



Fredag den 25. november 2016 (D)

1

23. møde

Fredag den 25. november 2016 kl. 10:00

Dagsorden

1) 1. behandling af lovforslag nr. L 74:

Forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering. (Ændret kommunal medfinansiering, indførelse af regional omfordeling som følge af effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier m.v.).

Af sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde).
(Fremsættelse 10.11.2016).

2) 1. behandling af lovforslag nr. L 75:

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven. (Justering af takster for somatiske færdigbehandlingsdage).

Af sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde).
(Fremsættelse 10.11.2016).

3) 1. behandling af lovforslag nr. L 76:

Forslag til lov om ændring af lægemiddelloven og vævsloven. (Sikkerhedskrav til lægemidlers emballage og øget sikkerhed ved distribution og eksport af humane væv og celler m.v.).

Af sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde).
(Fremsættelse 10.11.2016).

Meddelelser fra formanden

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Mødet er åbnet.

I dag er der følgende anmeldelse:

Peter Kofod Poulsen (DF) og Peter Skaarup (DF):

Hasteforespørgsel nr. F 12 (Hvad vil regeringen iværksætte af initiativer for at begrænse rocker- og bandekriminaliteten i almindelighed og banderelaterede skyderier i det offentlige rum i særdeleshed?).

Titlen på den anmeldte sag vil fremgå af www.folketingstidende.dk (jf. ovenfor).

Det første punkt på dagsordenen er:

1) 1. behandling af lovforslag nr. L 74:

Forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering. (Ændret kommunal medfinansiering, indførelse af regional omfordeling som følge af effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier m.v.).

Af sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde).
(Fremsættelse 10.11.2016).

Kl. 10:00

Forhandling

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Forhandlingen er åbnet. Hr. Flemming Møller Mortensen, Socialdemokratiet. Værsgo.

Kl. 10:01

(Ordfører)

Flemming Møller Mortensen (S):

Tak for det. Vores sundhedsvæsen består af rigtig mange opgaver, der skal løses, primært opgaver, som bliver løst i kommunerne og i regionerne.

Sygehusene fremstår som – om man må sige – fyrtårne i vores offentlige sundhedsvæsen. Her kan og skal borgerne behandles og eventuelt indlægges, når der er behov for det. Sygehusene er helt uundværlige, men det står også i dag klart, at borgerne af hensyn til deres helbred og trivsel kun bør være indlagt, når det er absolut nødvendigt. Derfor skal vi i alle sammenhænge sikre så målrettet en forebyggelse af indlæggelser som overhovedet muligt. Denne opgave påhviler i høj grad kommunerne, såvel den borgerrettede som den patientrettede forebyggelse.

En evaluering af kommunernes incitamenter, der blev foretaget i 2015, incitamenter, i forhold til hvad kommunerne kan og bør gøre for at undgå indlæggelse af kommunens borgere, viser, at der er beskedne incitamenter til at vægte den her opgave, at incitamenterne ikke er forbundet med kommunernes reelle muligheder, når det gælder forebyggelse af indlæggelse af borgere på sygehusene. Sundheds- og ældreministeren har nu indgået en aftale med Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, og det er indbygget i økonomiaftalen for 2017, hvor incitamenterne ændres og kobles med kommunernes medfinansiering af sygehusenes drift. Indholdet er skitseret som følger:

For det første, at kommunerne i højere grad skal vægte deres indsats på hjemmesygeplejeområdet og sundhedsplejen; for det andet, at der er nogle tekniske justeringer, som skal fremme samarbejdet mellem kommunerne og regionerne; for det tredje, man skal lave en omfordeling af gevinsterne ved driften af de nye supersygehuse; for det fjerde, kommunerne kan og skal nu differentiere medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen efter nogle alderskriterier, sådan at man primært fokuserer på børn under 2 år og de ældre over 65 år, og at det er det, der bliver en rammesætning for medfinansieringen; for det femte, det er også et spørgsmål om, at man ændrer en afregning, når patienterne, som er indlagt, flyttes fra et hospital til et andet, og

Kl. 10:00

man skal også undersøge sammenhængen mellem merbetaling og tilbagebetaling; og for det sjette, der skal ske en ændring, som gør, at regionerne ikke kan øge aktiviteten af behandlingen af patienterne blot for at opnå en større kommunal medfinansiering. Aftalen er, som jeg allerede har nævnt, indgået mellem sundheds- og ældreministeren, finansministeren, kommunerne og regionerne.

Socialdemokratiet støtter intentionen i forslaget, for der skal være synlige og gode incitamenter til at øge den kommunale indsats, men der rejser sig altså også en lang række spørgsmål og opmærksomhedspunkter, og Socialdemokratiet vil være meget opmærksom på flere ting frem mod tredjebehandlingen.

Kritikken er meget direkte, når man kigger på høringssvarene, bl.a. fra Ældre Sagen, Lægeforeningen, Danske Patienter, Danske Ældreåd, FOA, Sundhedskartellet og Nationalt Videnscenter for Demens. De frygter alle sammen, at alderskriteriet kan være et spørgsmål om, at patienter – nej, det er jo det, de ikke er – men borgere, som måske har behov for at være patienter, i højere grad ikke bliver indlagt. At det bliver nogle andre kriterier, der ligger til grund for, om man indlægger eller ej, er en bekymring, og jeg synes, at det er en reel bekymring, og derfor vil vi i Socialdemokratiet arbejde for, at der skal indbygges en monitorering og en opfølgning af lovens konsekvenser. Vi vil foreslå frem mod tredjebehandlingen, at der skal udarbejdes en statusrapport til Sundhedsudvalget efter et år, at der skal indbygges en evaluering i lovforslaget efter 2-3 år, sådan at vi kan følge, hvilke effekter det får, hvilke konsekvenser der bliver af lovforslaget.

En ting, vi også fra socialdemokratisk side er opmærksom på, er, at det her lovforslag indeholder mere end noget andet, jeg tror jeg har været ordfører på, en lang række af ministerbemyndigelser, og det, at der er indbygget så mange ministerbemyndigelser, påkalder sig altid en øget politisk opmærksomhed. Jeg synes, at vi i lovforslaget også skal indbygge en rapportering til udvalget, når ministeren træffer nye bemyndigelser.

Jeg vil lige som afslutning sige, at eksempelvis også børnelægerne, pædiaterne, deres sammenslutning i Danmark, i deres høringssvar præciserer, at det rent faktisk er i ganske få tilfælde efter deres vurdering, at kommunerne kan reducere indlæggelsen af de små børn. Det synes jeg også at vi skal være opmærksom på. Hvis de her ønsker, jeg har skitseret, kan imødekommes frem mod tredjebehandlingen, vil Socialdemokratiet støtte det her lovforslag.

Kl. 10:06

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Der er en bemærkning fra hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten. Værsgo.

Kl. 10:06

Peder Hvelplund (EL):

Jeg vil gerne takke ordføreren for ordførertalen. Nu kunne jeg så forstå, at Socialdemokraterne vil støtte forslaget, hvis man får den her monitorering, men jeg vil godt lige høre ordførerens holdning. Nu nævnte ordføreren selv en bekymring for pædiaterne. Også Ældre Sagen har gjort opmærksom på, at faktisk 47 pct. af borgerne over 65 kan have tilknytning til sygehusvæsenet, men ikke have tilknytning til den kommunale hjemmepleje. Det er jo en forholdsvis stor borgergruppe, hvor man kan sige, at kommunen kun har meget begrænset mulighed for at kunne gå ind og lave forebyggende behandling for dem. Er det ikke en bekymring, vi skal tage meget alvorligt?

Kl. 10:07

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Ordføreren.

Kl. 10:07

Flemming Møller Mortensen (S):

Jo, jeg synes i det hele taget, at de bekymringer, der er rejst i nogle meget konkrete og meget saglige høringssvar, skal vi være meget opmærksomme på. Det, vi fra Socialdemokratiets side ønsker med vores sundhedsvæsen, er jo, at de kommunale og de regionale sundhedskar forbindes tættere og bedre. Det tror vi kan være med til at understøtte og sikre et mere sundt liv, et liv i bedre trivsel, og derfor skal vi sørge for, at vi får indarbejdet den regionale og den kommunale del, for hvis man fokuserer på de patienter, der er tilknyttet det regionale sundhedsvæsen, men ikke er tilknyttet det kommunale, så kan man sige, at de praktiserende læger jo ligger i et spændingsfelt derimellem, og der synes vi fra Socialdemokratiets side, at den funktion, der ligger hos den praktiserende læge i lægehusene, i høj grad også kan være med til at gøre, at man retter en større opmærksomhed mod de borgere, der er syge og kommer til det regionale sundhedsvæsen, men ikke kommer til det kommunale. Det tror vi på ville være en rigtig god fremtid at sætte op i Danmark.

Kl. 10:08

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 10:08

Peder Hvelplund (EL):

Tak. Jeg er jo fuldstændig enig med ordføreren i, at det vigtige er at få sikret det sammenhængende sundhedsvæsen, hvor både almen praksis og kommune og region spiller sammen. Det, jeg synes er lidt bekymrende i forhold til det, og det, der under mig lidt at Socialdemokraterne ikke har en større skepsis over for, er jo netop det her med, at det kommer til at handle så meget om den økonomiske sanktionering i forhold til det her, for det vil jo ikke nødvendigvis i sig selv styrke det samarbejde, der er mellem den almene praksis og kommune og region. Det bliver jo bare en meget rigid tilgang til problemstillingen.

Kl. 10:08

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Ordføreren.

Kl. 10:08

Flemming Møller Mortensen (S):

Tak for spørgsmålet. Det er i hvert fald ikke det, vi ønsker fra socialdemokratisk side. Det er også derfor, jeg siger, at det her skal vi altså følge, det her skal vi monitorere, det her skal vi blive klogere på. Og det skal ikke blot være sundheds- og ældreministeren, der kan sidde med sine bemyndigelser og gøre noget, det her skal vi som land blive klogere på, for alle ønsker det bedste for den danske befolkning rent sundhedsmæssigt. Derfor skal vi forbinde karrene endnu bedre.

Vi ønsker ikke, at det her skal blive en stiv økonomisk betragtning, men kommunerne har selv sagt, at de mangler nogle incitamenter til at gøre det endnu bedre. Derfor synes vi også, at vi må prøve det af, men følg det meget nøje.

Kl. 10:09

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Den næste ordfører er fru Liselott Blixt, Dansk Folkeparti.

Kl. 10:09

(Ordfører)

Liselott Blixt (DF):

Ministeren starter lovforslaget med, at enhver sygehusindlæggelse, der kunne være forebygget, skal forebygges. Det tror jeg vi alle sammen er enige om, for vi skal sikre, at vi passer godt på vores syge og ældre. Dog er jeg ikke helt enig i præmissen om at mistænke kom-

munerne for, at de ikke gør det. Nu er det sådan, at jeg har arbejdet rigtig mange år på det her område både på den ene og den anden side af bordet. Det her er netop noget, man har taget op vidt omkring i de forskellige kommuner. Man har lavet rigtig mange gode incitamenter over for de ældre og syge. Og netop det, at vi faktisk allerede i dag har en betaling til sygehusene, gør jo netop, at man udeomkring i mange kommuner – jeg kan bare nævne mit eget område, Køge og Slagelse – har akutteams af sygeplejersker, der i kommunen skal ud og sikre, at vi ikke ser de indlæggelser, som kan forhindres.

Med det her lovforslag, som ændrer den præmis, vi har i dag, om, at alle indlæggelser koster det samme for kommunen, gør man sådan, at indlæggelser af et barn mellem 0 og 2 år og ældre over 65 år bliver dyrere. I mange kommuner har man kigget nogle af de her indlæggelser gennem. En af de udfordringer, der er med indlæggelser, er, at de borgere, som er en del af indlæggelserne, ikke bliver set i hjemmeplejen. Det er jo lidt svært, når kommunen ikke får det at vide. Hvis der er en over 65 år, som bliver indlagt, som ikke vil eller ikke har sin gang i hjemmeplejen, så får kommunen ikke besked om det. Det er noget, jeg synes vi skal se på med netop det her lovforslag, når det bliver behandlet. Vi bliver nødt til at se på, hvordan vi kan sætte ind. Ældre Sagen påpeger netop i deres høringssvar det samme og oplyser, at kun 15,5 pct. af de 65-årige modtager hjemmehjælp og behandling. Så det er lidt svært at foretage en forebyggende indsats hos folk, som man ikke kender.

Med den her takstforhøjelse over for de ældre er vi i Dansk Folkeparti bange for, at det vil gå ud over de kommuner, som i forvejen har en høj andel af ældre og derfor kommer til at betale en del mere. Vi ønsker, at ministeren med det her forslag også sikrer det, som vi har sagt flere gange, nemlig at man skal sikre, at den ældre, som skal udskrives, er udskrivningsparat, da alt for mange udskrives fra sygehusene alt for tidligt. Så måske skulle vi også se på bøder den anden vej. Hvis man udskriver en patient for tidligt, burde regionen jo betale, så det er et incitament for regionen ikke at gøre det.

I forslaget lægger man også op til, at taksten på indlæggelser af spædbørn skal stige, hvilket jeg heller ikke bryder mig om. Vi har ofte i den her sal talt om, hvor hurtigt fødende alt for ofte bliver udskrevet, inden de føler sig sikre, og så hurtigt, at de ikke nåede at komme i gang med amning. Derfor blive de meget hurtigt indlagt igen. Det er ikke noget, som kommunen helt selv er herre over. Det er nu et sted, hvor mange kommuner bliver nødt til opprioritere, og der følger jo ikke nogen penge med. Det er derfor i begge disse aldersgrupper vigtigt, at man samarbejder mellem alle aktører i sundhedsvæsenet, da det ikke kun er kommunens problem.

Jeg er bange for, at man hindrer indlæggelser af nogle af de svageste, vi har i samfundet, og vil derfor være meget opmærksom på, hvad der sker. En af de gode ting i forslaget er, at man ikke beregner ekstra betaling for patientflytning mellem hospitaler. I stedet for foretages der en udskrivning per region. Her ønsker jeg blot at spørge ministeren om, hvad der sker, når man bliver flyttet fra en region til en anden. Jeg tænker, at den region, jeg kommer fra, Region Sjælland, jo ikke har alle specialerne selv. Så koster det mere, når man bliver flyttet til en anden region? Som ordføreren før mig nævnte, er det her jo en aftale, der er lavet med KL, som jeg faktisk står og prøver at beskytte.

Første gang, jeg blev præsenteret for forslaget, sagde jeg også, at det ikke er noget, vi kan støtte. Men da ministeren derefter lavede en aftale med KL og har fået det ind i økonomiaftalen, støtter vi forslaget, men vi vil sidde på sidelinjen og være opmærksomme. Og vi støtter også nogle af de ting, som den forrige ordfører var inde på. Vi skal se en evaluering; det skal kunne ændres, hvis det går helt galt. Tak for ordet.

KL 10:14

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Jane Heitmann, Venstre. Værsgo.

KL 10:14

(Ordfører)

Jane Heitmann (V):

I dag førstebehandler vi forslag til lov om ændring af regionernes finansiering. Lovforslaget bygger på en aftale om ændringer af den kommunale medfinansiering indgået mellem KL og Danske Regioner om henholdsvis regionernes og kommunernes økonomi for 2017. En effektiv forebyggelsesindsats er en kerneopgave for kommunerne, og det giver god mening, for det er kommunerne, som er tættest på borgerne, og det er der, man ved, hvor skoen trykker. Der er særlig to grupper, som er udsatte. Begge grupper er sårbare og har brug for, at man i kommunerne sikrer pleje, omsorg og opmærksomhed – og ja, forebyggelse er også omsorg. De grupper, jeg tænker på, og som lovforslaget her sigter mod, er småbørn og ældre over 65 år. Nogle kommuner gør det rigtig godt, andre har lidt at arbejde med.

Der er brug for at styrke de økonomiske incitamenter, så flere kommuner tilskyndes til at yde en mere målrettet forebyggelsesindsats. I min optik er 35.000 færdigbehandlingsdage i 2015 alt for højt, og i første halvår var det 19.300 forebyggelige indlæggelser. Det må vi kunne gøre bedre. Uanset hvem man er, er en indlæggelse ofte forbundet med en vis turbulens, usikkerhed og måske angst. Vi taler ofte om forebyggelige indlæggelser, altså indlæggelser, som kunne være undgået, hvis man havde udvist rettidig omhu eller måske bare havde haft fokus det rigtige sted.

Nu sætter vi det lange lys på og understøtter et skærpet kommunalt fokus, så fremtidens ældre og småbørn forhåbentlig ikke vil opleve indlæggelse på indlæggelse. Der er mange dygtige sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. En af de grupper, som tidligt i livet spiller en stor rolle og har en vigtig opgave, er sundhedsplejerskerne. Med lovforslaget her stiller vi også skarpt på sundhedsplejerskernes nøglerolle, og målet er, at de fremover i højere grad følger op på de nyfødte og deres trivsel i den første tid, så både børn og nybagte forældre ikke skal opleve en indlæggelse som noget af det første i en særlig følsom periode for en lille ny familie.

Jeg har noteret mig, at der er i nogle af høringssvarene gives udtryk for en vis bekymring for de ældre. Man er bekymret for, at ældre over 65 år vil modtage en ringere sundhedspleje. For os i Venstre er det afgørende, at vi holder fast i, at i Danmark er alle sikret let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Er man syg, kræver det indlæggelse, og så skal man naturligvis indlægges. I min kommune har vi f.eks. aflastningspladser på et rehabiliteringscenter, som lægerne kan henvise til, hvis en borger f.eks. er dehydreret på en varm sommerdag, konfus eller blot har brug for ekstra pleje og omsorg uden at være så dårlig, at en indlæggelse er nødvendig. Rehabiliteringscenteret synes mindre indgribende og mere hjemligt end et sygehus, og det er et gode for borgeren.

Man kan jo spørge sig selv, om kompetencerne er der i kommunerne til at sikre, at man i højere grad end i dag kan forebygge indlæggelser. Jeg vil tro, at man også i kommunerne ser frem til de muligheder, der er, for bl.a. kompetenceløft qua den nationale handlingsplan vedrørende demens, den store handlingsplan vedrørende de ældre medicinske patienter og Kræftplan IV for nu blot at nævne et par stykker.

Afslutningsvis skal jeg ikke undlade at bemærke, at selv om priserne for sygehusbehandling af småbørn og ældre ændres med lovforslaget her, ændres der ikke på den samlede kommunale medfinansiering. Den forbliver uændret, ligesom der med lovforslaget sikres en omfordeling af effektiviseringsgevinsterne for de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier, således at det kommer borgerne i hele landet

til gode og der ikke opkræves ny medfinansiering, når en borger flyttes fra et sygehus til et andet inden for regionsgrænsen. Det giver mening, og det kan vi varmt støtte op om fra Venstres side. Jeg ser i øvrigt også gerne, at vi følger området tæt, således som både den socialdemokratiske ordfører og ordføreren fra Dansk Folkeparti har foreslået.

Kl. 10:18

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak. Der er en kort bemærkning fra fru Pernille Schnoor, Alternativet.

Kl. 10:18

Pernille Schnoor (ALT):

Vi er meget enige i, at det her fokus på forebyggelse er rigtig vigtigt, og ordføreren nævner sundhedsplejersker som vigtige i forbindelse med det. Det er jo bekymrende, at man i mange kommuner skærer ned på den forebyggende del.

Hvordan mener ordføreren at det her lovforslag sikrer, at der bliver mere fokus på sundhedsplejersker i kommunen?

Kl. 10:19

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Værsgo.

Kl. 10:19

Jane Heitmann (V):

Jeg tror, at man skal se det her lovforslag som en del af et samlet hele, for skal vi styrke forebyggelsesmulighederne i kommunen, er det her ikke det eneste initiativ. Lige efter nytår kommer der en rapport fra den gruppe, der er nedsat, om det nære og det sammenhængende sundhedsvæsen, og jeg er sikker på, at man også dér vil fremlægge nogle forslag til redskaber, som kan bidrage til at styrke forebyggelsen og skærpe fokus i kommunerne – så man undgår, at f.eks. små børn bliver indlagt.

Så jeg tror ikke, at man skal se det her lovforslag isoleret, men at man skal se det i en større sammenhæng. Jeg nævnte jo også Kræftplan IV, og jeg nævnte handlingsplanen vedrørende demens, initiativerne vedrørende den ældre medicinske patient. Der er faktisk en hel palet, som skal i spil, for at vi sikrer, at vi får gjort op med de forebyggelige indlæggelser og rent faktisk får forebygget, at småbørn og ældre bliver indlagt, nogle gange helt unødvendigt.

Kl. 10:20

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Fru Pernille Schnoor.

Kl. 10:20

Pernille Schnoor (ALT):

Nu nævnte ordføreren, at hun selv er i en kommune og ved, hvad der foregår der, og jeg har også selv i en del år været formand for børne- og skoleudvalget. Så jeg tror faktisk, og min oplevelse er, at der er fokus på, at sundhedsplejersker er vigtige, men at det ofte er økonomien, der gør, at man finder nogle andre løsninger, som måske ikke er optimale i forhold til den forebyggende indsats.

Mener Venstre og ordføreren, at man ved at straffe økonomisk i forhold til nogle bestemte aldersgrupper, altså ved at ændre på det økonomiske incitament, kan få nogle til at gøre noget, som de ikke har gjort indtil nu? For jeg tror egentlig, at de fleste kommuner er klar over, at det er vigtigt med den der forebyggende indsats, også for sundhedsplejen.

Kl. 10:20

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Værsgo.

Kl. 10:21

Jane Heitmann (V):

Jeg er meget – som i meget! – overrasket over, at ordføreren fra Alternativet mener, at det her forslag er en straf. Det her har KL jo foreslået, altså at fokus lige præcis skal være på småbørnene, altså de 0-2-årige, og de ældre over 65 år. Så jeg anerkender simpelt hen ikke, at det her er at straffe nogen. Det her er at skabe et incitament til at gøre noget bedre for en sårbar gruppe borgere, nemlig små børn og ældre. Og så skal vi lige huske på i forbindelse med lovforslaget her, at der også er mulighed for, at man kan få en relativt stor økonomisk gevinst. Så jeg er meget overrasket over den tilgang.

Kl. 10:21

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak til ordføreren. Hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten.

Kl. 10:21

(Ordfører)

Peder Hvelplund (EL):

Vi skal i dag førstebehandle L 74, som indeholder to hovedelementer. Der er en ændring af den kommunale medfinansiering, der bl.a. betyder ændrede, og det vil sige øgede takster for kommunerne, når børn under 2 år og ældre over 65 år bliver indlagt på hospitalet. Som den anden del er der en indførelse af en regional omfordeling som følge af de forventede effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier.

Først er der den del, der omhandler den kommunale medfinansiering, der betyder øgede takster for indlæggelse af børn under 2 år og ældre over 65 år. Der bliver samtidig ændret i reglerne for tilbagebetaling af for meget betalt medfinansiering. De nuværende regler medfører, at kommunerne får beløbet tilbage igennem bloktilskuddet. Fremover ønsker regeringen at det skal tilbagebetales regionsvis, og det er for at skabe en tættere sammenhæng mellem de enkelte kommuners træk på hospitalsvæsenet og så den refunderede medfinansiering.

I Enhedslisten er vi skeptiske over for den foreslåede ændring af den kommunale medfinansiering. Vi deler sådan set regeringens opfattelse af, at der er en snitfladeproblematik omkring hospitalsvæsenet og den kommunale behandling og forebyggelse, men for os at se er løsningen ikke at øge betalingen for kommunerne for at sende deres børn og ældre på hospitalet. Vi mener, det skaber en uheldig strafkultur, som fremmer kassetænkning frem for at give et virkeligt incitament til at styrke forebyggelsen i kommunerne.

Hovedproblemet er jo, at kommunerne mangler økonomiske ressourcer til at løfte hele forebyggelsesopgaven. Det har vi svært ved at forestille os at en ændring af taksterne i den kommunale medfinansiering skulle løse. Derfor ser vi med stor skepsis på den her del af forslaget. Målsætningen må i stedet for være at styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommune og hospital. Det er for Enhedslisten helt afgørende, at borgeren får den fagligt set bedste behandling, uanset om det er på en hospitalsafdeling, eller om det er på et kommunalt sundhedscenter.

En del af argumentationen for forslaget har været, at kommunerne i forvejen har kontakt til den gruppe af borgere, der bliver berørt, og derfor har muligheden for at sætte ind med en forebyggende indsats. Der må vi bare konstatere, at sådan er virkeligheden ikke. Som Ældre Sagen gør opmærksom på i deres hørings svar, er det 47 pct. af de ældre over 65 år, der alene modtager behandling i det somatiske hospitalsvæsen og ikke har kontakt med den kommunale pleje. Derfor er der brug for en generel styrkelse af samarbejdet mellem almen praksis, kommune og hospital. Det samarbejde styrker det nærværende forslag ikke, men lægger i stedet op til en model, hvor man anvender øget betaling, og dermed giver det også en øget straf.

Samtidig ved vi, at alderssammensætningen er meget ulige mellem kommunerne, så man risikerer, at den foreslåede ændring rammer nogle kommuner meget hårdere end andre, typisk de kommuner, der har fraflytning af unge og familier. Enhedslisten er ligeledes skeptisk over for den omfordeling af de meget hypotetiske effektiviseringsgevinster af de nye sygehuse, som lovforslaget indebærer. Effektiviseringsgevinsterne er netop stadig væk hypotetiske. Det er uklart, om der overhovedet kan realiseres gevinster. Og det er altid uklart at begynde at høste gevinster, inden man ved, om de er realiserbare.

Regeringen, både den nuværende og den tidligere, påfører i forvejen et produktivitetskrav til sygehusvæsenet, der har medført, at man i hospitalsvæsenet leverer 30 pct. flere ydelser i forhold til for 15 år siden – et faktum, der har store konsekvenser for både patientsikkerhed og arbejdsmiljø. Der er derfor en stor risiko for, at forslaget vil fremme yderligere arbejdspress og dermed en risiko for fejlbehandling på de hospitaler, som skal regne med dobbelte effektiviseringskrav i de kommende år.

Enhedslisten har stillet en række spørgsmål til ministeren for at få belyst netop de byrdefordelingsmæssige konsekvenser af disse ændringer, og dem ser vi frem til at få svar på. Enhedslisten kan ikke støtte forslaget.

Kl. 10:25

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Der er en kort bemærkning fra fru Mette Abildgaard, Det Konservative Folkeparti. Værsgo.

Kl. 10:25

Mette Abildgaard (KF):

Tak for det. Jeg kunne egentlig bare godt tænke mig at høre ordføreren, for ordføreren havde mange kritiske betragtninger om det her lovforslag, om, hvorfor Kommunernes Landsforening skulle bakke op om det her nye princip, man lægger ind, hvis det er så forfærdeligt, som ordføreren beskriver det som. Jeg kunne bare godt tænke mig at høre: Hvad skulle kommunernes sådan skumle bagtanke være ved at bakke op om det her, hvis det er så skrækkeligt?

Kl. 10:26

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Ordføreren.

Kl. 10:26

Peder Hvelplund (EL):

Tak. Jeg tror sådan set ikke, at kommunerne har nogen skummel bagtanke med det, men jeg må sige, at vi har en lang, ubrudt række af erfaringer med, at de økonomiaftaler, der er blevet indgået mellem regeringen og kommunerne, medfører nogle meget, meget stramme krav i forhold til kommunerne, som betyder, at de får sværere og sværere ved at løfte både forebyggelsesopgaven og den plejeopgave, som vi pålægger dem. Derfor tror jeg ikke, at kommunerne har en skummel bagtanke. Jeg tror bare, at det her forslag, grundet at der ligger nogle økonomiske rammer, der skal opfyldes, har nogle fuldstændig utilsigtede virkninger. Det er jo også det, der tydeligt fremgår af de høringssvar, som netop kommer fra de brugerorganisationer og de faglige organisationer, der bliver ramt af de besparelser – eller ikke besparelser, men ændringer i finansieringen, der ligger i det forslag her.

Kl. 10:27

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Fru Mette Abildgaard.

Kl. 10:27

Mette Abildgaard (KF):

Jeg er glad for, at ordføreren lige rettede sig selv, for det er jo vigtigt at minde om, at det her ikke fører til besparelser. Det er et spørgsmål om, at man omstrukturerer, så incitamenterne til at forebygge øges. Men jeg vil her til sidst bare høre, om Enhedslistens ordfører ikke anerkender brugen af økonomiske incitament, for ellers har jeg da svært ved at forstå eksempelvis sådan noget som energiafgifter, som man fra Enhedslistens side bakker varmt op om, og her handler det jo netop om økonomiske incitament.

Kl. 10:27

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Ordføreren.

Kl. 10:27

Peder Hvelplund (EL):

Det sagde jeg faktisk også i min ordførertale, altså at et økonomisk incitament kan være et stærkt incitament. Vi bliver bare nødt til at se på fornuften i de konsekvenser, som de får. Og det fremgår jo klokkeklart af de høringssvar, vi har fået, til det her lovforslag, at der er en stor bekymring for, at det her ikke alene kommer til at skabe incitament til bedre forebyggelse, men også kan komme til at skabe incitament til, at man undlader at indlægge patienter eller borgere, hvor det kan medføre, at det bliver dyrere, dvs. ældre over 65 år og børn under 2 år.

Kl. 10:28

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak til hr. Peder Hvelplund. Den næste er fru May-Britt Kattrup, Liberal Alliance.

Kl. 10:28

(Ordfører)

May-Britt Kattrup (LA):

Det her lovforslag skal forebygge unødige indlæggelser af ældre og småbørn. Ideen er, at de kommuner, som i endnu højere grad lykkes med at hjælpe disse grupper og holder dem raske, kommer til at betale mindre. Baggrunden er, at kommunerne i forvejen er meget mere i kontakt med ældre og småbørn, end man er med andre grupper. Derfor har man større mulighed for at sætte ind her og hjælpe ældre og svage i nærmiljøet og sørge for, at sundhedsplejersker endnu hurtigere kommer ud og hjælper den nybagte mor. Formålet med dette er at undgå, at disse grupper indlægges med sygdomme, som de kunne have undgået. F.eks. bliver alt for mange ældre indlagt med væskemangel og andre lidelser, som de kunne have været sparet for ved en mere målrettet indsats.

Kommunerne gør allerede i dag en stor indsats, men med en endnu mere målrettet indsats er det håbet, at man kan blive endnu bedre til at holde disse grupper raske. Kan vi undgå en del af disse unødige indlæggelser, vil det først og fremmest betyde meget for de patienter, som bliver skånet for det ubehag, det er at blive syg og indlagt. Det betyder en bedre udnyttelse af de penge, vi bruger i sundhedsvæsenet. For at opnå dette ændres taksterne for den kommunale medfinansiering. Det vil sige, at kommunerne fremover skal betale mere for sygehusbehandling af småbørn og ældre over 65 år og mindre for de øvrige borgere. Det skal bemærkes, at den samlede kommunale medfinansiering forbliver uændret på de maksimalt ca. 20 mia. kr. Så der er ikke tale om en samlet spareøvelse.

Liberal Alliance støtter forslaget, fordi vi håber og tror på, at det vil gøre en positiv forskel for ældre og småbørn. Vi er naturligvis opmærksom på Ældre Sagens og andres bekymringer og mener derfor, at vi skal følge området og straks gribe ind, hvis det skulle vise sig, at ændringen ikke virker efter hensigten. Tak.

- Kl. 10:30
Formanden (Pia Kjærsgaard):
 Tak for det. Tak til ordføreren. Den næste er fru Pernille Schnoor, Alternativet.
- (Ordfører)
Pernille Schnoor (ALT):
 Regeringen ønsker med L 74 at give en større økonomisk belønning til de kommuner, som forebygger de mange gentagne indlæggelser. Dette gøres bl.a. ved at differentiere den nuværende ordning efter alder, så kommunerne skal betale mere for sygehusbehandling af små og ældre borgere. Ved at differentiere efter alder vil regeringen få kommunerne til at tænke mere på forebyggelse, når det kommer til småbørn, 0-2-årige og ældre over 65 år.
 Det er positivt, at der sættes fokus på forebyggelse, og at der lægges op til, at der i forbindelse med betalingen til regionerne ses på det samlede beløb og ikke pr. indlæggelse. Vi kan dog se nogle problemer i det her forslag. Vi tager det, der står i de høringssvar, der er kommet, meget alvorligt, og vi er enige med bl.a. Ældre Sagen i, at en forskelsbehandling på baggrund af alder strider imod den danske tilgang til sundhedsvæsenet om en fri og lige adgang til sundhedsvæsenet og sundhedsydelse. Det bør aldrig være en skelen til alder eller økonomi, der afgør adgangen til og behovet for sundhedsfaglige ydelser, mener vi. Vi er ligesom Lægforeningen også bekymrede for, at forslaget kan gøre det sværere for nogle kommuner at tage sig af deres ældre, og vi undrer os ligesom Dansk Pædiatrisk Selskab over, hvordan man mener at spædbørnsindlæggelser skal kunne forebygges i højere grad, end de bliver nu.
 Vi mener, at det er rigtig fornuftigt, at der sættes fokus på forebyggelse i kommunerne, og at der også sættes mere fokus på det. Men det giver for os ikke mening at tage udgangspunkt i et alderskriterium og i antal indlæggelsesdage frem for i kvalitet. Vi mener, at der skal fokus på kvalitet, og vi vil gerne have rigtig meget mere fokus på forebyggelse i kommunerne, også i sundhedsplejen, som det også er blevet nævnt af ordførere her tidligere. Så man burde i stedet sørge for, at der bliver skabt mulighed for fælles økonomi på tværs af kommuner og regioner, og at man dermed fremmer sammenhængen i forløbene – og der skal, som Ældre Sagen også nævner, også være fokus på økonomiske incitamenter, der belønner samarbejde mellem regioner, kommuner og praktiserende læger.
- Kl. 10:33
Formanden (Pia Kjærsgaard):
 Tak. Der er en kort bemærkning fra fru Jane Heitmann, Venstre.
- Kl. 10:33
Jane Heitmann (V):
 Tak for det. Jeg deler fuldstændig ordførerens tilgang til, at vi i Danmark skal have fri og lige adgang til behandling. Ordføreren sagde i sin ordførertale, at man gør op med det princip i det her lovforslag. Vil ordføreren ikke lige pege på, hvor det helt konkret er, at man gør op med det forhold, at vi har fri og lige adgang, uanset hvem man er, i Danmark?
- Kl. 10:33
Formanden (Pia Kjærsgaard):
 Værsgo til ordføreren.
- Kl. 10:33
Pernille Schnoor (ALT):
 Jamen det synes jeg jeg forklarede i min ordførertale, nemlig at vi ligesom Ældre Sagen ser med bekymring på, at man begynder at skele til alder, i forhold til den adgang borgere har til f.eks. sygehus-
- Kl. 10:30
 væsenet. Det mener vi er bekymrende. Jeg kan høre, at der er andre, der også mener, at det er bekymrende. Der er nogle, der så siger, at det skal monitoreres, og der er sådan forskellige tilgange til det. Men vi mener, at det er bekymrende, at man begynder at skele til alder.
- Kl. 10:34
Formanden (Pia Kjærsgaard):
 Fru Jane Heitmann.
- Kl. 10:34
Jane Heitmann (V):
 Jamen ordføreren nævnte, at det her var et opgør med den frie og lige adgang. Vil ordføreren ikke pege på, hvor det opgør er? Hvor er det, det er præciseret i lovforslaget, at der nu er nogle, der ikke skal have den samme ret til indlæggelse, som man har haft før? Jeg synes tværtimod, det er gjort meget klart, at er man syg, skal man på hospitalet, hvis man har brug for det. Så jeg forstår ikke det her med, at det er et opgør med den fri og lige adgang. Ordføreren må altså gerne svare helt konkret på det. Hvor er det, det står i lovforslaget?
- Kl. 10:34
Formanden (Pia Kjærsgaard):
 Værsgo.
- Kl. 10:34
Pernille Schnoor (ALT):
 Nu er det fru Jane Heitmanns udlægning, at jeg sagde, at det var et opgør. Jeg brugte ordet, at der ikke bør være en skelen til alder, og jeg sagde, at det strider imod vores danske tilgang. Det var ikke et opgør. Jeg synes, at det er noget mere vidtrækkende, hvis noget er et opgør. Men i vores bevidsthed, i min bevidsthed, strider det mod en dansk tilgang til sundhedsvæsenet, at vi begynder at skele til alder i forhold til adgangen til sundhedsvæsenet. Det var også det, jeg nævnte i min ordførertale.
- Kl. 10:35
Formanden (Pia Kjærsgaard):
 Fru Mette Abildgaard, Det Konservative Folkeparti.
- Kl. 10:35
Mette Abildgaard (KF):
 Tak for det. Jeg kunne egentlig bare godt tænke mig at høre Alternativets ordfører, om man så også fra Alternativets side går ind for at ophæve den skelen, der er til alder, i forhold til HPV-vaccinen, influenzavaccinen og mammografiscreening. Der er et hav af steder i vores sundhedsvæsen, hvor vi netop har blik for alderen. Så jeg vil bare høre, om Alternativet, når man nu som princip åbenbart sætter det så højt, at der aldrig må ske forskelsbehandling på baggrund af alder, også mener, at vi skal ophæve aldersgrænsen for alle de ting, jeg lige listede op.
- Kl. 10:36
Formanden (Pia Kjærsgaard):
 Værsgo.
- Kl. 10:36
Pernille Schnoor (ALT):
 Hvis det har en sundhedsfaglig relevans at skele til alderen, er det selvfølgelig relevant. Jeg kunne så omvendt godt tænke mig at få ordføreren til at forklare, hvordan det har en sundhedsfaglig relevans, at man skeler til alder her. Jeg har forstået forslaget som værende et led i en model for økonomisk incitament, mere end at det er tale om en sundhedsfaglig skelen til nogle aldersgrupper.

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Fru Mette Abildgaard.

Kl. 10:36 ænkningen og i stedet skabe mening, livsglæde og arbejdsglæde, fordi det er dygtige medarbejdere, der sammen med børnefamilierne og de ældre kan lave den indsats, der giver mening.

Mette Abildgaard (KF):

Det kan ordføreren spørge mig om, når jeg kommer på talerstolen. Jeg kunne høre, at man ikke ville afvise alderskriteriet i forbindelse med de her ting, men så vil jeg bare høre ordføreren, om ordføreren ikke anerkender, at der er nogle indlæggelser, som er nemmere at forebygge end andre, og at det jo er derfor, man ønsker at lave en anden incitamentsstruktur. For i dag giver det ikke mening at give incitament, alt efter hvilken alder det menneske, det drejer sig om, har.

Kl. 10:36

Vi tager jo første skridt med årets satspulje, hvor vi prøver at nedbryde siloer ved på tværs af social- og sundhedsområdet at lave et investeringsprogram, der skal gøre det muligt at lave en tidlig indsats for børn, før de får diagnoser og medicin, og en række forløbsprogrammer, som skal sikre sammenhængen mellem børne- og ungdomspsykiatrien og PPR. Jeg ville ønske, at vi kommer til at tænke hele området sådan, for der skal jo en startinvestering og god ledelse til, for at vi bliver bedre til at sætte tidligt ind.

Kl. 10:40

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Værsgo.

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak for det. Tak til ordføreren. Så er det fru Kirsten Normann Andersen, Socialistisk Folkeparti.

Kl. 10:40

Pernille Schnoor (ALT):

Jeg er rigtig glad for det spørgsmål, for det bliver jo netop nævnt, at det på småbørnsområdet, på spædbørnsområdet, ikke giver mening at tale om forebyggelse på samme måde, som det måske gør i andre sammenhænge. Så jeg forstår ikke lige, hvordan det skulle hænge sammen i forhold til det.

Jeg mener, at man i nogle sammenhænge skeler til alder, mens det i andre sammenhænge ikke er hensigtsmæssigt, f.eks. når man laver aftaler, fordi man har et vist beløb, så det kun kan være inden for en vis aldersgruppe. Så er det jo lige præcis, fordi man ikke har pengene til at udvide aldersgruppen, og jeg synes, det er rigtig ærgerligt, at det på den måde er økonomi, der skal bestemme, om man kommer på sygehuset, eller man ikke gør.

Kl. 10:36

Kl. 10:36

(Ordfører)

Kirsten Normann Andersen (SF):

Tak for det. Hvordan får man mennesker til at spise mere havregrød? Ja, den sikre metode er at sørge for, at mennesker ikke har råd til andet end havregrød. Økonomiske incitamenter virker for den, som er presset på økonomien og derfor tvunget til at indrette sig efter pengestrømmen, men det er ikke nødvendigvis kloget.

Man vedtog i sin tid en lov om kommunal medfinansiering af de regionale sygehusudgifter. Kritikken gik dengang på, at kommunerne kom til at betale for noget, som de ikke havde indflydelse på. Det indrømmer man nu delvis med det nye forslag. Så opdager man uhensigtsmæssigheder i incitamentsystemet, såsom at koblingen mellem aktivitetspulje og medfinansiering er uhensigtsmæssig. Nu skal den afkobles, og der skal oprettes et loft. Overskrider medfinansieringen loftet, overgår pengene til staten, som så betaler tilbage efter en fordelingsnøgle.

Men hvad nu, hvis det i nogle situationer er hensigtsmæssigt at øge aktiviteten, selv om medfinansieringen så vil overskride loftet? Så kommer regionen i klemme, eller man tilskyndes til at holde aktiviteten lige under loftet af hensyn til finansieringen og ikke af hensyn til behovet. Kommunerne kender også det loft, og når det nås, vil det betyde, at indlæggelse bliver delvis gratis.

I SF er vi helt på linje med Ældre Sagen, Lægeforeningen, Yngre Læger, FOA og Sundhedskartellet, som gør gældende, at dette forslag er aldersdiskriminerende, og at det er stærkt bekymrende. Aldersdifferentiering af medfinansiering giver kun mening, for så vidt man mener, at kommunerne reelt har mulighed for at forebygge indlæggelser, men det er jo langt fra alle ældre, som den kommunale ældrepleje er i kontakt med. Og aldersdifferentiering giver kun mening, for så vidt man mener, at kommunerne reelt har ressourcer til at foretage mere forebyggelse, end de faktisk gør, både på spædbørnsområdet og på ældreområdet. Det er ikke påvist, men kun antaget.

Hvis man så ser på, hvor meget de to ydergrupper vejer i det samlede indlæggelsesmønster, vil man se, at det kan få negative konsekvenser for kommunerne, hvis de faktisk ikke kan reducere antallet af indlæggelser. Men har man foretaget en samlet undersøgelse af forebyggelsesmulighederne og mulighederne for at fastholde funktionsniveauet, herunder de sociogeografiske betingelser? Skal man på den igen og ty til en ny lappeløsning, når det viser sig, at også denne incitamentsstruktur fører til hidtil ukendt og utilsigtet adfærd? Det er selvfølgelig et spørgsmål om, om et så komplekst system som det sammenhængende sundhedsvæsen som styres efter så relativt primitive økonomiske incitamentsredskaber.

SF kan ikke stemme for forslaget i dets nuværende form. Ministeren bør som minimum tage aldersdiskriminerende elementer ud af forslaget. Herudover mener vi, at forslaget øger bureaukratiet i sundhedssektoren. Der er ikke brug for flere bureaukratiske styringsred-

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Lotte Rod, Radikale Venstre.

Kl. 10:37

Kl. 10:37

(Ordfører)

Lotte Rod (RV):

Tak, formand. Vi skal blive bedre til at sætte tidligt ind i stedet for at vente, til det er gået galt. Vi ved det godt. Og alligevel sker det så sjældent, fordi der går kassetænkning i den. Med det her lovforslag vil regeringen give kommunerne grund til at gøre en større tidlig indsats, så man undgår, at mennesker bliver så syge, at de skal indlægges. Regeringen vil gøre kommunernes medbetaling højere for børn under 2 år og ældre over 65 år.

Det vil vi som udgangspunkt gerne støtte, for det giver god mening, at kommunerne også økonomisk har grund til at satse på mere forebyggelse eller i hvert fald ikke spekulerer i at sende regningen over i regionen.

Men helt grundlæggende ville jeg ønske, at vi gjorde op med siloerne og kassetænkningen, for jeg kan godt være bekymret for, om det her forslag gør det bedre alle steder, eller om vi bare ender med at tage penge fra nogle af de kommuner, som i forvejen er pressede, og som dermed ender med at gøre det endnu mindre godt for børnene og de ældre.

Jeg tror ikke på, at det her bare handler om at spekulere i, hvem der betaler. Det handler også om ledelse, om organisering, om kultur og om, at der i det hele taget er tid nok til at sætte tidligt ind. Derfor håber vi i Radikale Venstre, at man kan begynde at tænke kvalitet på en ny måde: mindre styring og mere ledelse. Vi skal af med kasset-

skaber, men der er derimod behov for, at vi målrettet kanalisere ressourcerne i sundhedssektoren til de udførende led til gavn for en forbedret indsats.

Kl. 10:43

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak for det. Fru Jane Heitmann, Venstre, en kort bemærkning.

Kl. 10:43

Jane Heitmann (V):

Tak for det. Ordføreren taler om aldersdifferentiering og forebyggelsesinitiativer. Jeg vil sådan bare fredsommeligt spørge ordføreren, om ordføreren anerkender, at der er forskel på, at Jane Heitmann kommer kørende på sin cykel, falder og brækker begge arme, og 100-årige fru Jensen, som hjemmeplejen er i daglig kontakt med, i forhold til kommunernes mulighed for at forebygge en langvarig indlæggelse, som to brækkede arme jo også godt kan give. Anerkender ordføreren, at der er forskel på kommunernes muligheder for at forebygge en indlæggelse?

Kl. 10:44

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Værsgo.

Kl. 10:44

Kirsten Normann Andersen (SF):

For det tilfælde, at der faktisk er tale om, at kommunen har kontakt med den 100-årige, ja, så har kommunen mulighed for at forebygge visse lidelser. Om kommunen også har mulighed for at forebygge et fald er jeg faktisk i tvivl om.

Kl. 10:44

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak til ordføreren. Fru Mette Abildgaard, Det Konservative Folkeparti, værsgo.

Kl. 10:45

(Ordfører)

Mette Abildgaard (KF):

Tak for det. De tidligere ordførere har jo sådan rimelig detaljeret gennemgået, hvilke elementer der ligger i det her lovforslag, så det skal jeg fri jer for at gøre igen. Jeg vil egentlig sige, at det her for os Konservative i høj grad er sund fornuft. Der er nogle grupper, der er nemmere at forebygge indlæggelser hos end andre grupper, og hvis man så vil operere med økonomiske incitamenter i det her, hvilket jeg synes der er al mulig god grund til at gøre, så skal de da være målrettet der, hvor kommunerne rent faktisk har mulighed for at gøre en forskel.

Så bliver der sat spørgsmålstegn ved, om det her er et opgør med den fri og lige adgang til vores sundhedsvæsen. Jeg har bare sådan en lyst til at spørge de ordførere, som har sagt det: Hvad forestiller I jer egentlig? Forestiller I jer egentlig, at den enkelte social- og sundhedsassistent, som står ude på plejehjemmet, siger til gamle fru Hansen, som har behov for at blive indlagt: Beklager, fru Hansen, Folketinget har lige førstebehandlet et lovforslag, som gør, at vi ændrer på den kommunale medfinansiering, og det betyder desværre, at jeg ikke kan sende dig på hospitalet i dag; det var godt nok ærgerligt, fru Hansen, men sådan bliver det.

Det kommer jo ikke til at ske! Jeg nægter at tro, at der er en eneste social- og sundhedsassistent, der kommer til at stå og ændre på sin beslutning i forhold til et ældre menneske, når den her lov nu kommer til. Hvad der derimod vil ske er, at kommunaldirektøren bliver opmærksom på den her lov, at kommunaldirektøren bliver opmærksom på, at det måske giver mening at øge den indsats, man har inden for forebyggelsesområdet, de her nye akutcentre, som vi har

indgået en aftale om at der nu skal være i alle regioner, hvor man netop skal kunne komme hen forebyggende for en indlæggelse.

Det her får ikke betydning for den enkelte social- og sundhedsassistent, det her får betydning for kommunaldirektøren, som bliver tvunget til at allokere midler til det her område. Derfor er vi ikke bekymrede fra konservativ side. Vi er til gengæld meget, meget glade for, at man samtidig får gjort op med den her lidt fjollede regel, der har været, om, at hvis man bliver overflyttet til et nyt sygehus inden for samme region, så kommer der en ekstra taksering. Det har været helt åndssvagt.

Så med de ord vil jeg sige, at vi fra Det Konservative Folkepartis side støtter det her lovforslag.

Kl. 10:47

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak for det. Der er ikke nogen kommentarer. Så er det sundheds- og ældreministeren. Værsgo.

Kl. 10:47

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Tak for bemærkningerne til lovforslaget og også for den altovervejende støtte til lovforslaget. Jeg har efterhånden gennem en længere årrække stødt på den kommunale medfinansiering – både da jeg sad i byrådet og her i Folketinget som sundhedsordfører og nu som sundhedsminister. Dermed har jeg også haft lejlighed til at kunne se ordningen fra flere forskellige vinkler. Alligevel er der stadig væk kun en vinkel, som har betydning for mig, og det er borgerens. Det var også med fokus på borgeren, at den kommunale medfinansiering blev indført tilbage i 2007. Formålet var at give kommunerne en højere tilskyndelse til at kunne levere en rettidig og god forebyggende indsats til gavn for borgerne. Borgerne skulle behandles i det nære sundhedsvæsen, og vi ville dermed også sikre, at vi kunne undgå nogle unødige sygehusindlæggelser.

I 2015 kunne vi alligevel konstatere, at vi i Danmark har ca. 65.000 forebyggelige indlæggelser, 79.000 genindlæggelser og 171.000 akutte medicinske indlæggelser. Det er rigtig mange sygehusindlæggelser af f.eks. ældre borgere med blærebetændelse, sår, væskemangel m.v., og sagt meget enkelt er der et potentiale i, at kommunerne forebygger meget mere målrettet. Med den demografiske udfordring og flere ældre kan jeg også kun frygte, at vi vil se flere indlæggelser og genindlæggelser, hvis det er, vi ikke griber ind og får styrket den forebyggende indsats – indlæggelser, som vi ganske enkelt vil kunne forebygge til gavn for borgeren og samfundet.

Det er her, at den kommunale medfinansiering kommer ind i billedet. For vi har en ordning i dag, som er udmærket, men som ikke virker helt efter hensigten. Set med mine øjne er den eksisterende kommunale medfinansiering simpelt hen for generel. Eksempelvis siger det sig selv, at en kommune ikke kan forebygge, hvis jeg går hen og brækker benet på min løbetur, men en kommune kan jo godt gribe aktivt ind over for den dehydrerede 80-årige ældre i eget hjem, som de dagligt har kontakt med i hjemmeplejen. Det er derfor, at vi fra regeringens side med lovforslaget ønsker at ændre på ordningen ved at give kommunerne en større økonomisk gevinst, hvis de laver en forebyggende indsats og en tidlig opsporing.

Ordningen skal rettes imod ældre og småbørn, som kommunerne allerede er i kontakt med og ser dagligt via hjemmeplejen og sundhedsplejersken, og hvor deres indsats har en direkte effekt på borgeren. Ændringen skal få kommunerne til at sørge for, at hjemmeplejen i højere grad sikrer f.eks. ekstra opsyn med betændte sår på fru Jensen på 90 år, og sørge for, at sundhedsplejersken tager tidlig kontakt til mor og barn efter fødslen, f.eks. for at vise effektive ammeteknikker.

Ændringen af den kommunale medfinansiering er selvfølgelig ikke det eneste tiltag, som regeringen har indført eller har tænkt sig indføre til gavn for patienten og det nære og sammenhængende

sundhedsvæsen. Det her er et tiltag ud af flere. Bare i år er vi kommet med en handlingsplan for den ældre medicinske patient, en akupakke mod overbelægning samt oplæg til en national demenshandlingsplan. Endelig har vi også nedsat et udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen sammen med kommunerne og regionerne, som vil afrapportere her i det nye år.

Så kan jeg også godt lytte mig til, at forslaget med en differentiering af den kommunale medfinansiering ikke er gået helt stille for sig og er af nogle blevet kritiseret for bl.a. at lade økonomiske incitamenter styre behovet for indlæggelse af ældre – og sågar udhule kommunekassen, er der vist nogen, der har fået sagt. Derfor vil jeg gerne i dag først slå helt fast, at lovforslaget ikke på nogen måde bryder med princippet om let og lige adgang til vores sundhedsvæsen. Det ændrer ikke på den enkelte læges tilskyndelse til at indlægge borgerne, og helt ærligt, ingen læger kigger på borgerens dåbsattest for at afgøre borgerens adgang til vores fælles sundhedsvæsen. At påstå det modsatte synes jeg simpelt hen er noget sludder. Hvis behovet for en sygehusindlæggelse er der, siger det sig selv, at så skal en borger selvfølgelig indlægges.

Med lovforslaget fjerner vi ikke nogen penge fra kommunernes økonomi. Kommunerne kompenseres som i dag allerede for de 20 mia. kr., som medfinansieringen udgør, men der ændres på udgifterne mellem kommunerne. De kommuner, som har flere udgifter, fordi man måske har flere ældre og flere småbørn i sin kommune, bliver i vidt omfang kompenseret via udligningssystemet.

Kl. 10:52

Differentieringen er væsentlig for, at vi forhåbentlig kan se et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser, og jeg mener, at ændringen både gavner borgeren, som undgår unødvendig sygehusindlæggelse, kommunen, som får en større gevinst ved at levere kerneopgaven godt, effektivt og rettidigt, og endelig samfundet, fordi det samlet betyder en bedre brug af vores skattekrone og dermed også mere sundhed for pengene.

Der er det vigtige for mig, at kommunerne også selv har ønsket den her ændring. Det er den ændring, vi nu leverer på, så man fristes jo næsten til at stille det første spørgsmål herfra til Enhedslistens ordfører, for hvis det, som ordføreren fik fremstillet det som i sin ordførertale, virkelig er korrekt, hvorfor i alverden er det så, at kommunerne selv har ønsket den her ændring? De har i kommunerne tværtimod efterspurgt en ordning, som giver dem mulighed for at påvirke indlæggelserne af de borgere, som de er i daglig kontakt med, som ikke er en ordning som i dag, hvor det hele er smurt lige tyndt ud alle steder, for det siger sig selv, at en kommune ikke kan og helst ikke skal forebygge, at der er mennesker, der bliver gravide, og som derfor får brug for at komme på sygehuset, når de skal føde. De kan heller ikke forebygge, at jeg falder, når jeg er ude at løbe en tur i skoven. Men de kan forebygge de steder, hvor de i forvejen er i kontakt med borgerne, og hvor de kan gøre en forskel.

Dernæst vil jeg understrege, at ændringerne jo først gælder fra 2018. Det er jo, for at kommunerne også får mulighed for at forberede sig på de her ændringer. Det synes vi er fair.

Så er differentieringen ikke det eneste, der fremgår af lovforslaget. Vi gennemfører også en række tekniske ændringer i den kommunale medfinansiering allerede fra 2017. Formålet er at få løst nogle af de uhensigtsmæssigheder ved den nuværende kommunale medfinansiering. Det vedrører bl.a. regionernes adfærdsudfordring samt andre justeringer vedrørende opgørelse og tilbagebetaling af kommunal medfinansiering.

Endelig ønsker vi med lovforslaget her en lovhjemmel til en mere balanceret fordeling mellem regionerne af effektiviseringsgevinster fra de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier. Det giver god mening at omfordele de gevinster mellem regionerne, så borgerne i hele Danmark får gavn af den mere effektive drift, som vi dermed får med de nye sygehuse. Omfordelingen af effektiviseringsgevinsterne

er allerede som følge af økonomiaftalen for 2017 aftalt med Danske Regioner.

Jeg håber selvfølgelig, at lovforslaget vil få en god udvalgsbehandling, og jeg svarer naturligvis på alle de spørgsmål, som udvalget måtte have undervejs. Tak.

Kl. 10:55

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak. Der er et par spørgsmål. Det er først fra fru Liselott Blixt, Dansk Folkeparti. Værsgo.

Kl. 10:55

Liselott Blixt (DF):

Tak for ministerens intentioner om at gøre det bedre. Jeg kan jo kun håbe på, at det bliver, som KL og ministeren regner med at det gør. Men ministeren kender også undertegnede forbehold over for det her, netop fordi man kan se, hvad det er, man kan gøre i en kommune, og hvad man ikke kan.

Det, jeg vil spørge ministeren om, er først og fremmest, hvorfor det er fra 65 år, når ministeren selv taler om de 80-årige, som man har mest kontakt med i hjemmeplejen. Der er jo ikke ret mange 65-årige, der er i hjemmepleje, og som Ældre Sagen også er inde på, er det 15,5 pct. af de 65-årige, som er en del af både vores sundhedsvæsen og hjemmeplejen. Så hvordan tænker ministeren at kommunerne her kan forebygge blærebetændelse og andre ting, så de pågældende ikke bliver indlagt?

Kl. 10:56

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Værsgo.

Kl. 10:56

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Alder er det bedst mulige kriterie på nuværende tidspunkt. Alder er for det første objektivt – der er ingen af os, der kan løbe fra, hvad der står på dåbsattesten – og det gør samtidig ordningen gennemskuelig for kommunerne. Derudover fanger alderskriteriet jo de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, som vi kan se i statistikkerne over, hvor der er flest borgere, som bliver genindlagt i sygehusvæsenet. Det er derfor også den bedste, kan man sige, proxy, vi har, for indlæggelser i sygehusvæsenet.

Man kunne også sagtens forestille sig andre måder at differentiere ud fra. Jeg ville være bekymret, hvis vi f.eks. sagde, at vi gjorde det ud fra diagnoser. Så synes jeg det ville være vanskeligt at udpege, hvad det er for nogle diagnoser, som kommunerne reelt kan påvirke, og hvilke de ikke kan påvirke. Det er derfor, vi har valgt alderskriteriet sammen med Kommunernes Landsforening, som også har ønsket det.

Kl. 10:57

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Fru Liselott Blixt.

Kl. 10:57

Liselott Blixt (DF):

Jeg tænker jo, at det måske netop havde været bedre at skære ved pensionsalderen. Pensionsalderen er jo noget, der bliver rykket op til 68 år i løbet af de næste par år, og jeg ved, at statsministeren og ministerens eget parti gerne vil løfte den endnu mere. Så det er folk, der går på arbejde, vi taler om. Og der er jo meget stor forskel på, om man er i hjemmepleje eller man stadig væk er i arbejde. Det er det, jeg synes er lidt underligt.

Men så vil jeg spørge ministeren: Vil ministeren se på, hvordan man – når nu der så er en, der bliver indlagt på sygehuset og kommer hjem igen, og som ikke har kontakt med hjemmeplejen – kan

underrette kommunen uden at overtræde persondataloven og krænke de rettigheder, der ligger der?

Kl. 10:58

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Ministeren.

Kl. 10:58

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Hvis man skulle lade aldersdifferentieringen følge pensionsalderen, kunne man jo med et glimt i øjet sige, at så håber jeg, at vi ses i Folketingssalen her igen lidt senere i 2017.

Vi har valgt en aldersdifferentiering, fordi det som sagt er den bedste måde, vi kan lave en gennemskuelig ordning også for kommunerne på. Så er det klart, at der er nogle steder, hvor kommunerne i højere grad ser ældre borgere, og jeg mener heller ikke nødvendigtvis, man er ældre, fordi man er 65 år. Det er typisk meget logisk, at man er i kontakt med eksempelvis hjemmeplejen. Og det er jo der, kommunerne også har mulighed for at gøre en forskel, fange de borgere, som har risiko for at blive indlagt, fordi de eksempelvis er dehydrerede, eller fordi en blærebetændelse får lov til at udvikle sig og der er behov for en sygehusindlæggelse. Det er jo de ting, vi skal være meget bedre til at gribe langt tidligere i forløbet.

Kl. 10:59

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Så er det hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten.

Kl. 10:59

Peder Hvelplund (EL):

Jeg vil da godt høre, om sundhedsministeren ikke er enig i, at det økonomiske incitament, der ligger i det her forslag, er for kommunerne at sikre, at der bliver så få indlæggelsesdage som muligt for børn under 2 år og for ældre over 65 år. For det er jo ligesom det, der ligger i det, i hvert fald hvis man skal forestille sig, at incitamentet til forebyggelse for den her gruppe skal øges. Det er dér, der ligger en økonomisk interesse, altså i at sikre, at der bliver så få indlæggelsesdage for dem som muligt. Det kan man så gøre på to måder. Man kan gøre det ved at sikre bedre forebyggelse, men der kan jo også godt i kommuner, der er økonomisk presset, være en risiko for, at borgere hjemtages uden at have fået den fornødne pleje.

Altså, jeg kan da bare gøre opmærksom på, at man i Dansk Sygeplejeråd har lavet en undersøgelse, hvor otte ud af ti sygeplejersker gør opmærksom på, at de mener, at kommunerne får patienter hjem, inden de er færdigbehandlet. Og den udvikling ville vi jo altså også kunne se blive styrket af det her forslag, altså at det netop ikke er kommunerne, vi styrker, men borgerne, vi lader betale prisen, fordi vi ikke sikrer, at de får det fagligt set bedste behandlingstilbud.

Kl. 11:00

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Ministeren.

Kl. 11:00

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Først og fremmest er der jo hen over en længere årrække sket en stor udvikling i vores sundhedsvæsen, som gør, at kommunerne løfter en meget større del af ansvaret på sundhedsområdet, end de gjorde tidligere. Og ja, når man bliver udskrevet fra sygehusvæsenet, er det ikke lig med, at man er rask og ikke har behov for flere opfølgende indsatser. Når man bliver udskrevet fra sygehuset, kan der i mange tilfælde godt være behov for, at kommunerne efterfølgende følger op. Det håber jeg ikke kommer som nogen overraskelse for Enhedslistens ordfører.

Så handler det her jo om at give kommunerne en højere grad af tilskyndelse til at sætte ind med den tidlige forebyggende indsats og at give kommunerne tilskyndelsen dér, hvor de kan gøre en forskel. Det siger sig selv, at kommunen ikke kan gøre den store forskel, med hensyn til om ordføreren selv brækker benet på vej ud af Folketingssalen eller ej, men kommunen kan jo derimod godt have indflydelse på, at den ældre i eget hjem – som man ser dagligt via hjemmeplejen – ikke bliver dehydreret, fordi vedkommende ikke får nok væske.

Det er jo derfor, at kommunerne også selv har ønsket at få en kommunal medfinansiering, hvori kommunerne bliver belønnet for at lave den forebyggende indsats dér, hvor man har muligheden for at kunne sætte ind. Til gengæld ændrer det her lovforslag ikke en tøddel ved den enkelte læges tilskyndelse til at indlægge borgeren, uanset om man er barn eller man er gammel.

Kl. 11:01

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 11:01

Peder Hvelplund (EL):

Men nu er det jo bare sådan – hvad der også fremgår af høringssvarene – at der er en stor del borgere med kontakt til det somatiske sygehusvæsen, som kommunerne overhovedet ikke har kontakt med. Og over for den gruppe af borgere har kommunerne jo ikke nogen mulighed for at kunne sætte ind med yderligere forebyggelse, i hvert fald ikke mere i forhold til den gruppe, end de har i forhold til mig.

Derfor er der bare noget, jeg bliver nødt til at høre til. Når kommunerne har kunnet ønske den her mulighed, er det vel også, fordi det her vedrører et område, hvor man i hvert fald for en gruppe af borgeres vedkommende har mulighed for at gøre noget. Men det stiller jo bare de kommuner, som har en skæv aldersfordeling, i en endnu sværere situation. Det er jo kommuner, som i forvejen er hårdt presset på grund af demografi, og de kommuner bliver ramt endnu hårdere af det her. Og det betyder, at vi risikerer, at der er nogle borgere, som får en dårligere behandling end den, de kunne forvente at få.

Kl. 11:02

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Ministeren.

Kl. 11:02

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Det er korrekt, at vi ændrer på udgifterne i de forskellige kommuner. De kommuner med flere børn eller flere ældre får højere udgifter til medfinansiering, men de får altså også flere penge via udligningssystemet, og dermed bliver de jo også kompenseret for deres flere udgifter. Så sker der til gengæld det for de kommuner, at hvis de sørger for at sætte ind med den tidlige indsats – ved sundhedsplejersken, via hjemmeplejen – får de en god økonomisk gevinst, altså ved at foretage en god og effektiv forebyggelsesindsats ude i kommunerne. Den gevinst får man ikke, hvis det er, at man vælger at læne sig tilbage og sige: Vi ønsker ikke at løfte den forebyggende indsats i vores kommune.

Kl. 11:03

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak. Så er det fru Kirsten Normann Andersen, Socialistisk Folkeparti.

Kl. 11:03

Kl. 11:06

Kirsten Normann Andersen (SF):

Det er fair nok at konstatere, at ældre oftere er indlagt, men hvis alder ikke skal afgøre vores frie og lige adgang til sundhedsvæsenet, hvorfor så overhovedet forskelsbehandle i forhold til den pris, som kommunerne skal betale for den ældre patient?

Kl. 11:03

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Ministeren.

Kl. 11:04

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Altså, jeg må sige, at jeg er overrasket over, at det her forslag overhovedet bliver kritiseret for at skulle stigmatisere de ældre, og jeg er i øvrigt også meget uenig i den præmis. Vi ønsker jo netop med det her lovforslag at tilgodesse de ældre. Vi ønsker, at kommunerne i højere grad, end de gør i dag, skal rette opmærksomheden mod de ældre – at SOSU-assistenten sørger for at holde ekstra øje med påbegyndende betændelse, hvis den ældre har et sår, at hjemmeplejen er ekstra opmærksom på fru Jensen, som ofte har blærebetændelse. Det er alt sammen indsatser, der gavner den ældre, og det er jo her, vi kan gøre noget ved de mange forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, som vi har i vores sygehusvæsen. Og derfor gavner aldersdifferentiering også de ældre. Vi retter fokus på en proaktiv forebyggelsesindsats ude i kommunerne, så vi i højere grad kan sikre os mod, at borgeren er svingdørspatient mellem kommune og sygehus.

Kl. 11:05

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Værsgo.

Kl. 11:05

Forhandling**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Jamen er sundhedsministeren fuldstændig sikker på, at social- og sundhedsassistenten ikke opfordres til også at overveje at se tiden an og forsøge andre tiltag, alene fordi det bliver dyrere, skønt en hurtig indsats og en hurtig behandling ville have været at foretrække?

Kl. 11:05

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Ministeren.

Kl. 11:05

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Jeg vil gerne gentage, at det her lovforslag ikke ændrer en tøddel på den enkelte læges tilskyndelse til at indlægge den enkelte borger. Og jeg synes simpelt hen, det er absurd, hvis man tror eller forestiller sig, at lægerne begynder at sige: Jeg vil lige se dit sygesikringskort, inden jeg beslutter, om jeg vil indlægge dig, for jeg skal lige se, hvor gammel du er. Sådan er der jo ikke nogen læger der tænker, og det kommer heller ikke til at ske med det her lovforslag. Og derfor er det sådan, at hvis man som borger har behov for sygehusindlæggelse, uanset om man er 2 år, 12 år, 24 år, 64 år eller 84 år, så skal man selvfølgelig indlægges – det siger sig selv.

Kl. 11:06

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Så er det fru Pernille Schnoor, Alternativet.

Pernille Schnoor (ALT):

Ministeren har flere gange nævnt nogle eksempler på, hvad man kan gøre ude i kommunerne, f.eks. i hjemmeplejen, og nævner noget med behandling af sår og andre forslag. Jeg vil bare gerne høre, om ministeren mener, at man ikke gør det i forvejen, f.eks. i hjemmeplejen. Er det noget nyt, at man skal til at gøre de her ting i kommunerne?

Kl. 11:06

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Værsgo til ministeren.

Kl. 11:06

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Det er ikke noget nyt. Vi skal bare have flere kommuner til at gøre det bedste. Det er ingen hemmelighed, at der også er en betydelig kvalitetsforskel ude i kommunerne, i forhold til hvilken sundhedsindsats de leverer, og det kommer i øvrigt tydeligt til udtryk, når det er, man dykker ned og kigger på, hvad det er for en indsats, der bliver leveret i den enkelte kommune. Vi skal senere her i dag behandle regeringens lovforslag om færdigbehandlingstakster, og det er et meget godt eksempel på, at der er nogle kommuner, som man må sige ikke helt får løftet den opgave og det ansvar, som andre kommuner udmærket godt kan finde ud af at løfte. Så det er ikke en ny opgave, men det handler om, at flere skal gøre som de bedste.

Kl. 11:07

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Fru Pernille Schnoor.

Kl. 11:07

Pernille Schnoor (ALT):

Nu var det bare, fordi der blev nævnt flere eksempler, hvor det for mig at se lød, som om det er noget, man gør i forvejen ude i kommunerne, og der er da selvfølgelig en forskel. Det er jo også derfor, at det her kan ramme nogle kommuner, som så ikke i så høj grad har økonomi til at tage sig af de ældre på samme måde, som andre kommuner vil have. Men jeg er klar over, at det også er Kommunernes Landsforening, der har været med til at ønske det, og som ministeren selv påpeger, vil der jo være meget stor forskel fra kommune til kommune. Men er det ikke ministerens indtryk, at kommunerne i forvejen arbejder med nogle af de forslag, som ministeren er kommet med, også forebyggelse i forhold til den her ældregruppe?

Kl. 11:08

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Værsgo, ministeren.

Kl. 11:08

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Den anden dag deltog jeg på en konference om »I sikre hænder«, som jeg håber de fleste kender, i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, og én ting, som det dér var bandlyst at sige fra de deltagende kommuners side, var: Det sker ikke hos os. Det sætter jo netop fokus på vigtigheden af hele tiden at sikre den bedste indsats på sundhedsområdet. For ja, som mange af de eksempler, jeg har nævnt i dag, viser, er det jo selvfølgelig også det, man allerede gør i kommunerne i dag. Men gør man det i et tilstrækkeligt omfang? Nej. Og kan man gøre det bedre? Ja. I stedet for blot at sige, at alt er perfekt ude i kommunerne, og at det ikke kan blive bedre, tror jeg alle er enige om, at vi selvfølgelig kan få løftet den forebyggende indsats ude i kommunerne, og det er det, som Kommunernes Landsforening også gerne vil være med til, og det vil kommunerne gerne være med til, ved at de nu får en økonomisk tilskyndelse til at sætte ind med fore-

byggende indsatser der, hvor man kan gøre en forskel ude i den virkelige verden.

Så er jeg nødt til at korrigere ordføreren i forhold til, at man siger det her med, at det rammer kommunerne. Jeg har gentaget flere gange nu, at kommunerne jo bliver kompenseret via udligningssystemet, i det omfang at man eksempelvis har flere ældre eller flere småbørn og som en konsekvens deraf får højere udgifter.

Kl. 11:09

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak til ministeren.

Der er ikke flere, der har bedt om ordet, og så er forhandlingen sluttet.

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundheds- og Ældreudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det næste punkt på dagsordenen er:

2) 1. behandling af lovforslag nr. L 75:

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven. (Justering af takster for somatiske færdigbehandlingsdage).

Af sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde).

(Fremsættelse 10.11.2016).

Kl. 11:09

Forhandling

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Forhandlingen er åbnet, og det er hr. Flemming Møller Mortensen, Socialdemokratiet. Værsgo.

Kl. 11:09

(Ordfører)

Flemming Møller Mortensen (S):

Tak for det. Når man taler om sundhedsvæsenet og man hører begreber som overbelægninger, man hører, at patienter og borgere ikke kan komme hjem fra sygehuset, når de faktisk er færdigbehandlet, er det meget negativt, det klinger negativt. Det er negativt, og det er negativt, fordi det at ligge for lang tid på sygehuset og være indlagt, rent faktisk er en risiko for patienterne, ud over det at det hyppigt ikke er særlig rart. Hvorfor er det en risiko? Jo, det er det, fordi man faktisk udsættes for en meget stor fare, når man er indlagt på sygehusene. Tænk bare på de mange eksempler, vi hører om, med alvorlige infektioner, man får.

Lovforslaget her har som mål, at patienter og borgere ikke skal udsættes for det her, at man skal reducere antallet af patienter, som må forblive indlagt på sygehusene, fordi kommunerne ikke er klar til at tage dem hjem. Derfor er formålet at styrke kommunernes incitamenter til at hjemtage de færdigbehandlede patienter. Det vil, som jeg siger, både gavne patienterne og borgerne, men det vil også gavne vores samlede sundhedsvæsen, fordi vi helt klart vil udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet bedre.

Forholdet er sådan i dag, at kommunerne skal betale 2.000 kr. hver eneste dag, de har en borger indlagt på sygehuset, hvor patienten er meldt færdig til at komme hjem. Er det incitament så godt nok? Nej, det er det åbenbart ikke, fordi der stadig væk er alt for mange patienter, der må blive på sygehusene, og som jeg siger, medfører det jo også en anden negativ ting, og det er, at der mange gange ikke er senge nok på sygehusene, og at man dermed får overbelæg-

ninger. Lovforslaget lægger op til, at kommunernes incitament, det, at de skal betale, hæves. De første 2 dage hæves det fra 2.000 kr. til 4.000 kr., og når man når ud på tredjedagen og dagene derefter, er det faktisk 6.000 kr. pr. dag, der skal betales.

Socialdemokratiet har det helt klare mål, at alle 98 kommuner i Danmark skal være i stand til at sikre såvel den nødvendige kapacitet som den rigtige, høje faglige hjælp, så borgerne, uanset hvornår de meldes færdigbehandlet på sygehuset, kan komme hjem, enten hjem til eget hjem eller til en kommunal institution. Det her er ikke blot et ideal. Det her er faktisk en helt klar forventning, vi har i Socialdemokratiet.

Vi har også en helt klar forventning om, at man for det, vi taler så hyppigt om, som er overgangen fra sygehus til kommune, sektorerovergangene, får sikret en væsentlig bedre koordinering, væsentlig mere smidighed, væsentlig mere sikring af, at de faglige og nødvendige oplysninger glider fra sygehuset og ud til kommunerne. Socialdemokratiet lytter til høringssvarene og også bekymringerne om, at den her ordning og den her ændring måske vil betyde yderligere bureaukrati. Sådan må det ikke være.

Derfor synes jeg også, at vi i lovforslaget skal indbygge en opmærksomhed på, at ordningen skal være smidig, og vi skal også indbygge i loven, om loven kommer til at virke efter hensigten. Derfor er Socialdemokratiets ønske, at ministeren laver en status efter et år eller halvandet og informerer os i Sundhedsudvalget om, hvordan det går. Det er jo meningen, at loven her skal træde i kraft fra begyndelsen af 2018. Det er også Socialdemokratiets ønske, at vi skal lave en evaluering af den her ændring. Vi må finde ud af, om det har den ønskede effekt eller ej.

Lovforslaget lægger op til, at de penge, der måtte komme ind fremover på grund af de højere takster for færdigbehandlede patienter, skal fordeles til kommunerne i den enkelte region alt efter størrelsen på kommunen. Det er sådan i lovforslaget, at regionen fortsat skal have den takst, de får nu, på omkring 2.000 kr. pr. dag.

Lovforslaget nævner også, at ministeren har mulighed for, hvis ikke loven får den ønskede effekt med at reducere antallet af færdigbehandlede patienter, at der kan indføres en puljemodel. Vi bider hos Socialdemokratiet meget mærke i, at kommunerne er meget kritiske heroverfor, fordi det rent faktisk vil betyde, at der vil komme færre penge til servicerrammen til kommunerne. Det er vi fra socialdemokratiske side meget betænkelige ved, og derfor vil vi frem mod tredjebehandlingen arbejde for, at sundhedsministeren skal være forpligtet til at orientere Sundhedsudvalget, hvis ministeren måtte gå med sådanne overvejelser.

Hvis ministeren og regeringen kan imødekomme de krav, jeg har skitseret fra Socialdemokratiets side, vil vi støtte det her lovforslag.

Kl. 11:14

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak for det. Der er lige en kommentar fra hr. Peder Hvelplund. Værsgo.

Kl. 11:15

Peder Hvelplund (EL):

Tak. Jeg skal bare høre den socialdemokratiske ordfører om noget, i forbindelse med at vi nu opbygger det her system med økonomiske incitamenter. Vi har gennem de seneste år set, at antallet af liggedage inden for sygehusvæsenet er kraftigt faldende. Det har jo bl.a. også betydet, at mange sygeplejersker i den kommunale hjemmepleje giver udtryk for, at de oplever, at patienter kommer hjem for tidligt, altså patienter, der ikke er færdigbehandlede. Giver det ikke anledning til bekymring hos den socialdemokratiske ordfører, at hele det her system med økonomiske incitamenter netop kan komme til at fremme kassetænkningen, hvor regioner kan spekulere i at få patienterne ud så hurtigt som muligt og kommunerne kan blive nødt til at hjemtage patienter, som de reelt set ikke har et behandlingstilbud til?

For som ordføreren også selv gør opmærksom på, må fokus jo være på, at patienterne får den fagligt set rigtige behandling, ikke på økonomiske incitament, der så afgør, om patienten skal være på et sygehus eller ude i den kommunale hjemmepleje.

Kl. 11:16

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Ordføreren.

Kl. 11:16

Flemming Møller Mortensen (S):

Tak for spørgsmålet. Jeg præciserer netop i min ordførertale, at det er vores klare forventning, at kommunerne opbygger den rigtige kapacitet og ikke bare en faglighed, men en faglighed, der er rigtig – og den skal også være høj. Det er jo klart, at det er her, der foregår et spil, for vi har 98 kommuner, og der er en meget stor variation i, hvad det er, kommunerne kan og vil, hvordan de har investeret, og hvordan de styrker deres faglighed eller måske endda ligefrem skruer ned for den. Der er vi fra Socialdemokratiets side fuldstændig klare, og det er derfor, jeg siger, at det ikke er noget ideal, men en klar forventning, at kommunerne skal kunne det her. Det skal være sådan, at personalet, der er ansat i kommunerne, er trygge ved, at patienterne, borgerne, kommer hjem, og det er de, hvis de har den rigtige faglighed, og hvis normeringen og kapaciteten er den rigtige, og det skal den være. Vi vil ikke spise nogen borgere i Danmark i nogen som helst kommune af med en kvalitet, som ikke lever op til det, som er vores helt klare forventning. Derfor skal vi også sørge for, at økonomien og rammesætningen er robust og rigtig.

Kl. 11:17

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 11:17

Peder Hvelplund (EL):

Men nu er det jo bare sådan, at vi i dag allerede kan se, at det er en problematik. Heldigvis er det jo sådan, at antallet af liggende færdigbehandlede patienter er for nedadgående, og at der heldigvis igennem sundhedsaftaler er blevet lavet et godt stykke arbejde kommuner og regioner imellem. Men jeg synes da, det er bekymrende, at vi, når vi kan se, at det allerede er et problem i dag, så skaber nogle incitament, der netop kan være med til at øge det problem, at patienter kommer hurtigere hjem fra sygehuse, uden at det faglige personale vurderer, at der er et kvalificeret tilbud til dem. Så vil jeg i øvrigt bare lige til slut kvittere for, at Socialdemokratiet har stor opmærksomhed på det pres, der kan opstå på kommunernes likviditet, hvis den her puljeordning bliver gennemført. Den opmærksomhed vil vi dele.

Kl. 11:18

Formanden (Pia Kjærsgaard):
Værsgo.

Kl. 11:18

Flemming Møller Mortensen (S):

Tak for det. Det, der er vores helt klare opfattelse, er, at der ikke er nogen borgere, der skal være indlagt på sygehuset 1 time mere end nødvendigt, for det er ikke godt for borgerne. Det er ikke, fordi vi vil spare penge. Det er, fordi vi vil øge kvaliteten. Vi vil passe på borgerne, vi vil øge patientsikkerheden. Derfor er den store udfordring ikke på sygehuse, som jeg ser det. Den store udfordring kan være, at der sniger sig en økonomisk kassetænkning ind. Det må der ikke gøre, og det er derfor, jeg stiller krav om, at vi skal evaluere, at vi skal få en status på det her, og det skal ministeren bakke op, for at vi siger, at vi fra socialdemokratisk side støtter det her lovforslag. Men

det, Enhedslistens ordfører også skal sige til sig selv, er, at vi jo har en incitamentsstruktur i dag – det koster 2.000 kr. pr. døgn. Derfor kan man sige, at det også må være i Enhedslistens interesse, at der ikke er patienter, der ligger unødvendig lang tid på sygehuset. Så vi må prøve det af. Vi må se, om det her vil virke.

Kl. 11:19

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak for det, tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Liselott Blixt, Dansk Folkeparti.

Kl. 11:19

(Ordfører)

Liselott Blixt (DF):

Hvis der er noget, vi kæmper for i Dansk Folkeparti, så er det at sikre, at ældre borgere får den bedste behandling i vores sundhedsvæsen. Vi hører desværre alt for ofte om, at der ligger patienter på gangene, specielt ældre medicinske patienter, der får en uværdig behandling, og at der er for lidt personale. Det skal der gøres noget ved, og det har vi flere gange taget op med siddende ministre. Inden for det seneste år har vi sammen med den siddende sundhedsminister også taget initiativer i forbindelse med den medicinske patient. Det drejer sig om en akutupakke, så vi hindrer overbelægning. Nogle af de ting er startet og er i gang, og jeg håber, at vi inden længe begynder at kunne se virkningen af det.

Desværre har vi så også ofte kunnet se, at færdigbehandlede patienter ikke kommer hjem, for kommunerne er ikke klar til det. Nogle gange har man mistanke om, at de ikke har nok plejeboliger, og så er det jo billigere at lade borgeren ligge på sygehuset i stedet for at bygge de boliger, der er brug for. Sidste gang, der kom sådan en geografisk oversigt over, hvilke kommuner der har flest færdigbehandlede, fremgik det, at det faktisk er nogle af de rige kommuner og også sådan en som Københavns Kommune. Man har penge til mange andre sjove ting, men det kunne jo være, at man i stedet for skulle prioritere boliger og aflastningspladser til de ældre borgere. Derfor støtter vi det her initiativ, hvor prisen i forbindelse med de færdigbehandlede patienter sættes op.

Jeg vil dog gerne understrege, at for Dansk Folkeparti handler det om ikke at sende en patient for hurtigt hjem; man skal være parat til udskrivning. Det er ikke alle, som er færdigbehandlede, når lægerne mener, at man nu kan komme hjem. Der skal være styr på det hjemme i kommunen, for meget af behandlingen foregår derhjemme. Så med den her lov skal vi også sikre, at borgeren er udskrivningsparat.

Der er i dag mellem 35.000 og 40.000 somatiske færdigbehandlingssager om året, og det vil sige, at der i disse dage ligger en borger, som faktisk er klar til at tage hjem, men at kommunen ikke tager borgeren hjem. Det koster i dag kommunen 1.976 kr. pr. dag, og dette bliver nu fordoblet for de første 2 dage og tredobles fra dag 3 til dag 5. Den øgede betaling vil ikke tilfalde regionen, men tilbageføres regionens kommuner på anden vis. Det er en rigtig god ordning, når man gør det på den her måde, fordi det uanset hvad kommer kommunen til gode.

Jeg håber, at kommunerne vil tage det her til sig, altså at de opretter de boliger, der er brug for, at de opretter de akutstuer, som vi herindefra har defineret hvad skal indeholde, og at de sikrer, at der er nok personale til at kunne tage sig af de ældre borgere, der blot venter på at komme hjem enten hos sig selv eller på en stue, hvor vi ved der er personale til at tage sig af dem. Tak.

Kl. 11:22

Formanden (Pia Kjærsgaard):

Tak for det, tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Jane Heitmann, Venstre.

Kl. 11:22

(Ordfører)

Jane Heitmann (V):

I dag førstebehandler vi L 75, lov om ændring af sundhedsloven, der handler om justering af takster for somatiske færdigbehandlingsdage. Er man alvorligt syg, skal man være på et hospital, og når man er færdigbehandlet og rask, skal man hjem. Det lyder helt rigtigt og logisk, når man siger det, men virkeligheden er desværre ofte en anden.

Alt for ofte har vi hørt om patienter, som ligger færdigbehandlede på hospitalet og venter på at komme hjem. Det er synd for patienten, for hvem vil ikke hellere være hjemme i de trygge rammer, og det er ærgerligt for sygehuset, for en færdigbehandlet patient optager en seng, som en alvorligt syg kunne have haft glæde af. Og her starter så den onde overbelægningscirkel, hvor patienter ligger til offentligt skue på kolde hospitals gange, og den problemstilling tager vi alvorligt – ja, vi tager den faktisk meget alvorligt i Venstre.

De sidste 5 år har antallet af somatiske færdigbehandlingsdage ligget stabilt på omkring 40.000, og målet er, at det skal vi gøre bedre. En plads på gangen er ganske enkelt uværdigt, og i Venstre har vi længe haft blik for de udfordringer, som det giver de ældre medicinske patienter. Netop derfor har vi også sammen med de andre partier i blå blok taget initiativ til en handlingsplan for den ældre medicinske patient, og her er fire indsatsområder.

Et af fokuspunkterne er netop en nedbringelse af antallet af færdigbehandlingsdage på sygehuset, og skal vi i mål med den ambition, er der flere knapper, man kan dreje på. En af dem er færdigbehandlingstaksten, som kommunerne betaler til regionen for at have en færdigbehandlet patient liggende på et sygehus.

Med andre ord, vi kan øge det økonomiske incitament for kommunen til at tage de færdigbehandlede patienter enten hjem, hvis de er klar til det, eller f.eks. til en aflastningsplads, hvis borgeren er for rask til at være på hospitalet og for dårlig til at være derhjemme. Kommunen betaler i dag 1.976 kr. pr. dag til regionen. Oven i den takst vil kommunerne fremover skulle betale en statslig færdigbehandlingstakst på 1.976 for dag 1 og dag 2 samt 3.952 kr. fra dag 3 til dag 5.

Jeg har noteret mig, at både Ældre Sagen og Lægeforeningen i deres hørings svar peger på samarbejdet mellem region og kommune som afgørende for, at antallet af færdigbehandlingsdage nedbringes. Fra Venstres side deler vi det udgangspunkt, at et styrket og et forbedret samarbejde mellem region og kommune er afgørende, og jeg har en klar forventning om, at handlingsplanen for den ældre medicinske patient vil bidrage positivt til koordineringen, således at en ændret økonomisk incitamentsstruktur ikke kommer til at stå alene.

I det hele taget er der brug for, at vi styrker samarbejdet i det nære sundhedsvæsen, og her spiller de almenpraktiserende læger en betydelig rolle, men det kommer vi til at arbejde meget mere med, når Lægedækningsudvalget og udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kommer med deres rapporter først i det nye år.

Fra Venstres side kan vi bakke op om lovforslaget.

Kl. 11:25

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Der er ingen korte bemærkninger. Den næste ordfører er hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten.

Kl. 11:25

(Ordfører)

Peder Hvelplund (EL):

Tak. Formålet med L 75 er at styrke kommunernes incitament til at hjemtage somatisk færdigbehandlede borgere fra sygehuset. Det gøres ved at øge de kommunale færdigbehandlingstakster. Kommuner-

ne skal ud over at betale til regionen også betale til en statslig pulje, som herefter udlodder midlerne igen inden for regionen, altså en form for dobbeltsanktion.

I Enhedslisten er vi helt enige i den overordnede hensigt, altså at færdigbehandlede patienter ikke skal optage plads på sygehusene. Det er helt afgørende for at sikre et højt fagligt niveau, at patienter befinder sig der, hvor de får den fagligt set bedste behandling, uanset om det er på et sundhedscenter eller på et sygehus. Derfor er det da også glædeligt, at antallet af færdigbehandlede patienter på sygehusene nu er faldende.

Der er imidlertid en række problemer med tilgangen i lovforslaget, som vi finder kritisabel, og som gør, at vi derfor ikke umiddelbart kan støtte lovforslaget. Vi finder det bekymrende, at man fokuserer på muligheden for at straffe kommunerne økonomisk. Der er ingen tvivl om, at det er et stærkt incitament, men det kan omvendt have den risiko indbygget, at kommuner alene af økonomiske hensyn hjemtager patienter, som de set ud fra et fagligt synspunkt ikke kan tilbyde kvalificeret pleje. Jo større straf, jo større risiko. Det er allerede et velkendt problem. Ifølge en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd fra 2015 er det hele otte ud af ti kommunalt ansatte sygeplejersker, der inden for den sidste måned har oplevet, at borgerne ikke er færdigbehandlet, når de udskrives fra hospitalet til eget hjem eller plejebolig. Det er bare en bekræftelse af, at der er en alvorlig snitfladeproblematik mellem regioner og kommuner, som vi mener skal løses gennem det lokale samarbejde og i sundhedsaftalerne, ikke gennem økonomiske straffeforanstaltninger.

Ligeledes bekymrer det os, at der med puljeordningen kommer endnu mere pres på kommunernes likviditet. Kommunernes økonomi er i forvejen hårdt presset, og en yderligere straffeforanstaltning kan presse økonomisk trængte kommuner yderligere. Det vil have præcis den modsatte effekt af lovforslagets intention, nemlig at vi risikerer at få et dårligere tilbud til borgeren, der bliver hjemtaget fra sygehuset.

Frem for økonomisk straf ser vi langt hellere initiativer, der støtter det sammenhængende sundhedsvæsen – initiativer, der styrker samarbejdet mellem almen praksis og sygehus og kommune, hvor man styrker både regionernes og kommunernes økonomi, så de får mulighed for at etablere et sammenhængende forløb med patienten i centrum. Med den foreslåede puljeordning øger vi også risikoen for en øget bureaukratisering. Det bliver endnu en pulje, som kommunerne kan søge midler i, og vi frygter, at det kommer til at fremme kassetænkningen mellem kommuner og regioner endnu mere.

Helt grundlæggende mener vi, det er en forkert vej at gå. Vi anerkender problemstillingen – færdigbehandlede patienter skal ikke ligge på sygehusene, men med den ensidige fokusering på målstyring og økonomiske sanktioner er vi bekymrede for, at det bliver økonomiske betragtninger på et excelark, der bliver det primære, ikke den lægefaglige vurdering, hvor patientsikkerhed og arbejdsmiljø bliver sat i højsædet.

Derfor kan Enhedslisten ikke støtte forslaget, men vi vil stille en række spørgsmål til det i udvalgsbehandlingen.

Kl. 11:29

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Der er en kort bemærkning fra fru Jane Heitmann, Venstre.

Kl. 11:29

Jane Heitmann (V):

Jeg har bare et kort spørgsmål – en præcisering. Jeg er ikke sikker på, at jeg forstod ordføreren tale helt rigtigt. En statslig pulje er jo ikke givet som en del af lovforslaget, og jeg skulle bare være sikker på, at ordføreren er enig med mig i det.

Kl. 11:29

Kl. 11:32

Fjerde næstformand (Mette Bock):
Ordføreren.

Peder Hvelplund (EL):

Det er jeg fuldstændig enig i. Men det ændrer ikke ved det, at det er en del af lovforslaget, og at det er en del af lovforslaget, der kan blive udmøntet i praksis. Det er blot den del, vi udtrykker en stærk bekymring for, fordi man netop kan risikere, hvad Kommunernes Landsforening også giver udtryk for i deres høringsvar, dels en øget bureaukratisering, dels at kommunernes likviditet kan komme under øget pres. Og det er derfor, vi vil se på det med stor skepsis, og jeg kunne høre, det er en bekymring, som Socialdemokratiet heldigvis også deler.

Kl. 11:30

Fjerde næstformand (Mette Bock):
Fru Jane Heitmann.

Jane Heitmann (V):

Tak til ordføreren for at præcisere, at puljen alene er en mulighed, såfremt kommunerne ikke hjemtager deres patienter og det jo ikke ligger, hvad skal man sige, på den måde som en del af lovforslaget. Det var bare det, jeg skulle have præciseret. Så tak.

Kl. 11:30

Fjerde næstformand (Mette Bock):
Tak til ordføreren. Dermed går vi til den næste ordfører, som er fru May-Britt Katstrup, Liberal Alliance.

Kl. 11:30

(Ordfører)

May-Britt Katstrup (LA):

Tak for det. Det er sådan, at vi desværre alt for ofte ser, at patienter, som er klar til udskrivning fra hospitalet, alligevel ikke bliver udskrevet og måske endda skal ligge i en seng på gangen. I alt tilbringer patienter med somatiske sygdomme mellem 35.000 og 40.000 flere dage på hospitalet, end de burde. Det er ikke værdigt, og det er forbundet med stort ubehag. Derfor øges kommunernes incitament til at hjemtage de patienter, som er klar til det. Incitamentet øges ved at øge den såkaldte færdigbehandlingstakst.

Derudover har vi med den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient afsat 1,2 mia. kr. til konkret og målrettet indsats på det her område.

Det har vist sig, at nogle regioner er rigtig gode til at undgå patienter på gangene, og det har også vist sig, at nogle kommuner er rigtig gode til at få patienter hjem, når de er udskrivningsparate. Jeg håber meget, at den viden, som de kommuner og de regioner har, kan spredes til andre regioner og kommuner, så vi fremover ikke vil se patienter på gangene.

Udover det har forslaget altså til formål at skabe et bedre samarbejde mellem region og kommuner til glæde for patienterne. Derfor støtter Liberal Alliance forslaget.

Kl. 11:32

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Pernille Schnoor, Alternativet.

(Ordfører)

Pernille Schnoor (ALT):

Regeringen ønsker med L 75 at nedbringe overbelægningen på landets sygehuse, så ingen så vidt muligt skal ligge på gangene. Derfor vil regeringen med det her forslag styrke kommunernes incitament til at hjemtage borgere, der er somatisk færdigbehandlet, tidligere fra sygehuset.

Vi er selvfølgelig helt enige i, at det er uværdigt at ligge på gangene, og vi er også helt enige i, at der skal findes løsninger på overbelægningsproblemerne – det kan man nok ikke være uenig i. Vi er bare igen ikke helt enige i metoden. Der er brug for en løsning på tværs af sektorer, en løsning i forhold til samarbejdet mellem kommunerne og regionerne, og her mener vi ikke, at økonomiske incitament i form af en slags straf til kommunerne vil løse problemerne. Så nemt tror vi desværre ikke det er.

Derudover mener vi, at den pulje, der bliver nævnt i lovforslaget, som beskrives som en slags omprioritering fra kommune til stat og tilbage igen, virker noget uklar og meget bureaukratisk.

Så kort fortalt kan vi ikke umiddelbart støtte lovforslaget, da vi ikke tror på, at den slags økonomiske incitamentmodeller kan løse udfordringerne. I stedet ønsker vi i Alternativet langtidsholdbare løsninger, der fremmer samarbejdet mellem sektorerne. Men vi vil stille en række spørgsmål i udvalget.

Kl. 11:33

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Hermed går vi videre til Det Radikale Venstres ordfører, fru Lotte Rod.

Kl. 11:33

(Ordfører)

Lotte Rod (RV):

Tak. Når man bliver syg, skal man have en god behandling, uanset om man er høj eller lav, rig eller fattig. Det er noget af det vigtigste i vores velfærdssamfund. Og for at vi kan have et stærkt sundhedsvæsen, skal vi bruge pengene klogt. Et af de steder, vi kan blive bedre, er i forhold til de færdigbehandlede patienter, som ikke kan komme hjem. Der er mellem 35.000 og 40.000 færdigbehandlingss dage om året, hvor en færdigbehandlet patient optager en sengeplads på et sygehus.

Formålet med den her lov er at give kommunerne en tungere økonomisk grund til at hjemtage de borgere, som er færdigbehandlede. Færdigbehandlingstaksten for kommunerne bliver fremover knap 4.000 kr. for dag et og to og knap 6.000 kr. fra og med tredje dag. Det svarer til en fordobling for dag et og to og en tredobling fra dag tre og frem. Det er altså noget, der kan mærkes.

I Radikale Venstre støtter vi som udgangspunkt lovforslaget, selv om jeg har den samme bekymring her, som jeg havde til L 74, som vi lige har behandlet. For grundlæggende er jeg betænkelig ved den økonomistyring og kassetænkning, der er på sundhedsområdet. Selv om forslaget forhåbentlig får nogle kommuner til at tænke i nyt og bedre, så kan det også slå igennem som besparelser i de kommuner, som ikke er særlig gode til at få borgerne hjem, og hvor ledelsen ikke udnytter muligheden for at gøre det bedre, men bare skærer ned.

Derfor tror jeg, som jeg også sagde til L 74, at vi som Folketing skal være mere optaget af, hvordan vi kommer af med den meget stramme økonomiske kassetænkning og i stedet formår at skabe sammenhæng og mening for den enkelte patient. Det kræver god ledelse, og det kræver en ny investeringsmodel, som gør det muligt at sætte tidligt ind. Det vil jeg gerne arbejde for.

Kl. 11:36

Kl. 11:40

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Kirsten Normann Andersen, SF.

Kl. 11:36

(Ordfører)

Kirsten Normann Andersen (SF):

Tak for det. Komplekst lungesyge hjertepatienter, komplicerede knoglebrud, kræftpatienter, forskelligartede hjerneskader, ja, fortsat selv listen over sygdomme, som vi i dag er i stand til at behandle i det etablerede sundhedssystem.

Vi behandler langt flere patienter i sundhedssektoren i dag, end vi gjorde for år tilbage. Det er godt. Men det har kun været muligt, fordi vi har dyrket specialiseringen. Til gengæld er finansiering og sundhedsstruktur til stadighed til debat, og jeg medgiver, at der er forbedringspotentialer. Man kan eksempelvis sagtens spørge sig selv, hvem der bedst kan rådgive og vejlede den nyopererede patient. Er det de specialiserede ansatte på hjerteafdelingen, eller er det generalisterne, som er ansat i kommunerne? Netop det spørgsmål er ofte til debat mellem kommuner og regioner, når de skal aftale, hvilke patienter kommunerne skal overtage i forhold til rehabilitering, for nogle patienter kan, måske med et par dages ekstra indlæggelse, oplære sig selv, mens andre skal have hjælp fra kommunen, når de kommer hjem. Det må til enhver tid være målet, at patienter i videst muligt omfang kan hjælpes til at hjælpe sig selv, og det må til enhver tid være målet, at patienterne får den bedste hjælp.

Hvis patienter ligger færdigbehandlede på sygehusene og godt kan udskrives, og hvis kommunerne rent faktisk spekulerer i at fastholde dem i sengen på hospitalet, fordi det økonomisk kan betale sig, selv om det koster en strafafgift, så giver det selvfølgelig mening at hæve afgiften. Men ved man noget om, hvorvidt det forholder sig sådan? Og hvis man ved det, hvorfor har man så ikke fået det ændret i økonomiaftalen? Hvis årsagen til, at der er for mange liggedage for færdigbehandlede patienter, er, at behandlingsafslutningen hele tiden rykkes frem, og at ordinerer af behandling og pleje i eget hjem øges, uden at kommunerne har mulighed for at følge med, så er det et strukturelt problem og ikke et økonomisk disciplinproblem. Hvis regionernes hospitaler så ovenikøbet har incitament til at fremrykke færdigbehandlingen, fordi det kan frigive ressourcer til andre og måske mere indbringende aktiviteter, så ville den foreslåede lovændring også føre til en uhensigtsmæssig adfærd. Hvis den markante forøgelse af kommunernes strafafgift så ovenikøbet fører til oprettelse af relativt dyre sygehussubstitutter i kommunerne, som alligevel er stærkt begrænsede i kapacitet og kan være af svingende kvalitet, så vil man samfundsøkonomisk tabe på ordningen.

Skal kommunerne undgå at betale strafafgift på antallet af færdigbehandlede patienter, som de ingen eller kun begrænset indflydelse har på, og får de ikke en udvidet aktivitetsramme, må der tages midler andre steder fra i hjemmeplejen til at betale for hurtig hjemtagelse. Det vil i sig selv øge en ukontrollabel opgaveglidning inden for hjemmeplejen, ældreplejen med flytning af ressourcer væk fra den ordinære pleje og praktisk bistand til sygehuslignende aktiviteter.

I SF mener vi i lighed med KL, at der med det her forslag er tale om bureaukrati af værste skuffe. SF kan heller ikke støtte forslaget i sin nuværende form, men vi vil stille en række spørgsmål under udvalgsbehandlingen. Vi vil bl.a. bede ministeren om at redegøre for, om det faktisk forholder sig sådan, at kommunerne spekulerer i at undlade hjemtagning af patienter, og ministeren må kunne redegøre for, om kommunerne faktisk har de fornødne ressourcer, både økonomisk og fagligt, til at hjemtage patienter, som eventuelt ligger færdigbehandlede i en hospitalsseng.

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Dermed er vi nået til ordføreren for Det Konservative Folkeparti, fru Mette Abildgaard.

Kl. 11:40

(Ordfører)

Mette Abildgaard (KF):

Tak for det. Vi lavede jo tidligere på året den her nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, og heri indgik en akupakke mod overbelægning. Det var en del af den aftale, vi lavede dengang, at der også skulle justeres på de her færdigbehandlingstakster med det klare formål at nedbringe antallet af patienter, som optager senge på landets hospitaler uden at have behov for det.

Det siger jo også sig selv, at det er torskedyt at have patienter liggende på gangene, fordi der mangler sengepladser, og samtidig have færdigbehandlede patienter liggende i sengene, fordi kommunen ikke har fået taget dem hjem. Skal vi forhindre dette, er de her færdigbehandlingstakster et effektivt redskab.

Før mig har flere andre ordførere været inde på, at vi har mellem 35.000 og 40.000 somatiske færdigbehandlingssenge om året, og 40 pct. af dem er dele af forløb, som er på over 10 færdigbehandlingssenge. Det er helt vildt!

En ting er, at det her er for dyrt for os som samfund, men prøv at tænke på det med udgangspunkt i det enkelte menneske, for det er jo der, det er allermost forrykt: Man er på et hospital, måske som ældre menneske, og man er sådan set færdig med sin behandling, men så skal man ligge på hospitalet i måske op til 10-14 dage, indtil kommunen er klar med et tilbud til en. Vi har noget dygtigt personale på vores hospitaler, der er også kommet bedre mad i løbet af de sidste par år, men det er saftuseme ikke et sted, jeg har lyst til at skulle ligge 10 dage som færdigbehandlet.

Så vi skal både gøre det her, fordi det økonomisk er tåbeligt at have så mange af de her færdigbehandlingssenge, men vigtigst af alt er det, at vi ikke kan være det bekendt i forhold til de enkelte patienter.

Kl. 11:42

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Der er en kort bemærkning fra hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten.

Kl. 11:42

Peder Hvelplund (EL):

Det er bare, fordi nogle gange får ordføreren det til at lyde så utrolig simpelt, altså, at det er, som om kommunerne bare lader de her patienter ligge, fordi det er lige så rart at have dem til at ligge dér, som det er at have dem til at ligge et andet sted. Det er jo ikke sådan, virkeligheden er. Hvis kommunerne havde muligheden for bare at hjemtage de her patienter, gjorde man det jo. Jeg vil bare gerne bede ordføreren om at forholde sig til det faktum, at otte ud af ti sygeplejersker i den kommunale hjemmepleje giver udtryk for, at de får patienter hjem, inden de betragter dem som værende færdigbehandlet, altså borgere, som får et tilbud, som ikke er velkvalificeret ud fra det faglige personale, der skal behandle dem. Giver det ikke anledning til bekymring?

Kl. 11:43

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Ordføreren.

Kl. 11:43

Mette Abildgaard (KF):

Jamen det, man ser, når man kigger på det her, er jo, hvor enorm stor forskel der er kommunerne imellem, alt efter hvor dygtig man er til at hjemtage færdigbehandlede patienter, og det hænger jo utrolig meget sammen med de tilbud, man så har i kommunalt regi til de patienter, som er færdigbehandlet i hospitalsøjemed, men som stadig væk har brug for en ekstra opmærksomhed, og der er de her akutpladser jo helt centrale, som vi også indgået en aftale om at der nu skal etableres i alle kommuner, som skal kunne håndtere den her type af patienter.

Kl. 11:43

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 11:43

Peder Hvelplund (EL):

Selvfølgelig kan det med akutpladser være en del af løsningen, men virkeligheden er jo bare, at vi, uanset om vi ser på regionen eller vi ser på kommunerne, samstemmende hører fra personale og fra faglige organisationer, at de er under et ekstremt pres både i forhold til arbejdsmiljø og i forhold til patientsikkerhed. Det er klart, at der er nogle kommuner, der er mere udfordret end andre. Jeg har bare svært ved at tro, at det alene er af ond vilje, og at bare det, at vi lægger en yderligere økonomisk sanktion ind, skulle gøre, at så løser de bare opgaven. Kan man ikke have en bekymring for, at præcis i de kommuner, der er udfordret i forvejen, ved at de får en yderligere økonomisk straf, bliver det endnu sværere for de borgere, der bor der?

Kl. 11:44

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Ordføreren.

Kl. 11:44

Mette Abildgaard (KF):

For mig handler det om, at vi bruger samfundets ressourcer mest intelligent. Jeg taler også med masser af sygeplejersker på landets hospitaler, som fortæller om, hvordan de er ekstremt presset. Ja, det er de jo bl.a. af mange af de patienter, der ligger på gangene, patienter, der ikke burde ligge på gangene, fordi der er andre patienter, der optager senge, som ikke burde optage senge. Så det er jo ikke hensigtsmæssigt, at vi holder nogle patienter på hospitalerne til stress for personalet der frem for at flytte dem hjem, hvilket også er i den enkeltes interesse. Så det er jo et stort puslespil, der skal gå op, men jeg mener bare ikke, at det er til fordel for nogen at holde mennesker på hospitalet længere tid end højst nødvendigt.

Kl. 11:44

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Der er en kort bemærkning fra fru Kirsten Normann Andersen, SF.

Kl. 11:44

Kirsten Normann Andersen (SF):

Jeg undrer mig da over, om ordføreren simpelt hen har eksempler på, at patienter ligger på hospitalet i ti unødvendige dage.

Kl. 11:45

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Ordføreren.

Kl. 11:45

Mette Abildgaard (KF):

Jeg kan sige, at der står i det materiale, vi har fået, at der er mellem 35.000 og 40.000 somatiske færdigbehandlingsdage om året. 40 pct. af disse er dele af forløb med over ti færdigbehandlingsdage. Så hvis ordføreren læser i det lovmateriale, der ligger til grund for det her lovforslag, vil hun se det der.

Kl. 11:45

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Ordføreren.

Kl. 11:45

Kirsten Normann Andersen (SF):

Mener ordføreren, at kommunerne i alle de her forhold kunne have været beredte med specielle kompetencer til at tage vare på de patienter?

Kl. 11:45

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Fru Mette Abildgaard.

Kl. 11:45

Mette Abildgaard (KF):

Jeg har svært ved at se, hvorfor en kommune skal bruge mere end 10 dage på at tage imod en borger, som har behov for at komme hjem og få et passende tilbud. Jeg synes ikke, at det er tilfredsstillende, hvis kommunerne ikke kan løse den opgave.

Kl. 11:45

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Hermed giver vi ordet til sundheds- og ældreministeren. Værsgo.

Kl. 11:46

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Tusind tak for det, formand, og tak for bemærkningerne til lovforslaget. Det glæder mig, at vi er enige om, at vi skal gøre mere for at undgå, at der ligger patienter på gangene på vores sygehuse. Vi har allerede fra regeringens side taget rigtig mange initiativer og gjort rigtig meget, og nu kommer det her lovforslag så oven i.

Der er jo ikke nogen tvivl om, at det er uværdigt, at patienter bliver henvist til at ligge på gangene eller klods op ad elevatoren eller et skyllerum, fordi stuerne er fulde. Og det er uværdigt for borgerne at ligge på sygehusene, selv om de er udskrivningsparate og klar til at kunne komme hjem. Ingen af de to ting kan vi byde vores ældre medborgere, og et vigtigt skridt til at få løst de problemer er, at alle Danmarks 98 kommuner er klar til hurtigt at kunne hjemtage deres færdigbehandlede borgere, så vi kan få borgerne tilbage i trygge rammer ved hjælp af hjemmeplejen, så der kan blive mere plads på stuerne på de medicinske afdelinger til patienterne, og så vi opnår en bedre anvendelse af specialiseret personale og sygehuskapacitet. Vi får alt i alt mere og bedre sundhed for pengene.

Med lovforslaget her styrker vi derfor kommunernes incitament til at hjemtage de færdigbehandlede patienter fra sygehusene ved at øge færdigbehandlingstaksten. I dag er der 35.000-40.000 færdigbehandlede patienter i det danske sundhedsvæsen om året. Det svarer til, at hele Bornholms Hospital er fyldt op eller alle medicinske senge på Horsens Hospital. Det er rigtig, rigtig mange. Og af de 35.000-40.000 dage, er ca. 40 pct. dele af forløb med over ti færdigbehandlede patienter, dvs. dem, vi kalder langliggere – for også at adressere spørgsmålet fra SF's ordfører før; findes det? Ja, det gør det, og det gør det i høj grad. Det findes der desværre for mange eksempler på.

Det tyder jo på, at der er tale om nogle strukturelle brister i visse kommuner, og at det dermed ikke bare er en lille svipser sådan i ny og næ hen over weekenden. Vi mener, at det er alt for mange færdigbehandlingsdage og dermed også for mange spildte ressourcer. Derfor øger vi nu taksterne med lovgivning.

I et samlet sundhedsvæsen, der går på tværs af sektorer, er en klar arbejdsdeling mellem kommuner og regioner selvfølgelig rigtig vigtig. Det indebærer, at kommunerne hjemtager færdigbehandlede borgere, så snart behandlingen på sygehuset er afsluttet. Og ret skal være ret, de fleste kommuner i Danmark hjemtager allerede i dag straks borgere efter færdigbehandling. Det er godt, og det fortæller os jo, at det her ikke er en umulig opgave. Hvis alle kommuner derfor fortsætter med at gøre det godt, bliver de heller ikke berørt af lovforslaget.

Problemet med færdigbehandlingsdage vedrører hovedsagelig kommuner i Region Hovedstaden. Vi forventer med de nye takster, at de nu vil gøre en ekstra indsats for at hjemtage deres borgere; at de gør det samme, som alle andre kommuner tilsyneladende godt kan finde ud af, og dermed lærer af de bedste. Vi fordobler kommunernes færdigbehandlingstakst for dag et, og vi to- og tredobler taksten for dag tre og frem. Regionerne vil modtage samme takst som i dag, mens takstforøgelsen vil blive tilbageført til kommunerne under et inden for den enkelte region – for dermed også at svare på spørgsmålet fra Enhedslistens ordfører, der vel fik sagt noget i retning af, at nu fik regionerne et uheldigt incitament. Nej, det er jo lige præcis det, de ikke gør.

På den måde bliver pengene i det kommunale system, mens den enkelte kommune får et øget incitament til at hjemtage sine borgere, når de er færdigbehandlet på sygehuset. Den forhøjede takst fra dag tre og frem sender et signal om, at lange forløb, hvor hr. Olsen ligger langt over 10 dage, simpelt hen er uacceptable. Justerede færdigbehandlingstakster er en del af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient og regeringens indsats for at undgå overbelægning. Så de økonomiske incitamenter står ikke alene. Med den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, som er lavet sammen med de blå aftalepartier i finansloven sidste år, afsætter vi 1,2 mia. kr. til at løfte indsatsen over for de ældre medicinske patienter. Den indeholder også en prioritering på 415 mio. kr. til en akutupakke mod overbelægning, som øger sygehusenes kapacitet med bl.a. mere personale. En vigtig brik i at undgå overbelægning er også ud over flere varme hænder, at vi nedbringer antallet af færdigbehandlingdage. Det vil bidrage til, at der er senge og stuer nok til syge patienter i Danmark.

Lovforslaget vil være til glæde for borgeren, der kommer hurtigt hjem i trygge omgivelser. Det vil være til glæde for patienter på sygehusene, der får mere opmærksomhed fra personalet og mere plads på stuerne, og det vil være til glæde for sundhedsvæsenet, der samlet set får frigjort ressourcer. Samlet får vi altså en mere værdig behandling af borgerne i sundhedsvæsenet, mindre overbelægning og mere sundhed for pengene.

Jeg håber, at lovforslaget får en god udvalgsbehandling, og jeg svarer selvfølgelig på de spørgsmål, som udvalget måtte have i den sammenhæng.

Kl. 11:51

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ministeren. Der er en kort bemærkning fra hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten.

Kl. 11:51

Peder Hvelplund (EL):

Tak. Nu er det jo normalt sådan med de forslag her, at der bliver lagt stor vægt på, at der skal være ligestilling mellem somatik og psykiatri. Vi står her i dag med den helt særlige situation, at jeg faktisk er

glad for, at psykiatrien ikke bliver sidestillet med somatikken, for psykiatrien bliver jo friholdt fra det her.

Der er det bare sådan, at jeg synes, det er interessant, at når man kan se i høringsnotatet, at grunden til, at psykiatrien ikke kommer med, er, at det kan være risikabelt at øge incitamentet til at tage patienter hjem, hvis kommunerne reelt set ikke er klar, hvor er det så lige, at den mekanisme adskiller sig fra somatikken? Kan man ikke have præcis den samme bekymring om somatikken, nemlig at grunden til, at nogle af de patienter, der bliver meldt færdigbehandlet, ligger på sygehuset, er, at det reelt set ikke er et tilbud. Og hvem er det, der definerer, hvornår patienten er færdigbehandlet? Der kan jo også være nogle patienter, som faktisk ikke ønsker at komme tilbage til det tilbud, som kommunen kan stille op med.

Kl. 11:52

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Ministeren.

Kl. 11:52

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Psykiatriske patienter er ikke dækket af loven, da området er langt mere vanskeligt end det somatiske i forhold til at vurdere, om en borger er færdigbehandlet eller ej. Det er jo bl.a. noget af det, vi desværre har set en række meget uheldige sager med vold og drab på botilbud som følge af. Derfor synes jeg heller ikke, man kan sammenligne de her to områder.

Men hvis det på et senere tidspunkt skulle vise sig hensigtsmæssigt med en tilpasning i forhold til psykiatriske patienter, vil jeg meget gerne se på det. Men mit udgangspunkt er, at man ikke bare kan lave en en til en-fordeling og sige: Somatiske sygehuspatienter og psykiatriske sygehuspatienter gælder der det samme for. Vi skal da netop have fokus på den enkelte borger, den enkelte patient, og dermed jo ikke bare sige, at der skal gælde det samme, og at alt skal være det samme for alle, vel vidende at hvad der er godt for den ene, ikke nødvendigvis er det rigtige svar for den anden.

Kl. 11:53

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 11:53

Peder Hvelplund (EL):

Nej, men det er jo sådan set præcis det, det handler om. Og som jeg sagde, er jeg fuldstændig enig i og rigtig glad for, at psykiatrien ikke er kommet med i forhold til det her, for det kunne have nogle ganske drastiske konsekvenser. Jeg er blot bekymret for, at de konsekvenser, man frygter, og som det anerkendes her at der kan være inden for psykiatrien, bliver præcis de samme, vi kommer til at se inden for somatikken, nemlig at patienter bliver udkrevet, uden at der er det rigtige tilbud til dem, og at den, der i den situation kommer til at betale prisen, bliver patienten. Så kan man rette skytset mod regionen, og man kan rette skytset mod kommunen, men prisen, der bliver betalt, kommer patienten til at betale.

Kl. 11:53

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Ministeren.

Kl. 11:54

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Det er jeg ganske enkelt ikke enig i. For det første kan det her lovforslag ikke stå alene. Hvorfor er det, vi har lavet en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, hvori et centralt initiativ bl.a. er, at vi skal have styrket akutfunktionerne ude i kommunerne, så vi sikrer, at alle er parate til også at kunne hjemtage borgerne eller

sætte ind med forebyggende indsatser, så borgeren slet ikke får brug for at komme på sygehuset?

Dernæst, for det andet, prøv at kigge ud over danmarkskortet: Det er da paradoksalt, at det, som kommunerne, jeg havde nær sagt i hele Jylland, godt kan finde ud af, kniber det gevaldigt med for kommunerne i hovedstadsområdet. Kunne det ikke tænkes, at kommunerne i hovedstadsområdet kunne gøre det samme som kommunerne åbenbart kan finde ud af Jylland, og at vi dermed kunne få nedbragt antallet af færdigbehandlingsdage?

Kl. 11:54

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ministeren.

Da der ikke er flere, der har bedt om ordet, er forhandlingen slut.

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundheds- og Ældreudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det sidste punkt på dagsordenen er:

3) 1. behandling af lovforslag nr. L 76:

Forslag til lov om ændring af lægemiddelloven og vævsloven. (Sikkerhedskrav til lægemidlers emballage og øget sikkerhed ved distribution og eksport af humane væv og celler m.v.).

Af sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde).

(Fremsættelse 10.11.2016).

Kl. 11:54

Forhandling

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Forhandlingen er åbnet. Og den første ordfører er hr. Flemming Møller Mortensen, Socialdemokratiet.

Kl. 11:55

(Ordfører)

Flemming Møller Mortensen (S):

Tak for det. Lovforslaget her handler om patientsikkerhed, hensyn til borgerne og i det hele taget om hele tiden at bevæge os i den rigtige retning, når det drejer sig om patienternes sikkerhed og om fare for patienter. Der er to elementer i det her lovforslag, og de omhandler begge to implementering af direktiver og rammesætninger fra EU. Det handler først om lægemidlers sikkerhed og derefter om vævsloven, som skal sikre en god sporbarhed.

Det første element vedrører forfalskede lægemidler. Forfalskede lægemidler er desværre et stigende problem globalt set. Det siger sig selv, at kommer de her lægemidler, som er falske, hvor producenterne ikke er sikre på indholdet, og hvor producenterne ansvar ikke kan placeres, ind i de lovlige forsyningskæder i sundhedsvæsenet i Danmark eller andre EU-lande, så udgør det naturligvis en stor fare for de patienter, som forbruger medicinen. Derfor er det rigtig godt og fint, at man i EU er blevet enige om, at der skal laves stramninger på området. Fra dansk side implementeres de regler, man er blevet enige om, stille og roligt. Og det, lovforslaget her drejer sig om, er medicinens ydre emballage. Der stilles nu krav til, at der skal laves unikke stregkoder, sådan at man kan følge medicinen tilbage til produktionen. Pakningerne skal også sikres med en anbrudsanordning, så det er meget let for forbrugerne, patienterne, at se, om pakningen

har været åbnet, og det er med til at give en højere sikkerhed. Planen er, at den her del af loven skal træde i kraft i februar 2019.

Det andet element af lovforslaget drejer sig om vævsloven. Formålet her er, at sikkerheden for indberetningen af nødvendige oplysninger skal øges, så man kan undgå alvorlige uønskede hændelser. Danmark er et meget stort eksportland, hvad angår humane væv. Vi har store sædbanker, som i høj grad forsyner det europæiske marked og verdensmarkedet. Som det fremgår af lovforslaget, er der nu rejst tvivl om, om sporbarheden i forhold til donorsæd er i orden. Der er med lovforslaget lagt op til, at i stedet for distribution direkte til en hjemmeadresse skal distributionen af sæd foregå gennem registrerede vævscentre, fertilitetsklinikker og autoriserede sundhedspersoner eller lignende.

Er det så bare uden problemer? Der er i hvert fald blevet gjort opmærksom på nogle udfordringer, som vi fra Socialdemokratiets side mener at vi helt klart bliver nødt til at få undersøgt frem mod tredjebehandlingen. Man kan sige, at i forhold til danske forbrugere, danske patienter, som ønsker at få fertilitetsbehandling og gøre brug af sæden, er der ikke de store ændringer. Der er for mig og Socialdemokratiet at se i og for sig ikke de store problemer forbundet med det. Men hvis man kigger ud på det europæiske marked, vil man se, at der bl.a. fra LGBT-miljøets side er sat spørgsmålstegn ved, om den her danske lovændring vil være med til at begrænse og hæmme især enlige kvinders og lesbiske pars mulighed for at gøre brug af sæd fra danske sædbanker.

Jeg vil opfordre ministeren til, at vi frem mod tredjebehandlingen får taget initiativ til gennem Sundhedsudvalget at få indledt nogle drøftelser om de her konsekvenser. Jeg har fået svar på nogle spørgsmål, jeg har stillet, men jeg synes stadig væk, der er behov for, at vi får drøftet, om der fra dansk side vil være tale om en overimplementering af det, Kommissionen i EU siger vi skal. Vi ønsker ikke fra Socialdemokratiets side, at vi kan være med til at påføre europæiske forbrugere af sæd nogle ulemper, vi måske kunne være med til at undgå. Derfor mener jeg, at vi frem mod tredjebehandlingen bliver nødt til at drøfte det her nøjere. Men det er jo klart, at sporbarhed er væsentligt. Og som jeg også sagde indledningsvis i min ordførertale, er der en klar forpligtelse til, at sporbarheden skal være på plads, sådan at man kan undgå, at der opstår situationer, som ikke skulle være opstået, fordi man bliver smittet via den sæd, der er blevet leveret.

Som sagt synes vi, at det er fuldstændig klart, at det første element skal indføres; det støtter Socialdemokratiet. Men hvad angår det andet element om eksporten af sæd, er der nogle ting, som vi mener vi bliver nødt til at undersøge nøjere.

Jeg vil afslutningsvis sige, at vi godt er klar over, at enlige kvinder og lesbiske par også fremover vil have en mulighed for at komme til Danmark og købe sæden, få den udleveret via autoriserede kanaler, sundhedspersoner, og tage den med hjem. Men vi vil nødig være med til at understøtte nogle landes mangel på tolerance, ved at vi indfører en dansk lov, som kan hæmme forbruget og køb af sæd i andre lande.

Kl. 12:01

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Liselott Blixt, Dansk Folkeparti.

Kl. 12:01

(Ordfører)

Liselott Blixt (DF):

Intentionerne med det her forslag er at styrke og højne patientsikkerheden – dels ændres lægemiddelloven, så der sikres en god sporbarhed i forsyningskæden frem til forbrugerne for at undgå forfalskede lægemidler, dels ændres vævsloven, så også sporbarheden af doneret væv og celler sikres.

I Dansk Folkeparti er vi normalt meget skeptiske over for forslag fra EU, men her, hvor det gælder patientsikkerheden, mener vi at forslaget kommer de danske borgere til gode. Vi ser utrolig mange forfalskede lægemidler, og hvis de indtages af de danske forbrugere, der køber dem, vil det øge risikoen for, at de tager skade. Det er kun en del af en EU-forordning, og den handler mest af alt om emballagen, som skal sikre, at de etiketter og stregkoder, der sidder på den, er korrekte, så man undgår at lave fejl.

Med hensyn til ændringen af vævsloven skal vi her sikre, at kvinder, der får fertilitetsbehandling, også sikres, at den sæd, de modtager, er kontrolleret; og at man kan spore den til den enkelte donor. Vi har desværre set alt for mange uheldige sager med, at donorsæd havde ført nogle sygdomme med sig, så derfor hilser vi den her sikring velkommen. Der vil nu kunne ske en systematisk kontrol og registrering af sæddonorer, som vil kunne hindre forekomst af alvorlige uønskede hændelser, i form af at børn fødes med arvelige sygdomme, som kunne have været sporet, inden graviditeten blev en realitet.

Vi støtter de foreslåede procedurer i form af karantæne af donorer, hvis der er mistanke om alvorlige risici. Vi ved, at det med dette forslag kan blive mere omstændeligt, men fra DF's side ønsker vi den største sikkerhed, når det drejer sig om børn.

Tak for ordet.

Kl. 12:03

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Mange tak til ordføreren. Så er det fru Jane Heitmann, ordfører for Venstre.

Kl. 12:03

(Ordfører)

Jane Heitmann (V):

I dag førstebehandler vi lov om ændring af lægemiddeloven og vævsloven. Det er et forslag, som dels indeholder bestemmelser, der gennemfører dele af Europa-Parlamentets direktiv, der omhandler sikkerhedskrav til lægemidlers emballage, dels en ændring af vævsloven, hvor målet er at sikre en bedre regulering af vævsloven, så patientsikkerheden for så vidt angår sporbarhed af væv og celler øges.

Det lyder umiddelbart lidt kompliceret, men det er nu ikke så galt endda. Det skal være trygt at være patient i det danske sundhedsvæsen, og det skal være trygt at købe medicin i Danmark. Desværre har vi det seneste år set eksempler på, at forfalskede lægemidler har fundet vej til det danske marked. Vi har tidligere i Folketinget behandlet lovforslag, som sigter mod at dæmme op for den udvikling.

Vi er godt på vej, men med lovforslaget her gennemfører vi en række ekstra sikkerhedskrav til emballage, og det betyder bl.a., at der kommer to nye sikkerheds-elementer på receptpligtige medicin-pakninger og visse håndkøbspræparater. Det ene er en stregkode, som sikrer identifikation af den enkelte lægemiddelpakning, og den anden er en anordning, som skal sikre, at emballagen ikke har været brudt.

Derudover skal lægemiddelvirksomheder etablere et datalagrings-system, så man gemmer oplysninger om de lægemidler, der er forsynet med emballagesikring. Det, der er med lægemiddelkriminalitet, som der er med så mange andre former for kriminalitet, er, at den ikke kender til nationale grænser. Derfor giver det mening, at der oprettes både et nationalt og et fælles EU-datalager, så vi på tværs af grænser kan kontrollere og spore lægemidlers oprindelse og ægthed. Sporbarhed er omdrejningspunktet i lovforslagets anden del, der handler om vævsloven, hvor det vurderes, at den nuværende regulering ikke lever op til alle intentioner i EU's vævsdirektiv og i kommissionsdirektiver.

Hvad betyder det så? Det betyder også her, at patientsikkerheden ikke er optimal, når det handler om distribution og eksport af kønsceller direkte til privatpersoner. I Danmark siger lovgivningen, at en

sæddonor maksimalt må donere sæd til 12 graviditeter. Sagen er den, at når borgere fra f.eks. Sverige eller Norge modtager fertilitetsbehandling i de tilfælde, hvor de køber sæd i Danmark eller et andet land til f.eks. hjemmeinsemination, er det ikke altid, at de kvinder, der modtager sæden, indberetter, om de er blevet gravide eller ej.

Konsekvensen er, at vi i Danmark ikke kan holde styr på, om en sæddonor leverer sæd til 12 levedygtige graviditeter eller flere, som reglerne er i Danmark. Er det et problem? Ja. Hvorfor, kan man så spørge sig selv. Det er det, dels fordi der på nuværende tidspunkt er en underrapportering fra privatpersoner og der tilsyneladende pågår handel på de sociale medier med sædstrå, dels fordi man via indberetninger f.eks. holder øje med, om der fødes børn med alvorlige arvelige genetiske sygdomme, og den mulighed har man ikke, når man ikke har et overblik over antallet af graviditeter.

For os i Venstre er det indlysende, at der ikke er nogen, der kan have en interesse i at føde børn med alvorlige genetiske sygdomme. Det må være i alles interesse, at såfremt det opdages, at der er risiko for, at et barn fødes med en alvorlig genetisk sygdom, kan vi spore sæden, ligesom mulighederne for en permanent suspension eller tilbagekaldelse af vævstilladelser skal kunne iværksættes, såfremt reglerne ikke overholdes. Derfor er der behov for ud fra et patientsikkerhedsmæssigt hensyn, at vi strammer op, så sædbankerne ikke fremover sender sæd direkte til modtageren. I stedet skal den udleveres direkte til køberen på f.eks. en fertilitetsklinik.

Sundhedspersoner, der behandler børn født ved hjælp af f.eks. sæd fra en donor, har og vil fortsat have pligt til at indberette genetisk sygdom hos barnet. Jeg har noteret mig, at der er positive hørings svar fra Dansk Fertilitetsselskab, som hilser de foreslåede ændringer velkommen, ligesom jeg også har noteret mig, at Nordic Cryobank Group ikke kan støtte lovforslaget for så vidt angår afskaffelse af muligheden for direkte distribution til privatpersoner. Når vi fra Venstres side bakker op om de foreslåede ændringer, er det bl.a., fordi vi har et skarpt fokus på patientsikkerhed og dermed et stort ønske om, at også kvinder, som foretager hjemmeinsemination, i højere grad indrapporterer. De foreslåede ændringer er en vej at gå. Lad mig for god ordens skyld slå fast, at med lovforslaget her vil der gælde de samme regler for alle kvinder uanset nationalitet eller seksual orientering.

Fra Venstres side bakker vi lovforslaget op som fremlagt.

Kl. 12:08

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Hermed går vi videre til hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten.

Kl. 12:08

(Ordfører)

Peder Hvelplund (EL):

Tak for det. Lovforslaget omhandler en ændring i lægemiddeloven og i vævsloven, og i begge tilfælde er der tale om implementering af EU-direktiver. Jeg vil her i min ordførertale primært forholde mig til ændringerne i vævsloven, da vi anser dem for at være særskilt problematiske.

L 76 sigter mod at ændre vævsloven med det formål at sikre bedre sporbarhed og patientsikkerhed i forbindelse med brug af sæddonorer. For at øge sikkerheden for indberetning og opsporing af alvorlige uønskede hændelser ved brug af humane væv og celler, herunder donorsæd, indføres skærpede distributionskrav, som gør, at sæden fremover ikke må leveres direkte til køber, men i stedet skal fremsendes og distribueres via registrerede vævscentre, hospitaler eller autoriserede sundhedspersoner.

Det rejser nogle helt grundlæggende problemstillinger. Vedtages lovforslaget i sin nuværende udformning, vil det stort set umuliggøre hjemmeinsemination fremover, både i ind- og udland. Desuden kan

ønsket om hensyn til øget sporbarhed og rapportering sikres ved mindre indgribende tiltag.

Nogle af verdens største sædbanker er danskejede med sæde eller filialer i Danmark. I dag kan enkeltpersoner og par uanset geografisk bosted bestille donorsæd fra disse banker over internettet, få det fragtet hjem til sig og udføre hjemmeinsemination med det formål at opnå graviditet. Muligheden benyttes af mange internationale kunder og gør, at kvinder og par, som bor eller opholder sig i lande, hvor det af økonomiske, sociale eller lovgivningsmæssige grunde ikke er muligt at opnå fertilitetsbehandling i det offentlige eller private sundhedsvæsen, eller som blot ikke ønsker at lægge krop til andet end hjemmeinsemination, som ikke nødvendigvis betinger medicin eller andre indgreb, får adgang til en billig og ukompliceret behandling.

Der er tale om en bred gruppe af købere, men seksuelle minoriteter, enlige kvinder og alternative familietyper formodes at udgøre den helt overvejende del. I mange lande vil den nuværende mulighed for køb af primært dansk donorsæd og hjemmeinsemination være deres eneste mulighed for fertilitetsbehandling og dermed for at opnå graviditet.

Restriktionerne i L 76 skal anskues ud fra et internationalt menneskerettighedsperspektiv, hvor seksuelle minoriteter og enlige kvinder bosiddende i og uden for EU begrænses i deres mulighed for at stifte familie på lige fod med heteroseksuelle. I en dansk sammenhæng kan det ligeledes ud fra et rettighedsperspektiv ses som problematisk, at de grupper, som helt overvejende benytter hjemmeinsemination – lesbiske og enlige kvinder – fratages denne enkle, omkostningslave og indgrebsfri mulighed.

Fra et økonomisk perspektiv bliver dette reelt fordyrende for alle, der ønsker fertilitetsbehandling, især set i lyset af kravet fra november 2015 om brugerbetaling til behandling af ønsket andet barn.

Vi er ligeledes i tvivl om, hvorvidt der reelt set ikke er tale om en overimplementering af vævsdirektivet. Det er under alle omstændigheder foruroligende, at presset på opstramning kommer fra en række katolske lande, hvor et dansk krav om, at donorsæd kun kan distribueres gennem autoriserede sundhedspersoner i opholdslandet, vil resultere i et de facto forbud for enlige kvinder og lesbiskes muligheder for fertilitetsbehandling.

Enhedslisten kan godt støtte den del, der indskriver eksisterende regler om karantæner og blokering af sæddonorer, hvis der indberettes bivirkninger eller sygdom som følge af insemination med sæden. Som følge giver L 76 Styrelsen for Patientsikkerhed ret til fremover at ændre, suspendere eller tilbagekalde en vævstilladelse samt at strafsanktionere. Der foretages desuden andre mindre præciseringer i vævsloven. Denne del støtter vi isoleret set. Der er tale om en tydeliggørelse af eksisterende fornuftig praksis i vævsbekendtgørelsen.

Hvis intentionen er at styrke patientsikkerheden gennem øget sporbarhed, mener vi i Enhedslisten, at der er andre langt mere anvendelige redskaber, der kunne tages i brug. Sporbarheden kunne forbedres ved en langt mindre omsiggribende indsats fra sædbankernes side, hvor de strammede op på at oplyse om behovet for at indrapportere over for forbrugerne. Dette kunne gøres på alle sædbankernes platforme, i infomateriale og ved en mere intensiv opfølgning fra sædbanken.

Nu har vi så fået et notat fra ministeren, som dokumenterer, at der er tale om et krav om at leve op til vævsdirektivet. Vi mangler blot fortsat at få dokumentation for, at de krav, som jeg læste op her, ikke vil kunne opfyldes gennem disse styrkede tiltag alene. Det vil vi i udvalgsarbejdet bede om dokumentation for.

Vedtagelsen af L 76 har økonomiske og sociale konsekvenser for par, enlige kvinder og seksuelle minoriteter, som virker fuldstændig ude af proportion med det, loven tilsigter at opnå. Dansk donorsæd gennemgår ifølge sædbankerne og ministeriet en screening af »meget høj standard«, og danske sæddonorer er dermed helt overordnet bedre udredt for genetiske sygdomme end den gennemsnitlige mand.

Derfor kan Enhedslisten ikke støtte forslaget i dets nuværende udformning.

Kl. 12:12

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru May-Britt Katstrup, Liberal Alliance.

Kl. 12:13

(Ordfører)

May-Britt Katstrup (LA):

Der er to dele i lovforslaget. Den første del vedrører en gennemførelse af EU-lovgivning, som skal forhindre forfalskede lægemidler. Det viser sig, at der har været en forøget forekomst af forfalskede lægemidler inden for EU. Det vil man imødegå ved at indføre en ny unik stregkode samt en særlig ordning, så det kan kontrolleres, om en pakke har været brudt. Desuden vil man lave et nyt datalagringsssystem.

Den anden del af lovforslaget vedrører distribution af donorsæd. En stor del af donorsæden distribueres i dag direkte til den kvinde, som ønsker at blive gravid. Det ønsker dette lovforslag at ændre på. Hvis det vedtages, skal kvinderne fremover hente sæden hos en sundhedsperson. Årsagen er et ønske om øget sporbarhed af donorsæd, således at man kan finde frem til donoren, hvis der fødes børn med genetiske sygdomme. Det er jo et meget fornuftigt ønske, for vi vil jo gerne alle øge patientsikkerheden og undgå sygdomme.

Jeg er bare lidt i tvivl om, i hvor høj grad dette formål indfris med nærværende forslag, eller om vi blot overimplementerer og måske endda samtidig får dårligere sporbarhed og dårligere patientsikkerhed. Jeg håber derfor, at vi kan bede ministeren om hjælp til at bringe mere klarhed over dette i det kommende udvalgsarbejde og få klarlagt eventuelle misforståelser.

Den øgede sporbarhed skal opnås ved at indsætte et led imellem sædbank og kvinde. Dette led er en sundhedsperson. Og man mener, at det skal få flere kvinder til at indrapportere, hvis de føder børn med arvelige sygdomme, og dermed øge sporbarheden.

I de sager, man kender til, har kvinderne jo indrapporteret. Det er derfor, vi kender til problemet, og det er derfor, at den del af det ikke har været problemet i de sager. Men det er også en af de ting, som jeg håber på at vi i udvalgsarbejdet kan få kastet lys over – altså med hvilken begrundelse man mener, at kvinderne hellere vil rapportere til en sundhedsperson end til en sædbank, og hvorfor det er, at lovforslaget vil sikre større sporbarhed.

Kvinderne har jo indrapporteret, så det er jo ikke det, der har været problemet i de tilfælde, vi kender til, men måske er problemet, at sædbanken ikke har levet op til sin forpligtelse og ikke har reageret, som den burde gøre. Det ved jeg ikke. Men hvis det er tilfældet, kunne man måske opnå større sporbarhed ved at pålægge sædbankerne yderligere krav til sikkerhed.

Regeringen har vurderet, at Danmark er forpligtet til at efterleve den anmodning, der er kommet fra EU, om at ændre lovgivningen. Det vil jeg også spørge ministeren om hjælp til at få uddybet i det kommende udvalgsarbejde.

Jeg håber meget, at ministeren vil være positiv over for en dialog om, hvorvidt vi rent faktisk er forpligtet eller ej og i hvilken grad, og ligeledes være positiv over for at se på, om der skulle være en måde, hvorpå vi eventuelt kan imødekomme ønsket fra EU i en lidt anden udgave og så alligevel bibeholde muligheden for, at enlige og lesbiske i hele Europa kan stifte familie under betryggende forhold. Det skal ske på en måde, så vi kan gøre mest muligt for patientsikkerheden, men uden at det går ud over kvinders rettigheder, og på en måde, som respekterer danske holdninger og værdier i forhold til enlige og lesbiske uden at tvinge raske kvinder ind i sundhedssystemet.

Så Liberal Alliance ser frem til et positivt og konstruktivt udvalgsarbejde.

Kl. 12:17

Kl. 12:21

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Pernille Schnoor, Alternativet.

Kl. 12:17

(Ordfører)

Pernille Schnoor (ALT):

Jeg vil starte med at sige, at jeg, da blev valgt i Folketinget, ikke forestillede mig, at jeg skulle stå på talerstolen og nævne ordet sæd så mange gange, som jeg kommer til nu, derfor vil jeg prøve at gøre det kort.

L 76 består af to dele, som ikke umiddelbart er relaterede. Den første del af L 76 handler om falsk medicin og om at forhindre forfalskede lægemidler og om at indføre sikkerhedskrav til emballage. I 2010 vurderede SKAT, at 50 pct. af den medicin, der bliver solgt over internettet, er forfalsket og dermed potentielt farlig for forbrugere. Det kan f.eks. være potensmidler, der indeholder tre gange så meget af det aktive stof. I 2016, altså i år, foretog man en verdensomspændende aktion mod ulovligt salg af medicin, og her blev eksempelvis 4.900 hjemmesider lukket eller fik fjernet deres betalingsmuligheder. Forfalsket medicin er i bedste fald virkningsløst og i værste fald meget farligt. Så vi er positive over for den del af lovforslaget. Vi ønsker dog at få uddybet behandlingen af personoplysninger og datasikkerheden i forslaget.

Den anden del af lovforslaget er den del, der handler om at skabe større sikkerhed i forbindelse med indberetning af nødvendige oplysninger om alvorlige uønskede hændelser ved anvendelse af donorsæd til fertilitetsbehandling, og den finder vi lidt mere kompliceret. Vi anerkender, at der kan være behov for at sikre, at der ikke opstår uønskede hændelser. I 2012 gav en enkelt donor ni børn i Danmark en meget alvorlig arvelig sygdom, og i den forbindelse blev det indskærpet over for sædbankerne, at de skal slå alarm og få sæden stoppet, så snart de får den mindste mistanke om, at en donor kan videregive arvelige sygdomme. I 2014 oplevede man igen den samme problemstilling, hvor en pige bl.a. fik overført den samme farlige sygdom, NF1, af en donor. Sædbanken indberettede først problemet til Sundhedsstyrelsen efter et halvt år, og på det tidspunkt var mindst 42 børn blevet undfanget ved sæd fra den syge fra forskellige sædbanker. Ifølge Sundhedsstyrelsen fik mindst syv børn diagnosen fra den her donor.

Så vi vil naturligvis gerne være med til at stoppe risikoen for, at børn får overført den slags farlige sygdomme, men vi er også lidt i tvivl om, hvorvidt det særlige distributionskrav, der foreslås i lovforslaget, hvor private købere ikke længere kan modtage sæden direkte på hjemmeadressen, løser problemerne med de her alvorlige utilsigtede og uønskede hændelser med en donors sæd. Vi frygter samtidig også, at den her lov vil stille enlige og homoseksuelle i andre lande dårligt, som også andre har nævnt i dag, fordi de lige nu har mulighed for at få leveret sæd direkte fra Danmark over internettet. Det er særlig vigtigt for os at få konsekvenserne for disse minoritetsgrupper afklaret, før vi kan tage endelig stilling til lovforslaget.

Umiddelbart vil jeg slutte af med at sige, at vi vurderer, at det virker mere fornuftigt at tage stilling til de her to forslag hver for sig. Vi vil i Alternativet afvente arbejdet i udvalget. Vi ønsker at få uddybet nogle tekniske detaljer i lovforslaget, før vi vil tage endelig stilling for eller imod L 76.

Kl. 12:21

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Mange tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Lotte Rod, Det Radikale Venstre.

(Ordfører)

Lotte Rod (RV):

Tak. Jeg er simpelt hen så glad, for vi har lige hørt Dansk Folkeparti fortælle, hvor vigtigt det er at arbejde sammen i Europa. Det kunne I godt gøre noget mere, vil jeg sige til fru Liselott Blixt, for det er jo virkelig vigtigt, at man kan stole på lægemidler. Det er jo simpelt hen så klamt at forestille sig, at man får noget forkert ind i kroppen, fordi der er fusket. Det kan vi ikke løse alene i Danmark, og derfor er det vigtigt, at vi har et stærkt samarbejde i Europa.

Der, hvor det her lovforslag giver politiske diskussioner, er jo den del, der handler om de skærpede distributionskrav og kontrollen med donorsæd. Regeringen vil indføre et krav om, at sæd til privatpersoner fremover skal igennem registrerede vævscentre, autoriserede sundhedspersoner eller lignende i stedet for, at man kan få det direkte. Det er vigtigt af sikkerhedsmæssige hensyn, at der er styr på sæden, sådan at man finder ud af det, hvis der er noget galt, og derfor støtter jeg intentionen med forslaget. Jeg kan godt forstå, at man i sædbanken synes, det er besværligt, og jeg har det ikke sådan, at det nødvendigvis lige præcis skal være den her løsning, men jeg har heller ikke set en løsning, der er bedre og med mindre bureaukrati, og som kan give den samme patientsikkerhed.

Min største bekymring i forbindelse med forslaget er den bekymring, der er rejst fra de homoseksuelle miljøer. Vi må jo ikke ødelægge lesbiskes muligheder for at få børn. Ministeren siger, at der ikke er noget problem, fordi f.eks. polske kvinder fortsat kan få sæd fra Danmark, bare det går gennem en sundhedsperson. Balancen i det her skal jo gerne være sådan, at man netop styrker sporbarheden og dermed sikkerheden for de lesbiske kvinder og ikke tager muligheder fra dem, og derfor vil vi gerne være med til at kigge på, om man kan stille kvinderne bedre. Altså, kunne man f.eks. forestille sig, at man fortsat kan få tilsendt sæd fra Danmark, så længe det bare går gennem en sundhedsperson, eller skal man fysisk møde op i Danmark? Det er nogle af de ting, vi vil prøve at tage op med ministeren, sådan at vi kan lave den bedst mulige aftale.

Kl. 12:23

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Mange tak til ordføreren. Hermed er det fru Kirsten Normann Andersen, SF.

Kl. 12:24

(Ordfører)

Kirsten Normann Andersen (SF):

Tak for det. Jeg tror, at jeg vil prøve, om jeg kan nøjes med at sige det bare én gang.

SF ser altid med stor sympati på tiltag, der kan styrke patientsikkerheden i samfundet. Derfor giver det, som flere andre ordførere har været inde på, god mening, at vi styrker sporbarheden af medicinforbruget i samfundet via bedre sikkerhedskrav til emballage og datalagringsystemer osv. Vi er til gengæld bekymrede for en opstramning af erhvervsloven, for, at den vil få konsekvenser for kvinder og enlige, sådan som LGBT Danmark påpeger i deres høringsvar. Ifølge LGBT Danmark vil det nu blive helt umuligt at distribuere donorsæd og donerede æg via privatpersoner i EU. Det kan betyde, at lesbiske og enlige i en række europæiske lande, hvor regnbuefamilier ikke er tilladt, i fremtiden vil være henvist til et totalt gråt marked eller tilfældig donation fra venner og bekendte. Dette problem kan for alvor sætte borgernes sikkerhed over styr. Derfor skal det spørgsmål klarlægges i udvalgsbehandlingen, før vi kan tage stilling til det samlede forslag.

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Så er det ordføreren for Det Konservative Folkeparti, fru Mette Abildgaard.

(Ordfører)

Mette Abildgaard (KF):

Tak for det. Som også tidligere ordførere har været inde på, er der jo to elementer i det her lovforslag, som jeg har svært ved at argumentere for hænger sammen, så det vil jeg ikke gøre noget forsøg på. Men jeg kan sige, at det første element, nemlig det her om emballage, kan jeg også høre at der er bred opbakning til. Det er så afgørende, at vi får sat ind over for den udvikling, vi har set i EU, hvor man har oplevet flere tilfælde af, at lægemidler ikke indholder det, der står på pakken, men er forfalsket. Jeg synes, det er en meget fin måde, man gør det på, for man sikrer samtidig, at der er en implementeringstid, som også er realistisk for erhvervet, for det har jo store konsekvenser for dem, da det er en anden måde, som de skal producere deres emballage på, og der bliver stillet nye krav. Så det er meget fint, at man har fundet en balancegang, hvor man naturligvis sætter patientens sikkerhed i centrum, men omvendt også får en implementering, der ikke er unødigt restriktiv.

Så er der det andet element i det her lovforslag, som handler om kunstig befrugtning. Der må man bare sige, at det, at der er flere og flere børn, som kommer til verden ved hjælp af kunstig befrugtning, giver os et politisk ansvar for at være ekstra opmærksomme på sikkerheden ved den kunstige befrugtning. Vi skal være sikre på, at der sker den nødvendige indrapportering, og som også andre har været inde på før mig, er der desværre en tendens til underindrapportering. Vi skal sikre os, at vi får registreret, hvornår der er tale om succesfulde befrugtninger, så vi sikrer, at grænsen på de 12 overholdes. Vi skal også – vigtigst af alt – virkelig være sikre på, at der ikke er genetisk arvelige sygdomme, som bliver givet videre til børn, hvis det kunne været undgået. Det kræver en bedre sporbarhed.

Med udgangspunkt i den logik er vi fra konservativ side positive over for det her lovforslag og har i sinde at bakke op om det. Jeg kan godt høre, at der er blevet rejst nogle bekymringer, og jeg kan sagtens følge, at det er vigtigt, at vi ikke i vores iver for at sikre bedre sporbarhed og større tryk i forhold til kunstig befrugtning skrider ind over for muligheden for at have forskellige familietyper. Men jeg synes egentlig også, at sundhedsministeren har givet nogle gode svar på, hvordan det her kan håndteres, så det undgås. Så fra konservativ side bakker vi op om det her lovforslag.

Kl. 12:25

de to nye sikkerhedskrav til lægemidlers emballage yde os en god beskyttelse, dels med det ene krav om, at med en unik stregkode vil hver eneste lægemiddelpakning kunne spores tilbage til fremstillingsstedet, dels med det andet krav om en anbrudssikring på hver pakning. Det giver et effektivt system til at bevise, om et lægemiddel er ægte eller det er forfalsket.

Kl. 12:25

Lægemiddelindustrien skal selv sørge for den praktiske gennemførelse af sikkerhedskravene, og apoteker og andre udleveringssteder skal stå for kontrollen af hver pakning. Med en samlet indsats om de nye krav vil sikkerhedsnettet under vores medicin blive endnu mere fintmasket.

Så er der ændringerne af vævsloven. Det væsentligste element i ændringerne af vævsloven er forslaget om krav til sædbankers distribution af sæd. Her foreslår regeringen af hensyn til patientsikkerheden stramminger for distribution af sæd. Formålet er dels at forebygge og begrænse antallet af børn af donorer, som er bærere af alvorlig, arvelig sygdom, dels at opspore og informere om risikoen for sygdom hos andre børn af samme donor, så børnene ved ved behov, at de kan komme hurtigst muligt i relevant behandling.

Med forslaget vil privatpersoner fortsat kunne udvælge og købe sæd fra en bestemt donor hos en sædbank som i dag, men donorsæden vil ikke længere kunne leveres så at sige lige til døren hjemme hos hr. og fru Jensen, som så kan gøre med sæden, som de vil. I stedet skal donorsæden fremover leveres til professionelle aktører som fertilitetsklinikker, autoriserede sundhedspersoner og lignende, aktører, som allerede har pligt til og erfaring med at sikre sporbarhed og indberetning af nødvendige oplysninger og dermed indgår i et i forvejen velfungerende sikkerhedssystem.

Selv om jeg synes, at der er tale om absolut hensigtsmæssige ændringer af vævsloven, kan jeg forstå, at der er usikkerhed om, hvorvidt ændringerne nu også er nødvendige i den form, de har i lovforslaget, og om man kan gennemføre det på en anden måde, og derfor vil jeg også gerne invitere alle ordførerne til en drøftelse, hvor også Styrelsen for Patientsikkerhed kan være til stede, så vi kan få svar på de forskellige spørgsmål, bekymringer, som der måtte være af såvel faglig som mere juridisk karakter. Der stiller jeg mig til rådighed i forhold til at tage initiativ til et sådant møde, og så håber jeg selvfølgelig også på en i øvrigt god udvalgsbehandling, hvor jeg naturligvis vil besvare de spørgsmål, som udvalget måtte have.

Kl. 12:31

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ministeren.

Da der ikke er flere, der har bedt om ordet, er forhandlingen sluttet.

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundheds- og Ældreudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg dette som vedtaget.

Det er vedtaget.

Kl. 12:28

Fjerde næstformand (Mette Bock):

Tak til ordføreren. Dermed giver vi ordet til sundheds- og ældreministeren.

Kl. 12:28

Sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde):

Tak for det, og tak for bemærkningerne og for den overvejende gode modtagelse af lovforslaget. Den viser vores fælles interesse for i fællesskab at få styrket patientsikkerheden ved at sikre god sporbarhed både for lægemidler og for humane væv og celler, dvs. god sporbarhed i hele forsyningskæden, led for led, fra produktion eller udlevering og frem til borgeren.

De foreslåede ændringer i lægemiddelloven skal sikre os mod forfalskede lægemidler. Det er vigtigt, for forfalskninger er desværre et stigende globalt problem, et problem, som skal minimeres mest muligt af hensyn til patientsikkerheden. En forfalsket medicin kan være yderst sundhedsskadelig, for falsk medicin kan mangle vigtige aktive stoffer, indeholde for lidt, for meget, være giftigt osv. Her vil

Kl. 12:31

Meddelelser fra formanden**Fjerde næstformand (Mette Bock):**

Der er ikke mere at foretage i dette møde.

Folketingets næste møde afholdes tirsdag den 29. november 2016, kl. 13.00.

Jeg henviser til den dagsorden, der vil fremgå af Folketingets hjemmeside, og jeg skal i øvrigt henviser til ugeplanen, der vil fremgå af Folketingets hjemmeside.

Mødet er hævet. (Kl. 12:32).
