

Et sundhedsvæsen der virker

Radikale Venstre ønsker et stærkt sundhedsvæsen, der virker. Vi ønsker mere end nye og bedre sygehuse. Vi ønsker at hele vores behandlingssystem bliver i stand til at tage hånd om patienterne og sikre en hurtig men samtidig rigtig behandling. Radikale Venstre vil afsætte ekstra midler til sundhed. Men pengene skal bruges rigtigt, og der skal prioriteres i det eksisterende sundhedsvæsen. Der skal forebygges langt mere, så mange operationer og komplicerede behandlinger, der udføres i dag bliver unødvendige. De mest syge patienter skal sikres plads først i køen, men det kræver modet til at prioritere. Radikale Venstre vil stoppe "forgylningen" af de private sygehuse og så vil vi rette op på den sociale slagside inden for tandplejen.

Diagnose- og behandlingsgaranti

Radikale Venstre mener, at lægerne skal have mere råderum til at prioritere de sygeste patienter først. Lægen skal også have tid til at hjælpe de mindre syge bedst muligt, ved at afprøve de mest skånsomme behandlinger af patienten før man benytter sig af en operation. Samtidig skal patienten selvfølgelig sikres en hurtig diagnose. Så patienten ikke skal gå i uvished og så lægen kan sætte hurtigt gang i den rigtige behandling.

Denne prioritering er ikke mulig med regeringens behandlingsgaranti på én måned. Derfor foreslår Radikale Venstre en udredningsgaranti på max en måned, samtidig med at man udvider behandlingsgarantien til max tre måneder.

Du kan læse mere om problemerne ved behandlingsgarantien i Bilag 1.

Vi skal kræve mere af de private sygehuse

Radikale Venstre vil have alle aftaler med private hospitaler og klinikker i udbud. Der er i øjeblikket intet konkurrenceelement i forhandlingen med de private hospitaler. De private sygehuse bliver tværtimod overkompenseret med op til 20 %, og det giver os ikke mere sundhed for pengene. I de første 7 måneder af 2008 betalte regionerne 642 mio. for behandling af patienter på private

sygehuse¹. 20 % af det beløb svarer til at man fx kunne ansætte ca. 300 flere sygeplejersker - i stedet går pengene til overbetaling af privathospitalerne. Med en udbudsmodel kan man begynde at kræve mere af de private sygehuse ved fx at udbyde aftaler, der også inkluderer uddannelses- og forskningsansvar. På den måde kan vi motivere de private sygehuse til at hjælpe de offentlige med at løfte opgaven om at uddanne nye læger.

Samtidig er kvalitetssikringen af de private sygehuse ikke god nok, vi mangler simpelthen informationer fra de private. Derfor mener Radikale Venstre at lovgivningen skal laves om, fra en kan- til en skal-bestemmelse, så det bliver Sundhedsstyrelsens pligt at evaluere hele det offentligt finansierede sygehusvæsen. Der skal ikke være forskel på kvaliteten af behandlingerne på de private og offentlige sygehuse, når det offentlige betaler.

Skattefinansiering af sundhedsforsikringer skal afskaffes

Radikale Venstre vil også have skattefinansieringen af sundhedsforsikringer afskaffet fordi den er socialt skævvridende, og fordi den påståede aflastningseffekt for det offentlige sundhedsvæsen ikke er opstået.

Du kan læse mere om aftaletaksterne, udbudsmodellen og privatforsikringerne i Bilag 2.

Vi skal have mere forebyggelse

Radikale Venstre vil gøre noget ved forebyggelsen nu! Vi har ikke kun brug for billedadvarsler på cigaretpakkerne, vi har brug for et totalt rygeforbud på offentlige steder. Vi har ikke brug for mere bureaukrati gennem endnu en mærkningsordning af fødevarer, vi har brug for en seriøs afgiftspolitik på usunde fødevarer. Vi har i det hele taget brug for at være konkrete og handlekraftige nu. Derfor har Radikale Venstre også udformet et konkret og ambitiøst forebyggelsesudspil som du kan læse [her](#). Radikale Venstre har endvidere fremsat et beslutningsforslag om at alle børn mellem 0-6 år skal indkaldes til de forebyggende helbredsundersøgelser af egen læge, for forebyggelsen starter hos børnene. Du kan læse beslutningsforslaget [her](#).

¹ Jævnfør opgørelse fra Danske Regioner 2008

Vi skal sikre tandpleje til alle

Radikale Venstre har fremsat beslutningsforslag om gratis tandbehandling til personer med særlige tandproblemer som du kan læse [her](#). Det er ikke fair at du skal ruineres økonomisk fordi du er syg. Derudover mener Radikale Venstre, at der er en social slagside på sundhedsområdet og især inden for tandplejen. Derfor vil Radikale Venstre hjælpe kommunerne i deres forebyggende indsats inden for tandplejen samt kæmpe for at man gentænker brugerbetalingen på tandplejeområdet, da den er alt for høj for de svageste i samfundet.

Du kan læse mere om problemerne på tandplejeområdet i Bilag 3.

Bilag 1 - Behandlingsgarantien

Det offentlige sundhedsvæsen presses

DSI og Lægeforeningen påviser i deres rapport², at antallet af operationer i Danmark er steget permanent 10 %, som en følge af introduktionen af det udvidede frie valg og behandlingsgarantien. Ifølge rapporten er denne stigning sket fordi der er sket en indikationsændring, hvilket vil sige at man opererer på personer som ikke tidligere ville være blevet indstillet til operation.

Faktaboks 1: Vilkaere for behandlingsgarantien

For at behandlingsgarantien kan opretholdes kræver det aftaler med private sygehuse, der udbyder de ønskede behandlinger. Det vil sige, at hvis de private sygehuse ikke synes der er såkaldt *business* i at udbyde en behandling, så bliver den ikke udbudt. Der er *business* i fx hofte- og rygoperationer mens sjældnere og dyrere behandlinger fravælges. Det betyder, at der reelt ikke er behandlingsgaranti for alle behandlinger, og de patienter der ikke kan henvises til det private er så overladt til at vente i det offentlige uden garanti.

Behandlingsgarantien giver patienten ret til at få et behandlingstilbud indenfor en måned, og hvis det offentlige ikke kan møde dette krav og der samtidig er et privathospital, der udbyder en behandling, skal patienten henvises til dette privathospital på det offentliges regning. En behandlingsgaranti på én måned ligger derfor et ekstra pres på sygehusvæsenet, og ifølge Lægeforeningen er det ikke altid bedst for patienten at behandle så hurtigt som muligt.

Glidebane

Hvis man tager det ortopædkirurgiske område, hvor antallet af patienter der har fået et kunstigt knæ eller en kunstig hofte, som følge af slidgigt, er steget voldsomt mellem 2004 og 2007 (se Tabel 1), så er der mange af disse patienter, der ryger ind i komplikationer efter operationen.

² Lægeforeningen og DSI: *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet* (2009)

Tabel 1:

Indgreb	Stigning i procent fra 2004 til 2007 (Offentligt)	Stigning i procent fra 2004 til 2007 (Privat)
Indsatte knæalloplastikker (kunstige knæ)	50,7	361,3
Indsatte hoftealloplastikker (kunstige hofter)	13,9	55
Rygkirurgiske indgreb	57,3	196,4

Kilde: Ugeskrift for læger (2009:24)

Hvis man kan få patienten til at holde op med at drikke og ryge i tre måneder før operationen reducerer det risikoen for komplikationer, men det er der ikke tid til, når man operer med en behandlingsgaranti på én måned. Samtidig kan det for nogle patienter også være mere smertelindrende at tabe sig end at få et nyt knæ³. Ligesom en diskus prolaps i nogle tilfælde går i sig selv igen, så man derved undgår risikoen ved operation.

Derfor mener flere læger, at der er sat gang i en glidebaneudvikling i det danske sundhedsvæsen, hvor det i nogle tilfælde er hensynet til sygehusenes økonomi snarere end den enkelte patients helbredsmæssige behov, der styrer operationsaktiviteten. En stadig større del af de offentlige sygehusafdelingers budgetter er gjort afhængige af hvor mange patienter man er i stand til at køre igennem systemet. En taktik der går igen i regeringens nyeste sundhedspakke: *"Regeringen ønsker at revitalisere meraktivitetspuljen og samtidig at synliggøre de gode præstationer på de offentlige sygehuse. Statslige aktivitetsmidler skal i endnu højere grad sikre patienterne hurtigere behandling og kortere ventetider. Derfor skal puljen først og fremmest belønne behandling af ekstra patienter"*⁴. Oveni dette har vi den nyetablerede private sygehus sektor, der er på stykbetaling og som understøttes af behandlingsgarantien, der fremmer hurtig kirurgi frem for prioritering og en reel afvejning af hvad der er bedst for patienten.

³ Ugeskrift for læger: 2009, nr. 24: *Artroseepidemi i Danmark?* (8. juni 2009)

⁴ Regeringen: *Sundhedspakke 2009* s. 13

Bilag 2 – Aftaletakster, udbudsmodellen og privatforsikringer

Overkompensation

I juni 2009 kritiserede Rigsrevisionen⁵ Sundhedsministeriet for at have været medvirkende til at overkompensere de private sygehuse gennem aftaletaksterne. Lægeforeningen og DSI skønner, at der i gennemsnit har været tale om en overkompensation på op i mod 20 %⁶.

Regeringens argument for de forholdsvis høje aftaletakster er, at der er behov for at opbygge en sektor, og de sidste 8 års vækst i privathospitaler og -klinikker er et tydeligt bevis på, at det er en god forretning for de private. Danskernes skatte kroner skal bare ikke gå til at finansiere ”en god forretning”, de skal gå til at sikre en saglig udredning og den bedste behandling, og derfor skal vi også kræve mere af privathospitalerne og -klinikkerne.

Faktaboks 2: Aftaletaksterne

Aftalerne med de private sygehuse finansieres gennem de såkaldte aftaletakster. Aftaletaksterne skal tage udgangspunkt i de takster (DRG), som er udregnet ud fra de offentlige sygehuses omkostninger og som benyttes af de offentlige sygehuse til afregning mellem sygehuse, intern afregning og budgetlægning. De offentlige sygehuse har udover behandling og undersøgelse også forpligtigelser i forhold til uddannelse og forskning samt akutberedskab, hvilket afspejles i DRG taksterne. Det betyder, at de private sygehuse kompenseres ud fra takster, der ligger højere end de reelle omkostninger de har, da de private sygehuse ikke er forpligtet til uddannelse, forskning og akutberedskab, og samtidig ikke har incitament til at aflaste de offentlige sygehuse for de mere komplicerede operationer.

⁵ Rigsrevisionen: *Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse* (2009)

⁶ Lægeforeningen og DSI: *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet* (2009) s. 52

Som følge af kritikken fra Rigsrevisionen foreslår regeringen derfor nu at Regionerne og de private sygehuse, fra januar 2010, i deres forhandling om aftaletaksterne skal tage udgangspunkt i et sæt såkaldte referencetakster. Referencetaksterne vil være baseret på omkostningerne på den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostningseffektivt⁷.

Referencetakster er ikke nok, der skal udbud til

Ved blot at tage udgangspunkt i referencetakster forhindres det ikke at overkompensationen af de private sygehuse fortsætter. Det eneste der kan ændre denne adfærd er at alle aftaler som det offentlige sundhedssystem ønsker at indgå med private sygehuse eller klinikker sendes i udbud.

I forbindelse med suspensionen af det frie sygehusvalg blev udbud af behandlinger og undersøgelser brugt i alle fem regioner. I alle regioner blev der opnået takster, der ligger væsentligt under både DRG-taksterne og tidligere gældende takster under aftaletakstsystemet. Ifølge Lægeforeningen og DSI skønnes der at være tale om prisreduktioner i størrelsesordenen 20-35 %⁸, hvilket stemmer overens med den overkompensation, der er blevet identificeret. Der er dermed erfaringer, der viser, at ved at sende aftalerne i udbud vil taksterne blive reguleret så de stemmer bedre overens med de private partners egentlige udgifter.

Afskaf skattefinansiering af privatforsikringer

Intentionen med de arbejdsgiverbetalte private sundhedsforsikringer var at aflaste det offentlige sygehusvæsen, ved at lede de borgere der har en sådan privat forsikring direkte over i det private system. De arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er imidlertid ikke ligeligt fordelt i befolkningen, da 58 % af de privatansatte har en sundhedsforsikring stillet til rådighed, mens det kun er 6 % af de offentligt ansatte⁹. Skattesystemets indretning gør, at der er størst økonomisk fordel ved at tegne en sådan sundhedsforsikring for betalere af topskat. Samtidig er mænd og personer med en videregående uddannelse også overrepræsenteret¹⁰.

⁷ Regeringen: *Sundhedspakke 2009* s. 25

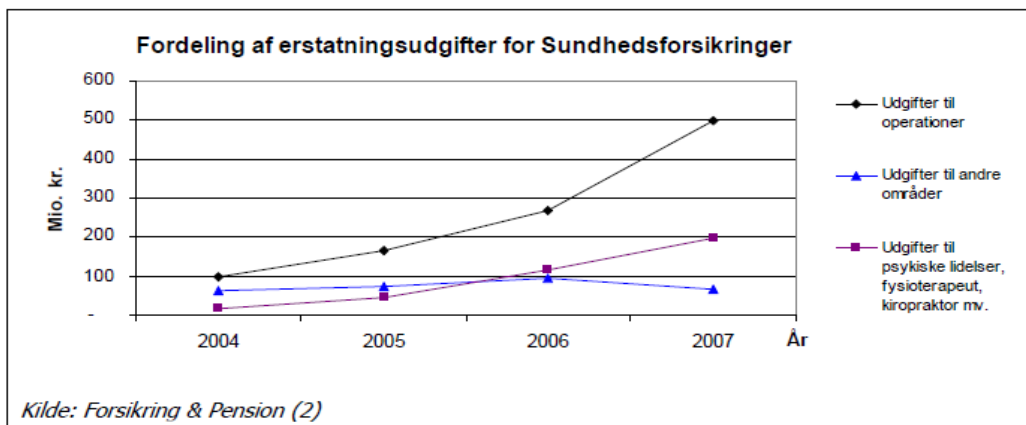
⁸ Lægeforeningen og DSI: *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet* (2009) s. 52-53

⁹ Lægeforeningen og DSI: *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet* (2009) s. 32-33

¹⁰ Lægeforeningen og DSI: *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet* (2009) s. 33

Ikke en aflastning for det offentlige sygehusvæsen

Når man ser på fordelingen af erstatningsudgifter for Sundhedsforsikringer, er den kategori der i kroner er vokset mest ”udgifter til operationer”. Det understøtter den ”glidebaneudvikling”, som flere læger har lagt mærke til.



Kilde: Lægeforeningen og DSI: *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet* (2009) s. 30

Den kategori der har udvist den største relative vækst er imidlertid ”udgifter til psykiske lidelser, fysioterapi, kiropraktik mv.”. Ifølge Lægeforeningen og DSI er der efter indførelsen af skattefinansiering af sundhedsforsikring, sket en ændring af praksis hos de fleste af de udbydende forsikringsselskaber. Denne praksisændring indebærer, at behandling hos fx kiropraktor, fysioterapeut og psykolog i stigende grad dækkes¹¹. De private sygehuse vil udbyde de behandlinger, der er størst efterspørgsel efter og som dermed giver mening for dem økonomisk (jf. Faktaboks 1). En reel vurdering af en evt. aflastning af de offentlige sygehuse, for den forsikringsfinansierede aktivitet på privatsygehusene er imidlertid ikke mulig, fordi privatsygehusenes indberetninger til Landspatientregisteret er for mangelfulde¹². Dette er en del af et større problem i forhold til de private sygehuse, der handler om kvalitetssikring.

Kvalitetssikring

Ifølge Lægeforeningen og DSI er det et gennemgående træk når man undersøger effekten af den voksende private sundhedssektor, at vi mangler informationer! Det er myndighedernes og dermed regeringens ansvar at holde øje med privat hospitalerne, så vi sikre at patienterne får samme kvalitet i behandlingen uanset om man bliver behandlet offentligt eller privat. Radikale Venstre er derfor også glade for at regeringen nu foreslår en lovændring, så Sundhedsstyrelsen kan iværksætte

¹¹ Lægeforeningen og DSI: *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet* (2009) s. 26

¹² Lægeforeningen og DSI: *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet* (2009) s. 31

evalueringer mv. af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen, hvilket inkluderer de private sygehuse og klinikker, der ikke er inkluderet af bestemmelsen i dag.

Men det er ikke nok af to årsager:

1. Der er tale om en kan bestemmelse og ikke en skal bestemmelse. Det burde være Sundhedsstyrelsens pligt at lave løbende evalueringer af hele det offentligt finansierede sundhedsvæsen, så vi sikrer at danskerne får en ordentlig behandling uanset behandlingssted.
2. De sundhedsaktiviteter, der er finansieret af de private forsikringssummer er stadig ikke inkluderet i denne bestemmelse, hvilket vil sige, at Sundhedsstyrelsen reelt ikke kan evaluere indsatsen på dette område.

Derfor foreslår Radikale Venstre at ovennævnte bestemmelse laves om til en skal bestemmelse samtidig med, at der tages skridt for at inkludere private forsikringsaktiviteter i evalueringsordningerne.

Bilag 3 – Tandpleje

En socialt retfærdig og forebyggende tandpleje

Ifølge en undersøgelse foretaget af AER¹³ for BL har 32 pct. af Danmarks 10 pct. fattigste ikke været til tandlægen mellem 2000 og 2004. Det svarer til ca. 580.000 personer eller 16 pct. af befolkningen. De rigeste 10 pct. går til tandlægen næsten 50 pct. mere end de fattigste og hvis man sammenligner med brugen af den praktiserende læge¹⁴, tyder det på at fravalget har noget at gøre med den høje brugerbetaling der er på tandlæge.

Social slagside

At det særligt er de laveste indkomstgrupper der vælger tandlægen fra understøttes af SFIs rapport om kontanthjælpsmodtagerne (2006) samt Rådet for Socialt Udsattes årsrapport (2009). Af SFIs rapport fremgår det at ca. 50 pct. af de adspurgte kontanthjælpsmodtagere har undladt at gå til tandlægen i 2006 af økonomiske årsager. Kontanthjælpsmodtagere kan søge støtte til enkeltydelser som de ikke selv kan oppebære udgiften til via aktivloven (tilskud til lavindkomstgrupper). 20 pct. af de adspurgte har modtaget en sådan støtte primært til sundhedsydelser og 27 pct. af disse har modtaget støtten for at betale en tandlægeregning.

Manglende tandeftersyn og tandbehandling kan føre til en markant dårligere livskvalitet. For det første på grund af eventuelle smerter, for det andet på grund af følelsen af social stigmatisering og for det tredje fordi tandproblemer gør det sværere fx at spise sundt samtidig med at eventuelle livsstilssygdomme kan forværres af f.eks. paradentose. Det er altså et omfattende problem for lavindkomstgrupperne at der er så høj en brugerbetaling på tandlægebehandling, hvilket vidner om en markant social slagside i sundhedssystemet, der bryder med et af hovedprincipperne i velfærdssamfundet – lige adgang til sundhedsydelser for alle borgere, uanset indkomst.

At gå regelmæssigt til tandlægen har en vigtig forebyggende funktion specielt for de socialt udsatte. Et pilotprojekt i Herlev Kommune har fået andelen af målgruppen, der går regelmæssigt til tandlægen til at stige fra 33 % til 67 %. Metoden var en opsøgende indsats med det formål at gøre de tilskudsberettigede i den socialt udsatte gruppe opmærksomme på deres rettigheder samt hjælpe

¹³ Arbejderbevægelsens Erhvervsråd: *Fordeling og levevilkår 2007*

¹⁴ De fattigste 10 pct. er dem der bruger den praktiserende læge mest.

dem videre til tandplejen. Regelmæssige besøg hos tandlægen har højnet borgerens generelle sundhedsadfærd¹⁵, hvilket viser hvor vigtigt det er at skabe et tandpleje tilbud, der er lige tilgængeligt for alle borgere uanset indkomst.

¹⁵ Det vil sige opmærksomhed om indtagelse af vitaminer/mineraler, fedtfattig kost, skjult sukker mv. (Anne Kaae Nielsen, næstformand i Tandlægenes Nye Landsforening og souschef i Herlev Kommune tandpleje)