

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds: Folketingets Sundhedsudvalg og pressen

Anledning: Samråd – 2 spm.

Taletid: 10 minutter

Tid og sted: Den 4. juni 2008 kl. 14

Fil-navn:

Tale – Samråd Å-AA

Samrådet i dag vedrører to spørgsmål om kvaliteten af kræftoperationer i forhold til diskussionen om private vs. offentlige sygehuse.

[Spørgsmålene]

I Spm. Å bedes jeg redegøre for, hvorfor jeg ikke stiller de samme kvantitative og kvalitative krav til private hospitaler, som skal udføre kræftoperationer, som jeg stiller til offentlige hospitaler, som skal udføre de samme operationer.

Og i Spm. AA bedes jeg redegøre for, hvorfor regeringen ved at tillade kræftoperationer på privathospitaler, fraviger beslutningen om, at de højest specialiserede behandlinger skal foregå samlet på de hospitaler med den største ekspertise.

[Patienter, der selv betaler for behandling i det private]

Jeg synes først, at der er behov for at afklare, hvad det egentlig er vi taler om. For private sygehuse kan jo tilbyde deres ydelser ud fra 3 forskellige udgangspunkter.

- Til selvbetalere
- inden for det udvidede frie sygehusvalg
- eller planlagt og aftalt med en region.

Borgere, der i Danmark ønsker at købe sundhedsydelser for egen regning, har ret til at gøre dette i det private på de vilkår, som gælder dér. De private sygehuse og klinikker skal naturligvis overholde autorisationslovens regler om omhu og samvittighedsfuldhed. Og patienter på privathospitaler kan også gøre brug af Patientklagenævnet eller Patientforsikringen, hvis der har været fejl ved de involverede sundhedspersoners faglige virksomhed, eller hvis de har lidt skade som følge af behandlingen.

Men sådan som jeg læser spørgsmål AA, så anser Socialdemokraterne det åbenbart for problematisk, at det overhovedet er *tilladt* at modtage kræftbehandling i det private for *egen* regning, når der sideløbende tilbydes kræftbehandling i det vederlagsfri, offentlige sundhedsvæsen. Der må jeg jo så bare konstatere, at der her er en grundlæggende uenighed mellem spørgeren og regeringen.

[Kræftbehandling og det udvidede frie sygehusvalg]

Hvis regionerne indgår aftale med private sygehuse og klinikker om kræftoperationer inden for det udvidede frie sygehusvalg, så har regionerne et medansvar for, at behandlingen varetages på en fagligt forsvarlig måde. I den forbindelse skal de private sygehuse, der ønsker at udføre højt specialiseret behandling, dokumentere forhold vedr. lægelig kompetence, kapacitet og dimensionering, som regionerne efterfølgende indsender til Sundhedsstyrelsen.

[Den specialiserede kræftbehandling]

Men igen er det altså nødvendigt at være helt skarp i begreberne. Sundhedsstyrelsen sonderer i specialeplanlægningen mellem sygehusvæsenets hovedfunktioner, som udgør ca. 90 pct. af sygehusenes virksomhed, og specialiserede funktioner. Blandt de specialiserede funktioner sondres mellem *regionsfunktioner*, som skal være ét – allerhøjest 2 – steder i hver region, og *højt specialiserede funktioner*, som højest skal være 1-3 steder i hele landet.

Kræftoperationer under ét er *ikke* specialiserede funktioner, og da slet ikke højt specialiserede. Tværtimod varetages en stor del af behandlingen på hovedfunktionsniveau. De operationer for tarmkræft, der har været nævnt i debatten og har inspireret dagens spørgsmål, er overhovedet ikke specialiserede i denne forstand. De fandt i 2007 sted på 36 offentlige sygehuse. Jeg nævner det for at illustrere, at der i det offentlige sygehusvæsen hidtil er gennemført tarmkræftoperationer adskillige steder, og det viser, at operationer for tarmkræft ikke er højt specialiseret behandling, der anvendes i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

De er ved at blive samlet på betydeligt færre steder i den igangværende planlægning, og det er godt, for vi ved, at det fører til højere kvalitet i behandlingen.

Ved behandling på hovedfunktionsniveau har Sundhedsstyrelsen alene vejledende beføjelser over for offentlige og private sygehuse. Der hvor der virkelig er tale om *specialiseret behandling*, så stiller Sundhedsstyrelsens krav til og godkender specialiserede funktioner på offentlige og private sygehuse som led i den speciale gennemgang, der forventes at løbe til udgangen af 2008. Det er altså en proces, der ikke er afsluttet.

Hvis man stiller fuldstændig samme krav til et privat sygehus, der udfører behandling efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, og et offentligt sygehus, ville det føre til, at der aldrig ville blive mulighed for patienter for at bruge ordningen. Et privat hospital kan jo ikke på forhånd forpligte sig til, at det skal levere et bestemt antal operationer, da hospitalet ikke kender mængden på forhånd, som jo bl.a. er afhængig af, hvordan det offentlige sygehusvæsen agerer.

Og som Sundhedsstyrelsen allerede har påpeget, så kan der ikke tages stilling til specialiseret behandling på konkrete offentlige og private sygehuse, så længe speciale gennemgangen ikke er afsluttet. Derfor er det for tidligt at sige præcis, hvilke krav der vil blive stillet til de private sygehuse, der vil løse specialiserede funktioner under det udvidede frie sygehusvalg.

Men det er vigtigt at være opmærksom på, at en læge, der f.eks. kun behandler et begrænset antal patienter inden for det udvidede frie sygehusvalg, sagtens sideløbende kan behandle et stort antal patienter på offentlige sygehuse. Derfor skal man være *ekstremt* påpasselig med disse simple sammenligninger af offentlige og private sygehuse.

Når vi i lyset af den kommende specialeplanlægning kender konturerne for tilrettelæggelsen af behandlingen i det offentlige sundhedsvæsen, så skal vi have fokus på, hvordan vi fastlægger kravene til den kliniske kerne kvalitet på de private sygehuse og klinikker.

Her skal det være sådan, at der bliver ens krav til kvaliteten, eksempelvis krav til lægernes operationserfaring, det samlede behandlingsteam eller lignende. Det må vi vende tilbage til, når vi er længere fremme i arbejdet med specialeplanlægningen – et arbejde som jeg i øvrigt gerne vil give Sundhedsudvalget en status på, når vi mødes efter sommerferien.

[Pakkeforløb på kræftområdet]

Men det, som virkelig sætter disse samrådsspørgsmål i perspektiv, er pakkeforløbene på kræftområdet, som allerede i år er blevet en realitet.

Regeringen og regionerne blev sidste efterår enige om, at kræftpatienter har krav på pakkeforløb, hvor undersøgelser og behandling på forhånd er booket og tilrettelagt. Og pr. 1. april i år var forløbene allerede oppe at køre for fire af de mest udbredte kræftformer. Inden udgangen af året vil der være pakkeforløb for samtlige kræftformer. Så er vi dækket ind.

Hele formålet med pakkeforløb på kræftområdet er at levere udredning og behandling, der hviler på fælles nationale kliniske retningslinier, og som leveres uden unødige ventetider. Et kernefokus i pakkeforløbene er altså at nedsætte ventetiden på behandling. Faktisk så meget, at det på sigt slet ikke bliver *relevant* at tale om det udvidede frie valg på dette område. Det er derfor en styrkelse af *det offentlige sundhedsvæsens* tilbud til kræftpatienter, som allerede i dag tilbyder maksimale ventetider, der er væsentligt kortere end i det udvidede frie sygehusvalg.

At regionerne så eventuelt også inddrager privathospitalerne i at sikre kapacitet til gennemførelse af pakkeforløbene - ja, det ser jeg ingen problemer i. For regionerne står inde for de tilbud, som de leverer i samarbejde med f.eks. privathospitaler. Og når de kliniske retningslinier for pakkeforløbene er fastlagt, så handler det vel om at få patienterne hurtigt i behandling, og ikke om at placere behandlingen i en bestemt sektor på forhånd.

[Afslutning]

Afslutningsvis mener jeg derfor ikke, at de to samrådsspørgsmål har synderlig relevans for kræftområdet. For pakkeforløbene på kræftområdet vil sikre behandling uden unødigt ventetid, så det udvidede frie valg ikke bliver aktuelt. Og kravene til specialiserede funktioner indgår i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, og kan meldes ud, når speciale gennemgangen er afsluttet.