

mis, man gør lidt falsk, og så kobler man den næste lidt falske præmis, og til sidst kan man forudse dommedag inden fyraften.

Det efterlader mig med det valg, at jeg nu enten kan vælge at bruge en halv time på at gen-drive alt det vrøvl, der er blevet sagt her i det sidste indlæg, eller i stedet, hvad jeg tror jeg vil gøre, kan henvende mig til dem, der har læst og forstået lovgivningen, herunder også alle de bestemmelser, hvoraf det meget, meget tydeligt fremgår, at der er vederlagsfri ret til behandling på alle de strækninger i det danske sundhedsvæsen, som vi kender det i dag.

Hvis nogen engang skulle finde på at gøre det anderledes, vil det altså kræve, at man vender tilbage til Folketingssalen med konkrete forslag om lovændringer. Det gør den her regering i hvert fald ikke, for denne regering står vagt om, at der skal være fri, lige og gratis adgang til sygdomsbehandling, som vi kender det i dag. Og for os har det ikke bare været en flot målsætning, det har rent faktisk også været noget, vi har omsat i praksis gennem de sidste godt 3 år, og det er noget, vi agter at arbejde videre med i fremtiden, nemlig at gøre et godt dansk sundhedsvæsen bedre og skabe behandlingsmuligheder til de mennesker, der har brug for det.

Det har vi jo dokumenteret, og det er svaret til de mange – hvoraf nogle, kan jeg se, har valgt at forlade salen, efter at de har stillet spørgsmålene – der i dag har været inde på, hvor man henter inspiration til nogle af de ting, vi foreslår i sundhedslovgivningen om finansiering.

Kl. 16.10

Den inspiration kan man jo hente bl.a. i de sidste 3 år. Når der bliver spurgt: Er taktstyring effektiv? Ja, så kan man konstatere på udviklingen af det danske sundhedsvæsen over de sidste 3 år, at taktstyring er effektiv, fordi det er lykkedes for denne regering, hvad ikke er lykkedes for den tidligere regering, nemlig at skabe betydelig mere patientbehandling i virkeligheden uden, sagt helt ærligt, at tilføre relativt flere penge, end man gjorde i den forrige regerings sidste leveår.

Det er jo kombinationen af at stille flere ressourcer til rådighed og sikre sig, at de ressourcer kun kommer til udbetaling, hvis der leveres behandling for dem, at udstyre patienten med et sæt stærke rettigheder, at skabe gennemsigthed i sundhedsvæsenet, så man ved, hvad der er op og ned, hvad der virker, hvad der ikke virker både økonomisk og kvalitativt, der får tingene til at virke.

Det er dokumenterbart gennem de sidste 3 år, og det er jo sådan set også grunden til, at vi nu tager et skridt videre for at bringe os helt i mål. Det er jo så det, der fastlægges i lovgivningen her i kombination med de lovforslag, vi førstebehandlede i går aftes, om regionernes oprettelse og finansiering.

Det, vi gør nu, er, at vi tager et opgør med et meget atomiseret sundhedsvæsen, der i øjeblikket er drevet i 15 selvstændige enheder, til fordel for nu at introducere 5 stærke regioner, som får langt bedre mulighed for at planlægge et effektivt sundhedsvæsen, der også har fokus på kvalitet.

Jeg er glad for at kunne konstatere efter debatten, sådan som jeg har lyttet mig til den her i dag, at der sådan set er ret bred opbakning i Folketinget til, at det er fornuftigt at centralisere, kan man sige, sygehusejerskabet fra 15 til nu 5 enheder for at have et bedre planlægningsgrundlag. Det er en nødvendig ting, det fornemmer jeg at der er opbakning til, og det er jeg glad for.

Det står mig lidt uklart efter de indlæg, der har været, om der så er opbakning til et andet centralt element i lovforslaget, men det håber jeg så vi kan afklare nu her i den del af debatten, vi med mit indlæg her tager hul på, nemlig spørgsmålet om at give de centrale sundhedsmyndigheder lidt flere muskler at spille med. Fru Lone Møller udtrykte sig lidt tøvende om det, og jeg fangede i hvert fald ikke fuldt ud, hvad fru Charlotte Fischers stillingtagen var til det punkt.

Men det er i hvert fald en meget central del i det, vi foreslår her, fordi vi har brug for på en og samme tid at centralisere og decentralisere i det danske sundhedsvæsen, hvis vi skal stå vagt om kvaliteten i patienternes behandling.

Vi har jo kunnet se eksempler på, at på trods af at der har været en entydig faglig anbefaling af, at man f.eks. samlede visse behandlingsformer på relativt få adresser, så har lokale ambitioner, eller hvad det nu har været, alligevel gjort, at man har opretholdt behandlingstilbuddet på langt flere steder i strid med det, man kunne kalde øvelse gør mester-princippet.

Det er sådan set baggrunden for, at vi som et meget centralt element i det her lovforslag nu foreslår, at vi styrker de centrale sundhedsmyndigheders kompetencer på specialeplanlægningssiden af hensyn til patienternes sikkerhed. Jeg forstår så, at det er der nogle der tager som et udtryk for, at nu skal vi til at styre regionerne, at vi ikke har tillid og den slags ting.