

når de er 60 år, og det er et kæmpe tab for landet. Giv dem bedre arbejdsforhold, så bliver de, til de er 70.

Man troede i Sundhedsstyrelsen, at man kunne beregne behovet for nye læger og speciallæger 15-20 år frem, hvorfor man rationaliserede antallet af medicinske studenter på universiteterne og studerende på sygeplejeskolerne, og man rationaliserede antallet af uddannelsesstillinger på hospitalerne og indførte et turnussystem, der betød, at de unge læger ikke selv kunne bestemme, hvor i landet de skulle ansættes – med en masse sorte penge under bordet for at bytte stillinger som resultat. Hovedproblemet har altså været, set fra Ny Alliances side, en ekstrem planøkonomisk styring og i øvrigt en djøfisering af sundhedsvæsenet, hvor de faglige resultater – f.eks. målt på overlevelse efter behandling af forskellige sygdomme, forskellige kræftformer, blodpropper i hjerte og hjerne, sukresyge osv. eller ved mistet rask levetid, kroniske sygdomme, f.eks. rigt, rygerlunger, rygproblemer – har været ret uinteressante, mens økonomien har været det helt dominerende uden skelen til de konsekvenser, som en for stram økonomi havde for befolkningen, før nu.

Hvad angår det, som er hoveddebatten i dag, det private og offentlige sundhedsvæsen, så er forskellen sådan set ret enkel, set fra Ny Alliances side. I det offentlige er man blevet skældt ud og fyret, hvis man lavede for meget, mens man i det private roses og tjener flere penge. En overlæge på et offentligt sygehus kan ikke bare udføre flere behandlinger, idet det kræver medvirken af andre offentligt ansatte, altså reservelæger, sygeplejersker og andre specialafdelinger som narokoseafdelinger osv. I det private kan man enten betale sine medarbejdere mere eller ansætte flere. En privatansat læge har således meget mere indflydelse på sit arbejdsliv, hvilket gør, at et stort arbejdspress ikke virker særlig stressende, ikke nær så stressende. I det offentlige er det lige modsat. Arbejdsglæden i det offentlige sundhedsvæsen er derfor i de undersøgelser, der er blevet lavet, f.eks. i HS blandt speciallægerne, på et meget, meget lavt niveau. Og det bliver den altid i et så planstyret system – ingen ønsker at være myre i en stor myretue.

Kommunalreformen indeholder, som vi ser det i Ny Alliance, faktisk et muligt opgør med fortidens benhårde planøkonomi, og de 8 pct.s sundhedsskat kommer forhåbentlig til at virke sådan. Nu kan befolkningen se, hvad de får for pengene, og vælge de politikere, som i givet fald

vil ændre på skatten, op eller ned. Det er da demokratisk. Da regeringen har ansvaret for de 8 pct., er ansvar og magt entydigt placeret. Kommunernes medfinansiering af indlagte patienter er godt for at undgå den hidtidige kassetænkning, hvor det kunne betale sig for kommunerne at lade patienterne ligge på hospitalerne for amtets penge og vente på at få plejehjemspladser, som er kommunernes penge. Ventetidsgarantier ser vi i Ny Alliance som et godt instrument til at få rusket op i supertankeren, altså det offentlige sundhedsvæsen, idet en patient jo så kan blive behandlet på et andet sygehus i en anden region, på et privathospital eller i udlandet. Det er jo konkurrence, og det synes vi er godt.

Verdens bedste sundhedssystem ifølge WHO i år 2000, nemlig det franske, har 30 pct. private og 70 pct. offentlige sygehuse. Pengene følger simpelt hen patienten til det private sygehus, hvis det offentlige ikke kan levere varen prompte. Ventetider er så godt som ikkeeksisterende. Det synes vi er et tegn og et billede på, at diskussionen i dag egentlig ikke er særlig relevant; det er snarere arbejdsforholdene og økonomien, som er det relevante diskussionsemne.

Kl. 13:25

Første næstformand (Svend Auken):

Så er det hr. Per Clausen for en kort bemærkning.

Kl. 13:25

Per Clausen (EL):

Jeg bemærkede jo, at hr. Anders Samuelsen havde en række kritiske bemærkninger om forholdene i det danske sygehusvæsen. Alligevel er Ny Alliance medforslagsstiller på et forslag til vedtagelse, der jo ikke udmærker sig ved nogen kritisk tilgang, men sådan behøver der heller ikke være sammenhæng mellem det, man siger, og det, man gør.

Det spørgsmål, jeg godt vil rejse over for hr. Anders Samuelsen, er spørgsmålet om det med konkurrencen. For det er jo rigtigt, at når man har det her udvidede, frie sygehusvalg, så kan man vælge at blive behandlet et andet sted, hvis det offentlige ikke kan tilbyde behandling inden for en måned. Men er realiteten så ikke, at der kun kommer konkurrence inden for nogle ganske få områder, som berører forholdsvist få patienter, og at det offentlige sygehusvæsen derfor indretter sig på konkurrencen på det område og dermed slækker på indsatsen på andre områder, der måske i virkeligheden er mindst lige så vigtige?