



Vedrørende høring over lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Det Ethiske Råd takker for modtagelsen af ovennævnte i høring.

Det Ethiske Råd har et virksomhedsområde der tilsiger, at rådet skal beskæftige sig med de etiske spørgsmål der knytter sig til sundhedsvæsenet. Det er således langt fra alle hovedelementer i dette lovforslag som falder inde for Det Ethiske Råds virksomhedsområde. Det forholder sig dog således, at hovedelement nummer tre netop beskæftiger sig med et grundlæggende etisk spørgsmål om differentieret behandling af patienter. På hvilket grundlag er det i orden at differentiere indsatsen og op- eller nedprioritere patienter i forhold til hinanden?

Lovforslagets tredje hovedelement lægger op til at imødegå ulighed i sundhed ved for fremtiden at differentiere honorarstrukturen for de alment praktiserende læger med udgangspunkt i en ny nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Formålet med en sådan differentiering i måden de alment praktiserende læger honoreres beskrives som ”at sikre sammenhæng mellem den enkelte kliniks honorering og behandlingsbehovet blandt patienterne, så det i højere grad er muligt at opprioritere indsatsen for de mest sårbare patienter og sikre større lighed i adgang til behandling i det almenmedicinske tilbud”

Lovhjemlen hertil søges etableret ved § 227 a, Stk. 4, som siger at ”Dele af honoreringen efter stk. 3, skal differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. § 206 b.

Hovedkravet om ’let og lige adgang til sundhedsvæsenet’ i Sundhedslovens §2 – udtrykker et ideal om universel adgang til sundhedsvæsenet. Den ofte fremhævede tanke bag lyder, at det netop er som en universel og fordringsløst ’ligestillende’ institution, at sundhedsvæsenet kan være med til at kompensere for den ulighed i sundhedstilstanden, som fx sociale mekanismer i samfundet er med til at skabe. Økonomisk formåen eller geografi fx skal ikke afgøre, om man har

adgang til og kan modtage væsentlige sundhedsydelser. Det stærke fokus på 'adgang', som giver billedet af en dør eller en tærskel, der er med til at definere et 'udenfor' og et 'inden for' sundhedsvæsenet, leverer et manende billede: uden for sundhedsvæsenet råder der hierarkier og forskelle, inden for sundhedsvæsenet forvandles man til patient, og disse behandles alle ens, uanset baggrund.

Det er dog veletableret, at det ikke forholder sig således.

I rapporten "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet" peger Sundhedsstyrelsen på, at "flere patienter har multiple og svære problemstillinger, som rækker ud over ét specifikt sundhedsmæssigt problem, og som kan forstærke udfordringer i mødet og kræver mere tid i konsultationerne. Det betyder, at patienter, herunder patienter med lavere socioøkonomisk status, risikerer at ende i en uafklaret situation og derfor ikke modtager den nødvendige hjælp eller behandling. Når sundhedsprofessionelle ikke har den ekstra tid til at løse denne type af udfordringer, kan det resultere i, at patienterne ikke får den rette behandling. Handlingsorienterede initiativer omkring mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter kan dermed være vanskelige at implementere, hvis de organisatoriske og strukturelle rammer ikke understøtter det. Derfor bør sundhedsvæsenet i højere grad organiseres, så det er indrettet til patienter med forskellige socioøkonomiske baggrunde. Dette indebærer, at de sundhedsprofessionelle skal have tiden og ressourcerne til at give dem, som har brug for det, længere konsultationer og skræddersyede tilbud".

Differentierede ydelser er ikke nogen nyhed i sundhedsvæsenet. At 'differentiere' er i sin mest udramatiske betydning blot at skelne mellem patienter. På trods af samme sygdom kan det være aldeles relevant fx at tage højde for patienters alder og fysiske konstitution. Dette skyldes, at differentiering, forstået som kunsten at skelne og at opdele, er dybt integreret i den medicinske videnskab og sundhedsfaglig praksis. Al aktuel behandling, ud fra en almindelig medicinsk logik, om man vil, er tilpasset den kausalitet man erkender er relevant for sygdomsbehandlingen. På baggrund af viden om fx genetik, ved man at bestemte tiltag vil/vil ikke have en effekt og at tilpasse behandlingen til *sådanne forskelligheder* hos patienter, vil vi næppe kalde for særbehandling eller tage som et udtryk for en prioritering. Der er blot tale om en 'mere korrekt behandling', givet patienters forskelligheder.

Nu søges der lovhjemmel til at gøre systematisk brug af differentierede honorarer med udgangspunkt i analyser af særligt sårbare populationer. Det Ethiske Råd tilslutter sig et sådan forslag om at gøre systematisk brug af fx økonomiske incitamenter til at sikre den lette og lige adgang, men ønsker også at gøre opmærksom på, at en række væsentlige spørgsmål fortsat skal besvares inden konsekvenserne af en sådan differentieret honorarstruktur kan vurderes.

Er sundhedsvæsenets opgave først og fremmest at sikre, at det møder ulige behov på lige vilkår, altså, at man i det mindste har samme chance, samme lette og lige adgang til at få en dækkende behandling, uanset om man bor i Tønder eller Trekroner eller er kandidat i fysik eller ufaglært? Eller bør man gå skridtet videre, og bidrage til at mindske uligheden i sygdomsforekomst og -konsekvenser gennem mere effektiv behandling målrettet sårbare grupper.

Må prioriteringen af de værst stillede med nogen rimelighed indebære forringelser for de bedre stillede? Dilemmaet består i, at der på den ene side findes en ulighed i sundhed i befolkningen, som i et vist omfang er samfundsskabt og som opleves som uretfærdig og påvirkelig, samtidig som at flere af de indsatser som det lader sig forestille kunne mindske uligheden, kan risikere at mindske andre patienters adgang til og udbytte af behandling.

Det forbliver uafklaret hvilke af disse tilgange der skal udgøre grundlaget for den konkrete honorarstruktur. For nu finder Det Ethiske Råd dette fuldt forståeligt, da der med dette lovforslag blot gives hjemmel til brug af differentierede virkemidler. Det fremhæves da også i kommentarerne til forslaget, at selve honorarstrukturen og de metoder hvorved sårbare patienter fremfindes, skal udvikles frem mod lovens ikrafttræden i 2027.

I denne proces vil det være væsentligt hvilke målsætninger for lighed i sundhed der anvendes og hvilke virkemidler der anvendes som følge deraf. Det Ethiske Råd vil følge udviklingen og agter selv at bidrage hertil. Rådet vil i den kommende periode udarbejde en redegørelse for dilemmaerne forbundet med at op-og nedprioritere patienter i bestræbelsen på at mindske ulighed i sundhed.

Med venlig hilsen og på vegne af Det Ethiske Råd

Christine Nellesmann, Formand