

Sundhedskronerne skal følge behovet – ikke postnummeret

Af Martin Wolffbrandt, Cand.merc. (mat.), Næstformand i Patientforeningen (ordfører: sundhedsøkonomi)

Ved årsskiftet vågner Danmarks sundhedsvæsen op til en ny virkelighed.

Sundhedsreformen giver mulighed for at bruge pengene bedre – og en risiko for, at store regionale gennemsnit skjuler store forskelle. Det afgørende bliver derfor ikke kun, hvor mange penge vi bruger, men hvor den næste sundhedskrone gør mest gavn.

Den gennemsnitlige patient findes ikke

Fra 1. januar 2027 får Danmark fire regioner. Region Østdanmark bliver den største med omkring 2,8 mio. borgere, men også de øvrige regioner rummer store forskelle. På Fyn og i Jylland kan lange afstande, en ældre befolkning og mangel på læger være mindst lige så afgørende som selve regionsgrænsen.

Et regionsgennemsnit kan derfor se pænt ud, selv om patienter i dele af regionen har langt til egen læge, speciallæge eller hospital.

Det samme gælder sygdomsbyrden. På Lolland ryger 18,3 pct. dagligt, mens tallet i Roskilde er 8,1 pct. Tobak er kun ét eksempel. Alder, kronisk sygdom, multisygdom og sociale forhold er heller ikke ligeligt fordelt på Danmarks kortet.

Et postnummer er ikke en diagnose

Det betyder ikke, at sundhedskronerne automatisk skal flyttes fra velstående kommuner til mindre velstående områder. Der findes mennesker med store behandlingsbehov i Gentofte og Hørsholm, ligesom der findes raske mennesker på Lolland, Fyn og i Nordjylland.

Behovsbaseret sundhedsøkonomi handler om noget andet: Hvor findes sygdomsbyrden?

Hvem har behovet? Hvilken indsats virker? Og hvor skaber den næste sundhedskrone størst sundhedsgevinst?

Familielægen er central

Her spiller familielægen en nøglerolle. Den praktiserende læge er for de fleste patienters første indgang til sundhedsvæsenet og den, der skaber sammenhæng mellem undersøgelser, speciallæger og hospitaler.

Derfor skal kapaciteten i almen praksis følge patienternes behov – ikke blot befolkningstallet. Områder med mange ældre, kronisk syge eller store geografiske afstande kan have behov for flere læger pr. indbygger end andre.

Patienten skal være nr. 1. Systemet skal indrette sig efter patienten – ikke omvendt.

Vi skal måle resultater

Sundhedsøkonomi handler heller ikke kun om, hvor mange behandlinger der gennemføres. Ti tusind behandlinger er ikke automatisk bedre end ni tusind. Hvis de ni tusind giver bedre overlevelse, færre genindlæggelser og flere gode leveår, kan sundhedsvæsenet have skabt mere sundhed med færre behandlinger.

Derfor bør vi måle på resultater – ikke kun aktivitet.

Kassetænkning kan blive dyr

Sundhedsreformen giver samtidig mulighed for at mindske kassetænkning. En besparelse ét sted kan nemlig skabe en større regning et andet.

Hvis der spares på forebyggelse, kan regningen senere komme som flere indlæggelser. Hvis en patient venter for længe på behandling, kan resultatet være længere sygefravær, tabt funktionsevne eller et dyrere sygdomsforløb.

Hospitalets besparelse kan blive samfundets underskud.

Derfor bør spørgsmålet »Hvad koster indsatsen?« langt oftere følges af: »Hvad koster det at lade være?«

Ressourcerne skal følge behovet

De nye sundhedsråd får en vigtig opgave. De skal se under regionsgennemsnittet og finde de områder, hvor behovet er størst.

Det gælder i Østdanmark, men også på Fyn og i Jylland. Et tyndt befolket område med langt til lægen kan have et andet behov end en storby, selv om de ligger i samme region.

Det kan sammenfattes i to principper: Ressourcerne skal følge behovet. Resultaterne skal følge ressourcerne.

Sundhedsøkonomi handler ikke om at bruge færrest mulige penge på patienterne. Det handler om at få mest mulig sundhed ud af de penge, vi bruger. Det bør være pejlemærket for det nye sundheds-Danmark.