

Til Sundhedsstrukturkommissionen

Att: formand Jesper Fisker

Øget privatisering må ikke føre til øget ulighed i sundhed

Fri og lige adgang til sundhed er afgørende for patienterne, sundhedsvæsenet og velfærdssamfundet. Derfor bør fri og lige adgang være den bærende præmis for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde.

Som repræsentanter for alle faggrupper på sygehusene er vi i Sygehussamarbejdet bekymrede for, at ulighed i sundhed vokser. Især brugen af private sundhedsforsikringer skævvrider sundhedsvæsenet og risikerer at bruge de knappe ressourcer på borgere uden reelt behov, mens mere udsatte patienter ikke kan få den nødvendige hjælp.

Vi mener, at fremtidens sundhedsvæsen skal være et stærkt offentligt sundhedsvæsen, der er garant for fri og lige adgang samt kvalitet. Det forudsætter, at sundhedsvæsenet og sundhedspolitikken prioriterer de borgere højest, der har mest brug for det, og at de samlede ressourcer bruges klogt. Det betyder bl.a., at det offentlige sundhedsvæsen kan samarbejde med private aktører på samme præmisser og under demokratisk kontrol, så længe man undgår at øge uligheden eller at bruge de knappe ressourcer uklogt i form af unødvendige undersøgelser, behandlinger m.v.

Brug for analyse af konsekvenser af privatisering

Regeringen skriver i sit regeringsgrundlag, at ulighed i sundhed skal reduceres, og at brug af privat kapacitet ikke må gå ud over de grundlæggende værdier i vores offentlige sundhedsvæsen.

Vi er enige i budskabet, men oplever desværre det modsatte sker: Uligheden stiger samtidig med at der sker en eksplosiv vækst i antallet af private sundhedsforsikringer, jf. vedlagte bilag.

Vi mener, at der er brug for en analyse af, hvad de private sundhedsforsikringer reelt betyder for patienter, ressourcer i det offentlige og ikke mindst for uligheden. Nogle af de udfordringer, vi allerede mærker er:

- Når offentligt ansatte læger bruger tid og ressourcer på at visitere forsikringskunder.
- Når forsikrede og deres børn kan få langt hurtigere hjælp hos fx en privat psykiater end i det offentlige, samtidig med at det private dræner det offentlige for vigtige personalegrupper.
- Når forsikrede får lavet scanninger eller andre undersøgelser i det private og efterfølgende kræver, at det offentlige reagerer på dem. Konsekvensen er, at den forsikrede "kommer foran i køen" måske på bekostning af andre med større behov. Og som samfund bruger vi dobbeltressourcer på borgeren.

Sygehussamarbejdets bidrag i det videre arbejde

Sygehussamarbejdet bidrager gerne til alle dele af Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. Med brevet her vil vi især gerne påpege vigtigheden af at finde den rette balance og samarbejdsstruktur mellem det private og det offentlige.

Vi vil også gerne pege på vigtigheden af at se på andre faktorer, som sikrer fri og lige adgang, reducerer uligheden i sundhed og sikrer fornuftig brug af de samlede ressourcer og kapacitet. Herunder bør kommissionen se på, om uligheden kan reduceres ved at ændre på udligningen mellem regionerne og internt mellem sygehuse og sundhedsklynger.

Derudover vil vi påpege den samlede økonomis afgørende betydning for et velfungerende sundhedssystem.

Kommissionens forslag forudsættes samlet set at være udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet. Ambitionen om at være udgiftsneutral er velkendt fra andre politiske initiativer, men harmonerer ikke altid med mødet med virkeligheden.

Vi oplever, at stigende udgifter til f.eks. inflation, medicin og sygehusbyggerier i realiteten bliver finansieret af personalegrupperne. I en tid med mangel på arbejdskraft er det ikke en hensigtsmæssig praksis. Den vil blot øge incitamenterne til at undergrave et offentligt sundhedsvæsen. Det kan Sygehussamarbejdet ikke bakke op om.

Endelig hilser Sygehussamarbejdet det velkomment, at sundheds- og plejepersonalet anerkendes som sundhedsvæsenets allervigtigste ressource. Vi stiller gerne op til dialog med Sundhedsstrukturkommissionen om, hvordan fremtidens sundhedsvæsen bedst kan fastholde og rekruttere de vigtige medarbejdere, samt hvordan vi som samfund får størst mulig gavn af de medarbejdere, der er.

Sygehussamarbejdet er et samarbejde mellem størstedelen af medarbejderorganisationerne i sundhedsvæsenet. Samarbejdet består af Yngre Læger, Overlægeforeningen, Sundhedskartellet, FOA, HK Kommunal og Ergoterapeutforeningen på vegne af Jordemoderforeningen og Danske Fysioterapeuter. Tilsammen repræsenterer foreningerne mere end 100.000 medarbejdere.

Bilag

Offentligt-Privat Samspil (OPS): Nyt område for Sundhedsstrukturkommissionen?

De faglige organisationer i Sygehussamarbejdet har allerede adresseret en række væsentlige problemstillinger, som vi anbefaler, at Sundhedsstrukturkommissionen ser nærmere på.

I forlængelse heraf vil Sygehussamarbejdet henlede opmærksomheden på en række problemstillinger, der knytter sig til privatisering og udlicitering på sundhedsområdet.

For det første har der gennem de sidste år været en nærmest eksplosiv vækst i antallet af private sundhedsforsikringer. Men der er ikke i dag et fuldt billede af hverken udbredelse, dækning eller konsekvenser.

For det andet er der fra forskellig side fremsat ønsker om at se nærmere på øget samspil mellem den offentlige og den private sektor, herunder ændret opgavefordeling.

Der er behov for at se nærmere på de hidtidige erfaringer og på mulige konsekvenser for sundhedsområdet i forhold til forskellige former for offentligt-privat samspil. Herunder på udviklingen i opgavefordeling og organisering samt på afledte konsekvenser for rekruttering, arbejdsvilkår, ulighed m.v.

Ad. 1: Hvilke konsekvenser har øget anvendelse af sundhedsforsikringer, fx på ulighed i sundhed?

- *Giver sundhedsforsikringer og pensionskasse-finansiering af sundhedsydelser øget ulighed gennem et "a- og b-hold" for adgangen til sundhedsydelser?*
- *Vil grænserne for det offentliges ansvar flytte sig, og hvilke konsekvenser vil det få for opbygning og struktur af det offentlige sundhedsvæsen?*
- *Hvordan er samspillet mellem de private sundhedsforsikringer og det offentlige sundhedsvæsen samlet set? I hvor høj grad genererer den private sektor opgaver i den offentlige sektor, og i hvor høj grad flytter den private sektor opgaver FRA den offentlige sektor?*

Ad 2: Hvilke konsekvenser har øget offentligt-privat samspil, herunder øget udlicitering for ressourceudnyttelse, effektivitet samt på rekruttering og fastholdelse?

- *Hvilke krav skal der stilles til pris- og afregningssystemet i forhold til privathospitalerne?*
- *Er der udsigt til stigende eller faldende produktivitet samlet set med øget privat opgavevaretagelse?*
- *Vil Offentligt-Privat Samspil ændre overordnet på finansiering og styring? Eksempelvis via Offentlige-Private Partnerskaber med private investeringer i udbygningen af sundhedsvæsenet?*
- *Hvad betyder øget private opgavevaretagelse for løn- og ansættelsesvilkår? Vil konkurrencen om medarbejderne give bedre vilkår, men samtidig øge manglen på arbejdskraft?*

BAGGRUND

Sundhedsforsikringer – eller et forsikringsbaseret sundhedsvæsen – kan være en vej mod egentlig privatisering, hvor såvel finansiering som styring flytter fra den offentlige til den private sektor. Man risikerer på den baggrund en opdeling i et a- og b-hold i forhold til dækning, adgang og vilkår.

Hvis det offentlige sundhedsvæsen ikke fremover følger med velstandsudviklingen, kan man frygte, at endnu flere vælger at købe private tilbud. Og på sigt kan det svække opbakningen til vores fælles velfærd og villigheden til at bidrage over skatten til et stærkt sundhedsvæsen.

Forsikringer i kombination med direkte brugerbetaling er bestemt ikke noget nyt fænomen. Sygeforsikringen Danmark og brugerbetaling for tandlægeydelser er velkendte eksempler. Ligesom der længe har været tilbud om brugerbetalte, supplerende sundhedsydelser til fx genoptræning. Men med øget privat efterspørgsel efter lægefaglige ydelser, og en tilsvarende vækst i tilbud og forsikringer, kan der være ved at ske et skifte mellem det offentlige og det private ansvar.

Ifølge Forsikring & Pension har vi set en ret voldsom stigning i antal forsikrede. Fra ca. 250.000 til næsten det dobbelte (2,3 mio) i løbet af de sidste 20 år.

(Reference: <https://www.fogp.dk/statistik/sundhedsforsikringer/>)

Ifølge svar fra Sundhedsministeren omfatter en overvejende del af sundhedsforsikringerne i dag også egentlige kerneydelser på sundhedsområdet (Spm til Sundhedsministeren nr. 382, 2023).

Ved **Udlicitering** flytter hele eller dele af de offentligt finansierede sundhedsydelser til private leverandører (privathospitaler, serviceleverandører m.v.). Udlicitering kan ske via udbud og udliciteringskontrakter, eller via rammer for frit valg med offentlig finansiering.

Der er generelt blandede erfaringer med udlicitering af offentlige velfærdsydelser. Erfaringerne peger i retning af, at ydelserne langt fra altid bliver billigere, at processen ofte er kompliceret, usikker og dyr, og at der ofte er både løn- og ansættelsesmæssige problemer specielt for medarbejdere med kort eller ingen uddannelse.

(Reference: <https://ruc.dk/forskningscenter/center-forskning-offentligprivat-samspil>)

På sundhedsområdet skelnes mellem den samlede private andel inkl. primærsektorens ydere, og den andel af de øvrige opgaver, der leveres af private. I 2020 var den samlede private andel (alt inkl.) 32,7% for det regionale sundsvæsen. Opgjort alene som "ren" udlicitering var procenten dog kun 18,6 %. Der er betydelig variation mellem regionerne.

Andel af privat opgavevaretagelse omfatter såvel betaling til privathospitaler som udlicitering af enkeltopgaver, fx vaskeri og mad, patienttransport, specialopgaver og administrative opgaver. Egentlig varekøb, fx medicinindkøb og apparatur-anskaffelser er IKKE omfattet.

Der sker hele tiden forskydninger i opgaverne. Ikke mindst har hjemtagning af redning og patienttransport været et væsentligt element i udviklingen de senere år.

Andel af indkøb hos **privathospitalerne** udgør en relativ lille del af den samlede udlicitering. Men har dog været stigende i perioder.

Den 11. februar 2023 indgik SVM-regeringen en aftale med Danske Regioner og Sundhed Danmark. Her tager SVM-regeringen et skridt mod større markedsandele til private hospitaler. Aftalen betyder midlertidigt lavere priser på behandling og undersøgelser hos de private aktører. Aftalen giver herunder privathospitaler mulighed for at foretage flere specialiserede behandlinger. Inden den nye aftale var afregningsprisen som udgangspunkt 85% af DRG-taksten. Den nye, midlertidige takst er ca. 75% af DRG.

Der har internt i regionerne været etableret klinikker for planlagte operationer, som er finansieret med omkring 50% af DGR-taksten. Det tyder på, at afregningen med privathospitalerne stadig giver mulighed for en høj indtjening – som igen kan give både bedre løn- og ansættelsesforhold end i den offentlige sektor, og/eller et betydeligt afkast.