

og hvis det offentlige laver hjemmehjælp med den højeste grad af kvalitet, så bliver der jo aldrig en eneste privat hjemmehjælpstime, fordi de ældre vil vælge det offentlige, men tilbuddet skal være der. Det var det, jeg sagde.

Kl. 17.05

Med hensyn til vitaliseringen af kommunestyret kan man jo overveje, hvor meget man skal sige her, for det vil sikkert også blive fordrejet, men altså ganske kort i stikord handler det om, at kommunerne får det samlede myndighedsansvar for de borgere, der bor i kommunerne. De steder, hvor det at løse en opgave meningsfuldt i dag kræver, at man både griber ned i den kommunale og den amtskommunale værktøjskasse, bliver det nu entydigt, at det kun er den kommunale. Kommunerne får et større ansvar på kulturområdet, på planområdet, et større ansvar for at drive egnens udvikling frem, kort sagt bliver det mere spændende at være kommunalpolitiker, der kommer langt mere indhold i det.

Der kommer også den robusthed, jeg talte om før, som skal til, for at man kan løse opgaverne med en sådan høj kvalitet, at Folketingets interesse i pludselig meget nidkært at dykke ned i det og stille en masse formkrav, i hvert fald vil tage af i forhold til den situation, hvor vi kører videre med den kommunestruktur og den opgavefordeling, vi har i dag, hvor jeg tror, at de fleste kommunalpolitikere har en oplevelse af, at de bliver stadig mere regel- og detailstyret fra Christiansborg.

Hermed sluttede forespørgslen.

Den næste sag på dagsordenen var:

2) Forespørgsel nr. 43:

Forespørgsel til indenrigs- og sundhedsministeren:

»Hvilke fordele og ulemper vil der efter regeringens mening være forbundet med at samle den overordnede forvaltning af sygehusvæsenet i en sygehusstyrelse under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, således at indenrigs- og sundhedsministeren i fremtiden får det parlamentariske ansvar for sygehusvæsenets planlægning, drift, koordinering og styring?«

Af Birthe Skaarup (DF), Anita Knakkegaard (DF) og Poul Nødgaard (DF).

(Forespørgslen anmeldt 27/2 2004. Fremme af forespørgslen vedtaget 9/3 2004).

Den fg. formand (Lissa Mathiasen):

Jeg skal gøre opmærksom på, at afstemning om eventuelle forslag til vedtagelse vil blive udsat til i morgen, torsdag den 6. maj 2004.

Begrundelse

Birthe Skaarup (DF):

Som bekendt går Dansk Folkeparti ind for en statsmodel, hvor vi kun ønsker to administrative led: stat og kommune. Vi vil gerne gøre det optimalt, når vi skal til at ændre danmarkskortet.

Derfor mener vi, at sygehusvæsenet skal placeres under staten. Dermed får man en klar ansvarsplacering, hvor hele den overordnede landspolitiske sygehuspolitik besluttet samme sted som bevillingerne, nemlig i regering og Folketing.

Det er ideelt, idet de store specialer forankres på universitetssygehusene og andre større sygehuse. Samtidig kan man bevare den del af de små sygehuse, som kan indpasses i den landspolitiske planlægning. Mindre sygehuse kan opretholdes med akutafdeling og mindre medicinske afdelinger. Omkring de små sygehuse kan opbygges fremtidssikrede sundhedscentre med praktiserende læger som grundstammen med supplement af andre grupper af sundhedspersonale.

Vi er indforstået med, at man kan nytænke hele vores sygehuspolitik, men vi er immervæk kun 5,3 millioner mennesker i dette land, og derfor mener vi, at det bør være en national opgave at fastlægge vores sygehuspolitik og skaffe bevillingerne.

Det er derfor, at Dansk Folkeparti har rejst denne forespørgsel i dag om fordele og ulemper ved at samle den overordnede forvaltning af sygehusvæsenet i en sygestyrelse. Jeg håber selvfølgelig, at vi får en debat om det, selv om den foregående debat allerede har taget hul på nogle af de problemstillinger, som man måske kunne have rejst under det her punkt på dagsordenen.

Besvarelse

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Nu har vi jo lige haft en lang og grundig forespørgselsdebat om regeringens udspil til en reform af den samlede offentlige sektor i Danmark, hvor jo også det her spørgsmål omkring indretning af det fremtidige sundhedsvæsen indgår. Derfor kan det virke noget tungt på dette tidspunkt at skulle debattere, hvordan regeringen vurderer fordele og ulemper ved en statslig styring af sygehusvæsenet gennem oprettelsen af en sygestyrelse, men vi skal jo til det.

Jeg skal prøve at gøre det relativt kort, for som det vil fremgå af regeringens udspil til en strukturreform, så går vi ikke ind for en statsmodel som den, Dansk Folkeparti her foreslår og henviser til. Regeringen har i stedet foreslået en anden vej, nemlig ved i vores udspil at foreslå en nedlæggelse af amterne for i stedet at etablere fem sundhedsregioner med ansvar for det samlede behandlende sundhedsvæsen.

Kl. 17.10

De fem sundhedsregioner skal ledes af direkte valgte politikere. De får ingen skatteudskrivningsret, men vil få finansieret deres drift af sundhedsvæsenet dels gennem midler fra staten, dels gennem en kommunal medfinansiering. Den statslige tilførsel af økonomi til sundhedsregionerne vil ske på baggrund af objektive kriterier for på den måde at sikre, at driften af sundhedsvæsenet på landsplan som udgangspunkt sker på ensartede økonomiske vilkår. Og nok så vigtigt: De ensartede økonomiske grundlag for de fem regioner giver mulighed for, at man som borger får sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor man bor i landet.

Samtidig foreslår vi, som det vil være alle bekendt på det her stadie af processen frem til en ny kommunalreform, at der skabes en stærkere central koordinering på sygehusområdet. Det foreslår vi for at sikre den nødvendige balance

mellem på den ene side de regionale ønsker og prioriteringer og på den anden side de landsdækkende ønsker og prioriteringer i forhold til planlægning af sygehusområdet. Det er for at sikre den nødvendige samling af behandlinger, f.eks. på hjerte- og kræftområdet, og for at sikre, at nationale standarder på kvalitets- og it-området slår igennem i hele landet i alle regioner.

Med regeringens reformudspil vil ansvaret for disse ting af helt overordnet karakter blive placeret hos de centrale sundhedsmyndigheder, som i balance med det her synspunkt får øget sine beføjelser.

For regeringen har det faktisk været et selvstændigt og meget vigtigt formål med vores udspil til strukturreform, at vi nu styrker og videreudvikler den decentrale offentlige sektor, som jo er et særkende for det danske velfærdssamfund. For regeringen er det vigtigt at bevare den decentrale indflydelse også på sundhedsområdet. Må jeg sige, at mit motto, eller jeg skulle måske sige, at min målsætning er nationalt overblik og decentral handling.

Selv om der er et åbenlyst behov for en samling af sygehusopgaven i færre enheder hos færre myndigheder, end det er tilfældet i dag, så betyder det ikke, at statslig styring på dette område er løsningen.

I Strukturkommissionens betænkning gennemgår man i øvrigt fordele og ulemper ved en model, hvor der alene er to forvaltningsled, nemlig kommunerne og staten, en model, hvor staten overtager en del af de nuværende amters opgaver, f.eks. varetagelsen af sygehusopgaverne. Her peger Strukturkommissionen på især to ulemper ved den model, nemlig for det første, at man ved et statsligt ansvar for sygehusvæsenet vil svække borgernes mulighed for at øve indflydelse på området, og for det andet, at størrelsen af en eventuel statslig sygehusmyndighed, altså en sygestyrelse, eller hvad man nu ville kalde den, og placering af sygehusansvar hos ministeren, kan svække den politiske kontrol med området.

Så kan man sige, at det sidste måske er sådan lidt hårdt at være imod, i hvert fald når man sådan for tiden har det store privilegium at være minister, men jeg må sige, at jeg sådan set er enig i synspunktet. En folkevalgt landspolitiker står til ansvar for sine gerninger som en del af en regering med ansvar for alle velfærdsområder, hvor sygehusbehandling bare er et blandt mange. Jeg tror, det er vigtigt, at man fastholder et

regionalt ansvar. Det er et centralt element i vores udspil.

Oven i købet kan man sige, at det er så centralt, at der er sat en tyk, fed streg under det, ved at vi nu laver folkevalgte råd, der alene har ansvaret for sundhedsområdet. Det betyder, at det for borgerne vil blive ekstremt synligt, meget synligt, hvordan de folkevalgte regionspolitikere klarer den vigtige velfærdsopgave. Dermed får borgerne, vælgerne, hvis man gennemfører den tanke, der er regeringens, et rigtig godt udgangspunkt for at gøre deres indflydelse gældende på sundhedsområdet. Det vil de ikke få på samme måde ved en statslig drift af sygehusvæsenet.

Så man kan sige, at jeg er meget enig i, at der er delstrækninger, hvor staten skal engagere sig mere i driften i forhold til nogle rammevilkår på det helt overordnede niveau, som sikrer kvaliteten i behandling, f.eks. af de meget livstruende sygdomme. Men der er så mange andre dele af vores sundhedsvæsen, som lever af at være i nærhed med de lokale samfund, at det ville være at gøre vold på det brobyggeri over til almen praksis, over til kommunerne, til forebyggelsesområdet, til sundhedsfremmeområdet, hvis vi forankrede selve driften af sygehusvæsenet i statsligt regi.

Jeg skal slutte her, for vi skal jo holde den gode tone, ingen skal tale sig væk fra hinanden. Derfor vil jeg bare helt stilfærdig sige, at nu kender Folketinget altså regeringens udspil. Den model vil vi selvfølgelig arbejde for at få gennemført. Det siger sig selv.

Kl. 17.15

Men som jeg også sagde ved afslutningen af den tidligere forespørgselsdebat, så ved jeg godt, at der forestår betydelige og grundige drøftelser om alle disse spørgsmål mellem regeringen og Folketingets partier, før vi er i mål. Derfor skal jeg altså bare slutte her, hvor jeg har præsenteret regeringens overvejelse, og så vil det jo stå klart, at med denne overvejelse kan regeringen naturligvis ikke se de helt store fordele ved det forslag til sygehusdrift, som Dansk Folkeparti gør sig til talsmand for.

Forhandling

Den fg. formand (Lissa Mathiasen):

Fru Birthe Skaarup som ordfører for forslagsstillerne.

Birthe Skaarup (DF):

Jeg siger da tak for ministerens besvarelse. Det er jo helt klart, at der er nogle områder, hvor vi ikke er enige, også set i relation til bæredygtigheden i den rigtige konstruktion. Vi tvivler i hvert tilfælde lidt på det.

Under alle omstændigheder har vi fået noget at se til, efter at Strukturkommissionen barslede dér i januar måned, og også efter at høringsvarerne er kommet ind. Nu har debatten så fundet et leje, og det har den også i dag, selvfølgelig også efter regeringens udspil om fem sygehusregioner, hvor kommunerne har et centralt placeret ansvar.

Som jeg sagde i min begrundelse, har vi rejst denne her debat i Dansk Folkeparti i lyset af, at vi mener, at den overordnede forvaltning af sygehusvæsenet skal ligge i en sygestyrelse under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, altså en statsmodel. Fordelen ved et statsligt ejerskab og styring kan motiveres med hensyn til væsentlige almene interesser og Folketingets centrale behov for at kunne gennemføre en fastlagt politik for landet i sin helhed.

Staten har ansvaret for den offentlige virksomhed, og den har en given tilknytning til hele landet. Det er statens opgave at tilgodese beskyttelsen af borgerens liv, sundhed og sociale tryghed.

Det rådgivende sundhedsudvalg opstillede i sin rapport fra januar 2003 en række fordele og ulemper ved forskellige måder at indrette sundhedsvæsenet på i forbindelse med en kommende amtskommunal reform. En af de undersøgte modeller var statsmodellen, og det er som sagt den, Dansk Folkepartis forslag i det store og hele indebærer en virkeliggørelse af.

Formålet med forslaget er, at en sygestyrelse skal overtage styringsfunktionerne, som hidtil har været placeret i amtsrådet, Amtsrådsforeningen og H.S. Med denne samling af ansvaret for sygehusene under Indenrigs- og Sundhedsministeriet sikrer det efter vores vurdering, at der gennemføres en effektiv implementering af de nationale sundhedspolitiske målsætninger og planer i sundhedssektoren.

Gennem en central sygestyrelse sikres det nemlig, at der er mulighed for at gennemføre en præcis kapacitetsstyring, hvor ansvaret for sygehusvæsenet er placeret centralt hos sundhedsministeren. Folketinget bevilger alene udgifterne til sundhedsvæsenet og har samtidig den parlamentariske kontrol.

Vi mener, at en statsmodel giver ansvaret for at tilbyde borgerne ydelser på sundhedsområdet; den overordnede styring af sygehusene skal så foretages af en national instans, en sygehusstyrelse. Vi ser det, ligesom man har Lægemeddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, at vi så også får en sygehusstyrelse, og det synes vi kunne være en rigtig god konstruktion.

Vi ser også gerne, at sygehusene eksempelvis finansieres ved en kombination af fast bevilling og aktivitetsbaseret afregning, og at sygehusstyrelsen udstyres med det konkrete budget og et driftsansvar for sygehusene, for planlægningen samt koordinering med det øvrige sundhedssystem.

Kl. 17.20

Vi har naturligvis mærket os, at det rådgivende sundhedsudvalg fastslår, at et statsligt sygehusvæsen vil være velegnet til at sikre faglig bæredygtighed i udførelse af sygehusfunktionerne. Vi mener også, at forskelle i de lokale behov vil blive mindsket, og at det statslige sygehusvæsen giver bedre mulighed for at mindske uønskede regionale forskelle.

Som sagt tror vi, at et statsligt sygehusvæsen vil lette adgangen for mindre sygehuse til at besætte ledige stillinger. I den nuværende opbygning er der efter vores vurdering mange læger og sygeplejersker, der er tilbageholdende med at lade sig ansætte på et mindre sygehus af frygt for, at det udadtil vil fremstå som et prestigetab.

Ansættelser skal efter vores mening foretages af sygehusstyrelsen centralt, såfremt vi får et statsligt sygehusvæsen, hvorefter den kan placere den ansatte læge på det sygehus, hvor der måtte være behov for vedkommendes lægekompetence, ligesom placering af specialer fortsat skal foregå fra centralt hold, således at dyre og komplicerede operationer og andre behandlinger kan udføres på de bedste og de største hospitaler.

Jeg vil godt sige, at flere faktisk har været inde på det samme som Dansk Folkeparti. Dansk Industri har faktisk sagt, at skal amterne væk, jamen så er det helt fint, men så vil de have en kommunalreform, hvor der ikke er regioner. Jeg vil godt gøre opmærksom på her, at Børsens leder i går havde en lignende argumentation. De sagde bl.a., at indenrigs- og sundhedsministerens plan var en tja-model. Man kan jo så lægge op til en vurdering af, hvad det betyder.

Hvorom alting er, vil jeg slutte med at fremsætte følgende:

Forslag til vedtagelse

»Folketinget noterer sig, at regeringen har fremlagt forslag til ny struktur for den offentlige forvaltning, og at der i de kommende uger vil være forhandlinger herom.

Folketinget finder, at sygehusområdet trænger til en fastere og mere ensartet styring end hidtil for at sikre,

- at patienternes tarv varetages optimalt,
- at ventelisterne nedbringes,
- at der opnås den bedst mulige kvalitet i behandlingen,
- at de lægefaglige ressourcer udnyttes bedst muligt,
- at de mindre sygehuse i videst muligt omfang bevares, og
- at det overordnede ansvar for sygehusplanlægningen samles hos regering og Folketing.

I den forbindelse pålægger Folketinget regeringen at arbejde ud fra den såkaldte statsmodel, som betyder, at den offentlige forvaltning vil blive todelt – dvs. alene med stat og kommuner.

Staten skal herefter varetage sygehusområdet.«

(Forslag til vedtagelse nr. V 90).

Den fg. formand (Lissa Mathiasen):

Jeg skal gøre opmærksom på, at der kun er en taletid på 5 minutter.

Der er nu fremsat følgende forslag til vedtagelse: (*Se foran*). Dette forslag indgår herefter i forhandlingen.

Ester Larsen (V):

Sundhedsområdet er et af regeringens højst prioriterede områder.

I Venstre finder vi, at det er af afgørende betydning, at vi benytter den mest optimale organisering af sundhedsvæsenet. Efter vores bedste overbevisning er et regionalt forankret sundhedsvæsen alle andre modeller overlegen.

Kl. 17.25

Rapporten fra 2002 om sundhedsvæsenets organisering beskriver fordele og ulemper ved en regionsmodel, en kommunalt forankret model og en statsmodel. Vedrørende alle modeller omtales både fordele og ulemper, men da det er ulemperne, der er afgørende for valget, vil jeg nøjes med at forholde mig til ulemperne.

Blandt disse nævner udvalget manglende politisk nærhed, manglende kendskab til lokale forhold eller behov og ønsker, risiko for dårlige-

re koordinering af patientforløb, risiko for enkelt-sagspolitik på statsligt niveau med konsekvenser for hele landet, risiko for langsom sagsbehandling.

Også Strukturkommissionen har i sin betænkning vurderinger af modellerne, og her oplyser man statsmodellens ulemper på den måde, at kommissionen vurderer, at en centralisering af ansvaret for sygehusvæsenet svækker borgerens mulighed for at øve indflydelse på opgavevaretagelsen i sygehusvæsenet. Som følge af at der ikke vil være en regional forankring af beslutningerne på sygehusområdet, vil modellen samtidig svække mulighederne for at tilpasse sygehusvæsenets ydelser til lokale forskelle i borgernes ønsker og behov.

Størrelsen af den statslige sygehusforvaltning og placeringen af det politiske ansvar hos ministeren kan svække den reelle politiske kontrol med forvaltningen. Den statslige forankring vil desuden indebære en risiko for, at udgiftsstyringen og den overordnede prioritering især på sygehusområdet svækkes. En afvejning af fordele og ulemper har ført til et fortsat valg af en organisation, der hviler på en regionalisering.

Regeringen har derfor i sit udspil til fem regioner vurderet, at et regionalt baseret sundhedsvæsen kombineret med en Sundhedsstyrelse med kompetence til koordinering af sygehusplanlægningen, hvis helhedens interesser anføres, vil være den bedst egnede model.

Den foreslåede finansiering ligestiller ligeledes alle borgerne økonomisk, og hermed gøres sundhedsvæsenets tilbud uafhængige af regionens beskatningsgrundlag, det vil sige, at borgernes lige adgang til sundhedsvæsenet sikres. Venstre er tilhænger af et regionalt forankret sygehusvæsen.

Den fg. formand (Lissa Mathiasen):
Jeg vil godt bede ordføreren blive stående.

(Kort bemærkning).

Karen J. Klint (S):
Jeg forstod på fru Ester Larsen, at det ville være dårligt for sundhedsområdet at blive statsliggjort. Hvorfor er det så ikke dårligt for store dele af socialområdet at blive statsliggjort?

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):
Der er ikke tale om, at store af socialområdet bliver statsliggjort, men denne her debat drejer sig om, hvor sygehusopgaverne bedst forankres, og

det er min klare overbevisning, at det gøres de bedst i det regionale niveau.

(Kort bemærkning).

Marianne Jelved (RV):
Jeg vil spørge fru Ester Larsen, om der er overvejelser i Venstres gruppe om konsekvenserne af, at staten udskriver en form for sundhedsskat, så der i hvert fald indkommer nogle penge, som skal gå til at finansiere regionerne?

Formanden:

Er spørgsmålet færdigt?

Marianne Jelved (RV):

Nej, jeg skal bare gøre mig umage.

Det må jo have som konsekvens, at der bliver en skatteudligning, om jeg så må sige, imellem lad os sige Østdanmark og Vestdanmark. Det må så betyde, at der skal tages penge fra Københavnsområdet og flyttes over til Vestdanmark.

Nu refererer jeg til det, der blev drøftet under den tidligere forespørgsel, hvor fru Ester Larsen stillede mig spørgsmål om ensartet økonomisk grundlag. Der må jo være en skatteudligning, er fru Ester Larsen enig i det?

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Man kan benævne det på forskellig vis. Der sker i hvert fald med denne her model en udjævning af forskellene i beskatningsgrundlaget, sådan at alle borgere får den samme økonomiske mulighed for at modtage sundhedsydelser. Det er en ret væsentlig del af reformen.

Kl. 17.30

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

En sidste kort bemærkning til fru Marianne Jelved.

(Kort bemærkning).

Marianne Jelved (RV):

Ja, så må der jo også, hvis man tager udgangspunkt i, at der er forskelle i beskatningsgrundlaget hen over landet, flyttes penge fra Østdanmark til Vestdanmark til at finansiere den udligning, der ligger i modellen.

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Om det præcis bliver øst-vest eller syd-nord er ikke til at svare på. Men det er klart, at når man skal udligne en forskel i beskatningsgrundlag,

så skal der flyttes penge efter sammensætningen i regionerne af befolkningen aldersmæssigt, socialt og dermed også sygdomsmæssigt.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Men jeg vil gerne blive lidt i økonomisporet, for regeringen lægger jo i sin model op til, at kommunerne skal til at betale en del af udgifterne til sundhedsvæsenet ved at betale for borgerne, når de får behov for at komme på sygehuset.

I dag oplever vi jo, at mange kommuner får store økonomiske problemer, hvis der er mange af deres borgere, der f.eks. får behov for sygedagpenge eller førtidspension, fordi der er virksomheder i området, der fører til høj nedslidning, og fordi deres borgersammensætning er sådan, at mange har behov for det.

Vil den ulighed, der er mellem kommunerne i dag på det sociale område, ikke blive yderligere forøget, når kommunerne også skal til at betale for sygehusudgifterne? Har regeringen gjort sig nogle overvejelser om, at man så vil lave en udligning, så man kompenserer disse kommuner? Eller vil de bare skulle have yderligere forringet service på andre områder?

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Der vil i beregningen af udligningen indgå sundhedsmæssige parametre.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Nu var det ikke sundhedsmæssige parametre, jeg spurgte til. Det, jeg spørger til, er, at der jo ofte er en sammenhæng mellem sociale forhold og sundhedsforhold. Derfor er der en del kommuner, der i dag på det sociale område oplever, at de får stærkt øgede udgifter og dermed får problemer med at levere service på andre områder, fordi de har meget større sociale udgifter end andre kommuner.

Disse borgere, der er store sociale udgifter til, vil der også være store sundhedsudgifter til i mange sammenhænge, og derfor er mit spørgsmål, om der vil komme en udligning, for hidtil har vi hørt, at den udligningsreform, som regeringen ellers havde lovet kommunerne, er væk. Men betyder det, fru Ester Larsen siger nu, at der kommer en form for udligning til disse kommuner?

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Det er sådan, at denne her reform ikke er nogen form for besparelsesreform. Det er et spørgsmål om, at opgaverne flyttes, og pengene flyttes med, og der, hvor de sociale parametre indgår, vil de også være med til at påvirke pengefordelingen.

(Kort bemærkning).

Ole Stavad (S):

Jeg vil godt vende tilbage til det spørgsmål, som fru Marianne Jelved havde fat i, for det, jeg forstår – det er så spørgsmålet, om det er rigtigt forstået – er, at den samme mængde økonomi, de samme penge, der i dag er inden for det samlede sundhedsvæsen i vore forskellige amter, også vil være til rådighed i den reform, som regeringen har lagt op til, men pengene vil blive jævnt fordelt ud over hele landet.

Det vil sige, at hvis der er områder, hvor man har en ekstra indsats, har foretaget nogle yderligere tilbud til borgerne og betalt det over skatten, der vil de miste den økonomi med det forslag, som regeringen har.

Derfor også til fru Ester Larsen: Er fru Ester Larsen ikke enig i, at inden vi overhovedet kan forholde os konkret til det her, må vi have nogle meget præcise beregninger af, hvad det er for nogle penge, der flytter rundt. Hvis eksempelvis Københavnsområdet mister 1 mia. kr., så er det jo ikke småpenge.

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Der skal selvfølgelig foretages nogle grundige analyser, inden man tager stilling til, hvordan pengestrømmene præcis skal fordele sig. Og med hensyn til de opgaver, som hr. Stavad henviser til, er jeg nødt til at have lidt mere konkret, før jeg kan forholde mig til dem i et svar.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Hr. Stavad for et sidste spørgsmål.

(Kort bemærkning).

Ole Stavad (S):

Men forstår jeg fru Ester Larsen rigtigt, at regeringen og partierne, der bærer regeringen, ikke har fået nogen som helst oplysning om, hvad der er konsekvensen? Altså hvor mange penge der bliver flyttet rundt, hvor man måske skal ind i meget dramatiske beskæringer i visse dele af landet på sygehusområdet, som kan betyde,

at der er andre dele af landet, der får en yderligere økonomi til rådighed.

Kl. 17.35

Jeg mener, at vi har set analyser tidligere, der siger, at hvis man sammenligner sygehusvæsenet i det københavnske område med det jyske område, og man sætter en fælles pris på og trækker de ekstraordinært høje forskningsudgifter på Rigshospitalet fra, så når man frem til, at det koster i størrelsesordenen 1 mia. kr. ekstra.

(Kort bemærkning).

Ester Larsen (V):

Jeg kan ikke tallene i hovedet for hovedstadsområdet, men jeg ved, at man har en længere indlæggelsestid, at man har en mere uhensigtsmæssig anvendelse af sygehusene, end man har i den øvrige del af landet, så der skal da ske en udjævning af liggetid og lignende.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Så er det hr. Ole Stavad som ordfører.

Ole Stavad (S):

Hvis ikke det var, fordi vi stod lige midt i en strukturdebat, hvor regeringen er kommet med et udspil på sygehus- og sundhedsområdet, som jeg ikke fik plads til at gøre særlig meget ud af i mit første indlæg, så kunne jeg næsten have nøjedes med to korte bemærkninger, hvoraf den ene skulle være, at Socialdemokratiet ikke er tilhænger af et statsligt sygehusvæsen, og at Socialdemokratiet ikke kunne støtte det forslag til vedtagelse, som vi har hørt præsenteret fra Dansk Folkeparti.

Men jeg vil godt gøre nogle bemærkninger, som også har relation til regeringens udspil, for vi er enige i hovedkonklusionerne fra indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende sundhedsudvalg, hvor professor Kjeld Møller Pedersen har været formand.

Vi er tilhængere af regioner med folkevalgt ledelse, der som en af deres vigtigste opgaver har ansvar for sundheds- og sygehusvæsenet. Det er jo, fordi vi tror på, at det er den bedste model for et godt og effektivt sygehusvæsen, som kan betjene befolkningen, når vi har brug for det, og det er da også den konklusion, som Kjeld Møller Pedersen-udvalget når frem til i deres rådgivning til ministeren og Folketinget.

Sygehus- og sundhedsområdet er et af vores vigtigste velfærdsområder overhovedet. Vi forlanger et godt og velfungerende sundheds- og sygehusvæsen, som står til rådighed for os bor-

gere. Det forudsætter de dygtigste læger, det bedste sundhedspersonale og kompetente ledere. Vi er ikke i tvivl om, at ansvaret for et så vigtigt velfærdsområde skal placeres hos direkte folkevalgte, som har ansvaret for den samlede økonomi og for de svære prioriteringer, der skal foretages.

Derfor er vi også dybt bekymrede over, at regeringen har spillet ud med en model på sundhedsområdet, der ligner et første skridt til en statsliggørelse af vores sygehusvæsen. Den konstruktion, regeringen har foreslået, ligner mest af alt en overgangsordning til senere at slippe af med de folkevalgte. De nye folkevalgte sygehusbestyrelser, som ministeren lægger op til, ligner mest nogle – som en klog mand har sagt – der er tiltænkt rollen som gidsler og syndebukke, når noget går galt.

Det er også derfor, at meget få nuværende amtspolitikere har signaleret, at de er parate til at fortsætte i de nye bestyrelser. I Nordjyllands Amt viste en rundspørge hos de 31 nuværende medlemmer af amtsrådet, at kun 2 medlemmer af Venstre var parate til at genopstille. Derfor er jeg også enig med professor Kjeld Møller Pedersen, som efter regeringens udspil vurderede, at der ville gå en, højst to perioder, inden de folkevalgte helt ville blive afskaffet, hvis man gennemfører den model.

Naturligvis har regering og Folketing også et overordnet nationalt ansvar for vort sygehusvæsen, så borgerne kan betjenes på et højt specialiseret og fagligt niveau, også når det gælder de små patientgrupper med de sjældne sygdomme.

I de videre strukturforhandlinger vil vi arbejde for en model med bæredygtige regioner, hvor direkte folkevalgte som en af deres vigtigste opgaver har ansvaret for vores sundheds- og sygehusvæsen og med det samlede økonomiske ansvar. Vi er helt parate til at drøfte, hvordan vi kan forbedre samspillet med kommunerne inden for sundhedsområdet.

Sygehusområdet er for vigtigt for borgerne til at blive udsat for eksperimenter, hvor man afprøver modeller, som ikke andre steder har vist nogen form for bæredygtighed, og som vores fremmeste eksperter advarer os imod. Vi skal tværtimod hele tiden investere i et bedre sundheds- og sygehusvæsen. Vi skal være parate til at investere i nye muligheder og metoder.

Kl. 17.40

Målet er en stadig bedre betjening af borgerne. Derfor bør vi også i bred enighed samles om at gennemføre en ny regional struktur, som er

bæredygtig og langtidsholdbar, og som kan være løftestang for at gøre et godt sygehusvæsen endnu bedre.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg vil godt høre hr. Ole Stavad: Hvor stort et befolkningsunderlag mener hr. Ole Stavad der skal til, for at man kan lave et godt sygehusvæsen?

Her tænker jeg selvfølgelig på, at man fra regeringens side har spillet ud med fem regioner. Jeg ved, at hr. Ole Stavad kommer fra Nordjyllands amt, og at man dér måske har et for lille befolkningsgrundlag til at kunne have alle specialer; derfor mit spørgsmål.

(Kort bemærkning).

Ole Stavad (S):

Vi har hidtil holdt os, kan vi sige, til de anbefalinger, der har ligget i Kjeld Møller Pedersen-rapporten, som vi faktisk mener har en saglighed og et betydeligt belæg, men det er jo ikke noget, der er en meget dyb videnskab bag.

Dér siger man jo, at for at bære et selvstændigt sundheds- og sygehusvæsen skal man i dag op på 400.000-700.000 i befolkningsunderlag – og så siger de: med pil opad. Det vil sige, at vi skal stile efter de 700.000 eller derover og ikke efter de 400.000. Det tror vi er rigtigt.

Der er så også forskelle på, hvordan resten af landet ser ud, vil jeg sige til fru Birthe Skaarup. Jeg undrer mig meget over, at regeringen har spillet ud med en sygehusregion for det nordjyske, som stort set er uændret – Mors og Thy kommer med. Det vil jo betyde, at man risikerer, at det nordjyske område bliver voldsomt presset, og det forstår jeg også i dag at lægerne i det nordjyske har været ude at advare kraftigt imod.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg har lige et spørgsmål til ud fra, at jeg mange gange føler, at amterne har været passive tilskuerer til det, der er foregået i sygehusvæsenet, og så vil jeg høre, om hr. Ole Stavad ikke giver mig ret i, at mange af de ting, man har pålagt amterne, er sket her fra Folketingets side.

Jeg tænker bl.a. på behandlingsgarantien; det er faktisk herfra, man har taget det initiativ. Man har også taget initiativ til at lave nationale handlingsplaner på hjerte- og kræftområdet. Og så også det, at man har lavet og gennemført landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser.

Det er bare tre ting af flere, som man faktisk har gjort fra Folketingets side, og hvor amterne har spillet fallit.

(Kort bemærkning).

Ole Stavad (S):

Jamen det er jo derfor, jeg siger, at vi også har et nationalt ansvar, og det har vi jo alene i kraft af, at der er årlige økonomiforhandlinger, som afsætter nogle rammer.

Når vi er inde på et indsatsområde som kræftområdet, hvor vi i den tidligere regering med bred støtte fra Folketinget satsede meget store ressourcer, fordi vi ikke ville finde os i, at man fik en dårligere behandling i Danmark, end vi kunne se bl.a. i de øvrige nordiske lande, jamen så kræver det ressourcer, og så kræver det også, at vi er parate til at finde økonomi til det, hvilket vi jo også gjorde – også, som jeg husker det, i bred enighed.

På samme måde er muligheden for behandlingsgaranti jo også noget, der kræver en økonomi, som vi skal være parate til at stille til rådighed.

Det, jeg godt vil sige til fru Birthe Skaarup, er, at jeg faktisk har oplevet amterne som meget, meget optagede af at kunne være medspillere og ikke modspillere, og jeg synes også, når vi ser på de resultater, der kunne komme ud af anstrengelserne, at det er lykkedes.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Så er det hr. Knud Erik Kirkegaard som ordfører.

Knud Erik Kirkegaard (KF):

Vi har haft en lang debat i dag om regeringens udspil til kommunalreform og herunder jo også en gennemgribende reform på sundhedsområdet.

Nu er vi så i gang med forespørgselsdebat nummer to, men da temaerne jo har været grundigt drøftet dagen igennem, skal jeg gøre indlægget ganske kort.

Dansk Folkeparti foreslår et statsligt sygehusvæsen indført i Danmark, og jeg kan da godt røbe, at der er et ret betydeligt antal i De Konservatives bagland, som også er fascineret af den idé, herunder også en tidligere konservativ statsminister.

Kl. 17.45

Men vi har alligevel i Det Konservative Folkeparti for 4-5 år siden besluttet, at det ikke var vejen frem af en række grunde, men først og fremmest på grund af en bekymring for, at den lokale

sammenhængskraft i det samlede sundhedsvæsen kunne blive for spinkel.

Det er jo sådan, at en meget stor del af sundhedsopgaven skal løses i primærkommunerne. Efter regeringens oplæg lægger man endnu større opgaver også på dette område over til primærkommunerne, og det skal jo på en eller anden måde hænge sammen med den behandling, der foregår på vore sygehuse, og derfor tror vi, det vil være en bedre idé, at vi får et regionalt opbygget sygehushæsen, men dog med en noget større kompetence til det statslige end i det nuværende system.

Fru Birthe Skaarup har vistnok tidligere i en kort bemærkning gjort rede for nogle af de statslige initiativer, der med stor succes har været taget inden for sundhedsvæsenets område, og jeg forventer da, at staten også fortsat vil være spydspids for nye initiativer, men jeg tror, vi skal opbygge det i et regionalt system, sådan som regeringen foreslår med de fem sundhedsregioner. Selvfølgelig kan man diskutere, om det lige præcis er det rigtige antal, men fem er et godt bud på en regional struktur, som jeg tror vil kunne vise sin bærekraft i årene, der kommer, når det nu forhåbentlig bliver gennemført.

Så vi kan ikke støtte ideen om et statsligt sygehushæsen, og i kraft heraf kan jeg selvfølgelig også føje til, at det forslag til vedtagelse, som er fremsat af Dansk Folkeparti, kan vi heller ikke støtte.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Så er det hr. Aage Frandsen som ordfører.

Aage Frandsen (SF):

Jeg har haft lejlighed til under den tidligere debat at tilkendegive vores synspunkter vedrørende spørgsmålet om, hvordan sygehus- og sundhedsstrukturen skal være i Danmark. Vi er tilhængere af, at ansvaret for sygehushæsen ligger på det regionale niveau, og vi er tilhængere af, at et regionalt niveau også har andre opgaver, og derfor er det ikke sådan, at vi ser, at antallet af regioner alene skal skrues sammen efter, hvordan det er mest hensigtsmæssigt på sygehusområdet; der skal også tages hensyn til andre ting.

Vi er også tilhængere af, at det skal være folkevalgt, og vi er tilhængere af, at man skal have mulighed for økonomisk at disponere forholdsvis frit, og det vil sige, at man også er nødt til at have skatteudskrivning.

Det, der er vigtigt på det her område, er selvfølgelig at sige til hinanden, at når vi diskuterer den ene struktur og den anden, så er det ikke noget med, at vi siger, at alting er godt i Danmark i dag, heller ikke på sygehusområdet. Alting kan forhåbentlig gøres bedre. Hvis ikke man har ambitionen om at ville gøre det bedre, så gør man det formentlig ringere. Vi mener rent faktisk, bl.a. ud fra de undersøgelser, der er lavet, at det danske sygehushæsen sådan gennemgående fungerer godt i forhold til de lande, vi normalt sammenligner os med.

Inden man kaster sig ud i en hel masse nyt, er det derfor klogt at se på, hvilke erfaringer man har gjort i andre lande, og med hensyn til et statsligt sygehushæsen er noget af det nærmeste det, de har i Norge, og det er i hvert fald ikke vores indtryk, at det er særligt godt.

Jeg er sådan set forstående over for logikken i tankegangen, som ligger fra Dansk Folkepartis side, at når man nu alligevel vil gøre det, som regeringen gør, hvorfor tager man så ikke skridtet fuldt ud og siger: Jamen altså så er det jo mere eller mindre allerede blevet statsliggjort.

Det, vi skal diskutere, når vi skal diskutere den slags ting her, er: Tror vi på, og synes vi, det er rigtigt, at vi har et folkestyre til at bestemme prioriteringerne, eller ønsker vi, hvilket må være en konsekvens af, at det bliver i statsligt regi, i højere grad et embedsmandsstyre?

Det andet er så spørgsmålet om, i hvilket omfang man mener det er vigtigt at varetage lokale behov, og i hvilket omfang man mener den ene model frem for den anden model tilgodeser lokale behov.

Det tredje er: I stedet for et politikerstyre og dermed folkestyre, så er den anden mulighed, at det er et markedsstyre. Der er en meget stor sandsynlighed for, når man statsliggør tingene, at man så centralt fra beslutter nogle ting, og så i væsentlig udstrækning lader markedet bestemme, hvordan vilkårene bliver.

Kl. 17.50

Jeg har svært ved at forstå, at man kan argumentere for, at man ved at gøre det statsligt i højere grad skulle tilgodesse nogle lokale behov i forhold til at bevare et sygehus.

Jeg har meget svært ved at forstå, at nogen kan argumentere for, at man, hvis det er Folkeetinget, som skal tage stilling til det, eller det er en styrelse, der skal tage stilling til det, så i højere grad vil varetage et lokalt behov for at have et sygehus i eksempelvis Grenå eller i Års, eller hvor det måtte være henne.

Tværtimod er jeg overbevist om det modsatte: at det er lettere at nedlægge sygehuse, hvis det er en statsligt forankret beslutningsproces. Erfaringen viser også, at jo længere man kommer væk fra beslutningstagerne, jo sværere er det at råbe dem op.

Det er jo ikke et argument i sig selv, for det kan jo være fornuftigt nok at nedlægge sygehuse en gang imellem, det udelukker jeg ikke. Der er da sygehuse, der er nedlagt, og de er da ikke genoprettet, og ingen foreslår, at man genopretter nogen af de sygehuse, der blev nedlagt for 15 år siden. Men at bruge det som argument for en statsliggørelse, at man så i højere grad vil kunne bevare lokale sygehuse, det tror vi ikke på.

Med hensyn til det forslag til vedtagelse, som er fremsat, siger det sig selv, at det kan vi ikke støtte.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg har lige et enkelt spørgsmål til hr. Aage Frandsen, for det, jeg har set har været et af hovedproblemerne med hensyn til amterne, er selve koordinationen.

Mener hr. Aage Frandsen ikke, at et af hovedproblemerne er den manglende koordination mellem amterne, på tværs af amterne, og at det er her, tingene har spillet fallit?

(Kort bemærkning).

Aage Frandsen (SF):

Et område, hvor jeg synes der har været et elendigt samarbejde, har i hvert fald været med hensyn til de elektroniske patientjournaler; det synes jeg har været dårligt, og jeg kan ikke forstå, at man ikke har kunnet få det til at fungere. Det kan man godt, også selv om man har flere amter og regioner.

Nu forestiller vi os jo også, at man skal have færre regioner end de nuværende amter. Vi forestiller os syv-otte stykker ud fra en betragtning af, at det allerede næsten er sådan, at Ribe Amt har nedlagt sig selv, fordi borgerne stemmer med fødderne og bl.a. benytter sig af sygehusevæsenet, men også andre ting i Vejle Amt.

Men det, at der er et problem på et område, betyder ikke, at man så siger: Så fjerner vi det helt fra det led og overfører det til staten.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Fru Birthe Skaarups sidste korte bemærkning.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Hr. Aage Frandsen nævnte Norge som et eksempel på et land, hvor det ikke var gået godt. Mener hr. Aage Frandsen virkelig, at man kan sammenligne Danmark og Norge med hensyn til sygehusstrukturen og det at tegne et danmarkskort? Norge er et helt anderledes land. Danmark har 5,3 millioner indbyggere, Norge har langt flere. Da man fra statens side overtog sygehusevæsenet i Norge, så det jo helt anderledes ud. Jeg mener, at vi her i Danmark har et veletableret sygehusevæsen, faktisk også bygningsmæssigt. Det havde man jo ikke i Norge; der skulle man jo poste en masse penge i bygninger, og det er også det, der har givet nogle af de problemstillinger, der har været omtalt.

Det, at man sammenligner de to lande, vil jeg godt have en kommentar til fra hr. Aage Frandsen.

(Kort bemærkning).

Aage Frandsen (SF):

Med hensyn til antallet af borgere i de to lande, så er det jo stort set det samme, men der er selvfølgelig en klar forskel i geografien, og der er også en forskel i, hvordan det var før, men det er et eksempel på, at man har prøvet at lave en model, hvor man tog udgangspunkt i det statslige, og det synes jeg ikke har været lykkeligt. Det betyder ikke, at jeg dermed siger, at man kan bruge det som en parallel, og at det så vil betyde det samme i Danmark. Men man skal jo sådan ligesom finde nogle eksempler, og det er det nærmeste.

Hvis fru Birthe Skaarup kan finde nogle helt andre eksempler, hvor det er vældig godt, og hvor vi virkelig kan sige, at her er en parallel til Danmark både med hensyn til, hvordan strukturen er i øjeblikket, og hvordan man kunne forestille sig den skulle være, så lytter jeg gerne til det eksempel.

Men når det er godt i Danmark – og jeg kan forstå, at vi sådan er enige om, at det ikke er så ringe i Danmark – så skyldes det jo bl.a. også, at vi har haft en struktur, som ikke var så tosset.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Så er det fru Marianne Jøved som ordfører.

Marianne Jøved (RV):

I efteråret 2001 foreslog Det Radikale Venstre, at vi burde nedsætte en sundhedskommission. Vi kunne se den hastighed, hvormed der kom nye

behandlingsformer, hvilket jo presser økonomien i sundhedssektoren, vi kunne ligesom alle andre fornemme, at det forventningspres, der var hos borgerne, var stigende, vi kunne foran os se den demografiske udvikling og de udfordringer, den vil medføre, og vi var meget optaget af behovet for at sikre et sammenhængende patientforløb, og konklusionen på det var, at vi måtte se på, hvordan fremtidens sundhedsvæsen skulle indrettes for at kunne imødegå alle disse udfordringer.

Kl. 17.55

Da vi fremsatte det forslag – og det var, før valget blev udskrevet – blev det afvist meget kraftigt af Venstres daværende sundhedsordfører, som stadig væk er sundhedsordfører for Venstre, nemlig fru Ester Larsen.

Vi fik valget og en ny regering, og i starten af 2002 nedsatte den nye regering heldigvis et særligt rådgivende udvalg. For os er det ikke et spørgsmål om, hvad titel udvalget har. Det skulle ledes af Kjeld Møller Pedersen, og udvalget skulle »beskrive, vurdere og stille forslag om reformer og ændringer af ... sygehusvæsenets struktur, finansiering og styring ...« m.v. Vi har fået rapporten fra udvalget for et år siden, i januar 2003.

Alt det synes Det Radikale Venstre var glimrende. Af de modeller, der beskrives i den rapport, er vi mest tiltalt af det, der bliver kaldt regionsmodellen. Vi finder, at den er den bedste til at honorere de krav, man kan stille til fremtidens sundhedsvæsen.

Vi har som sagt – det er også nævnt tidligere i dag – peget på et antal regioner, omkring seks-otte stykker, og det er jo, fordi vi ønsker en balance mellem nærhed og hensynet til de lokale forhold på den ene side og behovet for et befolkningsgrundlag og en faglighed på den anden side. Vi har holdt fast i, og det gør vi stadig væk, at regionernes ledelser bør være folkevalgte og bør have udskrivningsret til at inddrive skatter, således at den politiske kompetence og det økonomisk ansvar følges ad.

Vi mener, at man med den struktur kan sikre en række overordnede principper, nemlig enkelhed og gennemskuelig, at opgaverne løses så tæt på borgerne som muligt under hensyn til, at der skal være et tilstrækkeligt grundlag for at kunne udøve en kvalitativ opgaveløsning, at kompetence og økonomi følges ad. Det er vigtigt, fordi der er tale om prioriteringer inden for en kerneopgave, der er meget, meget tæt på bor-

geren, og derfor ønsket om folkevalgt, decentral, demokratisk kontrol og nærhed.

Faktisk drives det danske sygehusvæsen ganske godt, men der er brug for at lære af erfaringerne, og der er brug for at sikre et stabilt grundlag for fremtiden. Vi kan ikke tilslutte os den statsmodel, som Dansk Folkeparti er meget glad for.

Så vil jeg gerne understrege, bl.a. affødt af kritikken – i en eller anden forstand opfatter jeg det som kritik – at kravet om kræfthandlingsplanen m.v. er kommet her fra Folketinget.

Så skal jeg gøre opmærksom på, at der i Danmark så vel som i alle andre lande skal føres økonomisk politik, og derfor har kommunerne og amterne ikke frit slag, og derfor er de underlagt aftalesystemet om rammerne for næste års udgifter, og det betyder jo, at staten og et flertal i Folketinget bag ved regeringen har et ansvar for at forhandle med amterne om prioriteringer og muligheder for, at der følger midler med ud til løsning af de opgaver, man er enige om skal prioriteres.

Det er jo ikke, fordi amterne ikke har ønsket at give behandlingsgaranti og at lave handlingsplaner for det ene og det andet, det er, fordi amterne er underlagt en økonomisk rammestyring herindefra. Derfor synes jeg, man skal respektere, at amterne faktisk under de givne omstændigheder har løst opgaven godt i et udmærket samspil mellem de forskellige regeringer igennem alle de 30 år, vi har haft den struktur.

Det Radikale Venstre kan ikke støtte det forslag til vedtagelse, Dansk Folkeparti har fremsat.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu sagde fru Marianne Jelved, at jeg havde rejst kritik af kræfthandlingsplanen, og hjerteplanen, kan jeg forstå, var også et af punkterne. Det var ikke kritik, det var for at pointere, hvad det var, der kom fra Folketinget.

Så vil jeg gerne sige, at hvis et amt har en eller anden ting, de gerne vil have gennemført, så gør de det. Her kan jeg nævne de elektroniske patientjournaler. Jeg kan nævne et amt som Århus Amt, der er oppe på at investere over 250 mio. kr. i et elektronisk patientjournal-system. Det har aldrig været meningen, de har da ikke fået penge her fra Folketinget. Det er et prioriterings-spørgsmål, og det gælder for meget af det, man laver.

Kl. 18.00

Når jeg kritiserer det her, vil jeg så også sige, at Århus Amt har lavet mange andre gode ting. De har nemlig lavet ventetidsgaranti i Århus Amt.

Det er jo et prioriteringsspørgsmål på mange af de her områder, men ingen tvivl om, at mange ting er sat i gang af Folketinget, eksempelvis mammografiscreening, og jeg kunne nævne andre ting.

(Kort bemærkning).

Marianne Jelved (RV):

Ja, det er netop sagen. Folketinget blander sig i mange ting, og mange ting skal Folketinget blande sig i.

Men jeg sagde ikke, at fru Birthe Skaarup har kritiseret kræfthandlingsplanen osv., men kritiseret amterne for, at initiativet er kommet herinde fra, og der gør jeg opmærksom på, at uanset hvilket system vi vælger, uanset om det er en statsmodel, en regionalmodel eller en anden model, så skal der kunne føres økonomisk politik i Danmark, og derfor er der økonomiske rammer, og derfor er der et samarbejde, et samvirke imellem de forskellige niveauer og Folketinget via Folketingets flertal, via den til enhver tid siddende regering.

Selvfølgerig har amterne mulighed for, inden for de rammer, der er, at prioritere. Det er jo det, der er ideen med at have et lokalt styre.

Det, der er sket omkring patientjournalerne, er jo sket, ja, jeg havde nær sagt på godt og ondt, i et samvirke inden for de aftaler, der er indgået. I 1990'erne blev der indgået en aftale mellem den daværende regering og amterne om at etablere elektroniske patientjournaler, men det initiativ har da været fælles, det er jo ikke et krav, der er pålagt amterne. Amterne vil jo gerne gøre de ting, men det skal jo passe ind i de økonomiske rammer, der er mulighed for, og derfor har regeringer jo også – også den nuværende regering – lagt flere og flere midler oveni og har måttet skaffe dem ved at prioritere inden for statens mulige prioriteringsområder.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Fru Birthe Skaarup igen.

Marianne Jelved (RV):

Hun har spurgt to gange. Har hun tre spørgsmål?

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Nej, det er kun nummer to.

Marianne Jelved (RV):

Jeg mener, det er nummer tre.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Så beklager jeg, så kan jeg ikke tælle.

Birthe Skaarup (DF):

Det kan godt være, at det føles som tre, men det er kun nummer to.

Marianne Jelved (RV):

Det var ikke sådan ment, undskyld.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Om de elektroniske patientjournaler: Det er da fuldstændig rigtigt, at man faktisk fra Folketingets side havde sagt, at man ville lave en grundstruktur på det her område, men den grundstruktur gik altså ikke ud på, at man skulle investere så mange penge i elektroniske patientjournaler i et enkelt amt, vil jeg sige. Og når man så ser på andre amter, der overhovedet ikke er begyndt på det!

Min pointe er naturligvis, at man her fra Folketingets side har sat utrolig mange ting i gang, og der er da selvfølgelig også fulgt nogle penge med i en vis udstrækning.

(Kort bemærkning).

Marianne Jelved (RV):

Ja, men det er jo klart, at alle de penge, Folketinget kan skaffe til sundhedsvæsenet, vil blive modtaget med glæde i sundhedsvæsenet. Det er jo i den forstand et udtømmeligt, eller et bundløst kar, må det hedde, så det har jeg da stor forståelse for, men det afhænger jo af midlerne, der kan følge med.

Derfor har det hele tiden været afhængigt af: Hvad kan Folketinget/regeringen skaffe af ekstra midler for at kunne prioritere forskellige områder? Og det er jo sket i god forståelse med amterne, og det er sådan, det kommunale system fungerer, det gælder både kommunerne og amterne, og det vil det blive ved med, selv om vi kalder det regioner.

Det vil det også handle om, selv om man så lavede en statsmodel. Så er det herindefra, der bliver lagt nogle rammer, som arbejdet ude i landet i den offentlige sektor skal være underlagt.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Så bliver det fru Line Barfod som ordfører.

Line Barfod (EL):

Enhedslisten er imod at lægge sygehusene ind under staten og kan derfor heller ikke stemme for Dansk Folkepartis forslag til vedtagelse. Så har jeg husket at få sagt det.

Vi går heller ikke ind for regeringens forslag om sygehusregioner; vi kan som andre ikke se andet end, at det bare er en overgangsløsning for, at man i virkeligheden ønsker, at sygehuse skal lægges ind under bestyrelser og beslutningerne flyttes ind bag lukkede døre.

Det er en forberedelse til en køb og salg-model, som man jo også allerede delvis lægger op til i regeringens udspil, hvor kommunerne skal til at betale en del af ydelserne.

Kl. 18.05

Køb og salg-modeller har vi set i andre lande. De fører til, at udgifterne stiger, og de fører ikke til, at vi får hverken et bedre eller billigere sundhedsvæsen. Vi mener absolut ikke, det er den vej, vi skal gå; vi mener, at vi skal have et sundhedsvæsen med fri og lige adgang for alle.

Vi synes, det er dybt bekymrende, at vi nu ser, hvordan flere og flere begynder at kunne komme forrest i køen til behandling, enten fordi de har råd til at betale, eller fordi de er så heldige at være indenfor på arbejdsmarkedet og have en forsikring, der gør, at de kan komme forrest i køen. Vi ønsker altså ikke, at det skal være det, der er afgørende for, hvornår man får behandling, men derimod en faglig vurdering af: Hvem bør først få behandling, når ikke alle kan komme til med det samme? Det bedste vil selvfølgelig være, at vi får et sundhedsvæsen, hvor der ikke er ventetid og alle kommer til med det samme.

Vi mener, at sundhedsvæsenet er et af de allervigtigste velfærdsområder. Derfor bør det også være under folkevalgt kontrol. Der skal være direkte valgte, og de skal have ret til at udskrive skatter. Vi mener, at sundhedsvæsenet bør ligge i amter/regioner – navnet er ikke så vigtigt – og at disse amter/regioner skal have mange opgaver, så sundhed kun er en del af det og kan indgå i en sammenhæng og ikke som i dag udgør en alt for stor del af det samlede budget, så der ikke bliver så meget råderum.

Vi har jo bygget et velfærdssamfund op med en mængde kasser, og ofte er der ingen sammenhæng mellem kasserne; man tager én kasse ad gangen og kigger på.

Vi håber på, at hvis vi får nogle stærke amter eller regioner, så vil vi i højere grad kunne se, at man kan tænke sundhed ind i forhold til miljø,

beskæftigelse, uddannelse, en lang række andre områder, som disse amter/regioner tager sig af.

Der ligger i dag, som velfærdssamfundet har udviklet sig, en meget stor udfordring i: Hvordan får vi hinanden og alle andre derude, der træffer beslutninger, til at tænke mere i sammenhænge? Når vi snakker sundhedsvæsen, så gælder det både i forhold til forebyggelse og i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb hele vejen gennem både social- og sundhedsvæsenet. Men hverken Dansk Folkepartis statsmodel eller regeringens udspil om sygehusregioner kommer overhovedet med nogen bud på, hvordan vi kan begynde at få skabt den sammenhæng.

Vi synes, det var det, vi burde bruge kræfterne på, at få analyseret og finde løsninger på, i stedet for at man begynder at lave køb/salgmodeller og meget andet mærkeligt.

Så har der været debatten om, hvorvidt det er nødvendigt med statslig styring. Selvfølgelig er der behov for lovgivning, hvor man fastsætter minimumsrettigheder. Vi har selv været fremme med forslaget om, at man skal have ret til at have en jordemoder til stede ved fødslen; det mener vi burde være helt oplagt. På samme måde er der en række andre områder, hvor det er nødvendigt at fastsætte nogle lovgivningskrav, ligesom vi for folkeskolen fastsætter, hvad rammerne skal være dér, og ligesom vi på en række andre områder fastsætter rammerne.

Vi mener også, at der skal være en stærkere statsstyring af specialerne. Vi har i Nordisk Råd fået vedtaget, at vi faktisk synes, man på nordisk plan burde samordne, så man kun har specialer nogle få steder i Norden, i stedet for at vi alle sammen skal bruge ressourcer på at opbygge dem.

Så der er nogle steder, hvor man kunne gøre tingene bedre end i dag, men ikke ved, at man går ind og lægger det væk fra det folkevalgte og ind under bestyrelser eller ind under staten, der som regel også vil styre det med bestyrelser.

Så mener vi, at vi skal se mere bredt på sundhedsvæsenet. Hvordan kunne vi få flere penge til forebyggelse og sundhedsfremme? Hvordan kunne vi nedbringe nogle af de stærkt stigende udgifter, vi har til sundhedsvæsenet?

Et af vores forslag er at se på offentlig produktion, give sygehusapotekerne lov til at sælge mere, begynde i langt større omfang at producere medicin både ved forskning og egentlig produktion, så vi kan gå ind og konkurrere med nogle af de private firmaer, der i dag kan tjene

alt, alt for store penge, og som er nogle af dem, der virkelig får lov til at bestemme udgifterne.

Vi ville også gerne afskaffe reklamerne. Regeringen og Dansk Folkeparti har jo åbnet for langt mere reklame på sundhedsområdet. Det mener vi vi skulle afskaffe, så reklamer ikke kan være med til at skabe et kunstigt behov, som vi f.eks. ser det på høreapparatområdet, hvor man hver eneste dag kan se, at der bliver annonceret for, at folk skal have høreapparater. Selv om undersøgelser viser, at mange slet ikke har nogen glæde af det, så bruger vi nu en masse offentlige kroner på at give høreapparater, for det er der nogle firmaer, der tjener penge på.

Det mener vi er den helt forkerte vej. Vi vil meget hellere se på et godt offentligt sundhedsvæsen, i stedet for at det hele skal privatiseres.

Birthe Skaarup (DF):

Jeg skal gøre det meget kort.

Der er naturligvis en grund til, at Dansk Folkeparti fremsatte dette her forslag til vedtagelse i dag. Det var for at manifestere, at vi i Dansk Folkeparti tror på, at statsmodellen er den rigtige model i et land som Danmark med kun 5,3 millioner indbyggere.

Kl. 18.10

Vi tror også, at der er muligheder for at bevare mindre, lokale sygehuse med sådan en model, selv om der er nogle, der er af modsat opfattelse.

Det er meget vigtigt for os også at pointere, at hvad enten det bliver den ene eller den anden model, så skal patienterne være i centrum. Vi har talt om i mange år, at vi ikke skal spille ressourcer på et yderligere administrativt led, det er nok, synes vi, at vi får et statsligt sygehusvæ-

sen; det vil sikre den fornødne ensartethed og kvalitet, hvor kommunerne så kan give borgerne en yderligere ydelse. Vi mener, det er den rigtige model.

Jeg vil godt sige tak for debatten her. Den har jo efterhånden strakt sig over mange timer. Også sundhedsområdet har været inde under F 41, det forrige punkt på dagsordenen. Så herfra blot: Vi har fået manifesteret, hvad vi mener om, hvordan det danske sygehusvæsen skal indrettes.

Hermed sluttede forhandlingen.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Afstemming om det fremsatte forslag til vedtagelse vil som tidligere meddelt først finde sted i morgen, torsdag den 6. maj 2004.

Meddelelser fra formanden

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Der er ikke mere på dagsordenen.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, torsdag den 6. maj 2004, kl. 10.00.

Angående dagsordenen skal jeg henvise til den dagsorden, der er opslået i salen.

Mødet hævet kl. 18.12