

[Boligministeren]

et beløb, der i 1987 er 15 kr. pr. m<sup>2</sup>. Lejeren får således støtte til hele eller en del af varmeudgiften.

Herudover kan en pensionist, som er ganske særlig vanskeligt stillet på grund af særlig høje varmeudgifter, opnå et personligt tillæg i medfør af § 17, stk. 2, i lov om social pension.

Da disse tillæg administreres efter den enkelte kommunes skøn og boligstøtten er afhængig af husstandsindkomsten, er det ikke muligt at sige noget generelt om, ved hvilken fordeling mellem drifts- og brændselsudgifter en pensionist, som også får boligydelse, opnår den størst mulige offentlige støtte til varmebetalingen.

Det tilføjes, at socialministeren har fremsat et forslag til lov om ændring af lov om social pension. (Lettelse af pensionisternes samspilsproblemer) (L 119), hvorefter der foreslås ensartede regler for varnehjælpen i alle kommuner fra 1. januar 1988.

#### Spm. nr. S 519

Til indenrigsministeren (15/1 87) af:

Lenger (SF):

»Finder ministeren, at læger, som virker inden for det offentlige sundhedsvæsen, samtidig kan virke som lønnede rådgivere for forsikringsselskaber og som sådanne kan deltage i udformningen af regler for AIDS-smittede forsikringstagere, når disse regler er åbenlyst i modstrid med de principper, som sundhedsvæsenet har anlagt for at begrænse smittespredningen?«

#### Begrundelse

I besvarelsen af 14. januar 1987 af spørgsmål nr. S 452 har ministeren bl.a. oplyst følgende om lægers adgang til lønnede bijob: »... en tjenestemand (kan) kun have beskæftigelse ved siden af sin tjenstemandsstilling, for så vidt og i det omfang det er foreneligt med den samvittighedsfulde udøvelse af de til tjenstemandsstillingen knyttede pligter og med den for stillingen nødvendige agtelse og tillid«.

Forsikringsselskabernes nye praksis vedrørende AIDS-smittede personer er i strid med den officielle danske sundhedspolitik, fordi den lægger et pres på den enkelte for at lade sig teste/undersøge, uanset at den officielle

strategi bygger på frivillighed, ansvar og information. Den lægger et pres på forsikringstagere, så de får en viden, som de ikke nødvendigvis har ønsket at få. I så fald havde de formentlig ladet sig teste/undersøge tidligere. Og den gør sundhedsmyndighedernes tilbud om anonym undersøgelse illusorisk for forsikringstagere.

Samtidig opererer forsikringsselskaberne med begrebet »risikogrupper«, som bliver et stadig mere forældet begreb, idet de danske sundhedsmyndigheder efterhånden kun taler om »risikobetinget adfærd«. Forsikringsselskaberne har med andre ord lagt en forældet viden og praksis til grund, og selv om der står en lægetitel bag deres nye praksis, så er det tydeligt, at det ikke er en AIDS-ekspert, men en brandsårseksper, og at denne brandsårseksper har bevæget sig ud på et område, hvor hans viden ikke stammer fra hans eget arbejdsområde.

Forsikringsselskaberne er formelt i deres gode ret til at påvirke den danske sundhedspolitik, selv om det sker på en uhensigtsmæssig måde; men jeg mener ikke, at læger ansat i og aflønnet af det offentlige sundhedsvæsen er berettigede til at have bijob, der indebærer, at de sætter et blåt stempel på ordninger, som modvirker de bestræbelser, som det offentlige sundhedsvæsen gør for at hindre smittespredning.

Svar (21/1 87):

Indenrigsministeren (Enggaard):

Jeg finder ikke, at der i de gældende regler for offentligt ansatte lægers bibeskæftigelse er grundlag for generelt at forbyde disse lægers bibeskæftigelse som rådgivere for forsikringsselskaber.

Den omstændighed, at der foregår overvejelser i forsikringsselskaberne om nye regler for forsikring på AIDS-området, ændrer ikke dette forhold.

Det må i øvrigt bero på en konkret vurdering i de enkelte tilfælde, om de gældende regler for lægers bibeskæftigelse er overtrådt. Jeg henviser her til min besvarelse den 13. januar 1987 af spørgsmål nr. S 452.

*Bortfaldet spørgsmål:*

Spm. nr. S 568