

[Dagmar Mørk Jensen]

Nogle af de forudsætninger, vi har efterlyst, sidst ved debatten den 29. oktober 1987, er ved at komme på plads. Opmandskendelsen vedrørende yngre læger er kommet, så arbejdsforholdene på sygehusene er ved at blive forhandlet færdig, og den nye sygesikringsaftale forhandles. Forudsætningen for en godkendelse af den må være, at den tager højde for, at vægten skal flyttes til forebyggende arbejde, og man kan jo altid henvise til tandlægernes gode eksempel.

Lotz-udvalget er kommet med sine anbefalinger, og for os ser adskillige af disse udmærket brugbare ud. Når vor forudsætning er, at forebyggende arbejde skal i gang inden for ikke alt for udvidede rammer, og når vi ved, at resultatet heraf først bliver synligt efter en årrække, kan vi lige så godt se i øjnene, at det både koster penge og en prioritering, ikke mindst i betragtning af de nye opgaver, der trænger sig på, og vi ved jo også, at AIDS vil medføre væsentlige udgifter.

Men det er vanskeligt at komme i gang med forebyggende arbejde. Det hænger selvfølgelig sammen med, at bevillingerne skal gives straks, mens resultaterne først kommer senere. Et eksempel herpå og på, at besparelserne ikke altid kommer dér, hvor udgifterne er, at det ikke altid passer sammen, er, da vi indførte vaccination mod mæslinger og fåresyge. Da fik vi nogle beregninger, der viste, at det betød en udgift på 75 mio. kr., men at samfundet ville tjene 138 mio. kr. Men forholdet var det, at staten mistede 29 mio. kr., amterne fik en lille gevinst på 13 mio. kr., forældrene fik en gevinst på 77 mio. kr., og arbejdsgiverne fik en gevinst på 57 mio. kr.

Det forklarer, hvorfor det kan være så svært at få politikere til at vedtage noget. Men alligevel kan det ikke nytte, at vi tror, at vi kan vente, indtil al behandling er overstået. Jeg vil sammenligne med trafikforhold. Det er ligesom mere forståeligt for mange mennesker.

Vi kommer tit ud for et vejkryds, som skal reguleres; det kan jo ikke hjælpe, at vi venter med at gøre det, indtil alle brækkede ben er repareret. Det samme gælder for dette område.

Jeg sagde, at der også skulle prioritering til, og hvem skal så foretage den prioritering? Det Radikale Venstre ønsker fortsat et decentralt sundhedsvæsen med rammebevillinger, gerne helt ud i afdelingerne for sygehusenes vedkommende, men også for den primære sundhedsstje-

nestes vedkommende, også for sundhedsplejersken. Man skal ikke glemme, hvor vigtige de er i det arbejde. Alligevel er vi tilbøjelige til at tro, at der må foretages en overordnet prioritering, ikke mindst fordi der er grænser for, hvor stor forskel i behandlingsmuligheder befolkningen vil acceptere.

Sundhedsministeren har forudsagt en rekonstruktion af plads- og visiteringsudvalget. Et sådant moderniseret udvalg vil formentlig komme til at bestå af repræsentanter for centrale og lokale myndigheder, men hvis det udvalg skal påtage sig prioriteringsopgaverne, var det vel rimeligt, om man fik en eller anden form for patientrepræsentation eller i hvert fald borgerrepræsentation tilknyttet. Det endelige ansvar for prioriteringen må selvfølgelig ligge hos politikerne med god bistand af lægerne, men befolkningen må være med i debatten.

En prioritering vil uvægerlig komme til at røre mange hellige køer. Jeg kan nævne amternes uindskrænkede kompetence, lægernes frie ordinerings- og henvisningsret, utallige organisationsprivilegier osv. osv., skrankerne mellem praktiserende læger, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, speciallæger og sygehuse af forskellig størrelse. Alt det skal nedbrydes. Som eksempel på ting, vi synes ikke har været helt heldige, vil jeg nævne indførelsen af behandling af barnløse. Det forekommer os, at den kom temmelig administrativt ind uden den fornødne forudgående diskussion.

Jeg vil også nævne, at samarbejdet mellem alle de nævnte parter og socialforvaltningen vil være en nødvendighed.

Jeg talte før om, at der skal både penge og prioritering til, og det rejser det ubehagelige spørgsmål: Hvor skal pengene tages fra? Hvis ikke man vil – det kommer man sikkert til – bevilge midler til dette, så kommer man til at stille spørgsmålet: Hvad er det for gamle behandlinger, man kan vælge fra? Hvilke nye er det, der ikke må komme i gang?

Jeg vil supplere med, at for det forebyggende arbejdes vedkommende må man tage fat på alle områder: arbejdsmiljø, det psykiske klima på arbejdspladsen, boligpolitik osv. osv. Det har jeg forstået at der er bred enighed om.

Det er vores opfattelse, at vi skal holde fast på den blanding, måske ikke nøjagtig den samme, men i hvert fald en blanding af offentligt sundhedsvæsen og det liberale islet, vi har, og