

Tryghedens gruppe:

Tryghed og kvalitet:

Tryghed og kvalitet er to størrelser, der hænger uløseligt sammen i »Den danske Velfærdsmodel«!!! Sådan **burde** det være i Danmark, men sådan det langtfra. Tværtimod er der på det nærmeste tale om en sammenhæng, der siger: »Jo højere skattetryk, des lavere service – og lavere service medfører dårligere og dårligere menneskelig tryghed.«

Det er i den sammenhæng tankevækkende, at en nylig opgørelse over det danske skatte- og afgiftstryk² viser, at i perioden fra d. 1. januar 1999 og til og med d. 10. august går hele ens indkomst til skatter og afgifter. Med andre ord. Først fra den 10. august begynder man at tjene penge til sig selv - vel at mærke, hvis man har en indkomst som en gns. produktionsarbejder på 270.000 kr. Har man en højere indkomst, kommer topskatten bragende, og så varer det ganske meget længere, inden man begynder at tjene penge. Med et sådan skattetryk kan det derfor kun medføre måbende undren, at der stadig er mennesker på venteliste til operation, at ældre ikke får den pleje, de har brug for, at medicinpriserne er skyhøje – og sådan kunne man blive ved, for listen er nærmest uendelig.

Sundhedssektoren:

Den enkelte borgers velfærd påvirkes direkte af sundhedssektorens ydelser. Altså, en velfungerende sundhedssektor er en afgørende forudsætning for et velfungerende velfærdssamfund. Og med størrelsen på de offentlige sundhedsudgifter skulle man mene, at muligheden burde være til stede.

Eksempelvis fremhæver en tværnational hollandsk undersøgelse, der korrigerer for opgørelsesmetoden i de enkelte lande, at Danmark ligger blandt de lande, der bruger den største andel på sygehuse og plejehjem, jf. Politikken, d. 7.1.1999. Omregnet til kroner og øre udgjorde det offentligt forbrug til sundhedsvæsenet 57 mia. kr.³ (ca. 9 pct. af BNP (1997)), heraf de 40 mia. kr. direkte til sygehuse, jf. rapporten, »Udviklingen i sundhedsudgifterne 1988-1997«.

I Danmark foretages der årligt ca. 1,1 mio. indlæggelser og 4,5 mio. ambulante besøg på sygehuse. 76 pct. af patienterne behandles akut. Men 7 pct. af de indlagte patienter venter over 3 måneder på behandling. Der er dog tale om markante forskelle såvel regional⁴ som inden for de enkelte specialer. Eksempelvis er den gennemsnitlige ventetid på kirurgisk behandling »kun« 87 dage, og inden for dette speciale venter 28 pct. af patienterne over 4 måneder, jf. Politiken d. 7.1.1999.

Men det er ikke kun inden for kirurgiske behandlinger, at ventelisteproblemet er stort, hvilket illustreres af nedenstående eksempler hentet fra Sundhedsministeriets ventelistestatistik.

- Grå stær, hvor man kan risikere at vente 52 uger på en forundersøgelse og 38 uger i forbindelse med behandling ved indlæggelse.
- Kunstigt knæ – 39 uger til en forundersøgelse og 65 uger for behandling ved indlæggelse.
- Patienter til en by-pass eller ballonudvidelse af hjertet kan risikere at vente i 14 uger
- Udlevering af høreapparat - 90 uger til en forundersøgelse og 56 uger for behandling ved indlæggelse.

Det eneste glædelige, med hensyn til ventelisterne er, at kræftoperationerne generelt er har en lavere ventetid – normalt fra 1 til 7 uger, men det er jo også her, den størst offentlige og politiske interesse har fokuseret⁵.

Uafhængigt af sygdomsbillede og behandlingskrav er ventelister helt uacceptable. Her har det frie sygehusvalg spillet fallit – ikke mindst, idet et sygehus kan afvise udenamts-patienter af kapacitetsmæssige årsager⁶. Det er derfor tvingende nødvendigt, at pengene følger patienterne, og at disse kan benytte det behandlingssted, som de mener er bedst for dem – helt uafhængigt af, om det forgår i offentlig eller privat regi. Det væsentligste er, at patienten bliver behandlet hurtigst muligt. For at sikre dette skal borgerne have mulighed for selv, eller gennem sin arbejdsgiver, at tegne en skattefri sygeforsikring, der sikrer behandling i det sekund, et sygdomsbillede konstateres.

2. Fra en rapport fra Den europæiske arbejdsgiverorganisation UNICE, gengivet i B.T. d. 10 august 1999.

3. »Strukturovervågning – international benchmarking af Danmark«, Kapitel 15, regeringen, maj 1999.

4. Også forskelle i opgørelsesmetode skaber tvivl om de aktuelle ventelister

5. Sundhedsministeriets ventelistestatistik.

6. Lov nr. 1024 af 19. december 1992.