

Kl. 17.15

Forhandling

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg har skam en meget progressiv tilgang til spørgsmålet om organdonation, og jeg er også selv tilmeldt registeret. Jeg gør mig dog ikke nogen forestilling om, at der vil være særlig brugbart materiale, men det er af principielle grunde.

Vi har faktisk gjort en stor indsats. Det er jo rigtigt, vil jeg sige til hr. Kamal Qureshi, at det måske ligger på kanten af forslaget her, men jeg vil sige, at vi faktisk har gjort en del, bl.a. har vi via elektronikken lettet adgangen til at lade sig registrere i donorregisteret, ved at man nu kan gå ind og melde sig online, og det har der faktisk været en ganske positiv effekt af.

De tal om, hvordan udviklingen har været i kølvandet på de målrettede initiativer, vi har taget, stiller jeg gerne til rådighed. Men det rokker jo ikke ved, at det ville være fint, hvis endnu flere danskere tog stilling, så der har vi også på det punkt en fælles sag.

Hermed sluttede forhandlingen, og lovforslaget overgik derefter til anden behandling.

Afstemning

Fjerde næstformand (Niels Helveg Petersen):

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (*Ophold*). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

7) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 36:

Forslag til folketingsbeslutning om en national strategi for bekæmpelse af uligheden i sundheden.

Af Charlotte Fischer (RV) m.fl.
(FremSAT 16/11 2005).

Forslaget sattes til forhandling.

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Lad mig starte i det positive hjørne ved at sige, at jeg på mange måder synes, det er et sympatisk forslag, Det Radikale Venstre her har fremsat. Jeg synes, at man, når man læser det, kan se, at der er en reel interesse i og bekymring for, om vores fælles sundhedsvæsen nu også tager sig godt nok af de svageste medborgere i samfundet, og for, om vi kan gøre mere for også at bedre deres sundhedstilstand.

Det er vigtige spørgsmål, som jeg sådan set også løbende stiller mig selv, men svaret falder måske lidt anderledes ud, for jeg læser også ud af det her beslutningsforslag en slags – hvad skal man kalde det – afmægtighed i forhold til den her opgave. Det er en afmægtighed, som jeg må sige at jeg ikke deler.

Denne afmægtighed kan jo læses ud af forslaget på flere måder, bl.a. ved at man jo altså sender spreddehagl i alle retninger, og helt klassisk ender det så med: Lad os nedsætte en kommission.

Jeg må sige med det samme, at regeringen ikke kan støtte beslutningsforslaget. Vi synes ikke, vi har behov for at igangsætte et stort kommissionsarbejde, der skal analysere alt lige fra sammenhængen mellem sociale faktorer og sundhed til forskellige sociale gruppers anvendelse af valgmulighederne inden for sundhedsvæsenet.

Nej, det, vi har behov for, er sådan set at fortsætte arbejdet med konstant at forbedre de offentligt finansierede sundhedstilbud, at skabe bedre sammenhæng mellem omsorg, behandling og forebyggelse og generelt at styrke mulighederne for at bryde den negative sociale arv i Danmark. Det arbejder regeringen aktivt og ambitiøst med på alle fronter, og vi har allerede skabt en række vigtige resultater til gavn for de svageste i vores samfund.

Derfor glæder jeg mig også over, at dagens debat kan give os anledning til at diskutere de mange initiativer, som regeringen har søsat for at bedre sundheden i Danmark. Jeg håber, det kan bidrage til at bringe afmægtigheden hos De Radikale – og i øvrigt også hos den øvrige opposition, hvis det skulle vise sig, at mismodet og afmægtigheden også trives der – ud af verden og lade den erstattes af noget arbejdslyst, så den prisværdige interesse for sagen på den måde kan veksles til en reel vilje til at tage fat, tage

medansvar for at skabe et bedre dansk sundhedsvæsen.

Jeg vil gerne indlede med at nævne nogle enkelte områder fra den vifte af initiativer, som regeringen aktuelt har sat ind med for at bekæmpe social ulighed i sundheden. Vi har i øvrigt i bredt samarbejde med Folketingets partier bl.a. gennem satspuljeaftalen gennemført målrettede forbedringer for udsatte grupper i det danske samfund. Det gælder hjemløse, narkomaner, alkoholmisbrugere, psykisk syge, og samtidig sætter vi med sundhedsprogrammet »Sund hele livet« fokus på indsatsen i forhold til de udsatte grupper.

Med kommunalreformen og ikke mindst med den sundhedsreform, der gemmer sig i kommunalreformen, styrker vi nu mulighederne for en mere sammenhængende indsats over for patienter, der samtidig kæmper med sociale problemer. Kommunerne får som noget nyt et samlet ansvar for de nære sociale opgaver og for forebyggelse og sundhedsfremme. De får også økonomiske ressourcer til at løfte opgaven end, og de får dermed langt bedre forudsætninger end det, vi kender i dag, for at lægge et samlet bredt perspektiv for hjælpen til de svageste borgere, og vi giver dem en økonomisk tilskyndelse til at give denne indsats det nødvendige løft.

Kl. 17.20

Det har jeg store forventninger til. Det er min klare forventning, at det ikke mindst vil betyde en markant forbedring i indsatsen for de mange danskere med kroniske sygdomme.

For kronikerne er jo en gruppe, som udgør en stor og voksende gruppe, hvad enten det nu drejer sig om gigt eller diabetes, som det er vigtigt at vi finder frem til bedre behandlingsmetoder for. Vi ved, at en stor del af kronikerne står uden for arbejdsmarkedet, og at mange af dem slås med andre problemer, som bringer dem i kontakt med de sociale myndigheder. Derfor er der brug for en mere sammenhængende og en mere tværfaglig indsats over for disse grupper. Det har vi nu lagt grundstenen til i en kombination af sundhedsreform, kommunale sundhedscentre, der skyder frem, og nu også med Sundhedsstyrelsens kronikerrapport fra december, som giver et godt udgangspunkt for at arbejdere videre med at skabe fokus på sammenhængende tværfaglige forløb.

Vi skal tilbyde kronikerne løbende overvågning og opfølgning, uddannelse i at håndtere deres egen sygdom, og vi skal få dem til at føle, at der er nogle, der tager et koordineret ansvar

for deres forløb. Det behøver vi sådan set ikke at nedsætte nogen kommission for at begynde at gøre. Det er i hvert fald en udfordring, som regeringen er parat til at samle op, og som jeg sådan set håber og egentlig også tror at alle Folketingets politiske partier vil være med til.

Så peges der i beslutningsforslaget meget rigtigt på, at nogle af de faktorer, der har størst betydning for den enkeltes sundhedstilstand, er uddannelse og beskæftigelse. Det kunne man jo for så vidt godt analysere nærmere på, og det gør man også i høj grad i de sundhedsfaglige forskningsmiljøer både her landet og i udlandet, internationalt. Det er sådan set vigtigt nok hele tiden at gøre sig klogere på det.

Men jeg foretrækker nu, at vi samtidig, når nu den her sammenhæng er veldokumenteret og den ikke er noget, vi behøver at diskutere, handler målrettet med den viden, vi har, på at skabe fremskridt i stedet for at nedsætte kommissioner.

Det, der har været kendetegnende for sundhedsudviklingen under denne her regering, har jo været en voksende velstand, stigende beskæftigelse, højere uddannelsesniveau; nogle meget positive resultater, som forslagsstillerne jo også har noteret sig, og som er en fremgang generelt i samfundet, som også kommer de svageste til del.

Samtidig har vi målrettet sat ind over for de risikofaktorer som f.eks. rygning og overvægt, der særlig præger socialt udsatte befolkningsgrupper – der er undtagelser fra hovedreglen, men de præger i særlig grad disse befolkningsgrupper. Her har Sundhedsstyrelsen en række projekter, ligesom der både i amter og kommuner er en god tradition for indsatser i relation til risikofaktorer. Et eksempel er rygestopkurserne, som blomstrer op med stadig større hyppighed.

Blot for at give et eksempel på et af flere initiativer særlig rettet mod socialt udsatte kan jeg nævne, at vi har afsat 73 mio. kr. over de kommende år til kommunale modelprojekter målrettet overvægtige børn og unge.

Jeg kunne sådan set blive ved med at liste en stribe af initiativer, som alle sammen peger i den samme retning, både på mit eget ressortområde og på socialministerens område. Det er den ene vinkel.

Så rejser beslutningsforslaget jo også en række yderligere problemstillinger, som måske kunne fortjene et par, jeg havde nær sagt borgerlige ord med på vejen.

Der er jo brugerbetalingen, som Det Radikale Venstre nu foreslår, og jeg kan notere mig fra den offentlige debat, at det er sekunderet af Socialdemokratiet, som også synes, at nu er tiden kommet, hvor der skal være brugerbetaling på ydelser i det danske sundhedsvæsen. Danskerne skal til at betale for at gå til læge, foreslår Det Radikale Venstre, Socialdemokratiet bakker op.

Jeg vil bare sige, at det er regeringen ikke enig i. Vi ønsker et sundhedsvæsen, der er karakteriseret ved fri, lige og gratis adgang. Jeg synes måske i øvrigt, det er bemærkelsesværdigt, at det her radikale forslag, som nyder socialdemokratisk opbakning, kommer præcis fra de partier, når man betænker, at de tilskudssatser, som nu kritiseres i beslutningsforslaget, er tilskudssatser, som man selv har haft regeringsindflydelse på, altså på tandpleje, hvor man jo i 1994 og i 1999 under den daværende regering reducerede taksterne for at hente nogle besparelser hjem, og nu kommer man så her fri af regeringsansvar og siger, at det dog er en forfærdelig situation, vi har efterladt de danske patienter i.

Jeg må bare konstatere uden i øvrigt at gøre nogen stor debat ud af det – andre kan selvfølgelig have lyst til det for at fremme deres syn på det – at regeringen ingen planer har om at indføre brugerbetaling. Vi er forundrede over det radikale forslag, og vi er forundrede over Socialdemokratiets opbakning.

Kl. 17.25

Så vil jeg også gerne benytte lejligheden til at bringe forslagsstillerne ud af den vildfarelse, at mennesker – som hævdet i beslutningsforslaget – med f.eks. aggressiv parodontose skal betale al behandling selv. Det er ganske enkelt ikke korrekt. Sygesikringen udbetalte i 2004, som er det sidste år, jeg har tal for, 154 mio. kr. til parodontal forebyggelse.

Jeg er sådan set enig i, at det kan være dyrt at gå til tandlæge, og regeringen er opmærksom på, at der også kan være ønske om endnu bedre tandplejetilbud i forhold til bestemte patientgrupper, men det er altså nødvendigt at foretage en prioritering af ressourcerne på sundhedsområdet. Vi har valgt at styrke kræftbehandlingen og gøre en indsats for at afskaffe ventelisterne til en lang række behandlinger. Det er vores prioritet nu, men det udelukker jo ikke, at der kan komme en dag senere, når økonomien er til det, hvor der kan gøres yderligere fremskridt på området her.

Så mener forslagsstillerne, at der mangler viden om, hvordan organiseringen af det danske

sundhedsvæsen påvirker befolkningens brug af sundhedsvæsenets ydelser, bl.a. nævnes spørgsmålet om, hvem der bruger det udvidede frie sygehusvalg.

Til det vil jeg gerne indledningsvis konstatere – blot for at få proportionerne rigtige – at det udvidede frie sygehusvalg, som jo altså var en ideologisk kampfjeld for år tilbage, men som jeg har en fornemmelse af at de fleste nu kan leve med, altså her på Christiansborg, er en regel, som repræsenterer et kæmpe kvantespring frem for ligheden i det danske sundhedsvæsen. For hvad var situationen før? Jo, situationen før var jo den, at hvis man havde sine forsikringspolicer i orden eller sin tegnebog i orden, så kunne man få hurtig, effektiv behandling, men var man den lille mand uden tegnebogen i orden eller uden sine forsikringspolicer i orden, så kunne man stå i en kø til det offentlige sundhedsvæsen.

Der har regeringen jo med vores parlamentariske grundlag, Dansk Folkeparti, i den grad skabt lighed ved at lave et system, der gør, at man helt uafhængigt af tegnebog og forsikringspolicer som samfundsborger har en ligeværdig mulighed for at komme i behandling, hvis det offentlige ikke kan levere behandling. Det er til glæde for alle. Det er til glæde for de rige, det er til glæde for de mindre rige, det er til glæde også for de fattige, for lavindkomstgrupperne.

Det synes jeg lige skal siges, inden man nu går i gang med at problematisere helt vildt, at kendskabet til ordningen måske er større i nogle grupper end i andre. Grundlæggende er det her en ordning, der fremmer ligheden blandt patienterne.

Når det er sagt, så ved jeg også godt, at der er et informationsbehov, og jeg behøver ikke nogen kommission for at få den oplysning frem, der hedder, at de bedst uddannede, dem med det største overskud, også er dem, der følger bedst med i, hvilke muligheder der gives dem. Det ved jeg godt.

Jeg kender også undersøgelser, der viser, at hvis man sammenligner f.eks. folk uden uddannelse med akademikere og ser på den tid, det tager for dem at komme igennem et sygdomsbehandlingsforløb, så slipper akademikeren af uransagelige grunde lidt hurtigere igennem end den uden uddannelse, muligvis fordi den uddannede person er bedre til at holde sig til, ikke tager nej for et svar.

Det er en udfordring, men det behøver vi altså ikke nogen kommission for at afdække. Det skal vi gøre noget ved. Det er derfor, vi har

skærpet reglerne f.eks. omkring det frie valg og sagt, at der fra den 1. januar 2005 skal være en skriftlig og målrettet information til alle patienterne; det er derfor, vi har sikret, at der er patientkontorer i alle amter, der kan vejlede patienterne om mulighederne i sundhedsvæsenet; det er derfor, vi har aftalt med amterne, at der skal være kontaktpersoner for indlagte patienter og kronikere på sygehusene; kontaktpersoner, som kan støtte, vejlede og informere de svage patienter i deres behandlingsforløb. Og det skal vi følge op på.

Jeg kan oplyse, at jeg her for kort tid siden har taget skridt til at evaluere den nye regel fra den 1. januar 2005 om en bedre information til frit valg-patienterne. I det hele taget er der jo altså en løbende udfordring i at følge op også på de aftaler, vi har lavet med Amtsrådsforeningen om f.eks. kontaktpersoner, for vi skal selvfølgelig sikre os, at der er den sammenhæng og den guidning i systemet, som jo ikke mindst de svage patienter har brug for, for de meget ressourcestærke skal nok holde sig til. Det er jeg meget, meget opmærksom på, men det fører mig altså ikke til at nedsætte en kommission. Det fører mig til at handle.

Kort sagt mener jeg, at det, der tæller i virkelighedens verden, er forbedringer i den praktiske virkelighed. Det har vi leveret en stribe eksempler på, og derfor har vi ikke brug for kommissioner, men vi har brug for fortsat at handle. Det er regeringens position, og den fører jo uafvendeligt til den konklusion, som selvfølgelig er nedslående i betragtning af den positive indgang, jeg havde som indlæg her, nemlig at trods de sikkert positive intentioner kan regeringen ikke støtte beslutningsforslaget.

Kl. 17.30

Fjerde næstformand (Niels Helveg Petersen): Der er flere, der har bedt om korte bemærkninger til ministeren. Det er først fru Majbrit Berlau.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Nu sagde ministeren jo selv i sit indlæg, at man godt er klar over, at højt uddannede og bedre lønnede folk kommer hurtigere igennem et sygdomsforløb. Så kan jeg altså ikke lade det stå uimodsagt, at ministeren mener, at denne her regering har gjort så meget ved uligheden i det her samfund, at det forebygger, at der er ulighed i sundhedssystemet.

I Enhedslisten er vi nu klart af den opfattelse, og det er man altså også mange steder ude i samfundet, skulle jeg hilse og sige, at uligheden faktisk er stigende i Danmark i øjeblikket. Men uden at det her skal blive sådan en ulighedsdebat, vil jeg sige, at jeg blev helt overrasket, da det viste sig, at ministeren og jeg faktisk havde slået ned på det samme punkt i beslutningsforslaget, netop brugerbetalingsdelen.

Jeg er lidt uvant med at høre ministeren sige nogle af de ting, jeg tænkte, men det, jeg godt kunne tænke mig at høre, er, at ministeren siger, at brugerbetaling ikke er regeringens politik. Skal jeg forstå det sådan, at den her regering rent faktisk vil arbejde for at afvikle brugerbetalingen i sundhedssystemet, og såfremt Enhedslisten fremsætter forslag om afvikling af dele af brugerbetalingen, vil regeringen faktisk stemme for?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det er ikke regeringens politik at indføre brugerbetaling i sundhedssektoren. Der er felter, hvor der er brugerbetaling af historiske grunde. På nogle af felterne, det påpegede jeg, er graden af brugerbetaling øget, fordi den daværende SR-regering sagde: Her er der plads til, at patienterne kan betale noget mere. Sådan så verden ud, den dag jeg blev sundhedsminister.

Hvis vi skal afvikle brugerbetalingen på de områder, hvor vi i dag har brugerbetaling, på medicin, på tandlæge, så kræver det jo altså, at vi finder de penge, vi så taber i indtægter. Og der må jeg sige at min prioritet er meget klar: Hver krone, jeg kan skaffe ekstra til sundhedsvæsenet, skal gå til mere og bedre patientbehandling. Der er rigeligt at bruge ressourcer til.

Derfor spiller jeg med helt åbne kort her. Jeg prioriterer ikke umiddelbart at finde ressourcer til at nedbringe brugerbetalingen, fordi de ekstra ressourcer, vi kan skaffe til området, skal sætte sig i mere og bedre behandling.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Det var et klart svar, men jeg er nødt til at udfordre det ved at sige: Så skal man ikke stå og sige, at man er interesseret i nødvendigvis at skabe lighed i sundhedssystemet. For det er begrænset, hvor mange penge det rent faktisk koster at afvikle dele af brugerbetalingen, f.eks. for de dårligst økonomisk stillede i det her land, hvor

man f.eks., hvad angår tandlægebehandling, kunne sige, at det skulle være sådan, at folk på pension og kontanthjælp osv. ikke skulle betale for den form for behandling.

Det ville ikke koste uendelig mange penge, tværtimod. Det ville jo forbedre sundheden og dermed i sidste ende også medføre, at folk havde større chance for at indgå på arbejdsmarkedet, og det ville sende penge tilbage i statskassen. Så ræsonnementet om, at vi nødvendigvis skal ud og finde pengene til at afskaffe brugerbetalingen, er jo ikke helt klart. Det giver også penge til at sørge for, at alle uagtet indtægt kan få den behandling, de gerne vil have.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg er meget enig i, at de steder, hvor vi har nogle betalingsregler, der gør, at nogle målrettede grupper kommer i klemme, skal vi hele tiden se på, om vi har mulighed for forbedringer, og det kan man også finde eksempler på. Altså, regeringen har sammen med Dansk Folkeparti forbedret muligheden for tandbehandling af kræftpatienter.

Jeg har bestemt ikke nogen interesse i at stå og udelukke, at regeringen også vil gøre livet bedre for en række andre patientgrupper over tid. Det vil jeg meget gerne. Jeg synes bare, jeg vil være fair med hensyn til sådan det mere principielle og sige, at vi ikke har nogen intention om at komme ud i morgen og sige: Nu fjerner vi al brugerbetaling i sundhedsvæsenet, medicinen er gratis, det skal ikke koste noget at gå til tandlæge. For det vil medføre et provenutab. De penge skal findes, og kunne man finde dem, vil jeg hellere bruge dem på et andet område.

Og jo, jeg skal stå og tale om lighed, for vi har skabt mere lighed. Hvis det stod til fru Majbrit Berlau, så ville vi jo skabe mere ulighed, for så ville f.eks. reglen om det udvidede frie sygehusvalg, der gør, at folk uden stor pengepung eller fede forsikringspolicer kan komme til behandling, blive afskaffet. Så ville det alene være beholdt de velstillede. Så det er regeringen, der alene med støtte fra Dansk Folkeparti har løftet lighed ind på det felt.

Kl. 17.35

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Ministeren tegner jo et billede af en vældig aktiv regering, der gør rigtig meget på det her felt, og

af, at det i øvrigt går rigtig godt. På den baggrund er det ene, jeg ville spørge om: Jeg har jo også læst alle de handlingsprogrammer, inspirationskataloger og om sundhedstegn og alt muligt, som regeringen laver, men hvordan går det reelt?

Hvis man læser den folkesundhedsrapport, som Institut for Folkesundhedsvidenskab lavede sidste år for København, så står der sort på hvidt:

Uligheden er i kraftig vækst, både i absolutte og relative tal.

Det er en kendsgerning, det er i hvert fald det, jeg kan læse mig frem til, og så kan man jo tale om mange forskellige initiativer.

Det andet er, at jeg godt vil have ministeren til at bekræfte, at der ikke står et eneste ord i det her beslutningsforslag om, at Det Radikale Venstre vil lægge en ny brugerbetaling på lægesøg. Det, vi forsøger, som selvfølgelig er utrolig svært, fordi alle hopper lige ned i skyttegravnen, er at åbne en diskussion bare en lille smule om: Kunne vi lave et system ikke med mere brugerbetaling, men med en bedre brugerbetaling?

Det er vel ikke sådan, at ministeren synes, det er verdens bedste brugerbetalingssystem, vi har i dag?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Til den første del af spørgsmålet vil jeg sige, at jeg fuldt ud anerkender, at der er mange udfordringer på sundhedsområdet, og at en af dem handler om ulighed, skævheden i sygdomsmønstrene i forhold til forskellige socialgrupper. Det er vi jo sådan set ikke uenige om. Vi er åbenbart uenige om, hvad vi skal gøre ved det. Det Radikale Venstre foreslår en kommission, jeg foreslår, at vi gør noget ved problemerne.

Det er jo sådan set bl.a. det synspunkt, at der skal gøres noget målrettet, der gør, at vi nu laver en sundhedsreform, hvor vi skærper den kommunale interesse for at tage forebyggelse alvorligt. Det er jo, kan man sige, at tage den organisatoriske konsekvens af, at der er en udfordring her, ved at sørge for, at de politikere, der er tættest på, som har ansvaret for det, der sker i børnehaverne, i de andre daginstitutioner, i skolen, i ældreomsorgen, og som får ansvaret for at håndtere de mennesker, der er ved at blive klemte ud af arbejdsmarkedet, også får et ansvar for sundhed – ikke kun sundhed i relation til behandling, altså at gøre syge mennesker raske,

men også sundhed i relation til forebyggelse. Det er da aktiv handling, der udspringer af den iagttagelse, at vi har en udfordring her.

Med hensyn til det andet er det nu bare engang sådan, at hvis man vil nedbringe brugerbetaling på nogle områder og ikke skal skaffe ekstra penge ind, så må man sætte den op på andre områder. Det er jo også den tanke, der trives i Socialdemokratiet.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det fru Charlotte Fischer for anden og sidste korte bemærkning.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Med hensyn til brugerbetaling vil jeg sige: Det er jo ikke nødvendigvis sådan, det er. Vi er inde i en fase, hvor vi er åbne, i modsætning til så mange andre, over for at lede efter svar, hente erfaringer ind fra udlandet, men der er jo faktisk også den mulighed, at man i det mindste går hen og ser på f.eks. voksentandplejen, om man kunne lave en bedre indretning end den, der er i dag. Noget af det, der er tankevækkende, er jo, at vi ingen form for indkomstafhængig brugerbetaling har i Danmark. Det er der jo sådan set andre lande der har, kunne man se, hvis man endelig tog ulighedsbrillerne på.

Så er det ikke en mulighed, at man i det mindste kunne sige, også selv om man er minister: Lad os gå ind og se på voksentandplejen? Og man kunne spørge: Er der ikke mulighed for, at man kunne åbne og analysere områder? Er der ikke en bedre indretning af brugerbetalingen end den, der er i dag? Kan man ikke det, hvis man er minister og er imod enhver form for brugerbetaling på alle mulige andre områder? Det må da være muligt, og jeg forstår sådan set ikke, at man kan afvise det. Det må jo være, fordi man som minister er nået frem til, at det er verdens bedste brugerbetalingssystem, vi har i Danmark i dag. Er det det?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det er et udtryk for, at jeg sådan set ikke synes, der er nogen strækninger, hvor der er brug for at lave mere brugerbetaling. Det er sådan set det meget klare standpunkt. Man kan bruge alle mulige ord som en bedre profil, en større hensigtsmæssighed, man kan pakke det ind i alle de ord, man har lyst til, men det dækker jo over no-

get andet, medmindre man altså står med en sæk med penge og siger, at dem vil man kaste ind i systemet, og det kan jeg jo altså ikke læse ud af beslutningsforslaget her. Det må jeg sige.

Jeg har læst det sådan, at det handler om, at man inden for den ramme, man nu har at drive sundhed for, kunne have en mere hensigtsmæssig profil. Hvis det er den indfaldsvej, så kan det kun føre et sted hen, nemlig at hvis nogle skal betale mindre, skal andre betale mere. Der vil jeg bare markere en skarp grænse: Regeringen ønsker ikke at indføre yderligere brugerbetaling i sundhedsvæsenet.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg tror, der er noget, ministeren har misforstået, når ministeren prøver at udlægge det, som om Socialdemokratiet ønsker mere brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen. Det er aldrig fremkommet fra Socialdemokratiets side, men vi må vel konstatere, at vi er et af de lande i EU, som har den største egenbetaling inden for sundhedsområdet pr. borger, og det er måske værd at se på, hvordan det virker på folkesundheden.

Kl. 17.40

Ministeren siger selv, at noget er indført af historiske grunde, og noget er mere eller mindre tilfældigt. Derfor vil jeg gerne spørge ministeren: Er de områder, hvor der i dag er egenbetaling inden for sundhedsområdet, alle sammen sundhedsfagligt vurderet, sådan at man kan sige, at det her er rigtig forsvarligt og sundhedsmæssigt godt?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Altså, det kan være, jeg har taget fejl af Socialdemokratiet, men så kan jeg ikke være den eneste.

I Fyens Stiftstidende den 11. januar 2006 udtaler fru Lotte Bundsgaard:

»Der er ingen tvivl om, at det er en rigtig god idé at se på hele brugerbetalingen inden for sundhedsydelser. Der er mange steder, hvor man kan spørge: Hvorfor skal vi egentlig betale for netop det, mens andet er gratis? Men der er ingen tvivl om, at vi ikke synes, det skal koste penge at gå til praktiserende læge.«

Det er så lige det felt, der bliver stående, ikke?

Lone Møller, sundhedsordfører, fastholder i Fyens Stiftstidende den 31. december 2005, at

Socialdemokraterne er åbne over for at indføre brugerbetaling på lægebesøg, ikke?

I Jyllands-Posten den 30. december 2005 står der i en artikel om Det Radikale Venstre:

»De Radikale har tidligt markeret sig som varme fortalere for en reform af brugerbetaling på sundhedsområdet, og partiets sundhedsordfører, Charlotte Fischer, siger, at partiet snart vil komme med konkrete forslag om kulegravning på området.«

Og jeg kunne jo blive ved. Jeg tror, der er mange avislæsere, der i juleferien sad tilbage med det meget, meget klare indtryk, at nu rykkede man virkelig i de partier, der stod bag den gamle regeringskonstellation, og det har jo prognosen for sig, for dengang hævdede man også egenbetaling på tandpleje – ikke? Nu er man så kommet i opposition, og nu skal vi videre ad den vej: Noget mere brugerbetaling.

Jeg kan da ikke være den eneste, der har fået det indtryk.

Jeg må bare så sige, at regeringen melder fra. Vi ønsker ikke yderligere brugerbetaling i sundhedsvæsenet.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu ved ministeren jo også udmærket godt, at man under ingen omstændigheder selv er herre over, hvilke overskrifter journalister sætter på en artikel. Hvis ministeren kiggede på Nordjyske og Fyens Stiftstidende, som har nøjagtig samme artikel, ville ministeren også kunne se, der var sat to forskellige overskrifter. Men lad nu det være, jeg kunne også hive mange citater frem.

Men når ministeren siger, at regeringen ikke ønsker mere brugerbetaling, er det så ikke korrekt, at det ikke er mange dage siden, at jeg fik et svar fra ministeren om, at ministeren ikke syntes, at han ville gribe ind over for, at kommunerne nu i stor udstrækning er begyndt at opkræve brugerbetaling for sårplejemidler? Sårplejemidler til behandling af en sygdom er man i kommunerne begyndt at opkræve brugerbetaling for. Mener ministeren, at det er et godt sundhedsfagligt tiltag?

Og når ministeren ikke ønsker mere brugerbetaling, hvorfor vil ministeren så ikke være med til at stoppe en ny indførelse af brugerbetaling?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Må jeg ikke sige, at jeg egentlig ikke har hæftet mig ved nogen overskrifter, for jeg er selv i samme branche som fru Lone Møller og ved godt, at man skal ned under overskriften for at få fat i, hvad det egentlig er, der står.

Og det er jo så der, der altså står:

Jeg får ikke hjertekvabæbelse, hvis det kommer til at koste 25 kr. at gå til lægen. Citat slut, fru Lone Møller, Jyllands-Posten den 30. december 2005.

Et andet citat er:

Jeg støtter Lone Møller i hendes bestræbelser på at rejse debatten om brugerbetaling. Citat slut, Henrik Sass Larsen, Jyllands-Posten samme dato.

Jeg er nede under overskriftsniveau, når jeg får det her indtryk af et Socialdemokrati, der synes, at der skal indføres brugerbetaling på områder, hvor der i dag ikke er brugerbetaling.

Til det andet spørgsmål må jeg sige, at jeg ikke har taget initiativ til at lave nogen nye regler, der skaber nogen nye muligheder for at tage brugerbetaling på sundhedsområdet.

Hvordan kommunerne i øvrigt administrerer de frihedsgrader, som de har i henhold til loven, er sådan set som udgangspunkt ude af mine hænder.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jeg vil da også meget gerne her benytte lejligheden til at vise – jeg håber også, at ministeren vil medvirke til det – at vi allerede fra starttidspunktet faktisk var meget på samme hold i diskussionen om frit valg på sundhedsområdet.

Man skal selvfølgelig nogle år tilbage i nogle af de debatter, vi havde i Folketingssalen, men jeg håber da, at ministeren kan huske, at vi fra starttidspunktet faktisk sluttede os til hele logikken, som ministeren også referer til her, at den måde, man har lavet frit valg-modellen på, fjerner noget af uligheden inden for egenbetalingen i forbindelse med at kunne flytte på grund af de lange ventetider. Det støttede vi faktisk fra starten.

Kl. 17.45

Det, som vi så yderligere ønskede fra SF's side, var, at den her frit valg-model også skulle omfatte andre behandlingsområder. Det er sådan set det spor, vi også er gået ad siden hen. Det er fint nok, at ministeren kritiserer, at der

var andre, der var imod, og at det så var Dansk Folkeparti, der skabte grundlag for det på baggrund af finanslovaftalerne med regeringen på det område. Jeg håber i hvert fald, ministeren også herfra kan anerkende, at vi allerede på det tidspunkt støttede tankegangen bag det.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg må helt ærligt sige, at det ikke står lysende klart i min erindring. Det må jeg sige, og jeg må også sige, at i hele den politiske debat, der var i det her samfund i slutningen af 1990'erne frem til systemskiftet i 2001, erindrings jeg mig altså ikke i den ideologiske kamp, der var, at SF meldte sig på den bane, der hed: Lad os nu hellere bekæmpe ventelister end privathospitaler. Jeg husker det faktisk noget modsat, det må jeg sige helt ærligt.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Fred være med det. Det er jo tilladt at have selektiv hukommelse, når det gælder ting og sager, men det var sådan set mit første år her i Folketingssalen, så jeg husker selvfølgelig i hvert fald det spor, jeg var med til at lægge for SF i 2001. Så fred være med det.

Men så vil jeg da i hvert fald godt tage fat i noget andet, som i hvert fald ikke er mindre aktuelt, og det har også ministeren været inde på. Jeg vil da også herfra igen fremføre det synspunkt, hvor vi sådan set står på samme side som ministeren og vi også er fuldstændig enige med ministeren, at der ikke skal indføres yderligere brugerbetaling på sundhedsområdet på nogle af de områder, som er blevet foreslået under andre debatformer. Det har vi afvist at gå ind på, og jeg vil også gerne understrege herfra, at det er der ikke nogen grund til. Det er ikke den vej, vi synes man skal gå. Det er nogle helt andre tiltag, der er brug for.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det synes jeg er positivt, og det vil jeg da gerne kvittere for. Så ved befolkningen da det, så er det ligesom markeret ret klart, at truslen kommer fra Det Radikale Venstre og måske nok også Socialdemokratiet. Men det er jo rart, at SF melder klart ud her.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Jeg har faktisk ikke hørt nogen her i salen argumentere for, at man skulle have øget brugerbetaling. Men jeg hørte ministeren sige i sin tale, at den brugerbetaling, vi har, var historisk betinget. Det synspunkt deler jeg fuldstændig, og derfor kan man jo sige, at hvis man kigger tilbage i historien, så har der sikkert været alle mulige gode grunde til, at det lægger sig til rette på den måde, det gør.

Men når tiden forandrer sig, kunne ministeren så også forestille sig, at det, der var rigtig klogt og fornuftigt, da det blev indført, ser anderledes ud i dag, netop fordi det er, som ministeren selv sagde, historisk betinget?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg kan sagtens forestille mig, at der er områder og hjørner, hvor det vil være klogt at prøve på at nedbringe brugerbetalingen, hvis man kan finde friske penge til det. Det har vi sådan set også gjort. Jeg gav et eksempel før vedrørende tandpleje og kræftpatienter.

Det, jeg angriber, er den her tanke, som trives, kan jeg forstå, om, at man skal flytte brugerbetaling over på nye områder, og det er ny brugerbetaling. Nu falder det jo ikke i mit lod at stille fru Lise von Seelen spørgsmål, men det må jo logisk føre til, at hvis man inden for det samme provenu vil sænke brugerbetaling på medicin f.eks., så må man opkræve den andre steder. Det var jo også det, hele debatten handlede om, nemlig åbenhed over for at sige: Jamen o.k., koster det 25 kr. at gå til læge, så må det koste 25 kr. at gå til læge.

Det skal da bare frem, for da vi diskuterede sundhedsloven sidste år, tror jeg det var Enhedslisten, som havde meget, meget travlt med at mistænkeliggøre regeringen for den måde, vi havde formuleret lovforslaget på vedrørende fri, lige og gratis adgang til sundhedsvæsenet. Og hvorfra er det så, angrebet kommer på det frie, lige og gratis sundhedsvæsen? Det kommer fra Socialdemokratiet, det kommer fra Det Radikale Venstre. Det kan man da ikke være ked af, jo, det kan man muligvis nok, men jeg er da ikke ked af, at det ligesom bliver klarlagt.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Jeg er sådan set heller ikke ked af det, men der, hvor jeg synes ministeren nu giver en åbning, er ved at sige, at det godt kan være, der er nogle hjørner, hvor det af historiske årsager ser uhenigtsmæssigt ud, sådan som det lægger sig til rette. Så synes jeg, det er klogt at sige det, som jeg egentlig synes vi nogle gange siger til hinanden: Hvordan kan vi få mest mulig sundhed for de penge, der er til rådighed? Det kunne man jo også gøre ved denne her lejlighed og forholde sig åbent til det.

Jeg hører faktisk også, at der er en åbning i ministerens svar, ved at han siger, at det godt kunne være, der var nogle hjørner, hvor vi faktisk ikke får så meget sundhed for pengene, som vi kunne få, hvis de hjørner så lidt anderledes ud. Jeg synes da, det er glædeligt, at der er den åbning.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg giver ikke nogen ny åbning. Jeg fortæller sådan set om den måde, vi har administreret sundhedspolitikken på de senere år. Så siger jeg, at der kan være områder, hvor vi sådan set ønsker, at patienterne kommer til med en mindre grad af brugerbetaling eller uden anden brugerbetaling end den, der følger via skatten – intet er jo gratis – og jeg har givet nogle eksempler på det.

Jeg står ikke og lukker af for, at der over tid kan være andre områder, hvor vi siger: Her vil vi gerne gøre noget mere for nogle bestemte patientgrupper, f.eks. på tandplejeområdet. Men det er jo ikke det, diskussionen står om.

Diskussionen står om, hvorvidt man inden for rammerne af den økonomi, der er i sundhedsvæsenet, skal lave en anden profil på vores brugerbetaling. Ned med prisen på medicin, dvs. afgift for at gå til læge. Det er jo det socialdemokratiske standpunkt, som har været fremme i debatten. Der må jeg bare sige, at det ønsker vi ikke at deltage i, for det giver kun mening provenuneutralt at bringe afgiften ned et sted, hvis man har en parathed til at sætte den op andre steder. Den parathed har vi ikke.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Det blev det sidste ord i denne omgang til ministeren. Der er ikke flere korte bemærkninger, og vi starter på ordførerrækken. Den første ordfører er fru Birgitte Josefsen fra Venstre.

Birgitte Josefsen (V):

Siden 2001 er der satset kraftigt på sundhedsområdet, både hvad angår penge, hænder og nye behandlingsmetoder. Nogle af de satsninger, der er udført, begynder vi at se virkningen af, og andre er mere langsigtede. Sådan er det jo, når vi taler om sundhedsområdet. Det, vi sætter i gang i dag, ser vi ikke nødvendigvis virkningen af i morgen.

Det Radikale Venstre har fremsat et forslag, som vi nu er i gang med at behandle, og deri påpeger man, at der er en skævhed med hensyn til uddannelsesniveau og så det træk, der er på sundhedsområdet. Ligeledes påpeger Det Radikale Venstre, at der er ulighed i sundheden, når det handler om brugerbetaling på få områder, eksempelvis på tandbehandlingsområdet, og det samme gør sig gældende for frit valg-området.

VK-regeringen har siden sin tiltræden, som jeg har nævnt, optimeret på sundhedsområdet, og det er med fuld opbakning fra Venstres folketingsgruppe og har også været med fuld opbakning fra Dansk Folkeparti, hvilket vi takker for. Helt konkret er der afsat over 5,5 mia. kr. til styrkelse af sundhedsområdet, og der er indført frit valg, en ordning, som kommer alle borgere til gode.

Netop det, at der er fri og lige adgang, når det handler om sygdom og fokus på vores helbred, vægter vi i Venstre meget højt. Uanset om man er arbejdsmand eller konge i det her land, så skal der være lighed til stede, når man bliver syg. Frit valg-ordningen virker, amter og lægepraksis har fået besked om, at den enkelte borger skal informeres grundigt, så alle er klar over muligheden for, at de kan benytte det frie valg.

Så sent som i går fik jeg selv et brev fra Aalborg Sygehus vedrørende en banalitet, jeg skal ind og have ordnet. Jeg studerede brevet meget nøje, men som det jo skal gøres, er der påført en kontaktperson, et telefonnummer og en henvisning til patientkontoret, så man kan få stillet sine spørgsmål og også få en oplysning om, at man kan komme et andet sted hen og blive behandlet, hvis ikke tidspunktet det pågældende sted passer. Så ordningen virker.

Det skal være gratis at gå til lægen, gå til speciallægen, gå til vagtlægen, henvende sig på skadestuen, blive indlagt på sygehuset, uanset om det er et somatisk eller psykiatrisk sygehus, og den forebyggende indsats og behandling for alle mellem 0 og 18 år skal fortsat være gratis, når vi taler om tandplejeområdet.

Kl. 17.55

Siden 2001 er der på en række områder indført behandlingsgaranti, det gælder for sygehusbehandling, og det gælder for narkobehandling.

I forbindelse med satspuljeforhandlinger her i sidste måned blev der lavet en udvidelse af netop det område. Der indgår en kræfthandleplan, hvortil der er knyttet 1 mia. kr. I satspuljeforhandlingerne er der på en række områder tilført midler, og det har de fleste af partierne jo været enige om.

Jeg vil gerne nævne nogle af områderne:

Vi har afsat midler til en særlig indsats over for børn og unge af anden etnisk herkomst; der er afsat penge til at styrke bekæmpelsen af den negative sociale arv; der er afsat midler på beskæftigelsesområdet for handicappede; der er afsat penge til støtte- og kontaktordninger, så de udvides fra ikke alene at være målrettet sindslidende, men også bliver målrettet hjemløse, alkoholikere og stofmisbrugere.

Der er afsat knap 134 mio. kr. til en styrkelse af den sociale aktivering for at få dem, der er længst væk fra arbejdsmarkedet, i gang på området, og der er afsat 120 mio. kr. til at forbedre arbejdsmiljøet, til en forbedring af netop arbejdsmiljøet for social- og sundhedsassistenter.

Det er et af de elementer, som Charlotte Fischer påpeger i det beslutningsforslag, vi behandler, at man skal fokusere mere på. Det har vi jo gjort, og det har Charlotte Fischer jo selv været med til ...

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Husk, at når vi tiltaler hinanden, så er det med »hr.« eller »fru«, og i dette tilfælde ville jeg foretrække »fru«.

Birgitte Josefsen (V):

Undskyld, fru Charlotte Fischer.

Jeg har valgt at opremse en hel række områder, og jeg vil gerne sige, hvorfor jeg har gjort det. Det er netop for at henlede opmærksomheden på, at der pågår en dialog imellem de forskellige ministerier. Så alt i alt kan jeg sige, at der, mens der har været en borgerlig regering, er optimeret på hele området.

Derudover er beskæftigelsen stigende, og vi har satset målrettet på at hæve uddannelsesniveauet, hvilket jo er smukt beskrevet også i regeringsgrundlaget.

Så på baggrund af de initiativer, der er i gang, vil Venstre gerne følge det spor, der er lagt, og bruge de penge, som man kunne bruge til en

kommission, på bedre forebyggelse og behandling.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Nu tog vi lige en tur med ministeren rundt om brugerbetaling, og jeg kunne godt tænke mig at spørge fru Birgitte Josefsen: Kan ordføreren på talerstolen i dag garantere, at Venstre ikke vil være med til at lave ny brugerbetaling på sundhedsområdet?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Som jeg har sagt i min ordførertale, skal der være fri og lige adgang, når vi bliver syge. Det skal ikke koste at gå til læge, det skal ikke koste at komme på sygehuset, så den brugerbetaling, der er til stede i dag, har vi ikke tænkt os at ændre på. Vi vil have en brugerbetaling på de områder, som vi har i dag, og vi vil ikke pille ved, at det er gratis de andre steder.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Ministeren sagde, at hvis der kom en pose penge, så ville han bruge dem et andet sted i sundhedssystemet.

Hvis det nu er sådan, at det kan påvises, at man ved at fjerne den eksisterende brugerbetaling rent faktisk vil kunne forbedre folks vilkår så godt, at de vil kunne komme tilbage på arbejdsmarkedet og dermed lægge penge i skatte-kassen, så det i sig selv vil være en indtjening for staten, vil Venstre så sige ja til at mindske brugerbetalingen på de områder, der eksisterer i dag?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Vi vil meget gerne satse på forebyggelse og helbredelse, så det er der, vores første satsning ligger.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Venstres ordfører lagde sig jo fint i kølvandet på ministeren og lagde vægt på, at der allerede foregår rigtig meget. Men så vil jeg da stille samme spørgsmål til Venstres ordfører som til ministeren.

Det er jo sådan set ikke, fordi der ikke foregår rigtig meget. Problemet set med vores øjne er, at det er for lidt, at det er for løst, og at det dybest

set ikke ændrer ved den kendsgerning, at uligheden i sundheden er i vækst. Som det fremgår af den rapport, som blev lavet sidste år af Institut for Folkesundhed, er den faktisk i kraftig vækst, både i absolutte og relative tal. Det vil jeg godt bede Venstres ordfører om at forholde sig til.

Kl. 18.00

Er det ikke noget, man trods alt burde tage ind? Det kan godt være, man laver en masse ting, men laver man det rigtige? Det er jo sådan set det, der er tanken bag en kommission, at man lige sætter sig ned og siger: Vi skal lave noget, der faktisk virker. Der er jo ikke noget, der tyder på, at det, regeringen laver lige nu, virker, ellers havde man vel ikke en stigende ulighed.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Som jeg sagde i min ordførertale, er det jo sådan, at når man satser på sundhedsområdet, ser man ikke nødvendigvis virkningen i morgen. Den rapport blev fremlagt sidste år. Det vil sige, at det er nogle år tilbage, at man begyndte at indsamle analysetal til det, der står i rapporten. Jeg har en stor tiltro til, at vi ser virkningen af det projekt, der er sat i gang.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg kunne godt tænke mig at vide, hvad det egentlig er, Venstres ordfører lægger til grund for sin store tiltro. Man kan sådan set ikke opdrive en ekspert, der sidder med det her område, som ikke kan pege på en stigende polarisering, det gælder f.eks. med hensyn til rygevaner og motionsvaner.

Jeg kunne egentlig godt tænke mig at sige, at det jo er fint nok, at man er båret frem af den store overbevisning og den store åbenbaring og tror på det, man selv står for, det synes jeg er fint nok. Men det kan godt være, at folk udeomkring ville have gavn af og kunne tænke sig lidt mere dokumentation af, hvor vi kan se, at det, der bliver lavet, virker.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Nu har vi jo her i folketingssamlingen sidste år brugt en masse energi på at få en række love forhandlet, så den nye kommunalreform kunne træde i kraft. I forbindelse med den kommunalreform lægges alt, hvad der hedder forebyggelse og sundhedsfremme, ud i det kommunale regi.

Jeg har meget store forventninger til netop den omlægning på sundhedsområdet. Nu flytter vi forebyggelse og sundhedsfremme ud, hvor det er tættest på borgerne. Jeg har en stor forventning og stor tiltro til, at det giver en virkning på sundhedsområdet.

Ud over det har vi jo i de aftaler, der også er indgået her over det sidste års tid, lagt penge i eksempelvis netop rygeområdet. I kræfthandleplanen er der eksempelvis indlagt et beløb til at gå ud og tilbyde rygestopkurser.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu gjorde fru Birgitte Josefsen meget ud af i sit indlæg at sige, at det skulle være gratis at gå til læge, gratis at gå til speciallæge, gratis at gå til forebyggende initiativer.

Så vil jeg gerne spørge fru Birgitte Josefsen: Hvorfor mener Venstres ordfører ikke, at det skal være gratis at gå til psykolog, som jo er en anerkendt behandlingsform i Danmark? Hvorfor mener fru Birgitte Josefsen ikke, at det skal være gratis at gå til f.eks. diætist, som er et af de områder, der klart er dokumenteret virker forebyggende på den fedmebehandling, vi har? Hvorfor skal der være brugerbetaling hos kiropraktorer?

Hvorfor mener Venstres ordfører, at hvis man har en byld i bagen, så er det gratis, men hvis man har en byld i munden og en tandsygdom, så skal man betale? Kan Venstres ordfører forklare mig, om det sundhedsfagligt er nogle rigtig, rigtig gode initiativer?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Som ministeren var inde på, er det jo sådan i det her land og i det her Folketing, at vi har en vis sum penge at gøre godt med, og at nogle af de her brugerbetalingsområder er historisk betingede. Så vidt jeg har kunnet konstatere, er det jo sådan, at både Det Radikale Venstre og Socialdemokratiet har stemt for de love, der ligger om betaling på medicinområdet og tandbehandlingsområdet.

Hvad angår diætistområdet, må jeg korrekse fru Lone Møller. Det er faktisk sådan, at det mange steder er gratis at få vejledning. Diætistområdet er nemlig et af de områder, hvor man i dag allerede har etableret et sundhedscenter. Jeg kan sige, at det er sådan i hele Nordjyllands Amt.

Hvad angår de andre områder, er det jo lige så historisk betinget som de øvrige områder. Men jeg ser da gerne nogle forslag fra fru Lone Møller inden for den økonomiske ramme, der er til rådighed.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Det glæder mig, at ordføreren også klart taler om, at det er historisk betinget. Vi kunne måske bruge de omkring 157 mio. kr., vi i dag bruger til at flyve folk hjem, når de er på skiferie, vel at mærke folk, som er blevet behandlet på stedet, blot til transport, til, at der blev givet tilskud. Men lad nu det ligge.

Kl. 18.05

Nu gjorde man også fra Venstres ordfører meget ud af at sige, at man ikke ønskede brugerbetaling på nogle områder, og at man mente, at det ville gå rigtig, rigtig godt, når nu kommunerne blev ansvarlige for sundhedsfremme. Mener Venstres ordfører så, at det er med til at fremme sundheden, at man begynder at indføre brugerbetaling i kommunerne til blot at få nogle sårbehandlingsremedier, som skulle virke bedre end det, man i dag tilbyder gratis? Jeg har svært ved at se, at det skulle være et stort forebyggelsesinitiativ – tværtimod.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Nu skal jeg lade det være usagt, hvor mange kommuner der har indført betaling på sårbehandlingsområdet. Men det er faktisk sådan, at jeg selv har en fortid som hjemmesygeplejerske i en kommune, og jeg ved derfra, at der også under den tidligere regering var kommuner, der krævede betaling for sårbehandlingspræparater.

Tredje næstformand (Hélge Adam Møller):

Ja, den debat må fortsætte et andet sted. Så er der ikke flere korte bemærkninger til ordføreren, vi går videre i ordførerrækken. Den næste ordfører er den socialdemokratiske ordfører, fru Lene Hansen.

Lene Hansen (S):

Lad os lige først få slået en ting helt fast: Socialdemokratiet ønsker ikke mere brugerbetaling. Vi ønsker mindre brugerbetaling. Vi ønsker ikke, at det skal koste penge at gå til lægen, og det er der heller ikke nogen der har sagt. At det bliver opfattet sådan, synes jeg er en sag for sig, og det

burde man egentlig ikke her fra talerstolen behøve at forsvare.

Vi hilser dette beslutningsforslag velkommen. Et velfærdssamfund som det danske skal kendes på den måde, vi behandler vores syge og vores mest udsatte medborgere på. Selv om vi måske kan mene, at vi har indrettet os i den bedste af alle verdener, så er det stadig væk muligt at gøre det bedre bl.a. på sundhedsområdet.

Vi er enige med forslagsstillerne i, at det er et problem, at uligheden vokser, og at man kan se en sammenhæng mellem socialt tilhørsforhold og sundhed i stigende grad. De mindst uddannede, de lavestlønnede og de ledige er de befolkningsgrupper, der har det dårligste helbred.

Et specielt problem ser vi i det faktum, at lavtuddannede mænd har stigende dødelighed set i forhold til gruppen af højtuddannede mænd. Det er velkendt, at de livsvilkår, vi har, har indflydelse på vores helbred. Arbejdsmiljøet betyder rigtig meget, men sammenhængen mellem beskæftigelse og livsstilen udgør også en vigtig faktor.

Efter vores mening må sundhedsproblemerne ses i sammenhæng med de generelle levevilkår i Danmark. Vores sundhed er i høj grad betinget af det samfund, vi lever i. Et godt arbejdsmiljø, sunde fødevarer, ordentlige boliger, sikker trafik og en ren natur er alt sammen med til at sikre, at vi ikke går til i stress og fysisk nedslidning eller udvikler allergier og kroniske lidelser.

De nødvendige ændringer i vores levevilkår må derfor ske i samspil med ændringer i samfundsmæssige forhold, f.eks. igennem arbejdsmarkeds-, bolig- og uddannelsespolitikken. Hvordan og med hvilke midler dette bedst kan ske, kan kommissionens arbejde jo være med til at udrede.

Det danske sundhedsvæsen skal bygge på fri og lige adgang til behandling for alle borgere i Danmark, men det ser ud, som om der er opstået nogle barrierer for visse befolkningsgrupper, der gør, at man de facto ikke har fri og lige adgang til behandlingstilbuddene. Vi trænger til at få analyseret dette forhold, og vi er parate til at drøfte de resultater, der måtte komme ud af et kommissionsarbejde.

Derfor støtter vi dette beslutningsforslag om en national strategi for bekæmpelse af ulighed i sundheden. Vi støtter nemlig ethvert tiltag, der kan bekæmpe den sociale ulighed inden for folkesundheden og sundhedsvæsenet i dagens Danmark.

Kl. 18.10

Vi synes dog, det er beklageligt, at den ulighed, som beslutningsforslaget fokuserer på, ikke berører de problemer, der særligt gør sig gældende inden for den psykiatriske behandling af især børne- og ungdomspsykiatriske patienter.

Så vil jeg slutte med at sige, at dette beslutningsforslag, som jo så desværre ikke bliver vedtaget, heller ikke skal ses som en syltekrugke. Jeg går ud fra, at forslagsstillerne var umådelig interesserede i, at der også kom handling bag ordene, når analysearbejdet forelå.

Men vi er enige med forslagsstillerne i, at det ville have været nyttigt, at vi havde fået en samlet vurdering og et analysearbejde til belysning af, hvad det er, der skaber mere og mere ulighed inden for vores sundhedsvæsen.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):
Tak til ordføreren. Der er tre korte bemærkninger. Den første er fra fru Majbrit Berlau.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Nu siger ordføreren, at Socialdemokraterne støtter det her forslag, og at man ser frem til et kommissionsarbejde, men som jeg kan læse i forslaget, står der meget klart, at en af de ting, der skal undersøges, er spørgsmålet om brugerbetalingen.

Ordføreren starter med at sige, at Socialdemokraterne ikke ønsker mere brugerbetaling. Så vil jeg gerne have et klart svar. Der står, at man skal undersøge tingene og komme med anbefalinger om en mere social indretning af brugerbetalingen i det danske sundhedsvæsen. Hvad er Socialdemokraternes vision? Man vil ikke have mere brugerbetaling, det har vi lige hørt. Man dementerer alle de udtalelser, der har været omkring mere brugerbetaling, det har vi også lige hørt. Hvad er så den mere sociale indretning af brugerbetalingen? Det vil jeg godt have et svar på, for vi behøver vel ikke afvente en kommissionsrapport for at få Socialdemokraternes holdning til det.

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Det havde måske kvalificeret debatten, hvis vi havde fået et grundlæggende analysearbejde, før vi kastede os ud i en debat, der egentlig hviler på misforståelser og halve fortolkninger.

Vi mener ikke, at vi skal have mere brugerbetaling, men vi mener måske, at brugerbetalingen kunne indrettes anderledes. Vi så gerne bruger-

betalingen afskaffet. Men denne sal ønsker ikke at gå den vej. Flertallet i denne sal ønsker ikke at gå den vej. Derfor siger vi: Lad os se på brugerbetalingens indretning. Hvorfor betaler vi så meget for at gå til tandlæge? Hvorfor betaler vi for at gå til psykiater? Hvorfor betaler vi på områder, som det måske i virkeligheden er ulogisk at vi betaler for? Det er sådan set bare den diskussion, vi gerne ville have kvalificeret.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Men det må jo være sådan, at Socialdemokraterne som et af Danmarks største partier nu engang har en vision, når man ønsker at gøre et stykke arbejde.

Der står i papiret, man skal komme med nogle anbefalinger til en mere social indretning af brugerbetalingssystemet i Danmark. Det var det, jeg spurgte, hvordan Socialdemokraterne så ønsker skal se ud. Det må man da have en politisk holdning til. Man kan da ikke bare komme med en lirumlarum om, at vi må se, hvorfor man betaler for en tandlæge, og hvorfor man betaler for en psykolog, man må da hos Socialdemokraterne have en holdning til, hvordan det skal indrettes.

Hvad nu, hvis Enhedslisten – hvad vi godt kunne have planer om at gøre – fremsætter et forslag om, at f.eks. brugerbetaling til tandlæge skal helt væk for lavestindkomstgrupperne? Ville det være et forslag, Socialdemokraterne støttede? Er det sådan, det skal være? Er det indkomstbetinget? Hvad er det for nogle visioner, Socialdemokraterne har?

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Det ville selvfølgelig blive modtaget med meget stor interesse, hvis der kom et beslutningsforslag, hvorefter man fjerner brugerbetaling fra f.eks. tandlægeområdet. Det er da helt sikkert. Det ville vi da se på med meget stor interesse. Men hvad der ellers i øvrigt skulle ligge i sådan et spor, må forhandlinger jo så egentlig vise. Det er ikke bare sådan at stå og ryste noget ud af ærmet og sige, at sådan og sådan skal det være.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg har selvfølgelig lyst til at spørge fru Lene Hansen, om det her er fru Lene Hansens egenhændige udmelding omkring brugerbetaling, el-

ler om det er Socialdemokratiets politik på området. Jeg vil gerne følge op lidt senere.

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Eftersom jeg står her som ordfører, så er det selvfølgelig partiets holdning, jeg giver udtryk for.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det er jo klart, at der er nogle her, der så undrer sig lidt, for vi har jo kunnet læse i pressen, at Socialdemokratiet ønsker brugerbetaling på visse dele af sundhedsvæsenet, herunder når vi skal gå til praktiserende læge, når vi skal have vagtlæge eller indlægges på sygehus.

Kl. 18.15

Jeg kan ikke lade være med at sige, at fru Lone Møller den 30. december i Politiken udtaler, at hun ikke kan se, at det skulle betyde noget, at danskerne skal betale et mindre beløb for at gå til læge. Er det ikke partiets politik mere?

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Det har aldrig været partiets politik. Jeg tror, man har taget Lone Møllers udtalelser lidt mere seriøst i visse aviser end godt var.

Partiets politik er og står uændret, at vi går imod, at der indføres brugerbetaling på lægebesøg, på hospitalsindlæggelse osv., men vi afviser ikke en diskussion af hele brugerbetalingssystemets indretning. Og der er det, at vi opfatter forslagsstillernes forslag som en mulig vej at gå til at kvalificere debatten, så den ikke kun hviler på journalistiske udlægninger.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Socialdemokratiet går jo fra at tale i medierne om, at der skal indføres brugerbetaling, og så nu fra ordførers side til at sige, at man sådan set gerne bredt vil afskaffe brugerbetalingen. Derfor vil jeg gerne høre ordføreren, hvorfra pengene skal komme, hvis man skal afskaffe brugerbetalingen på de områder, som fru Lene Hansen nævnte, for jeg har bemærket, at der ikke er afsat nogen penge i Socialdemokratiets finanslovsforslag.

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Vi møder jo op her i dag for at diskutere et forslag, der er fremsat af Det Radikale Venstre. Det forslag går i al sin enkelthed ud på, at man skal starte et analysearbejde af, hvordan vi har indrettet vores sundhedssystem. Vi har indrettet os på en måde, der åbenbart gør, at uligheden vokser. Og hvorfor gør den så det? Det var egentlig det, der lå bag forslagsstillernes forslag, går jeg ud fra, og det har vi forholdt os til.

Vi ønsker en diskussion af hele brugerbeta- lingsområdet, vi ønsker en diskussion af hele vores sundhedssystem. Hvad er det for nogle mekanismer, der gør, at man oplever, at ulighe- den bliver større?

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Vi kan jo konstatere, at der er et solidt flertal i Folketinget, som ikke ønsker øget brugerbeta- ling på sundhedsområdet. Det kan man sige at der vil være, uanset hvem der sidder i regerin- gen, kan jeg jo næsten konstatere.

Men så vil jeg gerne spørge Socialdemokrati- et, også for at få lidt mere kød på diskussionen: Har Socialdemokratiet også den samme logik, som ministeren lagde for dagen, der hedder, at man kun vil nedsætte brugerbetalingen på enkelte områder, hvis brugerbetalingen går op på andre områder, det vil sige, at man fastholder kassens størrelse og siger, at brugerbeta- lingsandelen på de enkelte områder skal reguleres inden for kassens størrelse? Eller vil man være indstillet på – lidt i forlængelse af det, fru Maj- brit Berlau også var inde på – at skaffe penge til at fjerne brugerbetalingen på eksempelvis tand- området for eksempelvis dem med de laveste indtægter og sige, at det skal være gratis at gå til tandlæge for dem, uden at man nødvendigvis øger brugerbetalingen på andre områder?

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Jeg synes, man fra spørgerens side foregriber en diskussion, som egentlig kunne udvikle sig på baggrund af et analysearbejde. Jeg synes, det er meget forlangt, at man egentlig efterspørger en færdig løsningsmodel, som først skulle tegne sig efter et års grundigt kommissionsarbejde.

Jeg nægter sådan set at gå ind i en diskussion på et løst grundlag. Jeg vil gerne afvente, at vi får en belysning af nogle problemstillinger, der gør, at alle partier har lejlighed til en kvalificeret

debat om, hvordan vi kan indrette vores sundhedsvæsen, så der ikke bliver øget ulighed.

.. Kl. 18.20

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Selvfølgelig kan man altid blive klogere af at tænke sig om. Det vil der jo ikke være nogen herinde der vil sige nej til, men ikke desto mindre må man også erkende, at det jo ikke er en debat, der er opdaget i forbindelse med det her forslag. Diskussionen omkring sundhedssektoren og uligheden i sundhedssektoren og prioriteringen i sundhedssektoren og brugerbetaling i sundhedssektoren er jo en debat, der er foregået i mere end i et årti, i hvert fald i den periode, jeg har fulgt med i det, så det er ikke en ny debat.

Derfor er det vel ikke for meget for langt af et parti, der ligesom har en idé om at komme i regering, at det kommer med nogle bud på, hvad man kunne tænke sig at gøre på et af de områder, hvor vi helt åbenlyst er enige om, at der er en skævvridning, hvad angår egenbetaling, nemlig på tandområdet. Tandområdet er et af de steder, hvor vi ved, at der er en social ulighed, fordi egenbetalingen er en væsentlig medvirkende årsag til, at nogle fravælger at gå til tandlæge.

Så der vil det være relevant nok at spørge: Vil Socialdemokratiet være villig til at sige, at hvis de kom til magten og kunne disponere over de penge, der er – det har SF jo gjort; SF har jo afsat penge til bl.a. det område – så ville man være villig til at afskaffe egenbetalingen for de laveste indtægtsgrupper?

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Det er da højst sandsynligt. Det lyder som et forslag, vi umiddelbart ville kunne støtte, men som jeg sagde, er der altså grundlag for, at vi alle sammen kan blive meget klogere, og det her forslag ville kunne kvalificere debatten væsentligt.

Nu taler man meget om samarbejde mellem netop SF og De Radikale og os. Lad os da så gå sammen og se, om vi kunne finde ud af netop på det her område at nærme os til hinanden, sådan at vi får en fælles holdning til lige præcis det her område. Det vurderer jeg egentlig ikke som noget usandsynligt udspil eller løfte her fra vores side.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg skal først beklage, at fru Lene Hansen skal stå og forsvare nogle af mine udtalelser. Jeg har jo desværre ikke mulighed for det selv, ellers gjorde jeg det gerne.

Det er mere, fordi fru Birgitte Josefsen siger, at Socialdemokratiet jo ikke har afsat midler på deres finanslovsforslag. Derfor vil jeg da gerne bede fru Lene Hansen om at bekræfte, at Socialdemokratiet på sit finanslovsforslag har afsat 50 mio. kr. netop til paradentosebehandling.

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Det kan jeg kun bekræfte, og jeg skal beklage, at jeg udelod det i mit svar til fru Birgitte Josefsen, men det er jo selvfølgelig et led i en større helhed. Hver eneste gang vi diskuterer finansloven, vil vi jo selvfølgelig prøve på at tage højde for det her spørgsmål. Men lad os da sætte os ned sammen og se at finde en vej frem.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg må indrømme, at jeg er lettere forvirret. På den ene side siger man fra Socialdemokratiets side, at man er parat til at støtte det her forslag, og på den anden side væver man lidt rundt vedrørende brugerbetaling. Men det kan vel ikke være så svært.

I selve forslaget står der:

Det centrale er, at en omlægning af brugerbetalingen er en omlægning af brugerbetalingen.

Der står også et andet sted i forslaget, at præmissen er, at den samlede brugerbetaling ikke øges. Det vil sige, at man faktisk støtter, at man går ind og ser på de her ting, og så er det, jeg bare spørger: Hvor er det så, at man skal sætte brugerbetalingen op, hvis det skal være udgiftsneutral? Hvad er det for områder? Det er punkt 1.

Punkt 2 er: Er man parat til at indføre brugerbetaling? For ellers hænger de her ting jo ikke sammen.

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Jeg tror egentlig kun, jeg skal gentage, hvad jeg nu har gentaget en 3-4 gange: Det her forslag ville kunne kvalificere en diskussion. Et analysearbejde ville nok have været rigtig gavnligt for alle ordførerne, hvis vi på den baggrund kunne udvikle os videre i den her diskussion. Det er jo

fuldstændig umuligt at stå her og sige, at så skal brugerbetalingen stige på tandlægeområdet og sænkes på det andet område, uden at vi egentlig har haft tid til virkelig at gå i dybden i det. Det, vi er her for i dag, er at tage stilling til et forslag, der egentlig kunne være et redskab til at gå ind i en dybere debat.

Kl. 18.25

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Det må jo egentlig være rimelig simpelt: Er Socialdemokratiet parat til at indføre brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen til gengæld for, at man så på et andet område nedsætter brugerbetalingen? Det er jo det, der bl.a. lægges op til i det her forslag. Jeg forstår ikke, at man går med til at undersøge nogle ting, hvis man allerede på forhånd siger, at det vil man ikke.

Og omvendt: Hvis man nu undersøger de her ting, og det kan jeg forstå at Socialdemokratiet er parat til, så virker det lidt mærkværdigt, at man støtter noget, hvis man alligevel ikke er parat til at støtte det bagefter. Så ja eller nej, støtter man og er man parat til at indføre brugerbetaling på et senere tidspunkt i sundhedsvæsenet?

(Kort bemærkning).

Lene Hansen (S):

Der er jo brugerbetaling indført i sundhedsvæsenet, så det er ikke noget, man skal indføre, men vi vil ikke have mere brugerbetaling. Jeg tror, jeg startede med at sige det: Vi vil gerne have mindre brugerbetaling, og vi er parate til at finde en vej, gerne i samarbejde med andre.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Så er der ikke flere korte bemærkninger til denne ordfører. Vi går videre i rækken. Næste ordfører er Dansk Folkepartis ordfører, fru Birthe Skaarup.

Birthe Skaarup (DF):

Skal der nedsættes en kommission inden udgangen af 2006 for at styrke dialogen mellem borgerne og de politiske partier, således at den sociale ulighed i sundheden mindskes? Det spørgsmål stiller De Radikale. Skal der offentliggøres flere delrapporter og afholdes flere konferencer om konkrete temaer med inddragelse af relevante organisationer? Det er det andet spørgsmål.

Vi mener i Dansk Folkeparti, at der hele tiden fokuseres på, om det offentlige løser de vigtige

sundhedsopgaver over for befolkningen, som det skal. Der bør ikke forekomme uligheder samfundsgrupperne imellem. Nu har Vel-færdskommissionen som bekendt foreslået, at det skal koste penge at gå til lægen, at komme på skadestuen og på sygehuset – vi diskuterede det lige før – og det vil ifølge Dansk Folkeparti, såfremt det indføres, skabe ulighed i det danske sundhedsvæsen.

Vi har et sundhedsvæsen, hvor vi hovedsagelig betaler for de basale ydelser over skattebilletten, hvor alle dækker hinanden ind kollektivt. Den ordning skal vi blive ved at have. Såfremt der ændres på det, vil vi se ulighed, mener vi, så det batter. Man kan risikere, at nogle borgere holder sig væk, selv om de har brug for en behandling. Så vidt jeg ved, er det netop lavindkomstgrupperne, der efterspørger flest ydelser hos den del af sundhedsvæsenet.

Forslagsstillerne nævner tre punkter i forslaget, hvor de ser en ulighed: Punkt 1 er forholdet omkring uddannelse, job og indkomst og omkring den sociale status og sundhed, punkt 2 er brugerbetaling for tandlægehjælp, og punkt 3 er den udfordring, at vi indretter sundhedsvæsenet således, at der er lige adgang til behandling.

Lad os lige tage de punkter: Om punkt 1 mener Dansk Folkeparti, at vi har fokuseret meget på, at der skal være ens behandlingstilbud til alle borgere i det her land, og at den gruppe borgere, der ikke kan tage vare på sig selv og på deres helbred, får mulighed for at få særlig støtte. Her tænker jeg naturligvis på de politiske initiativer, der er taget for at sikre behandlingsindsatsen over for misbrugere og alkoholikere samt de særlige initiativer, som man også i Dansk Folkeparti sammen med regeringen har igangsat over for kronikere, overvægtige og rygere.

Hele satspuljeforliget bliver også båret af indsatsen over for svage befolkningsgrupper i socialt belastede områder, så informationer om forebyggelse når ud til de her grupper. Når der fokuseres på den sociale arv, skal der bestemt fokuseres på hele sundhedsområdet. Selvfølgelig skal indsatsen hele tiden gøres bedre, også over for de grupper, der qua deres manglende uddannelse og beskæftigelse har et dårligere helbred end resten af befolkningen.

Vi har hørt om rapporterne »Sund hele livet«, »Kronikerrapporten« og de andre muligheder, som jeg tidligere har skitseret. Jeg vil også lige nævne punkt 2 om brugerbetaling til tandpleje, for det er et af de områder, der reelt bør fokuseres på: Er fordelingen af tilskuddene retfærdig

her? Ingen kan forstå, at man, hvis man angribes af aggressiv paradentose, vel at mærke uden egen skyld, ikke kan hjælpes økonomisk, selv om det kan være invaliderende at mangle tænder og ikke have tyggeevne, ligesom andre sygdomme i mundhulen ikke udløser tilskud. Vi bør løse problemet – et problem, som også var eksisterende i den tidligere regerings tid.

Kl. 18.30

Et andet område kunne jo også være, at befolkningen måske gik ind og foretog pristjek hos de forskellige tandlæger, for jeg så lige en undersøgelse for nylig, der viste, at der var meget, meget forskellige priser hos de forskellige tandlæger.

Så er der endelig punkt 3: Der mener jeg, at vi har indrettet vores sygehusvæsen, så der er lige adgang til behandling efter frit valg-systemet, blot borgerne, unge som ældre, får de rette oplysninger om de muligheder, de har hos det behandelende sundhedsvæsen.

Desuden tror vi på, at det sammenhængende og forebyggende sundhedsvæsen, som vil blive mere udtalt med kommunalreformens ikrafttrædelse, også vil flytte grænser for alle borgere. Den forebyggende indsats skal nemlig efter vores vurdering tage udgangspunkt i det enkelte menneskes fysiske og sociale dimension. Borgernes afstand til den forebyggende indsats vil med reformens indførelse blive kortere.

Det er udmærket, vi har debatten her i dag, synes jeg. Vi kan måske udveksle nogle erfaringer, vi kan måske udveksle nogle af forskellene og lade dem komme i fokus, for alle samfundsgrupper, vil jeg gerne endnu en gang pointere, skal være ligeværdige til behandling i sundhedsvæsenet.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Så er der tre korte bemærkninger, først fra fru Lone Møller.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg vil gerne bede fru Birthe Skaarup om at bekræfte, at selv om vi i dette land betaler en stor del af vores sundhedsudgifter over skattebilletten, så har Danmark i forhold til Sverige et langt højere egenbetalingsniveau, hvor man jo i Sverige har et andet system, hvor man har indført efterbetaling på områder, men lagt et loft over. Er det ikke korrekt, at Danmark er det land i EU, hvor man betaler mest i egenbetaling? Og hvor-

dan harmonerer det med, at vi betaler det hele over skattebilletten? Det vil jeg gerne bede om et svar på.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Vi betaler en hel del over skattebilletten, og det gør vi kollektivt, men det er da fuldstændig rigtigt, at der er kommet nogle beregninger over, at hvis man tager alt med inden for det danske sundhedsvæsen – og her taler jeg om medicintilskud og alle mulige andre ting – så er Danmark faktisk et af de lande i Europa, der har den højeste egenbetaling. Derfor skal vi bestemt heller ikke have mere.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Vil fru Birthe Skaarup så give den garanti fra tælerstolen, at det så også er sundhedsfagligt forsvarligt, at vi har en meget høj egenbetaling? For jeg forstår på fru Birthe Skaarup, at hun ikke ønsker mere, men jeg kan ikke høre på fru Birthe Skaarup, at hun er indstillet på, at vi eventuelt skal have mindre. Derfor vil jeg gerne spørge: Er det sundhedsfagligt forsvarligt, at vi har så høj en egenbetaling på sundhedsydelser, som vi har i Danmark?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu har Dansk Folkeparti jo ikke været med til at indføre al egenbetaling i det danske sundhedsvæsen. Jeg vil lige nævne medicintilskudsreglerne, som blev lavet, og det tror jeg nok Socialdemokraterne var med til, men vi ønsker ikke mere brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen.

Det, vi vil gå ind at se på, er hele tandlægeområdet, og vi er i gang med at udrede, om tilskuddene ligger rigtigt i forhold til det, borgeren betaler.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Det er lige for at følge op på det, fru Lone Møller stillede spørgsmål om. Ordføreren præciserede rigtigt nok – sådan lød det – at Dansk Folkeparti ikke ønskede mere brugerbetaling. Meget enkelt spurgte: Ønsker Dansk Folkeparti mindre brugerbetaling? Er Dansk Folkeparti indstillet på, at vi skal afvikle brugerbetaling i det danske sundhedssystem?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu er det jo sådan, at vi betaler over skattebilletten til vores sundhedsvæsen, og når jeg siger, at den egenbetaling, vi har i øjeblikket, ikke skal forhøjes, så er det det, Dansk Folkepartis politik går ud på.

Kl. 18.35

Vi prøver med vores finanslovsforslag og med den indflydelse, vi har på finansloven, at gå ind på de områder, som vi synes er relevante, og det kan være nogle forebyggelsesområder.

Nu har vi eksempelvis senere et punkt på dagsordenen om slidgigt, hvor vi også har været med til at bevilge nogle penge til forskning i slidgigt. Vi har også set det på mange andre områder. Jeg tænker på ældrecheck, jeg tænker på, at vi løfter den del af befolkningen, der ikke har råd til så meget, f.eks. førtidspensionister, og i hele debatten om influenzavaccinationer går vi jo også ind og hjælper en del af den befolkning, som vi ikke tror har penge til det her.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Det var mig lidt uklart. Det stod mig klart, at Dansk Folkeparti ikke ønskede mere brugerbetaling. Om Dansk Folkeparti ønskede mindre, blev sovset lidt ind i, om der også var penge til forskning og gigtbehandling og sådan nogle ting, alle sammen vigtige elementer. Men egentlig stillede jeg meget konkret spørgsmålet: Ønsker Dansk Folkeparti at afvikle brugerbetalingen?

Lad mig så prøve at stille et nyt spørgsmål: Ønsker Dansk Folkeparti som et skridt i den rigtige retning – i Enhedslistens optik i hvert fald – at afvikle brugerbetalingen for lavindkomstgrupperne i samfundet, førtidspensionisterne, pensionisterne, kontanthjælpsmodtagerne osv., dem, der generelt har lave indtægter? Kunne man forestille sig, at det med hensyn til tandlægebesøg, medicintilskud osv. osv., faktisk var gratis for dem at modtage medicin, gå til tandlæge, modtage psykologhjælp osv.?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Egenbetalingen, som den ligger i øjeblikket, ligger udmærket. Vi ønsker ikke mere brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen.

Jeg sovsede ikke noget ind før. Jeg gjorde bare opmærksom på, at vi kan se nogle grupper i det danske samfund, der måske ikke har så mange

penge, og det er dem, vi er gået ind og har hjulpet, for at deres økonomi kan forbedres.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nu var Dansk Folkepartis ordfører heldigvis knap så harsk i afvisningen som ministeren med hensyn til beslutningsforslaget, men jeg forstår det jo alligevel sådan, at man ikke vil støtte det.

Jeg vil så sige, at det er lidt mærkeligt, at man kan stå med det indtryk, at Dansk Folkepartis ordfører synes, at det går godt med at bekæmpe uligheden i sundheden, når faktum er, at vi i hvert fald ikke har andet, der viser, at det skulle forholde sig sådan. Tværtimod har vi faktisk eksperter udsagn for, at uligheden vokser. Hvis man nu tager frit valg som et område, forstår jeg ikke, at Dansk Folkeparti er helt så afvisende over for tanken om, at man faktisk går ind og får noget viden om, hvem der reelt bruger det frie valg.

Er det ikke interessant viden for Dansk Folkeparti, også med den profil, som partiet gerne vil have, at man faktisk går ind og finder ud af det? Det kan godt være, at det er Dansk Folkepartis kernevælgere, som faktisk har svært ved at bruge det frie valg, og alt tyder jo på, at det ud fra den viden, man har, faktisk er de ressourcestærke, der bruger frit valg.

Det spørgsmål, som jeg synes skulle rejses i den sammenhæng, er: Kunne vi indrette vores sundhedsvæsen lidt bedre, hvis der er et problem, med hensyn til at skabe en bedre social profil og med hensyn til, hvem der bruger det frie valg?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det er da rigtigt nok, at der i det her land er nogle, der har en bedre uddannelse end andre. Men vi er hele tiden gået ind og har kigget på, at alle grupper i det her land skal have en bedre uddannelse. Vi har en lavere arbejdsløshed nu, men når jeg taler frit valg, og hvem der bruger frit valg, så er det da rigtigt, at mange af dem, der er bedre uddannede, bruger det her område.

Der er det, at det behandlende sundhedsvæsen skal yde den indsats, som det faktisk er blevet pålagt, nemlig at alle skal have oplysninger og vejledning om: Hvordan bruger vi det her sundhedsvæsen optimalt? Det er også tidligere blevet sagt, at det er derfor, vi har lavet patientkontorer og vi har skabt kontaktpersoner rundt omkring. Det har vi i hvert fald i vores parti me-

get stor sympati for, og det tror vi på også hjælper den gruppe.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er jo rigtigt, at formelt har alle lige muligheder. Jeg forstår bare ikke, at man ikke er interesseret i reelt at finde ud af, hvem det er, der bruger det frie valg, og det er jo egentlig det, det her handler om. Det handler om, at vi ikke har den viden i dag, vi ved faktisk ikke, hvor stort et problem det er, og perspektivet er jo altså, at vi udvider det frie sygehusvalg næste år ved at skære grænsen ned til en måned, så der kommer mere af det. Det kan være fint nok, men vi ved ikke, hvordan det virker, og det synes jeg er mærkeligt man ikke vil finde ud af.

Kl. 18.40

Så ville jeg bare lige spørge kort til brugerbetaling på tandområdet. Skal jeg forstå Dansk Folkepartis ordfører sådan, at man stiller mod at finde en anden model for brugerbetaling inden for voksentandplejen, som ikke medfører mere brugerbetaling, men som medfører en omlægning inden for rammerne af voksentandplejen?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Der er opnået så mange gode ting i denne regerings tid, og vi i Dansk Folkeparti har støttet det meget – også frit valg. Der er blevet opereret mange, mange flere patienter end hidtil, og det er altså ikke kun de bedst stillede, der er blevet opereret. Vi har lavet mange ting vedrørende kronikere, og det er den ældre del af befolkningen. Det er også mange af dem, der ikke har søgt for at forebygge i tide.

Når jeg siger, at vi ikke vil støtte kommissionen, som De Radikale foreslår, så er det, fordi vi hellere vil bruge vores penge aktivt til, at vi får hele den del af befolkningen med, der måske ikke omfattes af det, som fru Charlotte Fischer nævner, og bruge de sundhedsydelse på netop dem, der er i lavindkomstgruppen. Dem vil vi gerne have frem i lyset, og vi vil hellere bruge pengene aktivt. Det er et mål, vi har med at sidde i det danske Folketing. Det er derfor, vi har et mål ved hver evig eneste finanslovforhandling om at prøve på at påvirke, at de svage i vores samfund får det bedre.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Så er der ikke flere korte bemærkninger til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken. Det er den konservative ordfører, fru Helle Sjelle.

Helle Sjelle (KF):

Det er naturligvis et paradoks, at vi bor i et af verdens rigeste lande, men samtidig oplever en forskel i sundhedstilstanden mellem de forskellige befolkningsgrupper og oplever, at de grupper, der i forvejen har det sværest, også er de mest udsatte, når det gælder sygdomme og usund levevis.

I Det Konservative Folkeparti mener vi derfor, at det er vigtigt, at vi er meget opmærksomme på, hvad det er for udfordringer, vi står over for i vores sundhedsvæsen. Derfor er vi også af den opfattelse, at det er nødvendigt med en bred indsats, som fokuserer på mange forskellige sider af ulighed og sundhed, men vi mener ikke, at det ligefrem er nødvendigt at nedsætte en kommission, der så skal komme med alverdens analyser og forslag til, hvordan vi får gjort noget mere ved det her. For os er det mere hensigtsmæssigt at fortsætte det gode arbejde med at forbedre vores sundhedsvæsen og nedbryde den negative sociale arv.

Regeringen har efter vores opfattelse allerede taget en række skridt i retning af at reducere den helbredsmæssige ulighed i befolkningen. Først og fremmest kan nævnes rapporten »Sund hele livet«, hvor reduktionen af ulighed i sundhed er et af de overordnede mål, ligesom rapporten også retter fokus mod behovet for en særlig indsats over for udsatte grupper. Samtidig har regeringen allerede iværksat en række initiativer mod særlig udsatte grupper. Der er bl.a. tale om en række kommunale projekter for overvægtige børn og deres familier, herunder etniske minoriteter. Arbejdet er således efter vores opfattelse allerede i gang.

Når det drejer sig om det hotte emne brugerbetaling, vil jeg gerne her slå fast, at vi Konservative mener, at der skal være fri og lige adgang til sundhedsydelse i Danmark. Vi er f.eks. imod tanken om at indføre brugerbetaling hos egen læge. Det skal være muligt for den enkelte at benytte sin egen læge, i det omfang vedkommende har behov for det, uden at det skal påvirke den enkeltes økonomi. Det giver den trykthed, som vi mener at den enkelte har krav på.

Med hensyn til frit valg-problematikken er det da også kedeligt, at de dårligst stillede er dem, der har sværest ved at anvende deres mu-

ligheder. Vi mener dog ikke, at løsningen er en omstrukturering af frit valg-ordningen, men at det handler om at hjælpe og informere den enkelte om vedkommendes muligheder.

Samlet set mener vi således, at regeringen allerede gør en stor indsats for at fremme sundheden i alle befolkningsgrupper, og vi mener derfor ikke, at der er et behov for at nedsætte kommissioner og udvikle strategier for at komme problemet til livs.

Vi støtter derfor ikke forslaget.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Der er foreløbig tre korte bemærkninger. Den første er fra fru Lone Møller.

Kl. 18.45

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Fru Helle Sjelle siger, at det ikke er nødvendigt at lave alverdens analyser. Og fru Helle Sjelle sagde også tidligere i debatten i spørgsmål til Socialdemokratiets ordfører, at det da måtte være rimelig simpelt at finde ud af, hvordan man nu skulle flytte rundt på de der brugerbetalingsområder.

Jeg vil gerne bede fru Helle Sjelle som sundhedsordfører for De Konservative om at fortælle mig, hvilke områder der i dag er brugerbetaling på. Det må fru Helle Sjelle jo vide, når nu det er rimelig simpelt.

Jeg spørger ikke for at være polemisk, jeg spørger faktisk, fordi jeg ikke selv har et overblik over det og derfor synes, det måske kunne være godt at få en analyse. Jeg vil glæde mig til at høre fru Helle Sjelles svar.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg vil ikke begive mig ud i her fra talerstolen at stå og opremse rækken af de steder, hvor der er brugerbetaling i sundhedsvæsenet, men jeg vil blot konstatere, at i Det Konservative Folkeparti har vi ikke nogen planer om at indføre yderligere brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen. Vi mener, det er passende, som det er på nuværende tidspunkt.

Men det er heller ikke os, der har rejst problematikken omkring brugerbetaling, og det var derfor, jeg stillede spørgsmålet før til Socialdemokratiets ordfører.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Når fru Helle Sjelle siger, at brugerbetalingen i dag er af en rimelig størrelse, vil det sige, at De Konservatives sundhedsordfører synes, at det er en god ting, at vi i Danmark ligger helt i toppen med hensyn til egenbetaling på sundhedsydelser, og fru Helle Sjelle var også meget optaget af, hvor pengene skulle komme fra.

Lad mig så spørge: Mener fru Helle Sjelle, at det sundhedsfagligt er rigtig godt at bruge langt over 100 mio. kr. til at fragte folk hjem, som har været på skiferie? Kunne de 157 mio. kr. måske ikke bruges bedre til at nedbringe brugerbetalingen? Var det noget, som fru Helle Sjelle ville overveje at være med til at drøfte?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg skal da ikke afvise, at der kan være områder, hvor tingene kunne være bedre skruet sammen. Men overordnet set må jeg sige, at jeg synes, vi har et rimeligt sundhedsvæsen i Danmark, og jeg synes bestemt også, at den måde, det er skruet sammen på med hensyn til brugerbetaling, er rimelig.

Der kan være enkelte steder, hvor det kunne være bedre, men overordnet set sammenlignet med alverdens andre lande mener jeg faktisk, vi har det udmærket.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Nu siger den konservative ordfører, at de ikke har nogen planer om at indføre brugerbetaling på flere ydelser. Jeg har da her fra talerstolen hørt fru Charlotte Dyremose sige, at man er tilhænger af, at der skal være brugerbetaling på behandling for barnløshed for alle par, der ikke kan få børn, og som har brug for reagensglasbehandling eller anden behandling i sundhedsvæsenet for at få børn. Kunne fru Helle Sjelle ikke fortælle os, hvilke andre områder Det Konservative Folkeparti har planer om at indføre brugerbetaling på ud over behandling for barnløshed?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg skal blot sige, at det, jeg har sagt i dag, er det, der er den konservative holdning, og vi har ikke nogen planer om at indføre brugerbetaling på det område, som hr. Kamal Qureshi nævnte.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Undskyld min forvirring, jeg håber da, at forvirringen forsvinder. Men da vi hørte det her, var det faktisk fra en konservativ ordfører. Fru Charlotte Dyremose var ordfører på det forslag, vi diskuterede dengang, og hun sagde, at Det Konservative Folkeparti ønskede indført brugerbetaling på det her område.

Det kan godt være, at det er mig, der er tungnem, men jeg bliver altså lidt forvirret, når den ene ordfører siger, det er hende, der er ordfører, og den anden ordfører siger, at det er hende, der er ordfører. Hvem er ordfører for Det Konservative Folkeparti, og hvem er det, jeg skal tro på?

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det ordføreren i dag.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg foretrækker, at hr. Kamal Qureshi tror på det, jeg står og siger her i dag.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er jo svært at komme væk fra det der med brugerbetaling. Jeg forstår den konservative ordfører sådan, at man lægger sig på den linje, der hedder: ikke se, ikke høre, ikke tale om brugerbetaling, og at den måske kunne lægges om, så det blev bedre. Det må jo så være, fordi den indretning, man har af brugerbetaling på voksentandplejen i dag, er rigtig god set med konservative øjne.

Kl. 18.50

For ikke så lang tid siden kunne man i Politiken læse overskriften »Danskerne mangler flere tænder end fattige afrikanere«. Og når man tager ulighedsbrikerne på, vil jeg i den forbindelse godt spørge den konservative ordfører, om hun synes, at den indretning, man har inden for voksentandplejen i dag, når det gælder brugerbetaling, er god nok, retfærdig nok. Er den god nok set med de sociale briller på? Og er det så sådan, at den er så god, at man derfor ikke skal røre den under nogen omstændigheder?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Som jeg sagde tidligere, så synes vi, at vi har et rimelig godt sundhedsvæsen her i Danmark. Men jeg sagde også, at der er områder, hvor der kunne blive tale om justeringer, og et af de om-

råder er jo f.eks. tandområdet. Sagt på en anden måde: Der er mennesker, som kommer af med ufattelig mange penge, hvis de f.eks. lider af aggressiv paradentose, og det er et af de områder, som vi er villige til at se på om man kunne skrue sammen på en mere hensigtsmæssig måde.

Men det, der også er interessant i denne sammenhæng, er, at vi ikke ønsker, at vi så samtidig indfører brugerbetaling, som der har været tale om, på lægebesøg, fordi den betaling så skal dække det andet. Det synes vi ikke er nogen god idé.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nu er der sådan set ikke nogen, sådan som jeg hører det her i dag, der står med et facit med hensyn til det her, og det er jo heller ikke ligefrem, fordi der er kødannelse, når det gælder forslag om brugerbetaling på lægebesøg. Så hvis man ville dysse sig lidt ned i de forskellige geledder, ville det være meget godt.

Men jeg synes, det er rigtig positivt, hvis den konservative ordfører i hvert fald kunne sige, at vi inden for voksentandplejen har et massivt problem, sådan som det er i dag. Det gælder både det med, at det er socialt skævt – og det synes jeg også godt at man kunne se på – og at de, der er allermest syge, ikke får den hjælp.

Så jeg vil spørge, om de konservative overvejelser også går i retning af at rette op på den sociale skævhed, der er inden for voksentandplejen, sådan som det er i dag.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

De konservative overvejelser går i retning af, at vi bliver nødt til at se på tandplejeområdet, forstået på den måde at der er mennesker, som lider af alvorlige tandsygdomme, og som kommer af med ufattelig mange penge for at få rettet op på det, og det vil vi meget gerne være med til at se på.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Det skal jeg forstå sådan – nu følger jeg lige op på fru Charlotte Fischers spørgsmål – at det betyder, at det er i forbindelse med tandsygdomme, at De Konservative ønsker at se på, om der for enkelte sygdomsområder skal være nedsat brugerbetaling.

Det, vi har diskuteret i dag flere gange, og som jeg har rejst spørgsmål om, er jo, at lavindkomstgrupperne rent faktisk får en reduceret eller fuldstændig fjernet brugerbetaling på tandlægebesøg, fordi situationen er sådan, at er man på kontanthjælp, er man på førtidspension, så knækker en tandlægeregning på 2.000-3.000 kr. altså meget hurtigt budgettet.

Så er det kun sygdomsforholdene, man ønsker at se på i De Konservative, eller er det også spørgsmålet om, at det har denne sociale slagside i forhold til lavindkomstgrupperne?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Nu har der jo været drøftet mangt og meget her i dag, men hvis jeg skal prøve på at forholde mig til det, som jeg nu bliver stillet et spørgsmål om, vil jeg sige, at f.eks. i sager, hvor vi kan se, at folk kommer af med utrolig mange penge, vi taler om flere hundrede tusinde kroner, i forbindelse med deres tandsygdomme, er vi villige til at se på, om vi eventuelt kunne gå ind og lave om på det forhold.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

O.k., det vil sige, at Det Konservative Folkeparti ikke ønsker brugerbetaling for lavindkomstgrupperne i samfundet generelt. Det er det, jeg kan konkludere.

Så sagde ordføreren i sit indlæg, at der var flere områder, hvor man måske godt kunne vurdere, om brugerbetalingen skulle enten reduceres eller fjernes. Ordføreren startede med at sige, at i forhold til alle mulige andre lande havde vi det godt i Danmark, men at der kunne være flere områder, hvor det kunne være interessant at se på, om brugerbetalingen skulle enten fjernes eller reduceres.

Er der andre områder ud over tandplejen, som Det Konservative Folkeparti har i overvejelserne? For det synes jeg kunne være interessant at få diskuteret her.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Når jeg sagde det, så var det primært med henblik på tandlægeområdet; det var de forskellige sygdomme inden for det område, som vi er interesserede i at se nærmere på.

Første næstformand (Svend Auken):

Tak til ordføreren. Så er det hr. Kamal Qureshi som ordfører.

Kamal Qureshi (SF):

Vi har været vidt omkring i debatten, men for at vende tilbage til udgangspunktet i debatten, uligheden, så anerkender vi jo selvfølgelig fra SF's side, at der er sket en øget ulighed i det danske samfund. Det er der alle mulige tal og undersøgelser og rapporter fra forskellige organisationer der giver udtryk for, og det er jo en debat, som også SF har rejst i forbindelse med den sociale ulighed i det danske samfund. Det er klart, at når den sociale ulighed stiger, så stiger uligheden i sundhedsvæsenet også. Det siger sig selv, det er sådan set to faktorer, der kører parallelt: hvis udstødningen stiger, eller hvis fattigdommen stiger, jamen så stiger den sundhedsmæssige ulighed ligeledes.

Kl. 18.55

Det er jo ikke noget, man nødvendigvis kan ordne med sundhedsordninger. Det er nok noget, man skal ordne med nogle andre sociale ordninger i et større perspektiv end det at tro, at man kan løse det ved at give folk gratis tandplejeordninger. Det har jeg da heller ikke nogen grund til at tro er noget, som nogen herinde i Folketingssalen overhovedet har nogen idé om at man kan.

Samtidig ser vi jo også, at antallet af personer, der får private pensionsordninger igennem firmaer og lignende, er steget markant. Der er mange faktuelle tal og oplysninger og lignende, der peger på, at andelen af danskere, der får egne private pensionsordninger, som giver dem ret til at få sundhedsydelser fra privathospitaler, er steget. Og det gør selvfølgelig, at vi også på det område, der handler om adgangen til sundhedsydelser, får en skævvridning imellem dem, der har arbejde, bolig og lignende, og så dem, der har mindre eller ikke har noget overhovedet.

Så har der været diskussionen om brugerbetaling, hvor flere heroppefra, inklusive Dansk Folkeparti, har erkendt, at danskerne faktisk betaler en ret stor del selv af de sundhedsydelser, de får; altså at brugerbetalingen i Danmark ligger absolut i den høje ende sammenlignet med andre europæiske lande, hvis man kigger på det større perspektiv i det.

Det er jo netop ikke noget, der peger i retning af, at vi så skal ind og diskutere, hvordan vi omregulerer brugerbetalingen. Så er det jo sådan set noget, der peger i retning af, at vi skal have

brugerbetalingen nedbragt og ikke bare tage den fra den ene del og så flytte den over i noget andet. Så vi vil i første omgang ikke være indstillet på at kigge på omfordeling af brugerbetalingen, men i højere grad være optaget af at kigge på, hvordan vi får nedbragt brugerbetalingen til gavn for de fattigste grupper.

Vi er også meget spændt på, som både ministeren og andre er kommet ind på, hvad der sker i forbindelse med den kommunale reform i forhold til hele forebyggelsesområdet. Hvad sker der i forhold til rygestopkurser, hvad sker der i forhold til forebyggelse i form af motion, mad, andet? Hvordan vil kommunerne tackle den opgave, de nu får pålagt med kommunalreformen? Har de kapacitet til det, har de midler til det? Kan de overhovedet magte opgaven?

Vi ser jo på andre områder, at kommunerne ikke har kunnet magte de opgaver, de har haft eksempelvis i forhold til sygebesøg eller sygeordninger til skolebørn. Det har man ikke kunnet magte allerede under den gamle kommunalordning. Så det bliver spændende at se, om de kan magte det med de større kommuner, som der lægges op til. Det håber vi på, vi er optimistiske, men det må tiden jo vise.

Så alt i alt er vi glade for, at vi også har en diskussion om ulighed på sundhedsområdet, men som jeg startede med at sige, er den markante ulighed, der er steget i det danske samfund, altså ikke kun steget på sundhedsområdet, den er steget generelt. Det afspejler sig så på sundhedsområdet; sundhedsområdet er en parallel til den ulighed, der er sket generelt i det danske samfund. Men det er ikke sådan, at sundhedsområdet har skabt en større ulighed end den, der ellers er i samfundet.

Vi har ikke fået en større ulighed på sundhedsområdet, end vi har generelt i det danske samfund. Det er der i hvert fald ikke for mig at se noget der peger på i det materiale, jeg har læst. Så hvis vi vil gøre noget markant ved uligheden på sundhedsområdet, skal vi nok starte med at kigge på uligheden i det danske samfund. Det er i hvert fald der, de største resultater vil være at opnå.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg bliver nok lige nødt til at sige, jeg ved ikke, om det er at gå i rette med hr. Kamal Qureshi på det her punkt.

Jeg er fuldstændig enig i, at det generelle uddannelsesniveau selvfølgelig er vigtigt for, hvor-

dan det går med hensyn til ulighed i sundheden. Men det er jo ikke rigtigt, når SF's ordfører siger, at det her slet ikke handler om sundhed. Der er to områder, hvor man kan se en klar polarisering, det gælder rygning, og det gælder motion. De veluddannede opfører sig rigtigt og lægger cigaretterne på hylden og rører sig rigtig meget. I den anden ende går det helt anderledes. Så er det ikke sådan, at det er en lille smule forenklet at sige, at det slet ikke har noget med sundhedsområdet at gøre?

Kl. 19.00

Jeg mener også, at frit valg, som SF's ordfører før slog et slag for, har nogle sociale aspekter, som man vel også burde tage alvorligt, når man tilhører SF. Så er det ikke en lille smule forsimplet at sige, at det her slet ikke handler om sundhedsområdet og om, hvordan vi indretter vores sundhedsvæsen, men at det sådan set kun handler om at føre den rigtige uddannelsespolitik og vækstpolitik i det hele taget?

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Fru Charlotte Fischer må selvfølgelig gerne gå i rette med mig, det giver mig da lejlighed til at få forklaret det tilfælde, hvor der var andre end fru Charlotte Fischer, som hørte forkert.

Jeg er da helt indforstået med, at der på enkelte områder er sket en yderligere polarisering. Det er ikke nødvendigvis, fordi de dårligst stillede er begyndt at ryge meget mere, det er, fordi de bedre stillede er begyndt at ryge mindre.

Jeg er også godt klar over, at vi også på sundhedsområdet kan tage en masse tiltag. Det synes jeg også vi skal, og det vil jeg gerne understrege her, for jeg synes, at det er et fint oplæg, og at diskussionen i dag er yderst relevant at tage.

Min pointe er sådan set bare, at vi ikke kan tage sundhedsområdet isoleret og sige, at vi skal prøve at ordne uligheden på sundhedsområdet, og tro, at vi kan nå forførelig langt ad den vej, hvis ikke vi åbner vinduet og ser på, hvordan den sociale ulighed ser ud uden for huset, uden for sundhedsområdet, for det er reelt den sociale ulighed udenfor, som blæser ind igennem vinduet i sundhedsområdet.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu gjorde hr. Kamal Qureshi tidligere i debatten her meget ud af at pointere, at SF ikke gik ind for brugerbetaling. Derfor vil jeg gerne spørge hr. Kamal Qureshi, om han kunne komme med

nogle eksempler på, at Socialdemokratiet i denne sal har støttet brugerbetalingsforslag, at Socialdemokratiet nogen sinde har fremlagt forslag om øget brugerbetaling, eller at man ellers har set papirer på, at det er det, Socialdemokratiet ønsker.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Det er vel ikke min opgave at fremlægge Socialdemokratiets politik, men jeg gør det da gerne, når nu fru Lone Møller ikke har haft lejlighed til at komme op og fortælle om det. Mens jeg har siddet her i Folketingssalen, har jeg i hvert fald ikke været med til at debattere forslag, hvor Socialdemokratiet har lagt op til øget brugerbetaling eller øget brugerbetaling på enkeltområder. I detaljer må det vel være Socialdemokraterne, der må fremlægge deres politik, men jeg har i hvert fald ikke været ude for det.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Hr. Kamal Qureshi er jo meget optaget af det frie valg, og ingen af os kan vel være imod, at vi har valgmuligheder, det ønsker alle mennesker vel. Jeg vil gerne spørge, om ikke SF's ordfører kan være bekymret for, at det frie valg vil give endnu større ulighed i forbindelse med et offentligt sundhedsvæsen og et privat sundhedsvæsen.

Mig bekendt har amterne meget store problemer netop i disse timer med at få budgetterne til at hænge sammen, fordi de overhovedet ikke har nogen mulighed for at stoppe de penge, der bliver kanaliseret fra det offentlige sundhedsvæsen over i det private sygehusvæsen.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jo. Jeg vil sige, at årsagen til, at vi i sin tid ikke stemte for forslaget, men heller ikke stemte imod forslaget om frit valg-modellen, lige præcis var, at vi ønskede, at der skulle være en reel konkurrence imellem det, de private skal, og det, de offentlige skal.

I dag er situationen jo sådan, at de private hospitaler ikke bidrager til videreuddannelse, de bidrager ikke til efterbehandling, der er en lang række opgaver, som det offentlige bliver pålagt i forbindelse med behandlingen, som de private kan unddrage sig. Derfor betingede vi os jo, at hvis vi skulle støtte en model, så skulle der være en reel konkurrence mellem det offentlige og det

private, hvad der ikke er på nuværende tidspunkt.

I dag er det jo sådan, at de private får flere penge for den samme behandling, som det offentlige skal foretage for færre penge. Det er jo det, der er med til at skabe den skævvridning, som amterne piber over i forhandlingerne.

Kl. 19.05

Så hvis der var blevet skabt et reelt frit valg imellem det offentlige og det private på lige præmisser, så var vi oven i købet måske endt med at støtte det, fordi vi så har en helt klar forvisning om, at det offentlige vil være i stand til at konkurrere med det private.

Første næstformand (Svend Auken):

Så siger vi tak til hr. Kamal Qureshi og går videre i ordførerrækken. Den næste er fru Majbrit Berlau.

Majbrit Berlau (EL):

Det var jo helt fint at læse, at et borgerligt parti som Det Radikale Venstre faktisk har en intention om at bekæmpe uligheden i sundheden. Det var en positiv overraskelse at læse det forslag sådan i overskriftsform.

Jeg vil sige, at der er en masse fine hensigtserklæringer i det, der er også en masse fine ord i det om, hvad man gerne vil, men med hensyn til den konkrete udmøntning af det melder jeg lidt hus forbi. Det gør jeg primært på området for brugerbetaling, som jo også har været den hotte debat i dag.

Kommissionen skal – som der står – komme med anbefalinger til en bedre social og mere retfærdig indretning af brugerbetalingen i det danske sundhedsvæsen. Det er jo i sig selv en god hensigt, at vi skal have det, men brugerbetaling er der efter min bedste overbevisning kun én vej for, og det er ud af systemet. Jeg mener ikke, at vi skal cementere en politik de næste mange år fremover ved et stykke kommissionsarbejde om, hvordan vi bibeholder brugerbetaling, uagtet at den bliver bedre socialt set.

Jeg vil så ikke sige, at Enhedslisten ikke vil være med til konkrete forslag, hvor man reelt reducerer brugerbetalingen, for det er det, der er tale om. Hvis vi ønsker at intervenere i brugerbetalingsdebatten, så er det i forbindelse med, at man tager et konkret område og fjerner brugerbetalingen for en række folk. De folk, vi snakker om, er dem, der er lavindkomstgrupperne i Danmark.

Vi mener, at brugerbetaling på sundhedsområdet skal fjernes for førtidspensionister, pensionister, kontanthjælpsmodtagere, folk på SU, folk, der er i lavindkomstgrupperne. Det er den vej, vi går med hensyn til at intervenere i brugerbetalingen, og det er ikke et spørgsmål om, hvorvidt der er visse sygdomme, hvor man skal reducere den. Det er et spørgsmål om, at de, der ikke har særlig mange penge, ikke skal betale for at få en ordentlig sundhed.

Det skal de ikke, for vi ved, at når det er sådan, at en kontanthjælpsmodtager skal betale 5.000 kr., 10.000 kr., 15.000 kr., 20.000 kr., 30.000 kr. for at gå til tandlæge, så kommer vedkommende ikke af sted. Hvad er det så, der sker? Jo, så rådner tænderne ganske langsomt, og chancerne for at komme ud på arbejdsmarkedet og have det godt med sig selv som menneske forringes også dermed.

Derfor er der kun én vej for brugerbetalingen, det er ud, og det er en reducere af den for dem, der er i lavindkomstgrupperne, og ikke en omlægning af den, som der står her i forslaget.

Så vil jeg bare lige sige her til sidst, at når vi snakker om, at ligheden i sundhedssystemet skal styrkes, så er der flere måder, man skal kigge på det på. Der er uligheden, som hr. Kamal Qureshi rigtigt nok snakkede om. Når uligheden stiger i samfundet generelt, stiger uligheden også på sundhedsområdet. Men der er en række tiltag, vi kan gøre for at forebygge det.

Den stress, den forjæghed, som befolkningen i dag udsættes for på arbejdsmarkedet, som medfører en række stresssymptomer og deraf følgesygdomme, kunne man reducere ved at fordele arbejdet, ved at sikre, at de mennesker, der står uden for arbejdsmarkedet i dag, kommer i arbejde.

De mennesker, der står uden for arbejdsmarkedet i dag, er i høj grad udsat for en endnu højere grad af stress nogle gange. Det er som regel noget af det mest stressende at være arbejdsløs, og det medfører en række følgesygdomme. Det var nogle af de ting, som man kunne gøre for at iværksætte, at ligheden i sundheden blev større.

Så vil jeg sige, at der er en masse intentioner i det her beslutningsforslag, som jeg ellers også er enig i. Diskussionen om frit valg i sundhedssystemet er en helt reel debat at tage op.

Men som udgangspunkt kan vi altså ikke støtte det, som kommissionen har fået til opgave i det her beslutningsforslag. Det er den pind, der handler om brugerbetaling.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu har vi jo hørt på debatten i dag, at der er et stort flertal i dette Folketing, som mener, at det er helt rimeligt, at vi ligger i top i EU i forbindelse med egenbetaling pr. borger. Det vil sige, at der ingen realistiske muligheder her og nu er for overhovedet at få ændret på det.

KL 19.10

Mener fru Majbrit Berlau så, at det er bedre at lukke øjnene og se på, at uligheden og egenbetalingen stiger på området, end at gå ind og få lavet en analyse og ud fra den måske kunne tage en mere sundhedsfagligt begrundet frem for tilfældig brugerbetaling, hvor vi jo også hørte, at ministeren selv konstaterede, at det i dag var mere eller mindre tilfældigt? Er det Enhedslistens udspil, at vi så bare skal lukke øjnene og vente på, at der kommer en ny regering, eller skulle vi foretage en eller form for handling?

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Først og fremmest vil jeg jo med glæde se frem til den dag, vi får en ny regering. Det skal jeg ikke lægge skjul på.

Men jeg mener ikke, Enhedslisten lukker øjnene, når vi siger nej til, at der skal nedsættes en kommission, der skal kigge på, hvordan vi kan omlægge brugerbetalingssystemet i Danmark. Jeg mener, vi har en meget klar politik, til forskel fra da Socialdemokratiets ordfører stod heroppe og jeg stillede det konkrete spørgsmål om, hvordan man ønskede at indrette brugerbetalingssystemet fra Socialdemokratiets side. Der kunne ordføreren rent faktisk ikke svare på det.

Det er sådan i Enhedslisten, at vi ikke behøver at afvente et stykke kommissionsarbejde et helt år for at kunne tage stilling til, hvordan vi mener systemet skal indrettes. Vi har en meget klar holdning til, hvordan det skal indrettes.

Først og fremmest ønsker vi brugerbetalingen afskaffet i det danske sundhedsvæsen. Jeg mener, det er helt uacceptabelt, at vi i Danmark har den. Men dernæst, når vi ikke kan komme så langt, ønsker vi os bid for bid at skære os ind på den og sige, at lavindkomstgrupperne skal have reduceret brugerbetaling. Den skal helt væk for en række af dem. Det er den måde, vi ønsker at angribe det på. Jeg mener, at det er en forkert strategi at sylte det i en kommission, for at vi så kan få en anbefaling, som vi så skal leve med en række år.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg vil godt også spørge fru Majbrit Berlau, om hun er sikker på, at hun har helt tjek på, hvor der i dag i sundhedssystemet er brugerbetaling, og hvor der ikke er, og om det måske ikke var et godt udgangspunkt, at vi alle sammen vidste, hvad vi talte om, og hvor der var brugerbetaling, før vi begyndte at lægge os fast på, hvordan ydelsen skulle være.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Med hensyn til den der skolelærermand, fru Lone Møller er begyndt at anlægge med at krydsforhøre os i, hvor der findes brugerbetaling, tror jeg ikke, der er nogen ordfører, der vil lægge hovedet på blokken, hvad angår at nævne de præcise områder. Jeg kan sige det sådan, at det ikke skulle tage mig mange timer at gennemgå de enkelte områder, men jeg kan afsløre, at jeg i hovedoverskrifter ved, hvor betalingen ligger.

Ikke mindst med min baggrund som socialrådgiver har jeg jo været med til at sidde med folk, der har været på kontanthjælp, har været på pension osv., der ikke har haft mulighed for at gå til læge, fordi de har været ramt af en brugerbetaling på området.

Vi er ude i et fælles ærinde med hensyn til at fjerne brugerbetalingen fuldstændig, hvis det er det, Socialdemokraterne vil. Jeg havde bare meget svært ved at få det ud af ordføreren, da Socialdemokraternes ordfører stod heroppe, fordi hun faktisk ikke ville svare på, hvad det var for en plan, Socialdemokraterne havde for, hvordan de ønskede brugerbetalingssystemet indrettet i fremtiden.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nogle gange skal man altså gøre det, man har lyst til, og jeg har lyst til nu at spørge fru Majbrit Berlau: Hvad koster det at fjerne egenbetalingen for de grupper, som fru Majbrit Berlau nævnte? Det var SU-modtagere, det var førtidspensionister osv. osv. Har Enhedslisten regnet ud, hvad det vil koste?

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Muligvis, men her har jeg ingen anelse om det. Jeg vil meget gerne komme tilbage til spørgeren med et svar, men jeg kan afsløre så meget, at

muligvis har vi regnet på det, muligvis har vi ikke. Jeg vil tro, vi har gjort det i et finanslovforslag, netop fordi vi har haft det med i den del af det, men jeg har det ikke i hovedet på nuværende tidspunkt. Det kan jeg lige så godt afsløre.

Det, jeg synes er væsentligt at sige, er, at det i øjeblikket koster samfundet dyrt at opretholde brugerbetalingen for de grupper, der rent faktisk ikke har råd til at gå til tandlæge eller få diverse medicin, fordi det er for dyrt for dem. For det, der sker, når personer på kontanthjælp ikke har råd til at gå til tandlægen, ikke har råd til at afhente den medicin, de bør have, ikke har råd til at modtage den psykologbehandling, de bør have, er, at deres situation simpelt hen bare forværres, og det, det vil koste samfundet i sidste ende at udrede situationen er altså et stort beløb.

Derfor mener jeg i høj grad, at det at fjerne brugerbetalingen for de her grupper vil medføre, måske ikke at vi dækker alle udgifterne, men at staten i høj grad fritages for, at folk bliver sygere og sygere. Det er en meget økonomisk argumentation, men så synes jeg faktisk, der er en helt menneskelig vinkel, som jeg ikke kan være foruden, og som hører til det at være socialist, og det er et spørgsmål om livskvalitet. Det er simpelt hen et spørgsmål om, hvorvidt det er et acceptabelt princip, at der er brugerbetaling for de mennesker, der ikke har råd til at betale for det. Det kan ikke være rigtigt.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Helt fint. Jeg ville bare høre, hvad det kostede, når vi skulle tage de her initiativer. Det var jo meget rart at vide.

Så kunne jeg naturligvis godt tænke mig også at høre, hvem der skal betale. Er det de øvrige danske skatteborgere? Er det A.P. Møller? Er det nordsøolien, eller hvad er det?

Kl. 19.15

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Nu er det sådan, at når vi ønsker at finansiere noget, går A.P. Møller ikke helt fri, så det vil nok være meget rigtigt.

Hvis man tager Enhedslistens finanslovforslag, skal A.P. Møller stå lidt for skud, og nordsøolien skal også stå lidt for skud, men der er en række andre helt seriøse forslag til, hvordan vi henter penge ind i statskassen for at kunne finansiere en række af de områder, hvor vi mener

der skal sættes ind. Et af de områder er altså brugerbetalingen.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Vi kender jo Enhedslisten som et stærkt idealistisk parti – hvilket jeg synes er fint – der har mange sympatiske synspunkter, men som i den sidste ende også er lidt uden jordforbindelse, synes jeg nok.

Jeg forstår ikke helt det synspunkt, at en kommission notorisk er en syltekrukke. Brugerbetaling er faktisk et ret vanskeligt område, og det synes jeg egentlig godt man kunne anerkende.

Man kunne måske lige træde tilbage et øjeblik og spørge sig selv, hvad der er af muligheder, hvis man gerne vil ile de lavtlønnede til hjælp. Der er både den mulighed, at man vælger bestemte indkomstgrupper, SU-modtagere og andre, og den mulighed, at man gør det indkomstafhængigt, så folk, der har under en bestemt årlig indkomst, friholdes.

Jeg kunne godt tænke mig at vide, hvorfor det ikke er en mulighed. Hvorfor har man allerede forlibt sig i det andet? Er det, fordi man render rundt med en viden, som vi andre ikke har?

Jeg synes, at noget af det vigtige i et kommissionsarbejde ville være at indhente erfaringer fra andre lande om, hvordan de har indrettet sig med en måske mere retfærdig social profil.

Så jeg ville egentlig gerne spørge Enhedslistens ordfører: Er der ikke flere muligheder?

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Jeg startede med at sige, at jeg faktisk synes, at det her på mange måder er et sympatisk forslag, men der, hvor jeg synes kæden hopper af, er i spørgsmålet om brugerbetaling. Jeg har ikke behov for en kommission til at sætte sig ned og tænke over det, før jeg kan tage en beslutning. Enhedslisten står meget klart fast på den beslutning, at vi mener, at der ikke skal være brugerbetaling på sundhedsområdet. Det behøver vi ikke en kommission til. Det er en politisk holdning at have til tingene.

Det er også det, der gør forskellen for Socialdemokraterne. Vi ved godt, hvad vi vil på det her område, nemlig afskaffelse af brugerbetaling. Jeg tror, at forskellen til De Radikale er, at de måske ikke nødvendigvis er principielt imod brugerbetaling, og det mangler vi måske at høre den radikale ordfører sige heroppe.

At man har indført som en del af kommissionens arbejde, at den skal arbejde med brugerbetaling generelt, siger mig, at den så i sidste ende efter 1 år, hvis det her forslag blev vedtaget, ville komme med en plan for brugerbetalingssystemet, som måske ville eksistere i Danmark i 10-20-30 år frem i tiden. Det er ikke det, vi ønsker i Enhedslisten. Vi ønsker en reel afskaffelse. Vi ønsker ikke et nyt brugerbetalingssystem.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nu har De Radikale det med at tage afsæt i virkeligheden, og det er nok forskellen på os.

Der er brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen. Vi ønsker ikke at øge den, men vi tror, at den kan omlægges til noget bedre. Det er virkeligheden. Det er helt urealistisk at afskaffe brugerbetaling, når sundhedsudgifterne i øvrigt kommer til at eksplodere over de næste år.

Men jeg vil stadig godt fastholde fru Majbrit Berlau på, at hun faktisk sagde, at én ting er det idealistiske mål om helt at afskaffe brugerbetalingen, og det står Enhedslisten fuldstændig fast på, men at man også gerne vil gå ind i at snakke om at afvikle den bid for bid. Det, jeg spørger om, er: Hvordan kan man gå ind og snakke om bid for bid uden at have en analyse at bygge på?

Ville det være så forfærdeligt at blive klogere på, hvordan man har gjort i andre lande? Hvis vi nu indlader os på den pragmatiske tanke om, at man skal afvikle brugerbetaling bid for bid, er det rigtige så en indkomstafhængig grænse, eller er det grupper, der skal undtages? Jeg forstår simpelt hen ikke, at Enhedslistens ordfører er så blankt afvisende over for den idé om at kigge nærmere på sagen.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Det er ikke et spørgsmål om at være blankt afvisende. Det er et spørgsmål om at have en meget klar og fast holdning. Jeg behøver ikke kommissionsarbejdet til at fastlægge min strategi for, hvordan jeg synes vi skal afskaffe brugerbetalingssystemet i Danmark.

Jeg har sagt det flere gange, og jeg gør det igen: Målet er at afskaffe det, delmålene undervejs er bid for bid at få reduceret brugerbetalingen for de grupper i Danmark, som har den laveste indkomst. Det er der ikke nogen kommission der behøver fortælle mig. Det, der lægges op til, er, at den her kommission skal komme med et eller andet forslag, og det er der ikke be-

hov for efter min overbelysning. Det er måske forskellen på De Radikale og Enhedslisten.

Om man så fra De Radikales side vil sige, at vi er urealistiske og alt muligt andet, må man sådan set selv om. Jeg mener, at vi har en meget klar politisk holdning. Den bygger på nogle principper, og det synes jeg er helt fornuftigt. Det er forhåbentlig sådan, politik bliver til.

Kl. 19.20

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg har stor forståelse for, at fru Majbrit Berlau ikke kan huske tallene i Enhedslistens finanslovsforslag, men jeg går ud fra, at når ordføreren fra talerstolen siger, at vi skal afskaffe brugerbetaling for en stor del af den danske befolkning, så har man selv et konkret bud på, hvorfra de penge skal komme. Så jeg kunne godt tænke mig at høre et bud på, hvorfra Enhedslisten vil tage pengene for at få sin finanslov til at hænge sammen.

(Kort bemærkning).

Majbrit Berlau (EL):

Uha, hvis jeg først skulle i gang med vores finanslovsordførertale ...

I Enhedslisten har vi ikke bygget vores finanslov op sådan, at vi siger, at vi ønsker at tildele nogle ressourcer på sundhedsområdet ved at tage nogle andre penge fra sundhedsområdet.

Den er bygget sådan op, at vi mener, at der er en række økonomiske overskud ude i samfundet, som går statskassen forbi. Det gælder de rigeste i samfundet, der ikke er beskattet godt nok, nordsøolien, A.P. Møller og alt det andet, vi lidt underholdende har været igennem. Men det drejer sig om en række områder, hvor vi siger at vi i den sidste ende har en pose penge.

De penge ønsker vi så at brede ud på en række områder: sundhedsområdet, skoleområdet, forskningsområdet, indtægtsforbedring for dem, der får overførselsindkomster. Det er en række områder, hvor vi har fremsat forslag.

Så det er ikke sådan, at det er ét sted på sundhedsområdet, hvor noget skal stå for skud, for at vi kan få finansieret brugerbetalingen.

Første næstformand (Svend Auken):

Vi siger tak til ordføreren, og så går vi til ordføreren for forslagsstillerne. Det er fru Charlotte Fischer.

Charlotte Fischer (RV):

Mange tak for en lang og engageret debat. Det gik jo, som man nok kunne have forestillet sig, nemlig at den kom til at handle rigtig meget om brugerbetaling. Men det var nu heller ikke så skidt, for noget af det, vi synes mangler i den danske sundhedsdebat, er, at vi også indimellem tør tale om de ting, der er svære, og det er brugerbetaling jo helt sikkert.

Udgangspunktet for vores forslag er rent faktisk, at uligheden stiger, og det gør den både absolut set og relativt set, når det gælder sundhed. Det synes vi faktisk er en noget rystende kendsgerning, ikke mindst i betragtning af at velstanden og uddannelsesniveaue er stigende, og vi synes ikke bare, at vi skal affinde os med det.

På en eller måde er det sådan i debatten, at vi ligesom har affundet os lidt med det. Vi ved godt, at sundheden er skævt fordelt, at det slanke, sunde liv mest er for veluddannede, mens dem uden job eller uddannelse må affinde sig med at være mere sygdomsplagede, overvægtige og fysisk og psykisk nedslidte.

Det, der er så markant, er, at med det, vi ved, bliver det værre. Uligheden på sundhedsområdet øges. Kortuddannede mænd i Danmark har f.eks. oplevet stigende dødelighed, mens højtuddannede mænd og kvinder har oplevet en faldende dødelighed. En københavnsk mand med en lang, videregående uddannelse kan i dag forvente at leve næsten 7½ år længere end en københavnsk mand med bare folkeskoleeksamen bag sig. Det er faktisk et ret rystende tal: 7½ år. Ekspertene er ikke i tvivl om konklusionen, netop at uligheden er i kraftig vækst.

Læser man Københavns rapport om folkesundhed fra sidste år, kan man se, at det er med hensyn til rygning og motion, at polariseringen virkelig sker. Det fremgår også, at hjertesygdomme, depression, alkoholisme og selvmord er de sygdomme, der bidrager mest til uligheden.

Det er jo en viden, som man kunne vælge at bruge til noget. Uligheden er ikke kun noget, der rammer manden på bænken, narkomanen eller den sindslidende. Det gør den også, men der er tale om en systematisk sammenhæng mellem ringere uddannelse og indkomst. Jo ringere, desto dårligere helbred og kortere levealder. Den sammenhæng synes vi skal brydes. Vi ser et behov for at have et højere ambitionsniveau, hvilket sådan set er tanken og hele bevæggrundens bag ideen om en kommission.

Regeringen har foretaget sig mange ting, og det gjorde ministeren og regeringspartierne

ordførere meget ud af, men læser man regeringens folkesundhedsprogram, »Sund hele livet«, mangler faktisk den pointe, at den alvorligste udfordring er at bryde den overordnede sammenhæng mellem uddannelses- og indkomstniveau og sundhed og helbred. Her taler man om uligheden som noget, de marginaliserede først og fremmest mærker. For os er det en meget bredere og større udfordring.

Kl. 19.25

Den første udfordring, som også står i beslutningsforslaget, er at bryde sammenhængen mellem dårligt helbred og uddannelses- og indkomstniveau. Det handler om livsstil. Vi ved vældig godt, at mennesker med kortere eller ingen uddannelse og lav indkomst lever usundere end andre. De ryger mere, bevæger sig mindre og spiser dårligere.

Var man liberal – og det er jeg jo faktisk, synes jeg indimellem – kunne man selvfølgelig vælge at sige, at det må de selv om. Men når man også er socialliberal, handler det sådan set om at sige: Når det systematisk er sådan, at folk med dårligere vilkår faktisk lever på en usundere måde, så det koster dem leveår, er det jo ikke længere et frit valg for den enkelte. Så er det noget, der ligger i nogle vilkår, som vi skal gå ind og ændre på.

Derfor handler det her også om livsvilkår. Det handler om arbejdsmiljøet, som vi ved er helt afgørende for uligheden på sundhedsområdet. Det handler f.eks. om, at ufaglærte har markant flere arbejdsmiljøproblemer end højereuddannede.

Regeringen siger, og det har ministeren også gjort her i dag, at den allerede gør rigtig mange ting. Hvis man ser på det, screener hjemmesider osv., er der også meget: folkesundhedsprogrammer, handleplaner, inspirationskataloger, sundhedsmærker, oplysningskampagner, der er nedsat råd og styregrupper. Men når man går ind og læser teksten, er det påfaldende uforpligtende. Der er aldrig sat et bindende mål op for noget som helst. Finansieringen er ikke altid imponerende, og det hele svæver faktisk sådan lidt frit.

Man kunne spørge: Hvad er det blevet til alt sammen? Hvad har det egentlig nyttet i forhold til uligheden? Vi synes, at det hele er meget løst.

I folkesundhedsprogrammet loves der et samlet overblik over indsatsen med henblik på dens fremtidige tilrettelæggelse. Jeg ved ikke lige, hvor det er blevet af. Der loves en løbende opfølgning på indikatorprogrammet og årlige

afrapporteringer. Jeg har også haft svært ved at finde det.

Det understreger alt sammen, hvor enormt uforpligtende alt det er, der foregår i regeringen. Der er mange hensigtserklæringer, gode viljer, og også mange rigtige tanker om det ene og det andet, men ingen konkrete mål. Derfor er det måske også, at uligheden fortsætter med at vokse.

Regeringen henviser til kommunalreformen, og den skal rigtignok redde rigtig meget. Den skal redde hele forebyggelsen, den skal redde hele uligheden, og det står jo på en eller anden måde i grel kontrast til de par hundrede millioner kroner, kommunerne får at gøre godt med.

Vi synes dybest set, at det er uærligt over for befolkningen at bilde dem ind, at kommunerne vil kunne redde det hele, når der ingen penge er. Det er næsten tarveligt over for kommunerne, der står og skal leve op til de meget opskruede forventninger.

For os handler ulighed om mere end det, at der er sammenhæng mellem helbred og dårlige sociale kår. Det handler også om brugerbetaling, som vi har brugt rigtig meget tid på i dag. Det har jeg sådan set været glad for, for jeg synes, det er absurd, at alle kan være enige om, at den nuværende brugerbetaling i sundhedsvæsenet sådan set er historisk, ulogisk og skidt – det bliver alle enige om – men vi kan ikke tale om noget andet.

Det er, som om vi er landet på et sted, hvor vi godt nok ved at der er skidt, men vi tør ikke fortælle befolkningen det, og vi tør i hvert fald ikke begynde at undersøge, om det kunne være anderledes.

Der er ingen, som jeg hører det i dag, der vil have mere brugerbetaling i sundhedsvæsenet. Der er flere, der har peget på, at den allerede er ganske høj, og den holdning deler vi. Der er ikke noget, der taler for, at vi skal have mere brugerbetaling.

Vi har det, synes vi, mere beskedne ønske bare at gå ind og se på, om det er muligt at lave noget, der er bedre inden for de rammer, der er, og vi synes stadig, at der er utrolig mange rygmarvsreflekser, så man slet ikke kan gå ind og kigge på, om der er andre muligheder.

Det er jo tankevækkende, at vi ikke har nogen form for indkomstafhængig brugerbetaling i Danmark. Alle, rig som fattig, betaler nøjagtig det samme, når det gælder f.eks. tandbehandling. Det er faktisk en af de tankegange, Velfærdskommissionen var inde på. Det betyder

altså ikke, at jeg køber hele Velfærdskommissionens forslag, bare for at sige det præventivt.

Vi vil ikke have mere brugerbetaling i sundhedsvæsenet, men bedre. Vi har faktisk ikke facit – tænk engang, det har vi ikke – men vi synes i respekt for, hvor kompliceret det er, at det ville være godt at gå ind og analysere det og finde ud af, hvad andre lande har af erfaringer. Andre lande har faktisk indrettet sig anderledes, end vi har, og mit indtryk er generelt, at vi ved meget lidt om hvordan.

Kl. 19.30

Jeg synes, at vi har brug for at blive klogere, og at vi skal turde blive klogere, måske for at ende med noget, der ikke er voldsomt anderledes. Men det starter med, at man vil debatten.

I det omfang man går ind og kigger på en omlægning af brugerbetaling, synes vi, at der er tre meget vigtige mål. De er, at de syge får den gratis behandling, de har krav på, at den har et stærkt socialt sigte, og at den tilskynder til den bedst mulige brug af sundhedsvæsenet.

Til sidst vil jeg lige komme ind på det med frit valg, som også er et tema i vores beslutningsforslag.

Vi anerkender fuldt ud, at frit valg er kommet for at blive, det er en hjørnesten i sundhedsvæsenet. Når det er sagt, er vi nok uenige i, at man skal presse citronen yderligere og sætte frit valgfristen ned, men det rækker ikke ved, at vi synes, at frit valg er kommet for at blive.

Så er vores synspunkt, at det skal kvalificeres bedst muligt, vel vidende – og det anerkender regeringen jo også – at det fri valg givetvis kommer de ressourcestærke til gavn. Middellevetidsudvalget, der blev nedsat af SR-regeringen, skrev i sin rapport, at det frie sygehusvalg oftest benyttes af topledere og lønmodtagere på et højt niveau.

Regeringen skrev så sent som i august sidste år i sin publikation om frit valg, at de svageste borgere ofte har sværere ved at anvende deres valgmuligheder end andre brugere af frit valg. Man kan sige, at det ifølge sin natur lægger op til en skæv anvendelse.

Så det spørgsmål, man kan stille, er: Har vi rustet sundhedsvæsenet godt nok til at tage hånd om det? Er patientvejlederne gode til at håndtere det? Vi ved det ikke, og vi ved dybest set heller ikke, hvor stort problemet er. Der er jo forskel på, om det er et lille problem eller et stort problem, alt efter hvor alvorligt man tager det.

Men jeg forstår på regeringspartierne i dag og på ordførerne, at man helst ikke vil vide det: Vi ved det ikke, men vi skal heller ikke vide det. Og så fortsætter vi sådan set bare i blinde og håber på, at det, der foregår, er nogenlunde forsvarligt.

Vi har med beslutningsforslaget lagt op til den store model. Vi vidste godt, at det kan virke stort og forkromet, og nogle mener, at det er en syltekrukke. Det var bestemt ikke vores intention. Tværtimod, det skulle være afsættet for meget konkret handling.

Jeg synes, at det positive ville være, hvis man kunne tage elementer ud af den her debat og kigge på dem. Noget af det, jeg synes har været spændende i dag, er faktisk, at der har tegnet sig en enighed eller i hvert fald et bredt flertal for, at vi skal kigge på voksentandplejen og se, om det ikke er muligt at indrette den bedre. Og kunne der komme det ud af det, ville jeg egentlig være meget godt tilfreds.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg vil gerne spørge, om fru Charlotte Fischer kan bekræfte, at Det Radikale Venstre har stemt for den ordning, der er på tandplejeområdet i dag, og at Det Radikale Venstre også har stemt for medicintilskudsordningen. Jeg kan forstå, at det, det handler om, er omlægning af brugerbetalingen, så derfor vil jeg gerne høre:

Hvor er det, der skal omlægges, og hvad er det, der konkret skal omlægges til? For jeg går ud fra, at Det Radikale Venstre står fast på det, de har stemt for i sin tid.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nu fik jeg sagt før, at vi ikke havde facit. Det mente jeg sådan set alvorligt. Hele ideen med en kommission er sådan set, at man skal indhente viden og erfaringer. Vi kan godt lide at basere vores politiske løsninger på viden og erfaringer. Vi tror på, at man kan blive klogere.

Men når det er sagt, så synes jeg faktisk, at medicintilskudssystemet er et udmærket system, i hvert fald på den måde, at man retter de offentlige tilskud mod dem, der har størst behandlingsbehov. Socialt set kan der være problemer i det, men jeg vil stadig sige, at det er et bedre tilskudssystem end det, der foregår i voksentandplejen.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Det andet spørgsmål er helt konkret, om fru Charlotte Fischer vil have omlagt tandplejeområdet og tandbehandlingsområdet.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nu vil jeg nødigt virke brutal, men jeg vil bare gentage, at ideen for os, og det er sådan set ret vigtigt, er, at vi ikke har facit. Det kan godt virke mærkeligt i en verden, hvor man skal stå med klare svar på 3 sekunder, men jeg synes også, at man skal anerkende, at det her område er voldsomt kompliceret, og at debatten ikke ligefrem er tyngt af viden om, hvad der foregår uden for landets grænser.

Jeg synes indimellem godt, at vi måske kunne tage os lidt længere tid, blive det klogere, før vi kaster sig ud i noget, der er afgørende vigtigt for folk, når de skal betale for sundhedsydelse i hverdagen.

Kl. 19.35

Så jeg vil bare sige, at det ikke er sådan noget letsindigt noget, vi bare lige er kommet frem til. Det betyder noget for os, at den her debat bliver kvalificeret, hvis man skal lave brugerbetalingssystemet om.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg anerkender fuldt ud, at Det Radikale Venstre ikke står med en facitliste over, hvordan og hvorledes det her skal skrues sammen. Men ikke desto mindre står der i forslaget, at Det Radikale Venstre lægger op til en omlægning af brugerbetaling inden for sundhedsvæsenet.

Så vil jeg konkret spørge Det Radikale Venstre: Vil det sige, at man er klar til at indføre brugerbetaling på andre områder end der, hvor der er brugerbetaling i dag, dvs. på nye områder? For det må man jo være, hvis man er klar til en omlægning af det her.

Det kan jo ikke være så svært at svare ja eller nej til, altså om man er parat til at indføre det på andre områder end der, hvor vi ser brugerbetaling i dag.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Der er to måder, hvis man helt overordnet vil lægge om. Enten kan man gå ind for at reducere brugerbetaling på de eksisterende områder og indføre brugerbetaling på andre områder. Det er

én måde. Den anden måde er, at man på de områder, hvor der er brugerbetaling i dag, bl.a. på voksentandpleje, kan omlægge den isoleret uden at gå ind på andre områder.

Vi har ikke lagt os fast på nogen muligheder. Ideen er sådan set, at vi bruger kommissionen til at blive klogere og derpå lægger os fast.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Bare et opklarende spørgsmål, for der står netop her, at den samlede brugerbetaling ikke skal øges. Hvordan skal det forstås?

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det skal forstås sådan, at det er set helt samlet og overordnet: Hvor mange penge bruges der i dag? Eller: Hvor meget er finansieringen via brugerbetaling i dag? I en fremtidig verden skal vi ikke have mere finansiering via brugerbetaling, den skal være nogenlunde den samme.

Men det er klart, at for de enkelte borgere vil det være sådan, at nogle vil komme til at betale mere, og andre vil komme til at betale mindre. Sådan er det, hvis man går ind og piller ved brugerbetaling, det ligger altså i det. Alt andet ville være overjordisk, vil jeg sige.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg kunne tænke mig at spørge fru Charlotte Fischer om uligheden. Mener fru Charlotte Fischer, at geografien spiller ind her? For vi har naturligvis studeret forslaget, og ifølge mange af bemærkningerne er oplysningerne hentet omkring København. Vi ved godt, at København er et område, hvor der er mange lavindkomstgrupper, og mit spørgsmål skal derfor ses i det lys.

En anden ting: Kunne fru Charlotte Fischer tænke sig, at noget af den brugerbetaling, der måske skal omlægges, skal omlægges således, at man betaler for at gå til praktiserende læge og på skadestue?

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det med geografien synes jeg er et udmærket spørgsmål, det kan man sagtens stille.

Jeg vil sige, at det, jeg gjorde, var at tale med de eksperter, der er på området. Når jeg henviser meget til den københavnske rapport, er det simpelt hen, fordi det er den nyeste viden, der ligger. Man skal altså lede med lys og lygte for at

finde tilsvarende rapporter, der bl.a. tager hensyn til geografien. Men det kunne være interessant at dykke ned i, og det kunne en kommission bl.a. gøre.

Med hensyn til brugerbetaling og praktiserende læger vil jeg bare sige, at jeg står fuldstændig fast på, at vi ikke har lagt os fast på noget. Der er de to modeller, som jeg beskrev for den konservative ordfører. For os er det vigtigste at gå ind i det med åbent sind. Jeg synes virkelig, der mangler noget åbent sind i den her debat.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

De ting jeg nævnte, og som flere andre ordførere nævnte, handlede om kommunalreformen. Vi ved jo, at når det drejer sig om den del, der skal laves om, kommer kommunerne til at stå for 10-15 pct. af sygehusvæsenet, dvs. hovedsagelig rehabilitering, sundhedsfremme og forebyggelse.

Tror fru Charlotte Fischer ikke, at vi her vil se et klart fremskridt i forhold til den del af befolkningen, som måske ikke søger i hele området, som de socialt bedrestillede gør? Fru Charlotte Fischer siger: Lad os nu se her, det er slet ikke sikkert.

Vi har en stor forventning om, at der nu sker en hel masse på det her område, det tror vi på. Men er det ikke lidt tidligt at sige, at det skal manes i jorden, fordi der ikke vil komme til at ske noget alligevel, netop når de får det store ansvar for at behandle deres borgere ordentligt med forebyggelse osv., så vi ikke ser dem i det danske sygehusvæsen?

Kl. 19.40

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Vi har jo selv stemt for sundhedsloven, som overdrager det her ansvar til kommunerne. Det har vi gjort, fordi vi grundlæggende tror på, at det er en god idé, og at det vil komme forebyggelsen til gavn. Vores bekymring har hele tiden været finansieringen. Der er ikke særlig mange penge, og vi ved jo af historisk erfaring, at det er utrolig svært at skabe resultater inden for forebyggelsen uden penge.

Taler vi med kommunerne, er der stor frygt for, at man simpelt hen ikke vil være i stand til at indfri de forventninger, der er til at skabe noget, der virkelig batter, med den finansiering, der er. Det er det, vores bekymring går på.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg vil gerne spørge, om ikke fru Charlotte Fischer kan bekræfte, at man i Sverige, hvor man har brugerbetaling på både skadestuebesøg, lægebesøg og mange andre områder, som vi ikke har brugerbetaling på i Danmark, betaler mindre i egenbetaling pr. indbygger, end man gør i Danmark, hvor skattetrykket endda er væsentlig højere.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jo, jeg har også set den undersøgelse. Nu er jeg humanist, så det kan være, det er derfor, at jeg har meget respekt for det her med opgørelser og tal, og lige præcis inden for brugerbetalingen synes jeg også, at det meget handler om, hvordan man opgør de her tal.

Jeg har også set tal for brugerbetaling – de er godt nok nogle år gamle – der egentlig viser, at Danmark ligger sådan nogenlunde i midterfeltet, når det gælder egenbetaling, hvis man tager sådan mere snævert, hvad der er egenbetaling.

Men jeg er enig så langt, at forestillingen om, at vi næsten ingen brugerbetaling har her i landet, i hvert fald er forkert, for vi har temmelig meget.

Hermed sluttede forhandlingen, og forslaget overgik derefter til anden (sidste) behandling.

Afstemning

Første næstformand (Svend Auken):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (*Op-hold*). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

8) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 39:

Forslag til folketingsbeslutning om større patientsikkerhed.

Af Lise von Seelen (S) og Lone Møller (S).
(Fremsat 22/11 2005).

Forslaget sattes til forhandling.