

Afstemning

Lovforslaget vedtoges enstemmigt med 115 stemmer.

Formanden:

Lovforslaget vil nu blive sendt til statsministeren.

Den næste sag på dagsordenen var:

4) Anden (sidste) behandling af beslutningsforslag nr. B 27:

Forslag til folketingsbeslutning om Folketingets Ombudsmands beretning for året 1997.

Af Retsudvalget.

(Fremsat 22/10 98. Første behandling 19/11 98).

Der var ikke stillet ændringsforslag.

Forslaget sattes til forhandling.

Ingen bad om ordet.

Afstemning

Forslaget til folketingsbeslutning vedtoges med 108 stemmer (S, V, KF, SF, CD, RV, EL, FP og KRF); 8 (DF) stemte hverken for eller imod.

Formanden:

Folketingets Ombudsmand vil få meddelelse om denne beslutning.

Den næste sag på dagsordenen var:

5) Anden behandling af lovforslag nr. L 36:

Forslag til lov om ændring af ligningsloven, kildeskatteloven, selskabsskatteloven, skattekontrolloven og lov om en arbejdsmarkedsfond. (Investeringsforeninger og fremrykket afregning af kildeskat og arbejdsmarkedsbidrag).

Af skatteministeren (Ole Stavad).

(Fremsat 8/10 98. Første behandling 29/10 98. Betænkning 18/11 98).

Der var ikke stillet ændringsforslag.

Lovforslaget sattes til forhandling.

Ingen bad om ordet.

Lovforslaget overgik derefter til tredje behandling.

Afstemning**Formanden:**

Jeg foreslår, at lovforslaget går direkte til tredje behandling uden fornyet udvalgsbehandling.

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 84: Forslag til lov om ændring af lov om sygehusevæsenet. (Evalueringcenter for sygehuse, styrkelse af det frie sygehusvalg samt information om ventetider m.m.).

Af sundhedsministeren (Carsten Koch).

(Fremsat 13/11 98).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling**Hanne Andersen (S):**

Dette initiativ eller rettere sagt de initiativer, der tages med dette forslag, har alle det formål at gøre det lettere og bedre at være patient på et dansk sygehus.

Der skal etableres et uafhængigt evalueringcenter for sygehuse, som skal se på virksomheden på de danske sygehuse med det formål at forbedre kvaliteten og se på, om ressourcerne kan anvendes mere effektivt.

Derfor hører det også med ved denne etablering, at ministeren kan lave regler, der pålægger sygehuskommunerne og de institutioner, der er aftaler med, at der afgives de oplysninger, der er nødvendige for at løse opgaven. Driftsomkostningerne til centeret er med i finanslovforslaget.

Arbejdet og resultaterne vil få betydning for patienterne, men også for alle de medarbejdere i sygehusvæsenet, der jo er optaget af at yde førsteklassesbehandling og løse endnu flere opgaver.

Det frie sygehusvalg forbedres også. Patienterne får nu også en mulighed for at vælge sygehusafdelinger, der behandler lands- og landsdelsfunktioner. Disse afdelinger behandler jo også patienter med basislidelser. For at udnytte denne kapacitet bedst muligt vil de afdelinger også indgå i patienternes frie valg af sygehus.

Naturligvis skal disse basisbehandlinger ikke forringe mulighederne for at behandle patienter med specielle lidelser på disse afdelinger. Derfor kan de naturligvis afvises, men er basiskapaciteten til stede, er det naturligvis fornuftigt at udnytte dem fuldt og helt.

Ventetidsoplysninger til patienterne bliver også bedre med dette forslag; det er ventetidsoplysninger på amtets egne sygehuse, men også på andre amters sygehuse. Ventetidsoplysninger er vigtige, men lige så vigtigt er det, at patienter kan få oplysning om, hvor mange behandlinger de pågældende sygehuse udfører.

Kort ventetid er selvfølgelig vigtig, men det er ikke automatisk en fordel at blive behandlet på et sygehus, hvor der ikke er ventetid. God behandling opnås kun dér, hvor personalet har erfaring og god rutine. God behandling er også godt håndværk. Her er det, som i alle andre fag, at øvelse gør mester. Alt det vil man kunne finde gennem den edb-oplysning, der kommer fra Sundhedsministeriet, først og fremmest om de 24 lidelser og behandlinger, der nu er optaget.

Amtskommuner sender også patienter til behandling i udlandet, når det er mest hensigtsmæssigt, og hvis amtskommuner eller andre amter ikke kan løse opgaven. Det er godt for patienten. Behandlingen skal selvfølgelig først og fremmest ske i amterne, men i de særlige tilfælde, hvor det er nødvendigt at bruge offentlige sygehuse i udlandet, skal patienterne behandles på samme vilkår, som var det her i landet. Patienterne skal altså ikke have en stor, tyk pengepung med for at få den nødvendige behandling i udlandet. Amterne skal betale.

Derfor er det fornuftigt, at ministeren nu får en mulighed for at lave regler for amtskommunernes betaling for denne behandling. Betalingen for behandlingen skal selvfølgelig ske efter de internationale aftaler, som Danmark har indgået. De, der køber behandlingen, nemlig am-

terne, skal naturligvis ikke betale mere, end aftalerne siger, nemlig at der ikke skal betales mere end de takster, der er gældende for de offentlige sygehuse, som vi bruger i udlandet; altså dér, hvor patienterne henvises til. Der skal altså ikke betales overpris, hvis amter bruger udlandets sygehuse dér, hvor der ligger aftaler.

Socialdemokratiet kan støtte forslaget.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jamen det lyder da fint, at Socialdemokratiet vil styrke det frie sygehusvalg, men problemet er, at Socialdemokratiet lige har indgået en aftale om finansloven sammen med de borgerlige partier, hvor man indfører behandlingsgaranti for visse typer af sygdomme – det støtter vi – men uden at putte én eneste ekstra krone mere i sundhedsvæsenet. Det betyder jo nødvendigvis, at det frie sygehusvalg bliver illusorisk, at der bliver længere ventetider for andre sygdomme.

Jeg synes, det havde klædt den socialdemokratiske ordfører her åbent at have erkendt: Vi ønsker kortere ventetider og frit sygehusvalg, men det bliver altså ikke til de almene sygdomme, det bliver kun til dem, der er prioriteret med behandlingsgaranti.

(Kort bemærkning).

Hanne Andersen (S):

Jeg vil gerne sige, at det frie sygehusvalg er jo ikke nyt. Det har indgået i de kommuneaftaler og amtsaftaler, der har været i de senere år. Det er en ret, der findes, og nu udvides den en smule.

Men dertil kommer, at vi faktisk også har lagt mærke til, at amterne har udvidet deres budgetter betragteligt, og vi mener ikke, at det vil tynde amterne at udvide med dette lille hjørne af det frie sygehusvalg. Tværtimod er det meget vigtigt, at endnu flere patienter bliver klar over, at der er et frit sygehusvalg.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jamen vi har intet imod at udvide det frie sygehusvalg, bestemt ikke. I hvert fald ikke, når det er på den måde, som det ligger her, nemlig at det er inden for det offentlige selv og ikke med anvisning til privathospitaler i større målestok. Det er helt o.k. Men problemet er jo, at når man laver behandlingsgaranti for nogle sygdomme, og når man ikke kommer flere pen-

ge i, og når vi i dag ved, at de har problemer med at få budgetterne til at hænge sammen, så giver det altså længere ventetider for andre sygdomme end dem, der er omfattet af behandlingsgarantien.

Det er jo også det, vi har hørt i radioen både i går og i dag. Sådan er realiteternes verden. Og jeg kan ikke forstå, at vi ikke kan få en indrømmelse af det.

(Kort bemærkning).

Hanne Andersen (S):

Nu er det jo sådan, at amterne selv har erkendt det her problem, og det er jo en af grundene til, at de udvidede deres budgetter, og med de udvidede budgetter kan de naturligvis løse opgaven.

Behandlingsgarantien går på de livstruende sygdomme, og det her handler om et frit sygehusvalg til behandling af alle andre lidelser. Det har vi haft et stykke tid, nu udvider vi det en lille smule med den kapacitet, der findes i forvejen, så der er sikkerhed for, at kapaciteten udnyttes fuldt og helt og ikke bremses af, at det er forbudt at behandle basislidelser på lands- og landsdelsfunktioner.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Nu bliver der henvist til, at amterne har udvidet budgetterne. Javel, men hvad har de også haft i tankerne, præcis fordi der er for få penge i sygehusvæsenet? Jo, at man skulle til selv at betale for kosten, når man lå på hospitalet i lang tid! Vi er ved at nærme os tilstande, som vi troede vi kun kendte fra udviklingslande, hvor vi jo godt ved, at dér skal familien komme med maden til dem, der er syge.

Nu begynder amterne i Danmark at diskutere noget tilsvarende. Det viser lidt om, at der mangler penge, og derfor er det en katastrofe, at man indfører en behandlingsgaranti uden samtidig at tilføre sygehusvæsenet flere penge. Det giver længere ventetider for andre sygdomme; det er helt sikkert.

(Kort bemærkning).

Hanne Andersen (S):

Amterne kan sikkert bruge mange flere penge, men nu har amterne altså fået ganske betragtelige overførsler, siden vi skiftede regering.

At nogle amter så spiller ud med, at man skal betale for kosten eller medicinen, får nu ikke vores tilslutning, det tager vi kraftigt afstand

fra. Jeg har også bemærket, at der er et amt, der allerede har taget afstand fra det. Det kan godt være, at der er nogle, der synes det, men de får i hvert fald ikke vores hjælp.

Jørgen Winther (V):

Venstre er sådan overvejende positiv over for det her lovforslag.

Det er nok ikke nogen hemmelighed, at Venstre går ind for et frit sygehusvalg. Det har vi faktisk gjort i mange år. Det er jo også sådan, at under den borgerlige regering var en af de store sager det frie sygehusvalg, som vi sådan fik Socialdemokratiet til lidt modstræbende at gå med til.

Derfor glæder det os, at Socialdemokratiet nu er rede til at lave endnu flere frie valg inden for det offentlige sygehusvæsen, og vi bliver endnu gladere den dag, hvor Socialdemokratiet også er positivt over for at lave endnu flere frie valg mellem det offentlige sygehusvæsen og det private sygehusvæsen.

Det, man nu lægger op til angående det frie valg, er jo ikke ret meget. Det er sådan, at man nu som basispatient får mulighed for at vælge en højt specialiseret afdeling i et andet amt. Og da vil jeg sige: Jamen o.k., det er da godt nok, men det helt væsentlige er jo også den situation, at der er nogle specialafdelinger, højt specialiserede afdelinger, som er utrolig gode til nogle bestemte ting, og her er det altså også væsentligt, at de især bruger kræfterne på den meget væsentlige ting, og at det ikke er basispatienterne, der fylder disse senge.

Derfor må det frie valg altid tage et vist hensyn til, hvor mange patienter der ellers er, som har behov for den højt specialiserede afdeling.

Så er Venstre da også positiv over for det uafhængige evalueringscenter, som ministeren nu får mulighed for at have et vist samarbejde med. Og jeg forstår jo også, at selv om vi først behandler lovforslaget nu, er der allerede udpeget en bestyrelse på fem medlemmer, så man er jo sådan noget i gang.

Så vil man fremme kvalitetsudviklingen og også fremme informationen. Dér kan jeg sige, at det ser jeg meget positivt på. Jeg har lige været en tur i USA, hvor jeg så lidt fjernsyn på hotelværelset og også var sammen med nogle sundhedsfolk. Her er det interessant at se, hvordan man kan få information og orientering om, hvordan behandlingsresultaterne er i det amerikanske sygehusvæsen. Der bliver sagt gang på gang, at dødeligheden for bypass er sådan og

sådan på det sygehus og sådan og sådan på et andet sygehus. Overlevelsen er sådan, og kvaliteten er sådan.

Alle tiltag, der går i retning af mere kvalitet og mere orientering om ventelister og behandlingsresultater, er Venstre positiv over for. Så derfor, sundhedsminister, bare kør videre med de ting. Venstres støtte er klar inden for disse områder.

Så er der problematikken angående det, at man nu får lov til at blive behandlet i udlandet. Her ved jeg da, at det er ministeren bekendt, at Sundhedsstyrelsen har truffet en beslutning angående nogle patienter, som har behov for det, der hedder stereotaktisk behandling – altså en form for strålebehandling – af nogle metastaser, af nogle svulster.

Her føler jeg altså, at Sundhedsstyrelsen har truffet en forkert beslutning. Ministeren er jo klar over, at vi havde en deputation i Sundhedsudvalget i går. Sagen er jo den, at der er en patient, som bliver behandlet på Århus Kommunehospital, og denne patient ønskede så at få så god behandling som muligt og blev tilrådet af overlægen, at nu kunne han få en behandling på et sygehus i Stockholm. Det sagde han ja til.

Så kom Sundhedsstyrelsen bagefter og sagde, at det kunne styrelsen ikke acceptere, og deri var der så et problem. Nu kan jeg se, at den gule knap lyser, men konklusionen er, at patienten nu har fået en behandling, måske livreddende, i Sverige, og det er kun, fordi pengepungen var ret solid. Havde han ikke haft denne pengepung, havde han ikke haft denne mulighed for at få en livreddende behandling. Der synes jeg, det danske sundhedsvæsen og -minister har et problem.

Men altså, vi ser positivt på lovforslaget.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jeg vil da gerne gentage mit spørgsmål til hr. Jørgen Winther: Vil hr. Jørgen Winther erkende, at når man gennemfører en behandlingsgaranti for visse typer sygdomme, som man har aftalt med regeringen, uden at tilføre sygehusvæsenet ekstra midler, så er man dermed med til at sikre længere ventelister på andre sygdomsområder og dermed med til at gøre de fine ord om, at vi skal have et mere frit sygehusvalg, til en illusion?

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Tak for spørgsmålet. Venstre er altid et troværdigt parti og et realistisk parti, og jeg vil sige, at det spørgsmål, der bliver stillet, er relevant.

I det øjeblik, der er nogle patienter, der hurtigere får en behandling, vil der være andre patienter – når det er de samme ressourcer – som får en senere behandling. Deri har hr. Frank Aaen fuldstændig ret. Det stiller så krav til, at de amtskommunale politikere, hvor der findes flere dygtige valgt, har mulighed for at prioritere inden for disse områder.

Men alt i alt vil jeg sige, at det vel også er rimeligt, at det er dem med de alvorlige og mest livstruende sygdomme, som først og fremmest får behandling. Har man en lyskebrok, kan man godt have det et halvt år, et helt år osv. Det er vigtigere, at den hjertepatient, der nu har behov for behandling, får behandlingen her og nu, og at den nyopdagede kræftsygdom også bliver behandlet her og nu.

Så det er altså sådan, at vi i amterne skal være meget opmærksomme på, at folk med kroniske sygdomme, medicinske patienter osv. får en fair behandling. De kan risikere at blive glemt i det her system, det vil jeg erkende.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jamen jeg skal bare takke for den åbenhjertige indrømmelse. Vi støtter jo behandlingsgarantien for de livstruende sygdomme; det gjorde jo et samlet Folketing. Men jeg forstår ikke, hvorfor man så bare siger: Jamen det må gå ud over nogle andre patienter. Jeg forstår ikke, hvorfor Venstre ikke har sørget for, at der blev tilført nogle flere midler til sygehusvæsenet.

Hvorfor har Venstre prioriteret skattelettelser til erhvervslivet frem for flere penge til sygehusvæsenet?

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Jeg vil sige til hr. Frank Aaen, at sygehusvæsenet kan blive mere effektivt, kan behandle patienter endnu bedre, end det sker i dag. Og de forskellige mekanismer, der nu kommer, hvor man kan vælge andre sygehuse, hvis nogle forskellige frister ikke overholdes, giver altså mulighed for en bedre konkurrence og større effektivitet.

Så angående historieskrivning: Der har været megen diskussion om behandlingsgaranti. Jeg vil

gerne her fra Folketingets talerstol fortælle, hvornår den første behandlingsgaranti blev initieret i Danmark. Det skete den 23. november 1992 på et møde i Sygehusudvalget i Århus Amtsråd. Jeg havde stillet et forslag angående behandlingsgaranti for kræftpatienter.

Det, vi besluttede dengang i Århus Amt, som er landets største amt, og som fungerer fint på det her område, var, at kræftpatienter fremover indkaldes inden 3 dage efter, at diagnosen er stillet, og behandlingen skal være påbegyndt senest inden 14 dage.

Venstre vil altså videre. Det resultat, der nu er kommet ud af finanslovforhandlingerne, er fint nok, men Århusmodellen er den flotte skabelon, og det er Århusmodellen, som er baggrunden for Venstres holdning til, hvor langt vi vil gå til sin tid. Det er med i vores finanslovaftale, men vi vil gerne endnu længere de næste år.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Behandlingsgarantier er vi med på. Det støtter vi.

Det spørgsmål, jeg stillede før, var: Når nu Venstres ordfører erkender, at behandlingsgaranti for visse sygdomme uden samtidig tilførsel af ekstra midler betyder længere ventelister til behandling af andre sygdomme, herunder dem vi taler om med det her lovforslag, så spørger jeg ganske enkelt Venstre: Hvorfor har Venstre i finanslovforhandlingerne prioriteret at give store skattelettelser til erhvervslivet i stedet for at prioritere nogle af de penge til sundhedsvæsenet?

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Til hr. Frank Aaen: Man kan risikere de lange ventetider, især i de amter, hvor man i dag har ret lange ventetider for de patienter, som behandlingsgarantien nu koncentrerer sig om. Men når man først har det initieret som en rutine, så er der ikke ekstra udgifter, fordi alle kræftpatienter, alle hjertepatienter skal jo behandles. Jeg tror faktisk på, at hvis man behandler en patient med en nyopdaget kræftsygdom inden for en uge i stedet for inden for 6-8 uger, så kan man i nogle situationer undgå en kemobehandling eller en strålebehandling osv. Så alt i alt kan der også være en besparelse på den måde. Men konkurrenceelementet er for

Venstre meget, meget vigtigt. Vi tror dermed, vi får endnu mere effektive sygehuse.

Og til det med de medicinske patienter er det, jeg siger, at amtspolitikere skal være utrolig opmærksomme, hvis de patienter ikke skal blive sorteper i det her spil.

Formanden:

Hr. Frank Aaen, sidste korte bemærkning.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jeg må jo igen bede om at få svar på mit spørgsmål: Hvorfor prioriterer Venstre skattelettelser til erhvervslivet frem for flere penge til sundhedsvæsenet?

I går så vi i Jyllands-Posten en stor artikel om, at erhvervslivet har enorme avancer, de største avancestigninger i 30 år. Og i den situation prioriterer Venstre alligevel, at man skal give flere penge til erhvervslivet gennem enorme skattelettelser i milliardstørrelsen i stedet for at tilføre flere penge til sundhedsvæsenet.

Jeg må da kunne få et svar på, hvorfor man har prioriteret sådan.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Det er, fordi vi føler, at det er fornuftigt. Hr. Frank Aaen og jeg kunne nok få en meget lang debat om det her emne.

Men Venstre har den opfattelse, at det er erhvervslivet, der tjener penge, og dermed via beskatning leverer penge til de offentlige sygehuse. Jo bedre erhvervsliv vi har, des flere penge kan der tjenes; jo bedre konkurrenceevnen er for erhvervslivet, des flere skattepenge kan der komme ind.

Det er jo derfor, at hr. Frank Aaen er i sit parti, og jeg er i mit parti, netop fordi vi ser forskelligt på de områder. Vi tror, det er erhvervslivet, der først og fremmest skal være med til at give basis for overførselsindkomster, til sygehuse osv. For mit vedkommende er denne debat slut nu.

Henriette Kjær (KF):

I Det Konservative Folkeparti ser vi det her som et lille forslag, der drejer tingene i den rigtige retning. Der er gode intentioner i forslaget, som vi absolut kan støtte.

»Et evalueringscenter,« hedder det, »der skal fremme kvalitetsudviklingen i sygehussektoren

samt sikre en mere effektivt ressourceanvendelse . . .«, lyder fornuftigt.

Man kan dog frygte, at det bliver en sylte-krukke, eller at de faktisk drager nogle gode konklusioner i det her evalueringscenter, som bare aldrig bliver brugt til noget eller ført ud i livet. Jeg kan forstå, at centeret skal udarbejde rapporter, som de enkelte sygehuse så *kan* bruge, men de *skal* ikke bruge dem.

Det Konservative Folkeparti ønsker derfor en form for rapportering om de anbefalinger, centeret kommer med, så vi på den baggrund kan vurdere, om der er behov for egentlig lovgivning. Jeg synes, det er meget, meget vigtigt, når vi etablerer et sådant center, at vi så også sørger for at bruge det konstruktivt, bruge de rapporter, de erfaringer, man faktisk gør sig på sådan et center. Og vi vil altså gerne have en tilkendegivelse fra ministeren om, at Folketinget bliver orienteret om det arbejde, der foregår.

Så er der i lovforslaget også indeholdt en øget oplysning til patienterne om ventetid samt oplysning om, hvor mange behandlinger man udfører på pågældende sted. Og det er et rigtig godt og fornuftigt skridt. Nogle steder praktiseres det allerede, men det skal helt klart udbygges og fungere alle steder. Så det kan vi kun støtte.

Udvidelsen af det frie sygehusvalg er ikke nogen landvinding, det er en lille åbning til et helt frit sygehusvalg, og derfor ser vi det som et skridt i den rigtige retning.

Det bedrer måske situationen for en lille gruppe patienter, og det er godt for dem, men vi så selvfølgelig hellere et helt frit sygehusvalg, og det vil vi fortsat arbejde på.

Men det her lovforslag er stadig væk et fint lille lovforslag, hvor vi ser, at der er nogle tiltag, der går i den rigtige retning, nemlig imod en bedre patientbehandling, og vi kan derfor kun støtte det.

Jørn Jespersen (SF):

Man må jo sige, at debatten har været vidt omkring i forbindelse med det her forslag, også på en række punkter, som forslaget i virkeligheden ikke omhandler. Og det skyldes jo nok, at der er en smule uklarhed om, hvad regeringens sundhedspolitik egentlig går ud på efter det finanslovforlig, der er blevet lavet.

Jeg synes, det ser ud, som om regeringen har givet nogle indrømmelser, der er i modstrid med det, som jeg egentlig troede regeringen stod for, nemlig at ressourcerne skal bruges

effektivt til at løse de reelle problemer, og at man var imod en øget brug af privathospitaler.

Men nu kan jeg se både i finanslovaftalen og delvis i dele af det forslag, der ligger her, at man sådan langsomt giver sig i forhold til de borgerlige partier, og jeg tror, at det at give et øget frit valg og øget mulighed for brug af privathospitaler er en model, som regeringen – forhåbentlig nødtvungent – alligevel accepterer. Og det skal jeg beklage dybt.

Hvis vi kigger på de enkelte elementer, som er i det her forslag, er der en del af det, som handler om en evalueringsindsats i forhold til sygehusvæsenet. Og vi synes, det er en god idé med øget evaluering. Der er brug for, at der hele tiden bliver givet kontante tilbagemeldinger fra en uafhængig neutral instans, som kan medvirke til at sikre effektivitet og kvalitet. Men vi savner lidt en begrundelse for, at det skal foregå i et selvstændigt organ med egen bestyrelse, og vil gerne efterlyse begrundelsen for, at det er den konstruktion, man har valgt. Efter vores opfattelse er det en opgave, der hører hjemme i Sundhedsstyrelsens regi på linje med f.eks. den medicinske teknologivurdering. Og vi vil egentlig gerne have en kommentar fra ministeren til, om det ikke var et bedre sted at lægge det.

Jeg synes også, at man burde overveje, når man nu skal til at lave en styrket evaluering af sundhedsvæsenet, om ikke primærsektoren og det, man kunne kalde helheden i behandlingen af ældre patienter, burde styrkes ved samme lejlighed.

Den anden del af forslaget handler om såkaldt frit valg i forhold til afdelinger med landsdels- eller landsfunktioner. Vi har altså meget svært ved at se, at det er en fornuftig anvendelse af sparsomme ressourcer og en knap kapacitet, at man kan vælge sig ind på en afdeling, der tilbyder behandling på et niveau, man ikke har brug for. Det er jo heller ikke noget frit valg, at eleverne i 1. klasse kan vælge at komme i gymnasiet. Det har de sådan set ikke brug for, og det vil være en uhensigtsmæssig ressourcefordeling at gøre det på den måde.

Hvad er begrundelsen fra regeringens side for at bruge ressourcerne på denne her måde? Kan regeringen sikre, at man ikke får en forøget anvendelse af ressourcer på en unødvendig måde på disse afdelinger med landsdels- og landsfunktioner? Hvordan vil man sikre sig, at der ikke kommer et skred i behandlingen, sådan at man i virkeligheden laver undersøgelser

og behandlinger, som ligger ud over patientens egentlige basisbehov?

Hvad er det for mekanismer, der skal sikre, at man ikke gør det? Og hvis man ikke har de mekanismer, må det være indlysende, at det fører til, at man kommer til at mangle ressourcerne andre steder, og at der derfor er patienter, som ikke får den behandling på det tidspunkt, hvor de har brug for den.

Det er altså en fuldstændig vanvittig brug af ressourcer af knap kapacitet. Det er et forslag, som vil øge kassetænkningen, det er et forslag, som vil give en masse unødvendige forhandlinger amterne imellem om taksterne osv., så det er mere ideologi og mindre fornuft, der her bliver introduceret.

Den tredje del af forslaget handler om information om ventetider, og vi synes, det er en god idé, at patienter får ordentlige, reelle oplysninger om, hvordan behandlingskvaliteten, herunder ventetiden er rundtomkring, men vi mener faktisk ikke, at systemet er på plads til, at man kan gøre det på en troværdig måde i øjeblikket. Hvis man ikke knytter ventetider sammen med en bredere information om behandlingens kvalitet, og hvis man ikke sikrer, at oplysningerne er troværdige, gør man faktisk patienterne en dårlig tjeneste i stedet for at støtte deres eget frie valg i forhold til, hvor de ønsker at blive behandlet.

Så alt i alt må jeg sige, at vi er skeptiske over for forslaget. Der er elementer i det, som vi godt kan være med til at diskutere, hvordan vi håndterer, men selve sigtet er forkert, retter sig ikke mod de grundlæggende problemer, har ingen reelle løsningsmuligheder, men er sådan et lille ideologisk knæfald fra regeringens side, der peger i en forkert retning.

Birthe Skaarup (DF):

Det her er jo et forslag, der har fire elementer, nemlig et evalueringscenter for sygehuse og en styrkelse af det frie sygehusvalg, og det er også information om ventetider og betaling fra amtskommunerne for patienter, som skal sendes til behandling i udlandet.

Vedrørende punkt ét er det et uafhængigt evalueringscenter under Sundhedsministeriet, vi taler om, som skal sikre en bedre ressourceudnyttelse og effektivitet samt fremme kvaliteten i det offentlige sygehøvsvesen. Det, jeg regner med, er, at det vel også handler om folkesundheden i al almindelighed. Forslaget lyder faktisk meget besnærende, og det lyder også

rigtigt, for som tilfældet er i dag, bliver der jo netop sat fokus på og spørgsmålstegn ved, om kvaliteten i sygehøvsvesenet er i orden, så det kunne jo godt have sin berettigelse med netop et evalueringscenter.

Det, som vi selvfølgelig er bange for i Dansk Folkeparti, er, om vi skal til at etablere en knop-skydning til noget bestående. Det er jo immervæk amterne, der er driftsherrer på dette område, og der skal skydes 25 mio. kr. årligt i det her projekt. Det, som vi naturligvis også sætter spørgsmålstegn ved og vil spørge sundhedsministeren om, er, om det også er et center, der skal gå ind og kigge på de snævre faggrænser, som findes netop på sygehusområdet i dag.

Noget, som jeg også vil spørge om, er: Hvem er de tre uafhængige repræsentanter i bestyrelsen? Jeg kan forstå, at der er udpeget nogle. Er det fagpersoner, erhvervsfolk, eller hvilken profession har disse bestyrelsesmedlemmer?

Med hensyn til styrkelsen af det frie sygehusvalg står der i lovforslagets bemærkninger, at patienter vil have mulighed for under visse forudsætninger – hvad er disse forudsætninger – at vælge behandling på sygehusafdelinger, som varetager lands- og landsdelsfunktioner. Vi er naturligvis glade for, at ressourcerne bliver udnyttet fuldt ud. Det, man skal passe på, er, at vi ikke går ind på nogle områder, hvor det ikke har den tilsigtede virkning. Men igen, det kommer sundhedsministeren nok ind på.

Så er der oplysninger om ventetider til behandling. Det bliver nu en pligt for amtskommunerne at tilbyde information. Noget af det, som vi godt vil påpege fra Dansk Folkepartis side, er, at Sundhedsministeriet nu har etableret et landsdækkende informationssystem med aktuelle ventetidsoplysninger på Internettet. Jeg synes, det er helt fint.

Det, vi skal være opmærksomme på, er, at de reelle oplysninger om ventetider også indeholder information om kvalitet i behandlingen. Det skal være således, at folk kan gå ind og se, at der er et sygehus, der måske kun har udført to eller tre operationer, og så skal det være sådan, at borgerne kan gå ind og sige, at her regner jeg ikke med at få den rigtige kvalitet i min behandling.

En anden ting er, at vi skal tænke på, at de oplysninger, der kommer på Internettet, aldrig vil kunne blive op to date, før vi har fået indført det elektroniske bookingsystem på alle landets sygehuse. Det skal vi være meget opmærksomme på.

Jeg kan se, at min taletid er ved at være udnyttet nu, men som sagt er vi positive over for dette forslag. Vi har rejst nogle få spørgsmål til det, og jeg vil også sige, at naturligvis skal vi også kunne gå ind og kigge på, hvilke sygehuse der er effektive, og hvilke sygehuse der har et aktivitetsniveau i forhold til andre sygehuse. Det er netop det, man kan bruge evalueringssystemet til.

Yvonne Herløv Andersen (CD):

Vi er godt klar over, at evalueringcenteret er en del af regeringsgrundlaget og som sådan derfor også væsentligt at få igennem, og det kunne vi da også se på de forhandlinger, der lige har været om finansloven.

Men hvis man nu tænker på 25 mio. kr. på dette område, ville jeg nok, hvis jeg havde haft valget, have gjort det, at jeg havde styrket Sundhedsstyrelsens funktioner, sådan at den også kunne varetage noget på dette område, og så havde jeg styrket det, som jeg specielt er stærkt interesseret i bliver bedre, for det får vi som politikere brug for som værktøj, nemlig medicinsk teknologivurdering, som det er absolut nødvendigt at have i en tid, hvor man stadig væk udvikler ny medicin og nye behandlingsmetoder. Men tilværelsen er jo sjældent sådan, at man får lov at vælge.

Man gør i stedet for det, at man etablerer et center, som skal foretage disse funktioner samlet, og det kan jeg heller ikke have noget imod at man gør. Så står der, at det er et uafhængigt center, og det kan man da godt forsøge, men det er faktisk ikke muligt, vil jeg tro, at etablere sådan et uafhængigt center på dette område.

Når man så læser i de almindelige bemærkninger, at man gerne vil forbedre kvaliteten af aktiviteten, er der vel ikke nogen, der kan sige noget imod det, så nu må vi se, hvordan det udvikler sig. Men det var ikke det, vi havde valgt, hvis vi gerne ville have styrket sygehusvæsenet.

Så foreslår man en udvidelse af det frie sygehusvalg, og det har jo også været fremme i pressen her i de sidste par dage, hvor væsentlig en landvinding det er. Jeg går ud fra, at det, der er tale om, er, at man på de lands- og landsdelsfunktioner, hvor man har kapacitet, kan tage patienter udefra i den periode, man har kapaciteten, og at det ikke er sådan, at der er patienter, der skulle have været behandlet for præcis det samme, som man tager sig af på lands- og landsdelsfunktionerne, der kommer

til at vente. Jeg har også forstået, at sådan er det ikke. Det bliver den overskydende kapacitet, der gør det. Altså, man har lov til at afvise patienter, der kommer med almindelige lidelser.

Så er der spørgsmålet om at kunne få at vide, hvad ventetiden er, hvilket jo har været meget interessant, men som i realiteten er lige så lidt interessant som responstiden hos Falck. Det er mere interessant at vide, hvornår man kan blive behandlet, og hvad der så ligger bag den behandling. Man vil gerne vide, når man nu skal vælge, hvad det så er, man vælger. Det ved vi på alle andre områder. Man er begyndt at sundhedsshoppe, så det bliver en interessant ting.

Jeg kan se, at man får en lille hjælp som patient, idet man får antallet af behandlinger på det enkelte sted at vide. Det giver jo en indikation for, om det er noget, man er øvet i eller ikke øvet i. Men man mangler så stadig væk at få at vide, om denne behandling lige præcis her er den bedste her i landet, og om det er noget, de virkelig ved noget om.

Så foreslås det, at man fastsætter regler om amtskommunernes betaling for behandling i udlandet. Det bliver stærkt påkrævet, for vi er ikke længere bare en befolkning, der bliver inden for landets grænser. Vi vil have det, som vi ved, man kan få andre steder, og derfor bliver det meget væsentligt at få også den del af det fastsat ved regelsæt.

Den sag, som vi lige har haft med Karolinska Sjukhuset, tror jeg kun er begyndelsen, og derfor ser jeg meget gerne, at der kommer klare regler for det. Ellers giver det stor usikkerhed i befolkningen, som tror, at vi enten ikke er dygtige nok herhjemme, eller også vil vi simpelt hen ikke betale for behandlinger, og jeg vil meget nødig håbe, det er nogen af de to ting, så det ser jeg frem til med glæde.

Morten Helveg Petersen (RV):

Et effektivt og velfungerende sygehusvæsen med ydelser af høj kvalitet er et af hovedmålene i Det Radikale Venstres arbejdsprogram, og med dette lovforslag om sygehusvæsenet tager vi et skridt i den rigtige retning. Vi mener, at forslaget indeholder en række elementer, der på hver deres måde kan være med til at give et løft.

Flere af elementerne i lovforslaget er med til at styrke gennemsigtigheden inden for sygehusvæsenet, og patienterne gives med forslaget

også endnu større valgmulighed på sygehusområdet end i dag.

Etablering af et uafhængigt center til at vurdere sygehusenes virksomhed er efter vores mening et meget perspektivrigt forslag. Evalueringer kan nemlig give patienterne et bedre indblik i de enkelte sygehuses måde at fungere på, og så giver det også sygehuse mulighed for at lade sig inspirere af andre sygehuses initiativer, og det er en måde at sprede erfaringer på, som et evalueringscenter forhåbentlig kan bidrage til. Det tror vi på kan være med til at styrke kvaliteten generelt og øge gennemsligtigheden.

Styrkelsen af det fri sygehusvalg gennem ophævelsen af sygehuslovens § 5 b er også helt fint i tråd med grundlæggende radikale tanker og principper. Vi er nemlig tilhængere af, at alle patienter – selvfølgelig under opfyldelse af visse forudsætninger – får mulighed for at vælge behandling på sygehusafdelinger, som varetager lands- og landsdelsfunktioner, og en effekt af denne større valgfrihed må formodes at være, at man bedre kan udnytte den overskydende kapacitet, der måtte være på de enkelte sygehusafdelinger.

Den større valgfrihed understøttes af lovforslagets forslag om, at amtskommunerne skal stille oplysninger om antal behandlinger og ventetider på de enkelte sygehuse til rådighed for patienterne. Information om ventetider er selvfølgelig helt afgørende for at få det frie valg til at fungere.

Endelig betyder forslaget, at amtskommunerens adgang til at henvise patienter til behandling i udlandet forbedres, og det kan være nødvendigt i enkelte situationer. Vi har oplevet tilfælde hen over sommeren, hvor henvisning til behandling i udlandet kan være nødvendig.

Vi synes sammenfattende, at der er en række gode elementer i dette forslag, og vi kan støtte lovforslaget.

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Jeg skal ikke blande mig i selve behandlingen, men jeg har bare lyst til at stille et opklarende spørgsmål til den sidste ordfører.

Hvordan er det muligt at udnytte sygehusenes kapacitet bedre ved hjælp af det her forslag, når det er forvejen er lovligt for amterne at modtage fritvalgsbasispatienter? Hvori består det nye og det besparende?

(Kort bemærkning).

Morten Helveg Petersen (RV):

Min pointe var, at øget information giver øget gennemsligtighed, det giver muligheder for at vurdere ventelister. Dermed kan man udnytte kapaciteten, når man får gennemsligtighed i en sektor, som jo ikke altid er præget af gennemsligtighed, så det var det, der var pointen.

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Jeg mangler en tydeliggørelse af, hvad det er for en gennemsligtighed, man opnår præcis ved det her lovforslag.

(Kort bemærkning).

Morten Helveg Petersen (RV):

Et evalueringscenter skal, som navnet antyder, beskæftige sig med evalueringer. Dermed kan man sprede gode erfaringer fra det ene sygehus til det andet. Man kan lade sig inspirere af hinanden. Det giver en form for gennemsligtighed, når dette evalueringscenter kommer op at virke. Oplysninger om ventetider giver øget gennemsligtighed, så i det hele taget vil lovforslaget betyde øget gennemsligtighed til gavn for os alle, håber jeg på.

Formanden:

Fru Ester Larsen for en sidste kort bemærkning.

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Mit spørgsmål gik på ingen måde på evalueringscentret og resultatet af dets virksomhed, men spørgsmålet gik på hr. Morten Helveg Petersens bemærkning om, at fritvalgsbestemmelsen vil give en bedre udnyttelse, når jeg har pointeret, at den mulighed for at modtage fritvalgspatienter har samtlige afdelinger i Danmark.

(Kort bemærkning).

Morten Helveg Petersen (RV):

Det er da klart, at når man oplyser om ventetider, så styrker man også det frie valg internt. Det burde sige sig selv. Sådan er det i mange andre sektorer, og øget gennemsligtighed fører til, at ressourcer tilflyder dér, hvor der er kapacitet, i dette tilfælde til at behandle, eller hvor det er mest effektivt at gøre det. Det vil da øge kapaciteten, det vil øge gennemsligtigheden af kapaciteten, og det er da positivt.

Formanden:

Jeg følger den regel, at der er tre korte bemærkninger.

Hr. Frank Aaen som ordfører.

Frank Aaen (EL):

Vi er enige i forslaget om et evalueringscenter, men havde nok foretrukket, at det blev placeret i Sundhedsstyrelsens regi i stedet for som en særskilt enhed med egen bestyrelse.

Vi kan godt støtte, at man udvider mulighederne for at kunne vælge behandling i et naboamt, også den lille udvidelse, der er lagt op til her.

Jeg vil sige, at de problemer, som hr. Jørn Jespersen var oppe og nævne før, må vi jo se på i udvalget. Vi skal selvfølgelig passe på, at det ikke bare giver en unødvendig opdrift i udgifterne. Men som udgangspunkt er vi positive over for det. Det er vi også over for bedre oplysning om ventetider.

Der, hvor vi er lidt mere betænkelige, eller rettere sagt, hvor jeg har spørgsmål, er til muligheden for at henvise patienter til behandling i udlandet. Jeg synes, det er i orden, man får regler for det, og jeg synes også, det er i orden, at man i givne situationer kan henvise patienter til udlandet, men hvor er patientens retssikkerhed i det her? Det vil jeg gerne bede ministeren svare på. Har patienten noget at skulle have sagt, inden vedkommende bare bliver henvist til behandling i udlandet? Det vil i hvert fald være en bekymring, jeg har.

Så vil jeg slutte af med at sige, at det her kan vi et stykke hen ad vejen godt støtte, men vi er, som det fremgik af de korte bemærkninger tidligere, meget betænkelige ved den generelle udvikling inden for sundhedsvæsenet med den aftale, som regeringen har lavet sammen med de borgerlige partier om finansloven, som stadfæster, at der ikke tilføres ressourcer nok til sundhedsvæsenet, og som åbner for øget behandling på privathospitaler, som alt andet lige også giver et misbrug af de knappe ressourcer, der er til rådighed for sundhedssektoren.

Tom Behnke (FP):

Jeg sad den anden dag og var ved at rydde op på mit kontor – der kommer jo mere og mere papir ind, og så skal der også noget ud – og kom til at se, at der lå et forslag til folketingsbeslutning tilbage fra 1994, som vi i Fremskridtspartiet fremsatte om afskaffelse af ventelister på offentlige sygehuse ved inddragelse af

private og udenlandske hospitaler i sygdomsbehandlingen samt ved inddragelse af ventetidsgaranti.

Det forslag er jo så blevet fremsat nogle gange siden. Dengang støttede både Det Konservative Folkeparti og Venstre forslaget, og siden hen, så vidt jeg husker, har vi endda fremsat forslaget i fællesskab. Så det er jo en sag, som optager Fremskridtspartiet meget, og vi gør, hvad vi kan, for at få ventelisterne bragt ned, og vi gør, hvad vi kan, for at få så god og så hurtig en behandling af patienterne som overhovedet muligt.

Derfor er det jo så heller ikke overraskende, at vi i Fremskridtspartiet tager positivt imod ministerens forslag, som det er fremlagt her. Det var jo fuldstændig rigtigt sagt af Socialdemokratiets ordfører, at med forslaget her gør man endnu et tiltag for at gøre det lettere og bedre at være patient i Danmark, og vi er selvfølgelig enige i, at det skal vi tilstræbe.

Ministeren foreslår, der skal nedsættes et uafhængigt center, der kan foretage evaluering og dermed lave kvalitetsudvikling og sikre en effektiv ressourceanvendelse på de enkelte sygehuse. Det er vi i Fremskridtspartiet helt enige i. Det er hensigtsmæssigt, at vi prøver at koordinere det, det er hensigtsmæssigt, at vi sammen prøver at blive bedre, og at vi bliver bedre både til kvaliteten og til at udnytte de ressourcer, der nu engang er til rådighed, på en bedre måde.

Jeg kan så også forstå af forslaget, at et sådant center allerede er etableret, ved at ministeren har fået et aktstykke gennemført. Det ser vi ingen problemer i i Fremskridtspartiet, tværtimod.

Så er der hele elementet om styrkelse af det frie sygehusvalg. Der er vi i Fremskridtspartiet naturligvis enige. Vi havde gerne set, at man havde udvidet det frie sygehusvalg yderligere, måske kombineret med en behandlingsgaranti, således at hvis en patient ikke kunne modtage behandling inden for en bestemt periode, det kunne være 3 måneder, så havde patienten ret til at vælge f.eks. at gå til et privat hospital og få gennemført den pågældende behandling eller tage til udlandet og få gennemført den pågældende behandling. Vi lægger mere op til, at det er patienterne, der får nogle rettigheder. Det havde vi gerne set.

Men ministerens forslag her er klart et skridt i den rigtige retning. Man lukker nu op for muligheden for, at amterne kan henvise patienter

til behandling i udlandet. Det har de kunnet hidtil, men som ministeren skriver, er det rart nok at have det retlige grundlag i orden. Det vil sige, at det mere er en teknisk korrektion af paragrafferne og loven. Det har vi ingen indvendinger imod. Vi synes, at det er godt, og vi synes, at ministeren er på vej i den rigtige retning.

Vi synes også, at det er vigtigt, at vi får styrket, at hospitalerne giver information og oplysninger om, hvor lange ventelisterne er.

Hvad er ventetiden til forskellige operationer? Det har været sådan lidt flydende for nogle typer operationer og specielt på nogle typer hospitaler. Det er da positivt, at man nu får sat det bedre i rammer og får sat det mere i system, sådan at når patienterne vælger at søge behandling på et andet hospital, fordi ventelisterne er kortere dér, er det så også er de reelle tal, der kommer frem.

Forudsætningen for, at man kan have et frit valg, er, at man ved, hvad det er, man vælger imellem, og dér har det offentlige en klar opgave.

Vi støtter på alle mulige måder ministerens forslag.

Tove Videbæk (KRF):

Kristeligt Folkeparti er positivt over for intentionerne i dette lovforslag. Vi er positive over for intentionerne om oprettelse af et evalueringsscenter, der har til formål at fremme kvalitetsudvikling og at sikre mere effektiv ressourceanvendelse på det enkelte sygehus.

Et evalueringsscenter vil sikkert også medføre, at man bliver gjort bevidst om, at stort ikke altid er ensbetydende med godt. For eksempel har man i Ringkøbing Amt valgt en model med at bevare tre lokale sygehuse med akutfunktioner, og her er både kvalitet, effektivitet, økonomi og patienttilfredshed i top. En funktionsbærende enhed på et stort, centralt placeret hospital er ikke nødvendigvis et mantra og den eneste løsning i denne sag.

Objektiv evaluering via et evalueringsscenter kan måske gå hen og vise os, at i virkelighedens verden kan det være helt andre strukturer, der måske scorer topkarakterer, end dem, man indtil nu har troet på. Og så må vi naturligvis efterfølgende håbe, at der er åbenhed for alternative kreative løsninger og strukturer, selv om de eventuelt er anderledes end dem, som Sundhedsstyrelsen tidligere har peget på.

Flere sygehuse er i gang med at måle effektivitet og evaluere og forbedre, og evalueringss-

centret vil sikkert støtte dem i den udvikling og give dem et skub i den rigtige retning.

Skal effektiviteten forbedres, og det skal den jo, så må også fleksibiliteten mellem forskellige faggrupper og forskellige faggruppers overenskomster inddrages i evalueringssprocessen.

Sammenlægninger og nedlæggelse af mindre sygehuse er nemlig ikke de eneste mulige løsninger, tværtimod. Nuværende internationale og danske analyser viser jo netop, at mindre sygehuse er de mest effektive, og at når sygehuse bliver større end 300 senge, ja, så bliver de dyrere og mindre effektive.

Vedrørende det frie sygehusvalg mener vi i Kristeligt Folkeparti grundlæggende, at det er positivt for patienterne, men det kan være en bombe under amternes sygehusøkonomi. Afregning mellem amterne bør i hvert fald foregå således, at der afregnes i henhold til diagnoser og behandling og ikke nødvendigvis i henhold til en automatisk ens sengedagspris for alle slags behandlinger.

Det frie sygehusvalg kan f.eks. medføre, at amter med universitetshospitaler, som har lettere ved at tiltrække læger end yderamterne, ansætter flere læger, og det kan medføre en ledig kapacitet. Det kan så igen tiltrække læger fra tyndbefolkede områder, og det kan så slutelig medføre, at en ond spiral sættes i gang for yderamterne.

Taksterne for behandling af udenamtslige patienter skal derfor nødvendigvis holdes på et sådant niveau, at der ikke sættes gang i kasse- og overskudstænkning i amter med meget store sygehuse. Hvis dette sker, kan det i værste fald betyde, at de tyndbefolkede områder tømmes for læger, og at de derefter skal betale store beløb til andre amters sygehusvæsener. Det er nogle af de vinkler, som vi også mener vi skal have med i debatten om dette lovforslag.

Men grundlæggende er vi positive over for alle punkterne i det.

Sundhedsministeren (Carsten Koch):

Tak for en overvejende positiv modtagelse af det her lovforslag.

Der har været rejst nogle spørgsmål og bemærkninger til forslaget. Jeg vil nævne nogle enkelte, som jeg vil svare på.

Først og fremmest vedrørende evalueringsscenteret bliver jeg spurgt af fru Birthe Skaarup om, hvem der sidder som, skal vi sige uafhængige repræsentanter i bestyrelsen. Der kan jeg sige, at det gør direktør Johan Schrøder, direk-

tør Niels Groes fra Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut og Eva Steiness, som tidligere har været direktør for et af vore store medicinalfirmaer.

Derudover kan jeg sige til hr. Jørn Jespersen, at når jeg har valgt at etablere evalueringscenteret uafhængigt af ministeriet, er det netop for at understrege det uafhængige, og for at det skal have en status, som består i, at man ikke kan sige, at det bare er noget, som passer ind i ministeriets ønsker og kram. Så jeg mener, at det er en god styrkelse af dets uafhængighed, at det også formelt løsrives fra ministeriet.

Med hensyn til nogle synspunkter på selve forslaget om en styrkelse eller denne, om end beskedne, udvidelse af det fri sygehusvalg tror jeg, at der er nogle misforståelser hos nogle af ordførerne.

Pointen er såmænd den, at det, vi blot vil gøre, er at sikre os, at den ledige kapacitet på lands- og landsdelsafdelinger – altså de højt specialiserede afdelinger, der foretager behandlinger på lands- og landsdelsniveau, som også tager basispatienter fra deres eget amt, hvis der er lidt ledig kapacitet – bliver udnyttet til glæde for patienter fra andre amter. Det er kun den situation, der tænkes på, og det er det, der sigtes til i det her.

Jeg kan jo henvise til bemærkningerne til lovforslaget, hvor det står ganske tydeligt formuleret, at det altså udelukkende er basisbehandling. Det er altså ikke sådan, at man skal gå ind og bruge ressourcer, der er afsat til at lave højt specialiserede behandlinger, til almindelige basisbehandlinger. Derfor står der også, at det er meningen, at man altid skal kunne afskære patienter, der skal have en basisbehandling, hvis der ikke er kapacitet til den højt specialiserede afdeling.

Så pointen og mekanismen i det er kun, at vi udnytter ressourcerne bedst muligt, og i de tilfælde, hvor man ikke tager basispatienter ind, og hvor der er ledig kapacitet, skal man have mulighed for det. Det er det, der tilsigtes med forslaget.

Flere har været inde på kvalitetsoplysninger på fremadrettede ventelister som et væsentligt element. Det synes jeg også selv det er, og det er faktisk derfor, at det tages frem her.

Flere har også nævnt, at booking, som vi arbejder intenst på, og som forventes færdiggjort på landsplan i år 2000, vil være den sidste og måske væsentligste forudsætning for, at man kan have en reel vurdering af, hvor der er mu-

ligheder for at få behandling, og at der skal være tilstrækkelige kvalitetsmæssige oplysninger om behandlingen på de forskellige afdelinger. Det er noget, som jeg også lægger meget vægt på. Det skal man bare ikke sige kan gøres hurtigt. Det er et meget kompliceret projekt, som vi arbejder på.

Jeg har nedsat et udvalg under Sundhedsstyrelsen, som sammen med lægerne skal finde frem til, hvordan man på en ordentlig, forsvarlig og reel måde kan sammenligne kvaliteten af de forskellige sygehuse. Men det er oplagt et væsentligt skridt frem i den proces, som har at gøre med, at patienterne ved årtusindskiftet bør have krav på mere information om, hvad er kvalitet, hvor er der god kvalitet, hvor er der ikke god kvalitet. Alle disse tiltag har jeg også opfattet sådan bredt som støttet af ordførerne, og det vil jeg da glæde mig over.

Jeg bliver også spurgt om de tilfælde, hvor amterne kan henvise til udlandet. Her etableres et direkte retligt grundlag for, at amterne fortsat, mod at de selv afholder udgifterne, kan sende patienter til udlandet. Jeg tror, det var hr. Frank Aaen, der spurgte til det. Det er altså amtet, der kan vælge at sende patienter til udlandet, og det er selvfølgelig sådan, at patienterne også kan vælge at sige, at de foretrækker at blive behandlet herhjemme.

Det kan så give anledning til en større ventetid, hvis det er det, der er problemet, og det, der er baggrunden for, at man henviser til udlandet, men det er så et reelt valg, som den pågældende patient har.

Det tror jeg kan afklare noget af det, som hr. Frank Aaen var inde på.

Fru Henriette Kjær spørger, om det skal være sådan, at evalueringscenterets analyser offentliggøres og også tilstilles Folketinget.

Dertil kan jeg sige, at netop fordi det er et uafhængigt organ, er det ikke meningen, at jeg skal diktere publikationspolitikken, men jeg ser selvfølgelig meget gerne, at evalueringscenteret offentliggør sine analyser. Og det vil være meningsløst ikke at offentliggøre analyserne, sådan at de kan blive til gavn og glæde ikke bare for Folketingets medlemmer, men også for amterne og for andre politikere og for sygehusejerne og sygehusadministratorerne, så de kan drage nytte af de analyser og rette sig efter dem. Så det ligger ret klart, at de skal være offentligt tilgængelige.

Afslutningsvis til de mere overordnede politiske betragtninger, som ikke nødvendigvis har

noget med det her forslag at gøre, men som især hr. Frank Aaen og hr. Jørn Jespersen har været inde på:

Dér kan jeg kun sige, at den behandlingsgaranti, som er blevet etableret i forbindelse med finanslovaftalen for 1999, svarer i meget store træk til det, som amterne allerede var bekendt med, da vi forhandlede med amterne i foråret. Så amterne er fuldt orienterede om, at der skal være meget korte ventelister til de livstruende sygdomme, og det har de accepteret som et direkte led i aftalen.

Derfor har jeg også noteret mig, at amterne for 1999 har udvidet deres budgetter på sygehusområdet ganske betragteligt, og det opfatter jeg som en klar erkendelse af, at de ved, at den aktivitet, som skal foretages på de andre områder, altså ud over de livstruende sygdomme, vil blive varetaget sådan, at de stille og roligt arbejder mod det resultat, som vi alle sammen er interesserede i, og som jeg mener at amternes økonomi danner en god basis for, nemlig også at få nedsat ventetiderne og forøget kvaliteten af behandlingen af de ikke livstruende sygdomme, også på de medicinske og de geriatriske afdelinger og også de sygdomme, som man kan kalde folkesygdomme. Det skal ikke glemmes her, og det vil det heller ikke blive, når vi hvert år diskuterer sygehusproblemstillingen med amterne.

(Kort bemærkning).

Jørn Jespersen (SF):

Jeg er da glad for at kunne høre på sundhedsministeren, at han er klar over, at der er et problem med den ventetidsgaranti, man har etableret sammen med de borgerlige partier, og at han er klar over, at der er en risiko for, at det er folkesygdommene og den medicinske behandling af især ældre patienter, som risikerer at blive udsultet endnu mere, end de er i forvejen, fordi man nu har vedtaget denne helt ensidige garanti.

Men tilbage til det her forslag og spørgsmålet om, at patienter nu kan vælge afdelinger med landsdels- og landsfunktioner i andre amter:

Dér vil jeg godt henvise til bemærkningerne til forslaget, hvor der står: »Som udgangspunkt vil en basispatient på en lands- og landsdelsafdeling skulle tilbydes undersøgelse og behandling på basisniveau.« Som udgangspunkt!

Hvordan vil ministeren sikre, at det udgangspunkt bliver fastholdt? Hvad er der af sikkerhedsmekanismer for, at det bliver fast-

holdt, og at der ikke sker et skred i undersøgelses- og behandlingsniveauet, sådan at man rent faktisk bruger ressourcerne uhensigtsmæssigt.

Der står også i bemærkningerne: »Det er lagt til grund for lovforslaget, at betalingstaksten for fritvalgspatienter på basisniveau også vil blive anvendt i forbindelse med amtskommunernes indbyrdes afregning for fritvalgspatienter, som modtages til behandling på basisniveau på højt specialiserede sygehusafdelinger.«

Hvad har man af sikkerhed for, at det er fornuftigt og sikkert at lægge dét til grund for sit lovforslag? Har man sikkerhed for, at taksterne rent faktisk vil blive administreret på den måde?

For hvis ikke de to forudsætninger holder 100 pct., vil der jo ske det, at der kommer et voldsomt pres på nogle af de specialiserede afdelinger – og det er sådan set meget forståeligt, at man som patient hellere vil behandles på de såkaldte professorafdelinger – og så vil der selvfølgelig være en risiko for, at det medfører ekstraudgifter, som ikke er nødvendige, med den konsekvens, at pengene ikke bliver brugt dér, hvor der for alvor er behov for det, og dermed forringet man behandlingen af patienterne.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg vil lige høre sundhedsministeren om internetoplysningerne:

Nu er det jo sådan, at ikke alle borgere har mulighed for at gå ind på Internet og netop plote sig ind på de her oplysninger, når det er nødvendigt, og derfor vil jeg spørge, om man vil iværksætte nogle andre tiltag for de borgere, der ikke har adgang til Internet.

En anden ting er evalueringscenteret, og dér spurgte jeg i mit første indlæg om faggrænserne: Kan det være en af opgaverne for det her evalueringsinstitut at gå ind på netop det område? For vi ved jo, at det er noget af det, der kan sikre en bedre effektivitet og ressourcenyttelse i sygehusvæsenet.

Sundhedsministeren (Carsten Koch):

Til hr. Jørn Jespersens spørgsmål om behandlingen af basispatienter på de højtspecialiserede afdelinger:

Der står jo næsten til allersidst i første spalte på side 3 i bemærkningerne: »De pågældende afdelinger vil dog efter gældende praksis kunne afvise fritvalgspatienter, såfremt dette er nødvendigt af hensyn til varetagelsen af lands- og

landsdelsopgaver.« Og det er lige præcis det, der er pointen, for hvis der vil være kapacitetsproblemer, er der jo ingen, der kan have interesse i at optage basispatienter til behandling hos folk, der kan varetage de højt specialiserede behandlinger, når der er pres på dem. Så det er oplagt en mulighed.

Og det her er ikke noget, der presser amterne til noget som helst med hensyn til at tage basisbehandlinger ind. Men hvis man kender til sygehusdrift, så ved man, at kapaciteten ligger fast, men at efterspørgslen og tilgangen svinger meget fra periode til periode, og derfor kunne man jo godt forestille sig, at det kunne være hensigtsmæssigt i situationer, hvor der er ledig kapacitet, at få etableret en mulighed for at behandle basispatienter her.

Men det skal ikke være sådan – og det mener jeg klart bliver formuleret nederst i første spalte på side 3 – at amterne skal til at indrette sig på en sådan måde, at fritvalgspatienterne på basisniveau skal behandles af højt specialiseret kapacitet, hvis der er kapacitetsmangel på de højt specialiserede afdelinger.

Sådan er pointen. Og hvis hr. Jørn Jespersen ikke er tilfreds med hensyn til den problemstilling, kan jeg sige, at det jo også understøttes ved, at taksten for en basisbehandling er lavere.

Så hvis man basisbehandler på en højt specialiseret afdeling, får man altså ikke den takst, der svarer til en højt specialiseret behandling; man får kun for en basisbehandling. Og det vil sige, at der også er et økonomisk incitament til ikke at skubbe de højt specialiserede behandlinger ud, for man får en mindre takst ved at modtage basispatienter.

Til fru Birthe Skaarup:

Det er rigtigt, at det jo langtfra er alle, der har en internetforbindelse, og det, at man skal sidde hjemme og klikke sig ind, er heller ikke det, der skal være det grundlæggende. Men de praktiserende læger er i vidt omfang koblet op på Internettet, og det vil sige, at man i høj grad kan få det belyst hos sin praktiserende læge, og hvis det ikke er tilfældet, kan man gå til en patientvejleder. Hvert amt har en patientvejlederfunktion, og dér vil man kunne være behjælpelig, for dér er man meget tæt på oplysningerne om ventetiderne på de forskellige sygehuse og vil også kunne informere om det her.

Så mit svar vil være: Den praktiserende læge eller patientvejlederen vil kunne hjælpe.

Så det er rigtigt, at der ikke skal være en forskel på behandlingen af patienterne, alt efter

om de har mulighed for at få internetadgang. Man kan ret let få de informationer via sin praktiserende læge eller via patientvejlederen.

Jeg blev også spurgt, om evalueringscenteret kan tage stilling til spørgsmålet om stive faggrænser.

Til det vil jeg sige, at evalueringscenteret skal have en selvstændig status, og at det skal ikke være sådan, at jeg kan begynde at styre, hvad det skal beskæftige sig med, og hvad det skal foreslå, og hvad det ikke skal foreslå.

Så jeg kan ikke på nuværende tidspunkt sige, om evalueringscenteret vil tage problemstillingen om de stive faggrænser op. Men jeg kan sige, at jeg i forbindelse med de trepartsdrøftelser, som jeg vil indlede med amterne og de faglige organisationer, vil tage alle former for faktorer, der hæmmer et ordentligt og hurtigt patientflow, op og diskutere de ting.

Så det vil under alle omstændigheder være genstand for opmærksomhed og diskussion, og det er altså ikke sådan, at det vil blive glemmt, hvis evalueringscenteret muligvis ikke tager det op. Det vil det ikke, for det er jeg også meget optaget af.

(Kort bemærkning).

Jørn Jespersen (SF):

Når sundhedsministeren henviser til, at der på side 3 i bemærkningerne står, at afdelingerne på de højt specialiserede sygehuse kan afvise patienter, hvis der ikke er kapacitet til at tage dem, så synes jeg ikke, det er et svar på de spørgsmål, jeg stillede, for det er jeg godt klar over at afdelingerne kan, men det er jo ikke sådan, virkeligheden ofte er.

Virkeligheden er jo, at man forsøger at ligge meget tæt på en aktivitet, der svarer til kapaciteten, for at tiltrække yderligere ressourcer. Så det er jo ingen sikkerhed, at afdelingerne har den mulighed. Tværtimod vil der være en oplagt risiko for, at man bruger disse patienter til at dokumentere behovet for, at der skal tilføres yderligere ressourcer til området.

Så jeg skal bare konstatere, at de to spørgsmål, jeg stillede, nemlig om ministeren kan garantere, at der ikke sker et skred i behandlingsniveauet, sådan at basispatienter bliver behandlet, som om de var patienter på de specialiserede afdelinger, og om ministeren kan garantere, at taksterne bliver, som det er beskrevet i bemærkningerne, de to spørgsmål fik jeg ikke svar på.

Sundhedsministeren (Carsten Koch):

Jeg kan kun sige, at det er amterne, der står for tilrettelæggelsen af driften af sygehusene, og det er amterne, der er ansvarlige for udnyttelsen af de her regler. Og jeg har ingen grund til at tro, at der skulle ske noget som helst indikationsskred, for jeg har meget vanskeligt ved at se, at amterne har nogen interesse i at gøre det her. Så jeg vil ikke udstede garantier på amternes vegne, men jeg har svært ved at se, at det her skulle være et problem.

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

Afstemning**Formanden:**

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 beslutningsforslag nr. B 19:**Forslag til folketingsbeslutning om forsøg med offentliggørelse af afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.**

Af Ester Larsen (V), Henriette Kjær (KF), Birthe Skaarup (DF), Yvonne Herløv Andersen (CD), Frank Aaen (EL), Tom Behnke (FP) og Tove Videbæk (KRF).

(Fremsat 21/10 98).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling**Sundhedsministeren (Carsten Koch):**

Jeg kan tilslutte mig den grundtanke, der ligger bag forslaget, nemlig at også Patientklagenævnets afgørelser har stor betydning for sundhedsvæsenet, og at nævnet har en betydelig forpligtelse til at sikre, som forslagsstillerne også udtrykker det, en »feedback-funktion«.

De, der daglig arbejder i sundhedsvæsenet, og de, der er ansvarlige for den overordnede

drift, har en betydelig interesse i at lære af nævnets afgørelser for at kunne forbedre kvaliteten af arbejdet og dermed patientsikkerheden.

Nævnet træffer ofte afgørelser, som er principielle, og som i praksis bliver normsættende, og disse afgørelser skal naturligvis formidles videre. Dette grundprincip er jeg meget enig i.

For en ordens skyld vil jeg oplyse, at Patientklagenævnet allerede giver en betydelig information til offentligheden, til sundhedspersonalet og til sundhedsmyndighederne m.fl. Det sker i form af månedlige nyhedsbreve om principielle afgørelser, i artikler, i årsberetninger og på Internettet.

Det, der herefter kan drøftes, er, hvordan feedback-funktionen herudover bedst kan tilrettelægges, så den løser sit formål, nemlig at personalet og de ansvarlige også ved hjælp af originalafgørelserne kan rette op på og forbedre kvaliteten af arbejdet.

Den rigtige måde at gøre dette på mener jeg ikke er at offentliggøre alle ca. 3.000 afgørelser årligt. Det skaber ikke overblik. Tværtimod kan det blive vanskeligt at finde det principielle, det retningsgivende.

Heller ikke offentliggørelse af sager fra et begrænset geografisk område, sådan som forslagsstillerne er inde på, kan jeg anbefale. Det vil blive stort og småt fra et ret begrænset antal sager, hvorefter anonymiseringen, som jo er central, vanskeligt kan gennemføres, for når afgørelserne skal anonymiseres, klares det ikke ved blot at fjerne f.eks. navnet på patienten. Der må ske en konkret vurdering af, om de øvrige oplysninger i sagen kan røbe patienten. For vi er vel alle interesserede i, at man ikke på nogen måde vil være i stand til at kunne identificere den pågældende patient?

Jeg kan hertil oplyse, at Patientklagenævnet i 1999 vil gennemføre en brugerundersøgelse, der bl.a. skal dreje sig om offentliggørelse.

Samtidig arbejder nævnets sekretariat på at udarbejde ensartede retningslinjer for brugen af afgørelser sammen med Amtsrådsforeningen, H:S og Lægeforeningen.

Selv om jeg mener, at den nuværende offentliggørelse af Patientklagenævnets afgørelser allerede opfylder mål om at oplyse offentligheden om dets afgørelser, vil jeg imidlertid under udvalgsarbejdet stille mig positivt over for en drøftelse af en udvidet offentliggørelse.

Jeg kan om offentliggørelsespraksis i andre tilsvarende institutioner oplyse, at Den Sociale Ankestyrelse hver måned offentliggør ca. 20