

sammenlignet med en situation, hvor vi ingen reform lavede.

Desuden har vi allerede sikret øget overvågning af rekrutteringssituationen fremadrettet. Som et led i trepartsaftalen vil vi fra i år en gang årligt foretage en vurdering af den samlede rekrutteringssituation i den offentlige sektor sammen med Danske Regioner, KL og de relevante arbejdstagerorganisationer. Der vil blive nedsat en teknikergruppe til forberedelse af statusmøder. Dette tiltag, hvor vi ser på hele den offentlige sektor under ét, er et godt supplement til den specifikke overvågning af sundhedssektoren.

I regeringen følger vi altså nøje situationen. Vi arbejder systematisk på at sikre passende optag på uddannelser, og i samarbejde med arbejdsgiverne på sundhedsområdet arbejder vi på at fastholde medarbejderne og på at anvende de arbejdskraftressourcer, der er til rådighed, på en fornuftig måde.

Derfor er det min bedste overbevisning, at der ikke er noget sagligt grundlag for at nedsætte endnu en arbejdsgruppe eller udarbejde endnu en plan på området. Jeg foretrækker handling frem for handlingsplaner.

KL 14:09

Enhedslisten foreslår dernæst, at Danmark skal regulere rekrutteringen af sundhedspersonale fra udviklingslandene via en række forskellige tiltag. Før jeg gennemgår de enkelte forslag, er der en række faktuelle forhold, jeg gerne vil slå fast.

Først vil jeg åbent erkende, at der i hvert fald i en periode er behov for udenlandsk uddannet personale, hvis vi fortsat skal kunne sikre den fremgang i kvalitet i det danske sundhedsvæsen, som vi har sikret siden 2001, og det vil vi. Det afspejler sig i den plan for international rekruttering af arbejdskraft, som regeringen fremlagde i oktober sidste år. Heri indgår en række tiltag, der har som mål at markedsføre Danmark som arbejdsland. Det betyder på ingen måde, at vi dræner udviklingslandene for sundhedspersonale. Jeg tror, at den nemmeste måde at anskueliggøre det på er ved hjælp af tal: Der er i dag 1.600 læger med udenlandsk uddannelse og dansk autorisation i Danmark. Af disse kommer de 11 fra Afrika syd for Sahara – det er under 1 pct. Heldigvis synes også mange sundhedspersoner fra Tyskland, Sverige og de øvrige EU-lande, at Danmark er et attraktivt sted at arbejde.

Dernæst er forestillingen om, at den enkelte sygeplejerske eller læge skulle være en form for national ejendom, som en stat kan råde over ef-

ter for godt befindende, udtryk for en tankegang, der heldigvis hører et helt andet politisk system til end vores, og det ser jeg ingen grund til at lave om på.

Jeg vil desuden gerne gøre op med den desværre udbredte forestilling om, at migration af sundhedspersonale kun er en ulempe for de lande, hvorfra udvandringen finder sted. Så simpelt er det langtfra. Mange migranter vender hjem efter nogle års ophold i udlandet – det kan man også læse i Politiken i dag – med nyttige erfaringer, som kommer deres oprindelsesland til gavn, og mens de er væk, sender mange migranter penge, som indgår i oprindelseslandets økonomi.

At dette ikke bare er et forsøg på ansvarsfralæggelse ses af, at eksempelvis den indiske regering er tilhænger af, at landets befolkning tager ud for at arbejde. Det gælder også sundhedspersonale. Konkret har den britiske og den indiske regering indgået en aftale om rekruttering af sundhedspersonale til Storbritannien fra Indien. Migration af sundhedspersonale indebærer fordele for både modtager- og afgiverlandet. Og nu til det konkrete forslag om regulering af rekruttering.

For det første mener jeg ikke, at Danmark har et problem med rekruttering af sundhedspersonale fra sårbare lande, jævnfør som jeg sagde, at blot 11 læger uddannet i lande i Afrika syd for Sahara arbejder her.

For det andet har jeg svært ved at se fornuften i forslaget om uddannelseskompensation til lande med mindre end halvdelen af det danske BNP. Udover, at det rent praktisk ville være ekstremt kompliceret at gennemføre – hvad nu, hvis en sygeplejerske, som Danmark har betalt kompensation for, efter et par måneder vælger at tage hjem igen eller vælger at arbejde i Norge i stedet – mener jeg, at forslaget så overser en række væsentlige forhold. Det giver ikke udviklingslandene én grund til at gøre det attraktivt for sundhedspersonale at blive i hjemlandet, snarere tværtimod. Og der er i forslaget ikke taget højde for lande med privatfinansiering af sundhedsuddannelser – her kan jeg f.eks. nævne Indien, hvor 45 pct. af universiteterne, der uddanner læger, var private i 2004 – og jeg kan ikke se, hvorfor landet skal kompenseres for en uddannelse, som den enkelte selv har finansieret.

Med dette beslutningsforslag ønsker Enhedslisten tydeligvis, at den internationale rekruttering af sundhedspersonale til Danmark skal foregå ordentligt, og det kan jeg selvfølgelig