

Til lovforslag nr. L 64. Betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 28. februar 2002

## Betænkning

over

### Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet

(Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse)

[af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen) ]

#### 1. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 29. januar 2002 og var til 1. behandling den 6. februar 2002. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Sundhedsudvalget.

#### Møder

Udvalget har behandlet lovforslaget i 4 møder.

#### Høring

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring. Den 19. februar 2002 sendte indenrigs- og sundhedsministeren de indkomne høringssvar samt et notat herom til udvalget, jf. L 64 – bilag 2.

#### Skriftlige henvendelser

Udvalget har i forbindelse med udvalgsarbejdet modtaget skriftlige henvendelser fra:

#### Gigtforeningen

Indenrigs- og sundhedsministeren har over for udvalget kommenteret den skriftlige henvendelse.

#### Deputationer

Endvidere har følgende mundtligt over for udvalget redegjort for deres holdning til lovforslaget:

#### Gigtforeningen,

Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkeskadede,

Muskelsvindfonden og

Scleroseforeningen.

#### Spørgsmål

Udvalget har stillet 37 spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret. Fem af udvalgets spørgsmål og indenrigs- og sundhedsministerens svar herpå er optrykt som bilag 2 til betænkningen.

#### 2. Indstillinger og politiske bemærkninger

Et flertal i udvalget (V, S, DF, KF og KRF) indstiller lovforslaget til *vedtagelse uændret*.

Socialdemokratiet er tilfreds med, at regeringen vil bevilge 1,5 mia. kr. ekstra til sundhedsvæsenet, og tilfreds med, at flere patienter bliver behandlet. Det ligger fint i tråd med den politik, den tidligere, socialdemokratisk ledede regering førte. Socialdemokratiet skal i den forbindelse oplyse, at sundhedsvæsenets ressourcer igennem de seneste 9 år er blevet forøget med 25 pct., i størrelsesordenen ca. 11 mia. kr.

Socialdemokratiet skal dog ikke undlade at bemærke, at partiet er bekymret over, at der nu for første gang i Danmark fra centralt hold sker en direkte kobling mellem aktivitet og bevillinger. Al international erfaring, med Tyskland og USA som de fremmeste eksempler, siger, at det stensikkert år for år vil medføre en betydelig udgiftsvækst og give amterne betydelige problemer med at holde udgifterne i ro.

At overgå til rene markedsmekanismer vil også betyde, at de stærkeste patienter vil få bedre muligheder på bekostning af de svage patienter.

Socialdemokratiet er utilfreds med den kortvarige ressourcetilførsel i form af et engangsbeløb, idet det efter partiets opfattelse vil skabe en uhensigtsmæssig skævvridning mellem det kirurgiske og det medicinske område, med deraf følgende nedprioritering af de ældre medicinske patienter og akutberedskabet. Der er behov for at øge kapaciteten, med henblik på at flere patienter, specielt de ældre medicinske patienter, behandles på sygehusene. Øget elektiv aktivitet giver ikke automatisk kortere ventetider. Det viser erfaringer både i Danmark og i udlandet.

En engangsbevilling i 2002 nytter meget lidt. Regeringen har holdt fast i, at bevillingen af de ekstra 1,5 mia. kr. kun er for 2002. Der er behov for permanent at øge kapacitet og aktivitet, og det er ikke gjort med engangsbevillingen i 2002.

Ved at bevillingen gøres midlertidig, er der stor risiko for, at man får dårligere og dyrere løsninger.

Det er ekstremt dyrt at købe specialister og andre fagfolk, som skal øge produktionen gennem overarbejde. Langt færre patienter kan dermed behandles, end hvis der blev skabt grundlag for et permanent kapacitetsløft, som kunne planlægges og honoreres til almindelig timeløn.

Det er også de samme specialister, sygehusene kommer til at konkurrere om. Dermed er der basis for en lønspiral.

Socialdemokratiet havde gerne set, at man havde fortsat den linje, den tidligere regering havde lagt, nemlig at sørge for at sikre uddannelse af flere speciallæger og at øge aktiviteten på sygehusene. Det ville der være perspektiv i, frem for her og nu at »forgylde« nogle få specialister til gavn for alt for få patienter.

Socialdemokratiet finder, det er en meget indviklet og uigennemskuelig model, der er lagt til grund, for Indenrigs- og Sundhedsministeriet beslaglægger 10 mio. kr. til administrativt »bøvl«, midler, som i stedet kunne være brugt til patientbehandling.

Med lovforslaget bliver der hjemmel til, at sundhedsministeren fastlægger en højere pris for behandling, end den, det offentlige sygehusvæsen kan opkræve (DRG-taksten).

De private sygehuse kan satse på de operationer, der giver den højeste indtjening. De offentlige sygehuse står så tilbage med en forpligtelse til at behandle alle de øvrige patienter, samtidig

med at hjemamtet kan komme til at betale overpris til privathospitalerne, for at de kan betale overpris til specialister, der generelt er mangel på.

Socialdemokratiet forudsætter, at engangsbevillingen erstattes af et permanent løft, således at de mest syge tilgodeses.

Regeringens valg af metoder er regeringens eget ansvar, og dermed kan man ikke senere klandre amterne, hvis metoden ikke virker.

Generelt kan Socialdemokratiet ikke acceptere, at finansieringen af midlerne skaffes ved besparelser på ulandsbistanden.

Socialdemokratiet kan støtte lovforslaget, men har en række betænkeligheder og vil følge udmøntningen nøje.

Et *mindretal* i udvalget (SF og EL) vil stemme hverken for eller imod lovforslaget.

SF og Enhedslisten er tilfredse med, at der tilføres flere midler til sundhedssektoren, men finder det uacceptabelt, at staten helt nede på afdelingsniveau blander sig i sundheds- og sygehusplanlægningen, så sygehusejernes mulighed for at prioritere tilsidesættes. Beløbet 1,5 mia. kr. er ikke noget svimlende beløb, det svarer til ca. 3/4 pct. af de samlede sygehusudgifter i perioden 2002-2005 og er et engangsbeløb kun afsat i år. Kun ekstra elektive behandlinger, som kan dokumenteres, kan give anledning til, at midlerne udløses. Da det langt overvejende er det kirurgiske område, der har indkaldte patienter på ventelister, vil det være denne patientgruppe, der får del i de ekstra behandlinger. Dette giver en ulighed over for den store gruppe af patienter på blandt andet de medicinske afdelinger, fødeafdelingerne og de psykiatriske afdelinger, som efter mindretallets opfattelse bliver tilsidesat, og som i lige så høj grad har behov for at få tilført ekstra midler.

SF og Enhedslisten finder det på baggrund af både danske og udenlandske erfaringer ikke godtgjort, at tilførsel af et beløb af denne størrelse vil få andet end kortvarig effekt på ventelisterne.

Der tages med lovforslaget hul på et helt nyt styringsprincip i sundhedsvæsenet: »pengene følger patienterne«. SF og Enhedslisten er opmærksomme på, at patienter visiteret til behandling kan vælge et andet sygehus eller, hvis behandling ikke kan tilbydes inden for 2 måneder,

et privat sygehus eller behandling i udlandet, hvis der er indgået en aftale. Det er SF's og Enhedslistens opfattelse, at denne øgede mulighed for at vælge private behandlere vil bidrage til en udbygning af de private sygehuse. Dette vil medføre et træk af hospitalspersonale fra de offentlige sygehuse til de private og fra de perifere amter til amterne med de større sygehuse. Da der i forvejen er mangel på hospitalspersonale især i yderamterne, frygter SF og Enhedslisten, at forslaget vil få konsekvenser for sygehusstrukturen og på længere sigt give en nedgang i kvaliteten på de offentlige sygehuse.

Forslaget åbner for større muligheder for frit valg, men SF og Enhedslisten finder også, at det bryder med det hidtidige princip om lighed i sygdomsbehandlingen, idet patienter, der anvender frit valg inden- eller udenlands, selv skal afholde udgiften til transport, herunder hjemtransport ved dødsfald. Denne mulighed er reelt kun til stede for borgere, der har råd til det.

SF og Enhedslisten finder det ikke i lovforslaget godtgjort, at patienter, som lader sig behandle hos private behandlere, er forsikringsmæssigt ligestillet med patienter behandlet i offentligt regi. Dette finder SF og Enhedslisten ikke acceptabelt.

SF og Enhedslisten finder det ligeledes stærkt kritisabelt, at en så gennemgribende ændring af det danske sundhedsvæsen kun har været til høring i 7 dage, hvilket blandt andet har umuliggjort en politisk behandling af forslaget i amterne.

Endelig finder SF og Enhedslisten, at det er forkasteligt, at et økonomisk tilskud til det danske sundhedsvæsen skal finansieres af verdens fattigste ved nedskæring af ulandsbistanden.

*Et andet mindretal* i udvalget (RV) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling.

Det Radikale Venstre kan ikke støtte lovforslaget. Det Radikale Venstres primære begrundelse herfor er, at regeringens forslag vil kræve en urealistisk høj produktivitetsstigning, og det virker ikke sandsynliggjort, at sygehuse reelt vil kunne præstere den meraktivitet, som ligger til grund for tildelingen af den ekstra bevilling (jf. pressemeddelelse fra Amtsrådsforeningen og Danmarks Amtsråd nr. 3/2002, s. 6-9). Det kan de bl.a. ikke, fordi den tidligere regering allerede har indgået en aftale med amterne om at udføre 20.000 operationer ekstra i år. De skal afvikles,

før beregningen af meraktivitet kan komme ind i billedet.

Desuden har amterne og den tidligere regering allerede tilført 1,8 mia. kr. ekstra til sundhedsvæsenet på dette års budget. Effekten af den bevilling vil Det Radikale Venstre gerne afvente, før yderligere midler tilføres. Samtidig virker det ikke sandsynliggjort ud fra ministerens svar, at de sygehuse, der allerede har optimeret deres behandlinger, vil få del i midlerne.

Det primære problem for at opfylde kravene om meraktivitet er personalemangel. Derfor vil der, så vidt Det Radikale Venstre vurderer, være en reel risiko for, at ekstrabevillingen blot vil medføre lønglidning og stigende udgifter til overarbejdsbetaling. Lovforslaget vil efter Det Radikale Venstres mening ikke sikre en langsigtet planlægning i forhold til personalekapaciteten, bl.a. fordi de 1,5 mia. kr. er tænkt som et engangsbeløb. Kravet om meraktivitet vil desuden potentielt medføre en skævvridning i prioriteringen mellem de kirurgiske og de medicinske patienter.

Det Radikale Venstre må desuden på det kraftigste modsætte sig, at lovforslaget skal finansieres via besparelser på ulandsbistanden.

Det Radikale Venstre mener ikke, det er samfundsøkonomisk fornuftigt at ville nedbringe ventetiderne ved at udvide det frie valg med hensyn til private og udenlandske sygehuse, dels fordi det allerede er muligt at sende patienter til udlandet, dels fordi privathospitalerne også skal have ekstra personale og udvide deres kapacitet, hvis de skal modtage flere patienter fra det offentlige. Det personale skal komme fra det offentlige sygehusvæsen, der i forvejen har problemer med at rekruttere personale. Samtidig vil det offentlige sygehusvæsen miste bevillinger og erfaringer, i takt med at patienterne i større omfang skal behandles i privat regi eller i udlandet.

Forslaget er og bliver symptombehandling. Regeringen skulle hellere koncentrere sig om at styrke og reformere det offentlige sundhedsvæsen og forholde sig til de fundamentale problemer – f.eks. personalekapacitet og de overordnede strukturer – frem for at søge løsningen i de private hospitaler og nogle urealistiske krav om meraktivitet.

Det Radikale Venstre kan derfor ikke støtte forslaget. Derimod kan Det Radikale Venstre

## Bet. o. lovf. vedr. sygehusvæsenet

godt tilslutte sig, at frit valg-rammerne og børne-psykiatrien får tilført ekstra midler.

Tjóðveldisflokkurin, Inuit Ataqatigiit og Siumut var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i ud-

valget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen.

*Hans Andersen (V) Ester Larsen (V) Preben Rudiengaard (V) Jørgen Winther (V) nfm.*

*Birthe Skaarup (DF) fmd. Anita Knakkegaard (DF) Else Theill Sørensen (KF)*

*Pia Christmas-Møller (KF) Tove Videbæk (KRF) Jette Bergenholz Baurup (S)*

*Lars Kramer Mikkelsen (S) Lone Møller (S) René Skau Björnsson (S)*

*Sophie Hæstorp Andersen (S) Lene Garsdal (SF) Line Barfod (EL) Naser Khader (RV)*

Tjóðveldisflokkurin, Inuit Ataqatigiit og Siumut havde ikke medlemmer i udvalget.

**Folketingets sammensætning**

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	57*	Enhedslisten (EL)	4
Socialdemokratiet (S)	52	Kristeligt Folkeparti (KRF)	4
Dansk Folkeparti (DF)	22	Tjóðveldisflokkurin (TF)	1
Det Konservative Folkeparti (KF)	16	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	12	Siumut (SIU)	1
Det Radikale Venstre (RV)	9		

\* Heraf 1 medlem valgt på Færøerne

## Oversigt over bilag vedrørende L 64

Bilagsnr.	Titel
1	Kopi af svar på spm. 28 om omkostninger i forbindelse med frit valg-garanti på ventelisteområdet, fra indenrigs- og sundhedsministeren
2	Køreplan for behandlingen af lovforslaget
3	Spm. 1 om, hvorvidt ventelistepuljer rettet mod sygehusene gør ventelisterne kortere, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 2 om adgang til ekstra ressourcer, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 3 om, hvordan medicinske afdelinger kan få del i bevillingen, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 4 om, hvilke typer behandlinger der kan få del i bevillingen, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 5 om, hvorvidt bevillingen er en engangsbevilling, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 6 om, hvorvidt ubrugte midler kan overføres til år 2003, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 7 om økonomiforhandlinger med amterne, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 8 om udarbejdelse af bekendtgørelse, til indenrigs- og sundhedsministeren
4	Henvendelse af 13/2-02 fra Muskelsvindfonden m.fl.
5	Høringssvar og høringsnotat, fra indenrigs- og sundhedsministeren
6	Spm. 9 om udvikling af DRG-systemet, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 10 om, hvordan patienter, der behandles på private hospitaler eller i udlandet, er stillet i forhold til Patientforsikringen, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 11 om regler for aktindsigt, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 12 om kommentar til artikel fra Danmarks Amtsråd nr. 3, feb. 2002, »Overflødig lovforslag«, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 13 om initiativer med henblik på rekruttering af personale til sundhedssektoren, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 14 om, hvorvidt det er muligt at pålægge sygehuse at indgå aftaler med amterne, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 15 om vurdering af tilbud fra det offentlige sundhedsvæsen, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 16 om, hvorvidt DRG-takster afspejler de reelle omkostninger, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 17 om overførsel af eventuelle restmidler, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 18 om initiativer til at sikre personalemæssige ressourcer, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 19 om dokumentation af merbehandling, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 20 om, hvorvidt sygehusejerne har været inddraget forud for lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren

Bilagsnr.	Titel
	Spm. 21 om planlægning af sygehusvæsenet i amterne, til indenrigs- og sundhedsministeren
	Spm. 22 om, hvorvidt sygehusafdelinger, der allerede har gennemført projekter, ikke forholdes muligheden for ekstra bevilling, til indenrigs- og sundhedsministeren
	Spm. 23 om forringelse af personalenormeringer, til indenrigs- og sundhedsministeren
	Spm. 24 om økonomiske midler til føde-, medicinske og psykiatriske afdelinger, til indenrigs- og sundhedsministeren
7	Spm. 17 om overførsel af eventuelle restmidler, til indenrigs- og sundhedsministeren
	Spm. 25 om, hvorvidt privathospitaler kan varetage opgaver for det offentlige sundhedsvæsen, hvis deres priser ligger højere end DRG-takster, til indenrigs- og sundhedsministeren
8	Spm. 26 om, hvorvidt det særlige tilskud til foreningsejede behandlingssteder bibeholdes i 2003 og de efterfølgende år, til indenrigs- og sundhedsministeren
	Spm. 27 om finansieringsbehovet for de foreningsejede behandlingssteder, til indenrigs- og sundhedsministeren
	Spm. 28 om kommentar til de foreningsejede behandlingssteders ønske om tidlig udmelding af den årlige økonomiske ramme, til indenrigs- og sundhedsministeren
	Spm. 29 om at sikre bevillingen for sygdommen amyotrofisk lateral sklerose, til indenrigs- og sundhedsministeren
9	Spm. 30 om at ændre beløbsrammen for de foreningsejede specialsygehuse, til indenrigs- og sundhedsministeren
	Spm. 31 om muligheden for at sikre planlægningen af arbejdet på specialsygehuse, til indenrigs- og sundhedsministeren
10	Henvendelse af 25/2-02 fra Gigtforeningen
11	Spm. 32 om kommentar til henvendelse af 25/2-02 fra Gigtforeningen, til indenrigs- og sundhedsministeren
12	Svar på spm. 1 om, hvorvidt ventelistepuljer rettet mod sygehuse gør ventelisterne kortere, fra indenrigs- og sundhedsministeren
	Svar på spm. 2 om adgang til ekstra ressourcer, fra indenrigs- og sundhedsministeren
	Svar på spm. 3 om, hvordan medicinske afdelinger kan få del i bevillingen, fra indenrigs- og sundhedsministeren
	Svar på spm. 4 om, hvilke typer behandlinger der kan få del i bevillingen, fra indenrigs- og sundhedsministeren
	Svar på spm. 5 om, hvorvidt bevillingen er en engangsbevilling, fra indenrigs- og sundhedsministeren
	Svar på spm. 6 om, hvorvidt ubrugte midler kan overføres til år 2003, fra indenrigs- og sundhedsministeren
	Svar på spm. 7 om økonomiforhandlinger med amterne, fra indenrigs- og sundhedsministeren
	Svar på spm. 8 om udarbejdelse af bekendtgørelse, fra indenrigs- og sundhedsministeren

Bilagsnr.	Titel
13	Svar på spm. 9 om udvikling af DRG-systemet, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 10 om, hvordan patienter, der behandles på private hospitaler eller i udlandet, er stillet i forhold til Patientforsikringen, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 11 om regler for aktindsigt, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 12 om kommentar til artikel fra Danmarks Amtsråd nr. 3, feb. 2002, »Overflødig lovforslag«, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 13 om initiativer med henblik på rekruttering af personale til sundhedssektoren, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 14 om, hvorvidt det er muligt at pålægge sygehuse at indgå aftaler med amterne, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 15 om vurdering af tilbud fra det offentlige sundhedsvæsen, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 16 om, hvorvidt DRG-takster afspejler de reelle omkostninger, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 17 om overførsel af eventuelle restmidler, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 18 om initiativer til at sikre personalemæssige ressourcer, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 19 om dokumentation af merbehandling, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 20 om, hvorvidt sygehusejerne har været inddraget forud for lovforslaget, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 21 om planlægning af sygehusvæsenet i amterne, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 22 om, hvorvidt sygehusafdelinger, der allerede har gennemført projekter, ikke forholdes muligheden for ekstra bevilling, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 23 om forringelse af personalenormeringer, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 24 om økonomiske midler til føde-, medicinske og psykiatriske afdelinger, fra indenrigs- og sundhedsministeren
14	Svar på spm. 25 om, hvorvidt privathospitaler kan varetage opgaver for det offentlige sundhedsvæsen, hvis deres priser ligger højere end DRG-takster, fra indenrigs- og sundhedsministeren
15	Svar på spm. 26 om, hvorvidt det særlige tilskud til foreningsejede behandlingssteder bibeholdes i 2003 og de efterfølgende år, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 27 om finansieringsbehovet for de foreningsejede behandlingssteder, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 28 om kommentar til de foreningsejede behandlingssteders ønske om tidlig udmelding af den årlige økonomiske ramme, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 29 om, at sikre bevillingen for sygdommen amyotrofisk lateral sklerose, fra indenrigs- og sundhedsministeren
16	Svar på spm. 30 om at ændre beløbsrammen for de foreningsejede specialsygehuse, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 31 om muligheden for at sikre planlægningen af arbejdet på specialsygehuse, fra indenrigs- og sundhedsministeren
17	1. udkast til betænkning
18	Svar på spm. 32 om kommentar til henvendelse af 25/2-02 fra Gigtforeningen, fra indenrigs- og sundhedsministeren

<b>Bilagsnr.</b>	<b>Titel</b>
19	Kopi af svar på spørgsmål stillet af Finansudvalget om, hvilke krav amter/sygehuse skal opfylde for at få del i bevillingen, fra indenrigs- og sundhedsministeren
20	Spm. 33 om ændring af ikrafttrædelsestidspunkt, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 34 om ekstraudgifter til administration, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 35 om rettigheder i forhold til patientklagesystemet og patientskadeforsikringen, til indenrigs- og sundhedsministeren Spm. 36 om tilskudsbevilling til fødeafdelinger, til indenrigs- og sundhedsministeren
21	Spm. 37 om kommentar til artikel fra Danmarks Amtsråd nr. 3, feb. 2002, »Hurtigere behandling over hele landet«, til indenrigs- og sundhedsministeren
22	Svar på spm. 33 om ændring af ikrafttrædelsestidspunkt, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 34 om ekstraudgifter til administration, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 35 om rettigheder i forhold til patientklagesystemet og patientskadeforsikringen, fra indenrigs- og sundhedsministeren Svar på spm. 36 om tilskudsbevilling til fødeafdelinger, fra indenrigs- og sundhedsministeren
23	Svar på spm. 37 om kommentar til artikel fra Danmarks Amtsråd nr. 3, feb. 2002, »Hurtigere behandling over hele landet«, fra indenrigs- og sundhedsministeren



### Nogle af udvalgets spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren og dennes svar herpå

Spørgsmålene og indenrigs- og sundhedsministerens svar herpå er optrykt efter ønske fra S.

#### Spørgsmål 3:

Vil ministeren give eksempler på, hvordan de medicinske afdelinger kan få del i bevillingen.

#### Svar:

Elektiv medicinsk behandling bliver omfattet af ordningen på lige fod med den kirurgiske – og tæller med på helt samme måde i det måltal for produktionen i 2002, der beregnes for hvert amt – og i opgørelsen af den merproduktion, som amtet i givet fald får tilskud til.

Elektiv medicinsk behandling udgøres af hele den del af den medicinske behandling, som ikke kræver akut indlæggelse. Det vil sige forundersøgelser, indlæggelser, efterbehandlinger og genoptræning, som er baseret på indkaldelse – og oftest med forudgående ventetid.

Der foregår elektiv behandling på alle medicinske områder – og den udgør på nogle områder hovedparten eller en meget væsentlig del af aktiviteten. Det gælder f.eks. inden for hud- og kønssygdomme samt på det reumatologiske/fysiologiske område.

Andre elektive medicinske områder er diabetes, en række neurologiske tilstande – herunder nervesygdomme, føleforstyrrelser, hukommelsesproblemer (f.eks. demens), genoptræning i forbindelse med apopleksi, behandling og udredning af astma og allergisygdomme samt medicinske lungesygdomme, visse typer af smertebehandling, samt udredning af arvelige sygdomme, af visse tarmsygdomme og af visse typer blodsygdomme.

#### Spørgsmål 4:

Ministeren bedes konkretisere, hvilke typer af behandlinger der kan få del i bevillingen, og om der af de afsatte midler kan indkøbes nyt apparatur, f.eks. strålekanoner eller røntgenapparater, samt hvordan de afdelinger, som har været omstillingsparate og ikke kan øge deres kapacitet,

bl.a. på grund af normeringer, kan få del i midlerne?

#### Svar:

Ordningen omfatter al elektiv somatisk, herunder kirurgisk og medicinsk, sygehusbehandling, der foregår ambulante eller under indlæggelse, og som finansieres af en amtskommune ved egne eller fremmede sygehuse, klinikker m.v. Også en række nærmere definerede ydelser, udført i speciallægepraksis, som substituerer sygehusbehandling, indgår. Fertilitetsbehandling og kunstig befrugtning, sterilisation, alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse og klinikker m.v. samt alkoholbehandling efter sygehusloven er undtaget fra ordningen.

For sidstnævnte skyldes det, at der som følge af nogle særlige betalingsregler for udenamtsbehandling ikke ville være incitament for amterne til at øge behandlingsniveauet i 2002, hvis området indgik i ordningen.

Under forudsætning af, at et amt lever op til de betingelser for at opnå tilskud fra den statslige pulje, som jeg har beskrevet i forbindelse med min besvarelse af spørgsmål 1, er det op til det enkelte amt selv at afgøre, hvordan de penge, der måtte blive udbetalt, skal tilføres de afdelinger på sygehuse, som har bidraget til den ekstra produktion. Dette kan omfatte arbejde uden for normal arbejdstid, investeringer i nyt og bedre udstyr, omlægninger af rutiner og arbejdsgange, en mere fleksibel udnyttelse af gældende overenskomster, tilrettelæggelse af bedre patientforløb m.v. Der er også mulighed for, at amterne med de ekstra penge kan tilgodese f.eks. det akutte område, hvis det er en forudsætning for at opnå ekstra behandlinger på det elektive område.

De produktionsmål for 2002, der ligger til grund for beregningen af tilskud efter ordningen, udmeldes på amtsniveau. Hvert amt har mulighed for at definere målene for de enkelte enheder ud fra de lokale vilkår, men således at amtet sammenlagt når målene.

*Spørgsmål 5:*

Ministeren bedes oplyse, om det er korrekt opfattet, at bevillingen er en engangsbevilling, og om afdelinger, som har øget deres kapacitet som følge af bevillingen, skal skrue ned på et lavere blus i år 2003?

*Svar:*

Det forslag om en statslig pulje på 1½ mia. kr. til ekstra aktivitet på sygehusområdet, som regeringen har lagt frem, vedrører 2002.

Regeringen har ikke noget ønske om i 2003 at genindføre de ventelister, som nu i løbet af 2002 forhåbentlig bliver bragt væsentligt ned.

Det er dog endnu for tidligt mere præcist at udtale sig om tiden efter 2002. De generelle rammer for amternes økonomi i de kommende år – dvs. for 2003 og de efterfølgende år – vil således først blive drøftet med de amtskommunale parter i foråret i forbindelse med forhandlingen af den økonomiske aftale mellem regeringen og amterne for 2003.

*Spørgsmål 6:*

Ministeren bedes oplyse om, hvis samtlige midler ikke bliver forbrugt i 2002, kan midlerne så overføres til år 2003?

*Svar:*

Puljen på 1,5 mia. kr. er opført på finanslovsforslaget som en reservationsbevilling. Uforbrugte midler i 2002 kan derfor anvendes i 2003. Der er endnu ikke taget stilling til, hvordan og på hvilke vilkår et uforbrugt beløb vil kunne anvendes i 2003.

*Spørgsmål 18:*

Ministeren bedes oplyse, hvilke initiativer der påtænkes taget for at sikre, at der er de nødvendige fysiske og personalemæssige ressourcer til genoptræning af de ekstra behandlede borgere, herunder om der af de 1,5 mia. kr. påtænkes tilført midler til genoptræning?

*Svar:*

Det er op til amterne og H:S at tilrettelægge de enkelte patientforløb således, at nødvendig genoptræning kan tilbydes. Puljen på 1,5 mia.kr. kan medgå til finansiering af den genoptræning, der bliver brug for som led i den ekstra indsats.