

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

Afstemning

Første næstformand (Birte Weiss):

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

Den næste sag på dagsordenen var:

6) Første behandling af lovforslag nr. L 132: Forslag til lov om ændring af lov om sygehusevæsenet. (Behandling af visse livstruende sygdomme).

Af sundhedsministeren (Carsten Koch).
(Fremsat 9/12 98).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Anne-Marie Meldgaard (S):

Det lovforslag, vi skal behandle her i dag, er en udmøntning af finanslovaftalen for 1999. Der er tale om en ændring af sygehusloven, hvor der nu indføres en behandlingsgaranti for livstruende sygdomme, hvilket må siges at være rimeligt og fornuftigt. Alvorligt syge patienter har et berettiget krav på hurtig behandling, og samtidig vil behandlingsgarantien fjerne lidt af usikkerheden og angsten blandt patienter, der har eller frygter at have en alvorlig sygdom.

Behandlingsgarantien omfatter indtil videre fire sygdomsgrupper, som Sundhedsstyrelsen har udformet fagligt acceptable ventetider for, og det drejer sig om de mest alvorlige hjerte- og kræftsygdomme. Det er et skridt i den rigtige retning, men ikke nok, så Socialdemokratiet ser gerne, at Sundhedsstyrelsen så hurtigt som muligt får fastlagt retningslinjer, så andre livstruende sygdomme kan blive omfattet af behandlingsgarantien.

Garantien omfatter ifølge lovforslaget dels en maksimumsgrænse for længden af det samlede behandlingsforløb, dels maksimumsgrænser for varigheden af de enkelte faser i behandlingsfor-

løbet. Selve behandlingsgarantien skærper amternes ansvar for at leve op til de ventetidsmål for livstruende sygdomme, der er fastlagt, idet patientens bopælsamt inden 1 uge efter henvisning fra patientens egen læge skal bekræfte, at amtet kan overholde garantien og meddele patienten en dato for forundersøgelse.

Amtet skal følge den samme procedure forud for behandlingen og efter behandlingen, og amtet skal også her bekræfte, at garantien kan overholdes, og patienten skal have datoer for behandling og efterbehandling. Kan amtet ikke opfylde garantien i eget regi, har de pligt til at søge garantien opfyldt på anden måde, og patienten skal så tilbydes behandling i et andet amt, på privathospital eller i udlandet.

Lovforslagets opbygning, hvad angår ansvar og visitering, vil givet medføre, at amtskommunerne fremover vil påtage sig et større fælles ansvar for at sikre behandlingen af de livstruende sygdomme gennem en udnyttelse af de eksisterende regionale samarbejdsstrukturer. Det fælles ansvar omfatter bl.a. en fælles planlægning af den nødvendige behandlingskapacitet.

I Socialdemokratiet er vi overbevist om, at et sådant samarbejde vil føre til, at amterne kun undtagelsesvis bliver nødt til at henvise patienter til visitering via Sundhedsstyrelsen til behandling på evt. privathospital eller i udlandet, og jeg vil i den sammenhæng gerne understrege, at der med dette lovforslag ikke er flyttet nogen ideologiske hegnspele, og at de private sygehuses betydning i det danske sundhusevæsen ikke hermed er styrket.

Lad mig så også slå fast, at der ikke er noget nyt i, at amterne kan opfylde behandlingsgarantien ved henvisning til private eller udenlandske sygehuse. Det gælder også i den lov, vi har i dag, at det er amternes egen afgørelse, om de vil henvise til private sygehuse. Men det er vigtigt at fastslå, at det fortsat er det offentlige, der visiterer; i første omgang amtet, og herefter overgår det til Sundhedsstyrelsen, hvis ikke de kan klare opgaven. Først når både amt og Sundhedsstyrelse har opgivet at finde behandlingstilbud, er det den enkelte, der selv kan gå ind og finde behandlingstilbud med offentligt tilskud.

Hensynet til patientens overlevelsesmuligheder er vigtigst, hvorfor en afvisning af behandling på privathospital i disse tilfælde vil være uansvarligt.

I forbindelse med indgåelsen af aftalen om behandlingsgarantien har det været vigtigt for Socialdemokratiet at fastholde, at der ikke er røkket ved princippet om brugerbetaling for behandling af sygdomme i den offentlige sektor. Det princip er fastholdt i det her lovforslag, og vil situationer om en patientmedfinansiering finde sted, så vil det ske efter samme retningslinjer, som vi kender i dag.

Vi tror ikke på i Socialdemokratiet, at det bliver noget problem, da vi er overbeviste om, at amterne i langt de fleste tilfælde vil kunne overholde behandlingsgarantien. I øvrigt tror vi, at det kun er i få tilfælde, at private hospitaler vil tilbyde behandling for de komplicerede, livstruende sygdomme, eksempelvis kræftbehandling.

Til slut vil jeg nævne, at Socialdemokratiet støtter forslaget og håber, at Sundhedsstyrelsen hurtigt vil blive klar med nye retningslinjer for behandlingsgaranti for livstruende sygdomme.

Gyda Kongsted (V):

Denne ændring af lov om sygehusvæsenet er en udmøntning af den del af finanslovaftalen for 1999, der er indgået mellem regeringen, Venstre, Det Konservative Folkeparti, CD og Kristeligt Folkeparti, og omhandler en behandlingsgaranti for patienter med visse livstruende sygdomme.

Det er jo en falliterklæring på den ene side med sådan en lovændring. Men på den anden side er det godt for disse patienter, at de nu får sikkerhed for en hurtig behandling. Og som noget vigtigt nyt gives det offentlige en direkte pligt til at henvise og betale for behandling på et privat sygehus, såfremt det offentlige ikke selv inden for en af Sundhedsstyrelsen nærmere fastsat frist kan behandle patienten. Sundhedsstyrelsen får herudover funktion som en yderligere visitationsmyndighed.

Det vil i alle tilfælde være patientens hjemamt, der skal afholde udgifterne til behandlingen, uanset om det er på eget sygehus, et andet amts sygehus eller et privat sygehus. Det gælder også, såfremt behandlingen vil skulle foregå i udlandet, dog ikke i f.eks. USA eller Australien og lignende, idet det ville medføre unødvendige store ekstra rejse-/opholdsudgifter for det offentlige.

Begrebet livstruende sygdom er et meget vidt begreb, og der har da også været rejst kritik netop omkring dette punkt. Men ved at tage fat på områderne: hjertesygdomme og kræftsyg-

domme, såsom bryst-, lunge- og tarmkræft, er der taget et vigtigt skridt på vejen i den rigtige retning.

Venstre vil dog gerne henlede opmærksomheden på de enkelte bestemmelser i bemærkningerne til den nye § 5 d, hvor der i andet afsnit står:

»Det betyder, at bopælsamtskommunen snarest efter henvisningen af en patient, typisk fra en praktiserende læge, skal bekræfte, at den kan opfylde den maksimale ventetid ...«.

»Snarest efter« er et noget videre begreb end det, der rent faktisk står i finanslovaftalen for 1999, hvor der står:

»Amtet skal derfor inden én uge efter henvisningen fra den praktiserende læge bekræfte, at det kan opfylde garantien og give patienten en dato for forundersøgelsen.«

Venstre går ud fra, at ovennævnte mere er en skrivefejl fra ministerens side, således at dette efterfølgende vil blive rettet i overensstemmelse med den indgåede aftale. Venstre kan derfor tilslutte sig lovforslaget.

Henriette Kjær (KF):

Når man er syg, har man det selvsagt dårligt. Man er usikker på sin situation, ked af det og bange for fremtiden. Dette kombineret med, at man også har svære smerter, gør, at livet bliver ekstra hårdt. Men hvis man så heller ikke kan være sikker på, hvornår man kan blive behandlet for sin livstruende sygdom, bliver ens tilstand endnu ringere.

Det er derfor glædeligt, at et stort antal partier i Folketinget har kunnet blive enige om at indføre denne her behandlingsgaranti for livstruende sygdomme, som vi nu er ved at behandle. Det giver patienterne en garanti for, at hvad angår behandlingen, så er det på plads, og så er der det problem mindre at tænke over.

I Det Konservative Folkeparti havde vi gerne set denne behandlingsgaranti udvidet til at gælde alle typer sygdomme. Det foreslog vi under finanslovforhandlingerne, og senere har både Speciallægeforeningen og nu senest Den Almindelige Danske Lægeforening foreslået det samme. Det får os til at tro på, at det er den rigtige vej at gå, hvis vi vil forbedre vores sygehusvæsen til fordel for patienterne.

Heldigvis overholder langt de fleste amter de tidsfrister og den maksimale ventetid, som Sundhedsstyrelsen har udstukket. Derfor anser vi i Det Konservative Folkeparti ikke det her forslag som voldsomt udgiftskrævende. Det vil-

le det være, hvis det skulle gælde alle sygdomme, og derfor havde vi også på vores forslag til finanslov afsat 750 mio. kr. til at få overholdt garantien via amterne.

Kritikerne af forslaget har fremført, at det vil forringe andre patientgruppers behandling til fordel for de livstruende sygdomme. Denne frygt deler vi ikke, da behandlingsgarantien er så afgrænset, som den er.

Det, der er vigtigt for os og helt afgørende, er, at der nu er knæsat et princip, hvor man er blevet enig om ved lov at sikre patienterne den behandling, som de helt fundamentalt har krav på.

Det er også vigtigt for os, at der gøres op med princippet om, at al sygdomsbehandling skal foregå i offentligt regi. Det, at der nu er mulighed for at benytte private klinikker og hospitaler, er jo banebrydende. Samtidig ser vi det som en indrømmelse af, at man ikke skal skæve til, hvem der udfører en opgave, men blot sikre sig, at den bliver udført under forsvarlige forhold.

Der skal dog ikke herske tvivl om, at vi i Det Konservative Folkeparti ønsker et stærkt offentligt sygehusvæsen. Det offentlige sygehusvæsen bør være i stand til at løse de opgaver, som det er stillet over for. Det er derfor også trist, at sygehusvæsenet halter bagefter på visse områder. Vi burde kunne blive enige om at afsætte de nødvendige ressourcer for at få en mere optimal sygdomsbehandling.

Der er elementer i det her lovforslag, som vi godt kunne have tænkt os anderledes i Det Konservative Folkeparti:

Alt skal ind over Sundhedsstyrelsens bord, og det ser vi lidt som dobbeltadministration. Vi er af den opfattelse, at amterne efter fastlagte retningslinjer selv kunne have løst den henvisningsopgave, der er behov for.

Jeg er enig i, at der ikke skal ydes tilskud til alternativ behandling eller behandlingsformer, der er direkte eksperimenterende. Men hvad betragtes som eksperimenterende? Det er jo ikke nogen hemmelighed, at man f.eks. i Sverige er en del længere fremme, end vi er, hvad angår kræftbehandling. Behandlingsmetoder, der i Sverige betragtes som konventionelle, betragtes åbenbart i Danmark som forsøg.

Det bekymrer mig, og jeg er bange for, at nogle patienter vil blive fanget i denne formulering. Det kunne derfor være rart med en klar definering af, hvad ordene eksperimentel karakter dækker over. Meningen med denne lov

er jo at hjælpe patienterne, ikke at stille dem hindringer i vejen.

Men ellers synes vi, det er et supergodt lovforslag. Og vi føler, at de tanker, lovforslaget repræsenterer, er udtryk for gode konservative principper, og ser det som en sejr, at vi i forbindelse med åbningsdebatten fik vedtaget et forslag til vedtagelse, som det nu hedder, og senere fik gjort det til en del af finansloven.

Jørn Jespersen (SF):

For lange ventetider til behandling i sundhedsvæsenet er et af de problemer, der findes i det danske sundhedsvæsen. Men det er netop kun ét af problemerne, og derfor synes vi, det er meget ensidigt, at man i finanslovforhandlingerne blandt partierne bag det her lovforslag så ensidigt har fokuseret på ventetider uden at have en samlet vurdering af, hvilken kvalitet man ønsker i det samlede behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen.

Når vi specifikt kigger på ventetider, som vi gør med det her forslag, så er SF enig i, at der bør opstilles fagligt forsvarlige ventetider til de forskellige behandlingsformer. Men vi er imod, at man gør det på enkelt diagnoser, kun tager nogle ganske få sygdomme og siger: Her indfører vi en maksimal ventetid med en indbygget garanti om, at hvis ikke amtet kan leve op til den, bliver der stillet behandling til rådighed andre steder.

For enten er det sådan, at amtet i forvejen lever op til den pågældende ventetidsgaranti, og så har det her forslag jo ikke ændret noget, eller også sker der det, at amterne flytter kapacitet og ressourcer hen på lige præcis de områder, hvor der er indført en ventetidsgaranti, og det er ressourcer og kapacitet, der tages fra andre områder, hvor ventetiderne så vokser tilsvarende.

Det vil sige, at det, man her gør ved at udvælge ganske få diagnoser og give en behandlingsgaranti dér, er – hvis man overhovedet gør noget – at man rører lidt rundt i gryden og flytter ventetider fra det ene område til det andet.

Derfor vil jeg godt spørge sundhedsministeren, om han er indstillet på at følge det her forslag op med at indføre en egentlig kvalitetsgaranti, som ikke blot rummer ventetiderne, men også alle de andre forhold, som har betydning for et godt behandlingsforløb for alle typer af behandlinger i det danske sundhedsvæsen, f.eks. også behandlingen af ældre medicinske patienter, hvor det jo ikke er ventetiden, der er

problemet, men overbelægning, kapacitetsmangel, manglende tid og manglende omsorg.

Er sundhedsministeren indstillet på også at sikre en kvalitetsgaranti på de her områder? Eller ligger ministeren under for diverse avisartikler, som fra tid til anden beskriver ventelister på forskellige områder, og tiltrettelægger han sin sundhedspolitik ud fra dét?

Vi er også imod, at lovforslaget giver mulighed for, at man kan blive behandlet på private sygehuse, hvis amtet ikke kan leve op til ventetidsgarantien. For det, der sker, hvis den mulighed bliver benyttet, er jo igen, at den begrænsede kapacitet bliver flyttet fra de offentlige behandlingsmuligheder til den private behandling. Og hvis den udvikling accelererer, vil det betyde – uanset om den socialdemokratiske ordfører vil erkende det eller ej – at der bliver indført en grundlæggende skævhed i det danske sundhedsvæsen, hvor de, der har råd til at betale merprisen, kan komme forrest i køen, og de, der ikke har råd til at betale, får en tilsvarende længere ventetid, og det bryder afgørende med det princip om fri og lige adgang til behandling, som vi ellers har været så stolte af at have her i landet.

Vi er også imod, at man med det her forslag giver en ventetidsgaranti uden at have arbejdet seriøst med de problemer, der ligger bag de for lange ventetider. Der er ikke arbejdet seriøst med kapacitetsproblemer. Der er ikke arbejdet seriøst med dårlig arbejdstilrettelæggelse. Der er ikke arbejdet seriøst med manglende ressourcer. Og jeg synes, det er utroligt, at man kan sidde en sen natte-time hos finansministeren og lave sundhedspolitik, uden at de folk, der ved – eller burde vide – hvordan problemerne hænger sammen, er seriøst inddraget.

Det betyder, at man stikker befolkningen blå i øjnene, idet man lader, som om man gør noget på området, men i virkeligheden bare har undladt at leve op til sine løfter fra valgkampen om at sikre ekstra ressourcer til en bedre behandling på sygehuse. Og dermed er alle de alvorlige problemer, herunder ventetiderne, endnu engang uløste, og det er for dårligt.

Inge Refshauge (DF):

Da Dansk Folkepartis ordfører på området, fru Birthe Skaarup, ikke er til stede, vil jeg forsøge at fremlægge vores synspunkter om lovforslaget:

Den ændring, som der nu lægges op til med dette forslag, er en del af finanslovaftalen. Men

samtidig er det en del af det forslag, som blev vedtaget enstemmigt i forbindelse med åbningsdebatten i oktober sidste år. Og yderligere er det en del af Dansk Folkepartis forslag, som blev vedtaget før sommerferien sidste år, som blev bakket op af et enigt Folketing, og som lød således: Sygehuse skal fungere bedre, og ventelisterne skal ned.

Det er positivt, at vi nu er nået så langt, at Folketinget har erkendt, at sygehusvæsenet ikke har fungeret godt nok, og at ventetiderne for at komme i behandling eller til operation og efterbehandling for en livstruende sygdom har været for lange. Derfor vil ethvert tiltag på dette område, som kan sikre og forbedre patienternes behandling, få Dansk Folkepartis fulde støtte.

Nu skal der så indføres maksimale ventetider, såfremt der er tale om en livstruende kræft- eller hjertesygdom, og amterne skal straks bekræfte, om den maksimale ventetid kan overholdes både med hensyn til behandling og efterbehandling.

Det er naturligvis et positivt element, at såfremt denne ikke kan overholdes, skal patienterne henvises til et sygehus i en anden amtskommune, til et privathospital eller til et sygehus i udlandet. Og det er helt tydeligt, at der nu må finde et yderligere samarbejde sted amtskommunerne imellem, for at de kan leve op til målsætningerne, og kan de ikke det, skal Sundhedsstyrelsen foretage en yderligere visitering og finde et behandlingstilbud enten her i landet eller i udlandet og enten på et offentligt sygehus eller på et privathospital.

Den yderligere udbygning af forslaget går så ud på, at patienten får mulighed for selv at finde et sygehus, såfremt hverken Sundhedsstyrelsen eller amtskommunen har mulighed for at tilbyde behandling, og at patienten så har ret til at få et tilskud til behandlingen.

De økonomiske konsekvenser af forslaget er, at det er bopælsamtskommunen, som i alle tilfælde skal afholde udgifterne til behandling, samt at amtskommunen skal betale et eventuelt gebyr til Sundhedsstyrelsens sagsbehandling.

Der skal ikke herske nogen tvivl om, at ethvert tiltag, lille eller stort, som går i retning af forbedringer af patienternes fundamentale rettigheder, f.eks. ved, at de får ret til undersøgelse og behandling af livstruende sygdomme inden for rimelige tidsfrister, får Dansk Folkepartis fulde støtte.

Netop fordi behandlingsgarantien er et skridt i den rigtige retning, kan vi naturligvis støtte

lovforslaget og den videre udvalgsbehandling, for det er nødvendigt, at vi hele tiden sikrer og forbedrer kvaliteten af den behandling, vi tilbyder landets patienter.

Yvonne Hørløv Andersen (CD):

Som det har været sagt før, er lovforslaget jo en udmøntning dels af åbningsdebattens vedtagelse af V 2 og dels af den opfølgning, der var i finanslovforliget for 1999, som CD er en del af, og det giver så patienter med livstruende sygdomme en ret til behandling uden unødigt ventetid.

Nu skal man jo være lidt forsigtig med garantier, men her er det Sundhedsstyrelsen, der fastsætter den maksimale ventetid for den enkelte behandling, og kan et amt så ikke overholde den, bliver amtet forpligtet til at anvise et andet sygehus inden for den fastlagte frist. Og her drejer det sig ikke alene om et andet offentligt sygehus, men som noget nyt også om et privatejet sygehus.

Og kan det heller ikke lade sig gøre, eller kan behandling ikke finde sted her i landet, henvises der så til behandling i udlandet, og i sidstnævnte tilfælde skal spørgsmålet afgøres af Sundhedsstyrelsen, hvilket vi synes er helt rimeligt.

Med lovforslaget er der så taget et første skridt, kan man sige, inden for det, der hedder materielle patientrettigheder, noget, man ellers har været meget forsigtig med, fordi det er omkostningstungt. Men for CD's vedkommende må udviklingen meget gerne gå videre i den retning.

I lovforslaget er der også anført en række forbehold for de hændelser, der kan komme i vejen for en overholdelse af garantien inden for fristen. Det kan være forhold hos patienten, som kræver yderligere undersøgelser, eller det kan være patientens eget ønske om at blive behandlet på et andet sygehus end det, der er blevet anvist. Og udgifterne skal som hidtil afholdes af bopælsamtet, og har patienten fået anvist et andet sygehus her i landet eller i udlandet, afholder bopælsamtet derudover udgifterne til ophold og befordring, og det synes jeg er fint.

Der var en meget lang og hed debat herhjemme om, hvorvidt man skulle have lov at anvise til private sygehuse. Og det er et meget varmt emne, men hvis man er en opmærksom læser af de forskellige tidsskrifter, der kommer, kan man se, at det jo er noget, der også udvikler sig i resten af Norden. Jeg tror nok, Norge og

Sverige er de lande, der er længst fremme her, og særlig Norge, hvorimod man er mere forsigtig i Finland.

Så det er et af de første spæde skridt, og det er da *principielt*. Og det er da også i det lys, jeg synes man skal se det, og det er jo præcis det, der har været den skruer, hvorom debatten har drejet sig: at man nu tager hul på det, hvor det ikke er så vigtigt for politikere. Det er i hvert fald ikke vigtigt for den patient, der skal behandles, om patienten bliver behandlet offentligt eller privat; bare behandlingen sker inden for den frist, som Sundhedsstyrelsen har fastsat som den maksimale frist for en sufficient behandling. Det er vel det vigtigste for patienten.

Og så går jeg ud fra, at man herhjemme efterhånden også opbløder de stive politiske grænser, så vi kan få det maksimale ud af det samlede sundhedsvæsen, vi har i landet.

Morten Helveg Petersen (RV):

Lovforslaget er en del af finanslovaftalen, og Det Radikale Venstre kan selvfølgelig støtte lovforslaget. Og vi finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen udmelder fagligt acceptable ventetider for livstruende sygdomme.

Amterne forpligtes så til at yde behandling inden for disse maksimale ventetider, og denne type ventetider mener jeg er vigtig at have som en form for retningslinje i en politisk diskussion. Det er vigtigt i en diskussion at have nogle bud på, hvad der er fagligt acceptable ventetider, for det er noget, vi skal forholde os til som politikere. Derfor synes jeg også, det har en selvstændig værdi, at man udmelder de her ventetider.

Noget andet og selvfølgelig lige så vigtigt er selvfølgelig kvalitetsdiskussionen, så den skal man jo også have med i billedet, og det er i øvrigt en diskussion, vi har på en lang række andre sygdomsområder. For det er klart, at én ting er kvantitet i form af ventetider og noget andet er kvalitet, så den diskussion skal vi selvfølgelig også have med.

Hvis ikke amtet kan overholde ventetiden, skal patienten have tilbud om behandling på et sygehus i et andet amt, på et privathospital eller på et sygehus i udlandet. Og på linje med den foregående taler er jeg også temmelig pragmatisk med hensyn til, om behandlingen af en livstruende sygdom foretages på et offentligt eller et privat eller et udenlandsk sygehus.

Hvis en patient lider af en livstruende sygdom, skal patienten behandles. Og det må være

patientens interesser, der går forrest. Det må være det vigtigste og ikke så meget strukturen, institutionen eller systemet.

Sundhedsstyrelsen har ansvaret for visitationen, hvis det pågældende amt ikke er i stand til at opfylde behandlingsgarantien.

Det er selvfølgelig vigtigt, at Sundhedsstyrelsen er i stand til at administrere visitationen af patienterne, altså at der er den fornødne organisation med den fornødne kompetence. Det siger sig selv, at skal et sådant system fungere efter hensigten, kræver det, at organisationen er på plads. Det lægger jeg stor vægt på.

Der er nogle, der i debatten har kaldt det her lovforslag et gennembrud for de private hospitaler. Jeg synes, det er at være lige optimistisk nok på de private hospitalers vegne. Jeg har i hvert fald forventninger om, at amterne vil løse den opgave i videst muligt omfang, og jeg har tiltro til, at det offentlige sundhedsvæsen fortsat vil være ryggraden i den danske sundhedssektor.

Det Radikale Venstre finder en lang række positive momenter i lovforslaget, og vi kan støtte det.

Frank Aaen (EL):

Det lyder sympatisk, men der er afgørende problemer i det her lovforslag, og det største problem er, at i samme øjeblik man indfører en behandlingsgaranti for enkelte sygdomme uden samtidig at tilføre sundhedsvæsenet flere midler – hvilket er det, man er i gang med at gøre nu – så betyder det pr. automatik og med garanti længere ventetider for andre sygdomme, og det har vi flere gange prøvet at få regeringen til at indrømme. Og jeg mener simpelt hen, det er helt ude af trit med befolkningens krav og de forventninger, der er til sundhedsvæsenet, at vi nu i Folketinget gennemfører en lov, som betyder længere ventetider for nogle sygdomme.

Vi er også meget betænkelige ved den principielle åbning over for anvendelse af privathospitaler, der er her, ikke blot ved en direkte henvisning til et privathospital – hvilket allerede var muligt, før det her lovforslag blev fremsat – men nu også ved, at patienten i visse tilfælde kan få pengene med og selv supplere op til en behandling på et privathospital.

Hvis jeg har forstået det rigtigt, at det er sådan, at hvis Sundhedsstyrelsen unnlader at henvise en patient til et hospital, fordi man synes, prisen på det hospital – uanset om det er offentligt eller privat eller udenlandsk – er for

høj, så kan man komme i den situation, at patienten får pengene med og så kan gå til det pågældende hospital og af egen lomme supplere betalingen for behandlingen op, ja, så må jeg sige, at det asociere i det her forslag er endnu mere udtalt, end jeg lige i første omgang, da vi havde finansloven til debat, oplevede det, for her begynder man altså på den praksis, at folk kan få en sjat penge og så selv lægge resten oveni og derved komme foran i køen. For det er jo det, det drejer sig om: De, der har penge nok selv, kan komme foran i en behandlingsskø i forhold til andre, som man ikke kan opfylde behandlingsgarantien over for, og som derfor må vente. Har du penge nok, så kan du få!

Hvis det også er indholdet – og sådan forstår jeg lovforslaget, når jeg læser det – så må jeg sige, at det er et ideologisk skridt af meget alvorlig karakter, der her tages.

Det er i det hele taget sådan, at lovforslaget ser meget pænt ud og måske ikke har den store virkning i praksis, for måske er de her behandlingsgarantier ved at være opfyldt de fleste steder, men altså har nogle ideologiske åbninger over for Venstre og De Konservative, som er ganske alvorlige, og som åbner for en udvikling, der kan vise sig at blive meget katastrofal, idet sundhedssystemet i Danmark i højere grad bliver et sundhedssystem, hvor de, der har penge, kan få en god og ordentlig behandling, hvorimod de, der ikke har råd, må gå bag i køen og vente.

Så er der spørgsmålet om patienternes retsstilling. For det med at blive henvist til behandling er jo ikke bare et spørgsmål om økonomi og finansiering, men også et spørgsmål om, hvem der har ansvaret, og derfor vil jeg spørge ministeren, om det er helt soleklart, hvem der har ansvaret for behandlingen, når man af amtet henvises til behandling på et sygehus i et andet amt eller på et privathospital eller i udlandet. Er det juridisk fuldstændig afklaret, hvordan patientens retsstilling er dér, og hvordan ansvarsfordelingen er mellem dem, der henviser, og dem, der udfører den egentlige behandling?

I Enhedslisten mener vi, at det, der er brug for, for det første er en massiv ressourcetilførsel til sundhedssektoren og for det andet en rekruttering af nogle mennesker, som vi i dag må erkende ikke har tilstrækkelige kvalifikationer, og hvor der derfor sættes gang i et stort uddannelsesprogram, hvor man uddanner dem, der kommer ind i systemet, og videreuddanner

dem, der allerede er i systemet, og på den måde højner deres kvalifikationer, så de kan varetage nogle af de opgaver, som der i dag ikke er tilstrækkeligt med kvalificeret personale til at varetage.

Og der er faktisk brug for en hurtig indsats, for man kan jo ikke vente i 5 eller 7 år på, at der er nok af uddannet personale; man er faktisk nødt til allerede nu at tilføre sundhedssystemet de ressourcer, der skal til, for at man kan begynde på en efteruddannelse og videreuddannelse – og selvfølgelig stadig væk nyuddannelse – og sørge for, at den tilstrækkelige kapacitet er til stede.

I øvrigt mener vi – men det hører ikke så meget til dagens debat – at der faktisk er brug for en meget mere overordnet og samlet vurdering af vores sundhedsindsats end den, hvor man bare fokuserer på ventetider for enkelte sygdomme, og i meget højere grad brug for at få sat spørgsmålet om forebyggelse og om behandlingen af de ikke så moderne sygdomme – altså dem, der ikke er livstruende, men dog livsødelæggende – på dagsordenen end det, der typisk bliver sat på dagsordenen med f.eks. sådan et lovforslag, som vi har til behandling i dag.

Tom Behnke (FP):

Både for patienter og for alle andre borgere er tryghed et nøgleord, og tryghed hænger meget nøje sammen med sikkerheden for, at den dag, hvor man bliver syg og har brug for behandling, kan man få den nødvendige behandling så hurtigt som overhovedet muligt, og derfor er det et meget relevant forslag, vi her diskuterer.

Fremskridtspartiet har flere gange foreslået, at der blev sat nogle maksimale grænser for, hvor lang tid man overhovedet må have lov til at stå på venteliste, før der skal ske noget med én, men gang på gang har Folketinget afvist forslaget. Men jeg kan nu forstå, at der heldigvis og lykkeligvis for landets mange borgere og især for dem, der har behov for behandling, er indgået et forlig mellem regeringspartierne og Venstre og De Konservative, således at vi kan se forslaget her i dag.

Det er lykkeligt for de mennesker, der har behov for det, og det vil alt andet lige give langt større tryghed i befolkningen, at man ved, at man med sikkerhed kan få den nødvendige behandling, når man har brug for den, og at man, hvis ens eget hjemamt ikke lige kan stille behandlingen til rådighed inden for de frister, der

bliver fastsat, så kan søge behandling enten i et andet amt eller på et privathospital eller måske endog i udlandet.

Det synes vi i Fremskridtspartiet er ganske fornuftigt, og vi er glade for, at forslaget nu endelig er kommet, og at det kan samle et flertal her i Folketinget.

Der er heller ingen tvivl om, at det rent samfundsøkonomisk er en klar fordel, at folk, som kommer til skade eller bliver syge, hurtigst muligt kan blive behandlet, for på den måde kan man langt hurtigere komme tilbage i den vante gænge igen, og dermed er det også samfundsøkonomisk en fordel.

Men først og fremmest – og det var også derfor, jeg startede med det – handler det her om, at patienterne og borgerne her i landet får en større tryghed og en større sikkerhed for, at de kan blive behandlet.

Men jeg kan også læse af forslaget her, at det bliver Sundhedsstyrelsen, der skal fastsætte, hvor grænserne skal være, og det er vi ikke specielt glade for i Fremskridtspartiet, for i det øjeblik man lægger den kompetence ud i Sundhedsstyrelsen, er det helt ude af politisk kontrol, hvor grænserne kommer til at ligge, og hvad der vil ske, hvis fristerne ikke bliver overholdt.

I Fremskridtspartiet havde vi meget gerne set, at de kriterier blev fastsat af Folketinget, eller, hvis det ikke kunne lade sig gøre, at vi i det mindste kunne opnå det kompromis, at det var ministeren, der fastlagde de grænser, således at der var politisk hold i tingene. For hvad vil man gøre, hvis Sundhedsstyrelsen beslutter sig for, at der må være en maksimal ventetid på 5 år til en eller anden type operationer? Så er man bare nødt til at sige: Jamen det har Sundhedsstyrelsen bestemt, så det kan vi ikke lave om på.

Jeg synes, man både i regeringen og i forligspartierne meget nøje skulle overveje, om det nu også er det rigtige sted at lægge kompetencen til at fastsætte grænserne. Jeg er helt med på, at det er Sundhedsstyrelsen, der har den nødvendige viden og erfaring og dermed muligheden for at foreslå, hvor grænserne skal være. Men det bør som minimum være ministeren og meget gerne Folketinget, f.eks. i Sundhedsudvalget, der derefter bestemmer, hvor grænserne skal være, og giver disse frister det blå stempel.

Det ser vi meget gerne i Fremskridtspartiet, og det er noget af det, vi vil arbejde for under udvalgsbehandlingen.

Men vi er glade for det her forslag, og vi er glade for, at alle borgere får glæde af forslaget. I modsætning til Enhedslisten har vi i Fremskridtspartiet den opfattelse, at det her forslag glæder både høj og lav her i landet, for uanset hvad der skal ske, vil det naturligvis være en fordel for alle, at der bliver fastsat nogle tidsfrister, inden for hvilke man skal tilbydes behandling, hvad enten det er i hjemmet, i et andet amt eller i udlandet eller måske endda på et privathospital.

Så til hele diskussionen om prioritering:

Ja, den grøft kan man jo meget vel komme til at falde i, men jeg håber og tror også på, at ministeren meget nøje vil holde øje med, hvad der sker ude i amterne på det her område, så man ikke i amterne forfalder til at nedprioritere andre sygdomstyper og andre operationstyper, men tager denne opgave alvorligt og klarer begge dele samtidig.

Men det er ikke blot et spørgsmål om en prioritering i amtsrådene af, hvad man vil lade pengene gå til, men sandelig også et spørgsmål om en prioritering her i Folketinget af, hvilke penge der skal ud til sundhedssektoren, og hvilke penge der ikke skal ud til sundhedssektoren.

Og jeg håber meget, at det her ikke vil få den konsekvens, at nogle amter bare vil nedprioritere andre sygdomstyper for at leve op til lige præcis det her lovforslag, men både vil klare de eksisterende operationsopgaver og dem, der kommer i fremtiden, således at vi netop på den måde sørger for tryghed og sikkerhed for alle borgere her i landet.

Så i Fremskridtspartiet går vi meget positivt ind i behandlingen af lovforslaget her.

Tove Videbæk (KRF):

Dette lovforslag er en udmøntning af finanslovaftalen for 1999, og forslaget formål er at give en garanti til patienter med visse livstruende sygdomme vedrørende en maksimal ventetid til undersøgelse og behandling m.v.

Hvis bopælsamtskommunen ikke kan tilbyde behandling inden for den maksimale ventetid, skal patienten tilbydes behandling på et sygehus i en anden amtskommune, på et privat sygehus her i landet eller på et sygehus i udlandet, stadig inden for den fastsatte maksimale ventetid. Kan dette ikke lade sig gøre, kan patienten få tilskud til behandling på et hospital i eller uden for landet efter eget valg, dog ikke til alternativ behandling eller til behandling af

forskningsmæssig eller eksperimentel karakter. Sundhedsministeren fastsætter størrelsen af de beløb, der skal betales.

Taksterne for behandlingen på private eller udenamtslige hospitaler skal nødvendigvis holdes på et sådant niveau, at der ikke sættes gang i kasse- og overskudstænkning i nogle amter.

Ifølge medierne er denne tænkning allerede i fuld gang: Hvis et amt lader naboamtet udføre behandlingen, slipper man selv for arbejdet, og naboamtet får det af ministeren fastsatte fulde beløb. Til gengæld kan det pågældende amt tage imod og behandle patienter fra naboamtet og dermed aflaste det amt, som tidligere har hjulpet, og få det fastsatte fulde beløb for denne service.

Det må på en eller anden måde sikres, at denne trafik ikke tager overhånd og ødelægger intentionerne i dette ellers gode lovforslag.

Ligeså skal det sikres, at dette forslag ikke gør det endnu sværere for hospitalerne i de tyndbefolkede områder. F.eks. har amter med universitetshospitaler lettere ved at tiltrække læger, end yderamterne har. Dermed kan universitetshospitalerne ansætte flere læger, og det kan medføre en ledig kapacitet, som tiltrækker patienter fra de amter, der ikke kan leve op til ventetidsgarantien.

For sygehuse i yderamterne kan dette være starten på en ond skrue og en økonomisk bombe, for yderamterne skal dermed betale store beløb til sygehuse i andre amter, og de får måske af den grund ikke råd til at tilbyde speciallægerne de ekstra gode vilkår, som de er nødt til at tilbyde i disse yderamter.

Dette kan medføre, at der bliver endnu større lægemangel i disse amter, hvilket vil gøre det endnu sværere at overholde ventetidsgarantierne. Patienterne vil derfor i større og større grad blive behandlet udenamts, og dette sætter så turbo på den onde skrue nedad.

Det frie sygehusvalg og ventetidsgarantien i forening kan dermed komme til at blive en bombe under økonomien i de tyndbefolkede områder, for disse amter vil komme til at sende uforholdsmæssigt mange penge til behandling ud af amtet, og hospitalerne dér affolkes så for læger og patienter og må måske lukke.

Dette er naturligvis det sorteste af alle sorte scenarier for yderamterne, men vi er nødt til at tænke dette med, så vi sikrer os, at forslaget ikke lukker hospitaler, i modsætning til, hvad der var formålet med forslaget, nemlig at være

en udfordring til bedre patientbehandling, større effektivitet og bedre planlægning m.m.

Endvidere må vi sikre, at denne ventetidsgaranti, som gælder visse livstruende sygdomme, ikke kommer til at stå i vejen for hurtig behandling af andre alvorlige og/eller livstruende sygdomme, som blot ikke er med på listen. Vi bør derfor også have i tankerne, at dette forslag på sigt blot bør være begyndelsen på en generel forbedring for alle patienter med alvorlige sygdomme og ikke blot for nogle få, som har fået mediernes opmærksomhed.

Med disse bemærkninger kan Kristeligt Folkeparti tilsige sin støtte til dette forslag.

Sundhedsministeren (Carsten Koch):

Jeg skal takke for en meget positiv modtagelse af forslaget. Det er, som flere har været inde på, sådan, at forslaget er udmøntet i overensstemmelse med de aftaler, der er indgået i forbindelse med finanslovforhandlingerne.

Der har været nogle enkelte bemærkninger til forslaget; dem vil jeg godt knytte nogle kommentarer til. For det første nævnte fru Gyda Kongsted, at der i aftalen står »inden en uge«, mens der i selve lovforslagets bemærkninger står »snarest efter« eller noget i den stil.

Dertil kan jeg sige, at det er klart, at der ikke er nogen modstrid i det her, men at »snarest efter« i meget høj grad kan og bør forstås som inden en uge, så jeg opfatter det ikke på nogen måde som et forsøg på at løbe fra aftalen – tværtimod måske at sætte endnu mere turbo på, sådan at det gøres uopholdeligt.

Det er jo sådan, at når man angiver frister, er der en vis tendens til, at man lægger sig ude og overholder fristen i situationer, hvor man endda kunne komme hurtigere ud. Så jeg opfatter det ikke på nogen måde som en modsætning.

Til fru Henriette Kjær, som havde nogle bemærkninger om, at alt skulle ind over Sundhedsstyrelsen – sådan tror jeg, at det blev formuleret – vil jeg altså sige, at det jo ikke er alt, der skal ind over Sundhedsstyrelsen. Tværtimod er det intentionen med forslaget, at intet skal ind over Sundhedsstyrelsen, forstået på den måde – og det er også noget, som jeg fået tilkendegivelser om fra amterne m.v. – at amterne selv påtager sig den her opgave, det enkelte amt, hvor den pågældende henvender sig, eller amterne i fællesskab. Det har de givet tilsgagn om at de vil arbejde meget på.

Amterne vil jo ikke på nogen måde være interesserede i at få pålagt en behandling af

Sundhedsstyrelsen. Det vil blive opfattet som et nederlag, og alene af den grund er det meget, meget få tilfælde, der kommer over Sundhedsstyrelsens bord, sådan som intentionerne er og sådan som tilkendegivelserne har været fra amterne. Så det frur jeg ikke vi skal frygte.

Så beder fru Henriette Kjær om en tilkendegivelse af, hvad der egentlig ligger i ordet eksperimentel. Det har jo i og for sig ikke så meget med selve lovforslaget at gøre, for vi har jo ordninger vedrørende eksperimentel behandling i udlandet. Det er en helt anden diskussion, som jeg ikke rigtig synes, vi skal komme ind på nu, men det er altså sådan, at Sundhedsstyrelsen som den øverste lægesagkyndige autoritet på området er sat til at afgøre, hvad der forstås ved eksperimentel behandling. Sundhedsstyrelsen er jo ikke bare sådan et lille lukket kontor. Man har sine eksperter, man trækker på, og det er altså udtryk for den højeste ekspertises vurdering.

Jeg mener ikke, vi har haft nogen eksempler på, at der har været, hvad skal vi kalde det, meget forskellig opfattelse af, hvad der ligger i ordet eksperimentel, så jeg tror, at vi kan reservere den diskussion til et andet forum. Jeg mener ikke, det er et stort problem i forhold til det her. Patienter må erkende, at man ikke bare kan forlange en hvilken som helst udenlandsk behandling foretaget med offentlige midler og fuldstændig se bort fra, at det kan være eksperimentelt. Vi har jo set eksempler på, at folk er blevet underkastet eksperimentel behandling, som bestemt ikke har været et gode, så jeg mener, det er et fornuftigt princip, vi har.

Til hr. Jørn Jespersen og delvis også til hr. Frank Aaen, som begge anholder princippet om, at nu tager vi nogle enkelte diagnoser op, nogle enkelte behandlinger, og trækker dem frem og laver nogle særlige regler, særlige ventetidsregler, på disse områder.

Jeg er også generelt modstander af, at man sådan vælger et bestemt område og laver nogle særlige, specifikke ventetidskrav på nogle bestemte områder. Det har vi jo heller ikke så gode erfaringer med, når vi ser tilbage, men jeg vil nu nok sige, at når jeg er gået med på det her område, lige præcis på det her, så er det, fordi det er noget, der er livstruende. Når det er livstruende, har det en særlig karakter, og det er den eneste grund til, at jeg går ind for, at man laver sådanne særlige ordninger på det her specifikke område.

Hr. Jørn Jespersen og hr. Frank Aaen kritiserer også – og flere har også været inde på det – spørgsmålet om, om vi, når vi nu fokuserer på behandling af livstruende sygdomme, så ikke automatisk kommer til at nedprioritere andre sygdomme, som også kan være belastende og ubehagelige.

Til det vil jeg sige, at dér man ser man lidt spøgelse, for det er altså sådan, at det danske sygehusvæsen er karakteriseret ved rimelig god dækning af og behandling af mange, mange sygdomme. Og man må sige, at behandling af livstruende sygdomme inden for rimelig korte frister bør være og har også været et kerneområde inden for sygehusvæsenet.

Det er jo ikke sådan, at vi lige pludselig i Folketinget kommer med et helt ukendt og nærmest revolutionerende princip, som er fuldstændig fremmed rundt om i sygehusene og i amterne. Nej, det er altså, som flere også har været inde på, et princip, som har været kendt gennem lang tid. Mange amter overholder uden problemer disse ventetidsregler; det er jo det, der er tilfældet.

Det skal mere opfattes som en ekstra tryghed, en tilkendegivelse om, at folk, der har en livstruende sygdom, selvfølgelig, som det er tilfældet, i alle amter – alle skal være med – kan have krav på at få en sådan behandling. Det er sådan, det skal ses. Det er ikke et helt nyt princip, som lige pludselig medfører, at sygehusene skal have tilført en masse nye ressourcer for at kunne fastholde det. Det er en misforståelse; det harmonerer ikke med, hvad der foregår på sygehusene.

Så jeg er helt enig med de to ordførere i, at det skal ikke betyde nedprioritering af folkesygdommene, af de medicinske patienter, osv. Det er noget, som jeg vil følge meget tæt.

Det er jo heller ikke sådan, at kun finanslovforhandlingerne er et forum, hvor der diskuteres overordnet sygehuspolitik; det gøres der faktisk ved de årlige forhandlinger med amterne. Det er det rigtige forum, og dér vil det også blive taget op, hvis det viser sig, at der skulle blive tegn på en eller anden form for slækkelse på området, hvad jeg ikke forestiller mig.

Hr. Jørn Jespersen beder mig fortælle, om jeg kan komme med en eller anden form for kvalitetsgarantitilkendegivelse gældende for alle sygdomme eller for store dele af sygdomskomplekset.

Jeg vil jo sige, at kvalitetskontrol, kvalitetsudmeldinger er jo noget, som ikke er nyt for sy-

gehusvæsenet. Det er faktisk sådan, at næsten ethvert sygehus, hvis man går ud og diskuterer det med dem, næsten ethvert amt er meget optaget af kvalitetssikring. Det er et tema, som kommer igen ved masser af konferencer og møder og i den praktiske implementering af politikken rundt om på sygehusene. Så: Ja, det er et vigtigt princip, men jeg vil ikke komme med en generel kvalitetsudmelding for alle de mange forskellige former for sygdomme, der er. Men jeg kan sige og garantere for, at det er noget, der ligger amterne og sygehusene stærkt på sinde.

Overordnet kan jeg så bidrage med at fortælle, at jeg for et halvt års tid siden fik etableret et evalueringscenter for sygehusene, som netop skal tage rundt og se på også kvaliteten af behandlingen og føre overordnet – hvad skal vi kalde det – tilsyn, opsamle information om, hvordan kvaliteten er på de forskellige sygehusene. Så etableringen af dette evalueringscenter kan godt tages som udtryk for, at vi er optaget af det her også mere generelt. Så det vil jeg da godt markere over for hr. Jørn Jespersen.

Så har hr. Jørn Jespersen og hr. Frank Aaen også nogle overvejelser om privathospitaler; flere andre har også været inde på det. Og der er det jo, som jeg ser det, sådan, at der vil jeg sige, at når man taler om noget så alvorligt som livstruende sygdomme, har jeg altså svært ved sådan ideologisk at sige: Ja, ja; der er altså nogle ideologiske overvejelser, som gør, at jeg overhovedet ikke vil være med til, at folk skal blive behandlet inden for tiden. Men det er formentlig heller ikke det, de herrer mener.

Men jeg vil meget stærkt understrege, at det er det offentlige sygehusvæsens opgave at sikre behandlingsgarantien. Derom skal der ikke herske nogen som helst tvivl, og sådan vil det også være; det vil klart være i det offentlige sygehusvæsen, at det bliver opfyldt.

Så kan man vælge at sige, at sådan skal det være. Man kan også vælge at sige, at sådan vil det være, men for at ingen på nogen måde skal betvivle det her, kan vi da godt udstede den mekanik aller, allersidst ude i enden, efter at Sundhedsstyrelsen har været der, osv., der siger, at hvis det er sådan, at folk ikke har den tiltro til det, så kan vi da bare sige: O.k., så kan man altså have denne her lille dims ude i enden, der hedder privat behandling.

Vi skal jo huske, at amterne også i dag har muligheden – og udnytter den – for at lade behandling henvises til og foretages på privat-

sygehuse, og hvor det er amtet, der betaler den fulde behandling inklusive transport og ophold osv., som om det var led i den almindelige sygehusbehandling.

Jeg mener, at der er nogle, der ser spøgelse ved højlys dag, hvis de tror, at vi nu begynder at få sådan en eller anden form for folkevanndring over i selvvalgte privatsygehuse, hvor pengene bare følger med. Det er ikke i overensstemmelse hverken med den politik, som føres her til lands, og som aftales med amterne, eller med, hvad man rent faktisk har set. Så jeg mener ikke, at der er nogen grund til at være nervøs på det her område.

Hr. Frank Aaen spørger, hvem der har ansvaret, og om patientens retsstilling. Det er også et væsentligt spørgsmål i relation til det her, og der må jeg jo sige, at der er det den samme ordning. Det er selvfølgelig det pågældende sygehus – nu taler vi altså om det private sygehus, hvor man bliver behandlet privat – der har ansvaret.

Men når amterne indgår aftale med sygehuse om behandling på private sygehuse, følger der en forsikringsordning med. Det vil sige, at der er den garanti eller den ordning i det, at der er en forsikring; amterne sikrer sig, at der er en tegnet forsikring. Det er i hvert fald noget, amterne har tilkendegivet er en politik, som de praktiserer i stor udstrækning, og det mener jeg er et fornuftigt princip.

Det er også rigtigt, som hr. Frank Aaen og faktisk også hr. Jørn Jespersen er inde på, at vi skal jo være sikre på, at der er kapacitet til det, at der er ressourcer til det. Og ja, det er rigtigt, uddannelse spiller en meget væsentlig rolle. Det er jo ikke sådan, at regeringen ikke er optaget af uddannelsen på sundhedsområdet, på sygehusområdet; tværtimod er vi meget optaget af det her.

Jeg kan sige, at i sommer nedsatte regeringen en speciallægekommision, hvis fornemste opgave præcis er at finde ud af, hvordan vi kan mobilisere ressourcerne til forbedring af uddannelsen af de yngre læger bedst muligt.

Jeg kan også godt sige, at de overvejelser, der er, og som er fulgt op i Sygehuskommissionens arbejde, i høj grad går på det samme: Hvordan kan vi effektivisere, gøre uddannelsen af de yngre læger bedre? Det kan man gøre ved at lave omstruktureringer osv., som er beskrevet af speciallægekommisionen, og som jeg ikke vil komme ind på her. Men det er altså ikke sådan, at der på nogen måde er tale om, at vi ikke

er optaget af uddannelses- og ressourceprojektet. Det er meget vigtigt; det er jeg helt enig i.

Endelig til sidst til hr. Tom Behnke, som var inde på spørgsmålet om, at Folketinget eller ministeren skulle fastlægge de faglige grænser for, hvor lang tid en behandling af en livstruende sygdom kan vente. Det mener jeg altså klart er et fagligt anliggende, og hr. Behnke er velkommen til at foreslå en anden ventetid under udvalgsbehandlingen, selvfølgelig, men jeg synes nok, at vi bør henholde os til, hvad der lægefagligt udmeldes, og så er det det, som Folketinget retter sig efter. Men det står ethvert folketingsmedlem frit at foreslå nogle andre grænser. Jeg tror bare ikke rigtig, at man kommer så langt med det, når vi har en udmærket Sundhedsstyrelse til at fastlægge de her grænser.

Så med disse ord vil jeg sige, at jeg vil meget gerne medvirke til et godt udvalgsarbejde, komme med svar så hurtigt som muligt, og så ser jeg frem til, at vi får vedtaget det her lovforslag.

(Kort bemærkning).

Gyda Kongsted (V):

Jeg takker for ministerens beroligende tilkendegivelse angående udtrykket »snarest efter«. Så vil jeg bare sige, at som gammel, erfaren advokatsekretær kender jeg altså også godt fortolkningen af »snarest efter«. Der er »straks« og »snarest efter« og »snarest belejligt«. Og »snarest efter« går mere inden for en måned, end det går inden for en uge.

Når nu vi er enige i, at vi vil godt have gjort det hurtigt, så mener jeg ikke, der kan være noget problem i det; så kan vi skrive senest inden en uge eller sådan noget.

Men jeg føler mig lidt utryg ved det dér »snarest efter«.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Ja, vi bliver jo nok ikke enige, og jeg skal ikke trække det meget i langdrag, men bare sige, at det sådan set er matematik i første klasse, at når man gennemfører en udvidelse på et område, og det gør man ved at gennemføre en behandlingsgaranti for visse sygdomme, og man ikke samtidig putter flere ressourcer ind i systemet, så betyder det, uanset hvad man vil sige, længere ventetider på andre områder. Det er sådan set noget, man lærer i 1. klasse, et regnestykke nogenlunde af den art.

Om privatisering vil jeg sige, at princippet må være, at det offentlige skal leve op til de garantier, vi politisk beslutter, og i samme øjeblik man laver kattelommen med privatiseringen, er man med til at lave en glidning, som vi er alvorligt bange for på sigt kan bringe os meget langt væk fra de principper, vi i dag har i det danske sundhedssystem.

Så vil jeg gerne bede ministeren om yderligere at få en uddybning, og det kan godt være skriftligt, med hensyn til ansvaret for folk, der bliver henvist til et privat hospital, til udlandet, til et andet amt. Jeg troede faktisk som udgangspunkt, at det var det amt, der henviser, der har ansvaret helt ud i sidste led; men det må vi jo så have afdækket skriftligt.

Og så glemte ministeren et enkelt svar. Er det ikke rigtigt, at vi i dag har et behandlingssystem, hvor folk henvises efter behov og får plads uanset pengepungens størrelse, og med den lov, der her lægges op til, kan det være sådan, at når man ikke kan henvise, f.eks. fordi et hospital er for dyrt? Så får folk pengene i lommen, og så er det dem, der har råd til selv at putte andre penge oveni, der kommer foran på ventelisten, altså at det fremover bliver sådan i Danmark, at de, der har flest penge, kan komme øverst på ventelisten.

Sundhedsministeren (Carsten Koch):

Til fru Gyda Kongsted, som er utryg ved, at vi bruger udtrykket »snarest efter«: Lad os nu se, og lad os så tage det op, hvis det viser sig, at det skulle medføre nogen som helst form for misbrug af tankegangen. Amterne, de ansvarlige, kan jo også læse forligsteksten, så jeg vil lægge op til, at vi følger udviklingen nøje, og så kan vi se, om der er behov for at gribe ind.

Med hensyn til hr. Frank Aaens spørgsmål: Ja, vi kan nok ikke blive meget uenige om det grundlæggende princip om, at det er det offentlige sygehusvæsen, vi har baseret behandlingen på, og det er det, der skal leve op til principperne. Og så har jeg sagt, at der er altså sådan en lille ventil, som man kan opfatte på den ene eller den anden måde.

Men med hensyn til spørgsmålet om de tilfælde, hvor en patient kan behandles i udlandet for en eller anden sygdom, som man af den ene eller den anden grund ikke kan behandle for

herhjemme i det offentlige sygehusvæsen: Der vil det jo være sådan, at amterne har henvisningsretten og -pligten allerede under behandlingen, inden det er kommet ind i Sundhedsstyrelsens regi. Og det vil sige, at findes der et privat sygehus, der kan tilbyde den pågældende behandling, og der ikke er muligheder for at gøre det i det offentlige, jamen så henviser amterne jo til det. Så er der jo allerede henvist dér.

Så derfor har jeg meget svært ved at tænke mig en model, hvor amterne ikke gør det. Findes der et sygehus, der kan foretage den pågældende behandling, og amterne ikke henviser, så kommer det i anden omgang ind i Sundhedsstyrelsen, som jo også har oversigten over og følger med i, hvilke behandlinger der er rundt omkring i den del af verden, hvortil vi normalt henviser patienter. Og i de tilfælde vil Sundhedsstyrelsen også kunne henvise.

Så hvis der eksisterer et sygehus i udlandet eller en behandling i udlandet, som kan gå ind, i stedet for at man skulle behandle herhjemme, så bliver man behandlet i udlandet. Jamen altså, hvis det er sådan, at man ikke kan og man er forpligtet til at give den pågældende behandling, jamen så må amterne jo selv henvise.

Derfor er det en ordning, som i realiteten efter min opfattelse i alle tænkelige tilfælde må siges at være overflødig, og derfor har jeg meget svært ved at se, hvad der skulle være problemet i forhold til det her. Det er ikke sådan, at man begynder at indføre en eller anden form for ordning, hvor man nu kan tage af sted til selvvalgte steder på eksotiske klinikker rundt om i verden og så få pengene sendt med. Det er altså ikke det, der er tilfældet.

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

Afstemning

Anden næstformand (Henning Grove):

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

Den næste sag på dagsordenen var:

7) Første behandling af lovforslag nr. L 138: Forslag til lov om ændring af lov om offentlige veje, lov om private fællesveje, lov om fremgangsmåden ved ekspropriation vedrørende fast ejendom og lov om Banestyrelsen m.v. (Forbedring af borgernes retsstilling i forbindelse med gennemførelse af større anlægsarbejder, ekspropriation m.v.).

Af trafikministeren (Sonja Mikkelsen). (Fremsat 9/12 98).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Helge Mortensen (S):

Jeg vil gerne hilse dette forslag velkommen. Jeg tror, at det er et rigtigt bud på en fornyelse af et område, som i øvrigt ofte igennem de senere år har været diskuteret her i Folketinget.

Trafikministeren nedsatte i 1997 et udvalg til at gennemgå og kulegrave hele forholdet omkring det offentlige byggeaktiviteter, om problemerne, når man trækker byggelinjer ude i landskabet, og ligeså de høringsinstanser, der er i samme forbindelse. Udvalget kom sidste år med en betænkning, og forslaget her ligger tæt op ad udvalgets anbefalinger og forslag.

Jeg vil gerne koncentrere mig om de tre hovedområder, der er i forslaget. For det første at man for fremtiden kun har love, der gælder 10 år; derefter er det statens opgave at få fornyet disse anlægslove, disse byggelinjer, der er i landskabet. Vi har eksempler på meget gamle byggelinjer, der er trukket. Jeg tror, at det var i Randers ved ringvejen, hvor man i over 50 år havde en byggelinje, og hvor man altså ventede så lang tid, før man realiserede projektet.

Nu bliver det en 10-års-periode; derefter skal anlægget prøves på ny, og de lodsejere, der er i området, får så på ny en bekendtgørelse og igen en mulighed for at benytte sig af retten til at få deres situation prøvet af med hensyn til eventuel ekspropriation.

Det næste område har netop noget med det at gøre, og det er, at der nu åbnes mulighed for en forlods overtagelse af ejendommene, også hvis det er private og sociale årsager, der begrundet dette. Tidligere, kan man sige, har det jo været strengt erhvervsmæssigt, retten til eller muligheden for at kunne udnytte området i en byggelinjezone. Nu bliver det også private,

der kan bruge den mulighed, hvis de har grunden hertil.

Det er i øvrigt et princip, som vi kender fra den nyere lovgivning omkring planerne Odense-Svendborg, omkring Holbæk-Vig og også i Jylland, og det er de principper, som trafikministeren nu vil føre videre med denne lovgivning til at gælde alle anlægsarbejder. Det hilser vi meget velkommen.

Det sidste, jeg gerne vil understrege ved loven her, er høringsproceduren. Det er jo sådan, at der har været vidt forskellig praksis for den høringsprocedure, der har været. Man kan sige, at der har været gode eksempler, og der har været tilfælde, hvor man slet ikke har opdaget noget.

En af de gode procedurer, der har været, som jeg synes vi kan henvise til, er netop omkring planerne for en ny jernbanestrækning fra København til Ringsted, hvor har der været en meget omfattende og gennemgribende høringsfase, hvor både private og interesseorganisationer har haft mulighed for at diskutere og sætte sig ind i de anlægsplaner, der er, og følge disse handlingsplaner.

Det er disse principper, som ministeren nu vil gøre til en generel regel og gøre det på en måde, så Vejdirektoratet og Banestyrelsen får nogle regler at føre sådanne høringer igennem på. Dette hilser vi meget velkommen. Det er i sig selv en stærk opkvalificering af det arbejde, som skal gennemføres af ministeren og af Folketinget, når nye anlægslove skal vedtages.

Sluttelig bemærker jeg, at miljøministeren optager forhandlinger med kommunerne om at få disse regler til at smitte af også på de kommunale og amtskommunale områder.

Svend Heiselberg (V):

Da Venstre i flere år har rejst spørgsmålet om en fornuftig aftale om erstatninger ved ekspropriation, er vi tilfredse med, at ministeren på baggrund af den beretning, som et flertal i Folketingets Trafikudvalg blev enige om sidste år, endelig har sat lovforslaget på dagsordenen, således at der kan skaffes anstændige forhold for folk, der skal afstå jord og bygninger til offentlige formål.

Lovforslaget har været til udtalelse hos forskellige organisationer. Jeg har især hæftet mig ved, at landbrugsorganisationerne har udtrykt tilfredshed med lovforslaget. Når jeg specielt nævner landbrugsorganisationerne, så skyldes det, at det jo i reglen er landmændene, der må