

bedre, at det ikke bare betyder nedskæringer, men at det også betyder midler til området?

(Kort bemærkning).

Familie- og forbrugerministeren (Lars Barfoed):

Det gør selvfølgelig indtryk, når man får henvendelser. Jeg synes da også, man skal være opmærksom på dem, og jeg har forstået, at mange er kritiske over for, at vi har gjort det. Men man skal jo være opmærksom på, at regeringen har lyttet til de forskellige henvendelser, der er kommet, og har rettet det oprindelige strukturforslag til – også fordi vi har lyttet til de henvendelser, der er kommet. Så den struktur, der nu bliver, og som er aftalt mellem regeringspartierne og Dansk Folkeparti, er ikke præcis den struktur, som man foreslog fra Fødevarerstyrelsens side. Det er det i de store linjer, og sådan skulle det jo også helst være, fordi der var enighed i hovedsamarbejdsudvalget om oplægget, men det er ikke præcis den struktur.

Vi har analyseret forslaget, vi har drøftet det internt i regeringen og mellem regeringspartierne og Dansk Folkeparti, og så er vi nået frem til den struktur, vi mener er den optimale. Det synes jeg da netop er et udtryk for, at vi lytter og flytter tingene ud fra det, vi har hørt.

Hermed sluttede forhandlingen.

Kl. 10.45

Afstemning

Ændringsforslaget forkastedes, idet 9 stemte for, 100 imod.

Lovforslaget overgik derefter til tredje behandling.

Formanden:

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til fornyet behandling i Udvalget for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (*Ophold*). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

8) Anden behandling af lovforslag nr. L 74: Forslag til sundhedslov.

Af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

(Fremsat 24/2 2005. Første behandling 16/3 2005. Betænkning 7/6 2005. Ændringsforslag nr. 28 og 29 af 9/6 2005 uden for betænkningen af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen)).

Der var stillet 27 ændringsforslag i betænkningen.

Uden for betænkningen var der stillet 2 ændringsforslag af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen).

Lovforslaget og ændringsforslagene sattes til forhandling under et.

Forhandling

Hans Andersen (V):

I Venstre mener vi, at reformen på sundhedsområdet sikrer borgerne et bedre sundhedsvæsen og skaber større sammenhæng og mere kvalitet i sundhedsvæsenets indsats.

De regioner, som etableres med reformen, er indrettet med udgangspunkt i målsætningen om at sikre et fremtidigt stærkt regionalt sundhedsvæsen. Med fem regioner bliver der grundlag for at samle flere behandlinger, udnytte fordelene ved specialisering bedre og sikre den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne. Samtidig vil de fem regioner give et stærkt planlægningsgrundlag og gøre det muligt at give kvaliteten et markant løft.

Med de nye stærkere kommuner vil der endvidere skabes grundlag for, at kommunerne kan spille en væsentlig rolle på sundhedsområdet. Kommunerne får som noget nyt et medansvar for sundheden og en interesse i at gøre noget offensivt for forebyggelse og sundhedsfremme. Det er i kommunerne, at investeringer i mennesker og forebyggelse af sygdom kan ske i sammenhæng med menneskers dagligdag og livssituation. Det giver det bedste resultat.

Venstre mener, at reformen på sundhedsområdet skaber et forbedret grundlag for at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af administrative grænser samt let og lige adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau, samtidig med at der

sker en styrkelse af borgernes fri valgmuligheder.

Endvidere skabes der grundlag for en stærkere indsats for at sikre kvalitet, effektivitet og faglig udvikling i sundhedsvæsenet i et samspil med de centrale sundhedsmyndigheder.

I forbindelse med ændringsforslagene er en væsentlig sten flyttet fra dette sundhedslovforslag over i lovforslag om regionernes finansiering, nemlig finansieringsdelen, og det gør jo, at vi i dag kan opleve, at der er et stort flertal her i Folketinget, der støtter op om den nye grundlov på sundhedsområdet.

I et par af de andre ændringsforslag er der en præcisering af regionernes ansvar for den patientrettede forebyggelse i sundhedsvæsenet og i praksissektoren, og der er også tilføjet en sagsbehandlingsfrist for godkendelse af regionernes samarbejde med andre offentlige myndigheder og private.

På den baggrund skal jeg fra Venstres side meddele, at vi støtter ændringsforslagene stillet af ministeren.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Jeg lyttede grundigt til ordførerens tale, men jeg hørte ikke nogen forklaring på, hvorfor Venstre har meddelt, at man vil stemme imod det ændringsforslag, som SF og Enhedslisten har stillet, om, at det skal stå meget klart i sundhedsloven, at der er fri og lige adgang til sundhedsvæsenet i Danmark, og så skal der oplystes de undtagelser, hvor der er brugerbetaling, på tandlæge osv.

Hvad er begrundelsen for, at Venstre ikke vil være med til at skrive helt klart i loven, at der skal være fri og lige adgang, så der ikke kan være nogen mistanke om, at Venstre ønsker, at den brugerbetaling, man nu indfører for kommunerne, senere kan udvides til, at det bliver borgerne selv, der skal betale en del af brugerbetalingen?

Kl. 10.50

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Nærmest i forlængelse af vores første behandling af sundhedslovforslaget, skal vi nu her i dag diskutere formuleringen fri og lige adgang til sundhedsbehandling, selv om der i betænkningen, hvor der er optrykt en lang række svar fra sundhedsministeren, står, at der er fri og lige adgang til sundhedsbehandling i Danmark. Det står meget klart. Der er fri og lige adgang til be-

handling hos praktiserende læge og hos praktiserende speciallæge. Der er linet områder op. Hvis bare man vil nævne nogle af de områder, hvor der er fri og lige adgang, kan man nævne tolkebistand, behandling i praksissektoren, sygehusbehandling og kommunale sundhedsydelser. Det kan f.eks. være forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.

Det, at Enhedslisten i dag endnu en gang påpeger dette, er jo, synes jeg, med til at skabe unødigt utryghed hos borgerne, for der er fortsat fri og lige adgang til sundhedsbehandling i Danmark.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Hvis Venstre er enig i, at der skal være fri og lige adgang, hvorfor kan man så ikke stemme for det ændringsforslag, som SF og Enhedslisten har stillet? Det ændrer jo ikke ved realiteten af, hvilke ydelser der er fri og lige, og hvilke ydelser der er brugerbetaling på som tandlæger og andet.

Hvad er grunden til, at man ikke vil fastslå, at hovedprincippet i det danske sundhedsvæsen er, at der er fri og lige adgang, og at der så er nogle undtagelser, hvor der er brugerbetaling, frem for den måde, loven er bygget op på i dag, hvor undtagelserne er dér, hvor det er vederlagsfrit, hvor der altså ikke skal betales? Hvorfor ikke have som hovedregel, at der er fri og lige adgang i det danske sundhedsvæsen?

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Hvis jeg ikke hørte meget forkert, nævnte fru Line Barfod netop, at det intet ændrer. Der står jo også her, at det er en samlelov, at det er en uændret videreførelse af de nuværende bestemmelser, så der er netop fri og lige adgang til sygehusbehandling i Danmark og til behandling hos praktiserende læge.

Så jeg synes, at det ville være direkte misvisende at skrive ordet fri i betydningen gratis i formålsbestemmelsen i dette lovforslag, når det er en sammenskrivning af alle eksisterende love, der handler om det danske sundhedsvæsen.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

I hele debatten om det her lovforslag har vi haft sådan et underliggende tema, nemlig økonomien og finansieringen af økonomien. Vi har så i både Kommunaludvalget og Sundhedsudval-

get forsøgt at få uafhængige økonomer til at komme og forsvare og forklare den her konstruktion.

Jeg vil derfor spørge, om det ikke gør indtryk på hr. Hans Andersen, at vi ikke har kunnet støve en eneste uafhængig økonom op, der ville stille sig op og forsvare denne her – for at sige det stiltfærdigt – fuldstændig sindssyge måde at finansiere det danske sundhedsvæsen på.

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Nu indgår finansieringen ikke i det her forslag til sundhedslov, L 74, netop fordi vi har flyttet finansieringen over i et andet lovforslag, som vi kommer til at behandle senere i dag.

Men med hensyn til spørgsmålet vil jeg sige, at jeg synes, at det er en overordentlig fornuftig model, vi har fundet frem til. Der bliver et bloktilskud fra statens side til som udgangspunkt at drive sundhedsvæsenet for i Danmark, plus at vi nu forpligter kommunerne til at være medfinansierende af det danske sundhedsvæsen.

Det tror jeg faktisk har en lang række fordele. Kommunerne bliver i højere grad engagerede i borgernes sundhed, og jeg tror og håber sådan set, at vi alle sammen er interesserede i, at alle bidrager til, at sundhedstilstanden blandt borgerne i Danmark bliver bedre. Så jeg synes, det er en overordentlig fornuftig finansieringsmodel, der nu er skruet sammen.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Jeg er naturligvis helt på det rene med, at regeringen uden overhovedet at blive bedt om det – det er jeg selvfølgelig helt indforstået med – har fjernet finansieringen og puttet den over i lovforslaget om regionernes finansiering, men hr. Hans Andersen ved jo godt, at det er den grundlæggende måde at finansiere sundhedsvæsenet på, der er det særlige.

Kl. 10.55

Så vil jeg godt spørge hr. Hans Andersen: Gør det heller ikke indtryk på hr. Hans Andersen, at når jeg til sundhedsministeren stiller spørgsmålet om, hvilke andre lande der har denne her fantastiske måde at finansiere deres sundhedsvæsen på, så får jeg et meget smukt formuleret svar, hvoraf man, hvis man går det sætning for sætning igennem, må konstatere, at der ikke er andre lande, der finansierer det på den her måde? Dette er helt unikt og globalt set en ny måde at tænke økonomi og udvikling af et sundheds-

væsen på. Gør det heller ikke indtryk på hr. Hans Andersen?

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Den finansieringsmodel, der er lagt op til, går jo ud på, at der er et samlet bloktilskud plus en meraktivitetspulje fra statens side, og så skal kommunerne være med til at finansiere den resterende del.

Det synes jeg er en rigtig fornuftig model. Det er med til, at staten bidrager og tager et ansvar for det samlede sundhedsvæsen, men også til at engagere kommunerne i, at det gør en forskel, hvordan man håndterer borgernes sundhedstilstand i den enkelte kommune. Det tror jeg sådan set på længere sigt kan være med til, at vi ikke oplever en høj grad af kassetænkning, som vi konstaterer i dag, mellem kommuner og amter om, hvem der skal løse de pågældende opgaver.

Denne her model fører til, at vi alle sammen trækker i samme retning, at vi netop arbejder for at forbedre sundhedstilstanden for danskerne.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er Venstres ordførers bemærkninger om finansieringsmodellen, som kalder mig herop. For som det fremgår, er det en af de ting, som vi har måttet lægge helt klar afstand til, netop fordi vi ikke mener, der er noget som helst belæg for, at det her kommer til at virke.

Jeg synes i hvert fald, at man kan gå så langt, og det burde Venstres ordfører også gøre, som at sige: Fint nok, vi ved ikke så meget om det her område, så vi springer lidt ud i det blå, og så siger vi, at vi sådan set tror småreligiøst på, at det her kommer til at virke, men det er nu det, vi har valgt at tro på.

For kendsgerningen er, at det her er et kæmpe eksperiment, og jeg har sådan set mere sympati for indenrigs- og sundhedsministeren, der flere gange har sagt, at man jo ikke altid kan gå med seler og livrem, og at vi nu kaster os lidt ud i det her.

Det er en opfattelse, der bliver delt af rigtig mange. I Ugebrevet Mandag Morgen kunne man læse, at halvdelen af kommunaldirektørerne sådan set tror, at sundhedsøkonomien går agurk med det her, og har meget lidt tillid til, at det kommer til at virke efter hensigten. Det kunne jeg sådan set godt tænke mig en kommentar til.

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Til fru Charlotte Fischer, der spørger til dokumentationen for denne her finansieringsmodel, vil jeg sige: Man kan i hvert fald godt konstatere, at i de senere år, hvor vi i højere grad har lagt vægt på takstfinansiering i det danske sundhedsvæsen, har vi for første gang i årtier øget antallet af behandlinger kraftigt. Der har været et økonomisk incitament til at gøre en forskel i det danske sundhedsvæsen, og det har virkelig flyttet sig. Det er både med hensyn til kirurgiske patienter og med hensyn til behandling af medicinske patienter. Der kan man sige, at vi flytter os, og, hvad skal man sige, at vi i højere grad tænker i meraktivitetspulje og takstfinansiering. Det synes jeg er vigtigt.

Så er det rigtigt, at det her ikke er den endelige model, som holder de næste 50 år. Det er da muligt, at man skal ind og se på sammensætningen af den her model igen, men det her synes jeg er et rigtig godt udgangspunkt.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Hr. Hans Andersen henviser til, at takstfinansieringen i øvrigt har virket rigtig godt, fordi den har fået aktiviteten til at stige voldsomt. Ja, det kan man jo godt sige, men nu er formålet med den kommunale medfinansiering sådan set lige præcis det modsatte. Det er jo ikke at få aktiviteten på sygehusene til at eksplodere. Så vil jeg da i hvert fald mene, at der så er gået noget helt alvorligt galt.

Kl. 11.00

Hensigten er jo sådan set at forhindre, at der kommer indlæggelser, og noget af det, der er vores indvending mod det her, er, at vi ikke tror, at det kommer til at foregå sådan her. I sidste ende ender kommunerne med at opleve udgifterne vælte ind i deres kasse uden egentlig at have mulighed for at forebygge indlæggelserne. Det var netop af den grund, at vi hellere havde set, at man målrettede takstfinansieringen lidt mere på den kommunale side.

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Jeg synes, der er to ting, som er afgørende. Vi skal have mest mulig sundhed for pengene, når vi behandler mennesker i det danske sundhedsvæsen, og der kan der være det element med takstfinansiering og aktivitetspuljer. Vi har jo kunnet konstatere, at det virkelig kunne være

med til at øge antallet af behandlinger i det danske sundhedsvæsen for de samme kroner. Det synes jeg er vigtigt.

Med hensyn til kommunerne og denne her model og deres medfinansiering af det danske sundhedsvæsen kan jeg konstatere, at kommunerne allerede er gået i gang med at lave forskellige forebyggelsestiltag. Det synes jeg er rigtig flot, for det er netop det, der skal gøre, at vi på lang sigt forhåbentlig kan få færre udgifter til vores samlede sundhedsbehandling.

Men det er netop kommunerne, der her nu kommer til at spille en langt større rolle på det forebyggende og det sundhedsfremmende område i Danmark. Det er de allerede i gang med, og de vil gerne meget mere.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu ved jeg godt, at det mange gange kan løbe af med en, når man står oppe på denne her talerstol, men hvis jeg hørte rigtigt, vil jeg i hvert fald gerne bede hr. Hans Andersen om at afkræfte, at det, jeg hørte, er sandt. Hr. Hans Andersen sagde, at for første gang i årtier er antallet af sundhedsbehandlinger øget i det danske samfund. Det er vist ikke helt korrekt. I alle de år, jeg har været i det her Folketing, har vi så at sige faktisk hvert år øget antallet, så jeg vil godt lige bede hr. Hans Andersen om at bekræfte, at det ikke er korrekt.

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Selvfølgelig er der over tid foretaget flere behandlinger i det danske sundhedsvæsen. Men det afgørende skifte skete fra 2001 til 2003, hvor vi oplevede et væsentligt løft i antallet af sundhedsbehandlinger i Danmark, netop på baggrund af den model, at der var en meraktivitetspulje, som man så kunne søge med henblik på behandling af både medicinske patienter og kirurgiske patienter. Det har jo ført til, at vi oplevede et markant løft, og det var bare det, jeg prøvede at udtrykke. Selvfølgelig er der gennem tiden blevet flere sundhedsbehandlinger. Natur- ligvis.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Det er jo ikke svært at øge behandlingerne, når der også følger midler med. Det er vel nærmest logik. Men jeg vil også gerne lige bede hr. Hans Andersen bekræfte, at det lange seje træk var ta-

get inden år 2001, hvor der også i forhandlingerne med amterne var klar dokumentation for, at man havde fået øget behandlingerne ganske betragteligt inden år 2001.

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Jeg konstaterede bare, at der er en forskel i prioriteringen mellem den tidligere socialdemokratiske regering og den nuværende regering. Vi ønskede at prioritere sundhedsvæsenet meget højt, og derfor afsatte vi ekstra midler til at øge indsatsen for at få nedbragt ventetiden på behandling i det danske sundhedsvæsen. Derfor brugte vi bl.a. en model, der går ud på, at vi har en pulje, der kan være med til at øge aktiviteten i det danske sundhedsvæsen, og det kan man konstatere skete fra 2001 til 2003.

(Kort bemærkning).

Ole Stavad (S):

Jeg skal bare høre, om hr. Hans Andersen mener, at der er investeret flere nye penge i sundhedsvæsenet år for år i denne regerings tid, end der blev i den foregående regerings tid.

Kl. 11.05

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Uden at jeg kan redegøre for det krone for krone, kan jeg bare konstatere, at forskellen ligger i, at den nuværende regering i høj grad har formået at øge aktiviteten. Det er jo netop det, patienterne har lukreret på, de er kommet hurtigere i behandling. Der kan man sige, at det afgørende her har været, at vi i den grad har fået øget aktiviteten i det danske sundhedsvæsen, og det synes jeg har været det vigtigste.

(Kort bemærkning).

Ole Stavad (S):

Hr. Hans Andersen forsøger at tegne et billede af, at prioriteringen af sundhedsvæsenet under denne regering har været en anden end under den tidligere regering. Jeg kan i hvert fald konstatere, at der blev investeret, og at der blev sat mere på forbedringer under den tidligere regering, end der nogen sinde tidligere er blevet gjort, og at der blev sat handlingsplaner i gang på kræftområdet og på en række andre områder, som i øvrigt blev vedtaget med et stort, bredt flertal her i Folketinget.

Jeg tror faktisk, det her er et af de områder, hvor der er en meget bred enighed i det danske

Folketing om, at et ordentligt, gedigent sundhedsvæsen, som kan betjene borgerne, er en opgave, vi gerne vil løfte i fællesskab.

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Jeg glæder mig over, at det tilsyneladende vil være sådan, at et stort flertal her i Folketinget slutter op om det her sundhedslovsforslag. Det glæder jeg mig over.

Jeg glæder mig også over, at vi over årene har kunnet investere mange midler i det danske sundhedsvæsen. Senest, men det er så en prioritering, VK-regeringen sammen med Dansk Folkeparti har lavet i forbindelse med Kræftplan II, har vi sat ekstra midler af i 2006 til netop at prioritere kræftbehandlingen meget højt. Så man kan sige, at vi nogle steder er sammen om en lang række forbedringer, andre steder går VK-regeringen sammen med Dansk Folkeparti lidt længere.

Formanden:

Tak til hr. Hans Andersen. Så er det fru Lone Møller som ordfører.

Lone Møller (S):

Regeringens finansieringsmodel på sundhedsområdet har Socialdemokratiet været imod fra starten, og vi skal beklage, at det ikke har været muligt at ændre på modellen under de forhandlinger, der har været om lovforslaget.

Socialdemokratiet har noteret sig, at regeringen og Dansk Folkeparti på eget initiativ har valgt at tage finansieringsdelen ud af forslaget og indsætte den i lovforslaget om regionernes finansiering, som Socialdemokraterne stemmer imod.

Vi er grundlæggende uenige i den måde, regeringen har valgt at indrette regionernes finansiering på, og vi vil ikke tage et medansvar for den valgte model.

Alle de problemer, som finansieringsmodellen formentlig vil medføre, og som samtlige uafhængige eksperter er enige om at spå vil opstå, må regeringen og Dansk Folkeparti stå til ansvar for alene.

Socialdemokraterne er stadig væk af den opfattelse, at de folkevalgte i regionerne bør sikres et ansvar for deres indtægter. Vi mener, at opgaver og ansvar for økonomien bør følges ad.

Efter den 1. januar 2007 bliver amterne nedlagt, og sygehusdriften vil overgå til fem sygehusregioner, som alene kommer til at stå for sy-

gehusdriften. Kommunerne vil fremover få et medansvar for at betale for behandlinger til deres borgere hos de praktiserende læger, speciallæger og på hospitalerne. Sygehusenes drift vil derefter overgå til at være finansieret af kommunernes indkøb og et rammetilskud fra staten.

Tankegangen er, at kommunerne på den måde tilskyndes til at gøre noget for, at færre mennesker får brug for sygehusbehandling f.eks. gennem bedre forebyggelse eller ved, at kommunerne opretter nye og billigere behandlingstilbud.

Nu skal jeg ikke her trætte med alle de kritiske indlæg, som har været i skrift og tale, men blot opsummere, at meget tyder på, at modellen ikke kommer til at fungere efter hensigten. Bl.a. tyder undersøgelser på, at der er alt for få midler til forebyggelse, at kommunerne ikke vil kunne lave ordentlige tilbud, der kan erstatte behandlingerne på hospitalerne eller hos lægerne, at kvaliteten enten vil blive ringere, eller at det vil blive dyrere, og at der i bedste fald ikke sker nogen forandring i forhold til i dag.

KL 11.10

Ved førstebehandlingen gav vi udtryk for, at vi er helt enige i regeringens mål om et stærkt offentligt sundhedsvæsen, der tilbyder patienter fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt niveau i det danske sundhedsvæsen.

Socialdemokraterne har noteret sig ministerens svar på spørgsmålene 33-36. Heri bekræfter ministeren, at borgerne også fremover skal have adgang til vederlagsfri behandling på sygehuse samt hos alment praktiserende læger og speciallæger. Ministeren fastslår, at forslaget til sundhedslov fuldstændigt viderefører de nugældende regler, for så vidt angår vederlagsfri behandling. Det står derfor klart, at regeringen ikke uden en lovændring kan indføre brugerbetaling på nye områder.

Sundhedsloven er blevet betegnet som en slags sundhedsvæsenets grundlov, idet loven nu samler 15 eksisterende love under ét. Det hilser vi velkommen. Vi hilser det velkommen, at sundhedsområdet nu på den måde får sin egen lov.

Vi støtter også, at kommunerne får et centralt medansvar for forebyggelse. Man kunne have ønsket sig, at man ved strukturændringerne også havde givet området et serviceløft, men det var der desværre ikke lagt op til. Vi mener dog, at med de præciseringer, som er tilkendegivet fra sundhedsministeren, får borgeren en vis rets-

sikkerhed i forbindelse med opgaveflytninger, som er afledt af strukturen.

Vi har lagt stor vægt på at sikre patienterne en ubetinget ret til genoptræning helt i overensstemmelse med deres genoptræningsplan. Vi vil nøje følge området for forebyggelse og sundhedsfremme, som fremover skal indgå som en obligatorisk del af de sundhedsaftaler, som regionerne skal indgå med kommunerne.

Vi mener, at det er en styrkelse, at det er præciseret, at regioner og kommuner bliver forpligtet til at samordne og koordinere indsatsen for de såkaldte dobbeltdiagnosepatienter, nemlig patienter, som i dag ikke får et ordentligt tilbud. De skal ikke fremover være kasterbold mellem to myndigheder.

Det er med betænkningen slået fast, at sindslidende, psykisk udviklingshæmmede og andre af de svageste grupper i vores samfund også fremover vil have ret til tandlægebehandling i specialtandplejen, og også det område vil vi følge nøje.

Vi vil i det hele taget generelt følge udviklingen for at sikre, at lovens hensigt efterleveres, som den fremstår efter forhandlingerne her i Folketinget. Vi ønsker et sundhedsvæsen, hvor patienterne skal opleve det som et sammenhængende system, hvad enten behandlingerne foregår i hjemmet, på det kommunale sundhedscenter, hos egen læge eller på sygehuset. Fremtiden vil vise, om denne lov sikrer det. Vi håber på det. Vi vil som sagt følge udviklingen.

Socialdemokraterne kan støtte forslaget med de af ministeren stillede ændringsforslag.

(Kort bemærkning):

Line Barfod (EL):

Det har for nogle været lidt uklart, hvad det er, Socialdemokratiet og Radikale er gået med i her. Derfor vil jeg gerne have skåret ud i pap, om man er gået med ind i et forlig, som betyder, at man ikke bagefter, når vi forhåbentlig snart får et nyt flertal, kan ændre og lave nogle forbedringer på det her område, eller om det, man har gjort, kun er, at man lover at stemme for lovforslaget nu, men at man, så snart vi har et flertal, der vil lave nogle bedre ting, kan stemme for dem, herunder f.eks. sikre, at vi får en formålsparagraf om, at i det danske sundhedsvæsen er hovedprincippet fri og lige adgang, og så kan der være nogle undtagelser, fordi det tager lidt tid, før vi kan få det udbredt til hele sundhedsområdet.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Socialdemokraterne har indgået en stemmeaftale med regeringen, og det har vi gjort på baggrund af, at det er 15 love, der er samlet, hvoraf nogle af dem er love, som der ikke er ændret noget i. Derfor syntes vi, at det var svært, da finansieringen var taget ud, at stemme imod lovforslaget, og med den stemmeaftale har vi fået nogle præciseringer af lovforslaget, som det foreligger. Vi er fuldstændig frit stillede og vil formentlig også tage initiativ til ændringer, når vi forhåbentlig snart får en ny regering.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Det glæder mig meget at høre, at Socialdemokratiet ikke har bundet sig, selv om jeg stadig har lidt svært ved at forstå, at man vælger at gå med her, men sådan er vi jo forskellige partier.

Kl. 11.15

Fru Lone Møller nævnte en række forskellige ting, som man ville følge nøje. Der er to ting, jeg gerne vil spørge, om man også vil følge nøje.

Den ene er den bemyndigelse, som ministeren har til at tillade, at privathospitaler kan overtage forskellige funktioner. Der har vi jo kunnet læse i bladet MANDAT i maj måned, at ministeren har givet tilladelse til Center for Rygkirurgi, selv om Sundhedsstyrelsen havde sagt nej 4 måneder tidligere. Derfor vil jeg gerne høre, om det er et område, Socialdemokratiet vil følge tæt, hvor mange tilladelser der bliver givet til privathospitaler.

Den anden er et område, som vi også har diskuteret indimellem her i Folketingssalen, nemlig spørgsmålet om fødsler, hvor vi ser, at der bliver skåret mere og mere ned på fødselsforberedelse og på muligheden for at have en jordemoder under fødslen. Vil det også være noget, Socialdemokraterne vil følge tæt, så vi kan få forbedringer på det område i stedet for forringelser?

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg kan forsikre for, at vi vil følge bemyndigelser til højt specialiserede behandlinger på privathospitalerne. Jeg mener, det er et ganske stort problem. Hvis vi ser på lovforslaget, kan vi se, at der er lagt op til at styrke Sundhedsstyrelsen, som får større bemyndigelse til at sammenlægge specialer, men hvis vi oplever, at privathospitaler ikke skal leve op til samme høje standard og ikke skal underlægges de samme restriktioner,

kan jeg godt forestille mig, at der bliver anarki i det danske sundhedsvæsen. For hvorfor skal man rette sig efter det ude på sygehusene, hvis man ikke skal på privathospitalerne? Jeg kan fortælle, at jeg er på vej med en byge af spørgsmåle i forbindelse med netop det problem.

Så har vi faktisk i forbindelse med behandlingen af lovforslaget forsøgt at bore i fødselsområdet, fødselsforberedelser og ændringer på jordemoderområdet, men svarene, som ministeren har givet, som også er optrykt i betænkningen, er, at der ikke er sket nogen ændringer. Det synes jeg også er noget, der er værd at kigge nærmere på, så det vil vi meget gerne være med til.

Formanden:

Tak til fru Lone Møller. Den næste ordfører er fru Birthe Skaarup.

Birthe Skaarup (DF):

Dansk Folkeparti har jo været en del af reformen og også en del af den sundhedsreform, som vi skal andenbehandle her i dag. Jeg vil til en begyndelse sige, at vi naturligvis støtter de ændringsforslag, der er lagt op til fra indenrigs- og sundhedsministerens side.

Det har været meget vigtigt for Dansk Folkeparti, at vi, når vi laver sådan en reform, får en sammenhæng i sundhedsvæsenet, og det er faktisk nøgleordet i den reform, vi laver, som indbefatter de tidligere 15 love. Det er jo sådan, at kommunerne får en styrket rolle i sundhedsvæsenet og således også et medansvar for sundhedsvæsenets finansiering.

Derfor er det afgørende, at de initiativer, der tages på det her område, sikrer kvalitet, sikrer sikkerhed og sikrer sammenhæng, og at det ikke alene kommer til at gælde for regionerne, men at det også kommer til at gælde for kommunerne.

De fem regioner, som vi får, vil skabe et stærkt planlægningsgrundlag, og de vil gøre det muligt, mener vi, at sundhedsvæsenet får et markant løft. Det er nødvendigt, hvis vi skal give borgerne en endnu bedre pleje og service, når de bliver syge og kommer i kontakt med det danske sundhedsvæsen. Aftalen er jo, at kommunen skal være medfinansierende af deres egne borgeres brug af sundhedsydelse, der leveres af det regionale sygehus eller af privatpraktiserende sundhedspersoner. Det betyder naturligvis – og vi har jo debatteret det mange gange før – at kommunerne vil få en tilskyndelse til at lave en meget mere effektiv forebyggelsestræning og plejeindsats, samtidig med at de

får det store ansvar, det er at genoptræne uden for sygehusregi.

Som sagt gives sundhedsvæsenet med denne her reform et meget bedre grundlag for at sikre sammenhængen i patientbehandlingsforløbet på tværs af administrative grænser. Det har været noget af det, der har ligget Dansk Folkeparti meget på sinde. Det, vi mange gange hører, når patienterne kommer ind i det danske sundhedsvæsen, er, at de ikke oplever den kontinuerlige sammenhæng, som der skulle være.

Kl. 11.20

Jeg vil også godt sige, at noget af det, jeg synes er væsentligt at omtale her i dag, er kvalitetsområdet. Den danske kvalitetsmodel vil være et afgørende initiativ også på det her område. Udbredelsen af akkreditering vil starte i sygehussektoren, som vi ved, men for os er perspektivet også klart, at det også skal omfatte praksissektoren og kommunerne.

Vi ser i Dansk Folkeparti naturligvis frem til, at genoptræningen nu kommer ind i faste rammer. Som jeg tidligere har nævnt, opfattes det af mange som en gråzone, som den ligger i øjeblikket. Genoptræningsplanerne, når der er behov for almindelig genoptræning, skal nu udmøntes i nærmiljøet, og her kan kommunerne jo få etableret eller indgå en aftale om genoptræning.

Her kommer de sundhedscentre ind, som ikke direkte er nævnt i lovgivningen, men som er nævnt i bemærkningerne, og som vi i Dansk Folkeparti har været meget optaget af. Vi har jo set, hvordan kommunerne faktisk har taget det til sig, at de nu får ca. 20 pct. af sundhedsvæsenet ind under deres vinger, og at de dermed også har taget meget del i, at der er afsat nogle penge til at oprette sundhedscentre.

Jeg ved udmærket, at der findes sundhedscentre, men det, at man nu får mulighed for at søge fra en pulje, har gjort, at man har været meget kreativ rundtomkring i de nye kommuner. Mange af de kommuner, der allerede er sammenlagt, har lavet en aftale og prøver på at få det rigtige sundhedscenter op at stå. Det var også derfor, at vi her med den nye kræftbehandlingsplan, som træder i kraft i år 2006, fik yderligere 50 mio. kr. til det her område.

Vi forventer os meget af det. Vi forventer os meget af, at kommunerne som sagt har det store engagement, som de giver udtryk for, og det er naturligvis til den danske patient og de danske borgers fordel, at kommunerne kommer til at leve op til det, så borgerne og patienterne bliver tilfredse og får det rette genoptræningsstilbud.

Men som sagt kan Dansk Folkeparti, som alle ved, tilslutte sig ændringsforslagene og hele lovgivningen på det her område.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Jeg tror, at de fleste, der beskæftiger sig med sundhedsvæsenet, har den opfattelse, at det vil være godt, hvis der kunne skabes en større sammenhæng for det enkelte menneske, både i patientforløbet og i det forhold, at man også, som man jo ofte er nødt til, skal have involveret socialforvaltningen og andet.

Det, jeg gerne vil høre, er: Hvad er det i dette lovforslag, som gør, at der skulle blive større sammenhæng? Dels kan jeg jo forstå på argumentationen, sådan som vi har hørt den tidligere, at dette lovforslag kun er en sammenskrivning af de love, der er i forvejen, og dermed er der ikke noget nyt, der giver en større sammenhæng, dels fordeler man nogle af opgaverne mellem kommuner og regioner. Det må da give mindre sammenhæng, end hvis det som i dag ligger i amterne.

Derfor vil jeg gerne høre: Hvad er det i dette lovforslag, som Dansk Folkeparti mener giver en større sammenhæng for den enkelte patient og en bedre mulighed for at have et forløb, der hænger sammen, og nogle personer, der sørger for, at der er sammenhæng hele vejen?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Den bedre sammenhæng skal naturligvis ses derved, at når patienter er færdigbehandlede i det danske sygehusvæsen, bliver der udskrevet disse handlingsplaner, som der også skulle udskrives nu, men som i mange tilfælde ikke bliver lavet. Det skal der naturligvis strammes op på, for den handlingsplan skal jo følge patienten i det videre forløb, når vedkommende skal i gang med en genoptræning i kommunerne. Det er her, jeg mener at sammenhængen i patientbehandlingsforløbet vil blive meget bedre.

Kl. 11.25

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Jeg kan altså forstå, at den lange tale, som fru Birthe Skaarup holdt om, at denne reform medfører en større sammenhæng for patienterne, alene bygger på, at man i lovforslaget viderefører det, der allerede står i loven i dag om, at de skal have en handlingsplan. Det synes jeg er im-

ponerende at sælge som et stort fremskridt med en reform, men sådan kan man jo vægte tingene forskelligt.

Så ville jeg gerne høre om noget andet, nemlig spørgsmålet om at udvikle nogle nye ting. For en del patienter er det jo en stor belastning at blive indlagt på sygehus, og der kan det være en fordel, hvis man i stedet kan blive behandlet i sit eget hjem. Der er nogle sygehuse, der så småt er i gang med, at personalet kommer ud i patientens hjem og behandler der, så vedkommende slipper for at blive indlagt.

Men det, vi kunne høre på den høring, vi holdt om økonomien og hele den måde, reformen her bygges op på, var, at man kunne risikere, at sygehuse fremover ikke kunne lave forsøg med den slags, fordi det direkte er i modstrid med den måde, finansieringen lægges op på. Det er altså ikke forbudt, men de har bare ikke finansiering til det. Er det Dansk Folkepartis måde at skabe mere sammenhæng og bedre forhold for patienterne på?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Man kan jo nogle gange forstå tingene, som man har lyst til, men det er klart, at når vi siger, at der skal være bedre sammenhæng i hele patientbehandlingsforløbet, så gælder det fra dag et. Når en patient kommer ind, så skal der være en sammenhæng på den måde, at man møder en sygeplejerske eller en eller anden kontaktperson, der fører en gennem systemet.

Når man er færdig i sygehusvæsenet, skal man have den sygehusbaserede genoptræning, og ude i kommunen skal man have et tilbud i nærmiljøet. Det tilbud kan kommunerne lægge op til hvor skal være. Det kan være nøjagtig der, hvor patienten bor i nærmiljøet, men det kan også være i samarbejde med en anden kommune. Jeg ved ikke, om fru Line Barfod fik svar på spørgsmålet, men ellers må jeg jo høre det igen.

(Kort bemærkning).

Anne Bastrup (SF):

Jeg vil godt spørge fru Birthe Skaarup i forlængelse af den her debat: Hvordan vil fru Birthe Skaarup beskrive situationen for de pårørende til en person, der er kommet ud fra hospitalet med en genoptræningsplan, som kommunen ikke opfylder? Forudsætningen for, at den pågældende person kan komme videre i sit liv, er hurtigt, effektiv genoptræning med det samme. Hvordan mener fru Birthe Skaarup, at denne pa-

tient er sikret? Det er naturligvis meget ofte pårørende, der skal gå ind at hjælpe. Hvordan kan vi sikre en sådan patient?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Vi kan sikre den patient, som vi faktisk også var inde på det i aftalen, ved at vi laver et formaliseret samarbejde mellem sygehuse og kommunen, så man på en eller anden måde får en ansvarlig person, der står for at få denne her person videre i den genoptræning, som måske afsluttes i nærmiljøet. Men der skal være en ansvarlig person, der står for netop *den* ene patients fremtid.

(Kort bemærkning).

Anne Bastrup (SF):

Det er lige præcis svar af den her karakter, der gør mig meget, meget nervøs på vegne af de mennesker, der skal udsættes for en behandling, hvor de efterfølgende skal genoptrænes, når fru Birthe Skaarup, som har været et centralt led i hele det her forhandlingsforløb, kan sige, at der må være en eller anden person, *en eller anden*; ikke noget med i hvilket regi, ikke noget med, om det er en regional forpligtelse eller en kommunal forpligtelse eller måske den nabokommunes forpligtelse, hvor patienten hellere vil være. Der ligger en aftale, hvor hele det danske forvaltningssystem, sundhedssystem og sociale system vendes rundt, og så siger en af hovedforhandlerne: Der er en eller anden person, som vistnok på et eller andet niveau er ansvarlig.

Jeg vil sige til fru Birthe Skaarup, at jeg inderligt håber, at jeg får et bedre svar denne her gang.

Kl. 11.30

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Ja, ja. Tingene kan jo altid vendes, som man helst vil have det og helst se dem. Det er sådan, at når man kommer fra det danske sygehusvæsen, bliver der en genoptræningsplan. Den genoptræningsplan skal naturligvis laves i samarbejde med den praktiserende læge. Den praktiserende læge får også et ansvar her.

Men det er jo kommunen, der står for det her, og det er kommunen, der skal sørge for, at hele planen for den pågældende patient bliver udmøntet. Jeg tror på, at vi her får et system, hvor kommunen ønsker, at patienten hurtigt skal komme i arbejde eller hurtigt skal komme i gang

med en uddannelse, og at den ældre hurtigt skal blive mobil. Det er da klart, at en kommune vil gøre alt muligt for at få den genoptræning i gang og få den til at virke.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nu har Dansk Folkeparti i modsætning til os valgt at lægge sit, jeg havde nær sagt gode navn til økonomidelen og hele finansieringsdelen i den her sundhedsreform. Jeg kunne godt tænke mig at høre fru Birthe Skaarups begrundelse for, at man har valgt at gøre det helt uden betænkeligheder, for det handler jo netop om, at vi har påstanden fra regeringen og regeringens embedsfolk om, at det her er en meget fornuftig model, men det er sådan set også det.

Vi kan ikke finde nogen andre, der vil komme med nogen dokumentation for eller bare en anbefaling af, at det her kunne være en god idé – ikke nogen som helst, der har forstand på det. Hos dem, der skal have ansvaret for økonomien, nemlig kommunerne, begynder nervøsiteten også at brede sig. Så det kunne jeg godt tænke mig at høre en kommentar til.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu ved vi jo alle sammen efterhånden, hvordan økonomien skrues sammen i denne her reform, også sundhedsreformen, nemlig ved, at vi får en sundhedsskat, at der bliver en meraktivitetspulje, at kommunerne skal betale for deres borgere osv. osv.

Der bliver hverken flere eller færre penge i det her system. Det kan godt være, der bliver flere penge, men der bliver ikke færre penge. Patienterne skal behandles i det danske sygehøvs væsen, de skal have en genoptræning, der bliver ikke færre penge.

Udligningsprincippet bliver også brugt her, og det vil jo klart vise, hvordan kompensationen bliver. Det bliver, nøjagtig som det er i dag, hvor vi har det totale udligningsprincip, hvor vi har et bloktilskud, der tilfalder det enkelte amt i øjeblikket. Sådan bliver det.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nej, der bliver ikke færre penge, men der bliver heller ikke flere penge. Hvis jeg var kommune og hørte det budskab og samtidig lyttede til, hvad det er for nogle forventninger, der stilles om, at der nu rigtig skal sættes ind med forebyg-

gelse, og at der skal gøres en hel masse, som ikke er gjort før, så ville jeg godt nok spørge mig selv om, hvor de penge skulle komme fra. Og det er vel egentlig den bekymring, vi skal tage alvorligt.

Er det sådan, at man kan få en hel masse mere forebyggelse, uden at der er flere penge i det? Det har jo netop været den vinkel, der gør, at vi er bekymrede over, at man laver en reform af denne her art og skruer forventningerne op og samtidig taler om udgiftsneutralitet.

Så vil jeg med hensyn til den statslige sundhedsskat spørge: Kunne fru Birthe Skaarup ikke bare forklare mig meget kort, hvad det geniale er i, at man laver en statslig sundhedsskat, som ikke har noget at gøre med den reelle økonomi, men som bare er på 8 pct.? Skal borgerne være særlig glade for det?

Kl. 11.35

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det er jo sådan, at med den her sundhedsreform vil genoptræningen komme til at forløbe mere effektivt. Det bliver jo sådan, at vi får lavet den her plan osv. osv. Der vil blive et patientbehandlingsforløb, også på genoptræningsområdet, sådan at borgeren mærker, at der er noget effektivitet her. Det er da klart, at det da først og fremmest vil bevirke, at borgeren oplever det som bedre, samt at der bliver en effektivitet, og det kan da godt være, at det giver flere penge.

Så vil jeg godt sige, at det geniale i den der 8 pct.s sundhedsskat er, at det foregår fra centralt hold, og at man fra centralt hold har meget mere styr på mange af de her ting. Så vil jeg også sige, at der altså bliver flere penge. Vi iværksætter hele tiden nogle nye tiltag, bl.a. nu med kræftplan II, og det vil sige, at der kommer flere penge til det danske sundhedsvæsen, så jeg tror ikke, fru Charlotte Fischer bør bekymre sig. Hun kan sove roligt om natten. Jeg tror på, at patienterne nok skal få den genoptræning og skal mærke den effektivitet, der vil blive i det danske sundhedsvæsen, når vi vedtager den her grundlov for sundhedsvæsenet.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg vil gerne spørge fru Birthe Skaarup, om ikke der skete en fejl, da fru Birthe Skaarup svarede SF's ordfører i forbindelse med genoptræningsplaner. Som jeg lyttede mig til det, syntes jeg, fru Birthe Skaarup sagde, at når patienterne blev

udskrevet fra sygehuset, så skulle genoptræningsplanen laves af den praktiserende læge.

Er det ikke korrekt, at det er den udskrivende læge fra sygehuset, der i samarbejde med det personale, der har haft med patienten at gøre på sygehuset, laver genoptræningsplanen? Og er det ikke korrekt, at noget af det, vi netop fik præciseret i forbindelse med lovforslaget, var, at man ikke i kommunerne kan fravige den genoptræningsplan, sådan at man bare kan komme fedtende med et billigere tilbud? Jeg ville bare gerne lige høre, om det ikke er korrekt opfattet.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Når der i det danske sygehusvæsen skal laves de her genoptræningsplaner eller handleplaner, hvad man nu vælger at kalde dem, sker det naturligvis på sygehuset, men det er da klart, at den praktiserende læge skal meget mere ind i hele patientbehandlingsforløbet sammen med kommunen. Det er da klart, at det samarbejde, som vi nogle gange har set var ikkeeksisterende mellem den praktiserende læge og patienten, skal i højsædet. Det er da klart, at den praktiserende læge også her vil gå aktivt ind og deltage i patientens genoptræning.

Formanden:

Vil fru Lone Møller have en kort bemærkning mere? Nej. Så siger vi tak til fru Birthe Skaarup, og så er det fru Helle Sjelle som ordfører.

Helle Sjelle (KF):

Som jeg også allerede påpegede det under førstebehandlingen, ser vi gerne i Det Konservative Folkeparti, at vi har et sundhedsvæsen, der er blandt de bedste i verden. For os er det meget vigtigt, at vi har et førsteklases sundhedsvæsen, der er kendetegnet ved kvalitet og tryghed for alle mennesker, uanset hvor de bor.

Efter vores opfattelse skal sundhedsvæsenet levere en vare af en høj kvalitet, hvad enten det drejer sig om forebyggelse eller behandling, der skal være fri og lige adgang for alle borgere, og sundhedsvæsenet skal naturligvis være præget af nærhed og omsorg, men også af hurtighed og effektivitet. Kort sagt skal vi efter vores opfattelse garantere en hurtig behandling af høj kvalitet. Vi skal simpelt hen have et sundhedsvæsen, der er blandt de bedste.

Når alt det er sagt, vil jeg ikke knytte mange andre kommentarer til det end blot sige, at vi alt i alt er af den opfattelse, at det her lovforslag er

et godt grundlag for det videre arbejde med det danske sundhedsvæsen, og vi er også ganske tilfredse med, at der er bred støtte til forslaget.

Kl. 11.40

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Først vil jeg gerne spørge den konservative ordfører, når nu hun lagde så stor vægt på, at der fortsat skal være fri og lige adgang til det danske sundhedsvæsen, hvorfor Konservative ikke vil stemme for det ændringsforslag, som SF og Enhedslisten har stillet, om, at det kommer til at stå helt klart i loven, at hovedprincippet er, at der er fri og lige adgang, og at der så er nogle undtagelser for tandlægebehandling osv. i stedet for den måde, som regeringen har valgt at bygge det op på, hvor undtagelserne er der, hvor det er vederlagsfrit, altså fri adgang? Hvorfor vil Konservative ikke støtte det forslag? Det var det ene spørgsmål.

Det andet spørgsmål går på hele den her måde, man bygger det op på med finansieringen, hvor det fremgår af det svar på spørgsmål 8, vi har fået fra ministeren vedrørende L 71, at Københavns Kommune f.eks. skal betale 1,3 mia. kr. i brugerbetaling. Der vil jeg gerne høre, hvad fru Helle Sjelles kommentar er til Københavns Kommunes økonomi.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Vi er af den opfattelse, at vi faktisk meget ofte har gjort det klart heroppefra talerstolen, at vi netop gerne vil sikre den fri og den lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet. Vi synes ikke, der er nogen umiddelbar grund til direkte at skrive det ind.

Vi er ret overbeviste om, at i det øjeblik der bliver problemer på det her område og der er nogle, der rejser spørgsmålet, om ikke der skal en øget brugerbetaling ind i systemet, så er det selvfølgelig klart, at Folketingets partier også vil afkræve en eventuel regering et svar på, hvad regeringen vil gøre ved det.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Hvis Konservative er så fuldstændig overbevist om, at vi skal fastholde en fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, at det skal være hovedprincippet, at det skal være det, der er gældende for sygehusene, hvorfor så ikke skrive det fuldstændigt klart i loven? Man kommer ud over debatten

om det, hvis man vil skrive det klart i loven. Det var det ene spørgsmål.

Det andet, som fru Helle Sjelle ikke nåede at svare på før – det har jeg forståelse for, der er ikke meget taletid – var den måde, man bygger finansieringen op på, hvor vi kan se, at i f.eks. en kommune som Gentofte svarer det, man kommer at skulle betale fremover til sundhedsvæsenet, til 0,6 pct. af beskatningsgrundlaget. I en kommune som Søllerød er det 0,5 pct. af beskatningsgrundlaget. Men i Københavns Kommune, som vi i dag i aviserne i forvejen kan læse er ved at have nogle problemer, er det 1,1 pct. af beskatningsgrundlaget, som man altså skal af med fremover til sundhedsvæsenet på grund af den her mærkværdige model, som regeringen indfører, hvor kommunerne skal erlægge brugerbetaling for borgerne.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg synes faktisk allerede, jeg har svaret på det første spørgsmål, nemlig ved at sige, at i hvert fald vi i Det Konservative Folkeparti ikke umiddelbart er parat til at gå ind og øge brugerbetalingen i det offentlige sundhedsvæsen. Det er ikke det, der er vores mission med det her lovforslag. Det, der er vores mission, er, at vi får et bedre og gerne et styrket sundhedsvæsen ud af lovforslaget.

Med hensyn til det andet spørgsmål vedrørende finansieringen er det jo således, at man betaler det samme pr. borger i landet netop for at sikre, at der ikke bliver forskel rundtomkring i landet på, hvad det er, man betaler.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Nu har vi jo i forsøget på at få afdækket konsekvenserne for det danske sundhedsvæsen igennem behandlingen af det her lovforslag forsøgt at få forskellige typer af økonomer til at melde ud, hvilke fordele der er ved den helt fantastiske specielle konstruktion, der nu er kommet for det danske sundhedsvæsen.

Jeg vil derfor spørge fru Helle Sjelle, om det ikke gør indtryk på den konservative ordfører, at vi ikke kunne finde en eneste uafhængig økonom, der ville stille sig op og forsvare den her konstruktion, men at alle, der har indblik i sundhedsøkonomi, afviser den fuldstændig, i hvert fald hvis de er uafhængige.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Nu er det således, at det naturligvis altid gør indtryk, når folk beskæftiger sig med det område, som man også selv beskæftiger sig med, og i det her tilfælde handler det om vores fremtidige sundhedsvæsen. Derfor har vi selvfølgelig også hørt, hvad diverse eksperter har haft at sige om denne her reform.

Kl. 11.45

Men det ændrer nu ikke på, at vi stadig væk mener, at på nuværende tidspunkt i forbindelse med de opgaver, vi gerne vil have løst, er den finansieringsform, som vi nu har valgt, den rigtige.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Det synes jeg var et meget, meget klart svar, og jeg håber da også for landets skyld, at fru Helle Sjelle har ret i, at denne konstruktion, som er ganske, ganske speciel, er den rigtige.

Men jeg vil godt spørge, om det ikke gør indtryk på fru Helle Sjelle, at vi ikke engang kan finde et eneste land i hele verden, der har den samme konstruktion, at der ikke på noget andet sted på denne jordklode er nogen, der har fundet på denne her i mine øjne meget, meget besynderlige måde at finansiere sundhedsvæsenet på.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Fru Anne Baastrup har naturligvis ret til at mene, at det her er en besynderlig måde at finansiere vores sundhedsvæsen på, men i vores øjne er det, som jeg jo allerede påpegede det i mit tidligere svar, den bedst mulige model i forbindelse med de opgaver, som vi ønsker udført i vores sundhedssystem, og det er det, uanset om man ikke kan finde andre steder på jorden, for at bruge fru Anne Baastrups udtryk, hvor man lige præcis har denne her konstruktion. Vi synes stadig væk, at det her er den bedste løsning i forbindelse med de opgaver, vi gerne vil have løst.

Formanden:

Tak til fru Helle Sjelle. Så kan vi vist gå videre i ordførerrækken med fru Charlotte Fischer som ordfører.

Charlotte Fischer (RV):

Som det er sagt, bliver den her lov en slags sundhedsvæsenets grundlov, der samler 15 ekssi-

sterende love. Den hviler på en grundarkitektur, som vi sådan set synes er rigtig god. Det handler om, at der fremover kommer fem regioner, og at der kommer en forhåbentlig stærkere Sundhedsstyrelse, som kan danne grundlag for en fagligt god behandling i det danske sundhedsvæsen. Det tredje element er, at kommunerne får et større medansvar for sundhedsvæsenet. Alt sammen synes vi sådan set er rigtigt tænkt og en god idé.

Der, hvor det går helt galt i det her, er finansieringsdelen. Derfor synes vi, at det har været en god og helt nødvendig ting, at regeringen tog finansieringen ud, for ellers havde vi aldrig kunnet stemme ja til dette sundhedslovforslag.

Det handler om, at vi ikke tror på, at finansieringen holder, sådan som det er forudsat, og det drejer sig sådan set om to ting. Det handler om, at vi ikke tror på, at den samlede finansiering holder. Vi tror på, at udgifterne kommer til langt at overskride, hvad der er penge til, og vi tror ikke på, at der kommer den forebyggelse ud af det, som er tænkt ind her i lovforslaget.

Det gælder så også specielt kommunernes takstfinansiering og hele modellen med, at kommunerne fremover skal medfinansiere sundhedsvæsenet.

Vi tror på, at det havde været meget, meget bedre, hvis man havde målrettet den kommunale takstfinansiering mod de behandlingsområder, hvor kommunerne rent faktisk har en mulighed for at forebygge. Det er f.eks. sådan noget som hoftebrud, hvor det ville have givet rigtig god mening for kommunerne at takstfinansiere det.

Nu har man lavet en model, hvor man skyder med spredehagl på alting, og jeg tror, det meget vel kan gå sådan, at vi om et år eller to, når kommunalreformen er trådt i kraft, vil se nogle utrolig frustrerede kommuner, der oplever, at penge fosser ud af kassen, uden at de egentlig reelt har den store mulighed for at påvirke udgifterne og gøre det, der skal til for at forhindre sygehusindlæggelser.

Altså sammen tegnes et ret sort billede af den samlede finansiering og økonomi på sundhedsområdet, og vi er sådan set kun kede af, at vi ikke kan tage et medansvar for det her, for det havde været logisk. Men vi må også konstatere, at det var umuligt at finde sammen på det her punkt, og det var vel også det, regeringen egentlig erkendte, da den foreslog at tage det hele ud.

Når vi synes, at det lovforslag, der er tilbage, er godt, er det i høj grad, fordi 90 pct. er gen-

brug, kan man sige, fra de 15 love, som ligger til grund for det samlede lovforslag, og så har vi fået en række forbedringer.

Vi har fået sikkerhed for, at regionerne får det samme handlerum som amterne, og det betyder, at de er i stand til at udvikle sundhedsvæsenet til gavn for os alle sammen. Vi får sikkerhed for, at patienten faktisk får denne utvetydige ret til genoptræning. Det har der været utrolig meget diskussion og usikkerhed om, og det bliver nu bøjet i neon, at patienten får frit valg mellem de kommunale ydelser. Alt sammen tror jeg er en forbedring, vel at mærke hvis der også på det her område ligger penge til grund.

Kl. 11.50

Yderligere et område er, at det bliver skåret ud i pap, at regionerne får pligt til at forebygge, når det gælder patienterne. Det har der også været utrolig meget usikkerhed om. Det er godt, at det bliver slået helt fast, at også når patienterne runder sygehusene, vil der fortsat være mulighed for at tilbyde kostvejledning, rygestop osv., som kommer patienterne til gode.

Vi får slået fast, at kommunerne skal omfattes af helt samme krav, som gælder for sygehusene, sådan at patienten faktisk kommer til at opleve et samlet sundhedsvæsen, uanset om vedkommende er på det kommunale sundhedscenter, eller om vedkommende er på sygehuset eller hos den praktiserende læge. Vi havde sådan set også gerne set, at det kom til at omfatte de private sygehuse. Der skal ikke være nogen forskel set fra patientens synspunkt.

Endelig bliver der en bedre sikkerhed for de psykisk syge for, at de får et sammenhængende patientforløb. Det kommer ind i de sundhedsaftaler, der skal indgås mellem regionerne og kommunerne, og de får ret til specialiseret tandlægebehandling. Alt i alt nogle fornuftige forbedringer og præciseringer, som vil skabe mere tryghed set med vores øjne.

Så vil jeg godt sige om den fri og lige adgang, at vi er helt overbevist om, at der overhovedet ikke er nogen forskel på det, der er i det her lovforslag, og den tilstand, der gælder i dag. Hvis det var os, der bestemte i det her land, men det er det jo som bekendt ikke, ville vi have syntes, at det var fint at indføje ordene fri og lige adgang på en pragmatisk måde, men det har vi forstået at regeringen ikke vil.

Dog er det for os det reelle indhold, der tæller, at der ingen forskel er. Og når der ikke er nogen forskel, ønsker vi ikke at have en lang snak om det her. Skal der ændres noget på den gæl-

dende tilstand, skal der en lovændring til, og så bliver vi her i Folketinget spurgt en gang til. Det er det, jeg forholder mig til, og det er derfor, at jeg ikke synes, der er behov for at gøre mere ud af den her sag og mane spørgsmål frem, hvor de ikke er.

Formanden:

Tak til fru Charlotte Fischer. Så er det fru Anne Bastrup som ordfører.

Anne Bastrup (SF):

Grundlæggende synes SF, at det er fint, at vi får en enkel sundhedslovgivning. Vi havde hellere set, at vi også havde involveret hele den psykiatriske lovgivning, men det tager vi fat på til næste år.

Det, der er helt afgørende for SF's afvisning af denne her konstruktion, er finansieringen. Jeg anerkender, at regeringen har taget finansieringen ud af sundhedsloven, men et er at tage den ud af sundhedsloven, noget andet er så bare at smide den ind i regionernes finansiering.

Nu skal man jo være venlig over for folk, man ellers har et godt samarbejde med, men jeg synes, det er en anelse naivt, at Det Radikale Venstre og Socialdemokratiet tror, at det overhovedet flytter noget som helst, at finansieringen af sundhedsvæsenet er kommet over i regionernes finansiering. Det er hovedproblemet, det er grundproblemet.

Det, vi jo har, når det drejer sig om finansieringen, er en konstruktion, hvor jeg via flere spørgsmål til både Venstre og Konservative har forsøgt at få dem til at melde ud, om det slet ikke gør indtryk, at der ikke er nogen økonomer, der vil understøtte og bekræfte, at denne vision, som indenrigsministeren har fået, om finansieringen af sundhedsvæsenet, simpelt hen er den helt store fremtidssikrede vision. Jeg gad nok se, hvor længe det kommer til at vare.

Det, der så også er problemet, er, at vi nu står med en række regioner, som ikke har mulighed for at udvikle, fordi de har mistet kommunalfuldmagten. Der kan vi godt være noget bekymrede for, om den udvikling, vi har set for sundhedsvæsenet igennem de sidste 10-15 år, rent faktisk kan risikere at gå i stå.

Jeg har selvfølgelig bemærket det ændringsforslag, hvorefter man ikke længere skal have lov, når man skal lave en eller anden form for udvikling i samarbejde med andre. Nu har indenrigs- og sundhedsministeren et problem,

hvis han ikke når at sige nej inden 1 måned. Det er fint nok.

Det, der så er det centrale spørgsmål, er: Har regionerne overhovedet det finansielle grundlag for at gå i gang med denne her type udvikling? For vi ved jo, at regionernes finansieringsområder – med vandtætte skotter imellem – er sundhed; vækst, udvikling af vækstfora og så i øvrigt det takstfinansierede sociale område. Det, man så godt kan spekulere på, er: Hvordan kan vi være sikre på, at regionerne overhovedet har det økonomiske volumen, de økonomiske muligheder, for at sætte ny udvikling i gang?

KL 11.55

Et andet problem, som vi kan være bekymrede for, er: Hvordan kan vi regne med, at kommunerne vil gå ind med en offensiv forebyggelsespolitik, som vi synes er central og vigtig, når vi kan se, at de penge, den konkrete kommune kan spare, stort set er ingenting her og nu? Der er jo tale om nogle meget, meget langsigtede investeringer, før man kan se, at der er en besparelse på sundhedsområdet. Det er fint, at kommunerne har fået denne her mulighed for at lave aktiv forebyggelsespolitik. Vi tvivler bare på, at det rent faktisk er noget, som kommunerne, når de ikke får flere ressourcer, end der lægges op til, har mulighed for.

Det næste er så det angreb, der er på hovedstadsområdet. Vi kan jo se, at hovedstadsområdet fremover skal spare 455 mio. kr. Vi har ikke fået nogen som helst anvisning af, hvordan det skal kunne lade sig gøre. Vi har via forskellige spørgsmål forsøgt at få at vide, hvordan sundhedsvæsenet i området overhovedet skal kunne overleve. Det er således et af de områder af landet, hvor der rent faktisk er en hel del med dårlig social baggrund og derfor et dårligt helbred.

Et andet ideologisk funderet forslag, som er puttet ind i denne her lovgivning, er, at borgeren nu ikke længere skal give samtykke til, at de oplysninger, som hospitalsvæsenet har, viderefremmes til den praktiserende læge.

Vi har på et senere tidspunkt i dag en diskussion om borgerservicecentre, og det er den samme tænkning, der ligger bag denne her afvisning af, at man kan involvere og inddrage den konkrete borger. For vi ved jo, at den enkelte patient meget gerne selv vil involveres, meget gerne selv vil lyttes til, men hvad nu, hvis man fra hospitalets side med sundheds- og indenrigsministerens ord, siger: Vi alene vide; du skal ikke vide, hvortil vi videregiver dine oplysninger; det er os og kun os, der bestemmer?

Mit spørgsmål er: Hvorfor?

Formanden:

Så er det fru Line Barfod som ordfører.

Line Barfod: (EL)

Sundhed, og hvordan sundhedsvæsenet fungerer, om der er brugerbetaling eller ej, hele den måde, det er bygget op på, er helt afgørende for et moderne velfærdssamfund. Hvis man skal have en ordentlig velfærd, skal man også have et ordentligt sundhedsvæsen. Man skal have nogle sygehuse, hvor der er fri og lige adgang, men også en god forebyggelse og sundhedsfremme og i det hele taget have en ordentlig kvalitet og en ordentlig sikring af, at borgerne får den bedst mulige behandling, hvis de bliver syge, og at man gør noget sammenhængende for at forebygge, at folk bliver syge, og sørger for, at de har en god sundhed.

Vi har et rimeligt sundhedsvæsen i Danmark i dag. Der er mange ansatte, der gør en kæmpe indsats, men det er ikke godt nok. Der er brug for reformer i forhold til, hvordan tingene ser ud. Der er brug for at få langt større sammenhæng i patientforløbene. Der er brug for at få langt større sammenhæng for den enkelte borger i forholdet mellem sundhedsområdet, socialområdet, arbejdsmarkedet og andre områder.

Der er alt for mange, der kommer ud for en sygdom eller ulykke, hvor det er den enkelte, der i dag selv må prøve at samle trådene og finde rundt i de forskellige paragraffer, samtidig med at de prøver at koncentrere sig om at blive raske. Det burde vi kunne gøre bedre, sådan at man havde en vejleder hele vejen igennem, der kunne sørge for at hjælpe en med at holde styr på tingene.

Der er brug for, at vi ser sammenhængen, ikke kun for det enkelte menneske, men også generelt samfundsmæssigt, at vi ser, at vi f.eks. på nogle områder får meget store udgifter på socialområdet, fordi vi ikke har sørget for en ordentlig sundhedsfremme. Det er f.eks. i forbindelse med sukkersyge, hvor det koster meget store summer på det sociale område til førtidspension, hjemmehjælp osv., at vi ikke gør mere for at forebygge, at folk får ikke alene sukkersyge, men også alvorlige følgesygdomme af det.

Der er brug for, at vi sørger for et meget bedre arbejdsmiljø, så der ikke er særlig mange mennesker, der bliver slidt ned, sådan som vi ser det i dag. Hvis vi begyndte at tænke i, at nogle af de mange mennesker, der i dag er sat uden for ar-

bejdsmarkedet, i stedet kunne komme ind og arbejde, ville vi også dér kunne få en langt bedre sundhed og færre, der bliver slidt ned og får brug for sundhedsvæsenet. Vi kunne have en bedre rengøring, en bedre hygiejne og bedre forhold på sygehusene.

Hvis vi også begyndte at tænke i sammenhæng med den måde, vi indretter samfundet på, kunne vi sørge for, at vi bevægede os mere, at vores børn fik en bedre kost osv., så der var færre, der fik brug for sundhedsvæsenet. Vi kunne sikre, at de ansatte i sundhedsvæsenet fik en langt større indflydelse på deres hverdag, og at de gode ideer, de har til forbedringer, kunne blive omsat til praksis.

Kl. 12.00

Så der er masser af områder, hvor der er brug for reformer i det danske sundhedsvæsen. Desværre har regeringen og Dansk Folkeparti valgt, at det ikke er de her områder, man går ind og gør noget ved.

I stedet lægger man op til en reform, hvor det, som er det helt nye i reformen, er den her besynderlige finansiering, man har sat ind, hvor man støtter den udvikling, der allerede er i gang, med en opdeling i et sundhedsvæsen for dem, der har råd til at betale eller er så heldige at have en forsikring, så de kan komme hurtigere i behandling, og så et offentligt sygehusvæsen, der bliver mere og mere udsultet og derfor kan levere dårligere ydelser.

Det er en udvikling, der har været i gang over flere år efterhånden, som også støttes af, at nogle fagforeninger desværre går ind og tegner overenskomster med sygeforsikring for deres ansatte. Men det er en udvikling, som vi er meget bange for vil accelerere med den reform, der nu bliver gennemført som led i kommunalreformen, hvor man går ind og indfører en brugerbetaling for kommunerne i første omgang, som skal betale for deres borgere.

Flere andre har i debatten også været inde på de meget store problemer, der er i, at kommunerne skal til at erlægge en brugerbetaling, og mangelen på mulighed for, at kommunerne reelt kan gå ind og lave forebyggelse. For der kommer jo ikke nogen penge med ud til kommunerne, der kan sikre en ordentlig sundhedsfremme.

Alle er enige i, at det vil være godt, at kommunerne får et større ansvar for at lave sundhedsfremme, får et større ansvar for at forebygge, at folk bliver syge. Men det kræver, både at der kommer nogle penge med, og at der er en faglig forankring for at gøre det. Vi er meget ner-

vøse for, at når en stor del af forebyggelsen flyttes fra amterne og ud i kommunerne, så kommer man også til at mangle de faglige miljøer, der skulle sikre den.

Tilsvarende er vi nervøse for, at ministeren i større omfang vil bruge sin bemyndigelse til at give privathospitaler lov til at lave de specialiserede operationer, sådan som vi kunne læse i MANDAT i maj måned at han havde gjort for Center for Rygkirurgi, på trods af at Sundhedsstyrelsen 4 måneder tidligere havde sagt nej til, at de skulle have lov til at udføre operationerne.

Der er nogle, der siger, at vi maler skræmmebilleder, og at det ikke passer, når vi taler om, at det offentlige sygehusvæsen udsultes. Men hvis vi ser på et område som fødsler, har vi jo kunnet se, hvordan man, når man hele tiden fokuserer på de områder, hvor man kan få penge fra puljerne, så skærer ned andre steder, bl.a. på fødselsforberedelse, jordemodertilstedeværelse osv.

Det er jo uhyggeligt, at en undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen kunne vise, at hver femte fødende kvinde i Danmark har mindre end 50 pct. sandsynlighed for at have en jordemoder til stede under hele fødslen. Det er uhyggeligt, når vi oplever, at der bliver skåret på fødselsforberedelse osv., og at antallet af kejsersnit stiger i stedet.

Her har vi brug for nogle reformer, hvor vi kigger på, hvordan vi kan ændre på den måde, vi har bygget økonomien op på, så man i stedet ser en fordel i også at have de bløde områder, som på lang sigt kan føre til, at man bruger færre ressourcer, i stedet for det, der er fokus på, som er kejsersnit og andre ting, som kan udløse ekstra bevillinger til afdelingerne.

Derfor vil Enhedslisten stemme imod det, der her foreligger. Vi synes, der er brug for reformer, men de reformer, som regeringen og Dansk Folkeparti lægger op til, går i den stik modsatte retning af det, vi ønsker.

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg skal gøre det meget kort, for der var ikke mange spørgsmål. Men jeg vil da gerne benytte lejligheden til her at udtrykke glæde over, at denne sundhedslov, som flere af ordførerne har betegnet som en slags sundhedsvæsenets grundlov, nu kan samle bred opbakning i Folketingssalen.

Det synes jeg er meget positivt, selv om det selvfølgelig også er klart, at den rolle, som kommunerne i det her lovforslag nu bliver tiltænkt,

kun for alvor giver mening, når man ser det i samspil med den finansieringsmodel, som nu gennemføres i en anden lovgivning.

Det får mig så til at komme med et par bemærkninger til de kritiske røster, der har lydt i forbindelse med selve betalingsmodellen. Jeg synes, det er lidt interessant at notere sig det, som hr. Hans Andersen også var inde på, nemlig at det jo er bevist i virkelighedens verden gennem de sidste 3 år, at spørgsmålet om at skabe meraktivitet i sygehusvæsenet ikke kun er et spørgsmål om at tilføre flere ressourcer, men så sandelig også et spørgsmål om, hvordan ressourcerne bringes i anvendelse.

Kl. 12.05

Hr. Ole Stavad spurgte ind til, om ikke det var rigtigt, at man også tilbage i tiden, før den borgerlig-liberale regering trådte til i 2001, tilførte sundhedsvæsenet flere ressourcer. Svaret på det spørgsmål er: Jo, det gjorde man. Når sandheden skal frem, og det skal den jo, gjorde man det noget nær i det forhold, som vi også har gjort det i de senere år. Man kan sige, at det økonomiløft, det danske sundhedsvæsen har fået over en årrække, stort set tenderer mod at være det samme år for år.

Den store forskel er, at med den måde, som ressourcerne er bragt i spil på, ved en højere grad af takststyring, hvor pengene følger patienten, har vi kunnet få pengene til at række længere. Man kan sige det på den måde, at vi har konstrueret en motor, der går lidt længere på literen.

Det er sådan set også ambitionen med nu at lave den nye rollefordeling med fem stærke regioner, der får et bedre planlægningsgrundlag, der sætter fokus på kvalitet, og det, at kommunerne kommer ind og får en direkte økonomisk tilskyndelse til at tænke i sundhedsfremme og forebyggelse, er tilsvarende et udtryk for at prøve at få denne sundhedsmaskine til at gå lidt længere på literen, at få mere sundhed for pengene.

Nu hører vi så, fuldstændig ligesom vi hørte det for 3 år siden, alle dommedagsprofeterne sige, at det ikke virker. Så må jeg altså bare stilfærdigt gøre opmærksom på, at der sagde man også for 3 år siden fra den samme kant: Det virker ikke. Det har virket, og derfor er jeg meget fortrøstningsfuld over for, at det også kan komme til at virke i den nye model, hvor kommunerne kommer ind, ikke mindst i lyset af det fantastisk store engagement, vi kan se primærkommunerne har med hensyn til at tage den her nye opgave på sig.

Vi har sammen med Dansk Folkeparti i finansloven for indeværende år afsat en pulje på 50 mio. kr. til sundhedscentre, som der har været et sandt stormløb på. Min hukommelse rækker til, at det er i størrelsesordenen 61 kommuner, der har lagt billet ind på det.

Det er også baggrunden for, at regeringen sammen med Dansk Folkeparti her for et par dage siden i den nye kræftindsats har fordoblet de statslige midler til den her ordning for at understøtte, at kommunerne tager det ansvar på sig, sådan at vi får sat mere fokus på forebyggelse og på sundhedsfremme derude, hvor folk bor og færdes, i skoler, i daginstitutioner, i ældreomsorgen, der, hvor man kan gøre en forskel i folks hverdagsliv, og sådan, at vi får kommunerne til nu at gøre den genoptræningsindsats, der betyder, at f.eks. den store satsning, vi har lavet ved at øge den elektive kirurgi, nu også følges op af noget ordentlig genoptræning.

Det er selvfølgelig fint og godt, at langt flere mennesker end før har kunnet få en ny hofte f.eks. og har kunnet få den tidligere, men det er selvfølgelig også vigtigt, at det følges op af en hurtig genoptræningsindsats, sådan at man får den maksimale glæde af det kirurgiske indgreb. Det er jo det, der er hele ideen med modellen her.

Det er også i det lys, at de justeringer, der er af samtykkereglerne – fru Anne Baastrup spurgte til det – skal ses. Jeg tror, at danske patienter har en grundlæggende forventning om, at de mennesker, de møder på deres vej i det behandlende sundhedsvæsen, kommunikerer med hinanden, og det vil vi nu tage hånd om, sådan at der kommer en ordentlig informationsstrøm til gavn for den enkelte patient, herunder den enkelte patients sikkerhed.

Så skal jeg endelig til det spørgsmål, der blev rejst her til sidst om hovedstadsområdet, sige, at det jo er fuldstændig op til kommende økonomiaftaler med regionerne, kommende finanslovaftaler her i huset at tage stilling til, hvor mange ressourcer der skal være i de forskellige regioner.

Det, lovforslaget her tager sigte på, er jo givet, at vi bruger de ressourcer, vi bruger i dag. Hvordan de så skal fordeles mellem fem regioner, er jo pr. definition et nulsumsspil. Det er de samme penge, der er i spil. Hvis nogle skal have mere, skal andre have mindre.

Derfor kunne det være interessant, hvis de, der nu rejser spørgsmålet om hovedstadsregio-

nen, meget konkret ville pege på, hvor den her model skal justeres, og hvilke andre regioner, hvilke andre dele af Danmark det er, der skal have færre ressourcer. Det må man jo kunne dem aftvinge et svar på.

Vi er styret af det hensyn, at danskerne, uanset om de bor i Aalborg eller Ålsgårde, skal have den samme adgang til sygehusbehandling af internationalt tilsnit. Det skal ikke være egen pengepung, og det skal heller ikke være indtjeningsforholdene på den egn, man bor i, der er bestemmende for det sundhedstilbud, man får. Derfor er det logisk, at der må finde en vis udligning sted.

Det er i øvrigt tankevækkende, at de partier, der, når vi snakker primærkommuner, skoser regeringen for, at vi endnu ikke er mødt op med en udligningsreform, er de samme partier, der nu står og skoser os for, at vi i den her sundhedsreform jo altså udligner sådan, at regionerne uden for Københavnsområdet alt andet lige får et bedre økonomisk afsæt.

Kl. 12.10

Det efterlader i øvrigt ikke noget hul i hovedstadsområdet, for det her fases ind over en år-række, og selv med en minimal realvækst på sundhedsområdet, bare 1 pct., hvilket er lavt, hvis man ser det i historisk perspektiv, så er det hul, de påstår der er, mere end fyldt op, inden vi kommer frem til det.

Derfor er situationen den, at alle de nye fem regioner vil blive født med et ligeværdigt og stærkt økonomisk afsæt for at kunne løse denne vigtige opgave, som kort fortalt går ud på at gøre et rigtig godt dansk sundhedsvæsen endnu bedre.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Ændringsforslag nr. 2 forkastedes, idet 9 stemte for, 96 imod.

Ændringsforslag nr. 1 betragtedes som bortfaldet efter forkastelsen af ændringsforslag nr. 2.

Ændringsforslag nr. 3-5 vedtoges uden afstemning.

Ændringsforslag nr. 6 forkastedes, idet 9 stemte for, 95 imod.

Ændringsforslag nr. 7-29 vedtoges uden afstemning.

Lovforslaget overgik derefter til tredje behandling.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Jeg foreslår, at lovforslaget går direkte til tredje behandling uden fornyet udvalgsbehandling. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (*Ophold*). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

9) Anden behandling af lovforslag nr. L 75: Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen).

(Fremsat 24/2 2005. Første behandling 16/3 2005. Betænkning 7/6 2005).

Der var stillet 24 ændringsforslag i betænkningen.

Uden for betænkningen var der ikke stillet ændringsforslag.

Lovforslaget og ændringsforslagene sattes til forhandling under et.

Forhandling

Birgitte Josefsen (V):

Når vi vedtager L 75, tilpasses lovgivningen om klage- og erstatningsadgang den nye kommunale struktur, som nu er en realitet. Der skabes dermed overblik for borgerne over den adgang, der er for den enkelte til at klage og få erstatning, såfremt der sker en fejl i sundhedsvæsenet. Der skabes overblik over, hvor den enkelte kan klage. Borgernes retsstilling styrkes, i og med at der er en enklere klageadgang.

Ministeren har stillet et ændringsforslag vedrørende offentliggørelse af nogle af Patientklagenævnets afgørelser. Venstre vil herfra gerne tilkendegive, at vi bakker op om det af ministeren stillede ændringsforslag, sådan at afgørelser af klager og af tilsynssager kan offentliggøres.

Det sikres hermed, at der nu kan ske offentliggørelse af alvorlige og gentagne fejl, og vi finder, at det er afgørende, at der er fundet en løsning, så bagateller ikke offentliggøres.

Kl. 12.15

Det er af stor betydning, at grove forseelser kan offentliggøres, så borgerne og patienterne har mulighed for at vælge eksempelvis en praktiserende læge til og fra, såfremt der findes brodekar i det regi.

Endvidere er vi i Venstre tilfredse med, at der med vedtagelsen af lovforslaget indføres en kommunal takstfinansiering for Patientklagenævnets sager. Vi er af den mening, at det vil bidrage til at gøre regioner og kommuner opmærksomme på den kvalitetsindsats, der kan ligge i en opfølgning af Patientklagenævnets afgørelser.

Vi ser det som særdeles positivt, at der etableres et kontaktudvalg, der får til opgave bl.a. at følge takstfinansieringsordningen. Dialog og åbenhed og til stadighed fokus på kvaliteten i de leverede sundhedsydelser er vigtige elementer for at begrænse fejl i sundhedsvæsenet. Men der kan ske fejl, hvor mennesker arbejder med mennesker, og derfor er det af afgørende betydning, at borgerne, patienterne, kan gøre brug af de systemer, der er, men ikke skal bruge unødige ressourcer til at shoppe rundt. Med den her enkle klageadgang, vi nu får indført, hindres det.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

På nogle måder er det her ellers så udmærkede lovforslag for uambitiøst, og det handler jo om, at der ikke i lovforslaget åbnes for, at patienter kan klage over et samlet behandlingsforløb.

Det er jo på mange måder en rigtig mærkelig ting, i og med at vi herinde går meget op i de sammenhængende patientforløb, og i, at patienterne i fremtidens sundhedsvæsen kommer til at opleve, at den ene hånd ved, hvad den anden gør, at tingene hænger godt og fint sammen.

Jeg tror, hvis man går ud og spørger borgerne, hvordan de vil opfatte det, at de ikke har mulighed for at klage over det her, så vil de synes, at det er en meget mærkelig retstilstand.

Så vil Venstres ordfører ikke godt forklare meget kort og simpelt, hvorfor man ikke vil give den her ret? Og hvis man vil, vil jeg godt vide, hvornår patienterne i det her land har udsigt til at få sådan en rettilighed?