

Debat

Redaktør: Susan Knorrenborg
Mail: debat@information.dk, Tel: 3369 6000, Fax: 3369 6110

Sundhedsforsikring er skidt for danskernes sundhed

Folketingspolitikere diskuterer i disse dage sundhedsforsikringer på livet løs. Og med god grund. For de private sundhedsforsikringer er ikke længere et lille nicheprodukt. Knap en million danskere er forsikrede. Det truer ikke kun princippet om lige adgang til sundhedsydelser. Det fører også til overbehandling af lidelser, der uden behandling ville gå over af sig selv

Kronik



af Lotte Hvas

Skal private sundhedsforsikringer fortsat være fradragsberettigede? Det spørgsmål har været højt på dagsordenen de seneste dage på Christiansborg. Svaret er vigtigt for sundhedsvæsnets fremtid, for gunstige skattefradrag har været medvirkende til at knap en million danskere dagligt ligger inde med en forsikringspolice.

Den udvikling er ved at lave sundhedsvæsnets om til et

selskaberne gerne tilbyder forsikringer til alle, men når sygdommen rammer, er det ofte noget, der står med småt, og så dækker forsikringen alligevel ikke.

I Danmark hersker der endnu ikke amerikanske tilstande. Men i kraft af skattefradrag til sundhedsforsikringer har markedet vokset sig så stort, at vores ellers velfungerende sundhedsvæsen fungerer så småt begynder at slå revner. Revner, der får betydning for os alle sammen, fordi vi bevæger os væk fra et sundhedsvæsen med let og lige adgang for alle, som en grundpille i vores velfærdssamfund.

Uholdbar løsning

Når det er sagt, må jeg medgive, at forsikringsselskaberne

nesker føler sig ikke hørt. De føler sig magtesløse over for et system, som stadig har for lange ventelister og kan gøre selv store mennesker små. Forhåbentlig sker det sjældent, men i diskussionen om forsikringer er det altid den slags eksempler, der trækkes frem.

Om det virkelig står så skidt til, og om det kan gøres bedre, når der bliver betalt for professionel omsorg, skal jeg lade være usagt. Men hele ideen med lighed bør selvfølgelig være, at vi ikke bare har ret til lige behandling, men til lige god behandling - og ikke lige dårlig!

Et er sikkert, et forsikringsbaseret sundhedsvæsen løser ikke problemerne - det luner kun kortvarigt. For med forsikringstankegangen

køen. Men også for de forsikrede, som er i stor risiko for overbehandling, fordi de nu er kunder i et system, der kan tjene gode penge på at anbefale en operation i stedet for at lade tingene helbrede sig selv.

Debatten om forsikringerne er mærkelig, nok næsten ikke til stede uden for Christiansborgs mure. Måske fordi alle dem, der normalt fører den slags debatter, selv er blevet tilbudt forsikringer af deres arbejdsgivere? Vi lukker øjnene og bliver ved med at sige, at de solgte forsikringer kun er en lille dråbe i det store hav, der udgør udgifterne til sundhedsvæsnets, og at det kun er godt, hvis der tilføres flere midler til den slunkne kasse.

Men vi kunne jo begynde

heden. Er det virkelig sådan, vi vil have det?

Hurtigt er ikke altid godt

De fleste mennesker er af den overbevisning, at hurtig behandling er godt. Hvis den finder sted på en privatklinik, er det endnu bedre. Og jo flere tests, desto bedre er behandlingen. Men faktum er, at mange sygdomme og lidelser går over af sig selv. En hurtig behandling kan betyde overbehandling, med risiko for bivirkninger og alvorlige skader.

Når man først kommer på et sygehus, åbnes der for en lang række undersøgelser, som man ikke kan få hos den praktiserende læge. Men alle har de et iboende problem, nemlig at man finder ting, som er af usikker betydning.

først skal til sin egen læge og have en henvisning.

Forsikringsselskaberne udnytter selvfølgelig det faktum, at Danmark har et af verdens bedste og billigste systemer, når det gælder det primære sundhedsvæsen.

Det vil sige et system, der både sikrer, at alle kan komme til en læge - gratis - for at drøfte et sundhedsproblem, og at problemet bliver løst på laveste omkostningsniveau. Kun de, der behøver yderligere ekspertise, bliver sendt videre.

Hvis man skulle være grov - og det fristes man jo til, når man sidder og skal være administrationskontor for forsikringsselskaberne - så kan man sige, at selskaberne nasser på et velfungerende visitationssystem, som mange

stiansborg. Svaret er vigtigt for sundhedsvæsnets fremtid, for gunstige skattefradrag har været medvirkende til at knap en million danskere dag ligger inde med en forsikringspolice.

Den udvikling er ved at lave sundhedsvæsnets om til et marked. Vi har fået kunder i forretningen, der mener at være i deres fulde ret til at kæppe foran i køen og kræve ved kasse et. Det er jo sådan set derfor, deres arbejdsgiver har givet dem dette frynsegode, der delvis finansieres af os alle sammen via skattefradraget.

De færreste takker nej til forsikringerne, for hvem vil ikke gerne have retten til at blive behandlet før naboen? Og hvilken arbejdsgiver vil ikke sikre sig, at de ansatte kommer tilbage hurtigst muligt og bliver behandlet før de arbejdsløse, pensionisterne og andet godtfolk?

Stille revolution

Sundhedsforsikringerne har stille og roligt bredt sig. Unerørligt nok, for jeg har endnu ikke hørt en eneste sundhedspolitiker, læge eller borger sige, at de virkelig ønsker sig et forsikringsbaseret sundhedsvæsen i Danmark. Heldigvis da!

Skrækscenariet er USA, hvor muligheden for god behandling er knyttet sammen med at have et godt job, og hvor sundhedsvæsnets er rasende dyrt. Den høje pris skyldes ikke mindst advokatsalærer. De uendelige tvister kommer, fordi forsikrings-

Når først lægeundersøgelserne begynder, dukker skavankerne frem. Mange af dem resulterer i grundløs behandling.

FOTO: LARS BAHL/SCANPIX

vi bevæger os væk fra et sundhedsvæsen med let og lige adgang for alle, som en grundpille i vores velfærdssamfund.

Uholdbar løsning

Når det er sagt, må jeg medgive, at forsikringselskaberne har en pointe. De rammer med usvigelig sikkerhed ind i det offentlige sundhedsvæsnets akilleshæl: Nogle men-

gelig være, at vi ikke bare har ret til lige behandling, men til lige god behandling - og ikke lige dårlig!

Et er sikkert, et forsikringsbaseret sundhedsvæsen løser ikke problemerne - det luner kun kortvarigt. For med forsikringstankgangen følger en række bivirkninger. Ikke blot for dem, der ikke har en sundhedsforsikring, og som må stille sig om bag i

ker øjnene og bliver ved med at sige, at de solgte forsikringer kun er en lille dråbe i det store hav, der udgør udgifterne til sundhedsvæsnets, og at det kun er godt, hvis der tilføres flere midler til den slunkne kasse.

Men vi kunne jo begynde med at diskutere de to største problemer ved private sundhedsforsikringer: risikoen for overbehandling og ulig-

ge skader.

Når man først kommer på et sygehus, åbnes der for en lang række undersøgelser, som man ikke kan få hos den praktiserende læge. Men alle har de et iboende problem, nemlig at man finder ting, som er af usikker betydning.

Som eksempel kan nævnes scanninger af ryggen, som kan vise små diskusprolaps. De fleste tænker, at en diskusprolaps da må være alvorlig. Men mange af de forandringer, der kan ses på scanningerne, kan være ganske harmløse. Vi kan alle have den slags - rygsmerter eller ej. Men når forandringerne først er påvist, kommer tvivlen og bekymringen. Skal jeg så ikke opereres? Kan jeg fortsætte med mit fysisk belastende arbejde?

På et privat hospital, hvor man lever af at lave så mange operationer som muligt, er der en tendens til, at man hyppigere vælger operation med det samme, end at lade tiden arbejde for sig. Det betyder f.eks., at antallet af rygoperationer er steget kraftigt i Danmark, efter at de private hospitaler har påtaget sig en stor del af området.

Nasseri

Og nu tilbage til lighedspøblematisken. Allerede i Sundhedslovens indledning fastslås det, at der skal være en »let og lige adgang til sundhedsvæsnets«. Og i lægeløftet står der, at jeg som læge »stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige«.

Men trods de smukke ord bliver jeg alligevel som praktiserende læge involveret i forsikringscirkuset. For at få retten til at blive behandlet i henhold til en sundhedsforsikring kræves det, at man

videre.

Hvis man skulle være grov - og det fristes man jo til, når man sidder og skal være administrationskontor for forsikringselskaberne - så kan man sige, at selskaberne nasser på et velfungerende visitationssystem, som mange lande misunder os. De, der efter lægens vurdering kan henvises videre i det offentlige, får en kopi af henvisningen, som så kan bruges på et privathospital. Gælder henvisningen til en praktiserende speciallæge, er det op til denne, om der skal være to køer: en hurtigkørende for de forsikrede og en langsom for alle andre.

Politikerne lyder forfærdede, når forskelsbehandlingen kommer frem i lyset. De henstiller til lægernes moral, til at den slags ikke må forekomme, men det er nu at vaske hænder lige tidligt nok.

Ideen med forsikringerne er jo netop at købe en ret til at komme først i køen, og speciallægerne samler bare guldstykkerne op, som nogen har lagt på vejen.

Sagde nogen korrupsion? Udansk er det i hvert fald, og det er ikke i overensstemmelse med sundhedsloven.

Det er realistisk at tro, at forsikringerne er kommet for at blive. Men uanset hvem der vinder næste valg, må de værste knaster fjernes. Der er simpelthen alt for meget, der står på spil.

Vi må arbejde for at fastholde et sundhedsvæsen, hvor man får behandling efter, hvad man fejler, uafhængigt af om man har et forsikringskort i lommen.

KRONIK@INFORMATION.DK

Lotte Hvas er praktiserende læge og medlem af Det Ethiske Råd

