. Det er derfor, jeg har holdt så godt fast i, at det skal være efter aftale med amterne; men vi har fundet det nødvendigt at have den paragraf, sådan at vi kan bruge den i påkommende tilfælde. Men ja, det skal der da forhandles om, det skal behandles meget varsomt.

Jeg sagde før, at mit ønske er, at alle pensionister bliver behandlet ens, ligeegyldigt hvor de befinder sig, og dér vil jeg da gerne tage offentlige sygehuse med. Dér er der ikke nogen, der ligger så lang tid. Hvis man tager den tidsfrist, som er nævnt i lovforslaget, så taler vi jo om 6½ måneders indlæggelse inden for de sidste halvandet år, og det finder ikke sted på en sygehusafdeling, men vil primært finde sted på en institution under sygehusvæsenet.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Lovforslagets overgang til anden behandling vedtoges uden afstemning.

Første næstformand (Ivar Hansen):

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

Den sidste sag på dagsordenen var:

5) Første behandling af lovforslag nr. L 113: Forslag til lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende.

Af sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen).

(Fremsat 11/1 95).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Holger Graversen (S):

Lovforslaget her er en genfremsættelse fra maj måned 1994 med stort set uændret formulering. Både rygere og ikkerygere har grund til at hilse lovforslaget om sikring af røgfri miljøer velkommen. Det viser sig jo, at ca. halvdelen af alle arbejdspladser i Danmark hverken har regler eller aftaler om tobaksrygning, og det er årsag til, ved vi, megen uro og utilfredshed – naturligvis først og fremmest fra ikkerygernes side. Men i dag udgør denne gruppe faktisk også over halvdelen af Danmarks befolkning, heldigvis.

Der er undersøgelser nok, der påviser tobakkens miljø- og sundhedsmæssige skadevirkninger. Der er undersøgelser nok, der påviser det sundhedsfarlige i at ryge selv, men sidst og ikke mindst er der mange undersøgelser, der påviser det sundhedsfarlige i at være passiv ryger, at blive udsat for andres røg.

Tobaksskaderådet har således vurderet hele atten befolkningsundersøgelser, som klart viser en forøget risiko både ved aktiv og passiv rygning, f.eks. lungekræft og åreforkalkning bl.a. i hjertets kranspulsårer. Der er også påvist en række andre gener som øjenirritation, hoste, bronchitis og hovedpine, især for allergikere og børn, og børn af rygere har f.eks. behov for flere lægetilkald og hospitalsindlæggelser end børn af ikkerygere.

Vi ved også, at middellevetiden i Danmark i de seneste 10-12 år er faldet i forhold til i andre OECD-lande, som vi plejer at sammenligne os med. I 1970 lå vi f.eks. på omkring en sjettedel, i 1990 var vi dalet ned på en attende-nittede plads.

Middellevetidsudvalget har efterfølgende påpeget og dokumenteret, at den vigtigste enkeltårsag til dette er det høje tobaksforbrug i Danmark. I Danmark ryger man mere end nogen andre steder i Europa.

Der er således begrundelse nok for sundhedsministerens og regeringens lovinitiativ. Den daværende sundhedsminister udsendte ganske vist i 1988 et cirkulære om røgfri miljøer på det statslige område, men en undersøgelse fra oktober 1992 viser blandt andet, at ca. en fjerdedel af de statslige medarbejdere er generet af andres røg, ca. trefjerdedele af de statslige institutioner lever ikke op til cirkulæret, ca. halvdelen af kommunerne har ingen rygeregler eller rygepolitik, ca. en tredjedel af amter og kommuner har problemer mellem rygere og