

[Sundhedsministeren]

dannet tilstrækkelig mange til, at alle patienter med behov for den pågældende behandling også rent faktisk kan behandles på et teknisk og lægeligt forsvarligt niveau.

For det andet vil en ny behandling, uanset hvor afprøvet den er, når den tages i brug over for patienter, være behæftet med en vis usikkerhed med hensyn til langsigtede resultater eller senere tilstødende komplikationer. Derfor vil den første tid være præget af, at man kun behandler de patienter, hos hvem man på forhånd kan sige, at komplikationsrisikoen er mindst mulig i forhold til de opnåelige resultater.

Mens lægerne efter min opfattelse således må påtage sig ansvaret for den prioritering, som dagligt finder sted i behandlingen, og altså dermed ansvaret vedrørende den konkrete patients behandling, må fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer foretages af politikere med et folkeligt mandat, således at også overordnede hensyn tilgodeses.

Særinteresser spiller jo uægtelig med som blind makker ved fordeling af ressourcerne, og vi kan ikke se bort fra, at de læger, som bedst forstår at vække interesse om deres specialer, har mulighed for, uden at økonomiske helhedsvurderinger i øvrigt foretages, at lægge beslag på betragtelige dele af de forhåndenværende midler.

Den prioritering, der her er nødvendig, vil ofte ske på grundlag af en dialog mellem behandlerne på den ene side og administratorer og politikere på den anden side, og den kræver, ikke mindst i en periode, hvor de budgetmæssige rammer er snævre, en ganske betragtelig indsats af de deltagende beslutningstagere.

Det har derfor været glædeligt at konstatere, at der ved det første møde i det sundhedspolitiske kontaktudvalg, der som bekendt ud over sundhedsministeren består af finans-, social- og indenrigsministrene, formænd og næstformænd for Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening, overborgmesteren i København og borgmesteren for Frederiksberg samt formændene for henholdsvis Sammenlutningen af Sociale Udvalg og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, var bred forståelse for prioriteringsdebattens nødvendighed. Der var i kontaktudvalget enighed om, at det er nødvendigt for en styring af samfundet, at der på alle niveauer, både de faglige og de politiske, træffes en række valg. Men der var samtidig enig-

hed om, at en prioriteringsdebat ikke må sætte en fornuftig udvikling i stå.

Konkret har udvalget drøftet problemet om afvikling af ventelister. Mange initiativer er i den forbindelse taget lokalt og vil ved Sundhedsministeriets hjælp blive viderebragt til de øvrige parter. Samtidig har regeringen taget initiativ til at udvide operationsaktiviteten på Rigshospitalet, og en handlingsplan er iværksat for at nedbringe ventetiderne inden for ortoped-, øjen- og hjertekirurgi.

Sundhedsstyrelsens kvartalsvise statistik om ventelister viser således en stigning i antallet af patienter opereret for stær – for bare at nævne dette eksempel – på 54 pct. fra 1985 til 1987, på 44 pct. for patienter opereret for hofter, på 57 pct. for knæ og på 21 pct. for hjertelidelser. Når så mange patienter alligevel stadig står på venteliste, er det altså ikke udtryk for manglende effektivitet, men for, at kravene til at blive behandlet er vokset endnu mere, end service-niveauet er steget, og det er jo sygehusvæsenets dilemma.

Sideløbende med denne prioritering føres også debatten om fordeling af midlerne mellem behandling og forebyggelse mellem sygehusene og praksissektoren, hvor det er regeringens opfattelse, at forebyggelse og indsats i primærsektoren bør opprioriteres, og at sygehusenes rolle og fremtidige funktion i det samarbejdende sundhedsvæsen derfor nøje bør overvejes.

Mens den prioritering, jeg her har omtalt, vedrører prioritering inden for sundhedssektoren, må der også ske en prioritering af sundhedssektoren, altså en vurdering af, i hvilket omfang ressourcer skal tilføres denne sektor set i sammenhæng med f.eks. socialektoren, miljøsektoren og undervisningssektoren, hvor der kan fremføres lige så berettigede krav om at opprioritere indsatsen på disse områder.

I den offentlige debat har det synspunkt været fremført, at der skal hjælpes og helbredes uanset økonomiske muligheder. Det siges ligefrem, at bedømmelsesgrundlaget aldrig må blive, om vi har råd, om der er økonomi i at helbrede et menneske. Konsekvensen af dette synspunkt må være: Sundhedssektoren skal altid prioriteres frem for andre sektorer.

Selv om jeg som sundhedsminister naturligvis har en særlig interesse i tildelingen af ressourcer til sundhedssektoren, vil jeg kraftigt advare imod ureflekteret at acceptere dette syns-