

Og der vil jeg bare sige, akut sygdom, det er ikke noget, som vi er uenige om i Folketinget. Akut sygdom er et helt andet regime, det er nu og her i den offentlige sektor. Så når man blander begrebet akut sygdom ind i diskussionen om det udvidede frie sygehusvalg, så forplumrer man det.

Og hvis jeg så skal sige omkring DRG og så læse op fra bemærkningerne til lovforslaget af 29. januar 2002: Det er tanken at udarbejde en fælles skabelon for aftalerne. Der vil heri indgå en række krav til de private sygehuse og sygehuse i udlandet, herunder patientforsikring, indberetningspligt til landspatientregistret og relevante kvalitetsdatabaser og lignende. Hvad angår takster, vil udgangspunktet være de samme takster (DRG-takster), som benyttes mellem de offentlige sygehusejere. Så derfor, DRG er lig med et gennemsnit for, hvad det koster i det offentlige. Fremadrettet siger vi, når vi skal fastsætte referencetaksten, at der vil vi beregne taksterne på baggrund af de mest effektive offentlige sygehuse, fordi de mest effektive offentlige sygehuse er dem, der i sin opbygning og form på mange måde – og i opgavevaretagelse – ligner de private mest.

Selvfølgelig, Lone, får I talepapiret over, det er helt oplagt. Med bemærkningen sundhed – mest sundhed for pengene, det er jo derfor, vi har taget udgangspunkt i, hvad de mest effektive offentlige sygehuse, de kan gøre det til. Fordi der har ikke været nogen intention om at skabe et ... at sparke et marked i gang. Der har været en intention om at skabe en patientrettighed, og den patientrettighed ... jo, jo, men det er ikke ... det er sådan det mindre i det mere, fordi det væsentlige i dét, vi vil, det er, at vi vil skabe en rettighed, som ikke bare er fugle på taget. Vi vil skabe en rettighed, som folk reelt kan bruge. Og derfor skal der også være et alternativt sted, man kan bevæge sig hen.

Preben Rudiengaard: Ja, jeg vil lige, da det her bliver båndet, sige til folk, som tænder lidt på det, og det synes jeg er fint nok, at for at undgå forvirring til dem, der skal høre båndet, så må man ind i talerækken.

Så de to næste, det er Karen Klint og Karl Bornhøft, værsgo Karen!

Karen Klint: Tak for det. Jeg lyttede også med interesse til svar på de tre samrådsspørgsmål ... lidt overrasket, og jeg vil tillade mig at spørge til ... kontra ... på en af sætningerne. Ministeren henviste selv til aftalen mellem regionerne, og så vidt jeg husker den måde, at regionerne omtaler aftalen på, så siger man, der er nogen afsnit, hvor det klart fremgår, at det er en aftale, andre afsnit, der fremgår det, at de tager regeringens beskeder til efterretning. Så en aftale er jo ikke altid et fælles kompromis på den måde, at alle detaljer har været til forhandling, nu er der også efterretning i den måde, man laver aftale på ... ja, jeg mener faktisk også, det er dér, hvor man nu ophæver den dispensation, der er, der mener jeg faktisk også jeg har hørt formanden for Danske Regioner så sige, at det med at ophæve den pr. dato nu her, det er en efterretningssag for danske regioner og ikke noget, de sådan set er enige i, så jeg vil bare spørge ad, når man omtaler en aftale, så kan der afsnit i en aftale, som er mere efterretning fra den anden part end for regeringen, så det var bare for at få det på det rene.

Og når ministeren taler om patientrettigheder, så er vi jo ikke grundlæggende uenige i, at det er rart med patientrettigheder. Der er vi heller ikke grundlæggende uenige i, at det er rart med en volumenstørrelse, der gør, at patienterne har nogle frihedsrettigheder til at vælge, hvor kan man få løst tingene, hvis man ikke lige kan få dem løst tættest på sig selv. Men den volumenopbygning, der har været i det private, der havde vel ikke været noget teknisk til hinder for, at den ligeså vel kunne have været en volumenudvidelse i det offentlige, så det er jo et aktivt valg, at man siger, at det er volumenudvidelse i det private.

Det tredje og det sidste spørgsmål, jeg vil stille, det er, fordi ministeren også dyrker forskellen på de akutte patienter, som ministeren jo har ret i, det er vi enige om, men vi er vel også enige om, at det netop er de akutte patienter, som man ikke helt konkret kan planlægge, hvor mange kommer der, og hvad koster det. Og det er jo så også den patientgruppe, der er fraværende på privathospitalerne, det er vi også enige om. Så derfor må det være rimeligt, at når man skal sammenligne omkostninger på privathospitalerne og på de mest effektive af de offentlige, så er det igen, hvornår er det, man samler æbler og pærer, eller hvornår er det, man sammenligner æbler ... fordi det skal så være de bedste blandt de planlagt operationer, man kan sammenligne og ikke bare gennemsnitsprisen på et offentligt sygehus, der også har akutpatienter.