



»De (alt for mange) penge, borgeren får med sig over til privatsygehuset, hvis »pengene skal følge patienten«, fosser jo lige ud af statskassen,« skriver Niels Bentzon og Birgitte Paaschburg. Operationsstue på privathospitalet CFR, Center for Rygkirurgi, i Hellerup. Foto: Liselotte Sabroe

## Når fordomsfrit bliver visdomsfrit

26. juni 2016, 20:00

Private hospitaler er først og fremmest en forretning. De plukker lige præcis de rosiner ud af kagen, som er lette at hente, mens de offentlige hospitaler skal tage sig af senkomplikationer og evt. reoperationer. Når Liberal Alliances (LA) »fordomsfri blik på sundhedssystemet« (Berlingske 19. juni) blot er en eufemisme for ressourceflytning fra offentligt til privat, gavner det hverken samfundet eller patienterne.

*Af Niels Bentzon, Overlæge, Brystkirurgisk afdeling, Herlev Hospital, fmd. for Dansk Brystkirurgisk Selskab og Birgitte Paaschburg, Overlæge, Brystkirurgisk afdeling, Herlev Hospital.*

»Det blå kort virker ikke efter hensigten«, lød Berlingskes forsiderubrik også 19. juni. Akut syge danskere afkræves store beløb kontant for ambulance/lægehjælp etc. sydpå. Hvorfor dog? Bl.a. fordi sygdomsbehandling dernede er business. En forretning, der skal sikre størst muligt overskud til sygehus/læge etc. Danske turister er ikke vant til kontant afregning, for selv om dansk akutbehandling kan betyde ventetid i skadestuen med en læge tidvis begravet i håbløse IT-systemer, så er det dog gratis. Men skisportsstedets lokalsygehus har vandkøling på kasseapparatet, når danskerne kommer, for det betyder frit sugerør ned i den danske statskasse.

Når LAs sundhedsordfører May-Britt Katstrup (MBK) i samme avis' Kommentar ønsker sig et »fordomsfrit blik på sundhedssystemet« gennem mere privatisering, er det fordi hun tror, det bedst kan betale sig. Ja, klart – men kun for Privathospitalet og dets ejere, som kan stikke snablen i statskassen og frit vælge, hvilken »vare«, de vil handle med og honoreres for. Varen er udredning/behandling af patienter, hvor det giver fortjeneste. Men for samfundet er det beviseligt en rigtigt skidt forretning at have to parallelle sygehussystemer, hvor det ene er offentligt drevet og det andet privat og profitdrevet.

For private hospitaler er først og fremmest en forretning. Forretningsfolk vil producere og sælge en vare, der giver fortjeneste til ejeren. Inden MBK kom i Folketinget, solgte hun Coca-Cola. En branche med hård konkurrence, men dog med lige markedsvilkår. Til forbrugerens bedste. Disse erfaringer er det fristende at overføre til sygehusektoren, d.v.s. at det må da være til kundernes bedste, at private konkurrerer mod offentlige.

En kasse Cola er en meget firkantet og ensartet størrelse. Men det er sygehuspatienter ikke. Og konkurrencen foregår på alt andet end lige vilkår. På privathospitaler er »varen« en person med et symptom/en sygdom, og det gælder selvsagt om at »producere«, så det tjener formålet: Overskud på bundlinjen. Produktionen består i behandling af enklere sygdomme hos personer, der ikke fejler andet. Tidlige komplikationer skal privatsygehuset selv tage sig af, men komplikationer, der viser sig mere end en uge efter operationen, overlades til det offentlige. Så når kunden efter fedmekirurgi får tarmslyng, dumping eller hul i tarmsammensyningen, belaster det ikke privathospitalet, som har fået sit (store!) honorar for operationen.

Privathospitaler er soleklart bedst på ét punkt: De har formidabelt gode lobbyister – en slagkraftig forening samt Cepos, der af princip mener, at maksimal privatisering altid er bedst, uanset om produktionen handler om møbler, vindmøller eller dåsemakrel. Forført heraf tror mange, at privatsygehuse tilbyder varen billigere end det offentlige, d.v.s. under DRG-taksten. Men DRG (Diagnose Relaterede Grupper) er en takst for et givet patientforløb, f.eks. for en slidgigtspatient. Her kan privathospitalet underbyde prisen, fordi man kun udfører selve operationen, stort set. Patienten skal møde færdigudredt med røntgen- og blodprøvesvar etc. Klar til at lægge sig op på samlebåndet. Al håndtering af senkomplikationer og evt. reoperationer ordner det offentlige. Som også varetager næsten al forskning, undervisning og oplæring. Dette indregnes i DRG-taksten, og derfor er overbetalingen af privathospitalerne enorm. Stadigvæk, selv om det efter Rigsrevisionens påtale af overbetalingsskandalen i 2009 blev lidt mindre grotesk.

Brystkirurgisk afdeling i Herlev »indtjener« i DRG-kroner 80 mio. kr. årligt. Så vil MBK måske tro, at vort driftsbudget er 80 mio. kr./år? Næh, det er 27 mio. Så hvis man nu flyttede vor afdeling over til privathospitalet, ville man dér hive  $80 - 27 = 53$  mio. kr. lige op af statskassen hvert år i fortjeneste. Hvor er den gode samfundsforretning i det? DRG-taksten har således meget lidt med de virkelige omkostninger at gøre, og derfor er det let for privathospitalet at komme med »ugens tilbud«, for der er rigeligt overskud endda. De (alt for mange) penge, borgeren får med sig over til privatsygehuset, hvis »pengene skal følge patienten«, fosser jo lige ud af statskassen. Forklar venligst skatteborgeren visdommen i det.

Privathospitaler plukker lige præcis de rosiner ud af kagen, hvor der er lette penge at hente. Samlebåndet startes kun, hvis der er en stor volumen af ensartede indgreb hos i øvrigt raske borgere. Det er ikke udtryk for »fleksibilitet«, når privatsygehuse kun tager alle de lette operationer og lader det offentlige om alt det, som er dyrt, besværligt og komplikationstungt. Desuden er DRG-taksten en gennemsnitsberegning, så når man kun snupper den nemme halvdel af en given patientgruppe, får man per definition overbetaling for samtlige patienter.

Privatsygehusene fik en kæmpe håndsækning, da man 10. maj vedtog »Lov (L 143) til Fremme og Forgylde af Privathospitaler«. Det blev kaldt noget andet, nemlig »nedbringelse af ventetidsgaranti«, men da det ikke giver nogen som helst faglig mening for godartede sygdomme, ved alle, at det er en eufemisme, idet det reelle formål alene var at styrke privathospitalerne, der da heller ikke kan få armene ned, men nu tredobler kapaciteten fra 1. oktober, hvor loven indføres.

MBK har ret i, at vi udsættes for overflødig kontrol og for ringe tillid, samt at der er stort tidsspilde i sundhedsvæsenet. Sidstnævnte er især grundet dysfunktionelle IT-systemer. Men vi er ikke enige i, at der »på flere sygehuse ydes behandlinger, som ikke efterspørges«, som BMK skriver uden dokumentation for denne alvorlige påstand. Hvilke kirurgiske indgreb for brystkræft udfører vi, uden at »det efterspørges«? Hvem er det, MBK kender, som foretager ikke-efterspurgte indgreb? Og med hvilket motiv? Overdiagnostik og overbehandling kunne man nok snarere forestille sig at møde på klinikker eller hospitaler, hvor der er et økonomisk incitament hos behandleren, jvf. lægen i Alperne, der vil se kontanter, inden patienten får røntgen, gips og krykker.