

Afstemning

Forslagets overgang til anden (sidste) behandling vedtoges uden afstemning.

Formanden:

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

Meddelelser fra formanden:

Formanden:

Der er ikke mere på dagsordenen.

I skrivelse af d.d. meddeler sundhedsministeren, at hun ønsker i henhold til forretningsordenens § 19, stk. 4, at give Folketinget en skriftlig

Sundhedspolitik redegørelse.

(Redegørelse nr. R 5).

Eksemplarer vil blive omdelt, og redegørelsen vil blive optaget i Folketingstidende.

Jeg foreslår, at forhandlingen om denne redegørelse finder sted onsdag den 20. januar 1988. Hvis ingen gør indsigelse, vil jeg betragte dette forslag som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Skriftlig redegørelse:

Sundhedspolitik redegørelse af 2/12 1987

(Redegørelse nr. R 5)

Sundhedsministeren (Agnete Laustsen)

Indledning

Formålet med denne redegørelse er først og fremmest at fremlægge rammerne for regeringens overordnede sundhedspolitik. Redegørelsen indeholder således regeringens overvejelser og vurderinger vedrørende udarbejdelse af konkrete handlingsplaner for etablering af et sammenhængende sundhedsvæsen.

Sundhedsministeriet har nu eksisteret i godt og vel 2½ måned. De organisatoriske rammer for ministerområdet er under opbygning. Der

tilstræbes en tæt organisatorisk sammenhæng mellem departementet og de tilhørende styrelser og institutioner. I begyndelsen af 1988 vil der ske en lokalemæssig samling af departementet.

Redegørelsen er ikke på alle områder en færdig handlingsplan. Regeringen lægger meget vægt på at undgå luftkasteller og i stedet fremlægge et grundlag for en realistisk sundhedspolitik. Der skal være balance mellem den sundhedspolitik, der skal føres, og viljen og evnen til at betale, hvad den koster at gennemføre. Sundhedsministeriet har fået overdraget det faglige og økonomiske ansvar for en sektor, der har en meget betydelig indflydelse på samfundsøkonomien, især på kommunernes økonomi. F.eks. beslægtet sundhedsudgifterne ca. 70 pct. af amtskommunernes samlede udgifter.

Sundhedsministeriet deltager sammen med repræsentanter for sygehuskommunerne i det udvalg vedrørende styring af amtskommunernes økonomi, som regeringen har nedsat under Indenrigsministeriet. I dette udvalg drøfter Sundhedsministeriet sammen med sygehuskommunerne udarbejdelsen af et idékatalog med konkrete forslag til en effektivisering og en bedre faglig og økonomisk styring af både sygehussektoren og sygesikringsområdet. Disse forslag er ikke medtaget i denne redegørelse. Derimod vil de efter at have været drøftet og »afprøvet« i udvalget blive fremlagt som et særligt afsnit om sygehusene og sygesikringen i udvalgets betænkning, der forventes at blive offentliggjort inden årsskiftet.

Sundhed for alle i Danmark

I 1984 tilsluttede Danmark sig Verdenssundhedsorganisationen WHO's sundhedspolitiske strategi for den europæiske region »Sundhed for alle i år 2000«.

Der er tale om en række sundhedspolitiske målsætninger, som skal være med til at ændre på udviklingen i sundhedstilstanden i Europas lande og dermed danne grundlag for mere sundhed og et bedre liv for landenes befolkninger.

Med regeringens tiltrædelse af WHO's sundhedsprogram har vi i Danmark erkendt, at en række forudsætninger må opfyldes, hvis vi ønsker sundhed for alle.

De vigtigste af disse forudsætninger er set fra et dansk synspunkt:

[Sundhedsministeren]

- Kun med et godt helbred kan man fuldt ud udnytte sine fysiske og psykiske ressourcer, og hovedvægten i sundhedspolitikken bør derfor ligge på sundhedsfremmende foranstaltninger og forebyggelse.
- Et velinformeret og -motiveret samfund er afgørende, da et sundt liv først og fremmest skabes af borgerne selv.
- Samarbejde om sundhed mellem landets mange sektorer er nødvendigt. Sundhedssektoren kan selv kun klare nogle af problemerne. Forudsætningerne for et sundt liv bestemmes ofte i andre sektorer.
- De grundlæggende hensyn til sundheden bliver bedst tilgodeset i nærsamfundet, tæt ved folks hjem og arbejdsplads. Her har den primære sundhedstjeneste en afgørende betydning med let tilgængelige ydelser og en hyppig kontakt med befolkningen.

Sundhedsministeriet

Med oprettelsen af Sundhedsministeriet er ansvaret for en række vigtige opgaver vedrørende befolkningens sundhed, som hidtil har været placeret under forskellige ministres ansvarsområde, blevet samlet.

Regeringens formål hermed er især at sætte handling bag de gode politiske viljer, at intensivere det centrale sundhedspolitiske udspil i et samarbejde mellem regeringen og de kommunale parter og de ansatte i sundhedsvæsenet, at styrke indsatsen omkring sundhedsfremme, sundhedspædagogik og sygdomsforebyggelse og at give disse opgaver en meget central placering, ikke kun i sundhedsvæsenet, men i samfundet som helhed.

Samtidig skal der ske den nødvendige koordination af de mange forskellige opgaver i sundheds- og sygehussektoren og den tilgrænsende del af socialektoren til gavn for hele befolkningen i form af bedre muligheder for en sundere og fysisk rigere tilværelse og til gavn for patienterne i form af et mere effektivt, et mere kvalitets- og servicebetonet og et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Regeringens udgangspunkt for disse bestræbelser er, at det ikke behøver at betyde ekstra udgifter for skatteyderne.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Sundhedsvæsenets vigtigste opgave er at forhindre, at sygdom opstår.

Den behandlende sundhedssektor og især sygehusvæsenet har hidtil haft en alt for dominerende rolle. Der har jo desværre været en tilbøjelighed til at vurdere de enkelte rollers betydning for helheden med ressourceforbruget som målestok. Når interessen især har samlet sig om sygehusene, hænger det naturligvis sammen med, at det er her, de mange tusinde stillinger og de mange milliarder findes. Spørgsmål om liv og helbred har her en konkret form, som vi alle kan forholde os til. Det endnu raske menneskes sundhedsproblemer er ikke på samme måde håndgribelige. Resultatet af en sygdomsforebyggende indsats er vanskeligt at måle, og resultaterne kommer først på så lang sigt, at de derfor ikke mærkes så markant. Derimod bliver den, der konkret redder et andet menneske fra ulykke eller død, indstillet til medalje.

Vurderingen af effekten af den førte sundhedspolitik bør naturligvis ske med udgangspunkt i den sundhedspolitiske hovedmålsætning: at bevare og styrke befolkningens sundhed og at forhindre, at sygdomme opstår. Målt i forhold hertil har den hidtil førte sundheds- og forebyggelsespolitik været både en succes og en fiasko.

En succes, fordi vi har fået bugt med de meget alvorlige sundhedsproblemer, der tidligere var totalt dominerende. Dødeligheden er faldet drastisk. Mange tidligere udbredte, alvorlige og oftest dødelige sygdomme er udryddet eller nu hurtigt helbredelige, f.eks. difteri og tuberkulose. Generelt er sundhedstilstanden i dagens Danmark god. Det er godt. Det betyder nemlig, at vores muligheder for at få et længere og sundere liv aldrig har været bedre end nu. Men det kræver, at vi hver især gør en indsats.

Det burde være en helt selvfølgelig konsekvens af denne udvikling, at det i stigende grad er ældre mennesker, der ofte uden tidligere at have haft nævneværdig kontakt med sundhedsvæsenet, tæt på livets afslutning, ofte i det allersidste leveår, lægger beslag på behandlingsapparatet. Det ville være en ideel situation og helt i overensstemmelse med de mål, vi har sat os: at befolkningen lever et længere og mere aktivt liv uden nævneværdige sygdomsproblemer og først får behandlingsbehov, når helbredet – uundgåeligt – svigter på grund af alderdom.

Vi er imidlertid endnu meget langt fra dette mål.

[Sundhedsministeren]

I 1987 forventes det, at sundhedsvæsenet koster ca. 35 mia. kr. Næsten alle disse penge bruges til sygehuse og sygesikring. Året 1987 bliver den hidtidige kulmination på en lang, men støt udvikling af et stadig mere avanceret og kostbart sygdomsbehandlende apparat.

Sundhedspolitikken står i dag i et alvorligt dilemma: Sundhedssektoren har haft en meget høj prioritet, og bevillingerne er igennem de sidste 30 år forøget kraftigt. Til trods herfor, og selv om den medicinske og teknologiske udvikling har ført til det ene behandlingsmæssige fremskridt efter det andet, er befolkningens sundhedstilstand i dag ikke så god, som man kunne forvente. Der er endog tegn på, at antallet af indlæggelser alt andet lige stiger.

Vi har fået et nyt sygdomsbillede. Det er hjerte- og karsygdomme og kræftsygdomme, der dominerer. Det er sygdomme, der uden synlige kendetegn eller symptomer udvikler sig over et længere tidsforløb, og som især skyldes den måde, vi lever på, og de påvirkninger, vi udsætter os for, og som vi med behandling ikke kan gøre så meget ved, når de først viser sig.

Det eneste, vi kan gøre ved uhelbredelige sygdomme, er at forebygge dem. AIDS er det bedste eksempel herpå.

Konkret betyder disse forhold, at alt for mange mennesker for tidligt i livet rammes af sygdom eller ulykke, som fører til en for tidlig død, invaliditet eller manglende livskvalitet og ofte et livsvarigt behandlingsbehov.

Det medfører ikke kun en belastning af behandlingsapparatet. Også patienterne og deres pårørende betaler en høj pris i form af smerte, sorg, afsavn, bekymring og ofte også betydelige kontante økonomiske omkostninger.

Vi må derfor være enige om, at det moderne samfunds sundhedsproblemer ikke blot bør løses i den traditionelle, behandlingsorienterede sundhedssektor.

Sundhedsfremme og forebyggelse er et spørgsmål om holdning

Der har i de senere år kunnet konstateres en tendens til stigende utilfredshed og mistillid til sundhedsvæsenet. Det kan bl.a. hænge sammen med, at de, der for tidligt får sygdom ind på livet, skuffes i deres forventninger til sundhedsvæsenets evne til både at hindre, at sygdomme opstår, og at fuldstændigt helbrede dem, hvis de opstår. Dette afspejler bl.a. en ud-

bredt holdning i befolkningen: At sundhed og forebyggelse af sygdom primært er et samfundsanliggende, noget, vi kan overlade til medicinske eksperter. Der har været og er fortsat en tro på – og her har den store, professionelle behandlingssektor et medansvar – at det offentlige behandlingsapparat og det sociale sikkerhedsnet i vores velfærdsstat kan og bør klare de sundhedsmæssige problemer for os. Vi har følt, at selv om vi spiller lidt højt spil med vores eget helbred, så går det nok ikke så galt alligevel, takket være et effektivt behandlingsapparat.

En amtsborgmester har meget rammende udtrykt danskernes holdning til behandlings-samfundet således: »Vi forventer, at når vi har spist og drukket, som det passer os, ladet være med at bevæge os, har røget for meget og en dag dejser ned fra stolen med hjertestop, så skal vi, inden vi når gulvet, gribes, køres bort i hjerte-ambulance, oplives, optrænes og sendes hjem uden mén, så vi kan fortsætte vor tilværelse som før.«

Ændring af livsstil

Sundheden begynder hos den enkelte. Det basale er det enkelte menneskes adfærd og ansvar for eget helbred. Ingen andre har bedre mulighed for at lytte til kroppen og kende de belastninger, som den udsættes for. Det er kun os selv, der kan bestemme over vore vaner og livsstil.

Vi er desværre ofte mere indstillet på at leve med de sundhedsrisici, som skyldes vor »frivillige« adfærd, end de sundhedsskadelige påvirkninger, der kommer udefra.

Erfaringsmæssigt er en indsats på dette område vanskelig at gennemføre. Den bliver let opfattet som utidig indblanding.

Men når et menneske foretager sig noget, der skader helbredet, kan det skyldes, at det ikke kender risikoen eller et sundere alternativ. Det kan imidlertid også skyldes, at den pågældendes normer og prioriteringer ikke giver tilstrækkelig tilskyndelse til at ændre adfærd.

Det er efter regeringens opfattelse en hindring for en styrkelse af forebyggelsen, at en »forebyggelsesdebat« meget ofte indledes med krav om øgede bevillinger og normeringer.

Sundhedsfremme og forebyggelse skal være til gavn for hele befolkningen og ikke især for de ansatte i sundhedsvæsenet. Det må derfor nøje overvejes, hvordan forebyggelsesindsat-

[Sundhedsministeren]

sen skal tilrettelægges og pengene gives ud, så resultaterne står i et rimeligt forhold til omkostningerne.

Regeringen ønsker at få tilvejebragt en plan for det, vi under alle omstændigheder har mulighed for at gøre noget ved.

Vi ved med sikkerhed i dag, at de helt store årsager til for tidlig sygdom og død er hjerte- og kredsløbssygdomme og kræft. Vi ved også, at årsagerne til disse sygdomme primært skal søges i vores kost-, tobaks-, alkohol- og motionsvaner. Det menes, at op imod 35 pct. af cancer-tilfældene skyldes vores ernæring, og at 30 pct. skyldes tobaksrygning.

Adfærdsændringer vil have stor effekt på befolkningens generelle sundhedstilstand. Regeringen tror på, at vi *kan* ændre vores livsstil, hvis vi får at vide, hvorfor vi skal gøre det, og hvordan det skal gøres.

Sundhedsfremme og forebyggelse sker bedst lokalt, tæt på befolkningens hverdag og daglige tilværelse både i arbejdet og i fritiden.

Forebyggelsen skal som hidtil bygge på frivillighed, oplysning og motivation. Regeringen vil satse på en bredt anlagt sundhedspædagogisk indsats med oplysning om sammenhæng mellem levevis og sundhed og tilskynde til at bruge og efterleve den viden, man har.

Folkeskolen har en stor forpligtelse med hensyn til den sundhedspædagogiske indsats. Men det fratager naturligvis ikke forældrene deres ansvar for børnenes sundhed.

Regeringen vil i øvrigt i vidt omfang søge at inddrage frivillige organisationer, forbrugergupper, politiske organisationer m.fl. Med de store menneskelige ressourcer og det store engagement, der ligger her, vil regeringen sammen med Forebyggelsesrådet, hvis sekretariatsmæssige betjening vil blive styrket, gøre sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse til en folkesag.

Med oprettelsen af Sundhedsministeriet har vi fået samlet ansvaret for de tre vigtige områder i bekæmpelsen af livsstilssygdommene: ernæring, alkohol og tobak. Et særligt tobaksskaderåd er under oprettelse. Det vil styrke den målrettede forebyggelsespolitik. Sundhedsministeriet er indstillet på at give Forebyggelsesrådet, Alkohol- og Narkotikarådet og Tobaksskaderådet en massiv opbakning.

Sundhedsministeriet gør status for vores levnedsmiddel- og ernæringspolitik, som kan væ-

re udgangspunkt for en intensiveret oplysningskampagne, som bl.a. vil blive varetaget af Statens Husholdningsråd, om sundere ernæring og om sammenhængen mellem kost og sygdom. Særligt ønsker regeringen, at der bliver gjort en indsats omkring ernæringsrigtig mad i forbindelse med driften af de offentlige storkøkkener på sygehuse, plejehjem og lignende, som dagligt leverer ca. 850.000 måltider.

Det decentrale sundheds- og socialvæsen i kommuner og amtskommuner har en dominerende rolle i den forebyggende indsats. I et særligt sundhedspolitisk kontaktudvalg under sundhedsministerens ledelse vil regeringen fremme, understøtte og forstærke det sundhedspolitiske samarbejde med de kommunale parter om en bedre og sundere tilværelse for befolkningen.

Forebyggelse i andre sektorer

Uden for sundhedssektoren foregår i dag et meget omfattende forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, men under andre betegnelser: trivsel, livskvalitet, idræt, høj boligstandard, rent miljø, sikker trafik, godt arbejdsmiljø, sikre produkter osv. Sundhedsministeriet skal ikke overtage ansvaret for forebyggelsesindsatsen i samfundets mange forskellige sektorer.

Opgaven er at tilskynde til, at sundhedshensyn og konkret sygdomsforebyggelse får en central placering på de forskellige samfundsområder.

Nødvendigheden af sammenhæng gælder ikke mindst uddannelserne. Målet må være, at der til stadighed er det nødvendige uddannede personale med de faglige, holdningsmæssige og menneskelige kvalifikationer, som kan sikre et godt og effektivt samarbejde mellem de mange forskellige faggrupper. Dette stiller store krav til det offentliges uddannelsesplanlægning, men også til åbenhed hos de faglige organisationer.

For når det kommer til stykket, er det borgerne, som skal opleve, at der er sammenhæng mellem de mange servicetilbud. Og det kan kun opnås ved, at vi på alle niveauer, men især i lokalsamfundene, hvor borgerne har deres dagligdag, overvinder de strukturelle og organisatoriske barrierer, der hindrer helhedssyn og tværgående initiativer.

[Sundhedsministeren]

Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse skal hele tiden være under udvikling, og sundhedsministeren kan kun i et løbende samarbejde med de øvrige ansvarlige ministre og de kommunale myndigheder holde udviklingen i gang og skabe den nødvendige sammenhæng i den fælles indsats.

Regeringen vil i løbet af 1988 fremlægge en plan for en sammenhængende forebyggende indsats.

Den primære sundhedssektors rolle

I bestræbelserne på at styrke den forebyggende indsats har den primære sundhedstjeneste – det vil sige alment praktiserende læger, tandlæger, sundhedsplejersker m.fl. – en stor betydning. Det er denne sektor, der har den løbende kontakt til befolkningen. Det giver gode muligheder for en direkte information og påvirkning af den enkelte borger.

Sundhedsministeriet er indstillet på at søge det forebyggende arbejde styrket på de områder, hvor den offentlige sygesikring har overenskomst. Den nye overenskomst med de praktiserende tandlæger er et godt eksempel på, at det også på sygesikringsområdet er lykkedes at fremme det forebyggende arbejde.

Det er regeringens målsætning, at så mange opgaver som muligt søges løst hos de alment praktiserende læger og de praktiserende speciallæger, inden patienterne om nødvendigt henvises til sygehus.

Efter regeringens opfattelse er det en forudsætning for at komme videre med en sådan udvikling, at der i de enkelte amtskommuner sker en styrkelse af planlægningen på praksisområdet for derved at sikre mulighederne for en bedre koordinering af indsatsen i sundhedsvæsenets enkelte sektorer og mellem sundheds- og socialvæsenet.

Sygehusenes samfundsmæssige rolle

Sygehusene er karakteriseret ved højt specialiseret medicinsk sagkundskab og kostbar og avanceret teknologi, som næsten udelukkende anvendes i behandlingsøjemed. Sygehussektorens funktioner sigter ikke på at fremme og udvikle faktorer, som generelt kan forbedre menneskets *sundhed*. Det er i vidt omfang den lægevidenskabelige sagkundskab, der hidtil har domineret udviklingen og indirekte dikteret syge-

husenes behandlingspolitik. Alt i alt har det bidraget til den udbredte opfattelse, at flere penge, mere avanceret teknologi og mere avancerede behandlingsformer, som i mange tilfælde kun er til gavn for relativt få, er løsningen på vort samfunds sundhedsproblemer.

Som det allerede er omtalt, forholder det sig anderledes.

De sygdomme, der er opstået, skal behandles, som de bliver det i dag. Men det betyder ikke, at sygehusressourcerne ikke kan udnyttes bedre. Den højt specialiserede behandling og den dertil knyttede kliniske pleje skal fortsat være sygehusenes hovedopgave.

I sygehussektoren er samlet meget store menneskelige, faglige og tekniske ressourcer, som, uden at det behøver at hæmme sygehusenes hovedopgaver, i højere grad samtidig kan udnyttes til løsning af mere udadvendte opgaver i forbindelse med sundhedsfremme og forebyggelse.

Med det meget store behandlingsbehov, der er, og som bl.a. skyldes den demografiske og medicinsk-teknologiske udvikling, er det ikke muligt at fjerne ressourcer fra sygehusvæsenet. På sygehusene er der årligt ca. 1 mio. indlæggelser og ca. 3,5 mio. ambulante besøg. Det er regeringens politik at formidle en proces i retning af en anden opgavemæssig prioritering af sygehusressourcerne mellem det højteknologiske og højt specialiserede område til nogle mere umiddelbare servicefunktioner.

Sygehusenes meget store faglige ekspertise og stærke autoritet skal udnyttes til rådgivning af befolkningen og i lige så høj grad af den primære og den kommunale sundhedssektor med hensyn til *sundhedsfremme* og *sundhedsrisici*.

Størstedelen af den lægevidenskabelige forskning foregår i tilknytning til sygehusene og deres kliniske behandlingsarbejde. Den er i for høj grad koncentreret om udvikling og forfinelse af *behandlingsmetoder* og ikke så meget om årsagerne til sygdommenes opståen, og hvordan de sygdomsfremkaldende årsager kan bekæmpes.

Forskningen indgår i dag som et meget væsentligt led i sygehuslægernes meriteringssystem. Måske er valg af forskningsopgaver lidt tilfældige, fordi samfundet i for ringe omfang stiller særlige krav til disse aktiviteter.

[Sundhedsministeren]

Sygehusvæsenets økonomi

Det er regeringens målsætning, at udgifterne i den samlede offentlige sektor ikke må vokse. Den målsætning er der bred politisk enighed om.

Sygehusvæsenet har måttet indstille sig på økonomisk opbremsning. Men der er ikke tale om nedskæringer, som det ofte meget misvisende er blevet sagt. Det er lykkedes at få bragt de tidligere så voldsomme udgiftsstigninger under kontrol, selv om budgetterne for 1987 og 1988 viser, at der nu bruges flere penge og er ansat flere læger og sygeplejersker end nogen sinde før. Den økonomiske rammestyring gennem 1980'erne har vist sig at være effektiv, men ikke tilstrækkelig. Udgifterne stiger med 1 til 2 pct. om året. Det er i overkanten af det acceptable, uanset om sygehusvæsenet er et af de områder, hvor vi fremover må forvente en vis vækst.

Den overordnede rammestyring skal fortættes, og det er samtidig regeringens mål, at sygehusenes effektivitet skal forbedres. Det er derfor helt afgørende, at den økonomiske styring finder sted i tæt sammenhæng med den faglige styring af sygehusenes virksomhed og især i forbindelse med en fornuftig prioritering af sygehusenes opgaver. Økonomisk styring og generelle rammebegrænsninger virker for tilfældigt. Noget, vi måske ønsker bevaret, risikerer at blive skåret væk.

Ekstra vigtig bliver en kombineret faglig/økonomisk styring, fordi den lægevidenskabelige og den medicinsk-teknologiske udvikling betyder, at der i realiteten er ubegrænsede muligheder for stadig mere avancerede og kostbare behandlingsformer.

Nye opgaver, vi gerne ser taget op, får vi måske ikke råd til, fordi ressourcerne ikke bliver overflyttet fra områder, hvor behovet er faldende. Også her er der brug for en fælles indsats for at præcisere opgaverne, så befolkningen får mest for pengene.

Bedre styring gennem ledelse

Den økonomiske rammestyring og de forsøg, der fra politisk-administrativ side har været gjort på at prioritere og styre den faglige udvikling, har ofte resulteret i mistillid og negative reaktioner fra en del af de ansatte i sygehusvæsenet.

Personalets holdninger til deres arbejdsituation og -vilkår påvirker i meget høj grad serviceniveauet og patienternes oplevelse af sygehusvæsenets funktion.

En polarisering mellem politikere og administratorer på den ene side og det faglige personale på den anden side er meget uhenigtsmæssig og en hindring for en fornuftig styring af udviklingen hen imod de mål, der i virkeligheden er fælles for alle parter. Den gamle sandhed, at alle er tilhængere af reformer, men ingen af forandringer, gælder også på dette område.

Disse problemer kan kun løses gennem en systematisk ledelsesproces, som gør det muligt i fællesskab, fra Folketing, regering og de kommunale råd helt ud til den enkelte medarbejder, at fastlægge formål og opgaver i sundhedsvæsenet, at vælge mellem alternative muligheder, at gennemføre forandringer, at motivere og aktivere hele organisationen i løsningen af de aktuelle sundhedspolitiske problemer og i øvrigt at engagere medarbejderne i en produktiv arbejdsproces.

Vi er godt på vej. Overalt i sygehusvæsenet arbejdes der i disse år med en modernisering af ledelsesstrukturen.

Planlægnings- og visitationsudvalget

På det administrative niveau er de centrale styrings- og planlægningsopgaver og samarbejdet med de lokale sygehusmyndigheder henlagt til et planlægnings- og visitationsudvalg (P.V.U.), der i dag administrativt er placeret som et rådgivningsudvalg under Sundhedsstyrelsen.

P.V.U. er sammensat af repræsentanter fra Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, sygehuskommunerne, de lægevidenskabelige fakulteter m.fl.

Regeringen vil reorganisere dette udvalg og placere det således, at det mere effektivt kan fungere som et ledelses- og styringsmæssigt bindeled mellem de centrale sundhedsmyndigheder og den lokale politiske og faglige ledelse. Formålet er at sikre, at der sker en målrettet opfølgning af de politiske beslutninger.

Ventetider

På sygehusvæsenets område har den politiske interesse især samlet sig om ventetider. Det

[Sundhedsministeren]

er forståeligt. For de patienter, der må vente i længere tid på en operation, er det en uacceptabel belastning. Men realiteten er, at der kun er ventetider på ganske få områder inden for det kirurgiske område, f. eks. ledkirurgi, hjerteoperationer og øjenoperationer. Det drejer sig om områder, hvor nye og bedre behandlingsmetoder har givet behandlingsmuligheder til et stadig voksende antal patienter, som tidligere ikke kunne hjælpes. Det er naturligvis svært at udvikle behandlingskapaciteten lige så hurtigt, som behovet stiger, bl.a. fordi der skal uddannes specialister til opgaverne.

Ventetiden er ikke, som det ofte er blevet sagt, et spørgsmål om økonomi, men primært et strukturelt problem, der kan løses gennem bedre tilrettelæggelse og bedre ledelse.

Regeringen har allerede i samarbejde med sygehuskommunerne gjort en stor og effektiv indsats for at nedbringe ventetiderne. Og der er gode resultater. I år vil f.eks. mere end 3 gange så mange patienter som i 1980 få indopereret en ny kranspulsåre.

Etik

Den udstrakte anvendelse af livsforlængende teknologi har resulteret i reaktioner fra visse kredse i befolkningen, som klart giver udtryk for, at man ikke ønsker at opretholde livet for enhver pris. Vi må i højere grad respektere det enkelte menneskes ret til selv at bestemme, hvornår tiden er inde, så livet kan afsluttes på en værdig måde.

Når patienter bliver genstand for en livsforlængende teknologi uden reelle muligheder og chancer for at vende tilbage til livet, fungerer teknologien ikke i patienternes interesse.

Generelt må teknologien ikke tage det menneskelige ud af behandlingen. Der er en grænse for, hvor meget der kan mekaniseres. Der skal også være tid til at samtale og at holde i hånden.

Også udviklingen i den biomedicinske forskning og den rivende udvikling af nye behandlingsmuligheder og -metoder giver anledning til etiske overvejelser, uanset udviklingen isoleret set kan fremme effektivitet og kvalitet i behandlingen.

Regeringen har i erkendelse af, at der på visse områder kræves en særlig afvejning mellem faglige synspunkter og bredere etiske og samfundsmæssige hensyn, ved lov etableret et etisk råd, der kan rådgive Folketinget og regeringen.

Det grønlandske sundhedsvæsen

I forbindelse med nedlæggelse af ministeriet for Grønland var det forudsat, at det grønlandske sundhedsvæsen skulle overgå til hjemmestyret den 1. januar 1989.

Ved et besøg på Grønland den 23.-25. november 1987 har sundhedsministeren forhandlet vilkårene med det grønlandske hjemmestyre for hjemmestyrets overtagelse af ansvaret for sundhedsvæsenet.

Under møderne er det kommet klart frem, at det grønlandske sundhedsvæsen har en række store problemer, som er væsensforskellige fra problemerne i det danske sundhedsvæsen. De store afstande, den spredte bebyggelse og det særlige grønlandske sygdomsbillede nødvendiggør mere utraditionelle løsninger. Der er mellem regeringen og det grønlandske hjemmestyre enighed om at stille mod en aftale i foråret 1988 om fastlæggelse af dato og vilkår for en grønlandsk overtagelse af sundhedsvæsenet.

Forsyning med lægemidler

Udgifterne til lægemidler udgjorde i 1986 5,3 mia. kr. Heraf afholdt alene sygesikringen 1,8 mia. kr.

Nye lægemidler kan medføre mærkbare behandlingsmæssige fremskridt, der både kan føre til færre indlæggelser på sygehus og en bedre tilværelse for patienterne. Væksten i det offentlige udgifter til lægemidler har i de senere år været ganske betydelig. Det er regeringens opfattelse, at de ordinerende læger gennem en mere bevidst ordinationspraksis vil kunne dæmpe udgiftsstigningen.

Der er etableret lægemiddelkomiteer på de fleste sygehuse, og der er nu også i alle amtskommuner oprettet komiteer i relation til de praktiserende læger. Gennem disse komiteer vil det være muligt at påvirke lægernes ordinationspraksis i en mere hensigtsmæssig og økonomisk retning, f.eks. således, at der ikke ordineres et større kvantum eller en dyrere medicin, end patienten aktuelt har behov for.

Apotekernes avancer er blevet kritiseret for at være for høje.

Apotekerloven har været i kraft i knap 3 år. Det vil nu blive undersøgt, om loven har levet op til de intentioner og forudsætninger, Folketinget lagde til grund ved vedtagelsen af loven. Undersøgelsen vil blandt andet omfatte apote-

[Sundhedsministeren]

kernes produktion af lægemidler og omkostninger og ressourceforbrug i sektoren.

Sundhedsministeriet har endvidere taget skridt til at gennemføre en omlægning af apotekernes avanceberegning, således at avancen i højere grad kommer til at afspejle de reelle omkostninger ved ekspeditionen af det enkelte lægemiddel.

Sundhedslov

Regeringen har i sit lovprogram anmeldt en ændring af sygehusloven og sygesikringsloven. Vores krav til fremtidens sundhedsvæsen gør det påkrævet at gennemgå hele regelsættet på området med henblik på regelforenkling, modernisering og frem for alt en tilpasning til vores mål for en mere samarbejdende, sammenhængende og omstillingsbevidst sundheds- og socialsektor.

Det vil derfor blive vurderet, om der i stedet for at ændre de enkelte love hver for sig er fordele ved at sammenfatte hele området, eller i hvert fald sygehusene og sygesikringen, i et fælles lovkompleks – en sundhedslov.

Der vil blive lagt vægt på en mere samlet og klar beskrivelse af borgernes rettigheder til ydelser, behandlinger m.v. Et andet vigtigt område bliver nye regler om en integreret sundhedsplanlægning, der omfatter både sygehuse, den primære sundhedssektor og samordning til den tilgrænsende socialsektor.

Fælles indsats

Ved Sundhedsministeriets oprettelse er en række vigtige opgaver blevet samlet. Dialogen mellem regering og Folketing er styrket ved oprettelse af Folketingets sundhedsudvalg.

Regeringen har i forståelse med de kommunale parter besluttet, at der under sundhedsministerens ledelse skal nedsættes et sundhedspolitisk kontaktudvalg, som kan understøtte og forstærke samarbejdet mellem regeringen og kommunerne på dette område.

Regeringen lægger ikke hermed op til en øget centralisering af ansvar og styring af sygehusvæsenet. Det er et stort gode for befolkningen, at sundheds- og sygehusvæsenets opgaver varetages decentralt. Regeringens hensigt er et tilbud om samarbejde og en deling af ansvaret for den fælles sundhedspolitik, så vi sammen kan prioritere opgaverne og koordinere indsatsen mellem de 16 sygehuskommuner og de 273 primærkommuner og mellem de mange forskellige sektorer, der er med til at skabe forudsætningerne for at styrke og bevare befolkningens sundhed. Det er nødvendigt for, at vi bedre kan opfylde befolkningens forventninger om et vel fungerende sundhedsvæsen.

Meddelelser fra formanden:**Formanden:**

Der er ikke mere at foretage i dette møde.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, torsdag den 3. december 1987, kl. 10.00.

Angående dagsordenen skal jeg henvise til den i salen opslåede dagsorden.

Mødet hævet kl. 17.08
