

Man kan også beskrive baggrunden for stigningen ved at se på øjenområdet, hvor

antallet af operationer for grå stær er vokset eksplodivt.

	1983	1984	1985	1986	1987
Operationer for grå stær	360	425	755	683	1.000*

(Faldet i 1986 skyldes indskrænkninger i afdelingens aktivitet det år med det formål at overholde budgettet). *Planlagt.

Vi er glade for stigningen i antallet af grå stær-operationer – og oven i købet har den kunnet finde sted med et beskedent merforbrug af ressourcer. For her, som på så mange andre områder inden for kirurgien, er der udviklet en mere rationel teknik, sengetallet er uændret, og der er i det hele taget ikke truffet politiske beslutninger om at øge serviceniveauet.

I Fyns Amt har vi i dag omkring 420 på venteliste til operation for grå stær, og ventetiden er ca. 6 måneder. I Vejle Amt, hvor kapaciteten på dette område er særlig stor, bliver der opereret dobbelt så mange patienter som i Fyns Amt set i forhold til befolkningsunderlaget. Alligevel er Vejles venteliste og ventetid meget længere end på Fyn, fremgår det af Indenrigsministeriets opgørelse af november 1986.

Forklaringen er igen, at normerne for, hvor kraftig synsnedsettelsen skal være, før operation er relevant, flytter sig, når mulighederne for operation øges.

Forringer man derefter atter mulighederne, vil det tage mange år, før forventningerne og dermed tilbøjeligheden til at henvise til operation er tilpasset de forringede muligheder. Og der vil opstå lange ventelister og være stor utilfredshed, indtil man – måske – accepterer de nye vilkår.

Spørgsmålet er også, om det overhovedet er rimeligt at nægte ældre en synsforbedrende operation, som koster mindre end et godt farvefjernsyn?

I de lande, vi plejer at sammenligne os med, er antallet af synsforbedrende operationer pr. indbygger betydeligt højere end i Danmark.

Ifølge Indenrigsministeriets betænkning nr. 1.044 ligger sundhedsudgifterne da også relativt lavt i Danmark. Den andel af bruttonationalproduktet, der går til sundhedsudgifter, er kun 7 pct. i Danmark mod 10 pct. i Sverige og endnu mere i det stærkt privatise-

rede USA. Også både Frankrig og Vesttyskland har højere sundhedsudgifter, end vi har.

Der er derfor ikke baggrund for at fortvivle over det niveau, de danske sundhedsudgifter har, og befolkningen er også villig til at betale for de nye muligheder, sundhedssektoren giver. Men samtidig er der god grund til at diskutere, hvordan vi her i landet fremover skal prioritere inden for sundhedsvæsenet.

Behovet for en diskussion understreges af, at kun ganske få af de tillægsbevillinger, vi giver til sygehusvæsenet, er udtryk for politisk prioritering.

Langt de fleste merudgifter skyldes voksende patientpres, nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen osv. – og er altså ikke udtryk for egentlige politiske beslutninger om at forbedre tilbuddet til denne eller hin patientgruppe.

Vi må se i øjnene, at sundhedsvæsenet har en betydelig indbygget »automatisk« vækst, og at den kun kan dæmpes gennem styringsmidler, vi ikke kender eller ikke accepterer i dag.

Reducerer vi sengetallet, så behandlingsskapaciteten f.eks. svarer til 1986-niveauet, vil dette ikke standse denne vækst, men betyde, at flere patienter bliver stillet på venteliste, og at patienterne kommer til at vente længere, end de tilsvarende patienter gjorde i 1986.

Der er nogle områder, hvor det er muligt at træffe nationale, politiske valg, som vil få stor indflydelse på de kommende års sundhedsudgifter. Det er f.eks. spørgsmål som,

- i hvor stort omfang skal vi give strålebehandling og kemoterapi til kræftpatienter med ingen eller små overlevelsesmuligheder?
- vil vi ændre dødkriteriet, så der åbnes for transplantationer af hjerte, lever og bugspytkirtel?
- hvilket serviceniveau skal der være for grå stær-operationer, hofte- og andre ledud-