

svært handicappede, til kommunal ejendom, således at det bliver en integreret del af det fremtidige fysioterapeutiske tilbud, nemlig at man kan give fysioterapien på det høje niveau, som man indtil nu har givet visse patienter det på det regionale niveau.

Samlet set tror jeg, at vi nu kan se frem til, at folk ikke får ødelagt deres helbred og deres fysiske muligheder endnu mere, fordi de ikke får deres fysioterapi. Det, der så er det fremadrettede, er jo, hvordan vi så kan sikre, at der er tilstrækkelig med ansatte. Vi ved jo på nuværende tidspunkt, at der generelt på genoptræningsområdet er problemer i kommunerne. Hvordan kan vi så sikre, at det her forslag også, når det bliver udmøntet, rent faktisk bliver til virkelighed?

Vi kan jo altid se frem til fremtidige udfordringer, men jeg har i hvert fald valgt i min politiske karriere at tage hver en sejr og skrabe den til mig og se, om vi kan løse fremtidens udfordringer, når de nu dukker op.

Tak for behandlingen og tak til ministeren for den velvillige indstilling til vores forslag. Jeg laver en beretning, således at alle, også i omverdenen, efterfølgende på nettet kan se, at det også lidt er vores skyld.

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

Afstemning

Formanden:

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

Den næste sag på dagsordenen var:

19) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 87:

Forslag til folketingsbeslutning om nedsættelse af et ekspertudvalg, der skal analysere brugerbetalingen på sundhedsområdet med henblik på en omlægning.

Af Charlotte Fischer (RV) m.fl.
(Fremsat 6/2 2007).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Nu vender diskussionen sig mod et forslag fra Det Radikale Venstre om nedsættelse af et ekspertudvalg, der skal analysere brugerbetalingen på sundhedsområdet med henblik på en omlægning af brugerbetalingen.

Det er jo ikke første gang, spørgsmålet om brugerbetaling for sundhedsydelser bliver behandlet her i Folketinget, senest var som bekendt i februar i år. Regeringens holdning til emnet har ikke ændret sig siden da. Vi ønsker at stå vagt om den frie, lige og gratis adgang til sygehusvæsenet. Vi kan godt bakke op om intentionen om at mindske den sociale ulighed og give alle danskere fri, lige og let adgang til sundhedsvæsenet. Det er sådan set udgangspunktet for den politik, vi fører på sundhedsområdet.

Det er jo velkendt, at der på en række områder i sundhedssektoren allerede i dag er egenbetaling, f.eks. for tandpleje og medicin. Derfor kan det jo ved første øjekast være vanskeligt ikke at støtte en omlægning, der tilgodeser de mest syge og mindsker den sociale ulighed.

Problemet er jo bare, at konsekvensen af dette forslag vil være, at det kommer til at koste penge at gå til egen læge, og det kommer til at koste penge at være indlagt på et dansk sygehus. Det kan jo ikke være anderledes, det kan i hvert fald vanskeligt være anderledes, når det vel at mærke skal være en omlægning, der ikke øger den samlede brugerbetaling på sundhedsområdet. Skal noget være billigere, skal noget andet koste mere; skal noget være billigere, skal noget andet, der i dag er gratis, koste penge. Det er ikke regeringens politik, at borgerne skal have penge op af lommen for at besøge deres læge eller for at komme på sygehus.

Kl. 13.50

Vi har jo det synspunkt, at danskerne allerede i dag betaler meget i skat og på det grundlag også har krav på et sundhedsvæsen af høj kvalitet, og det synes vi ikke borgerne skal betale to gange for. Det er derfor regeringens klare udgangspunkt, at brugerbetalingen ikke skal øges på sundhedsområdet, og at det er vigtigt at opretholde den gratis adgang til sygehusbehandling samt opretholde muligheden for gratis behandling hos egen læge og hos speciallæger i praksissektoren.

Vi synes, at alle borgere skal have den tryghed at vide, at vi har et sundhedsvæsen med fri,

lige og let adgang til behandling af høj kvalitet. Resultaterne gennem de seneste godt 5 år taler i den sammenhæng sit eget tydelige sprog. Vi har forbedret adgangen for danskerne til behandling af høj kvalitet. Der er sket markante reduktioner i ventetiderne til gavn for alle patienter.

Hvis de offentlige sygehuse ikke kan levere et tilbud inden for 2 måneder, kan patienterne ganske gratis vælge et privat tilbud, der er socialt afbalanceret – det er ikke som i tiden før os, hvor man skulle have tegnedrengen eller forsikringspolicerne i orden for at kunne vælge frit, nej, nu er der også fri, lige og gratis adgang til privat behandling, hvis det offentlige ikke kan levere behandling inden for 2 måneder. Det har over 100.000 danske patienter benyttet sig af, og fra den 1. oktober i år bliver det endda muligt at vælge et privat tilbud, hvis ventetiden i det offentlige overstiger 1 måned. Dermed styrkes alle patienters frie valg yderligere.

Så har regeringen jo gang i en kvalitetsreform, som vil sætte yderligere fokus på at udvikle kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Så vi er meget optaget af at afvikle den sociale ulighed og stå vagt om fri, lige og gratis adgang.

Så har jeg også selv tidligere tilkendegivet, at man selvfølgelig sagtens kan diskutere, om brugerbetaling på sundhedsområdet nu også er skruet sammen på den allerklogeste måde. Men altså, regeringen er ikke tilhænger af at øge niveauet for brugerbetaling, og vi har ingen planer om at indføre brugerbetaling på områder, hvor der ikke er brugerbetaling i dag.

Vi foretager løbende sundhedspolitiske vurderinger af, hvorvidt der er grundlag for at styrke bestemte områder ved at justere på de offentlige tilskud – vi har lige haft en diskussion om fysioterapi for et øjeblik siden – så der opnås mere sundhed for pengene, eller ved at sikre en mere hensigtsmæssig eller rimelig tilskudsordning på et givet felt. Det er vi åbne over for.

Men en stillingtagen til mere omfattende omlægninger skal basere sig på et oplyst og relevant beslutningsgrundlag. Lad mig give et eksempel på dette, nemlig medicinområdet. På baggrund af en betænkning om medicintilskud og rigtig anvendelse af lægemidler blev der i Folketinget indgået et forlig kaldet medicinaftalen. Denne ændring af tilskudsreglerne pr. 1. april 2005 indebar først og fremmest, at der blev indført et tilskudsprissystem, hvor tilskudsprisen, som lægges til grund for beregning af medicintilskuddet, fastsættes til prisen på det i Danmark billigste markedsførte synonyme læge-

middel. Det var et initiativ, der havde til formål at tilskynde læger og altså også patienter til at flytte forbruget fra de dyre til de billigste lægemidler, hvormed medicinudgifterne ville blive reduceret både for det offentlige og for patienterne selv.

I forlængelse af aftalen forventedes også et fald i sygesikringens udgifter til medicintilskud, men disse udgifter har været stigende siden foråret 2005. I forlængelse af økonomiaftalen med danske regioner for 2007 er der derfor nedsat en analysegruppe til at se nærmere på medicintilskudsområdet.

Lad mig tage et andet eksempel, tandlægeområdet. Som jeg allerede har oplyst Folketinget, har jeg igangsat et udredningsarbejde i ministeriet. Jeg har bedt om at få belyst mulighederne for at omlægge det offentlige tilskud til tandpleje, så det i højere grad kommer patienter med høje tandlægeudgifter til gode, f.eks. patienter med aggressiv paradentose.

Jeg nævner blot disse to eksempler for at understrege, at regeringen bestemte ikke er modstander af relevante udredninger om tilskudsordninger og brugerbetaling på sundhedsområdet samt eventuelle omlægninger heraf, men vi synes sådan set, at man skal gå målrettet til værks, og der skal jo være noget politisk vilje bag, når man gør det.

Det er jo det, der er et fravær af i den her sag. Det er jo ikke det, der er udgangspunktet for Det Radikale Venstres beslutningsforslag. Der er her tale om et forslag om en særdeles omfattende udredning sådan lidt ud i det blå, hvor man ikke på forhånd har politisk mod til at melde klart ud, hvilke reelle sundhedspolitiske prioriteringer der ligger bag, ligesom der ikke er blot skyggen af indikation af, hvilke grupper der i givet fald skal opleve forringelser.

Kl. 13.55

Det er regeringens opfattelse, at vi her står med så essentielle, vigtige sundhedspolitiske spørgsmål, at de ikke kan eller skal parkeres i ekspertudredninger. Det er sådan set politikernes opgave og politikernes ansvar at foretage disse prioriteringer. Sagt med andre ord: En i realiteternes verden reel og relevant udredning må som udgangspunkt basere sig på en klar politisk præmis om, at der konkret er grundlag for omfordeling. En udredning skal derfor have et klart fokus og et klart formål. Den foreslåede totaludredning bereder ikke vejen for ansvarlige sundhedspolitiske prioriteringer. Den kan i værste fald føre til bekymringer for tab af rettighe-

der eller til overbudspolitik, hvor man politisk alene er villig til at give mere. Derfor ser regeringen ikke noget som helst grundlag for at igangsætte det særdeles omfattende arbejde med et sådant ekspertudvalg.

På den baggrund kan regeringen ikke støtte beslutningsforslaget fra Det Radikale Venstre. Jeg vil dog gerne kvittere for interessen for at udvikle og sikre et dansk sundhedsvæsen i verdensklasse. Der er mange gode initiativer i gang, og i regi af kvalitetsreformen er regeringen kommet med yderligere forslag til, hvordan vi kan forbedre og fremtidssikre sundhedsvæsenet. At gøre et godt dansk sundhedsvæsen endnu bedre har været og er fortsat en af denne regerings primære målsætninger. Vi fastholder, at det er en indsats, der primært skal ske på baggrund af princippet om en fri, lige og gratis adgang til sygehusvæsenet, ligesom indsatsen skal gennemføres med udgangspunkt i klare udmeldinger til landets borgere om den førte politik, og jeg skal derfor på vegne af regeringen tilkendegive, at vi ikke kan støtte beslutningsforslaget.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg er på mange måder ikke overrasket. Ministeren lægger sig jo i en lang og sej tradition for politikere, der savner mod på det her område, for man kan åbenbart godt gå rundt som minister og sige ting åbent, uden at man synes, man skal gøre noget ved det efterfølgende; og ministeren har endda gjort det meget åbent, for det sagde han den 17. november sidste år, nemlig at vi har et brugerbetalingssystem i Danmark, som er uintelligent, det er dårligt.

Det eksempel, ministeren brugte i november, var jo, hvor ulogisk det er, at man kan få tilskud til et høreapparat, men man kan ikke få tilskud til briller. Det giver jo ikke nogen mening. Det tror jeg alle er enige i. Jeg begriber ikke, hvordan man som minister kan gå ud at sige, at vi står med et uintelligent brugerbetalingssystem i Danmark, og at man så lever videre med det. Det er jo realiteten, at man affinder sig med, at danskerne skal leve med et uintelligent system, og det må de så bare fortsætte med, fordi der ikke er nogen politikere, der tør blot bede nogle eksperter om at sætte sig ned og kigge på det.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det er ikke et spørgsmål om bare at bede nogle eksperter om det, for vi kan ikke deponere vores politiske handlekraft hos nogen eksperter. Derfor bør det jo være sådan, at hvis man vil bede nogle eksperter om at se på det her, må det jo basere sig på, at der forudgående er en politisk vilje til at agere på de meldinger, der eventuelt måtte komme tilbage.

Den vilje kan jeg ikke få øje på. Jeg vedstår fuldt ud, at jeg har sagt – og det mener jeg også – at hvis vi skulle opfinde hele det danske samfund forfra, så ville vi formentlig have indrettet os anderledes; det gælder på det her område som på en lang række områder. Det har jo noget at gøre med, hvornår teknologispringene har været der, hvornår f.eks. briller er opfundet i forhold til høreapparater. Der er en lang række, kan man sige, historisk betingede beslutninger, der ligger til grund for, at vi indretter os på den måde, vi gør. Skal vi så indrette os om? Ja, det skal vi. Det gør vi hver dag. Hver dag justerer vi på indretningen af vores sundhedsvæsen. Vi har noget, som vi prioriterer, og det er at få skabt mere kvalitet i sundhedssektoren, og det er at få mere kvantitet ind i sundhedssektoren, få flere behandlet, få ventelisterne ned.

Har vi så brug for en stor debat om det her tema? Nej, det har vi ikke, fordi den baserer sig på det rene kviksand. Forudsætningen for at tage en debat om at reducere brugerbetaling på visse givne områder er jo, at der samtidig er en politisk parathed til at hæve den på andre. Den parathed er der ikke, og derfor er det her waste of time.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er jo fint, at man siger, at på den ene side har vi et dødsdygt, uintelligent brugerbetalingssystem, men på den anden side har vi ikke nogen vilje til at ændre ved det. Det synes jeg ærlig talt er en falliterklæring ud over det sædvanlige, og folk, der sidder og hører med, må da korse sig. Altså, vælger de ikke politikere ind for at prøve at kigge tingene efter i sømmene? Og hvis vi synes noget er uintelligent, så forventer de velsagtens, at vi også mobiliserer bare en anelse handlekraft og prøver at gøre noget ved tingene.

Nu har ministeren så nedsat et udvalg på voksentandplejeområdet, og man vil lave en isoleret omlægning på voksentandplejen, hvor man

vil tilgodese de patienter med størst udgifter. Det er sådan set meget fornuftigt, men så gør man ondt værre, for hvordan kan man lave den omrokering, uden at det betyder, at alle vi andre, der i forvejen har tårnhøj egenbetaling – det er lige præcis problemet på tandplejeområdet – kommer til at betale endnu mere? Hvordan kan ministeren lave en omrokering, der kommer patienter med aggressiv paradentose til gavn, uden at resten af befolkningen kommer til at betale mere i egenbetaling, hvor de i forvejen betaler en tårnhøj egenbetaling?

Kl. 14.00

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Den her regering har masser af handlekraft. Vi har lavet danmarkshistoriens største sundhedsreform, forvandet hele den måde, vi har indrettet det danske sygehusvæsen på, lavet nye bevillingssystemer, der sikrer, at ressourcerne følger patienten rundt, givet et sæt patientrettigheder, der for 6 år siden stod som noget, der var så stærk en ideologisk blokade imod, at de alene skulle forbeholdes de mennesker, der virkelig havde tegnedrengen i orden. Vi har masser af handlemod. Det er også derfor, at dansk sundhedsvæsen på alle fronter i dag er i en bedre dagsform, end det var, da vi overtog det.

Betyder det så, at vi skal handle i forhold til alle de punkter, hvor man kan sige, at vi summer fortidige historiske beslutninger op på en måde, som, hvis vi havde taget det hele i et fremadrettet perspektiv, måske ville se anderledes ud? Nej, det gør det ikke, og hvem skulle vi i øvrigt gøre det med? For det, jeg står her og går i rette med, er jo forsøget på at parkere sine politiske holdninger i et ekspertudvalg.

Det, der gemmer sig bag det her, er et ønske om at indføre brugerbetaling for lægebesøg og brugerbetaling for sygehusindlæggelser. Det er jo det, det handler om, for hvis man ikke har den politiske vilje, giver det her ikke nogen mening, og så skal man da sige det ærligt. Så må vi da få testet, om der er et flertal i Folketinget, der synes, at det skal koste penge at gå til læge eller blive indlagt på sygehus.

Regeringen er ikke en del af det flertal.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg vil godt spørge indenrigs- og sundhedsministeren, om jeg skal forstå det, han siger, på den

måde, at det eneste område, hvor han kan forestille sig, at der i de kommende år skal være øget betaling, er på den almindelige tandlægebehandling. For det er ligesom konsekvensen af det, indenrigs- og sundhedsministeren har sagt indtil nu.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Vi har iværksat et internt udredningsarbejde for at se på, hvad det er for en profil, der er på de offentlige tilskud på tandområdet, og hvad det giver anledning til, for at få et beslutningsgrundlag, og når vi har det, tager vi stilling i den sag. Er der basis for, at vi stiller på nogle stilleskruer, i den måde vi har indrettet tandlægesektoren på, så vi fremmer en mere rigtig sundhedspolitisk profil på tandområdet? Om det kan lade sig gøre, ved jeg ikke. Det må vi vurdere, når udredningsarbejdet er overstået.

Men hr. Per Clausen må da medgive – jeg glæder mig da til at høre om Enhedslistens syn på den her sag – at hvis man har det synspunkt, at man ønsker at fordele brugerbetalingen, som i det danske system primært falder på medicin og tandpleje, bredere, og man ønsker at gøre det provenuneutralt, sådan som det ligger i forslaget fra Det Radikale Venstre, så kan det logisk set kun føre til, at områder, der i dag er undtaget brugerbetaling, pålægges brugerbetaling. Ellers kan regnestykket jo ikke gå op, så meget matematik kan jeg da fra mine barnsben af. Derfor kan vi lige så godt en gang for alle få taget politisk stilling til, om der er en vilje til at indføre brugerbetaling for lægebesøg og sygehusindlæggelser. For er der ikke det, er det simpelt hen spildt arbejde at sætte sådan et ekspertudvalg i gang.

Men hvis Enhedslisten – så er det lidt imod min forventning – støtter et synspunkt om, at det skal koste penge at gå til læge, så er det interessant at få det frem i debatten.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Nej, jeg tror, jeg kan love indenrigs- og sundhedsministeren, at lige præcis den overraskelse får han ikke i dag.

Men det, som er interessant her, er jo, hvad indenrigs- og sundhedsministeren mener. Først siger han, at vi ikke vil indføre brugerbetaling på områder, hvor der ikke er brugerbetaling i dag, at vi ikke vil øge brugerbetalingen, men så

er konklusionen alligevel på tandbehandlingsområdet, at der vil indenrigs- og sundhedsministeren gerne undersøge, om det vil være hensigtsmæssigt at øge brugerbetalingen på afgrænsede områder.

Det er bare for at få gjort det helt klart, at indenrigs- og sundhedsministeren har truffet en politisk afgørelse om, at han lige præcis på tandbehandlingsområdet er villig til at støtte øget brugerbetaling.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg har ikke truffet nogen politisk beslutning her. Jeg konstaterer, at jeg træder ind i dansk sundhedspolitik på et tidspunkt, hvor der er truffet en lang række historiske beslutninger, der betyder, at vi har en kultur og en tradition for brugerbetaling på tandområdet. Det har vi, og den bør man selvfølgelig kunne diskutere indretningen af. Ligeledes har vi en lang historisk bestemt tradition for, at vi har brugerbetaling på medicinområdet. Og det, vi gjorde for år tilbage, var at gå ind på medicinområdet og spørge: Kan man indrette den brugerbetaling på en anderledes måde, så det kommer folkesundheden, samfundsøkonomien og i øvrigt også patienternes økonomi til gode? Ja, det kunne man godt ved f.eks. at træffe nye beslutninger om, hvad det er, der er bærer af det tilskud, patienten får.

Det er jo den samme øvelse, vi nu har i gang på tandområdet. Om det ender i noget, der kan bruges til noget realpolitisk, tør jeg simpelt hen ikke sige noget om endnu, for jeg kender ikke den udredning. Det er et spørgsmål, vi må vende tilbage til, når den er overstået.

Kl. 14.05

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Nu må jeg faktisk sige, at i forhold til omlægning af medicinområdet husker jeg faktisk ikke, om det nødvendigvis var omkostningsneutral. Jeg er faktisk lige ved at tro, at staten sparede penge på omlægningen, og at pengene så gik ned til de samlede statsfinanser. Men det kan ministeren nok huske bedre, end jeg kan.

Ministeren var inde på, at der var en masse historiske årsager til, at der var indført brugerbetaling på briller, men ikke på høreapparater og andet. Kunne man forestille sig, at der blev lavet en undersøgelse af, om det er sundheds-

fagligt smart, altså en sundhedsfaglig vurdering af, hvor man kan have brugerbetaling, og hvor det ikke er så smart at have brugerbetaling?

Tag f.eks. adgangen til psykolog, der har det jo været fremme talrige gange, at vi har mange mennesker i Danmark, som døjer med depressioner, og at mange også mener, at det er et problem, at man skal betale rigtig mange penge for at komme til psykolog, medmindre der er sket en eller anden akut forværring af ens tilstand. Kunne man forestille sig, at man begyndte at kigge på nogle sundhedsmæssige vurderinger af, hvor brugerbetaling er smart at have og ikke smart at have?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Der er nok grundlæggende ikke nogen tvivl om, at det, der er mest sundhedsfremmende, er, at vi skaber så let og lige og fri adgang til relevante sundhedstilbud som overhovedet muligt. Det er også det, der er baggrunden for – jeg har sagt det før – min bekymring i forhold til f.eks. en række mennesker med alvorlige tandlidelser, hvor det er forbundet med ret stor egenbetaling. Det så jeg gerne lavet om.

Der er to muligheder for at gøre det. Den ene mulighed er at finde frie ressourcer til det, og der har jeg helt åbent sagt, at med det stadie, vi overtog dansk sundhedsvæsen i, gav vi det første prioritet at få behandlet nogle flere patienter frem for at gøre det billigere at behandle de patienter, som blev behandlet – billigere for patienten selv. Det kunne jo være en vej at gå. Sådan har vi hen ad vejen og ved forskellige finanslove udvidet de tilbud, hvor vi giver tilskud.

Den anden vej at gå er selvfølgelig at lave omlægninger. Og der må jeg bare igen sige, at hvis det skal give mening, skal der jo være en politisk parathed til at øge brugerbetalingen eller indføre brugerbetaling på nye områder. Den parathed er der ikke, for regeringen har ikke det synspunkt, at det skal koste penge at gå til læge eller indlægges på sygehus. Det kan være, at Socialdemokratiet har det. Og har man det synspunkt, så giver den her øvelse selvfølgelig god mening.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Men den lette og lige adgang til sundhedsvæsenet har jo alligevel en tendens til at være gradbojet, hvis vi skal være helt ærlige. Jeg ved, at Venstres holdning f.eks. er, at man aldrig skal have

fuldstændig gratis adgang til f.eks. medicin, for det har vi behandlet forslag om fra Enhedslisten side, hvor Venstre og andre partier sagde: Nogle gange kan det godt være fornuftigt at have nogle økonomiske incitamenter på dele af sundhedsområdet, der gør, at alle mennesker ikke løber hen, hver gang der er en mindre skavank, og får gratis medicin, f.eks. også til børn. Så der er jo områder, hvor Venstre er villig til at diskutere økonomiske incitamenter også i forhold til brugerbetaling.

Ville det så ikke bare være smart, at der også var en eller anden form for sundhedsfaglig vurdering i det, altså at man gik ind og kiggede på netop de her historisk betingede områder og sagde: Nu kigger vi på de historisk betingede områder, og så ser vi på, om der også er en sundhedsfaglig god grund til, at vi her opretholder brugerbetaling? Så kan det da godt være, at vi i sidste ende må ud og diskutere finansloven eller andet for at se, om der skal flere penge på bordet, eller om der er andre steder, det skal omlægges.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det kan godt være, at fru Sophie Hæstorp Andersen har det behov. Jeg har ikke det behov. Jeg har ikke behov for at få nogle eksperter og deres ord for at kunne tage stilling til, om det skal koste noget at gå til lægen, eller om det skal koste noget at blive indlagt på sygehuset. Det har jeg ikke. Det har vi politisk taget stilling til i regeringen. Det ønsker vi ikke det skal gøre.

Jeg hører jo fru Sophie Hæstorp Andersens spørgsmål på den måde, at det i virkeligheden skaber en slags usikkerhed om, hvor Socialdemokratiet er henne i den debat, og det må patienterne så tage pejling af. Regeringen ønsker ikke, at der skal være brugerbetaling på lægebesøg og sygehusbesøg.

Når vi ikke ønsker det, så giver det ingen mening i en stor øvelse at bede nogle eksperter overveje, hvad man andre steder kunne bruge provenu og brugerbetaling til, der blev hentet fra, at folk betalte penge for at gå til lægen eller penge for at blive indlagt på sygehuset. Det ville være en ren akademisk studiekredsøvelse. Den kunne man selvfølgelig godt kaste sig ud, hvis man ikke havde noget andet at bruge sin tid eller andres tid på. Det har vi, for vi synes sådan set, at det på mange andre strækninger af sundhedsvæsenet giver god mening også at inddrage

eksperter og lytte til deres råd, fordi vi har vilje til at handle på det politisk. Det har vi ikke her, for vi har ikke noget ønske om, at det skal koste penge at gå til læge eller blive indlagt på sygehus.

Kl. 14.10

Formanden:

Så er det fru Karen J. Klint, der har en kort bemærkning til ministeren.

(Kort bemærkning).

Karen J. Klint (S):

Det har vi sådan set heller ikke, men en gang imellem kan det være meget godt at lytte til andre, hvis de kan se nogle nye varianter i den måde, man har skruet verden sammen på.

Men jeg kan da godt forstå, at indenrigs- og sundhedsministeren har lidt vanskeligheder og siger: Hvor mange ekspertgrupper skal vi have nedsat? For vi har før haft en kommunalreform og en sundhedsekspertergruppe, der pegede på nogle ting og skrev nogle ret tykke rapporter, uden at ministeren sådan rigtig havde behov for at lytte til dem bagefter. Så der kan man da godt sige, at der var noget spildt arbejde. Derfor kan det være omsonst at nedsætte en gruppe med nogle eksperter, hvis man på forhånd er imod at lytte til eksperter. Men en gang imellem kan det jo være godt at lytte til eksperter.

Nu ved jeg ikke, om ministeren er ekspert i ventelister, men jeg blev lidt forundret over, at ventelistedebatten kom så meget ind i ministerens indlæg, inden ministeren endte med at sige, at han ikke kunne stemme for forslaget. Så det, jeg ville spørge om, er: Er det at gå fra 2 måneders ventetid til 1 måneders ventetid fuldstændig omkostningsneutral, eller er der en risiko for, at de patienter, der kun kan komme til det offentlige, får en lavere grad af kvalitet, fordi pengene også skal bruges til dem, der nu ikke skal vente 2 måneder, men kun 1 måned?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Den her regering har jo vilje til at sætte penge bag vores initiativer på sundhedsområdet. Vi har vurderet, hvilke økonomiske effekter der er ved at give patienterne bedre rettigheder pr. 1. oktober. Vi har lavet en aftale med regionerne, som gør, at der kommer mere rummelighed i sundhedsøkonomien i år. Vi har ikke lavet nogen ny aftale for 2008 endnu, men det ville over-

raske mig meget, om ikke også den ender med, at der kommer ekstra økonomi til sundhedsområdet næste år. Så der er sådan set penge bag.

Jeg ved godt, at Socialdemokratiet er imod at give patienterne de her ekstra rettigheder – jamen det er jo fair nok – men jeg har det synspunkt, at vi skal indrette sundhedsvæsenet af hensyn til patienterne, og at den enkelte patient ikke skal tåle at stå på venteliste helt unødigt. Hvis man har en sygdom, der kan behandles, og der et sted i samfundet er kapacitet til det, så synes jeg, at patienten skal have den valgfrihed.

Det synes Socialdemokratiet ikke. Det er ikke så overraskende, for da vi lavede det første frie valg, var Socialdemokratiet også oprindeligt imod, fordi man syntes, at det var vigtigere at bekæmpe privathospitaler end ventelister, men den dogmatik er den her regering ikke drevet af. Vi ønsker at sætte patienten først. Og så ved vi godt, at det også kan koste nogle penge, og dem har vi også været parat til at sætte af.

(Kort bemærkning).

Karen J. Klint (S):

Jeg har ikke noget udestående med privathospitaler. Jeg kommer fra en by, hvor vi har et meget velrenommeret privathospital – jeg sidder faktisk i bestyrelsen for et andet, Vejle Fjord – så jeg har det ganske o.k. med, at de forholder sig til de patientgrupper, de er gode til.

Det er netop det, der er pointen i mit spørgsmål. Når man udvider det frie valg til nogle patienter, der kan gå begge steder, har vi så ressourcer nok, jeg tænker ikke kun på kroner og øre? Har vi ressourcer nok, også menneskelige? Har vi læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter nok til, at det så ikke går ud over de patienter, der kun kan komme hos det offentlige, nemlig langtidspatienterne, langtidsmedicinske patienter og de psykiatriske afdelinger, der også er fokus på i øjeblikket? Har vi sikkerhed nok for, at vi har ressourcer nok på personalessiden og ikke kun på pengepungensiden?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Man kan også vende det om og sige: Er det rimeligt, at vi har et samfund, hvor de, der har tegnebogen i orden eller forsikringspolicerne i orden, har en lettere og bedre adgang til sygdomsbehandling end ganske almindelige mennesker?

Når fru Karen J. Klint siger, at privathospitalerne skal behandle de patientgrupper, de er bedst til eller gode til, må man jo sige, at indtil november 2001 var den patientgruppe, privathospitalerne var bedst til, dem, der havde kassen i orden eller havde en forsikringspolice. Den ganske almindelige lønmodtager, der var ved at blive presset ud af arbejdsmarkedet, fordi han havde brug for at få en hofteoperation, var privathospitalerne ikke god til, fordi han og hans patientgruppe ikke kunne betale selv. Det er jo derfor, at vi har skabt det frie valg, også båret af social indignation og for at skabe mere social retfærdighed. Den sociale retfærdighed øges da, når vi til efteråret udvider den her ordning fra 2 til 1 måned.

Jeg er ikke bekymret over det, for de argumenter, man kan anføre imod det, om, hvor lægerne skal komme fra, hvor sygeplejerskerne skal komme fra, hvor pengene skal komme fra, var jo også de argumenter, vi hørte, da vi lavede 2-måneders-reglen. Men hvad skete der? 2-måneders-reglen betød jo, at ud over, at der er 100.000 patienter, der nu er blevet behandlet konkret og har haft glæde af det, har vi samtidig oplevet, at det har skabt et positivt udviklingspres på det offentlige danske sundhedsvæsen, der har gjort, at vi aldrig nogen sinde før har behandlet så mange ekstra patienter, som vi nu gør.

Kl. 14.15

Formanden:

Tak til indenrigs- og sundhedsministeren. Så er det fru Birgitte Josefsen som ordfører.

Birgitte Josefsen (V):

Et velfungerende sundhedsvæsen er vigtigt for et godt liv for hver og en af os, og derfor har Venstre altid været optaget af at skabe rammerne for, at det danske sundhedsvæsen kan udvikles, så der kan tilbydes bedre og bedre service og bedre og bedre behandling i forhold til hver enkelt borger. Derfor er det faktisk også med stolthed, at vi som parti har kunnet bakke op om regeringens styrkede indsats på sundhedsområdet nu igennem en række år.

Før 2001 måtte borgerne finde sig i at stå på lange ventelister med lange ventetider for at blive behandlet. Rigtig mange borgere måtte sige farvel til gode job, da deres sygdom gjorde dem uarbejdsdygtige og udsigten til at komme i behandling for flere lå langt ude i fremtiden. Ønskede den enkelte så at gå uden om det offentli-

ge for at blive behandlet og for eventuelt at kunne bevare sit arbejdsforhold, betød det, at det kun var dem, der havde penge på lommen, der kunne benytte sig af den ordning.

Den tid er heldigvis forbi. Nu er der lige muligheder og lige rettigheder for alle. Det er her i Danmark gratis at gå til læge, det er gratis at gå til speciallæge, det er gratis at blive behandlet på et sygehus, og kan ydelsen på det offentlige sygehus ikke leveres inden for 2 måneder, så kan man gå andre steder hen, uanset om man har kroner eller ikke. Det er en klar serviceforbedring for alle danske borgere, der bliver ramt af sygdom.

Jeg synes, at sundhedsvæsenet i den grad er til for borgerne. Derfor skal der være gennemsigthed, der skal være sammenhæng i tilbuddene, der skal være ensartede behandlinger, og der skal være behandlinger, der giver muligheder for alle. Samtidig skal borgerne kunne følge med i, hvad det er for tilbud, vi kan give.

Dertil har vi som politisk valgte et ansvar for at prioritere ressourcerne på behandlingsområdet inden for det offentlige, så alle kan få en god behandling og også en bedre behandling måske fremadrettet. Derfor er vi kontinuerligt optaget af at arbejde med at gear sundhedssektoren til fremtidens udfordringer. Vi er ligeledes optaget af at sikre, at alle borgere har muligheder for at få hjælp, når de har hjælp behov.

Vi ser derfor frem til, at det analysearbejde, som er sat i gang på to områder, som ministeren var inde på, nemlig analysearbejdet omkring tandbehandling og også analysearbejdet omkring medicintilskudsordningen bliver tilvejebragt og ser dagens lys, da det eventuelt kan danne baggrund for en drøftelse af, om disse tilbud nu er tilpasset tidens behov.

Det er politikerne, der har ansvaret for at udstikke kursen for de sundhedspolitiske tiltag i Danmark, og det er en opgave, som vi synes vi skal tage på os. Derfor vil vi gerne være garanter for, at det er os som politikere, der prioriterer og skaber både rammer og bedre indhold i sundhedssektoren, og det synes vi er vores opgave som valgt til dette Folketing. Derfor synes vi ikke, at det skal være eksperterne, der tager sig af den del af opgaven.

Så vi kan ikke støtte forslaget, der ligger fra Det Radikale Venstre her i dag.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Venstres ordfører talte rigtig meget om andre ting end lige præcis det, som det her beslutningsforslag handler om, nemlig brugerbetaling. Hun talte om alle ambitionerne om et godt sundhedsvæsen osv. Dem deler vi jo alle sammen. Jeg synes, det er vigtigt, at vi prøver at koncentrere os om opgaven, som er at tale om brugerbetaling.

Det er jo, som om vi bilder befolkningen ind, at der næsten ikke er brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen. Der er 19 mia. kr. i brugerbetaling. Det er i hvert fald en femtedel af udgifterne på sundhedsområdet, og det er jo vigtigt, hvordan vi indregner dem.

Venstres ordfører siger, at vi ikke skal skubbe eksperterne foran. Nej, det synes jeg heller ikke, men det kunne jo være, at et af problemerne på det her område er, at vi ikke ved ret meget om, hvordan det reelt fungerer, og hvilke erfaringer andre lande har; hvordan det system, vi har i dag, rammer socialt.

Kl. 14.20

Jeg vil godt spørge Venstres ordfører, om hun kan huske, hvornår der sidst er blevet lavet en analyse af brugerbetalingssystemet i Danmark.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg kan svare, at det kan jeg ikke huske noget om. Jeg står ikke med nogen datoer her på talerstolen, så det kan jeg ikke svare på.

Men når fru Charlotte Fischer siger, at jeg snakker om alt muligt andet end det, der er i De Radikales beslutningsforslag, så skyldes det ganske enkelt, at det beslutningsforslag, der ligger fra De Radikale i dag, er meget ukonkret. Derfor er det meget svært at spore sig ind på, hvad De Radikale faktisk vil.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det, det handler om her i dag, er jo, om vi politikere kan blive enige om, at der er et problem. Ordførerens egen minister har været ude og sige i november sidste år: Ja, der er et problem, vi står med et uintelligent system. Så skulle man jo tro, at det, når man først havde sagt det, ligesom lagde op til, at man også gjorde noget ved det. Men sådan er det åbenbart ikke i Venstre. Derfor vil jeg også gerne spørge Venstres ordfører: Synes man, at det system, der er i dag, er intelligent og godt, så godt, som det kan blive, siden

man ikke føler den mindste trang til at gå i dybden med det?

Jeg kan godt forstå, at Venstres ordfører ikke kan komme i tanker om, hvornår der sidst er lavet en analyse, for det er der ikke i mands minde. For alle andre politikere, der er gået forud for Venstre, har haft det på samme måde. De har sagt: Sikke et dårligt system, men vi tør ikke gøre noget ved det. Og så er det blevet, som det er.

Jeg vil bare spørge ordføreren, om hun synes, at det er et særlig godt system, vi har i dag, siden der ikke skal gøres noget ved det.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Hvis vi kigger på det danske sundhedsvæsen, kan vi jo sige, at det ikke er så dårligt endda. Men alt kan altid blive bedre. Derfor er vi altid i Venstre optaget af at gøre tingene bedre, også inden for den ramme i sundhedsvæsenet, der betyder, at der er brugerbetaling for borgerne.

Derfor vil vi gerne se det analysearbejde, der ligger i ministeriet, på to helt konkrete områder. Men det er jo ikke sikkert, at det er gjort med det. Vi vil kontinuerligt være optaget af at gøre tilbuddene bedre for borgerne inden for den ramme, vi nu har til rådighed.

Og så er det da interessant at få oplyst, at der aldrig er lavet en undersøgelse. Tak for den oplysning. Men jeg kan så forstå, at man heller ikke har taget den del af problemstillingen op, da De Radikale sad i regering.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg kan forstå på Venstres ordfører, at Venstre ikke har nogen planer om at indføre betaling for lægebesøg, og det er jo rart at vide og godt at høre. Men jeg vil gerne spørge fru Birgitte Josefsen, om det til gengæld ikke forholder sig på den måde, at man, hvad almindelig tandlægebehandling angår, kan forvente, at brugerbetaling bliver sat op i de kommende år.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Det har vi overhovedet ikke forholdt os til. Vi vil gerne se det analysearbejde, der kommer fra ministeriet.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Men det er jo sådan, at ministeren sagde, at når man ikke havde igangsat nogen undersøgelse, altså den brede analyse, som Det Radikale Venstre foreslår, så er det, fordi man ikke havde noget politisk ønske om at indføre f.eks. betaling på lægebesøg. Når man så laver en analyse af, hvorvidt man kan lave en omfordeling inden for tandlægeområdet med den konsekvens, at nogle skal betale mere, så er det vel, fordi man har en politisk interesse i at få det undersøgt. Så har man jo taget politisk stilling til, at man er villig til at øge betalingen for tandlægebehandling i de kommende år.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg vil gerne sige herfra, at Venstre ikke har nogen intentioner om at indføre betaling for at gå til læge. I forhold til tandlægeområdet vil vi gerne se det materiale, der kommer ud af ministerens undersøgelse, og så vil vi tage stilling til det forhold, når vi ser den analyse.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Nu kunne man af debatten godt få det indtryk, at Venstre er imod alle former for ekspertudvalg. Men jeg vil minde om, at da man nedsatte Velfærdskommissionen, tog det jo statsministeren under 2 timer at skyde alle de forslag ned, som nogle eksperter havde siddet og kigget på. Da man nedsatte et udvalg under Kjeld Møller Pedersens vejledning, tog det heller ikke lang tid at demontere de forslag, der kom der. Derfor forstår jeg ikke helt Venstres skræk for, at man også på det her område nedsatte et ekspertudvalg med det forbehold, at man selvfølgelig bagefter, ligesom man har gjort på mange andre områder, kan skyde konklusionerne ned, hvis ikke man politisk tør stå ved dem.

Kl. 14.25

Synes fru Birgitte Josefsen, at vi har et system i dag, der bygger på en sundhedsfaglig vurdering? Er det sundhedsfagligt en god idé, at det ikke er gratis at gå til psykolog, som er en anerkendt behandlingsform i Danmark? Er det sundhedsfagligt en god idé, at det koster penge at gå til diætist, selv om vi ved, at fedme er et kæmpestort problem i Danmark? Og hvad med kiropraktorer og tandsygdomme? Det vil jeg gerne høre ordførerens ord om.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Det er jo sådan, at når man bliver henvist til yderligere behandling, når man har været hos sin praktiserende læge, så er det ud fra en sundhedsfaglig vurdering, at man bliver henvist til et andet sted. Den form for brugerbetaling, vi har i dag, er, som ministeren har været inde på, historisk betinget. Derfor sagde jeg i min ordførertale, at Venstre vil arbejde kontinuerligt, som vi har gjort hele tiden, for at gøre det danske sundhedsvæsen bedre og bedre hele vejen igennem med udgangspunkt i de behov, borgerne har. Så det vil vi arbejde med, også når vi kommer i gang med næste folketingsssamling.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Betyder det, at vi kan forvente, at man fra regeringens side også nedsætter et ekspertudvalg, der skal kigge på, hvordan man kan gøre mere ved de mange mennesker i Danmark, der har en psykisk sygdom, og deres mulighed for at få adgang til psykologbehandling, også igennem længere tid?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Nu er det sådan, at Venstre er en del af satspuljeaftalen omkring psykiatriområdet i en aftale, som også Socialdemokratiet indgår i. I forbindelse med at vi havde de forhandlinger, var vi faktisk inde at vende flere elementer i forhold til den gruppe af borgere, som ikke har en decideret sindslidelse. Derfor har vi jo taget lidt hul på det, men vi ser gerne, at man arbejder videre med også den problemstilling.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Da SF havde sit beslutningsforslag om ændringer af finansiering på tandlægeområdet, havde vi bl.a. også et punkt, hvor vi sagde, at der skulle større tilskud til de alvorlige tandlidelser: aggressiv paradentose og andet. Forslaget blev afvist med den begrundelse, at ministeren kommer med et bud på, hvordan det skal løses.

Jeg kan ikke forstå fru Birgitte Josefsen på anden måde, end at det, efter fru Birgitte Josefsens ord, ingenting betyder. For det kan godt være, at der kommer et forslag, men det bliver ikke realiseret. Hvad er det, fru Birgitte Josefsen siger? Hvis eksperterne kommer med et bud på, hvor-

dan man skal forøge tilskuddene til aggressiv paradentose og alvorlige sygdomme i tænderne, som man får bl.a. på grund af kræft, skal vi så, næste gang vi får mail fra de folk, bare sige, at regeringen desværre ikke er til noget? Eller hvad er det, fru Birgitte Josefsen siger?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Nu repræsenterer jeg partiet Venstre og ikke regeringen, så derfor vil Venstre gerne forholde sig til det analysearbejde, der kommer fra ministeriet i forhold til tandbehandlingsområdet. Når vi har set det, begynder vi at kigge på, hvordan man så kan tilrettelægge tandbehandlingsområdet.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Jeg synes bare, at fru Birgitte Josefsen svarede hr. Per Clausen på en lidt mærkelig måde, som i virkeligheden betød, at den almindelige betaling for almindelig behandling, som i forvejen er ringe, ikke skal stige. Den aggressive paradentose og meget andet ønsker man at sætte fokus på.

Hvad er Venstres opfattelse? Vil man lægge ekstra penge ind til bedre tilskud til behandling både for dem med den almindelige behandling og for dem med de alvorlige lidelser, som virkelig koster rigtig mange penge? Eller er det bare rent blålys? Er det sådan, at Venstre allerede nu har besluttet sig for, at de bare sætter det her udvalgsarbejde i gang, så det er færdigt efter valget, og så er der ikke nogen, der kan komme efter os? Er det det, det handler om?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Nu synes jeg, at fru Anne Baastrup skulle høre efter, hvad der bliver sagt. Jeg har overhovedet ikke haft hverken paradentose eller andre diagnostiske ord i min mund, mens jeg har stået på talerstolen.

Det, jeg har udtalt, er, at vi gerne vil se det udredningsarbejde, der ligger i ministeriet; hvad der står skrevet der. Og så vil vi se på, hvordan tandbehandlingsområdet skal tilrettelægges fremadrettet.

Formanden:

Tak til fru Birgitte Josefsen, og så er det fru Sophie Hæstorp Andersen som ordfører.

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Socialdemokraterne mener, at det danske sundhedsvæsen skal bygge på et sæt gode, grundlæggende værdier, der handler om, at der skal være fri og lige adgang til behandling for alle borgere i Danmark, at det er lægers og sygeplejerskers faglige suverænitet, der sikrer, at de mest syge behandles først, samt at der er en demokratisk kontrol med sundhedsvæsenet i form af et regionalt nærdemokrati.

Samtidig har vi fem mål for, hvordan det danske sundhedsvæsen skal fungere: Færre danskere skal blive syge og få behov for behandling; sundhedsvæsenet og vi selv skal blive bedre til at forebygge sygdomme; danskerne skal have tillid til kvaliteten af behandlinger; danskerne skal føle sig trygge ved det offentlige sundhedsvæsen og måden, det fungerer på; og ikke mindst skal sundhedsvæsenet være et godt sted at arbejde, for tilfredse medarbejdere giver bedre behandling og overskud til at se mennesket i patienten.

Vi mener, at det er vigtigt at fastholde værdierne og styre efter målene i en tid, hvor det offentlige sundhedsvæsen er under stadig større pres for at finde nye måder at løse opgaverne på. Vi mener ikke, at øget brugerbetaling på sundhedsområdet er vejen frem for at sikre en fri og lige adgang til et offentligt sundhedsvæsen i international klasse i fremtiden.

Socialdemokraterne vil derfor ikke indføre mere brugerbetaling på sundhedsområdet, og vi ønsker slet ikke, at brugerbetaling skal være med til at opretholde en social ulighed i sundhed i Danmark, fordi nogle borgere ikke har økonomisk mulighed for f.eks. at gå til forebyggende tandpleje, besøge en diætist for at få lagt en individuel plan for at tabe sig, eller opsøge en psykolog for at få behandlet en depression. Derfor har vi på flere af disse områder stillet forslag i Folketinget om, at brugerbetaling på disse områder nedsættes eller omlægges til gavn for dem, der kan have sværest ved at betale.

Vi er enige i, at det er et problem, at uligheden vokser, og at man i stigende grad kan se en sammenhæng mellem sociale tilhørsforhold og sundhed. De mindst uddannede, de lavest lønnede og de ledige er de befolkningsgrupper, der har det dårligste helbred. Vores sundhed er jo 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 af samfundsmæssige forhold, f.eks. igennem arbejdsmarkeds-, bolig- og uddannelsespolitikken.

Det danske sundhedsvæsen skal bygge på fri og lige adgang til behandling for alle borgere i Danmark, men det ser ud som om, at der er opstået nogle barrierer for visse befolkningsgrupper, der gør, at man de facto ikke har fri og lige adgang til behandlingstilbuddene. Vi er derfor enige med forslagsstillerne i, at man ved at nedsette et ekspertudvalg dels kan få analyseret nogle af disse forhold i sundhedsvæsenet, dels få en række bud på tiltag, som Folketinget med fordel kunne kigge på for at sikre en mere retfærdig og ligelig adgang til sundhed for alle borgere i Danmark.

Første næstformand (Svend Auken):

Vi siger tak til ordføreren. Og så er det fru Birthe Skaarup som ordfører.

Birthe Skaarup (DF):

Det kan da godt være, at hvis man skulle starte forfra i dag med at se på, hvordan egenbetalingen i vort sundhedsvæsen skulle være, så ville det ikke være sikkert, at det kom til at ligge lige nøjagtig der, hvor det ligger i dag og med de samme beløb. Det kan udmærket være, at man ville have anderledes kritiske briller på, for spørgsmålet er, om der findes en bedre brugerbetaling. Jeg er overbevist om, at det er det, De Radikale mener, at der er. Det bør i hvert fald undersøges med det beslutningsforslag. Men set i lyset af tidligere udmeldinger fra partiet, så tror jeg også, at de sigter mod mere brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen. Eller hvad?

Der skal ikke herske nogen tvivl om, at Dansk Folkeparti er lodret imod øget brugerbetaling. Det er ikke vores dagsorden – ikke, fordi det er tabubelagt at diskutere det, men når brugerbetaling først har sneget sig ind i debatten, sætter man det meget hurtigt op imod at bruge det som regulerende faktor i den økonomiske politik. Flere har også peget på, at den brugerbetaling, vi eksempelvis allerede har på medicin, fysioterapi og tandlæge, kan omlægges. Den debat kommer ofte i forbindelse med diskussionen om, om det ikke er rimeligt, når man lider af sygdommen aggressiv parodontose, at der så bør være en eller anden form for tilskud til sådan en sygdomstilstand – når der er tale om sygdom, fordi det jo ikke er al aggressiv parodontose-

se, der udløses af en sygdom. Det kan også være manglende tandpleje.

Der er ingen logik i, at der intet tilskud er til den sygdom, og her kan jeg godt se en sammenhæng i forhold til beslutningsforslaget. Det er et helt konkret problem, som Dansk Folkeparti i øvrigt mener bør løses på en eller anden facon. Vi har mange gange fokus på nogle ting her i det danske sundhedssystem, som bliver løst hen ad vejen, og jeg håber også, at det her problem kan blive løst på en eller anden måde.

Kl. 14.35

Men i øvrigt mener vi, at brugerbetaling på sundhedsområdet vil ramme de svagest stillede hårdest. Vi tror også på, at brugerbetaling vil få mange mennesker til automatisk at tøve med at blive behandlet og at det højst sandsynligt vil føre til en dårligere sundhedstilstand og måske også til dødsfald.

Danskerne har en forventning om, at sundhedsydelser er gratis, og indførelse af mere brugerbetaling i en tid med god økonomi vil blive mødt med massive protester. Der er ingen folkelig opbakning overhovedet til en sådan indførelse. Den skattebetalte brugerbetaling er ganske simpelt efter vores vurdering grundstenen i den danske velfærdsstat.

Vi mener som udgangspunkt, at adgangen til sundhedssystemet skal være fri og lige, uanset borgernes indtægter. Derfor skelner vi meget imellem, om der er tale om sygdom eller ej, når vi taler om brugerbetaling, og det er også vores handling i det daglige her i Folketinget.

Efter vores vurdering bør vi også gøre os overvejelser om fremtidens teknologiske fremskridt inden for behandlingsindustrien for at undgå et A- og et B-hold. Den udvikling bør ikke forstærkes med øget brugerbetaling.

Ministeren har jo så bebudet, at man er i gang med at se på tandlægeområdet på baggrund af debatten om aggressiv paradentose, som jeg tidligere har omtalt. Vi hører også, at der er en proces i gang i forhold til en anden rapport fra ministerens hånd. Lad os se den og ikke nedsætte endnu et ekspertudvalg, det gør bare hele systemet meget dyrere.

Jeg tror, jeg klart har givet udtryk for Dansk Folkepartis holdning til yderligere brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen, ikke fordi vi vil føre strudsepolitik, men simpelt hen fordi vi mener, at penge mellem læge og patient ikke er et holdbart system.

Jeg vil også godt sige, at jeg ikke bryder mig om udtrykket intelligent brugerbetaling. Jeg sy-

nes, det er fuldstændig forføjlet. Jeg synes, man må tale om et mere retfærdigt brugerbetalingssystem.

Med de ord kan jeg så sige, at jeg kan se nogle gode elementer i det her forslag. Vi vil gerne diskutere det, men vi kan ikke støtte det her forslag. Lad os nu tage de rapporter, der kommer, og ikke lave nogle nye ekspertudvalg til at se på det her område.

Første næstformand (Svend Auken):

Der er foreløbig to, der har meldt sig med korte bemærkninger til ordføreren. Det er først fru Charlotte Fischer.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er blot lige for at fastslå, at det her forslag jo ikke lægger op til øget brugerbetaling. Jeg ved ikke, hvor mange gange jeg skal slå fast, at Det Radikale Venstre ikke går ind for mere brugerbetaling. Vi går ind for en omlægning, og i første omgang går vi ind for, at nogle kloge hoveder går ind og kigger på det.

Så siger Dansk Folkepartis ordfører, at når det er sygdom, så skal der ikke være brugerbetaling. Men altså hvad med medicin? Mennesker i Danmark betaler jo i stride strømme for at købe medicin. Når de køber medicin, er de altså syge. Det holder jo ikke som et princip. Det er bare for at sige, at det her er en vanskelig debat, og det er måske også noget af det, der taler for, at vi fik kloge hoveder til at kigge det efter, fordi de meget enkle principper er svære.

Må jeg spørge om en helt konkret ting, indkomstafhængig brugerbetaling: Kan Dansk Folkepartis ordfører redegøre for, hvorfor man ikke går ind for at kigge på indkomstafhængig brugerbetaling, når man i øvrigt er optaget af fri og lige adgang, og at det skal være socialt retfærdigt osv., osv.? Hvorfor skal direktøren ikke betale mere end pædagogassistenten?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

For at tage det sidste først: Vi tjener alle sammen vores penge her i det danske samfund, og vi betaler alle sammen skat. Skal vi til at have en graduering af tilskuddet? Det mener jeg ikke.

Og så er jeg da glad for, at fru Charlotte Fischer siger, at det ikke handler om mere brugerbetaling, for jeg synes, at det nogle gange er sluppet ud, at De Radikale gerne ser brugerbeta-

ling, eksempelvis på forskellige områder i det danske sygehusvæsen.

Med hensyn til medicinen prøvede vi jo at lave det så retfærdigt som overhovedet muligt, så netop de, der brugte mest medicin, også fik det største tilskud. Jeg startede også med at sige, at det da godt kunne være, hvis vi skulle starte helt forfra og se med kritiske øjne på nogle af de her ting, at det ikke så sådan ud, som det gør i dag. Men nu har vi lavet den her aftale om medicintilskud, og vi synes stadig væk, at ordningen er udmærket, fordi de, der bruger mest, kommer til at betale mindst.

Kl. 14.40

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er jo besynderligt, at man på den ene side lægger stor, stor vægt på, at vi har et skattefinansieret sundhedsvæsen, hvor de brede skuldre bærer mest. Så er der bare lige en femtedel af udgifterne, hvor de brede skuldre ikke skal bære mest, nemlig ved brugerbetalingen; der er der ikke noget princip om, at brede skuldre bærer mest.

Man kunne jo vælge at sige, at man flyttede de 19 mia. kr. i brugerbetaling over på skatten. Det er vi sådan set ikke tilhængere af; vi synes ikke, at skatten skal sættes i vejret. Men det er jo mærkeligt, at fru Birthe Skaarup kan stå og hylde et princip om, at de brede skuldre skal bære mest, om skattefinansiering og hele molevitten, og at det princip bare lige er aflyst, når det gælder brugerbetaling. Her er der ikke noget med noget som helst og social retfærdighed, der har man bare at betale nøjagtig det samme beløb, uanset hvor stor en ydeevne man har. Det synes jeg er svært at forklare, og det ville jeg egentlig gerne have en lidt mere grundig redegørelse for.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jamen vi har jo også nogle systemer her i Danmark, hvor man, hvis man er meget mindrebetalt, så kan gå hen og blive hjulpet til nogle ydelser.

Når jeg siger, at vi har et udmærket system, hvor vi betaler vores sundhedssystem over skattebilletten, så mener jeg, at det er det mest retfærdige.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg synes jo, det er meget positivt at høre fru Birthe Skaarup lægge vægt på retfærdighed i forhold til det her system, for intelligens kan føre til megen uretfærdighed. Så det tror jeg er et fornuftigt udgangspunkt.

Men så har jeg et spørgsmål til fru Birthe Skaarup, som nævnte, at aggressiv paradentose skulle man i hvert fald overveje at give et tilskud til. Så vil jeg gerne spørge, om fru Birthe Skaarup er enig med Venstre og ministeren i, at de penge, der skal bruges til det, skal skaffes ved, at man øger betalingen på den almindelige tandbehandling.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg ved ikke, om det er Venstres intention. Det, vi har sagt med hensyn til aggressiv paradentose – og nu har vi ligesom mange andre diskuteret det her igennem flere omgange, jeg tror, inden for de sidste to år, fordi vi har haft mange henvendelser på det her område – er, at vi tror på, at der skal nye penge til det her, til aggressiv paradentose. Det tror jeg på, fordi jeg synes, vi har et tandlægesystem, der er så godt, at vi går ind og giver tilskud til alt det forebyggende arbejde. Vi har en eminent børnetandpleje, som man ikke har i mange andre lande, og det synes jeg er et gode, hvor vi lærer de unge mennesker, og vi lærer børnene, at de skal passe på deres tænder, og det synes jeg ikke vi skal gå ind og pille ved.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Skal jeg forstå det på den måde, at fru Birthe Skaarup og Dansk Folkeparti mener, at man ikke skal øge betalingen på den almindelige tandbehandling, heller ikke med det formål at bruge pengene til et tilskud i forbindelse med behandlingen af aggressiv paradentose?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Lad os nu se den rapport, det udspil, der kommer om det her. Men jeg tror på, at når det er en aggressiv paradentose, der koster så mange penge, som det kan gøre i nogle tilfælde, så bliver det meget svært at omlægge vores system.

Jeg har fået udregnet nogle modeller fra Den Danske Tandlægeforening, som jeg har kigget på i flere omgange, og jeg håber da, at det måske

kunne være en model, der kunne nyde fremme. Men når de fra ministeriets side kommer med et udspil, så skal de jo måske også have et modspil – det vil så vise sig. Vi skal jo prøve på at finde en eller anden model netop for de mennesker, der må give så mange penge til det her område.

Første næstformand (Svend Auken):

Så siger vi tak til ordføreren, og så fortsætter vi. Den næste ordfører er fru Helle Sjelle.

Helle Sjelle (KF):

I Det Konservative Folkeparti afviser vi Det Radikale Venstres forslag om at nedsætte en ekspertgruppe med henblik på brugerbetaling på sundhedsområdet.

Vi er ikke interesserede i at øge niveauet for brugerbetaling, og vi har heller ikke nogen planer om at indføre brugerbetaling på områder, hvor der ikke er brugerbetaling i dag. Danskerne betaler efter vores opfattelse allerede en alt for høj skat, og derfor er det heller ikke vejen frem at indføre alt for meget brugerbetaling eller opkræve særskilte gebyrer for lægebesøg fra de skatteplagede danskere, sådan som det også er blevet foreslået fra tid til anden.

Vi har et offentligt finansieret sundhedssystem. Det er en grundsten i det danske velfærdssamfund, og den sten skal vi ikke rykke på.

Kl. 14.45

Vi ser positivt på Det Radikale Venstres intentioner om at bekæmpe den sociale ulighed og give alle danskere fri, lige og let adgang til sundhedsvæsenet. Vi mener bare ikke, at midlet er mere brugerbetaling. Vi arbejder for, at der ikke sker forringelser, som der åbnes mulighed for i beslutningsforslaget.

For os er det vigtigt at opretholde en gratis adgang til sygehusbehandling samt at opretholde muligheden for f.eks. gratis behandling hos egen læge og hos speciallæger i praksissektoren. I stedet for at indføre brugerbetaling skal man efter vores opfattelse effektivisere arbejdsgangene på sygehuse, selv om det forudsætter, at man tør nedbryde de barrierer og den forældede struktur, der er i dag. Det er vi nødt til, hvis vi skal foretage nogle egentlige reformer. Heldigvis er det jo også netop det, vi er ved at tage hul på med kommunalreformen og kvalitetsreformen.

Men selvfølgelig er vi også åbne over for løbende at foretage sundhedspolitiske vurderinger af, hvorvidt der i det hele taget er et grundlag for at styrke området ved at justere på de of-

fentlige tilskud, så der opnås mere sundhed for pengene eller en mere hensigtsmæssig eller rimelig tilskudsordning på et bestemt område.

Det er med de her ord at vi afviser forslaget fra Det Radikale Venstre.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nogle gange tror jeg næsten, der er nogle af ordførerne, der skulle kræve deres skolepenge tilbage, eller også har de simpelt hen ikke læst forslaget, hvor det jo står højt og tydeligt, så det er bøjet i – jeg ved ikke i hvilken slags – neon, at det her ikke handler om at øge brugerbetalingen. Jeg ved ikke, hvorfor ordførerne stiller sig op og bruger minutter på at tale om at øge brugerbetalingen. Der er ingen i dette Folketing, der foreslår at øge brugerbetalingen, så hvorfor vi skal bruge tid på den diskussion, fatter jeg simpelt hen ikke.

Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi, har foreslået, at man skulle bruge princippet fra medicintilskudssystemet og kigge på, om det ikke kunne bruges på tandplejeområdet, fordi det er behovsafhængigt. Det var jo sådan noget, man kunne få analyseret. Men så vil jeg spørge den konservative ordfører: Hvorfor er det ikke en god idé? Hvorfor er det, at vi ikke skal diskutere det? Hvorfor er det, vi ikke skal bede nogen eksperter om at kigge på det? Hvorfor er det, at den her diskussion kun skal handle om noget så primitivt som at indføre brugerbetaling hos læger eller ikke at indføre brugerbetaling? Der er jo et hav af diskussioner ud over det.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jamen vi diskuterer jo det her i dag, fordi Det Radikale Venstre har fremsat et forslag vedrørende brugerbetaling. Det er jo ikke regeringen, der er kommet med et forslag om brugerbetaling. Det handler om, at man vil nedsætte et ekspertudvalg, der skal analysere brugerbetalingen på sundhedsområdet med henblik på en omlægning. Det er jo derfor, vi diskuterer det.

Det er jo ikke, fordi jeg synes, at det er specielt interessant at stå og diskutere brugerbetaling, men det forholder jeg mig til, fordi der er kommet et forslag fra Det Radikale Venstre om at nedsætte en ekspertgruppe på det her område.

Og med henblik på om det vil være interessant at undersøge nogle af de her ting, så har re-

geringen jo nedsat – og det synes jeg er fornuftigt – en arbejdsgruppe på tandplejeområdet, som bl.a. inden længe skal barsle, vi venter i spænding, med et forslag på det her område, som eventuelt kan betyde, at der sker en omlægning inden for tandplejeområdet.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jo, jeg har lavet et forslag, hvor man skal forholde sig til brugerbetaling, men ordføreren bruger altså hele sin første tale på at tale om at øge brugerbetalingen. Der er ikke en sjæl herinde, der taler om at øge brugerbetalingen, og jeg kan ikke begribe, hvorfor man skal bruge sin tid på sådan noget pjat, som afsporer den her vigtige diskussion.

Så kan det godt være, at ordføreren siger, at hun ikke har noget behov for at tale om brugerbetaling. Det synes jeg er en meget mærkelig udmelding fra en sundhedsordfører, i og med at 19 mia. kr. af udgifterne i det danske sundhedsvæsen kommer fra brugerbetaling. Hvordan kan man så synes, at det er ligegyldigt at snakke om?

Så vil jeg spørge, om ordføreren kan komme med en logisk forklaring på, hvorfor det f.eks. er sådan i det danske sundhedsvæsen, at vi har sygesikringsgruppe II, hvor man betaler brugerbetaling for frit at kunne vælge læge, mens vi f.eks. ikke har brugerbetaling for et frit sygehusvalg. Jeg spørger bare om en logisk forklaring; der må jo være en eller anden logik i det.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Vi har jo før drøftet, at der bl.a. er nogle historiske forklaringer på, hvorfor systemet ser ud, som det gør på nuværende tidspunkt. Det er selvfølgelig sådan, at der er mange ting, og hvis det var på nuværende tidspunkt, at vi skulle opfinde tingene, så ville vi måske strukturere tingene på en anden måde, end vi har gjort det i dag. Men den situation står vi bare ikke i.

Vi står i en situation, hvor der er nogle ting, som allerede er besluttet for lang tid siden. Sådan ser verden ud, og det er så det, vi må forholde os til. Vi står ikke i den situation, at vi forholder os til noget, hvor vi står på bar bund.

Kl. 14.50

Første næstformand (Svend Auken):

Tak til ordføreren. Så er det fru Anne Bastrup som ordfører.

Anne Bastrup (SF):

Jeg tror, det var i 1930'erne, at der var en fremsynet sundhedsminister, som foreslog, at der skulle være tilskud til høreapparater. I 1980'erne var der jo ingen tvivl om, hvem der var verdens bedste til at lave høreapparater, og jeg tror i og for sig, at vi stadig er verdens bedste. Det er en måde, hvorpå man kan innovere og udvikle en bestemt virksomhed via offentligt tilskud. Det synes jeg hele tiden vi skal huske på. Det med brillerne er vi ikke ret gode til, og det er formentlig, fordi der aldrig nogen sinde er nogen, der har overvejet at lave det samme nummer med briller.

Det viser med al ønskelig tydelighed, at den måde, som vi har konstrueret vores brugerbetaling på inden for sundhedsvæsenet, ikke er logisk. Der er jo ikke nogen her i salen, der synes, at det system, vi har, er verdens bedste. Derfor synes jeg, at vi skal tage De Radikale på ordet i stedet for hele tiden at prøve at finde hår i suppen. De Radikale har jo ikke med det her forslag lagt op til, at vi skal have forøget brugerbetaling. De har end ikke lagt op til nulsumsspil. De har sagt: Lad os få det analyseret.

Vi har jo Dansk Folkepartis ord for, at når man går i gang med at ændre på brugerbetalingen, for så vidt angår de alvorlige tandlidelser, er det ikke nulsumsspil. Det hørte vi tydeligt. Så lægges der penge oveni. Og vi ved jo godt, at når vi bliver klogere via sådan en ekspertundersøgelse, kan vi jo også se, hvor fuldstændig ulogisk det er på en lang række områder. Så jeg synes, at i stedet for at folk taler sig fra hinanden, skulle man prøve lige at træde et skridt tilbage og se på den debat, der har været: Har den været køn for det danske folkestyre? Det synes jeg ikke.

Det, De Radikale lægger op til, er, at man rent faktisk får forskellige modeller lagt frem af nogle uafhængige eksperter, således at vi samlet kan få et beslutningsgrundlag. Så kan vi på det tidspunkt have den politiske diskussion i stedet for at skyde hinanden forskellige ting i skoene. Tager man De Radikale på ordet, så kan jeg ikke læse i beslutningsforslaget, hvor de vil have, at der skal være mere brugerbetaling. Tværtimod forlanger de, tror jeg for at forhindre den debat, jo en model, hvor der under ingen omstændigheder er brugerbetaling på lægebesøg og sygehusindlæggelse.

Men jeg synes også, at vi i den forbindelse skal være opmærksomme på de skatteyderfinansierede sundhedsforsikringer, der jo i den

grad er gang i rundtomkring på de danske arbejdspladser. Vi vil nok også på et tidspunkt, når det drejer sig om en ikkeindtægtsbestemt brugerbetaling på de enkelte sundhedsområder, se, at det skatteyderfinansierede tilskud, der her er, snarere går til dem, der har lidt flere penge på kistebunden, end til dem, der har problemet.

Her synes jeg jo nok, at man måske lige burde overveje sin tale – det handler om Venstre, og det handler i et vist omfang også om De Konservative – for hvis man ønsker en fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, ville det så ikke være en meget god idé at finde ud af, om man i dag med ærlighed kan sige, at der er en fri og lige adgang til væsentlige og centrale sundhedsydelser?

Fru Sophie Hæstorp Andersen har netop nævnt det problem, der er forbundet med, at folk skal betale, hvis de skal have psykologhjælp. Hun har også nævnt spørgsmålet om diætistbehandling. Vi frygter jo, at vi står i en situation, hvor befolkningen bliver for tykke, livstruende tykke, fede, ville det så ikke være smart, hvis man i den forbindelse overvejede, om ikke et tilbud om diætistbehandling, som eventuelt kunne være indkomstafhængig, rent faktisk for visse grupper ville være en god idé?

Jeg fatter simpelt hen ikke den her debat. Det kan godt være, at jeg stadig væk er for ny inden for sundhedsdebatten, men jeg synes simpelt hen bare ikke, at det er en ærlig måde at behandle et beslutningsforslag, som rent faktisk set med mine øjne er ganske uskyldigt, på.

Kl. 14.55

Vi ved jo alle, at der undervejs i debatten har været forskellige forslag om, at man skulle pålægge forskellige typer afgifter, men det er ikke det, der står her. Og det synes jeg at vi alle sammen skylder hinanden at tage alvorligt.

SF støtter, at der kommer ekspertudvalg, der skal undersøge den samlede brugerbetaling. Vi støtter, at vi rent faktisk bliver klogere. Vi synes ikke, at det, ministeren er kommet med om separate udvalg, er godt nok, fordi vi ikke får det der store forkromede overblik. Så jeg synes, at vi i stedet for skulle prøve at kigge på det her forslag.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil gerne forholde mig til diætistbehandlingen og spørge fru Anne Baastrup, om der ikke er fri og lige adgang til diætistbehandling. Det er da således, at kommer der en, der har brug for

en diætist, er der da mulighed for, at pågældendes praktiserende læge eller sygehuset kan henviser til en diætistisk rådgivning. Der handler det da ikke om, om det er direktøren eller det er arbejdsmanden eller det er den, der ikke er i arbejde. Har de ikke fri, lige adgang til den behandling?

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Hvis man får en henvisning: Jo. Det var også kun ment som et eksempel, for på flere forskellige områder har man jo en brugerbetaling, og på andre områder har man ikke. Fru Sofie Hæstorp Andersen nævnte det eksempel med psykologer og diætister, og så tog jeg det med i min opsummering. Det er altså bare et af mange eksempler. Men det, vi jo også ved, er, at man skal omkring den praktiserende læge. Er det smart at bruge den praktiserende læges tid på det? Jamen jeg spørger bare!

Det, det nu handler om, er, at vi begynder at bruge den indvendige side af hovedet. Vi ved, at der en lang række sygdomme, som er ved udvikle sig til at blive folkesygdomme. Kan vi ikke finde nogen nye måder at give et sundhedstilbud på? Det var kun det.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Så bliver jeg nødt til at drille en lille smule, for jeg vil gerne spørge fru Anne Baastrup, om det er således, at hvis man har brug for en diætist, er det rimeligt, at f.eks. jeg eller fru Anne Baastrup bare kan vælge frit på alle hylder og bede om det. Der skal jo være en vis visitation, så det ikke bliver en total glidning, hvor der er frit slag i bolledejen for alle, og hvor alle blot kan henvende sig til en diætist. Er det ikke ret vigtigt, at vi har en praktiserende læge som gatekeeper på det her område?

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Jeg giver mig! Men jeg tog bare det som et eksempel, for det, vi ved, er, at der er en lang række forskellige typer af brugerbetaling, men der er bare ikke nogen, der har det forkromede overblik. Der er ikke nogen, der har mulighed for at gå ind og vælge forskellige typer og modeller.

Vi har ikke en ordentlig og grundig debat om det – heller ikke i offentligheden – for hver gang, vi kommer ind på hele det her tema, kører man sådan som Venstre og Konservative har kørt nu

og for den sags skyld også Dansk Folkeparti, men lidt mere nuanceret, frem med, at man ikke vil have brugerbetaling på lægebesøg.

Jamen der er andre muligheder for at gå ind og lave en analyse af brugerbetaling. SF vil heller ikke have brugerbetaling på lægebesøg, men vi ved jo bare, at der er områder, hvor der er brugerbetaling, men hvor vi bare lukker øjnene for det. Som fru Charlotte Fischer sagde, drejer det sig om 19 mia. kr., men vi vil ikke forholde os til det. Hvem er det, der betaler? Er det en TDC-direktør, der har fået 30 mio. kr., eller er det kassedamen i Føtex? De betaler det samme. Er det så helt rimeligt? Det er jo den modeldiskussion, vi skal ind i. Vi ønsker ikke brugerbetaling. Det er helt sikkert. Og der er en lang række steder, hvor vi ønsker nedsat brugerbetaling. Ingen tvivl om det. Ellers havde vi jo ikke fremsat vores tandlægeforslag.

Men debatten på det kvalificerede niveau kommer ikke, hvis det skal være som den debat, der er foregået her i salen.

Første næstformand (Svend Auken):
Så er det hr. Per Clausen som ordfører.

Per Clausen (EL):

Når man snakker om sundhedssektoren, kan man sige, at der på nogle områder ikke bare er lige adgang for de økonomisk dårligt stillede, men sådan en overadgang forstået på den måde, at de er overrepræsenteret inden for store dele af sundhedsområdet. Det hænger sammen med, at sundhed grundlæggende i lighed med de fleste andre goder i vores samfund er meget skævt fordelt. Det er jo sådan, at sygdom og død endtydigt rammer folk med korte uddannelser og folk med arbejdsledighedsperioder langt tidligere og langt hårdere end folk, som har en længere uddannelse, og som har en bedre placering på arbejdsmarkedet.

Kl. 15.00

Så uligheden er altså en væsentlig del af sundhedsområdet. Det tror jeg ikke at sygehusområdet, behandlingsområdet, nødvendigvis kan gøre så meget ved. Jeg tror, at forklaringerne på den ulighed findes andre steder i samfundet: i arbejdsmiljøet, i det almindelige miljø, i de muligheder, man har for at udnytte de muligheder, de tilbud, der er i samfundet i al almindelighed.

Men netop når det er sådan, at sundheden er ulige fordelt, at det altså er dem med den dårligste økonomi, som bliver ramt hårdest, er det jo

sådan set også ret indlysende, at brugerbetaling rammer ekstraordinært skævt.

Nu er det rigtigt, at der ikke er forsket i det på alle områder, hvordan det nu er med de der 19 mia. kr., som man betaler i brugerbetaling. Man ved, hvordan det er på tandbehandlingsområdet. Der ved man, at det har ført til, at på dette ene område er dem med den dårlige økonomi underrepræsenteret i behandlingssystemet, samtidig med at det er dem, der har de største problemer med deres tænder. Så vi kender altså konsekvensen af høj brugerbetaling på det område.

Set i den sammenhæng så Enhedslisten jo gerne et udredningsarbejde, hvis formål var, at vi afviklede brugerbetalingen på sundhedsområdet ved først at starte de steder, hvor de sociale konsekvenser var størst. Og selv om jeg mener at vide, hvor man i hvert fald kunne starte, nemlig på tandbehandlingsområdet, så ville det jo ikke være nogen ulykke at blive klogere på det.

Så set i den sammenhæng er vi positive over for Det Radikale Venstres forslag. Vi forstår ikke helt og kan måske heller ikke se det intelligente og visionære i De Radikales insisteren på, at udgangspunktet skal være, at det skal være omkostningsneutralt. Vi ville måske synes, at Det Radikale Venstre kunne komme ud af den her diskussion om, hvad de ønsker sig, ved enten at give et klart signal om, at de ønsker at nedbringe brugerbetalingen, eller at hvis det er det modsatte, så kunne de jo sige det modsatte. Så tror jeg også, muligheden for at komme i gang med det her ville være større.

Det er jo ikke, fordi der i den sammenhæng er den store forskel på Det Radikale Venstre og regeringspartierne. Det kan godt være, Det Radikale Venstre har det udgangspunkt, at der skal flyttes lidt rundt på nogle penge i et lidt større perspektiv, men selv om ministeren og selv om Venstre kan sige, at det ikke skal koste penge at ligge på sygehus, at det ikke skal koste penge at gå til læge, hvad har man så af bud, når det kommer til stykket, når det handler om f.eks. at forberede eller skabe økonomiske forudsætninger for at give et øget tilskud til behandling af aggressiv paradentose? Jo, at pengene skal tages fra dem, der i dag har en stor brugerbetaling for den almindelige tandlægebehandling.

Så må jeg jo ærlig talt indrømme, at det så er lidt svært at tage det helt alvorligt, når man anklager Det Radikale Venstre for at ville bruge en sådan øvelse til at øge brugerbetalingen for nog-

le grupper, for man har præcis det samme perspektiv; man koncentrerer sig bare om de områder, hvor der i forvejen er en stor brugerbetaling.

Enhedslisten er i udgangspunktet positiv over for at få analyseret det her område, men der skal ikke være nogen tvivl om, at vi ser disse analyser som et led i at starte en afvikling af brugerbetalingen inden for sundhedsområdet, og så synes vi da, det kan være fornuftigt at finde ud af, hvor det vil være klogest at starte.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg siger tak for de overordnede pæne ord. Jeg ved jo godt, at Enhedslisten helst så de 19 mia. kr. i brugerbetaling flyttet over på skatten, og det synes jeg er et helt fair synspunkt. Det ønsker vi ikke.

Jeg vil egentlig spørge hr. Per Clausen: Er det ikke også for Enhedslisten en overvejelse, hvor meget man skal fastholde som brugerbetaling? Det, brugerbetaling kan og som skat jo ikke kan, er, at det også kan styre forbruget. I det øjeblik, man faktisk skal have nogle penge op af egen lomme, så vil man også lige tænke en ekstra gang. Og hvis man har i baghovedet, at Velfærdskommissionen jo skrev, at velfærdsudgifterne vil stige med 48 mia. kr. frem til 2040, og at de 32 mia. kr. alene er sundhedsudgifter, kan man så ikke også, når man er i Enhedslisten, se, at det måske alligevel er vigtigt at fastholde noget af brugerbetalingen, fordi vi alle sammen har en kolossal opgave i at styre sundhedsudgifterne?

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg tror, at det, der er vigtigt at holde fast i her, er, at det afgørende er, at der er lige adgang til sundhedsydelse. Det er vores udgangspunkt, og derfor er vores udgangspunkt, at brugerbetaling skal afskaffes.

Kl. 15.05

Så er det rigtigt, at man selvfølgelig bliver nødt til at regulere udviklingen inden for sundhedsområdet. Om det i nogle sammenhænge skal kombineres med, at man på områder, hvor der i forvejen eksisterer en eller anden form for brugerbetaling, skal have en mindre symbolsk brugerbetaling, vil jeg ikke afvise, men vores udgangspunkt er, at adgangen til sundhedsydelser i Danmark skal være lige, og så længe der eksisterer de meget store økonomiske og andre uligheder, som findes i vores samfund i dag, så

er det at gøre det her område skatteyderfinansieret den rigtige løsning.

Første næstformand (Svend Auken):

Så er det fru Charlotte Fischer som ordfører for forslagsstillerne.

Charlotte Fischer (RV):

Det danske brugerbetalingssystem er ulogisk. Hvis man får en byld i munden eller bliver meget syg i sin mund eller i sine tænder, må man betale selv. Sårpatienter i den kommunale hjemmesygepleje må også betale selv, selv om de er syge. Det er ulogisk. Det danske brugerbetalingssystem er også uretfærdigt, og det er asocialt. Vi ved, at man kan bede mennesker i Danmark om at åbne munden, og hvis man kigger på deres tænder, kan man stort set se, hvilket socialt tilhørsforhold de har. Det synes jeg ikke vi kan leve med.

Jeg har siddet og lyttet til den her debat i dag. Og det tankevækkende er jo, at der ikke er en eneste, der heroppe fra denne her talerstol kan stå og sige ved sine fulde fem, at vi har et godt brugerbetalingssystem – ikke en.

Så graduerer det lidt. Vi har en minister, der har været ude at sige, at det er uintelligent. Det synes jeg er et relativt stærkt ord. Og så har vi andre, der siger, at man ikke ville opfinde systemet, som det er i dag, men ærlig talt orker de ikke rigtig at tage fat på den her diskussion. Det er sådan lidt med forskel.

Vi har simpelt hen det synspunkt, at det her jo ikke er en lille ting, det er en stor ting. Vi har rigtig meget brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen. Vi har da en forbandet pligt til at undersøge, om de 19 mia. kr. bruges helt optimalt, så det svarer til vores egne værdier og sådan, som vi ønsker de skal fungere.

Vi mener, der er et problem, og det mener jeg er den allerførste erkendelse, man som politiker må gøre. Jeg har hørt alle her i dag sige, at smadder godt er det ikke, det er måske ligefrem rigtig dårligt. Så begriber jeg ikke, at man som politiker kan nå frem til den konklusion, at vi ikke skal gøre noget.

Så siger ministeren og andre, at vi ikke skal skubbe eksperter foran. Nu er det jo, som flere andre, bl.a. den socialdemokratiske ordfører, har været inde på, ikke, fordi regeringen har problemer med at bruge eksperter eller kommissioner, for det har den sådan set gjort i rigt mål. Det kan knibe lidt med at lytte til dem, men det er jo ikke, fordi den har et problem med det.

Jeg synes, at man skulle anerkende, at brugerbetalingen er et meget komplekst system. Hvis man kigger på, hvor meget brugerbetaling der er i det danske sundhedsvæsen, så har jeg fået lister fra Sundhedsministeriet over det, og det er jo ganske meget.

Hvem er det egentlig, der betaler hvad i brugerbetaling? Og hvorfor er det lige, at vi i Danmark har et helt andet brugerbetalingssystem, end man har i Sverige og Norge, som vi jo ellers har meget travlt med at sammenligne os med og i øvrigt beundrer på sundhedsområdet? Hvorfor ved vi så lidt om, hvordan det fungerer i Sverige og Norge? Og hvorfor er vi ligeglade med at undersøge, hvordan det fungerer? Tænk, hvis vi kunne lære noget af andre og blive klogere. Tænk, hvis vi kunne forbedre det system, vi har i dag, bare en lille smule.

Jeg synes, vi mangler rigtig meget viden. SR-regeringen var faktisk i gang med at kigge også på det her område. Man havde nedsat det, der hed Middellevetidsudvalget, hvori bl.a. også brugerbetaling indgik, og hvor man jo også konstaterede, at der var meget store sociale uligheder navnlig på tandområdet. Men så overtog VK, og så er det ikke blevet til noget siden.

Vi ønsker ikke mere brugerbetaling. Det har jeg sagt utrolig mange gange i dag. Vi ønsker først og fremmest en diskussion om en bedre brugerbetaling. Vi tror på, at der findes et bedre system. Og tænk engang, vi har ikke et facit, så kloge er vi ikke. Vi vil gerne have nogle til at kigge på det og komme med nogle forslag, og så skal vi som politikere selvfølgelig tage stilling efterfølgende.

Et spørgsmål handler om, hvorvidt vi skal sprede brugerbetalingen mere end i dag. Så er det jo, at alle løber baglæns og springer ned i skyttegravene og beskylder alle andre for, at nu skal der indføres brugerbetaling på lægebesøg, og så stopper al snak i det her Folketing, og ingen kan tænke klart og frit eller noget som helst. Men det er jo bare en lille del af diskussionen.

Kl. 15.10

Nu skal jeg selvfølgelig høre på, at alle vil beskyldte mig for, at jeg nu vil indføre brugerbetaling på frit valg, for sådan bliver der tænkt i det her Folketing. Men det er jo tankevækkende, at vi lever i bedste velgående med brugerbetaling, hvis man vil have helt frit valg af egen læge. Man skal nemlig betale, hvis man vil ind i gruppe 2 under sygesikringen.

Hvorfor er det sådan, at man til gengæld gratis kan vælge frit sygehusvalg? Enhver må da er-

kende, at det er uden logik. Det kan godt være, at man kan forskanse sig bag en eller anden forklaring om, at sådan er historikken blevet osv. Men tænk engang, at man ikke har højere ambitioner som politiker, altså prøver at skabe en eller anden form for logik og konsistens i de systemer, man har.

Jeg synes i det mindste, at man skal diskutere det. Det handler også om, om de systemer, vi har indført i dag, er de rigtige. På tandlægeområdet kunne man jo godt spørge sig selv: Kunne man på tandlægeområdet bruge det system, man harovre på medicinområdet, hvor det jo er behovsafhængigt? Der har man valgt at sige: Vi støtter dem med de allerstørste behov og de, der har et meget lille behov, må til gengæld betale selv. Det er jo en anden måde at tænke på. Det kan godt være, at det ikke kan bruges helt på samme måde på tandlægeområdet, men lad os få diskussionen. Professor Kjeld Møller Pedersen er en af dem, der har været ude og foreslå det. Hvorfor skulle man ikke gå ind i den diskussion?

Til sidst er der hele diskussionen om indkomstafhængighed. Det er jo sådan, at de 19 mia. kr. træder i stedet for skat. Vi kunne vælge at lægge de 19 mia. kr. over på skatten. Så ville det være princippet om de brede skuldre, som vi hylder ganske meget, som vi jo alle sammen hylder ganske meget, der gjaldt. Nu har vi 19 mia. kr. i brugerbetaling, og vi mener ikke, at man kan aflyse brugerbetalingen i det danske sundhedsvæsen. Det ville betyde en væsentlig højere skat, men det ville også betyde, at man mistede noget af den positive adfærdsændring, som brugerbetaling jo også fører med sig.

Brugerbetaling har også en positiv side, og det er faktisk, at den får folk til at tænke sig en lille smule ekstra om, før de går hen og bruger en sundhedsydelse. Lige præcis på sundhedsområdet har vi utrolig meget brug for det, fordi presset på udgifterne er så kolossalt, som det er.

Men så er det, jeg spørger: Når vi kunne vælge at lægge brugerbetaling over på skat, og den i virkeligheden træder fuldstændigt i stedet for skat, så er det egentlig besynderligt, at der ikke er flere, der synes, at det ville være vigtigt at tage en diskussion om indkomstafhængighed. Hvorfor har vi ikke et loft over brugerbetalingen i Danmark? Man kan være rigtig uheldig et år, og jeg har da fået mail fra folk, der har fået tandlægeregninger på sekscifrede beløb i løbet af et år. Det må være meget ubehageligt, og man skal være meget rig i Danmark, for at det ikke er et

problem, at man får så store tandlægeregninger. Andre lande har loft over deres brugerbetaling. Tænk, jeg synes også, at man skulle diskutere, hvorfor det ikke er sådan her.

Vi har med det her forslag formuleret det så bredt og åbent som muligt i erkendelse af, at vi har et problem, og at vi savner viden om, hvordan de systemer, vi har i dag, fungerer. Næste skridt er derfor det eneste logiske, nemlig at bede nogle folk med forstand på tingene om at kigge på det og prøve at komme med nogle forslag til, hvordan man kunne gøre det anderledes. Vi er sådan set fuldstændig åbne for, hvordan det kommissorium for et ekspertudvalg skulle se ud, vi er næsten parat til hvad som helst. Vi synes bare, at der er et kolossalt behov for, at vi kommer ud af det dødvande, der har karakteriseret den her debat i årevis, hvor man kan høre politikere mere eller mindre åbent sige: Ja, vi har et dårligt brugerbetalingssystem. Og så kommer vi ikke videre.

Jeg tror, at mange mennesker, der lytter til den her debat, må undre sig over, hvad det er for nogle politikere, de vælger ind på Tinge, når man på den ene side kan stå og sige her fra talerstolen, at ja, det er ikke et særlig godt system, og at man nok ikke ville opfinde et system som det, vi har i dag, hvis man opfandt Danmark forfra, men at man ikke vil røre ved det. Det synes jeg er et meget mærkeligt udsagn for en politiker at komme med.

Kl. 15.15

På den måde mener jeg også, at brugerbetaling jo lidt deler politikere, for det handler i sidste ende også om at vise bare en anelse mod og mandshjerte i den her sag. Jeg synes ikke, at man kan reducere det til et spørgsmål om brugerbetaling på lægehjælp eller ej, og jeg er utrolig ked af, at den ender der hver gang. Der er så mange andre spørgsmål, man kan diskutere. Hvorfor er det rigtigt, at der er brugerbetaling det ene eller det andet sted? Hvilke modeller skal man bruge? Indkomsthængigt eller ej? Der er utrolig mange aspekter, og det må ikke blive reduceret til bare et spørgsmål om brugerbetaling på lægehjælp og sygehusindlæggelser osv.

Jeg takker de ordførere, som har udtalt sig positivt om det her, og jeg venter selvfølgelig med spænding på, hvad der kommer ud af det udvalgsarbejde, som ministeren har nedsat på området for voksentandpleje. Jeg synes, at ministeren er ude i en temmelig umulig øvelse, for det, der er det allerstørste problem i dag med

brugerbetaling, er, at den er tårnhøj på tandlægeområdet. Folk ender med at betale kolossale summer i tandlægeregninger, og det afskærer simpelt hen folk med mindre indkomster fra at få den tandlægehjælp, de skal have.

Nu vil man så gøre noget for dem, der er syge med aggressiv parodontose. Det synes jeg er fint. Men hvis ministeren skal følge et udvalg, der isoleret sidder og kigger på tandlægeområdet, så bliver resultatet, at man skal øge brugerbetalingen for alle andre på tandlægeområdet. Det er jeg imod, fordi det simpelt hen vil gøre ondt værre. Det vil medføre, at der er endnu flere med små indkomster i det her land, som ikke vil være i stand til at betale deres tandlægeregning. Så mener jeg simpelt hen, at vi har gjort ondt værre.

Derfor er jeg egentlig heller ikke i tvivl om, at ministeren i sidste ende i finanslovrunden med Dansk Folkeparti bliver nødt til at finde nogle ekstra penge og så lade brugerbetalingssystemet på tandplejeområdet være, som det er, for man kan ikke finde en løsning ad den vej.

Men jeg vil da glæde mig over, at man kan gøre noget for patienterne med aggressiv parodontose, og så håber jeg, at diskussionen om brugerbetaling kan komme igen, når der er kommet lidt mere mod ind i det her Folketing.

Første næstformand (Svend Auken):

Der er foreløbig tre, der har meldt sig med bemærkninger til ordføreren. Den første er hr. Preben Rudiengaard.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil gerne medgive fru Charlotte Fischer en ting: Vi snakker om den brugerbetalingsspulje, der er, og der skal ikke mere i brugerbetaling. Så er den ting sat på plads.

Jeg vil gerne spørge om en ting, nemlig det, der får mine nakkehår til at krølle lidt: den der indkomsthængige brugerbetaling. For fru Charlotte Fischer lægger jo op til, at der ikke skal betales for lægehjælpen og heller ikke på sygehusene, det var kun en af modellerne.

Jamen er der ikke en skjult dagsorden i det her? Jeg synes, at det lugter langt væk, for både i spørgsmål til fru Birthe Skaarup og i det, fru Charlotte Fischer har sagt nu, kommer man hele tiden tilbage til den indkomstbetingede brugerbetaling. Er det ikke det, som Det Radikale Venstre ønsker, og så skal de have nogle eksperter til bare lige at sige god for det?

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Ja, det er helt sikkert en af de ting, vi er optaget af. Vi har utrolig svært ved at se logikken i, at man, lige præcis når det gælder brugerbetaling, har aflyst det princip om, at de brede skuldre skal bære mest. Det er det, vi har lagt hele sundhedsvæsenet an på, og det er det, som alle ordførere står her og siger er utrolig vigtigt.

Jeg vil godt lige tilføje, at Velfærdskommissionen, som jo bl.a. bestod af landets førende økonomer, netop kom med en model om indkomstafhængighed. Jeg tror, at der i virkeligheden er mange i det her land, som tænker: Hvorfor er det lige den store retfærdighed, at kassedamen, pædagogmedhjælperen og andre med mindre indkomster skal betale nøjagtig det samme i tandlægeregning som direktøren, der måske tjener fem eller ti gange så meget? Jeg har svært ved at se retfærdigheden i det.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Nu er jeg jo ikke nationaløkonom, men der er en ting, jeg ikke kan forstå i mit hoved. Vi kan tage denne direktør, som fru Charlotte Fischer har så ondt af har 30 mio. kr. i en engangsydelse, og så kassedamen, for nu at tage det. Den direktør, der har den store indtægt, betaler jo meget i skat i forvejen. Det vil sige, at han har en skattebetalt brugerbetaling til sundhedsvæsenet.

Kl. 15.20

Så går han til tandlægen og får det samme i tilskud, som kassedamen får osv. Men der er jo stadig væk et offentligt tilskud til tandbehandlingen. Er det ikke en mærkelig måde at argumentere på her? For den bredskuldrede betaler mere via sin skat, og så er det da rimeligt, at man så i det niveau også kommer til at betale nogenlunde det samme, når man skal derud. Jeg tror, at han betaler sin væsentlige del af et velfungerende sundhedsvæsen i Danmark.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg har ikke ondt af, at nogen direktører tjener penge, og jeg og Det Radikale Venstre arbejder sådan set for at nedsætte indkomstskatten i det her land og omlægge skatten, så det også kan betale sig at tjene penge. Jeg har bestemt ikke ondt af det.

Jeg har det bare sådan: Enten har man et princip, eller også har man ikke et princip. Jeg har et princip om, at de brede skuldre skal bære mest.

Og så har jeg utrolig svært ved at forklare over for mig selv og over for andre, hvorfor jeg synes, det er en fantastisk god idé, at fire femtedele af sundhedsvæsenet er finansieret på den måde, men at den sidste femtedel er finansieret på en helt anden måde, hvor det princip ikke gælder.

Jeg har tænkt meget over det, men jeg kan simpelt hen ikke finde en logisk begrundelse for det. Jeg har egentlig heller ikke hørt nogen her i dag komme med den rigtig gode forklaring på, hvorfor man lige præcis synes, at det princip ikke skal gælde, når det er brugerbetaling.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Hvis man kigger på Danmarks Statistik, viser det sig, at det forholder sig sådan i perioden 2001-2005, at de private sundhedsudgifter målt i faste priser i gennemsnit er steget med 2,6 pct. Kigger vi på den foregående periode, 1993-2001, steg de private sundhedsudgifter med 4,4 pct. Det betyder, at der sådan set har været en lavere vækst i de private sundhedsudgifter i den periode, der har siddet en borgerlig regering.

Derfor kan jeg faktisk, når man kigger på det, der er foregået i perioden 1993-2001, undre mig over, at jeg ikke kan finde et eneste forslag, hvor Det Radikale Venstre har været optaget af den problematik, som man selv rejser i dag.

Jeg vil gerne spørge fru Charlotte Fischer, hvorfor det her ikke har været interessant i den periode, da man sad i regeringen.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nu er jeg jo valgt ind i 2005, og vi kan da også gå tilbage til efterkrigstiden. Altså, hvor langt skal vi gå tilbage, hvor jeg skal stilles til ansvar for Det Radikale Venstre og for, hvad forskellige radikale regeringer har gjort?

Jeg må bare sige, at jeg for det første før refererede til Middellevetidsudvalget, som faktisk var et ærligt forsøg på at gå ind og se på den sociale profil på sundhedsområdet. Det udvalg blev så afbrudt, da VK kom til. Det er fair nok, men der var faktisk ambitioner om at kigge på det.

Nu står jeg jo ikke lige for at springe ind og blive den, der bestemmer i det her land, men jeg står på den her talerstol, fordi jeg kan få øje på et problem, som jeg gerne vil gøre noget ved, og som Det Radikale Venstre gerne vil gøre noget ved. Og så synes jeg simpelt hen, at det er at tale udenom. Hvis vi skal være saglige, så handler

det om: Er der et problem, eller er der ikke et problem?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Det er meget betryggende for de danske borgere, at Det Radikale Venstre ikke synes, at de lige er på vej til at skulle gå ind og have ansvaret for sundhedspolitikken i nær fremtid.

Jeg vil gerne spørge fru Charlotte Fischer igen, om ikke hun på baggrund af de tal, der ligger i Danmarks Statistik, mener, at de private sundhedsudgifter er faldet med næsten 2 pct. i den tid, den borgerlige regering har siddet.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nu forventer jeg ikke et valg lige om hjørnet, så det skal også lidt ses i det lys. Man kan jo have sine forhåbninger.

Jeg kender ikke de tal fra Danmarks Statistik, så jeg har virkelig svært ved at forholde mig til dem, og jeg må indrømme, at det i en debat om brugerbetaling – hvorvidt vi synes, at brugerbetalingssystemet er skævt og ulogisk og uretfærdigt – virker noget afsporet at begynde at tale om, hvorvidt de private sundhedsudgifter er vokset mere eller mindre under den ene eller den anden regering. Det ændrer jo ikke ved udgangspunktet: Er der et problem ved brugerbetalingssystemet, eller er der ikke et problem? Det er det, det handler om her i dag.

Det handler jo ikke om at beskyldte nogen for noget. Jeg er ikke engang ude i et ærinde om at beskyldte regeringen for at være specielt asocial. Det er slet ikke det, det handler om. Det handler om et ærligt forsøg på at få det her op på bordet, fordi jeg nu i årevis har talt med folk, og jeg har også talt med folk herinde, og er man under fire øjne, er der ikke nogen, der kan få sig selv til at sige, at det er et særlig godt brugerbetalingssystem, vi har. Det er der så heller ikke nogen, der har sagt fra talerstolen i dag.

Kl. 15.25

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Der er mange mærkelige debatter i Folketinget. Det her er dog en af de mest mærkelige debatter. Det, jeg tænker mest på, er, at vi havde en lille missekate derhjemme, hvor vi boede, og når der var varm grød, så gik den udenom.

Jeg synes, at fru Charlotte Fischer gør som katten: går uden om den varme grød. Der er så-

dan en skjult dagsorden, jeg ikke rigtig kan få frem. Det er brugerbetaling, vi skal analysere, det må bare ikke koste mere samlet og heller ikke koste mindre samlet osv. Så siger fru Charlotte Fischer, at Norge og Sverige beundrer hun utrolig meget for deres sundhedsvæsen. I Norge er der betaling hos praktiserende læger, i Sverige er der betaling hos praktiserende læger, begge steder er det indført af socialdemokratiske regeringer.

I Danmark har vi det sådan, at både Venstre, De Konservative og Dansk Folkeparti siger helt klart nej til mere brugerbetaling hos praktiserende læger, speciallæger, sygehuse osv. Jeg har siddet i flere debatter med fru Charlotte Fischer, og fru Fischer kender de synspunkter, vi har her.

Når man beundrer og er så imponeret af Norge og Sverige med deres brugerbetaling, er det så det, man ønsker? Eller prøv at komme med en antydning af et eller andet.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er åbenbart utrolig svært at forstå, at man kan have et åbent sind og have et ønske om, at kloge folk kigger på noget, før man tager endelig stilling til noget. Alt det der med skjult dagsorden synes jeg ærlig talt er noget snak.

Det her er virkelig et ærligt, åbent ønske om at få det hele op på bordet, i og med at alle i det her Folketing går rundt og siger det og står på den her talerstol og siger, at ja, det er søreme ikke et særlig godt brugerbetalingssystem, vi har.

Det, jeg har erfaret i den debat, der har været, er, at der er forsvindende lille viden i Danmark om, hvordan det reelt fungerer i Sverige og Norge. Jeg har ikke nogen grænseløs beundring for hverken Sverige eller Norge. Jeg noterer mig, at hvis man lever i Sverige, lever man adskillige år længere i gennemsnit, end man gør i Danmark. Så det er i hvert fald ikke sådan, at det ligefrem tager livet af folk derovre at have brugerbetaling på lægebesøg.

Jeg har et åbent sind, men det kniber åbenbart for nogen som helst andre, i Venstre navnlig.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Jamen det er jo en sand radikal, vi har på talerstolen. For 10 minutter siden var der en stor beundring for det norske og svenske system. Nu her, hvor jeg konkretiserer, så er beundringen

ikke ret stor mere. Det bliver interessant at se referatet derfra.

Vi har tidligere haft et forslag om, at enlige og lesbiske skulle betale for befrugtning, hvis man ønskede det på et privat sygehus. Det er sådan noget, der ligger i Folketinget nu. Så vidt jeg husker, var De Radikale meget imod mere brugerbetaling lige inden for det område, hvor man har diskuteret, at det godt kunne være, at man skulle betale selv, hvis en enlig kvinde ønskede at få et barn. Det afviste fru Charlotte Fischer meget, meget klart.

Så tænker jeg tilbage på årene. Nu har fru Charlotte Fischer jo ikke så meget erfaring, siger hun selv, men jeg kan huske det med eksperimentel kræftbehandling, hvor Venstre gang på gang har sagt: Hvorfor kan patienter med kræftsygdomme, der er meget svært syge, ikke få mulighed for behandling med noget eksperimentel kræftbehandling? Det sagde det gamle Radikale Venstre klart nej til.

Men hvor er det, man vil lave brugerbetaling? Er det på sådan et svært område? Eller er det for fysioterapi eller diætister, eller er det indlæggelser eller genoptræning eller hvad? Det her er den radikale kat om den varme grød, hvor der er ord, og der er ord, og der er ord, men ingen konkrete ting. Den går vi altså ikke med på i Venstre.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er jo noget ævl. Det er jo, som om Venstre ikke vil bruge eksperter og nedsætte udvalg og så forbeholde sig retten til at tage stilling efterfølgende. Ministeren har nedsat et udvalg på tandplejeområdet. Hvad har vi hørt i dag? Ministeren vil ikke sige et ord, ordførerne vil ikke sige et ord. Nej, hvorfor? Fordi man forbeholder sig retten til at lytte til eksperterne, når de kommer med rapporten.

Nu foreslår vi bare, at det er den store model, man tager ind. Det er da fuldstændig det samme princip, men så skal jeg høre på, at det er sådan noget med radikale, der ikke vil tage stilling. Det er en fuldstændig anerkendt arbejdsform, at man beder nogle kloge hoveder om at sætte sig ned og gå tingene igennem, og så tager man som politiker det forbehold, at man først lige læser de kloge hoveders rapport, og så tager man stilling. Sådan arbejder regeringen, og sådan vil vi også gerne arbejde.

Og må jeg sige med hensyn til lesbiske: Det, vi ønsker, er en ligestilling, så kvinder, der er

syge og ikke kan få børn, i det mindste får samme behandling, uanset om de er lesbiske, enlige, eller hvad de er.

Kl. 15.30

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg må indrømme, at når fru Charlotte Fischer begynder at nævne Velfærdskommissionens forslag og man kigger på, hvad den havde af forslag, så var det ene brugerbetaling. Derfor tror jeg ikke rigtig på fru Charlotte Fischers intentioner om, at det ikke handler om mere brugerbetaling. Det tror jeg helt klart det gør, for det er brugerbetaling på en lang, lang række ting, de vil have indført. Det er både for besøg hos praktiserende læger, konsultationer, telefonkonsultationer, besøg, vagtlæge, besøg hos speciallæge, ambulans besøg, sygehusindlæggelser – maksimal årlig betaling bliver så og så meget.

Jeg vil spørge fru Charlotte Fischer: Er det ikke dagsordenen i dag?

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Tænk, jeg har det sådan, at når jeg læser et beslutningsforslag, så tror jeg faktisk på det, der står i teksten. Det gør jeg faktisk. Det kan godt være, at jeg skal blive klogere eller ligesom afvikle min naivitet, men det gør jeg. Hvis fru Birthe Skaarup har læst det her beslutningsforslag, så står det sort på gult, at vi ønsker ikke at øge brugerbetalingen.

Jeg ved godt, at Velfærdskommissionen havde det ønske, men dengang Velfærdskommissionen kom med sin rapport, tog vi afstand fra at øge brugerbetaling, men vi syntes, at modellen med indkomstafhængig brugerbetaling var en god idé, og det er den, vi har taget op. Men fordi man tager en idé, behøver man jo ikke at tage hele pakken, og vi har heller ikke taget hele Velfærdskommissionens rapport og gjort den til vores, selv om store dele faktisk mindede om vores politik.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det var netop for at finansiere nogle ting, at de tog de her brugerbetalinger ind i det, og nu har fru Charlotte Fischer forklaret, hvad hun mener med det.

Så kunne jeg godt tænke mig at tage en anden ting op. En af de ting var netop det, hr. Jørgen Winther sagde før, og så siger fru Charlotte Fi-

sker: Jamen det er kun, fordi vi skal have ligestilling i det danske samfund med hensyn til lesbiske, der skal kunstigt befrugtes. Men det er jo ikke en sygdom. Det har aldrig været en sygdom, at man ikke har en mand. Skal vi ikke ind og prioritere der?

Så vil jeg godt høre om gratis influenzavaccinationer, der har vundet stor tilslutning mange steder i befolkningen, fordi det er en forebyggende foranstaltning. Er det ikke et af de goder, som kan gøre, at vi forebygger nogle ting, hvilket kommer tilbage til det danske sundhedssystem? Jeg ved, at mange amter – nu hedder det regioner – har sendt meddelelser ud til deres befolkninger: Husk nu at blive influenzavaccineret. Det gør de, fordi de netop kan se, at der er besparelser, at det er en god forebyggende foranstaltning, at de ældre ikke bliver indlagt i den udstrækning som førhen på hospitalerne på baggrund af, at de havde pådraget sig en influenza med de følger virkninger, det kan have.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Inflenzavaccinationerne er sådan set et rigtig godt eksempel på, hvordan vi ser anderledes på de ting. Det er da en rigtig god idé med influenzavaccinationer, men hvorfor skal det tilbydes alle ældre? Der er i stigende grad ældre i det her land, der har masser af penge, friværdier og opsparinger og alt muligt, og jeg har flere i min egen familie, der synes, det er mærkeligt, at de skal tilbydes en gratis vaccination. Den kunne de da fint betale for selv. Hvis det var sådan, at vi flød i penge i det her land og det ikke var noget problem at finansiere alt muligt, så kunne vi jo være ligeglade, men jeg synes, at det er et godt eksempel. Hvorfor skal det være sådan, at man i det øjeblik, man fylder 65 år, er et socialt tilfælde, der skal have et offentligt tilskud? Sådan ser vi ikke på tingene.

I forhold til lesbiske vil jeg sige, at kendsgerningen med heteroseksuelle par jo er, at der er masser af heteroseksuelle par, der kommer i behandling og får kunstig befrugtning uden at være syge. De er uforklarligt barnløse. Og der er ikke nogen, der tjekker, om de har været energiske nok hjemme på lagnerne, eller om de har gjort det, de skulle. Man siger bare: O.k., de er ikke syge, men de får en behandling alligevel. Og kommer der en enlig kvinde og faktisk er syg, skal vi så afvise hende, fordi hun ikke har en mand? Det synes jeg er en ringe begrundelse,

når man har et sundhedsvæsen for syge mennesker.

Kl. 15.35

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Nu er der blevet talt rigtig meget om brugerbetaling i dag, men jeg synes stadig væk, det er svært at finde ud af, hvor det egentlig er, fru Charlotte Fischer har nogen ideer om, at man kan få mere brugerbetaling.

Vi kan holde tandlægeområdet ude. På tandlægeområdet er der nedsat en arbejdsgruppe, så er der resten af sundhedsområdet tilbage, og der skal vi undersøge det område. Men fru Charlotte Fischer må have en idé om, hvad det så er, man eventuelt kunne forestille sig; hvor er det, man kunne forestille sig, at der kunne være mere brugerbetaling?

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Mit budskab her i dag har jo været, at ja, der er én diskussion, der handler om, at man skal sprede brugerbetalingen. Man kunne diskutere frit valg. Det er jeg åben over for. Er det et sted, man skal kigge på brugerbetaling? Jeg har ikke bestemt mig. Jeg vil gerne have nogle til at kigge på det.

Men en anden diskussion er jo, om vi skal have andre typer modeller, og om vi skal lave brugerbetalingen på tandplejeområdet helt om, så den minder om medicinområdet. Og en tredje diskussion handler om den sociale profil og indkomstafhængighed.

Så det er bare for at sige, at jeg synes, der er så mange andre diskussioner end bare det der med, hvilke andre ydelser man skal indføre brugerbetaling på. Det er også en vigtig del af diskussionen, men der er altså også en hel masse andre aspekter i den diskussion.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg synes, det er ganske interessant, at man faktisk lægger op til, at der er nogle mennesker i det her land, som måske – de betaler i forvejen en høj skat – også skal til at betale for at komme på sygehuset, de skal måske betale det over skattebilletten, eller de skal måske betale det, når de henvender sig til sundhedsvæsenet, fordi de er syge. Og så er der andre, som måske fejler det samme, men kommer gratis til. Er det sådan nogen tanker, fru Charlotte Fischer går med?

Jeg synes jo, det er meget relevant at vide, når man går til valg næste gang, om man stemmer på nogle mennesker, som faktisk mener, at det ikke skal være gratis f.eks. at gå til lægen. Jeg ved godt, at det er et spørgsmål, som bliver udelukket her, men det er jo stadig væk de diskussioner, som er der.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Den konservative ordfører har jo adskillige gange vist, at hun overhovedet ikke har noget seriøst ønske om at tage en diskussion om 19 mia. kr. i brugerbetaling. Den konservative ordfører må jo bare gå ud og sige til sine vælgere: I betaler 19 mia. kr. i brugerbetaling, men jeg gider ikke en diskussion om det, ikke nogen seriøs diskussion i hvert fald. Det er bare for at sige en gang til, at øvelsen her ikke er, at folk skal betale mere, men at vi skal kigge på, om det kan lægges om, og om vi kan gøre det lidt bedre, end vi gør i dag. Der er masser af muligheder for at lave det om, og man kan lave det lidt om, eller man kan revolutionere det. Der er sådan set alle muligheder.

Jeg ved ikke, om fru Helle Sjelle har talt med nogen kloge hoveder og eksperter på det her område, som ikke syntes, at det var en god idé at få det her gennemanalyseret. Jeg har ikke.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Socialdemokraterne har jo allerede tilsluttet sig forslaget i dag, og jeg synes jo også, det er tankevækkende, at vi har en indenrigs- og sundhedsminister, som på talerstolen siger, at han ønsker social retfærdighed i forhold til nedbringelse af ventelister, altså arbejder for at nedbringe ventelisterne, fordi det er socialt retfærdigt, men altså ikke ønsker at nedbringe brugerbetaling eller analysere den nærmere med henvisning til den her sociale retfærdighed. Det er jo noget, vi kan få undersøgt lidt mere i udvalget ved at stille nogle spørgsmål til ministeren.

Det, jeg egentlig ville spørge om, var imidlertid i forhold til graden af brugerbetaling. Et flertal i Folketinget har jo tidligere vedtaget, at der skal være brugerbetaling for forældrepar, der ønsker at få barn nummer to, hvis de har behov for kunstig befrugtning, altså hjælp til at få barn nummer to. Hvordan stiller fru Charlotte Fischer sig i den debat? For det har jo medført, at f.eks. par, der ønsker at leve op til familieministerens vision om, at alle danskere skal få tre

børn, nu skal ud og betale op imod 50.000 kr. eller mere for at få de her ønskebørn nummer to og tre.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg må sige, at man i den debat kan diskutere, hvor mange penge der er. Hvis man er et par, der har fået lagt æg på køl og skal have dem i anvendelse, er der så egentlig særlig mange penge at hente ved at indlægge en brugerbetaling på det? Det ved jeg ikke, men jeg kunne godt have mine tvivl.

Men jeg vil faktisk sige, at hvis der skal laves prioriteringer, så har jeg det udmærket med, at man siger: Vi vil hjælpe forældre til det første barn, og kan det virkelig skæppe noget, jamen så må vi bede folk om at betale for barn nummer to og tre, hvis det batter noget økonomisk. Det tror jeg såmænd ikke det gør. Men i en behård prioritering kan det da godt være, at det rigtige at gøre er, at vi koncentrerer os om at hjælpe dem, der virkelig er barnløse, som slet ikke har nogen børn, hvis vi skal ind og prioritere.

Kl. 15.40

Det er i hvert fald det allervigtigste for mig. Jeg vil allerhelst hjælpe dem, der ikke har nogen børn i forvejen. Så kan man sige, at det ved nummer to og tre kan være, at folk må spæde til selv.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Dilemmaet er selvfølgelig, når man blander de her diskussioner med f.eks. årsagerne til, at folk ikke kan få børn. Så bliver det jo pludselig interessant at diskutere, hvorfor der så skal være brugerbetaling på barn nummer to og barn nummer tre osv., i og med at mange danske unge par jo egentlig er uforskyldte med hensyn til, hvorfor de ikke kan få børn ved egen hjælp.

Den anden side af sagen er så, at vi i Danmark har sagt, at vi ønsker, at kvinder skal donere deres æg til andre kvinder, og det kan være kvinder, som slet ikke har fået barn nummer et endnu. Vi har også sagt, at vi ønsker, at vi skal øge forskningen inden for stamcelleområdet. Og der er det jo meget sjovt, at mens de her par altså skal ud at betale 50.000 kr. for at få taget tre æg ud eller få dem hevet op af fryseren, ja, så kommer vi bagefter fra samfundets side og siger: Kan du ikke lige donere nogle gratis æg efterfølgende til nogle andre nødlidende kvinder eller til den danske forskning? Kan man ikke også si-

ge, at brugerbetaling her i virkeligheden bliver et meget underligt dilemma?

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jo, jeg synes, at den socialdemokratiske ordfører er inde på et helt reelt problem, som lige præcis vedrører logikken i de systemer, vi laver.

Lad mig f.eks. nævne adoptionsområdet, for det hører jo også med i den diskussion. Jeg tror, der er rigtig mange, der synes, at det skriger til himlen, at det skal være så dyrt at adoptere et barn, når heroverfor står, at det i dag faktisk er gratis at få kunstig befrugtning. Jeg tror faktisk ikke, der er mange, der kan se nogen rimelighed i, at der er så stor afstand. Det kan godt være, at det ikke bliver hundrede procent det samme, men at der er så stor afstand, er jo en anden mærkværdighed, som man faktisk også burde tage fat på i sådan en diskussion om brugerbetaling.

Så jeg synes egentlig også, at indlægget understreger, at der er utrolig meget at tale om og få analyseret til bunds på det område.

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:

20) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 99:

Forslag til folketingsbeslutning om autorisationsordning for social- og sundhedsassistenter.

Af Karen J. Klint (S), Anne Baastrup (SF), Per Clausen (EL) m.fl.
(Fremsat 20/2 2007).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg vil starte med at sige, at der ikke skal herske nogen tvivl om, at social- og sundhedsassistenterne har en meget vigtig rolle at spille i vores socialvæsen og i vores sundhedsvæsen, og at der er al mulig grund til ved en lejlighed som denne at anerkende den både kvalificerede og engagerede indsats, som en række social- og sundhedsassistenter yder hver dag på landets plejehjem, på landets sygehuse, i landets ældreomsorg. Social- og sundhedsassistenterne er ganske enkelt en helt uundværlig personalegruppe.

Jeg ser også meget frem til, at præcis denne gruppes kvalifikationer er noget af det, vi har fokus på i de trepartsdrøftelser, som regeringen har optaget som et led i kvalitetsreformen. For der er ingen tvivl om, at hvis vi også i fremtiden skal have en velfungerende offentlig sektor og gerne en endnu bedre velfungerende offentlig sektor, så er et af omdrejningspunkterne selvfølgelig jobglidning, der gør, at vi får brugt de kvalifikationer, de forskellige grupper har, bedst muligt.

Når jeg starter med at slå det fast, er det, fordi jeg jo har en klar fornemmelse af, at vi risikerer at glide med hensyn til fokus. Derfor skal jeg også starte med at sige, at alt, hvad jeg her har sagt, sådan set ikke har noget med dagens diskussion at gøre.

Dagens diskussion har jo noget at gøre med, hvorvidt denne gruppe så skal autoriseres. Det er det, beslutningsforslaget handler om, altså med den konsekvens, at kun personer, der har gennemført den grundlæggende uddannelse til social- og sundhedsassistent, må benytte denne titel. Men det er jo altså en titelbeskyttelse, der ikke har betydning for, hvem der må udføre de opgaver, som social- og sundhedsuddannelsen er rettet imod, eller for den sags skyld de øvrige opgaver, som nogle social- og sundhedsassistenter udfører efter yderligere uddannelse eller oplæring fra andet sundhedspersonale.

KL 15.45

Det særlige spørgsmål om behovet for autorisation af social- og sundhedsassistenter har jo været rejst ad flere omgange, bl.a. og måske ikke særlig overraskende af Forbundet af Offentligt Ansatte og senest af Folketingets Sundhedsudvalg. Ved disse lejligheder har regeringen hver gang som sin holdning tilkendegivet, at vi ikke