

[Grove]

vurdere de ressourcemæssige konsekvenser af ændringer i denne funktionsopdeling. Punkt 3: Man skulle vurdere modeller til nye intensive arbejdsformer mellem hospitalsvæsenet og den primære sundhedssektor. Punkt 4: Man skulle undersøge behov for nye økonomiske data i et fremtidigt informationssystem. Punkt 5: Man skulle undersøge, om man i fremtiden bør satse mere på forebyggelse, og hvad det ville koste at satse mere på forebyggelse. Punkt 6: Man skulle vurdere det offentliges styringsmidler og stille forslag om forbedringer.

Ved en grundig belysning af disse 6 punkter ville man få et godt grundlag for en overordnet prioritering inden for vort sygehusvæsen. Vi var vel alle klar over, at det var en stor opgave, der blev pålagt dette udvalg. Udvalget satte også vores tålmodighed på prøve, idet det har taget næsten 4 år at få denne betænkning frem. Man kunne så også have lov til at håbe, at vor tålmodighed ville være blevet belønnet. Men her vil jeg gerne sige, at denne betænkning er en tynd kop te. Derfor vil jeg gerne om ministerens redegørelse sige – idet jeg takker for redegørelsen og takker for lejligheden til at komme til at diskutere prioriteringen inden for sundhedsvæsenet – at ministerens redegørelse jo også bliver en løs omgang snak; den munder kun ud i, at man skal nedsætte endnu et råd.

Det positive, man kan sige om prioriteringsbetænkningen – og jeg vil da gerne fremhæve det positive først – er, at betænkningen giver en virkelig god beskrivelse af vort nuværende sundhedsvæsens historie og vort nuværende sundhedsvæsens stade. Man opfylder det første punkt i kommissoriet helt og fuldt. Det er også lykkedes for udvalget på en fremragende måde at sætte fokus på manglerne ved, ja, man kan næsten sige på sygdommene i vort sundhedsvæsen. Man har glimrende belyst den totale mangel på overblik, mangel på planlægning, en håbløs koordinering, styring og kontrol; mangel på et effektivt data- og informationssystem peger man også på. Så længe man savner disse ting, vil ethvert forsøg på en fornuftig prioritering vel egentlig blive en gang politisk blindbuk, hvor man hver især inden for de politiske partier kan hive sine synspunkter frem og sige: så længe ikke andet er bevist, så er det i hvert fald det bedste.

Med hensyn til kommissoriets punkt 2 og 3 om opgaveforskydning mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet og vurdering af nye modeller til bedre samarbejdsformer inden for sundhedsvæsenets forskellige sektorer kommer udvalget med løs snak og understreger til sidst nødvendigheden af, at bestræbelserne på at koordinere funktionerne i sygehusvæsenet til en helhed intensivieres, samt at medicinalpersoner – hvad det nu måtte være – bør udvise større omkostningsbevidsthed. Tænk, at et udvalg kan være 4 år om at nedskrive så store selvfølgeligheder!

Med hensyn til spørgsmålet om, hvordan man skulle løse det, hvordan man skulle nå frem til det, man ønsker, får vi ingenting at vide, selv om udvalget egentlig blev bedt om at fremstille modeller, man kunne vælge og prioritere imellem.

Med hensyn til spørgsmålet om at øge den forebyggende indsats anbefaler udvalget, at man øger det forbyggende arbejde såvel i sundhedssektoren som i andre samfundssektorer. Men begrundelsen for, at udvalget anbefaler en øget forebyggelse, er egentlig højst besynderlig. Man siger, at der kun bruges 3-5 pct. af sundhedsudgifterne til forebyggelse, og alene af den grund mener udvalget, at man skal opprioritere det forebyggende arbejde. Det gør man, til trods for at udvalget samtidig erkender, at vi ikke ved tilstrækkeligt om effekten af forebyggelse i forhold til behandling.

Her foreslår udvalget at øge nettoudgiften til sundhedsvæsenet, og skal man sige det stærkt, så er det egentlig kun øgede udgifter, der er resultatet af prioriteringsudvalgets arbejde. Tænker vi på startgrundlaget, PP II, er resultatet jo bedrøveligt. Jeg tror, man må sige, at en af årsagerne til det er nok, at udvalget og dets arbejdsgrupper i allerhøjeste grad har været ensidigt sammensat, idet næsten kun folk med arbejde inden for eller med tilknytning til sundhedsområdet har været involveret. Vi må nok i fremtiden også trække på eksperter udefra, eksperter, som ikke er opvokset i et medicinsk miljø.

Vi bruger 15-20 år til at uddanne en overlæge, og så er vore overlæger også dygtige til at behandle mennesker. Men når vi så har fået ham godt uddannet, så sætter vi ham til at administrere store ressourcer. Arbejdet med personalepolitik og budgetter tager mindst halvdelen af hans tid, og det sker na-