

Debat: Der er ikke brug for en hurtig sundhedsaftale

Politiken 23. februar 2020 Sektion 2 (Debat) Side 5 (Debat) KJELD MØLLER PEDERSEN, PROFESSOR VED SYDDANSK UN... 843 ord Id:e7971eff

SUNDHED *Sundhedsvæsnet* er i det store hele velfungerende. Så på Christiansborg har de tid til at tænke sig grundigt om, inden der laves reformer.

Det haster med en *sundhedsaftale*, hvis man skal tro den aktuelle debat. Det haster så meget, at KL i december barslede med et udspil, og *Danske Regioner* kom med et indspark her i februar. Allerede i januar kaldte oppositionen *sundhedsministeren* i samråd og ønskede svar på, hvornår der kommer et sundhedspolitisk udspil om det nære *sundhedsvæsen*, og da Jyllands-Posten i weekenden kunne berette, at Arbejdstilsynet havde givet en række påbud på grund af *arbejdspres* på *hospitalerne*, fik det *Overlægeforeningen*, *Danske Regioner* og *Danske Patienter* til at opfordre regeringen til at fremskynde et udspil til en samlet plan for fremtidens *sundhedsvæsen*. Presset for en sundhedsaftale er med andre ord massivt.

Men haster det med at få en overordnet sundhedsaftale? Nej, det gør det ikke.

Vi har i det store hele et velfungerende *sundhedsvæsen*, som ikke kalder på en hurtig, gennemgribende reform. Der er ganske vist enkeltsager, som påkalder sig opmærksomhed, f. eks. om retningslinjer, der ikke er blevet fulgt, men det løses ikke med en reform. Der er også spørgsmålet om ulighed i sundhed. Det er et reelt problem, men det løses ikke ved symbolsk at lave en afdeling for ulighed i *Sundhedsministeriet*. Desuden ligger hovedkilderne til uligheden i høj grad uden for *sundhedsvæsnet*.

Der er naturligvis også en række tilbagevendende problemstillinger, som skal have et svar - f. eks. ønsket om bedre sammenhæng mellem *sygehuse*, almen praksis og kommunerne. Men det har der været talt om i 30-40 år. Var der simple løsninger, var de for længst blevet indført.

Med andre ord: Der er en række forhold, der bør og kan justeres, men det skal ikke løses som hasteopgave. Tværtimod: Vi skal have mindre hastværk og mere analyse og refleksion.

Sundhedsvæsnet befinder sig ikke på en brændende platform. Der er ikke noget rivravruskende galt, og hvis man vælger at haste en aftale igennem, risikerer man at overse en række uløste problemstillinger i det nære *sundhedsvæsen*, for de kan ikke løses med et fingerknips.

NÆRHED HAR længe været kodeordet i diskussionerne om fremtidens *sundhedsvæsen*, og vil man satse mere på det nære *sundhedsvæsen*, skal man have mekanismer, der 'automatisk' flytter ressourcer fra *sygehusene* til det nære *sundhedsvæsen*.

Det er faktisk en central forudsætning for en nærhedsreform.

I forbindelse med 2007-reformen indførte man den såkaldte kommunale medfinansiering, der skulle give kommunerne et incitament til at skabe alternativer til nogle af behandlingstilbuddene i det

regionale sundhedsvæsen, idet *kommunerne* blev pålagt at betale et beløb til *regionen*, hver gang en borger bruger det *regionale sundhedsvæsen*. Den ordning flytter rundt på godt 20 mia. kr.

om året, men her, 12 år efter at den blev indført, har den ikke vist sig at have effekt! Bortset fra at den har skabt mere bureaukrati.

Opgaveflytningen fra *sygehusene* til kommunerne, som jo netop er hensigten med en nærhedsreform, har nemlig udløst konstante økonomidiskussioner mellem *regioner* og kommuner. Når en *patient* f. eks. udskrives fra *sygehuset*, og kommunens hjemmesygeplejerske skal give antibiotika gennem et kateder (intravenøs antibiotika), uddelegerer *sygehusets læger* i princippet opgaven til hjemmesygeplejersken. Autorisationslovgivningen medfører nemlig, at sygeplejersken 'kun' er medhjælp for *lægen*.

Derfor, siger sundhedsjuristerne, er det *regionen*, der skal betale for hjemmesygeplejerskens bistand, og så skal der forhandles økonomi mellem kommune og *region* - det er ikke nogen uproblematisk sag. Problemstillingen dukker også op, hvis behandlingen er f. eks. hjemmedialyse, blodtransfusion osv.

Som en del af og som en forudsætning for en sundhedsaftale skal der findes smidige og generelle løsninger på det problem.

Gør man ikke det, sættes udviklingen mod mere nærhed i stå. Man kunne fjerne problemerne ved f. eks. at ændre autorisationsloven og ved at tage højde for de økonomiske konsekvenser af nærheden i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen, *Danske Regioner* og KL.

VIL MAN ET MERE velfungerende *sundhedsvæsen*, skal man i sagens natur sammentænke opbygningen af det nære *sundhedsvæsen* og *sygehusene* og ikke anskue dem særskilt. Én af grundideerne er, at man ved at flytte opgaver til det nære *sundhedsvæsen* frigør kapacitet på *sygehusene*.

Men hvordan sikrer man sig, at det rent faktisk sker? Skal man fortsætte med at udbygge *speciallægekapaleten* på *sygehusene*, eller skal man styrke de praktiserende *speciallæger*? Fortsætter man med at opbygge *speciallægekapaleten* på *sygehusene*, vil det kunne føre til argumenter mod at flytte opgaver til almen praksis og *speciallæger* med egen praksis, ligesom det kan føre til komplicerede overenskomststyrede løsninger med såkaldt 'forlagt tjeneste', der indebærer, at en *sygehusansat speciallæge* et par dage om ugen kommer på et sundhedscenter.

Alt dette skal gennemtænkes grundigt forud for en sundhedsaftale - gør man ikke det, risikerer vi en samlet og vel utilsigtet stigning i de samlede sundhedsudgifter.

Man kan altid ønske sig mere analyse og næsten analysere sig ihjel, men uanset hvad kræver gode løsninger gennemtænkning og analyse. Det er ikke bare et professorønske, men en nødvendig forudsætning for en god sundhedsaftale. Arbejdet med at lave en sundhedsaftale må godt trække ud, forudsat at ventetiden bruges til den nødvendige analyse og refleksion.

Var der simple løsninger, var de for længst blevet indført.

Fakta: BLÅ BOG

Kjeld Møller Pedersen

Født i 1949. Uddannet cand. oecon., professor i sundhedsøkonomi og -politik ved Center of Health Economics Research, Cohere, på Syddansk Universitet.