



Ventelister til elektiv behandling

Hvorfor er de et problem, hvorfor opstår de
og hvad kan der gøres ved dem?

Jakob Kjellberg
Jeppe Sørensen
Louise Herbild

Ventelister til elektiv behandling

Hvorfor er de et problem, hvorfor opstår de
og hvad kan der gøres ved dem?

Jakob Kjellberg
Jeppe Sørensen
Louise Herbild

September 2004



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2004

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99
Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-406-9 (Trykt version)
ISBN 87-7488-408-5 (Elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2004.07

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S
Forsideillustration: Niels Poulsen

Forord

Der tales og skrives meget om ventelister til planlagte undersøgelser, operationer og andre behandlinger. Og der gøres heldigvis også meget i Danmark. Sådan er det også i mange andre lande, der i mindst samme omfang som os oplever ventelisteproblemer. Vi syntes der var behov for en samlende oversigt over både problemstilling med ventelister, hvorfor og hvordan de opstår og ikke mindst de mange og meget forskellige initiativer til at mindske ventelisternes størrelse og gene for befolkningen – i Danmark og i andre lande. Vi syntes, at det var vigtigt at tage andre landes erfaringer med. Dels for at vise, at der ikke er tale om et unikt dansk problem, men måske nok – i hvert fald på overfladen – et problem, der synes at forekomme i bestemte typer af sundhedsvæsen og ikke i andre. Og dels for at formidle erfaringer fra indsatser i andre lande i indsatsen mod ventelister, selvom man ikke altid lige kan overføre fra et land til et andet.

Det vil næppe overraske, at vi ikke kan pege på en simpel løsning til et sammensat problem. Aktivitetsforøgelse alene gør det næppe, men må kobles sammen med indsatser til bedre behovsbaseret eller anden form for rationering på efterspørgselssiden. Den lange version fremgår af rapportens indhold.

Udarbejdelsen af denne rapport er forestået af senior projektleder Jakob Kjellberg sammen med projektmedarbejder Jeppe Sørensen og studentermedhjælp Louise Herbild (alle DSI). Rapporten indgår i 50/50 samarbejdet mellem Amdtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen og er finansieret gennem dette samarbejde. Professor Tor Iversen, Universitetet i Oslo, og lektor Karsten Vrangbæk (Københavns Universitet) har som eksterne reviewers bidraget med gode og konstruktive kommentarer og kritik, men skal ikke belastes med tilbagestående fejl og mangler.

Jes Søgaard
Direktør

Indhold

Resume	7
1. Introduktion	10
1.1 Beskrivelse af søgestrategi og analysemetode	10
1.2 Rapportens disponering	11
1.3 Metodiske overvejelser	11
2. Hvad er en venteliste og hvorfor er ventelister et problem?	14
2.1 Hvad er en venteliste?	14
2.2 Hvorfor er ventelister et problem?	14
2.2.1 Ventelisternes konsekvenser for patienterne	15
2.2.2 De samfundsøkonomiske konsekvenser af ventelister	18
2.2.3 Ventelisternes konsekvenser for borgernes opfattelse af sundhedssystemet	20
2.3 Opsummering	21
3 Teoretisk analyseramme: Hvorfor opstår ventelister og hvad kan der gøres ved dem?	23
3.1 Ventelister i et økonomisk teoretisk perspektiv	24
3.2 Neo-klassisk økonomisk teori: Udbud og efterspørgsel	25
3.3 Efterspørgselsorienterede forklaringer på ventelister	27
3.4 Udbudsorienterede forklaringer på forekomsten af ventelister	29
3.4.1 Ventelister som udtryk for et kapacitetsproblem	29
3.4.2 Ventelister som udtryk for sundhedsvæsenets incitamentsstruktur	32
3.5 Opsummering	33
4. De danske ventelister i internationalt perspektiv	37
4.1 De danske ventelister - før og nu	37
4.2 Ventelister i lande vi normalt sammenligner os med	41
4.3 Opsummering	42
5. Danske erfaringer med ventelisteinitiativer	43
5.1 Introduktion	43
5.2 Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	43
5.2.1 Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 1993	43
5.2.2 Den tremåneders ventetidsgaranti for udvalgte behandlinger	44
5.2.3 Ventetidsgaranti for cancer og visse livstruende sygdomme	44
5.2.4 Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 2001	45

5.2.5	Ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg fra 2002	45
5.3	Effekter af ventelisteinitiativerne	49
5.3.1	Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 1993	49
5.3.2	Den tremåneders ventetidsgaranti for udvalgte behandlinger	50
5.3.3	Ventetidsgaranti for cancer og visse livstruende sygdomme	51
5.3.4	Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 2001	51
5.3.5	Ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg fra 2002	51
5.4	Opsummering	58
6.	Internationale erfaringer med ventelisteinitiativer:	
	Hvad er blevet prøvet, hvor og hvordan har det virket?	59
6.1	Empirisk afgrænsning	60
6.2	Initiativer der bygger på en opfattelse af ventelister som resultat af en uberettiget ubalance mellem udbud og efterspørgsel	61
6.2.1	Udvalgte erfaringer med midlertidige ekstrabevillinger	61
6.2.2	Udvalgte erfaringer med permanente budgetudvidelser	63
6.3	Initiativer der bygger på en opfattelse af ventelister som resultat af for lave patientomkostninger	66
6.4	Initiativer der bygger på en opfattelse af ventelister som resultat af uhensigtsmæssige incitamenter indbygget i de offentligt drevne sundhedsvæesener	69
6.4.1	Interne markeder	70
6.4.2	Frit sygehusvalg og diverse garantiordninger	70
6.4.3	Finansiering i forhold til opnåelse af specifikke ventelistemålsætninger	72
6.4.4	Hierarkisk baserede ændringer af incitaments- strukturene rettet mod sygehusledelserne	74
6.5	Opsummering	76
7.	Diskussion og perspektivering: hvorfor er ventelister så svære at afskaffe, og hvad kan vi gøre ved dem?	79
7.1	Behovsdefinitionen	79
7.2	Systemperspektivet	80

8. Konklusion	81
BILAG 1: Gennemgang af internationale erfaringer med ventelisteinitiativer	84
Australien	84
Introduktion	84
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	84
Effekter af ventelisteinitiativerne	86
Canada	87
Introduktion	87
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	89
Effekter af ventelisteinitiativerne	90
England	91
Introduktion	91
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	92
Effekter af ventelisteinitiativerne	94
Finland	99
Introduktion	99
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	100
Effekter af ventelisteinitiativerne	101
Holland	102
Introduktion	102
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	103
Effekter af ventelisteinitiativerne	104
New Zealand	108
Introduktion	108
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	108
Effekter af ventelisteinitiativerne	114
Norge	117
Introduktion	117
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	118
Effekter af ventelisteinitiativerne	121
Spanien	127
Introduktion	127
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	127
Effekter af ventelisteinitiativerne	129
Sverige	132
Introduktion	132
Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne	132
Effekter af ventelisteinitiativerne	136
9. Referencer	139

Resume

Litteraturen om internationale ventelisteerfaringer indbyder hverken til entydige eller klare konklusioner. Det skyldes både, at det grundlæggende er vanskeligt at sammenligne erfaringer fra lande med vidt forskellige baggrunde og de betydelige metodiske problemer, der knytter sig til opgørelsen og fortolkningen af ventelisterne. Da det samtidig er umuligt at foretage en fuldstændig udredning af de utallige variable med indflydelse på ventelistesituationerne i forskellige sundhedssystemer, må konklusionerne nødvendigvis tolkes med forbehold.

Der er flere grunde til, at ventelisterne til elektiv behandling udgør et problem i de fleste vestlige, offentligt integrerede sundhedssystemer. Ventelister kan således udgøre et betydeligt problem for de patienter, der må vente på behandling. Der er tegn på, at ventelistepatienterne udgør en meget heterogen gruppe i den henseende, eftersom det ofte kun er en mindre del af de ikke-akutte ventelistepatienter, der oplever forværret prognose og/eller svære smerter samt alvorlig funktionsnedsættelse, mens de står på venteliste. For en større del af patienterne medfører ventetiden tilsyneladende kun moderate eller få negative konsekvenser, mens en mindre gruppe patienter slet ikke oplever nogen gener forbundet med at stå på venteliste.

Der er i den forbindelse tegn på, at det nuværende danske ventelisteniveau ikke udgør noget stort problem for sundhedstilstanden blandt flertallet af de ventende patienter, hvorfor en generel nedbringelse af ventelisterne, fra et rent sundhedsøkonomisk synspunkt, heller ikke nødvendigvis udgør den mest hensigtsmæssige målsætning i forhold til en optimal anvendelse af knappe ressourcer. Til gengæld udgør ventelisterne et betydeligt politisk problem, hvilket også gør det relevant at undersøge fænomenet nærmere. Noget tyder således på, at ventelister generelt opfattes som et større problem i befolkningen end blandt flertallet af de patienter, der rent faktisk oplever ventetiden i praksis. Dette skyldes formentlig den betydelige opmærksomhed, som ventelisteproblematikken har modtaget i medierne og fra politisk hold gennem de sidste år.

Endelig kan ventelister til elektiv behandling også udgøre et samfundsøkonomisk problem i den grad de begrænser patienternes arbejdsevne, øger udgifterne til sygedagpenge eller fordyrer selve behandlingsforløbet. Litteraturen er meget sparsom på området, men summarisk skønnes (med flere forbehold) ventelistepatienterne at tegne sig for omkring 5-7 pct. af udgifterne til sygedagpenge. Erfaringer viser, at det i nogle tilfælde godt kan betale sig rent økonomisk at nedbringe udgifterne til sygedagpenge gennem målrettede ventelisteinitiativer, hvilket dog ville stride imod lighedsidealene i det danske såvel som i de fleste andre vestlige sundhedsvæsen.

Der findes flere forskellige delvist supplerende forklaringer på forekomsten af lange ventetider til elektiv behandling. Ifølge de efterspørgselsfokuserede forklaringer er ventelister et udtryk for, at omkostningerne ved behandling er for små for patienterne, hvorfor systemet behandler for mange patienter med marginale behov. I denne forklaring udgør ventetiden den omkostning, som patienterne må betale i fraværet af en monetær pris. Hvis både efterspørgslen på sundhedssydelser og omfanget af de resulterende ventelister opfattes som uhensigtsmæssige, er der grundlæggende to alternative muligheder for at skabe ligevægt mellem udbud og efterspørgsel: Brugerbetaling og/eller en skærpet medicinsk prioritering.

Heroverfor står de udbudsorienterede forklaringer, hvor den ene tilgang opfatter ventelisterne som et udtryk for en simpel men uberettiget ubalance mellem udbud og efterspørgsel, hvorfor behandlingskapaciteten må udvides - enten midlertidigt eller mere permanent. Den anden udbudsorienterede tilgang ser ventelister som resultat af uhensigtsmæssige incitamenter for hospitalerne til at opretholde lav produktivitet og lange ventelister. Ifølge den forklaring vil løsningen på lange ventelister enten bestå af strukturelle ændringer af incitamentsstrukturen, eller være mere specifikt rettet mod sundhedsvæsenets ledelsesniveau.

Bortset fra brugerbetaling kan samtlige af ovenstående forklaringer og medfølgende løsningsforslag genfindes i de gennemgåede internationale erfaringer med ventelisteinitiativer. Samlet set må erfaringerne med initiativer til nedbringelse af ventelister vurderes som nedslående, og de internationale erfaringer leverer desværre heller ingen klare løsninger på, hvordan ventetiden til elektiv behandling nedbringes mest effektivt. Selvom ventetiden på kort sigt kan nedbringes gennem midlertidige og mere permanente merbevillinger, så viser empirien på området en tendens til, at ventelisterne og ventetiden efter en periode igen stiger tilbage til udgangspunktet. Det skyldes, at såvel systemet som patienterne tilsyneladende tilpasser sig det nye behandlingsudbud, formentlig hovedsageligt gennem ændringer i henvisningskriterierne hos praktiserende og visiterende læger. De gennemgåede efterspørgselsorienterede initiativer har i flere tilfælde heller ikke formået at nedbringe ventelisterne, eftersom den skærpede prioritering ikke for alvor har formået at begrænse efterspørgslen gennem afvisning af potentielt marginale patienter. Samtidig har det vist sig særdeles vanskeligt at gennemføre ensartet implementering af sådanne prioriteringstiltag. Mens tiltagene måske har medført en mere rimelig fordeling mellem patienterne, har de i flere tilfælde ikke haft nogen betydelig effekt på de samlede ventelister. New Zealand synes her at udgøre en undtagelse, idet ventetiderne tilsyneladende er faldet i takt med en ambitiøs satsning på et veludbygget prioriteringssystem. De umiddelbart største effekter synes at komme fra de initiativer, der på forskellig vis har været i stand til at påvirke incitamenterne for opretholdelse af ventelisterne. Ved at knytte merbevillinger direkte til ventetiderne, lykkedes

det f.eks. i Victoria i Australien og i INSALUD i Spanien at nedbringe antallet af patienter, der ventede længe på behandling. På samme måde kan de seneste effekter af de engelske ventelisteinitiativer til dels tilskrives det pres, der i forbindelse med de pågående reformer af det engelske sundhedsvæsen er blevet lagt på sygehusene, og her især sygehusledelserne for at reducere ventelisterne. Samtidig er der dog også fundet talrige eksempler på utilsigtede konsekvenser, når systemerne reagerer uhensigtsmæssigt på de pålagte pres.

Den primære praksiskonklusion fra litteraturgennemgangen er, at det på sigt vil være vanskeligt at producere sig ud af lange ventelister, i hvert fald så længe aktivitetsforøgelserne ikke knyttes til ændringer i incitamentsstrukturerne på udbudssiden og/eller til succesfuld skærpet prioritering på efterspørgselssiden. Såvel teorien som empirien peger på, at ventelisterne næppe kan nedbringes gennem de traditionelle udbudsorienterede initiativer, der søger at påvirke ventelisterne alene gennem øget aktivitet. Derfor har flere lande på det seneste forsøgt sig med øget aktivitet koblet med reformer rettet mod efterspørgselssiden (direkte eller indirekte) og/eller incitamenterne for opretholdelse af lange ventelister. Nogle af de mest succesfulde initiativer mht. nedbringelse af ventelisterne stammer således også fra New Zealand, der har indført skærpet prioritering samt øget ressourcerne, og fra Victoria i Australien hvor man både har indført eksplicit prioritering af patienternes behov og fjernet incitamenterne for opretholdelse af lange ventelister.

I forbindelse med uddragning af praksiskonklusioner fra de gennemgåede internationale initiativer er det vigtigt at huske på, at erfaringer fra andre sundhedssystemer ikke nødvendigvis kan overføres direkte til danske forhold. Et initiativs effekter afhænger både af det oprindelige ventetidsniveau og den øvrige kontekst, som initiativet vedtages og implementeres i. Det kan således tænkes, at der er en nedre grænse for, hvornår ovennævnte policytiltag har en gunstig effekt på ventetiderne, f.eks. hvis udgangspunktet er de (i international sammenhæng) lave ventetider i Danmark. En forudsætning for positive resultater synes dermed at være solidt kendskab til før-situationen samt analyser af effekter undervejs, ligesom de anvendte incitamenter skal tilpasses den specifikke kontekst.

I lyset af såvel de danske som de internationale ventelisteerfaringer er det sluttelig relevant at pege på et par centrale betingelser for en mere læringsbaseret policydannelse på ventetidsområdet. Der skal som minimum udvikles pålidelige opgørelser over ventelisteproblemets omfang over tid, så det bliver muligt at vurdere effekterne af de vedtagne initiativer. Det er samtidig vigtigt, at nye initiativer følges op med detaljerede og nuancerede studier af, hvordan forskellige incitamenter virker - såvel alene som i samspil med andre strukturer i sundhedsvæsenet.

1 Introduktion

Ventelister til sygehusbehandling er langt fra noget nyt problem. Ved dannelsen af det engelske NHS i 1948 stod der således 500.000 på venteliste til behandling (1) og allerede i 1963 konkluderede en officiel rapport, at ventelisterne til sygehusbehandling udgjorde et stigende problem i det engelske sundhedsvæsen (2). De danske ventelister kom først for alvor på dagsordenen langt senere, men har gennem de sidste 10-15 år spillet en stadig større rolle i den danske sundhedsdebat. Ventelisternes udvikling følges med stor bevågenhed både i medierne og fra politisk hold, hvilket har resulteret i et væld af initiativer til nedbringelse af ventelisterne - både lokalt, amtligt og på nationalt plan. Disse initiativer har indeholdt forskellige virkemidler og har bl.a. bestået af diverse betænkninger og rapporter, retningslinjer, ekstrabevillinger og puljer samt aftale- og lovbaserede tiltag. Helt konkret kan nævnes ventetidsgarantier, frit sygehusvalg og øremærkede merressourcer til sygehusvæsenet. Senest har regeringen igangsat det såkaldte udvidede frie sygehusvalg og en ventelistepulje, der fungerer som ekstra tilskud til amter med dokumenteret øget behandlingsaktivitet. Hvis blikket rettes mod udlandet, tegner der sig ofte et lignende billede, idet ventelisterne i mange lande opfattes som en af sundhedsvæsenets største udfordringer (3). Derfor har mange vestlige lande også iværksat en mangfoldighed af initiativer til nedbringelse af ventelisterne gennem de sidste 10-15 år.

Et gennemgående problem forbundet med forekomsten og bekæmpelsen af ventelister er, at hele området synes kendetegnet af uklare sammenhænge mellem årsag og virkning og af generel uenighed om ventelisteproblemernes reelle omfang. Derfor er der også samlet set tale om en delvis uklar problematik. På den baggrund har DSI Institut for Sundhedsvæsen udarbejdet indeværende rapport, der gennem et internationalt litteraturstudie søger at afdække, hvorfor ventelisterne tilsyneladende er så problematiske, hvorfor de opstår, hvilke initiativer man har prøvet i andre lande, og hvordan de har virket. Med afsæt i besvarelsen af disse spørgsmål er det rapportens mål at kunne medvirke til en perspektivering og nuancering af den danske ventelisteproblematik.

1.1 Beskrivelse af søgestrategi og analysemetode

Litteraturen benyttet i rapporten er fundet gennem en litteratursøgning i flere forskellige baser. Der er indledningsvis søgt i Medline med MESH-terminerne "Waiting-Lists" og "Health-Care-Rationing". Søgningen begrænsedes til sprogene: Engelsk, tysk, dansk, norsk og svensk og til referencer fra og med 1993. Denne søgning gav 202 referencer. Dernæst blev der søgt på "Waiting-Lists" og "Surgery" som fritekst, minus den første søgning og med de samme limits. Denne søgning identificerede 540 referencer. Desuden er

der søgt i Spriline på friteksten "vårdgaranti", og i DSI-bib på emneordene "venteliste" og på "ventetid" og "garanti" i kombination. Relevante referencer fra de identificerede studier er blevet indhentet, ligesom der er foretaget supplerende internetsøgninger undervejs i processen. I enkelte tilfælde er der endvidere rettet henvendelse til relevante myndigheder i de lande, hvor der blev identificeret ventelister.

I analyseprocessen blev den indhentede litteratur opdelt i forhold til, om den primært havde et empirisk eller et teoretisk sigte. Den teoretiske del danner udgangspunkt for dele af den analytiske ramme, mens den empiriske del udgør det egentlige analysegrundlag. Den empiriske litteratur blev samtidig opdelt i forhold til, om den fokuserede på konsekvenserne af ventelister eller om den fokuserede på nedbringelse af ventelister. Den del af litteraturen, der fokuserede på nedbringelse af ventelisterne, blev herefter inddelt i forhold til geografisk fokus og med baggrund i mængde og kvalitet i materialet for de enkelte lande, blev det besluttet, hvilke der skulle indgå i rapporten.

1.2 Rapportens disponering

Rapporten består af 8 kapitler plus et bilag. Kapitel 2 indeholder en definition på og beskrivelse af fænomenet ventelister samt en gennemgang af nogle af de mulige årsager til, at ventelisterne udgør et problem i så mange vestlige sundhedssystemer. Konsekvenserne af ventelister belyses her fra et patient-, et borger- og et samfundsøkonomisk perspektiv. Analyserammen i kapitel 3 indeholder en gennemgang af de mest gængse forklaringer på forekomsten af ventelister til elektiv behandling. På baggrund af denne gennemgang udledes de logiske muligheder, som sundhedsvæsenets beslutningstagere kan gøre brug af i forsøget på at nedbringe ventelisterne. I kapitel 4 gøres der status på omfanget af de danske ventelister, der også sammenholdes med situationen i andre sammenlignelige lande. Kapitel 5 indeholder en empirisk gennemgang af de danske erfaringer med forskellige ventelisteinitiativer. Med udgangspunkt i de kategorier af virkemidler, der blev udledt fra den analytiske ramme, undersøges det herefter i kapitel 6, hvilke ventelisteinitiativer der er blevet prøvet hvor og med hvilket resultat. I kapitel 7 diskuteres og perspektiveres resultaterne, der sluttelig samles i en konklusion i kapitel 8. Mere udførlige beskrivelser af de udvalgte internationale erfaringer med ventelister og ventelisteinitiativer er vedlagt i bilag 1.

1.3 Metodiske overvejelser

Det er som oftest vanskeligt at drage entydige konklusioner på baggrund af sammenligninger mellem grundlæggende forskellige systemer, hvilket også gør sig gældende for denne erfaringsopsamling. Det skyldes til dels de problemer der er forbundet med sammenligninger på tværs af landegrænser, hvor der altid skal tages forbehold for de forskellige historiske, økonomiske og kulturelle baggrunde. Hertil kommer de metodiske problemer forbundet med selve ventelisteområdet. Ventelister påvirkes af en lang række forskelli-

ge variable, hvilket gør det vanskeligt at udrede, hvad der præcist har ført til de observerede effekter på ventelisterne og ventetiden. Et initiativ kan f.eks. godt have en positiv effekt på ventelisterne og ventetiderne uden at disse falder, idet andre faktorer kan have en stærkere negativ effekt på ventelistedannelsen. Djævelen gemmer sig således ofte i detaljen, og den komplekse kausalitet gør det svært at evaluere specifikke initiativer i forhold til deres effekt på ventelisterne. I samtlige de gennemgåede sundhedssystemer er diskussionen om og forskningen i ventelister herudover hæmmet af særdeles mangelfuldt datamateriale om ventelisternes baggrund, omfang og konsekvenser. Som illustration på det generelt mangelfulde datamateriale kan der nævnes et par eksempler.

I forbindelse med et større ventelisteinitiativ i det spanske INSALUD blev der i 1996 iværksat valideringer af ventelisteopgørelserne. Ved denne oprydning viste det sig, at 20,5% af de formodede ventelistepatienter kunne fjernes fra listen (4). Et andet eksempel stammer fra Norge, hvor en af de udløsende årsager til den omfattende strukturreform i 2002 var de vedvarende lange ventelister. Efter reformen satte de fem nyoprettede Regionale Helseforetak derfor ekstra fokus på nedbringelse af ventelisterne, og tallene viser, at ventelisterne tilsyneladende også er faldet siden ændringerne trådte i kraft. Der er imidlertid tegn på, at størstedelen af nedbringelserne skyldes venteliste-saneringer mere end strukturændringer eller nye ventelisteinitiativer (5). På samme måde er der på det seneste blevet sået tvivl om pålideligheden af de danske ventelisteopgørelser, der traditionelt har været baseret på de bagudrettede indberetninger til Landspatientregisteret (6). Indenrigs- og Sundhedsministeriet er således indtil videre ophørt med at udgive officiel ventelistedatastatistik baseret på Landspatientregisteret og henviser i stedet til tal fra den fremadrettede Venteinfo-database, der imidlertid også er blevet kritiseret for at give et upålideligt billede af ventelistesituationen (7).

Eksemplerne viser de betydelige problemer omkring entydig definition og opgørelse af ventelister og ventetider, der er kendetegnende for hele området. På den positive side kan man sige, at saneringer og ændringer i såvel de norske som de danske ventelisteopgørelser er tegn på øget erkendelse af de eksisterende dataproblemer, hvilket er en forudsætning for forbedring. På den anden side kan man indvende, at erkendelserne i begge tilfælde må siges at have indfundet sig på politisk belejlige tidspunkter i kølvandet på højt profilerede og dyre ventelisterelaterede reformer. Forløbene afspejler således også, hvordan ventelisterne er blevet et af de absolut mest betydningsfulde succesparametre i sundhedsdebatten, hvilket ofte spiller en rolle for både opgørelsen, fortolkningen og offentliggørelsen af samt adgangen til ventelistedata.

Jævnfør ovenstående er det et gennemgående træk ved ventelistesituationerne i de analyserede lande, at der i de fleste tilfælde kun findes begræn-

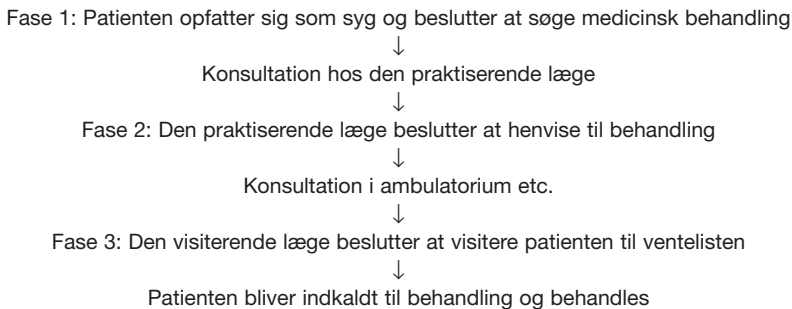
sedde og delvist forældede data af tvivlsom kvalitet om ventelister og ventetider til elektiv behandling. Ganske ofte refereres der imidlertid alligevel til situationen i dette eller hint system, hvorfor det på trods af de mangelfulde data kan være relevant at indsamle det materiale, der nu engang er tilgængelig. Derved bliver det muligt at undersøge, om og hvordan ventelistsituationen umiddelbart adskiller sig i andre lande, både mht. ventelisternes omfang samt de afprøvede initiativer og deres effekt på ventelisterne. De mangelfulde metodiske vilkår for udarbejdelsen af denne rapport betyder dog, at dens konklusioner må tolkes med de nævnte forbehold for øje. I forlængelse heraf skal resultaterne derfor ses mere som en sandsynliggørelse af visse sammenhænge på ventelisteområdet end som egentlig udtømmende bevisførelse for ventelisternes dannelse, funktionsmåde og konsekvenser.

2 Hvad er en venteliste og hvorfor er ventelister et problem?

2.1 Hvad er en venteliste?

En venteliste består af de personer, der venter på elektiv (dvs. ikke-akut) hospitalsbehandling. De danske ventelister omfatter primært den del af ventetiden, der finder sted fra og med patienten er blevet henvist af sin praktiserende læge og til den endelige behandling på hospitalet. Som det fremgår af figur 2-1, kan der opstå ventetid i flere forskellige faser af et behandlingsforløb. Den mest almindelige proces i forbindelse med elektiv behandling er skitseret nedenstående:

Figur 2-1: Vejen til elektiv behandling¹



Kilde: (2)

I første fase skyldes ventetiden hovedsageligt patienterne, der ofte har forskellige opfattelser af, hvornår det er nødvendigt at søge lægehjælp. I denne fase kan finansieringssystemet også spille en central rolle for den enkelte patients beslutning om at søge behandling.² Når man i Danmark snakker om ventelister, er der typisk tale om de patienter, der venter på elektiv, kirurgisk behandling i fase to og tre. Disse ventelister udgør rapportens primære fokus.

2.2 Hvorfor er ventelister et problem?

Begrebet "venteliste" er i sig selv et negativt ladet begreb for de fleste, hvilket er naturligt nok, eftersom konsekvensen af at stå på venteliste per defi-

¹ Andre veje til elektiv behandling kan fx gå via speciallæge eller vagtlæge mv.

² Der er f.eks. righoldig dokumentation for, at brugerbetaling generelt mindsker patienternes efterspørgsel på sundhedsvæsenets ydelser. Det betyder også, at der kan opstå såkaldte "implicitte ventelister" af mindrebemidlede patienter i de lande, der ikke har fri adgang til sundhedsvæsenet (8). Noget tyder i øvrigt på, at patienternes efterspørgselselasticitet er lavere for elektiv hospitalsbehandling end for mindre omfattende sundhedsydelser. En brugerbetaling på elektiv hospitalsindlæggelse vil altså ikke nødvendigvis påvirke efterspørgslen i samme grad som brugerbetaling på besøg hos den praktiserende læge (9).

nition indebærer en udskydelse af det gode, der ønskes erhvervet. Betydningen af en udskydelse er naturligvis afhængig af udskydelsens varighed og ikke mindst indholdet af det ønskede gode. Sygehusbehandling opfattes i den forbindelse ofte som et gode, man ikke bør vente på. I dette afsnit undersøges denne opfattelse gennem et kig på ventelisternes konsekvenser for forskellige dele af befolkningen.

Ventelister og ventetid til behandling kan have flere forskellige negative konsekvenser, bl.a. forværring af den pågældende lidelse og i ekstreme tilfælde dødsfald, øgede smerter, funktionsstab, øgede omkostninger forbundet med behandling, utryghed, tabt arbejdsfortjeneste og stigende udgifter til sygedagpenge (3). Litteratursøgningen lokaliserede kun ét nyere, større dansk studie, der har fokuseret specifikt på konsekvenserne af ventetid til operation (10). Selvom konsekvenserne af ventetid varierer mellem lande, diagnoser og tid,³ er der derfor også inddraget relevante udenlandske undersøgelser med fokus på konsekvenserne af ventelister og ventetid.

2.2.1 Ventelisternes konsekvenser for patienterne

I Danmark er ventetider til behandling normalt ikke forbundet med hverken akutte eller livstruende lidelser. Førstnævnte behandles med det samme, mens livstruende sygdomme har været dækket af en lovfæstet toudersgaranti siden 1999.⁴ Ventelisterne til elektiv behandling omfatter imidlertid en række sygdomme, der kan forårsage betydelige smerter såvel som nedsat funktionsevne, livskvalitet og arbejdsevne. Det er derfor relevant at se på ventetidernes konsekvenser for de berørte patienter. Flere litteraturgennemgange af evidensen omkring konsekvenserne af ventetid konkluderer i øvrigt, at der stadig er lang vej, før man kan danne sig et samlet billede af konsekvenserne af ventetid (2;3), hvorfor konklusionerne må betragtes som tentative.

Den værste medicinske konsekvens af ventetid er naturligvis, hvis patienten dør under ventetiden, eller hvis den pågældende tilstand på anden måde forværres. En del studier rapporterer om ventelistepatienter, der gennemgår betydelige smerter i ventetiden samt om patienter, hvis tilstand forværres i perioden. I overensstemmelse hermed oplever en del patienter også reduceret livskvalitet i forbindelse med ventetid (2;10). Konsekvenserne af at stå på en venteliste afhænger dog i høj grad af diagnosen. Der er således tegn på, at ventetid medfører betydelige negative konsekvenser for nogle patientgrupper, mens andre kun oplever få eller slet ingen problemer i forbindelse med ventetid til behandling.

³ Herunder især den såkaldte latens-tid, der omfatter tiden fra symptomerne opstår, til patienterne henvender sig til egen læge (10).

⁴ Langt størstedelen af behandlinger på sygehusene foregår akut. I 2001 var knap 3 ud af 4 af alle hel-dognspatienter således akut indlagte (11).

DIKE offentliggjorde i 1998 en undersøgelse af patienter på venteliste til knæ- og hofteledsoperationer, diskusprolaps og brok (10). Undersøgelsen fandt, at patienter med diskusprolaps oplevede svære smerter samt forværret klinisk prognose i forbindelse med ventetid til behandling, mens der ikke kunne konstateres forværret klinisk prognose for de øvrige diagnoser. Til gengæld oplevede ca. halvdelen af knæ- og hoftepatienterne samt de fleste diskusprolapspatienter betydelig nedsættelse af funktionsevnen. 79 pct. af patienterne, der ventede mindre end 3 måneder, fandt, at op til 3 måneders ventetid var i orden, mens 90 pct. af knæ- og hoftepatienterne mente, at op til 3 måneders ventetid var i orden. Samlet set mente 35 pct. af de behandlede patienter, at 3 måneder er en acceptabel ventetid, mens 13 pct. mente, at en ventetid på mere end 3 måneder er acceptabel. Ifølge patienternes egne angivelser ventede henholdsvis 53 og 67 pct. af knæ- og hoftepatienterne mere end 3 måneder, mens andelen var på 37 pct. for patienter med diskusprolaps (inkl. konservativ behandling) og ca. 50 pct. for brokpatienterne. Ifølge undersøgelsen accepterede de fleste af patienterne således op til 3 måneders ventetid og bortset fra patienter med diskusprolaps, kunne der ikke konstateres nogen egentlig helbredsrisiko ved at stå på venteliste.

Knæ- og diskusprolapsoperationerne var i øvrigt dækket af en forsøgsvis ventelistegaranti, da undersøgelsen fandt sted. Garantien indebar, at patienterne skulle have tilbud om henvisning til andet hospital, såfremt ventetiden oversteg 3 måneder. Undersøgelsen viste imidlertid, at kun godt og vel halvdelen af patienterne var klar over, at der fandtes en sådan garanti, mens kun henholdsvis 33 pct. og 12 pct. af knæ- og diskusprolapspatienterne rent faktisk blev tilbudt behandling andetsteds. Interessant nok var det kun 18 ud af de 55 knæpatienter, der fik tilbudt hurtigere behandling på et andet hospital, der rent faktisk takkede ja, mens 9 ud af de 15 adspurgte diskusprolapspatienter valgte den hurtigere behandling på et andet hospital (10).⁵

De danske resultater støttes af et studie fra New Zealand, der viser, at mens patienter, der ventede på knæ- og hofteledsoperationer, led af dårligt helbred i ventetiden, så oplevede de ikke nogen forværring af deres tilstand i samme periode. Undersøgelsen bekræftede i øvrigt også den negative sammenhæng mellem smerter og angivet acceptabel ventetid (12). En svensk undersøgelse af opererede hoftepatienter var ligeledes ikke i stand til at finde nogen forskel i patienternes tilstand før operation eller i behandlingsresultat, mellem de patienter der havde ventet mere og mindre end 3 måneder på operation (13).

En stor landsdækkende patientundersøgelse fra England, der generelt har betydeligt længere ventetider end i Danmark, undersøgte ventetidernes

⁵ Hospitalerne overholdt ventetidsgarantien på maksimalt 3 måneder i 51,2 pct. af tilfældene for diskusprolapspatienter og i 22,9 pct. af tilfældene for knæoperationer (10).

effekt på patienternes opfattelse af sygdomsudvikling, egne smerter og funktionsevne. I forhold til spørgsmålet om sygdomsudvikling oplevede 8 pct. af patienterne, at deres tilstand blev "meget forværret" i ventetiden, mens 28 pct. angav, at den blev "en smule forværret", 53 pct. fandt "ingen ændring eller en forbedring", mens de ventede og 12 pct. var ikke sikre på svaret. For 40 pct. og 14 pct. af patienterne forårsagede deres lidelse henholdsvis "nogen smerte" og "megen smerte" i ventetiden, mens 44 pct. ikke oplevede nogen smerter. Med hensyn til funktionsevne fandt henholdsvis 35 pct. og 19 pct. af patienterne, at deres funktionsevne (daglige aktiviteter) var "en smule" eller "meget begrænsede", mens de ventede. Samtidig angav 43 pct. af patienterne, at de ikke oplevede nogen begrænsninger som følge af deres lidelse, mens 2 pct. ikke kunne besvare spørgsmålet. De patienter, der opfattede eget helbred dårligst, og de patienter, der ventede længst, oplevede også de alvorligste konsekvenser af ventetiden. Med hensyn til den faktiske ventetid angav 11 pct. af patienterne, at de blev behandlet af specialist eller hospital samme dag, som de blev henvist (dvs. akut), mens 65 pct. ventede op til tre måneder og 19 pct. i mere end tre måneder (14).

Generelt er der tegn på, at ventetid til behandling udgør et acceptabelt problem for flertallet af patienter og diagnoser. Et internationalt studie af patienter på venteliste i henholdsvis Canada, Danmark og Spanien (til behandling af grå stær) viste således, at langt de færreste ventelistepatienter var villige til at betale mere i skat til gengæld for en reducere af ventetiden til operation. Selvom privat behandling var mulig i alle tre lande, var det ligeledes kun ca. 2 pct. af patienterne, der benyttede sig af denne mulighed. Resultaterne peger altså på en vis tolerance blandt patienterne i offentlige sundhedssystemer i forhold til at stå på venteliste (15). Resultaterne fra dette studie modsiges umiddelbart af et norsk studie af befolkningens betalingsvilje for indførelse af en juridisk bindende behandlingsgaranti på 3 måneder. Studiet fandt, at de norske borgere i gennemsnit var villige til at betale 4.673 NOK om året for en sådan garanti (16). Borgernes estimerede betalingsvilje skal dog tages med forbehold eftersom kun 0,2 pct. af befolkningen i 1999 havde tegnet en privatforsikring, der i praksis ville give umiddelbar adgang til sygehusvæsenet. En sådan forsikring ville for størstedelen af befolkningen koste mindre end den estimerede betalingsvilje (16). Det kan dog indvendes, at studier af betalingsvilje i offentlige systemer, hvor man er vænnet til at få ydelser gratis, ikke nødvendigvis afspejler den reelle tolerance, da befolkningen føler at man allerede har betalt for godet via skatter.

Samlet set peger undersøgelserne på, at ventelistepatienter udgør en meget heterogen gruppe i forhold til konsekvenserne af ventetid til behandling, hvilket også bør inddrages i vurderingen af ventelisteproblematikken og mulige løsningsforslag. I flere undersøgelser oplever ca. halvdelen af de ventende patienter meget få eller slet ingen gener i forbindelse med ventetiden. Denne gruppe finder ofte en moderat (op til ca. tre måneder) eller endda betydelig

(3-6 måneder) ventetid acceptabel og uden alvorlige konsekvenser. På samme tid synes der at være en anseelig gruppe af patienter, der oplever enten betydelige eller svære smerter og funktionsnedsættelse i ventetiden. Undersøgelserne viser ikke overraskende, at jo flere og større negative konsekvenser der er forbundet med ventetiden, jo større sandsynlighed er der også for, at patienterne finder den uacceptabelt lang (10;14;17).

2.2.2 De samfundsøkonomiske konsekvenser af ventelister⁶

En undersøgelse fra det danske sundhedsministerium viste i 1995, at uden ventelister ville samfundet teoretisk set opnå en besparelse på ca. 375 mio. kr. til sygedagpenge, hvilket svarer til 7 pct. af de samlede udgifter. En nedsættelse af ventetiden til maksimalt 3 måneder ville i teorien reducere sygedagpengeudgifterne med 1,4 pct. (18). Pga. manglende data omfattede undersøgelsen imidlertid ikke offentligt ansatte (idet de modtager løn og ikke sygedagpenge under sygdom), patienter der venter på ambulant behandling, og patienter der venter på indlæggelse på psykiatriske afdelinger. Undersøgelsen undervurderer derfor udgifterne til langvarigt sygefravær. Ydermere skelnede undersøgelsen ikke mellem passive/aktive ventelistepatienter, ligesom den heller ikke tog højde for, at nogle ventelistepatienter ville overgå til anden offentlig støtte efter endt behandling.⁷ Undersøgelsens resultater skal således tages med forbehold - men kan alligevel ses som indikative for besparelsesniveaueet.

En senere norsk undersøgelse fra SINTEF Unimed udgivet i 1998 konkluderede, at mindst ca. seks procent af langtidsfraværet (over otte ugers fravær) i Norge kunne undgås, hvis ventetiden til behandling på hospitaler, til specialister og til fysioterapi blev reduceret til en måned, der vurderes som den mindste, realistiske ventetid man kan opnå. Det ville medføre en besparelse på 600 mio. kr., hvilket dog ikke inkluderer de ekstra udgifter, der ville være forbundet med selve nedbringelsen af ventetiderne. Selvom problemerne med "undgåelig ventetid" som følge af ventelister er størst for de langtidssyge patienter, medfører de også forlængelse af sygeperioder for "korttidssyge". Undersøgelsen undervurderer altså de totale udgifter til sygedagpenge som følge af ventetid til behandling.

Fra 1993 og frem er der i Norge blevet gennemført en række landsdækkende *sykepengeprojekter*, der eksemplificerer nogle af problemerne forbundet med at nedbringe ventelisterne ud fra besparelseshensyn. Projekterne byggede på overførsel af øremærkede midler fra sygedagpenge-puljerne til finansiering af øget behandlingsaktivitet på de somatiske sygehuse. Den grundlæggende idé var, at den generelt øgede behandlingsaktivitet ville

⁶ Afsnittet søger at beskrive nogle af de studier, der har beskæftiget sig med omkostningerne relateret til ventetid for samfundet som helhed.

⁷ Passiv ventetid omfatter perioder hvor patienten ikke kan påbegynde undersøgelse/behandling pga. forhold hos patienten selv.

medføre en tilsvarende eller større besparelse på udgifterne til sygedagpenge, hvorved initiativet ville være lønsomt. Projekterne skulle satse på de diagnosegrupper, der tegnede sig for det meste sygefravær, og skulle omfatte alle på ventelisterne, uanset om disse var sygemeldte eller ej. I 1993 og 1994 blev der givet støtte til 92 individuelle projekter, hvoraf de 85 er inkluderet i en samlet vurdering foretaget i 1995 (19). Projekterne kostede i alt 156,2 millioner norske kroner, der blev brugt til behandling af 33,600 patienter. Evalueringen af projekterne fandt, at flertallet af projekterne kunne tjene sig selv ind over en 3-5 årig periode pga. de reducerede udgifter til sygedagpenge - også selvom andelen af sygemeldte patienter kun udgjorde ca. 5 pct. af den samlede patientmængde. Den afsluttende evaluering tager dog flere forbehold for resultatet, bl.a. fordi det er svært at sige noget om den samlede lønsomhed. Det skyldes, at der kun vil opstå en reel samfundsøkonomisk gevinst ved de evaluerede ventelisteinitiativer, såfremt de sygemeldte personer ikke kan erstattes af anden arbejdskraft i sygemeldingsperioden. I tilfælde af arbejdsløshed og vikarmuligheder giver initiativerne altså nok en sundhedsgevinst, fordi patienterne venter kortere tid, men ikke nogen egentlig økonomisk besparelse, idet sygeperioden ikke nødvendigvis har medført et produktionstab for den berørte arbejdsplads. Rapporten tager samtidig forbehold for de ændringer i henvisningspraksis, som den øgede aktivitet medførte. Mindst 1/3 af projekterne rapporterede således om flere henvisninger fra de praktiserende læger, hvilket kan have medført "unødvendige" henvisninger. Endelig stiller evalueringsrapporten spørgsmålstejn ved det hensigtsmæssige i projektet, når det kun var maksimalt 5-10 pct. af de behandlede, der reelt var sygemeldte. Rapporten konkluderer, at hvis etiske hensyn alligevel udelukker eksplicit opprioritering af ventelistepatienter på sygeorlov, så vil den slags målrettede initiativer minde om at "skyde spurve med kanoner", fordi de fleste ressourcer bruges på patienter, der enten ikke har arbejde, eller hvis lidelse slet ikke førte til sygefravær.

Selvom de tilgængelige undersøgelser af omkostningerne forbundet med ventelisteinduceret sygefravær må tages med betydelige forbehold, tyder erfaringerne dog på, at de danske ventelister næppe skal søges nedbragt alene ud fra et besparingshensyn, medmindre ventelisteinitiativerne indrettes med et eksplicit ønske om minimering af sygefravær via opprioritering af de patienter og behandlinger, der kunne give de største besparelser i sygedagpenge og tabt arbejdsfortjeneste. I en dansk kontekst er der imidlertid ikke tradition for offentlige initiativer specifikt rettet mod arbejdsmarkedstilknytning, idet sådanne projekter strider imod en dansk forståelse af grundprincipperne om lige adgang til behandling.⁸

⁸ I økonomisk forstand kan man i nogle tilfælde tænke sig at produktionsgevinsterne ved at behandle sygemeldte erhvervsaktive vil være så store, at de samfundsøkonomisk set betaler for behandlingerne. Der vil i så fald være tale om en Pareto-forbedring i og med at de ekstra behandlinger ikke nødvendigvis sker på bekostning af andre patientgrupper. Det er dog tvivlsomt, om en sådan ordning kan gennemføres i praksis. Samtidig ville den implicerede forskelsbehandling formentlig være i modstrid med sygehusloven i dens nuværende form.

2.2.3 Ventelisternes konsekvenser for borgernes opfattelse af sundhedssystemet

Der er kun lavet få undersøgelser af offentlighedens opfattelse af ventelisterne og ventelisteproblematikken. I dansk sammenhæng lavede GfK i 1994 en undersøgelse for BT, der viste, at 71 pct. af de adspurgte var indstillet på at betale mere i skat "*...forudsat at dette kan nedbringe ventelisterne på sygehusene*" (20, side 8), hvilket i hvert fald afspejler en opmærksomhed omkring ventelisteproblematikken i tiden op til undersøgelsen. Til sammenligning var kun 39 pct. af de adspurgte villige til at betale mere i skat for en nedbringelse af ventelister til vuggestuer og børnehaver.

I en stor undersøgelse fra Rockwool-fonden udgivet i 2000 opfattede befolkningen ventelisterne som et af de største problemer ved det danske sundhedsvæsen. 71 pct. af svarpersonerne fandt, at ventelisterne udgjorde en af de tre dårligste ting ved sundhedsvæsenet. Ventelisterne rangerede højt på listen, uanset om svarpersonen havde været indlagt eller ikke. Det skal her bemærkes, at spørgsmålene var generelt formuleret og derfor ikke direkte omhandlede den enkelte persons mulige ventetidsoplevelser. I samme undersøgelse blev befolkningen bedt om at rangordne ni forskellige kvalitetsindikatorer. Ventetid til behandling blev nævnt af 50 pct. af de adspurgte, kun overgået af den behandlende læges erfaring og rutine (55 pct.), og at det er den samme læge, der undersøger og behandler under indlæggelse (52 pct.)(21).

Lignende resultater er fundet andre steder i Europa. I Holland fandt mere end 75 pct. af befolkningen, at regeringen ikke havde håndteret ventelisteproblemerne effektivt, mens mindre end 25 pct. af de patienter, der havde været i kontakt med en specialist eller et hospital vurderede ventelisterne som "lange" eller "meget lange" (22).

Det er her vigtigt at bemærke, at der kan være betydelige forskelle i befolkningernes reaktion på ventetid til elektiv behandling. En international undersøgelse af borgernes tilfredshed med deres sundhedsvæsen kunne således ikke finde nogen sammenhæng mellem de aktuelle ventetider til elektiv behandling og den generelle befolknings frygt for ventetid (23).⁹ Selvom de engelske patienter ifølge undersøgelsen måtte vente længst (gennemsnitligt 2,2 måneder¹⁰) på behandling, var det f.eks. "kun" 12 pct. af befolkningen, der var "meget bekymrede" for ventetiden. Det tilsvarende tal var 14 pct. i USA, hvor ventetiden på daværende tidspunkt var på 21 dage for de undersøgte behandlinger (3;23).

⁹ Undersøgelsen omfattede Australien, Canada, New Zealand, England og USA (23).

¹⁰ Hurst og Lugani (2003) betegner 2,2 måneder som en underdrivelse og vurderer den reelle ventetid i 1998 til at være mellem tre og fire måneder (3).

Der har i den norske befolkning været megen fokus på og utilfredshed med ventelistesituationen. Den udbredte utilfredshed foranledigede det tidligere omtalte studie af borgernes betalingsvilje for en reducere af ventetiden til behandling. Her blev det fundet, at borgerne i gennemsnit havde en betalingsvilje på 4.673 NOK for en juridisk bindende behandlingsgaranti på 3 måneder (16), hvilket umiddelbart kunne tyde på, at ventelisterne udgjorde et væsentligt problem i det norske sundhedsvæsen. Troværdigheden af det nævnte estimat kan imidlertid diskuteres. Omkostningen ved privatforsikringer, der sikrer umiddelbar adgang til sygehusvæsenet, er for størstedelen af den norske befolkning mindre end det angivne beløb. Alligevel var det kun 0,2 pct. af befolkningen, der i 1999 havde tegnet en sådan forsikring (16). Siden er flere forsikringsselskaber helt holdt op med at udbyde den pågældende type af forsikring, da der ikke har været tilstrækkelig efterspørgsel. Undersøgelsen viser altså en væsentlig forskel mellem den hypotetiske og den reelle betalingsvilje, der måske kan overføres bredere: Ventelister og ventetider til sundhedsydelser udgør i det abstrakte et væsentligt problem for borgerne, men helt konkret vurderes problemet altså ikke så presserende, at det påkalder tegning af privat forsikring.

Samlet set er der altså tegn på, at ventelister vurderes som et betydeligt problem i den generelle befolkning. Paradoksalt nok opfatter det flertal i befolkningen, der ikke er direkte berørt af ventelister, tilsyneladende ofte de generelle ventelister som et større problem, end de dele af befolkningen der rent faktisk venter på eller har modtaget behandling. Der synes altså at være en diskrepans mellem de generelt opfattede og de specifikt oplevede problemer med ventelisterne til elektiv behandling.

2.3 Opsummering

Med hensyn til ventelisternes direkte helbredsmæssige konsekvenser udgør ventelistepatienterne en meget heterogen gruppe, både i forhold til forværring af prognose og i forhold til nedsat livskvalitet som følge af smerter og funktionstab. En mindre del af de ikke-akutte ventelistepatienter oplever således forværret prognose og/eller svære smerter samt alvorlig funktionsnedsættelse, mens de står på venteliste. Flere undersøgelser melder samtidig om, at for en større del af patienterne medfører ventetiden kun moderate eller få negative konsekvenser. Endelig er der en mindre gruppe patienter, der tilsyneladende slet ikke lider under at stå på venteliste.

I et samfundsøkonomisk perspektiv tegner ventelistepatienterne sig i de to refererede undersøgelser for 5-7 pct. af udgifterne til sygedagpenge. Disse tal skal dog tages med store forbehold pga. opgørelsesmetoderne og de bagvedliggende antagelser. Erfaringer fra Norge viser videre, at det godt kan lade sig gøre at nedbringe udgifterne til sygedagpenge via øremærket finansiering af ekstra behandlingskapacitet. Denne konklusion bygger imidlertid på en tvivlsom antagelse om, at efterspørgslen kan holdes adskilt fra udbud-

det. Derudover står en sådan form for prioritering umiddelbart i modstrid med lighedsidealene i de skandinaviske sundhedsvæsen.

Endelig er der tegn på, at ventelisterne ofte opfattes som et større problem i den generelle befolkning, end blandt flertallet af de patienter der rent faktisk oplever ventetiden i praksis. Dette forhold skal nok ses i lyset af den betydelige opmærksomhed, som ventelisteproblematikken har været genstand for i medierne og fra politisk hold gennem de sidste 10 år. Diskrepansen mellem de generelle opfattelser og konkrete oplevelser kan samtidig være med til at forklare nogle af de mere signalorienterede policy-initiativer, som inddrages i den empiriske gennemgang.

3 Teoretisk analyseramme: Hvorfor opstår ventelister og hvad kan der gøres ved dem?

Der er flere centrale faktorer, der kan være med til at forklare, hvorfor der opstår ventelister i et sundhedssystem. De mest udbredte og overordnede forklaringer henviser til (1;2;24;25):

- fremvæksten af ny teknologi, der har muliggjort behandling af patientgrupper, der tidligere ikke kunne behandles.
- ændringer i befolkningens demografiske sammensætning. Danmark får fremover flere og flere ældre, der i gennemsnit efterspørger flere hospitalsydelser end yngre borgere.
- øgede forventninger fra befolkningens side, hvilket også fører til øgede krav til sygehusvæsenet. Det stigende forventningsniveau forstærkes endvidere af befolkningens øgede tilgang til informationer om behandlingsmuligheder og -tilbud.
- indikationsskred og/eller ændringer i lægernes henvisningspraksis, hvilket f.eks. kan skyldes tegn på faldende ventetider til behandling eller ændringer i lægernes incitamentsstrukturer.
- flaskehalse i produktionen af hospitalsydelser. Flaskehalse og nedgange i produktionen kan bl.a. skyldes besparelser, mangel på personale, faldende effektivitet og arbejdsnedlæggelser.

Alle disse faktorer spiller ind på ventelisterne og er i sammenhæng med til at gøre det til et komplekst område. Det fremgår, at efterspørgslen også afhænger af en lang række faktorer, der er svære at påvirke direkte. Den demografiske ændring i alderssammensætningen betyder f.eks., at der i de kommende år bliver flere ældre, der vil have behov for sundhedsydelser, hvilket øger efterspørgslen på sundhedsvæsenets ydelser. Den teknologiske udvikling betyder desuden, at der udvikles nye diagnostiske metoder og behandlingstyper, som gør det muligt at behandle et øget antal patienter. Endvidere stiller patienterne i dag større krav til behandlingsmulighederne. Dette hænger sammen med, at det i højere grad er blevet muligt for patienterne selv at opsøge information, f.eks. via internettet. En generel øget sygelighed i befolkningen kan også gøre sig gældende, f.eks. ved stigninger i forekomsten af miljø- og livsstilsbetingede sygdomme.

De faktorer, som gør sig gældende i forhold til størrelsen af udbuddet, hænger sammen med produktiviteten på sygehusene. Midlertidige eller permanente besparelser kan nedsætte produktionen og skabe flaskehalse. Personalemangel og faldende effektivitet inden for sygehusvæsenet er ligeledes blevet angivet som forklaringer på de lange ventetider. Der er således mange samfundsmæssige forhold, der kan medvirke til at øge efterspørgslen på sundhedsvæsenets ydelser og dermed øge tilgangen til sygehusenes ventelister samt påvirke størrelsen af udbuddet. Det turde være tydeligt fra ovenstående, at ventelisterne påvirkes af en lang række faktorer på forskellige niveauer. Økonomiske betragtninger om sammenhængen mellem udbud, efterspørgsel og pris kan derfor ikke stå alene i forklaringen af faldende eller stigende ventelister.

For at få et mere nuanceret billede af, hvorfor aktivitetsstigninger f.eks. ikke nødvendigvis resulterer i et fald på ventetiderne, er det imidlertid stadig relevant at se nærmere på, hvilke faktorer der påvirker udbuddet, og hvilke der påvirker efterspørgslen. Nedenstående gennemgås derfor en række forklaringsmuligheder, der hovedsageligt tager udgangspunkt i den sundhedsøkonomiske tradition.

3.1 Ventelister i et økonomisk teoretisk perspektiv

I ventelistedebatten virker det ofte som om ventelisterne bør afskaffes fuldt og helt, så alle patienter kan komme til, så snart et eller flere behandlingskrævende symptomer melder sig. Fra en samfundsøkonomisk synsvinkel er nogle ventelister til elektiv behandling imidlertid fuldt berettigede. Det skyldes, at efterspørgslen på elektiv behandling er en såkaldt stokastisk variabel, hvilket i praksis betyder, at patienttilstrømningen ikke er jævnt fordelt over tid (26;27). Derfor kan man heller ikke præcist forudsige, hvornår tilstrømningen vil være størst, og hvornår den vil være mindst. Hvis målet er at fjerne alle ventelister, skulle kapaciteten derfor indrettes efter de perioder, hvor tilstrømningen er størst. Derved ville der opstå dyr overkapacitet i den resterende tid. Visse ventelister til elektiv behandling kan altså være hensigtsmæssige, idet de giver mulighed for en mere rationel planlægning af produktionen (28).

Herudover kan en begrænset ventetid også være gavnlig for patienten, der således får mulighed for at planlægge arbejde såvel som privatliv op til en indlæggelse og behandling (29). Problemerne forbundet med ventelister er imidlertid, at der

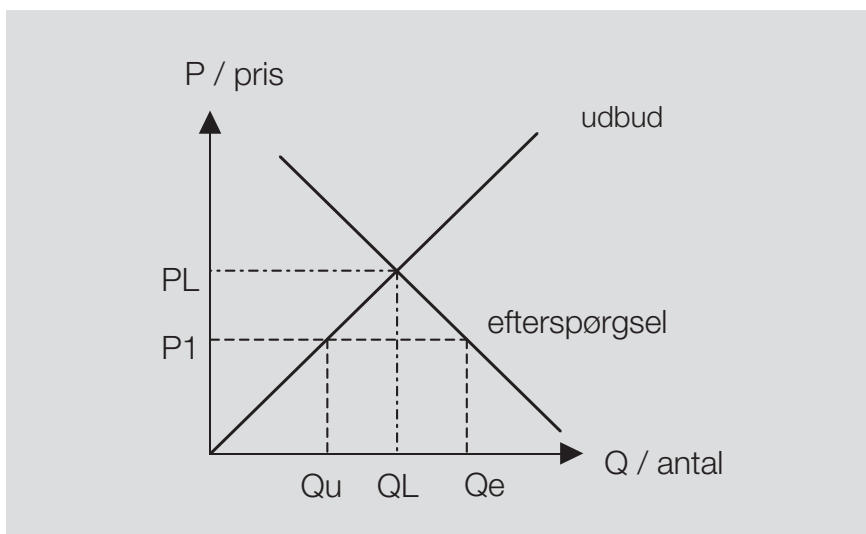
- 1) ikke eksisterer nogen entydig opskrift på, hvordan vi kommer af med de ventelister, der vurderes at være uhensigtsmæssige, og at der
- 2) ikke umiddelbart er enighed om, hvilke ventelister der er hensigtsmæssige, og hvilke der er uhensigtsmæssige.

For at kunne sige noget om disse spørgsmål, er det relevant at se på de økonomiske teorier, der forsøger at forklare, hvorfor ventelister overhovedet opstår.

3.2 Neo-klassisk økonomisk teori: Udbud og efterspørgsel

Ventelister kan rent teoretisk betragtes som en ubalance mellem et givent udbud og en given efterspørgsel. Efterspørgslen på sygehusbehandling har i mange år været større end udbuddet i Danmark, hvilket har bevirket, at nogle patienter må vente på behandling. En ubalance mellem udbud og efterspørgsel kan forklares ud fra neo-klassisk økonomisk teori, der introducerer udbud- og efterspørgselskurven. Udbuds- og efterspørgselskurven viser sammenhængen mellem udbud og efterspørgsel, og forklarer hvordan prismekanismen skaber ligevægt mellem de to. Denne sammenhæng er illustreret i grafen på figur 3-1.

Figur 3-1: Knaphed under markedsforhold

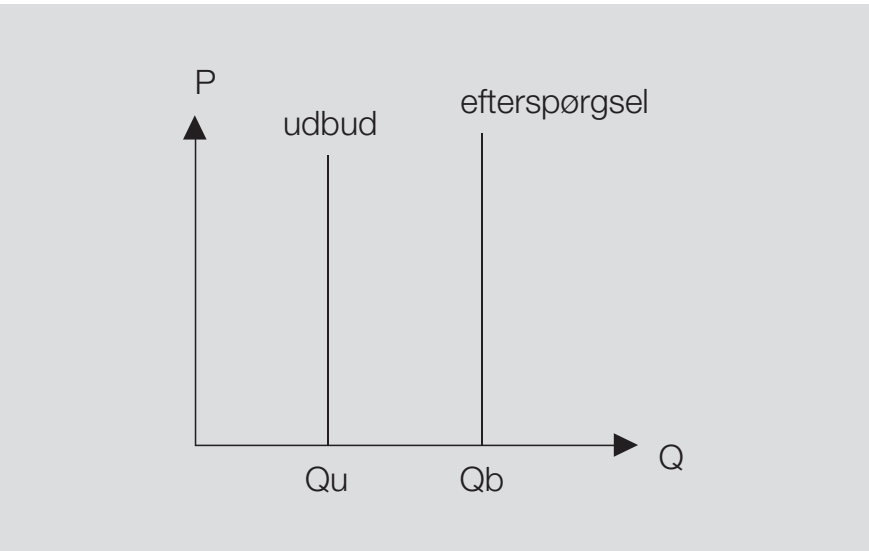


Kilde: (8)

Hvis prisen på sundhedsydelser er P_1 , vil efterspørgslen være Q_e og udbuddet Q_u , hvilket medfører en overefterspørgsel svarende til forskellen mellem Q_e og Q_u . En prisjustering fra P_1 til P_L vil begrænse efterspørgslen og øge udbuddet. Ligevægtsproduktionen Q_L vil hermed sørge for, at der er balance mellem udbud og efterspørgsel. Ifølge neo-klassisk økonomisk teori burde ventelister altså slet ikke eksistere, idet prismekanismen altid vil finde ligevægtsfordelingen mellem udbud og efterspørgsel (se figur 3-1). I et offentligt finansieret sundhedsvæsen som det danske, er der imidlertid ingen prisregulerende ligevægtsmekanisme. Her bliver udbuddet offentligt be-

stemt af staten og amterne, og udtrykkes ved Q_u (udbud) på nedenstående figur 3-2. Efterspørgslen udtrykkes ved Q_b (behov), og bestemmes primært af befolkningens sygelighed og de praktiserende og visiterende lægers henvisningskriterier. Kurverne for henholdsvis udbud og efterspørgsel vil derfor være vertikale i et offentligt finansieret sundhedsvæsen, idet der ikke umiddelbart er en sammenhæng mellem omfanget af behovet, udbuddet og prisen på behandling. Denne manglende sammenhæng er illustreret i figur 3-2.

Figur 3-2: Knaphed under statslig udbudsstyring



Kilde: (8)

Afstanden mellem de to kurver ($Q_b - Q_u$) angiver overefterspørgslen på sundhedsydelser og er et udtryk for ventetiden til behandling i det offentlige sundhedsvæsen.

Den neo-klassiske økonomiske teori er måske brugbar til forklaring af ventelister på et frit marked, men er ikke i stand til at give en fyldestgørende forklaring på forekomsten af ventelister i et offentligt finansieret sundhedsvæsen som det danske. Teorien er problematisk, fordi et offentligt finansieret sundhedsvæsen ikke har nogen prismekanisme i forhold til patienterne - behandlingen er med andre ord gratis i forbrugøjeblikket. Spørgsmålet er derfor, hvilken mekanisme der træder i stedet for pris, og får det elektive behandlingsmarked til at balancere? Den efterspørgselsorienterede litteratur på området giver her flere konkurrerende bud på, hvilken mekanisme der spiller den primære rolle for udviklingen af ventelister til elektiv behandling.

3.3 Efterspørgselsorienterede forklaringer på ventelister

De efterspørgselsorienterede forklaringer opfatter ventelisterne som en form for rationering, der skaber ligevægt mellem efterspørgsel og udbud. Behovet for rationering opstår i manglen på den monetære prismekanisme, der normalt giver balance mellem udbud og efterspørgsel på markedet. Ifølge de efterspørgselsorienterede forklaringer medfører den manglende prismekanisme en overefterspørgsel, fordi sundhedsydelse er gratis i de offentligt finansierede sundhedssystemer. Forklaringerne varierer en smule i deres opfattelse og fremlæggelse af hvilken mekanisme, der primært virker rationerende i forhold til denne overefterspørgsel.

Ifølge én tilgang udgør ventetiden til behandling en omkostning for den ventende patient. Når behandling er gratis for patienterne, vil alle med en forventet velfærdsforbedring, som følge af behandling, også søge den. I fraværet af en monetær prismekanisme kan ventetiderne her opfattes som en implicit pris, der pålægges behandlingssøgende patienter, og dermed forbinder efterspørgselen med udbuddet. Omkostningen i form af ventetid vil svare til den totale værdisætning af det pågældende gode, der her består af elektiv behandling (30). Det vil med andre ord sige, at ventelisterne ifølge denne forklaring vil vokse, indtil omkostningerne forbundet med at stå på venteliste vil overstige velfærdsforbedringen forbundet med behandling, eller indtil omkostningerne ved at stå på venteliste overstiger prisen for privat behandling. Pointen er, at patienter, med en begrænset forventet velfærdsforbedring ved behandling vil blive rationeret væk fra det offentlige system - ikke pga. den monetære pris men pga. ventetiden.

Et af problemerne ved denne forklaring er, at ventelister til elektiv sygehusbehandling på flere måder adskiller sig fra "normale" fysiske køer, der f.eks. opstår i forbindelse med køtilbud o.l. Her er hvert individ tvunget til at være fysisk tilstede i køen, hvilket medfører en omkostning i form af et tidsforbrug, der potentielt kunne være brugt til andre ting. Det karakteristiske ved en venteliste til sygehusbehandling er imidlertid, at ventetiden ikke indebærer fysisk tilstedeværelse i en kø. I de tilfælde, hvor patienten ikke lider af betydelige smerter og/eller funktionsnedsættelse i ventetiden, vil der altså kun være få omkostninger forbundet med at stå på venteliste til behandling. I de tilfælde hvor ventetiden derimod er forbundet med svære smerter og eventuelt funktionsnedsættelse, vil patienterne heller ikke blive rationeret væk, idet behandling her er en forudsætning for nydelse af andre goder.

I denne forbindelse er det også relevant at inddrage de praktiserende læger, der fungerer som gatekeepers i de fleste vestlige offentligt integrerede sundhedssystemer med ventelisteproblemer. Patienternes opfattelse af eget helbred og behandlingsmuligheder spiller naturligvis en afgørende rolle for efterspørgslen, men i sidste ende er det den praktiserende læge, der beslutter om patientefterspørgslen materialiserer sig i et behandlingsforløb. Gate-

keeper-funktionen begrundes teoretisk med de informationsbarrierer, det enkelte individ møder i forhold til diagnosticering, valg af behandling etc. Derved bliver efterspørgslen også afhængig af den såkaldte agentrådgivning, der finder sted, når en patient henvises eller afvises hos den praktiserende læge (30). Modsat ovenstående eksempel fra kødannelse ved udsalg er det altså ikke udelukkende det enkelte individ, der (ud fra de nemt tilgængelige informationer om prisen på den ønskede vare og længden på køen) afgør, om det er værd at komme på venteliste til elektiv behandling. Derfor kan tidsomkostningen ved at stå på venteliste heller ikke umiddelbart stå alene som forklaring på, hvilken mekanisme der får udbud og efterspørgsel til at balancere.

En supplerende forklaring på ventelistedannelse fokuserer også på efterspørgslen, men i stedet for at se ventelister som en form for prissætning, tager denne tilgang udgangspunkt i diskonteringsraten på værdien af behandling (26). Den grundlæggende antagelse er således, at et gode normalt har større værdi, når det modtages nu og her, end hvis det først kan nydes engang i fremtiden. Jo længere ventetid jo mere formindskes værdien af behandling. Ifølge denne forklaring vil en relativ lang venteliste altså afskrække flere potentielle behandlingssøgende end en kort venteliste, hvilket forklarer, hvorfor et fald i ventelisterne ofte medfører en stigende efterspørgsel og dermed udligning af de opnåede faldende ventelister. Selvom forklaringen siger noget om efterspørgslens reaktion på ventetid, kan den imidlertid kun forklare dele af ventelistedannelsen. Antagelsen om efterspørgslens diskonteringsrate er f.eks. tvivlsom som forklaringsfaktor for de mere kroniske ventelistelidelser, hvor patienterne næppe lader sig afskrække fra at opsøge behandling på trods af ventetiden (30).

De gennemgåede forklaringer er begge problematiske, bl.a. fordi ventelister til hospitalsbehandling ikke kræver fysisk tilstedeværelse og fordi de efterspørgselsorienterede forklaringer har tendens til at overse de specielle karakteristika, der kendetegner aktørernes handlerum i sundhedsvæsenet. Teorierne ser primært patienterne som hovedaktører, og risikerer derved at undervurdere den rolle, som de henvisende og visiterende læger spiller for efterspørgslen efter elektiv behandling qua gatekeeper-funktionen og den udbredte informationsasymmetri.

Konkluderende kan de efterspørgselsorienterede tilgange altså ikke alene forklare forekomsten af u hensigtsmæssigt lange ventelister. Det er derfor også relevant at undersøge, hvilken rolle behandlingskapaciteten samt den strukturelle organisering af sundhedsvæsenet spiller for ventelistedannelsen. I det følgende fokuseres der således på udbudsorienterede forklaringer på ventelistefænomenet.

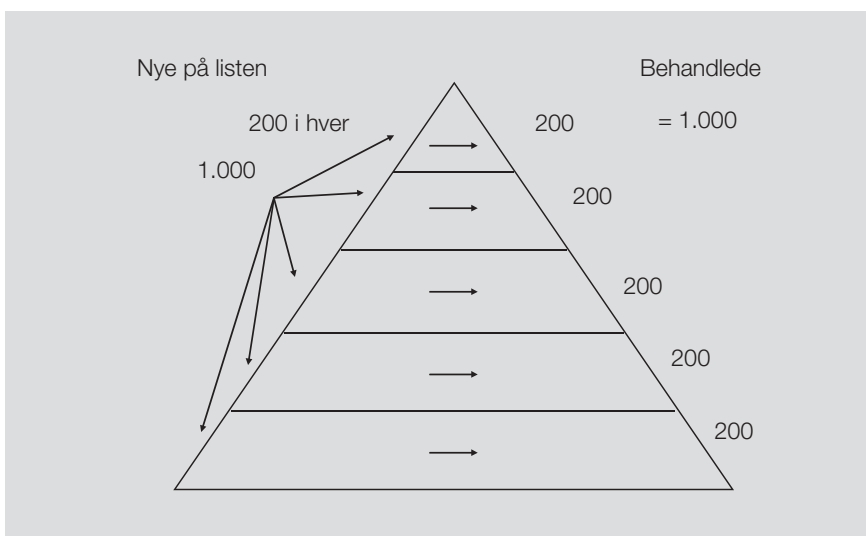
3.4 Udbudsorienterede forklaringer på forekomsten af ventelister

3.4.1 Ventelister som udtryk for et kapacitetsproblem

Forekomsten af ventelister kædes ofte sammen med ressourcemangel, hvor ventelister ses som udtryk for, at behandlingsudbuddet er for lille og derfor ikke i stand til at matche efterspørgslen. Ifølge den forklaring kan ventelister fjernes forholdsvis simpelt gennem tilførsel af ekstra midler til øgning af hospitalernes behandlingskapacitet.

Det kan umiddelbart virke logisk at opfatte ventelister som et simpelt kapacitetsproblem: Når udbud og efterspørgsel ikke passer sammen, kan man enten begrænse efterspørgslen eller øge udbuddet. I en situation, hvor der ikke er politisk vilje til at begrænse efterspørgslen, er det en oplagt mulighed at øge udbuddet, indtil ventelisterne har den ønskede længde og form. Denne opfattelse af ventelister kan imidlertid være problematisk, hvilket fremgår, når vi ser nærmere på patienternes vej fra henvisning til endelig behandling. Den elektive behandlingsproces er illustreret i figur 3-3:

Figur 3-3: Illustration af ventelisten til elektiv behandling



Kilde: (2)

Eksemplet viser 1.000 teoretiske patienters vej gennem systemet. På trekantens venstre side henvises patienterne fra de hypotetiske praktiserende læger, der i et gatekeeper-system, som det danske, fungerer som indgang til al specialiseret elektiv lægehjælp. Efter henvisningstidspunktet kan det variere, hvor længe en patient må vente på behandling. Hospitalerne behandler nemlig ikke nødvendigvis patienterne i samme rækkefølge, som

henvisningerne modtages. Oftest henvises patienter i første omgang til forundersøgelse hos en visiterende læge, der vurderer, hvilken prioritet den pågældende patient skal tildeles i systemet. Analytisk kan denne proces illustreres ved hjælp af de fem "prioriteringslag" i figur 3-3. Figuren tjener udelukkende som illustration, og antallet af lag er naturligvis ikke begrænset til fem, men kan i teorien variere mellem to og det totale antal ventende patienter. Hvert af figurens prioriteringslag repræsenterer en slags "opdæmmede sø", som patienterne så at sige flyder igennem (2;29). Figuren illustrerer, hvordan sundhedssystemet prioriterer hastigheden, hvormed patienterne bliver behandlet. De øverste lag i trekanten er således patienterne med den højeste prioritet, hvilket betyder, at de venter kortest tid på behandling.

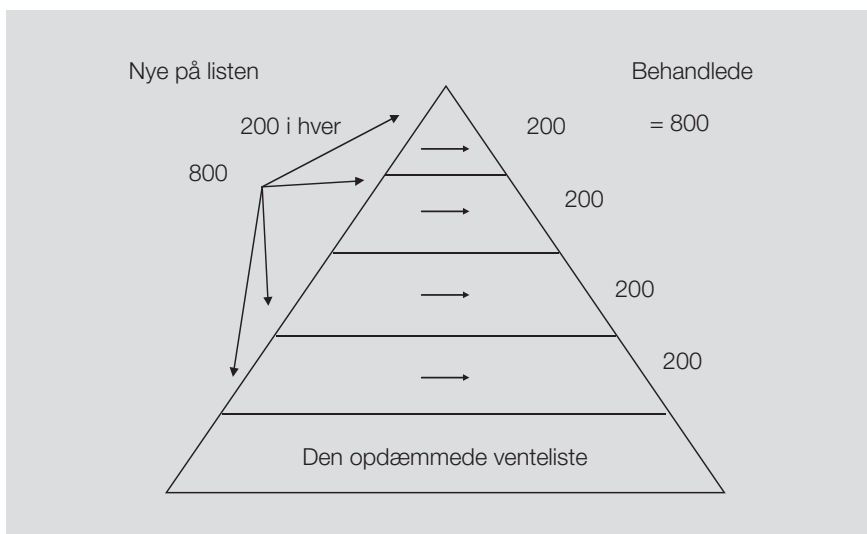
I eksemplet på figur 3.3 bliver der hvert år behandlet 1.000 patienter. Da der ligeledes bliver opskrevet 1.000 nye patienter til behandling om året, er ventelisten i ligevægt, i hvert fald på længere sigt. I teorien behøvede ingen således at vente. I praksis planlægges udbuddet naturligvis, så der opnås den højest mulige kapacitetsudnyttelse. Derfor benyttes ventelisterne også som et nødvendigt planlægningsinstrument, så kapaciteten kan udnyttes optimalt i perioder med midlertidigt faldende efterspørgsel. Det forklarer også, hvordan der kan være ventelister til behandling, selvom udbud og efterspørgsel faktisk er i ligevægt på lang sigt.

Opfattelsen af ventelister som et simpelt kapacitetsproblem er yderligere problematisk, fordi den eksisterende ventetid i nogle tilfælde kan være med til at påvirke de praktiserende og visiterende lægers beslutning om at henvise til videre behandling (1;2;31;32). Meget tyder nemlig på, at de praktiserende og visiterende læger har tendens til at henvise relativt flere patienter, når ventelisterne falder. Efterspørgslen har altså tendens til at følge udbuddet. Denne mekanisme er central for effekten af en eventuel kapacitetsudvidelse, hvilket fremgår af eksemplet i ovenstående figur 3-3. En forøgelse af behandlingskapaciteten vil i første omgang reducere trekantens størrelse, så antallet af patienter på venteliste falder. Hvis de praktiserende og visiterende læger som resultat heraf ændrer deres henvisningskriterier og begynder at henvise flere patienter til behandling, vil trekanten imidlertid vokse igen. Der vil således blive inkluderet et ekstra "prioriteringslag" af patienter, der ikke ville være blevet henvist før kapacitetsudvidelsen.

Hvis kapaciteten i stedet reduceres, vil nogle af de patienter, der tidligere blev behandlet nu blive afvist, hvilket illustreres i figur 3-4. Det nederste lag i trekanten udgør et såkaldte reservoir (også kaldet den "opdæmmede venteliste") af potentielle patienter, der bliver udløst, hvis behandlingsindikationerne udvides (2). En tidligere DSI-publikation forsøgte forgæves at identificere studier, der havde som formål at estimere omfanget af det mulige reservoir (33). Resultatet var sparsomt, eftersom der ikke findes nogen generelle standarder for, hvilket indikationsniveau der bør anvendes i praksis. Uden en

vis enighed om indikationsniveauerne vil det således være svært at vurdere, hvor megen meraktivitet der skal til for at fjerne eller mindske ventelisterne for definerede lidelser og patienttyper.

Figur 3-4: Illustration af den opdæmmede venteliste til elektiv behandling



Kilde: (2)

De illustrerede indikationsændringer kan være en af forklaringerne på den uklare sammenhæng mellem aktivitet og ventetid.¹¹ Et af problemerne forbundet med aktivitetsforøgelser kan således være et medfølgende skred i de indikationer, der afgør om en patient skal visiteres til behandling eller ej. Lavere indikationsgrænser kan i princippet betyde, at nogle patienter bliver henvist, selvom de måske ikke har et behov, der retfærdiggør de omkostninger, en behandling medfører. På den anden side kan sammenhængen mellem aktivitetsforøgelser og indikationsskred også betyde, at nogle patienter tidligere ikke blev behandlet, selvom de rent faktisk havde et behov, der både retfærdiggjorde risikoen ved behandling og anvendelsen af samfundets ressourcer. Det er et empirisk spørgsmål om konkrete indikationsgrænser er for vide eller for restriktive i forhold til potentielle helbredsgevinster og omkostninger, hvorfor konsekvenserne af kapacitetsudvidelser også

¹¹ En mulig alternativ forklaring på den manglende sammenhæng mellem aktivitet og ventetid kan være den øgede sygelighed i befolkningen, som Statens Institut for Folkesundhed har observeret i perioden 1987-2000 (34). Den observerede øgede sygelighed kan være udtryk for, at der rent faktisk har været en tendens til stigende sygelighed. Ændringerne i sygelighed kan imidlertid også være udtryk for, at befolkningen i stadig højere grad "opsøger en diagnose" fordi forventningerne til sundhedsvæsenet er steget (33). Det er altså vanskeligt at give en udtømmende forklaring på de underliggende årsager til ændringerne i behandlingsniveauet, der sandsynligvis bunder i flere af de nævnte faktorer.

vil være kontekstafhængige. En tidligere DSI-publikation har i øvrigt behandlet dette emne mere indgående (33).

Problematikken omkring indikationsgrænser og henvisningspraksis skal også ses i lyset af veldokumenterede variationer indenfor klinisk praksis. Det har nemlig vist sig, at de henvisende lægers vurdering af, hvilke indikationer der udløser behandling ikke kun afhænger af patientens symptomer, men i høj grad også af sociale såvel som kulturelle faktorer (28;35;36). Udfordringen består naturligvis i at finde det optimale behandlingsniveau og i forbindelse med ventelisteinitiativer at finde ud af, om det pågældende projekt bringer aktiviteten tættere på eller længere fra dette niveau. En sådan vurdering ville kræve en fastlæggelse af indikationsgrænserne for behandling, hvilket imidlertid har vist sig særdeles vanskeligt at implementere i praksis (33).

3.4.2 Ventelister som udtryk for sundhedsvæsenets incitaments-strukturer

Der er flere tilgange, der forsøger at forklare forekomsten af ventelister gennem de incitamentsstrukturer, der er indbygget i ethvert sundhedsvæsen. Forklaringerne lægger vægt på forskellige dele af incitamentsstrukturerne, men samles omkring et fokus på uhensigtsmæssige incitamenter¹² til at opretholde lav produktivitet og/eller lange ventelister.

Den ene tilgang opfatter ventelister som et våben i kampen om flere ressourcer i de rammestyrede, integrerede sundhedsvæsen, hvor budgetternes størrelse og fordeling forhandles mellem hospitaler og sponsorer (27-29). I Danmark udgøres sponsorerne primært af amterne og staten. I dette forhandlingsspil antages hospitalsledelserne at have interesse i at opretholde og rapportere om ventelister, eftersom de kan tolkes som tegn på stor efterspørgsel. Stor efterspørgsel kan igen fortolkes som tegn på et presserende behov for øget udbud, hvilket kræver flere ressourcer fra centralt hold, der udgøres af amterne i forhold til sygehusene og af staten i forholdet til amterne. Ventelisterne til elektiv behandling opstår altså som et slags gidsel i kampen om flere offentlige ressourcer.

I lyset af hospitalernes egeninteresse i positive resultater ved fremtidige budgetforhandlinger vil effekterne af en eventuel ekstra bevilling til mindskelsen af ventelister her afhænge af, om bevillingerne er forventede af hospitalerne. Hvis fremtidige bevillinger opfattes som sandsynlige, har hospitalerne en interesse i at bevare ventelisterne. Ifølge denne forklaring kan ekstrabevillinger uden medfølgende institutionelle reformer derfor ikke forventes at få

¹² Uhensigtsmæssige incitamenter opstår, når incitamenter får den modsatte effekt af de oprindelige intentioner, som det pågældende initiativ skulle opnå.

nogen langtidseffekt på ventelisterne (27), idet hospitalerne ellers blot vil bevare ventelisterne som et brugbart pressionsmiddel ved fremtidige forhandlinger. Paradoxsalt nok spiller offentlighedens store interesse i ventelister samt ventelisteopgørelserne i sig selv en rolle for vedvarende lange ventelister. Uden ventetidsopgørelse kunne der ikke opstå en interesse, og uden offentlig interesse ville ventelisterne heller ikke bære samme politiske værdi i budgetspillet mellem hospitalerne og deres sponsorer.

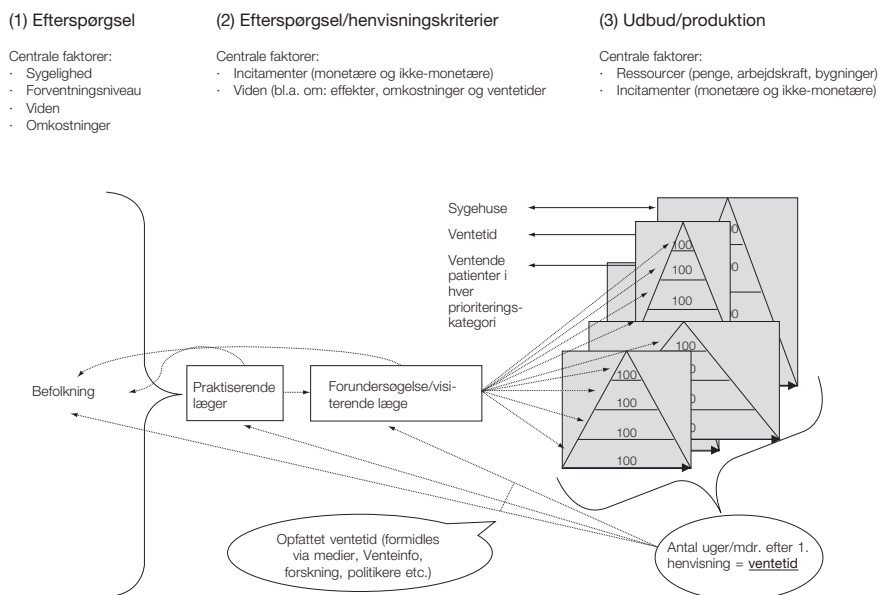
En supplerende forklaring på ventelistefænomenet ser ligeledes på interesser og incitamentsstrukturer, men inddrager også andre elementer end det overordnede budgetspil (29). Argumentet er her, at de fleste ventelister hovedsageligt udgøres af patienter, hvis lidelser faktisk kan kureres både billigt og effektivt. Ved at sammenligne disse forholdsvist udbredte "ventelidelser" i det engelske NHS med en vægtet opgørelse over akademiske artikler om samme emner, påpeger Frankel f.eks., at de længst ventende patienter tilsyneladende også påkalder sig mindst faglig interesse. Da ventetiderne i NHS er længst for netop disse diagnoser, tolkes lange ventelister som udtryk for manglende interesse fra lægefaglig side. Ventelister kædes altså sammen med den lægefaglige kultur og -holdning til visse "almindelige" lidelser, hvorfor hovedparten af de engelske ventelister opfattes som en indikator for manglende faglig interesse (29). På det overordnede plan er problemet, at der ikke i systemet er indbygget nogle ekstra incitamenter til at beskæftige sig med de mindst attraktive patientgrupper. Derfor bliver disse grupper henvist til den langsomst flydende del af ovenstående "opdæmmede" venteliste (se figur 3-3).

På lignende vis er det også muligt at tolke lange ventelister som tegn på klinisk dygtighed, hvorfor hverken klinikere eller sygehusledelser har incitament til at nedbringe ventelisterne (28). Lange ventelister aftvinger således professionel respekt, fordi de afspejler et godt forhold til de praktiserende læger (der henviser til elektiv behandling) og til patienterne. Når lange ventelister samtidig giver hospitalsledelserne et bedre forhandlingsgrundlag fremmer incitamentsstrukturerne opretholdelsen af ventelister.

3.5 Opsummering

I dette kapitel er forskellige forklaringer på forekomsten af ventelister til elektiv behandling blevet gennemgået. Nedenstående figur 3-5 forsøger at indfange de centrale faktorer og teoretiske tilgange, der kan bidrage til forklaring af ventelistefænomenet. Med afsæt i disse forklaringer uddrages samtidig nogle bud på, hvilke virkemidler der teoretisk set kan medvirke til at mindske ventelisterne til elektiv behandling. Efter opsummeringen følger en teorimatrix (tabel 3-1), hvori de forskellige forklaringer og deres afledte praksiskonklusioner er indsat.

Figur 3-5: Den elektive behandlingsproces og faktorer relateret til ventetid



De efterspørgselsorienterede forklaringer fokuserer på centrum/venstre siden af figur 3-5 (1 + 2) og ser ventelister som et udtryk for, at omkostningerne ved behandling er for små for patienterne, hvorfor systemet behandler for mange patienter med marginale behov. Ifølge økonomisk teori vil der være overefterspørgsel efter et gratis gode og et sundhedssystem, der tilrettelægges efter at imødekomme efterspørgslen ved prisen nul, vil derfor være overdimensioneret. I denne forklaring udgør ventetiden den omkostning, som patienterne må betale i fraværet af en monetær prissætning. Det er således ventetiden, der skaber ligevægt mellem udbud og efterspørgsel. Hvis denne overefterspørgsel på sundhedsydelser opfattes som u hensigtsmæssig, er der grundlæggende to muligheder for at skabe ligevægt mellem udbud og efterspørgsel: Brugerbetaling, der retter sig mod patientsiden (1) og/eller skærpet medicinsk prioritering, der implementeres via de henvisende og praktiserende læger (2).

Heroverfor står de udbudsorienterede forklaringer, der i stedet fokuserer på udbud/produktion (sædvanligvis sygehuse) på højre side af figur 3-5 (3). Den ene tilgang opfatter ventelisterne som et udtryk for en simpel men uberettiget ubalance mellem udbud og efterspørgsel. Reformen indenfor denne kategori retter sig mod udbudssiden, og vil typisk bestå af merbevillinger beregnet på øgning af behandlingskapaciteten. I figur 3-5 vil en øget

behandlingskapacitet umiddelbart mindske de trekanten, der i figuren symboliserer ventetiden på elektiv behandling (se afsnit 3.4 for uddybende forklaring). På længere sigt vil ventetiderne (og dermed trekanternes størrelse) dog afhænge af ændringernes effekt på befolkningens tendens til at søge sygehusbehandling samt indikationsgrænserne og henvisningskriterierne, der kan blive påvirket af faldende ventetider. Øget kapacitet kan på den måde føre til øget efterspørgsel, der igen betyder stigende ventelister. Det vil i den forbindelse være et empirisk spørgsmål, i hvilken grad den stigende kapacitet vil føre til reelle sundhedsgevinster i befolkningen. I praksis vil merbevillinger ofte være midlertidige, når en opfattet ubalance ses som en pukkel af ventende patienter, der er oparbejdet i en periode, hvor behandlingssystemet har haft svært ved at følge med efterspørgslen. Modsat vil bevillingerne være permanente, når ubalancen vurderes at være strukturel i form af generelt utilstrækkelige ressourcer. I praksis udmøntes disse bevillinger ofte som aktivitetsbestemt finansiering koblet med ventelistegarantier eller -målsætninger. Denne forståelse af ventelisteproblematikken kan også afføde reformer, der sigter mod øget effektivitet i sundhedsvæsenet, hvilket kan give den nødvendige øgede aktivitet indenfor det samme udgiftsniveau.

En supplerende udbudsorienteret tilgang ser ventelister som resultatet af uhensigtsmæssige incitamenter for sygehusene til at opretholde lav produktivitet og lange ventelister. Ventelister bliver således opfattet som et effektivt pressionsmiddel i kampen om flere ressourcer. På samme måde kan lange ventetider opfattes som indikator for klinisk dygtighed eller for manglende faglig interesse, hvorfor klinikere og sygehusledelser kun har begrænset interesse i at nedbringe ventelisterne. Reformen rettet mod uhensigtsmæssige incitamenter kan enten være strukturelle eller være mere specifikt rettet mod sundhedsvæsenets ledelsesniveau, og kan f.eks. bestå af kontraktstyring forbundet til omfanget af ventelisterne, etablering af interne markeder, fritvalgsordninger kombineret med ventelistegarantier eller specifikke sanktionsmuligheder overfor det administrative ledelsesniveau. Disse forklaringer retter sig således også mod højre side af figur 3-5 (3), hvor nationale variationer i ventetider er illustreret ved de forskellige størrelser på sygehusenes "ventetidstrekanter". Initiativer rettet mod uhensigtsmæssige incitamenter vil her søge at mindske/ensrette trekanternes størrelse på et acceptabelt ventetidsniveau. Nedenstående er de forskellige forklaringer og medfølgende praksiskonklusioner forsøgt sammenfattet i tabel 3-1.

Tabel 3-1: Forklaringer på forekomsten af ventelister og afledte praksiskonklusioner

Kausalitetsopfattelse: Ventelister skyldes hovedsageligt	Hovedaktører i forklaringen på ventelistedannelse	Praksiskonklusion: Ventelister bør nedbringes via	Repræsentant(er) i litteraturen ¹³
Udbudssiden En uberettiget ubalance mellem udbud og efterspørgsel, herunder flaskehals- og koordinationsproblemer mv.	Politiske beslutningstagere/allokerende myndighed	Højere aktivitet gennem merbevillinger og/eller forbedret effektivitet på hospitalerne	
Uhensigtsmæssige incitamenter til opretholdelse af lange ventelister, dels i kraft af faglig prestige forbundet med ventelister/visse behandlingstyper og dels i kraft af ventelisternes rolle i de fortløbende budgetspil mellem sygehuse og sponsorer	De lægefaglige professioner samt hospitalsledelser på lokalt og regionalt niveau samt politiske beslutningstagere	Ændrede incitamenter på udbudssiden, f.eks. kontraktstyring, aktivitetsbaseret finansiering bundet til opnåelse af ventelistemålsætninger eller specifikke sanktioner ifht. sygehusledelserne	Frankel (1989) (29), Street og Duckett (1996) (28), Iversen (1993)(27)
Efterspørgselssiden At omkostningerne ved behandling er små for patienterne i de off. integrerede sundhedssystemer	Patienterne og visiterende/ praktiserende læger	Brugerbetaling og/eller skærpet medicinsk prioritering	Cullis og Jones (1983)(37), Lindsay og Feigenbaum (1984) (26)

¹³ De forskellige forklaringer skal ses som analytiske værktøjer til kategorisering og analyse af empirien på ventelisteområdet mere end som egentlige teoretiske redegørelser. Det betyder, at kausaliteten i en forklaring godt kan være afledt af en teoretisk tilgang, selvom denne ikke når til samme praksiskonklusion. Denne metode har været nødvendig for at skabe et vidst overblik over den mangfoldighed af teoretiske forklaringer, der findes omkring dannelse og nedbringelse af ventelister.

4 De danske ventelister i internationalt perspektiv

I dette kapitel gennemgås de forskellige opgørelser over omfanget af de danske ventelister, der også sammenholdes med ventelisteproblemerne i nogle af de lande, vi normalt sammenlignes med. Indledningsvis berøres nogle af opgørelsesproblemerne på ventelisteområdet.

Der er flere gange blevet stillet spørgsmålstejn ved datakvaliteten i de danske ventelisteopgørelser, hvilket gør det vanskeligt at konkludere entydigt på såvel ventetidsniveauet som effekterne af ventelisteinitiativer. En del af opgørelserne tager udgangspunkt i den såkaldte Venteinfo-database, der bygger på sygehusenes forventede, fremadrettede maksimale ventetider (38;39) mens andre opgørelser bygger på Landspatientregisteret (LPR) og dermed sygehusenes retrospektive indberetninger (40). Der er blevet sat spørgsmålstejn ved tallene fra Venteinfo-systemet, dels med henvisning til sygehusenes uensartede indberetninger og dels fordi indberetningerne er forventede og fremadrettede og derfor ikke nødvendigvis afspejler de reelle ventetider (41). Ventetidsinformationerne udtrukket fra Landspatientregisteret er ligeledes kommet under kritik på det seneste. Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen har således kritiseret ventelisteopgørelserne for at give "...*totalt ubrugelig information...*", hvilket ministeren henfører til amternes uensartede registreringspraksis (6, side 1). Redegørelsen for udviklingen i de danske ventelister bør derfor tages med forbehold for den generelt mangelfulde datakvalitet. Forskellene mellem ventetidsopgørelserne fra henholdsvis LPR og Venteinfo behandles i øvrigt også i afsnit 5.3.5.

4.1 De danske ventelister - før og nu

Aktiviteten på de danske sygehuse er generelt steget indenfor de sidste 10 år, og der er både sket en stigning i antallet af patienter, som kommer i kontakt med sygehusene, samt en stigning i antallet af ydede behandlinger. På samme tid er der ikke tegn på, at ventetiderne er faldet i betydende grad, i hvert fald ikke før igangsættelsen af de seneste ventelisteinitiativer i 2002.

Tabel 4-1 sammenholder udviklingen i aktivitet for det samlede antal hel-døgnindlæggelser og ambulante operationer med udviklingen i ventetider i perioden 1994-1999.

Tabel 4-1: Aktivitet og ventetid i Danmark, 1994-1999

	Antal operationer					Ventetid i dage					Ændring1995-1999	
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999	Aktivitet	Ventetid
Artroskopisk knæledsundersøgelse ESWL for nyre- og ure-tersten Fjernelse af livmoder Fjernelse af mandler Hofteledsplastik (totalprotese) Høreforbedrende operation Knæledsplastik Ledbåndrekonstruktion i knæ Meniskoperation v. artroskopi Operation for brok Operation for diskusprolaps Operation for galdesten Operation for grå stær Operation for nedsunken livmoder Operation for nyre- og uretersten Operation for åreknuder Prostataoperation Sterilisation v. laparoskopi Sterilisation, mænd	9.806	8.712	8.524	7.909	7.531	100	100	79	104	93	-23pct.	-6pct.
	818	702	773	780	826	38	49	40	36	40	1pct.	6pct.
	4.463	4.628	4.515	4.666	4.816	80	78	78	72	75	8pct.	-6pct.
	6.085	6.565	6.224	6.053	5.859	114	127	111	88	82	-4pct.	-28pct.
	3.772	4.248	4.429	4.474	4.665	190	170	167	165	160	24pct.	-16pct.
	1.550	1.658	1.577	1.756	1.667	232	237	225	240	233	8pct.	0pct.
	2.246	2.077	1.782	1.953	2.085	205	146	148	175	164	-7pct.	-20pct.
	737	1.144	1.232	1.503	1.389	244	240	224	215	197	88pct.	-19pct.
	4.545	5.211	5.432	5.783	6.327	225	221	177	191	147	39pct.	-35pct.
	10.280	12.525	11.998	12.732	12.865	119	109	100	114	108	25pct.	-9pct.
	2.221	2.477	2.342	2.263	2.304	68	70	77	84	93	4pct.	37pct.
	2.141	2.868	2.811	3.005	2.961	100	105	99	102	97	38pct.	-3pct.
	15.095	17.338	16.504	17.646	19.466	143	137	165	180	185	29pct.	29pct.
	2.429	3.030	2.907	2.856	2.731	174	173	150	130	137	12pct.	-21pct.
	106	347	322	334	370	47	46	43	55	67	249pct.	43pct.
4.160	4.790	5.044	5.070	5.126	161	162	154	178	184	23pct.	14pct.	
2.812	3.327	3.141	3.250	3.350	93	87	95	93	91	19pct.	-2pct.	
3.692	4.816	4.803	4.673	4.759	194	156	137	165	149	29pct.	-23pct.	
5.172	5.564	5.331	5.313	5.758	184	145	131	136	141	11pct.	-23pct.	
I alt	84125	94023	91688	94017	96854	137	131	127	137	133	15pct.	-3pct.

Kilde: (42)

Tabel 4-2 nedenfor viser udviklingen i ventetider som den procentandel af heldøgnspatienterne, der behandles akut, venter hhv. 2-3 måneder og over 3 måneder i perioden 1991-2001.

Tabel 4-2: Ventetider for heldøgnspatienter 1991-2001 (40)

	1991 %	1992 %	1993 %	1994 %	1995 %	1996 %	1997 %	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %
Akut	68	70	71	72	74	74	75	75	75	76	76
Inden 2 mdr.	22	21	19	17	16	16	16	14	14	15	15
2-3 mdr.	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Over 3 mdr.	7	7	7	8	8	8	8	8	7	7	7
Antal 1.000	874	889	907	907	892	901	904	915	943	959	929

Det fremgår af tabel 4-2, at andelen af heldøgnspatienter, som ikke blev behandlet indenfor 2 måneder, udgjorde ca. 10 pct. fra 1991 til 2001. Dermed blev 90 pct. af alle heldøgnspatienter altså behandlet indenfor 2 måneder. Det fremgår af både tabel 4-1 og 4-2, at væksten i antallet af behandlinger op gennem 90'erne tilsyneladende ikke blev fulgt af et fald i ventetiderne. Tværtimod lå antallet af patienter, der i perioden fra 1991-2001 ventede over 3 måneder, bemærkelsesværdigt stabilt omkring 7-8 pct. Det fremgår samtidig af tabel 4-1, at ventelisterne på flere områder faktisk steg mellem 1995-1999, selvom aktiviteten også gik i vejret. F.eks. blev antallet af operationer mod grå stær øget med 29 pct. i perioden, mens ventetiden til behandling ligeledes steg med 29 pct.

Tabel 4-3 viser, at andelen af de elektive kirurgiske patienter, der venter over 2 måneder har udgjort ca. 47 pct. af det samlede antal opererede elektive patienter i tiårs perioden mellem 1991 og 2001. Det er altså typisk de kirurgiske patienter, der oplever lange ventetider, mens de medicinske patienter overvejende behandles akut og dermed uden ventetid.

Tabel 4-3: Andel af elektive kirurgiske heldøgnspatienter, som ventede over to måneder 1991-2001 (40)

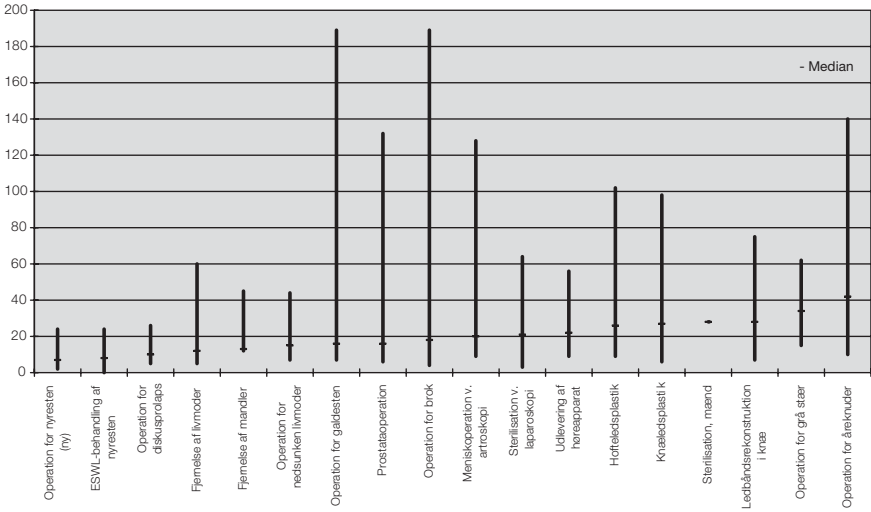
1991 %	1992 %	1993 %	1994 %	1995 %	1996 %	1997 %	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %
37	38	42	44	46	47	47	49	47	46	47

Figur 4-1 gengiver de længste, de korteste og de mediane ventetider for 18 udvalgte behandlingstyper i april 2002. Tabellen, der bygger på Sundhedsministeriets fremadrettede Venteinfo-system, viser, at allerede før indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg og ventetidspuljen, kunne patienterne vælge sig til ventetider på under 2 mdr. for de fleste af de viste 18 behandlinger.¹⁴ På landsplan var det således i april 2002 muligt at blive

¹⁴ Der har været frit sygehusvalg i Danmark siden 1993.

behandlet indenfor to måneder for 12 af de 18 operationer. De seks behandlingstyper med minimale ventetider på mere end to måneder var sterilisation af mænd, fjernelse af mandler, udlevering af høreapparat, meniskoperation, hoftedeplastik samt operation for grå stær (43).

Figur 4-1: Forskelle i fremadrettede ventetider i uger for udvalgte operationer på sygehusniveau (maksimum, minimum og median), april 2002



Kilde: (43)

Ovenstående tabeller og figurer bygger hovedsageligt på 2002-versionerne af de to publikationer "Sundhedssektoren i tal" og "Sundhedspolitisk redegørelse" fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der gennem de seneste par år har gengivet udviklingen i ventetiderne på baggrund af statistik fra bl.a. Landspatientregisteret. Siden indførelsen af ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg i sommeren 2002 samt kritikken af datakvaliteten i Landspatientregisteret, er der imidlertid ikke udkommet lignende officielle tal for udviklingen i ventetider. Derfor eksisterer der heller ikke nogen samlet dokumentation for initiativernes effekter. Forskellige udmeldinger fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet tyder dog på, at de danske ventelister er faldet de sidste par år (38). Ifølge de offentliggjorte opgørelser fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Venteinfo-database er ventetiderne for de 18 udvalgte behandlinger således faldet fra 182 dage i december 1998 til 142 dage i april 2004 (44). Udviklingen diskuteres i øvrigt mere indgående i kapitel 5.

4.2 Ventelister i lande vi normalt sammenligner os med

Ved sammenligning af ventetider på tværs af grænserne skal man være opmærksom på de ofte forskellige definitioner af ventetid, der benyttes i opgørelserne. I mange lande bliver ventetiden f.eks. opgjort som ventetiden fra tidspunktet for forundersøgelsen til behandling, mens ventetiden i Danmark normalt opgøres fra det tidspunkt, hvor patienten bliver henvist til forundersøgelse fra den praktiserende læge. Der er derfor en tendens til, at registreringerne undervurderer ventetiderne i de fleste øvrige lande, når der sammenlignes med ventetider i Danmark. Mens det derfor normalt ikke er muligt at drage direkte sammenligninger, giver en gennemgang af ventetiderne i forskellige lande alligevel et oversigtsbillede af de gennemsnitlige ventetider til elektiv behandling. OECD-tallene i tabel 4-5 udgør her en velkommen undtagelse, idet de stammer fra en samlet survey foretaget af OECD i 2003 (45). Opgørelsen bygger på samme definition af ventetidsbegrebet og giver derfor en bedre mulighed for sammenligning af ventetiderne på tværs af de inkluderede lande.

De nordiske sundhedssystemer har i international sammenhæng traditionelt ligget meget tæt op af hinanden med hensyn til både organisering og finansiering, hvorfor der ofte drages paralleller til dem i den danske sundhedsdebat. Derfor er det også naturligt at begynde med et kig på ventelistesituationen i vores nordiske nabolande. Sammenlignes behandlingsaktiviteten og ventetiden på en række udvalgte behandlinger indenfor de nordiske lande, fremgår det af nedenstående tabel 4-4, at ventetiden i Danmark faktisk er kortere end eller på niveau med de andre nordiske lande. Da ventetiderne i Sverige ikke opgøres på sammenlignelig måde med de øvrige lande, er de udeladt i tabel 4-4.

Tabel 4-4: Aktivitet og ventetid i udvalgte nordiske lande for 1999

	Behandling per 1000 indbyggere				Gennemsnitlig ventetid i dage		
	Danmark	Norge	Sverige	Finland	Danmark	Norge	Finland
Brok	2,78	2,12	1,08	-	108	174	-
Galdesten	1,05	0,80	1,33	0,49	93	153	125
Sterilisation kvinder	0,83	1,20	0,12	-	149	199	-
Hoftetotalalloplastik	1,10	1,51	1,28	0,98	160	227	185
Knæalloplastik	0,47	0,40	0,63	0,89	164	295	229
By-pass	0,59	0,85	0,76	0,70	-	143	52
Årekner	1,15	1,27	-	1,08	184	275	262
Fjernelse af mandler	1,38	2,24	0,85	2,54	82	178	49
Grå stær	6,17	6,09	4,74	6,77	185	214	261

Kilde: (46)

Hvis fokus også rettes mod andre vestlige, integrerede sundhedssystemer, tegner der sig et lignende billede. Nedenstående tabel 4-5 gengiver de gennemsnitlige ventetider for udvalgte diagnoser i otte OECD-lande. Da tabel 4-4 og tabel 4-5 stammer fra forskellige opgørelser, bygger de heller ikke på samme ventetidsdefinition og tidsperiode, hvorfor tallene i de to tabeller ikke kan sammenlignes direkte. Opgørelserne i tabel 4-5 indbefatter kun tiden fra forundersøgelse/speciallæge-konsultation til indlæggelse, og dækker derfor ikke eventuel ventetid mellem henvisning fra den praktiserende læge og forundersøgelse/speciallæge-konsultation.

Tabel 4-5: Gennemsnitlig ventetid i dage fordelt på behandlingstyper for år 2000 (45)¹⁵

	Hofte- leds- plastik	Knæ- leds- plastik	Ope- ration for grå stær	Ope- ration for åre- knuder	Fjernel- se af livmo- deren	Pro- stata- ope- ration	Fjer- nelse af galde blæren	Ope- ration for brok	CABG	PTCA
Australien	163	201	179	216	54	69	83	87	44	-
Danmark	112	112	71	99	-	-	75	73	-	-
Finland	206	274	233	280	100	81	159	125	42	30
Norge	133	160	63	142	64	75	103	109	46	53
Holland	96	85	111	107	61	60	71	75		18
Spanien (INSALUD)	123	148	104	117	102	62	107	102	39	81
Sverige	-	-	199	-	-	-	-	-	-	-
England	244	281	206	227	159	52	156	150	213	80

Det fremgår af tabel 4-5, at Danmark enten har de laveste eller de næstlaveste ventetider for samtlige af de tilgængelige behandlingstyper. Opgørelsen støtter altså den nordiske opgørelse og viser, at de danske ventelister generelt må betegnes som relativt korte i sammenligning med andre offentligt integrerede sundhedssystemer.

4.3 Opsummering

De gennemgåede tabeller og figurer viser, at de danske ventetider generelt har ligget relativt stabilt mellem 1991 og 2001, på trods af de betydelige aktivitetsstigninger i samme periode. Der er samtidig tegn på, at de sidste par års ventelisteinitiativer har medført et fald i de gennemsnitlige ventetider. Figur 4-1 viser, at der er store forskelle i ventetiderne til behandling i de forskellige amter og på forskellige sygehuse, og at patienterne rent faktisk kunne vælge sig til betydeligt kortere ventetider allerede inden implementeringen af det udvidede frie sygehusvalg i sommeren 2002.

Samlet set indikerer opgørelserne i tabel 4-4 og 4-5, at Danmark ikke har længere ventelister til behandling end andre lande med tilsvarende finansiering af sundhedsvæsenet. Tværtimod ser det ud til, at ventetiderne i det danske sundhedssystem faktisk er lavere, end i flere af de lande vi normalt sammenligner os med.

¹⁵ Australien: Omfatter kun Queensland, South Australia og Western Australia, Norge: Tal for grå stær operationer stammer fra 2001, Spanien: Omfatter kun INSALUD

5 Danske erfaringer med venteliste-initiativer

5.1 Introduktion

Debatten om ventelister til behandling på de danske sygehuse er langt fra ny. Ventetiderne kom således første gang på dagsordenen i Danmark i starten af 80'erne. De første initiativer blev taget af Amtsrådsforeningen i 1981 ved nedsættelsen af et udvalg, der havde til formål at definere ventelistebegrebet (47). Indenrigsministeriet nedsatte i 1982 sit første udvalg, der havde til formål at beskrive ventelisteproblematikken og metoder til nedbringelse af ventelisterne (25). I 1986 blev endnu en arbejdsgruppe etableret af Indenrigsministeriet, bl.a. med det formål at opgøre ventetider og opstille ventelister (48). I 1988 blev en arbejdsgruppe vedrørende systemer til opgørelse af ventetider og ventelister nedsat af Amtsrådsforeningen. Det første spørgsmål i Folketinget vedrørende ventelister blev stillet i 1985 (25), og i 1986 blev ventelistespørgsmålet inddraget i regeringens årlige økonomiforhandlinger med den kommunale sektor. I 1987 og 1988 var regeringen og Amtsrådsforeningen i deres overenskomsttaftale enige om, at ventelisterne kunne nedbringes væsentligt indenfor rammerne af et uændret udgiftsniveau. Aftalepunktet blev dog ikke konkretiseret nærmere, ligesom der heller ikke blev foretaget nogen opfølgning på overholdelse af målsætningen (49).

Det første egentlige tiltag til nedbringelse af ventetiden til sygehusbehandling kom i 1993, hvor Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen aftalte, at ventetiden gradvist skulle nedsættes til tre måneder inden 1995. Tidligere havde der været forsøg i enkelte amter med ventelistemålsætninger, ligesom et udvalg under Amtsrådsforeningen i 1992 anbefalede, at der blev indført ventelistegarantier på seks måneder for fire udvalgte diagnoser. Ingen af disse tiltag blev evalueret, hvorfor beskrivelsen af de danske ventelisteinitiativer udelukkende fokuserer på perioden efter 1993. Gennemgangen tager endvidere udgangspunkt i nationale initiativer, da kun få af de lokale initiativer er blevet formelt evalueret. De nationale initiativer omfatter følgende tiltag:

- Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 1993.
- Den tremåneders ventetidsgaranti for udvalgte behandlinger (1995).
- Ventetidsgarantien for cancer/livstruende sygdomme (2001).
- Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 2001.
- Ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg fra 2002.

5.2 Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne

5.2.1 Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 1993

I april 1993 udkom den første rapport fra Sundhedsministeriets såkaldte Ventetidsudvalg. Rapporten var en direkte konsekvens af, at Sundheds-

ministeriet og Amtsrådsforeningen samt Københavns og Frederiksberg kommuner på et møde i begyndelsen af 1993 blev enige om, at ventetiderne til operation skulle nedsættes til højst 3 måneder inden udgangen af 1995. På baggrund af historiske ventelistedata konkluderede gruppen, at ventelisterne skyldtes en "pukkel" af ventende patienter. Overholdelse af ventetidsmålsætningen ville kræve, at operationsaktiviteten over 3 år samlet set blev øget med ca. 30.000 ekstra indlæggelser og heraf 22.500 operationer. Planen beløb sig til i alt 350 mio. kr. Dertil kom en separat plan, der skulle mere end fordoble aktiviteten inden for det hjertekirurgiske område, fra ca. 2.500 indgreb om året til ca. 5.600 indgreb om året.

Ventetidsudvalget fremlagde i maj 1994 et statusnotat for udviklingen inden for operationsaktiviteten og ventelisterne, hvori det blev konkluderet, at ventetidsmålsætningen ikke ville kunne realiseres uden ekstra tiltag. Som del af en samlet aftale for udviklingen af sygehusvæsenet i perioden 1995-1998, blev det derfor besluttet at udvide antallet af indlæggelser med yderligere 20.000 i perioden 1994-1995, hvoraf de 14.000 medførte operation. Der blev i den forbindelse afsat 392 mio. kr. ekstra til kirurgisk aktivitet, og regeringen garanterede, at der uanset amternes økonomiske stilling indenfor fireårsperioden ville være økonomisk råderum for udvidelsen af sygehusenes kapacitet og service inden for de aftalte rammer (25). De samlede udgifter til indførelse af den tremåneders ventetidsmålsætning løb op i ca. 1 mia. kr. (49).

5.2.2 Den tremåneders ventetidsgaranti for udvalgte behandlinger

Den 1. april 1995 blev der iværksat en forsøgsordning med ventetidsgaranti på 3 måneder for patienter henvist til udskiftning af knæled samt operation for diskusprolaps. Forsøgsordningen var oprindelig etårig, men blev forlænget til udgangen af 1996. Forsøgsordningen blev evalueret af DSI og DIKE (50) på ophav af Sundhedsministeriet.

Ordningen adskilte sig fra aftalerne fra 1993 og 1994 ved, at amterne for det første blev pålagt en egentlig forpligtigelse til at nedsætte ventetiderne, hvor aftalerne før var udformet som målsætninger. For det andet kunne en manglende opfyldelse af ventetidsgarantien medføre en udgift for patientens bopælsamt i og med, at patienten så fik ret til behandling på sygehuse udenfor det pågældende amt, men betalt af bopælsamtet.

5.2.3 Ventetidsgaranti for cancer og visse livstruende sygdomme

Den 1. september 2001 blev der fastsat regler for maksimale ventetider for sygehusbehandling af kræftsygdomme og visse hjertesygdomme (51). Reglerne omfatter både undersøgelser og behandling. Ved behandling for kræft blev den maksimale ventetid til hhv. forundersøgelse og operation fastsat til to uger fra sygehusets modtagelse af hhv. lægens henvisning og patientens samtykke. For strålebehandling blev den maksimale ventetid fastsat til fire uger efter afdelingens modtagelse af henvisningen. Der blev

fastsat en ventetidsgaranti for operation af iskæmisk hjertesygdom på to, tre og fem uger for henholdsvis revaskularisering for venstre hovedstammesygdom, ustabil angina pectoris og for angina pectoris umiddelbart efter blodprop i hjertet.

Hvis ikke bopælsamtet kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider, skal amtet tilbyde patienten henvisning til et andet offentligt eller privat sygehus i Danmark eller udlandet. Senest otte hverdage efter at et sygehus har modtaget en henvisning, skal patienten have besked fra pågældende sygehus om, hvorvidt der kan tilbydes behandling inden for den maksimale ventetid. Lykkes det ikke for bopælsamtet at finde et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider, skal amtet, hvis patienten ønsker det, kontakte Sundhedsstyrelsen, der herefter skal forsøge at finde et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider eller hurtigst muligt. Samtlige omkostninger ved behandling uden for amtet afholdes af bopælsamtet, inkl. 1000 kr. i afgift til Sundhedsstyrelsen såfremt patienten visiteres til behandling.

5.2.4 Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 2001

I aftalen for amternes økonomi for 2002 blev det i juni 2001 aftalt, at ventetider på over tre måneder skulle afvikles over en periode på tre år. For at nå målet blev det aftalt, at antallet af behandlinger skulle øges med 20.000 i 2002 og tilsvarende i hhv. 2003 og 2004. Dette forventedes at medføre en samlet udgiftsøgning i amterne på 850 mio. kr. over perioden, heraf 350 mio. kr. i 2002, 250 mio. kr. i 2003 og 250 mio. kr. i 2004. Indsatsen blev senere fremrykket, således at udgiftsniveauet blev øget med 100 mio. kr. allerede i 2001 (52).

Som et resultat af regeringsskiftet i efteråret 2001, og den nye regerings meraktivitetspulje på 1,5 mia. kr. til nedbringelse af ventelisterne, er ventetidsmålsætningen fra 2001 aldrig søgt implementeret. Den aftalte aktivitetsøgning blev dog indregnet i den baselineaktivitet, som udbetalingerne fra første del af ventelistepuljen blev baseret på.

5.2.5 Ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg fra 2002

I forbindelse med folketingsvalget i efteråret 2001 kom der fornyet fokus på ventelisterne. I forlængelse heraf gennemførte den nye regering, efter sin tiltrædelse, to initiativer til nedbringelse af ventelisterne. Initiativerne bestod dels af en aktivitetsbaseret ventelistepulje og dels af det såkaldte udvidede frie sygehusvalg. Begge initiativer blev vedtaget i Folketinget den 19. marts 2002 som en ændring af sygehusloven (53-55). Vedtagelserne i forbindelse med de to tiltag er illustreret på en tidslinje sidst i afsnittet (figur 5-1).

Den grundlæggende opfattelse af ventelistefænomenet, der lå bag vedtagelsen af de to initiativer, fremgik bl.a. af Indenrigs- og Sundhedsministerens udtalelser i debatten om forslaget. Her fremgik det bl.a., at ventelistepuljen

skulle finansiere en stigning i antallet af behandlinger på sygehusene, hvilket ville få ventelisterne til at falde. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeren skulle de ekstra behandlinger altså nedbringe ventelisterne, der blev opfattet som "...en pukkel, der så at sige skal hævles ned..."(56).

5.2.5.1 Ventelistepuljen

Den såkaldte ventelistepulje bestod oprindeligt af en aktivitetsbaseret "saltvandsindsprøjtning" til sygehusvæsenet på 1,5 mia. kr. til brug i 2002 (57). Selvom ventelistepuljen blev introduceret som et engangsbeløb på finansloven for 2002, så blev den aktivitetsafhængige pulje genopfyldt med ca. 900 mio. kr. for 2003 (58) og med endnu 1,1 mia. kr. ved økonomiforhandlingerne for 2004 (59). Dermed har ventelistepuljen altså sammenlagt kostet 3,5 mia. kr. i 2002-2004.

Midlerne fra den såkaldte ventelistepulje skal, i modsætning til tidligere ekstrabevillinger, uddeles på basis af amternes dokumenterede meraktivitet. Det vil med andre ord sige, at sygehusene kun får del i puljen, hvis de kan præstere en stigende aktivitet i forhold til det forgangne år. Puljen bliver forhandsfordelt på amterne ud fra værdien af deres beregnede forbrug af sygehusydelser, hvor der samtidig justeres for køn- og aldersfordelingen (60). Amterne og H:S kan således maksimalt opnå tilskud fra puljen, der svarer til den andel, de har fået tildelt på forhånd.

Efter ventelistepuljens vedtagelse krævedes dels en præcisering af, hvilke behandlinger der indgår i begrebet "aktivitet", og dels en præcisering af hvordan meraktiviteten skulle defineres og måles (39). Disse præciseringer fremgik af to cirkulærer, der blev udsendt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i april og november 2002 (60;61).

5.2.5.2 Afgrænsning og udvidelse af aktivitetsbegrebet

For di ventetid pr. definition ikke vedrører de akutte patienter, blev aktivitetsbegrebet i første omgang afgrænset, så det kun omfattede "...*elektiv somatisk, herunder kirurgisk og medicinsk sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, og som finansieres af en amtskommune ved egne eller fremmede sygehuse, klinikker m.v.*..." (60, side 2). Umiddelbart efter puljens begyndelse viste det sig imidlertid vanskeligt at udskille den elektive aktivitet fra den akutte aktivitet. Der var samtidig tegn på, at den registrerede elektive aktivitet steg på bekostning af den registrerede akutte aktivitet, hvilket blev tolket som et tegn på, at sygehusene ændrede deres registreringspraksis, så flere patienter blev registreret i den elektive kategori fremfor i den akutte kategori, der ikke udløste midler fra meraktivitetspuljen. I september 2002 blev der derfor indgået aftale mellem amterne og regeringen om en ændring af aktivitetsbegrebet, der fremover også kom til at indeholde de akutte behandlinger. Dermed kom den samlede sygehusaktivitet altså til at udgøre grundlaget for udbetalinger fra ventelistepuljen (39).

5.2.5.3 Definition og måling af meraktivitet

Målingen af sygehusenes aktivitet sker på baggrund af den samlede værdi af sygehusbehandling målt på DRG- og DAGS-takster. For at kunne bestemme størrelsen på meraktiviteten blev den elektive aktivitet i 2. halvår af 2000 og 1. halvår af 2001 indledningsvis sat som en såkaldt baseline, der udgør det nødvendige sammenligningsgrundlag til fastlæggelse af en eventuel meraktivitet. Beregningsgrundlaget for baseline er i øvrigt løbende blevet ændret i takt med, at ventelistepuljen er blevet videreført. Baseline for 2003 udgøres således af aktiviteten fra 1. januar 2002 til 31. december 2002 (62), mens baseline for 2004 udgøres af aktiviteten fra 1. januar 2003 til 31. december 2003 (63).

De allerede aftalte aktivitetsstigninger samt ekstra midler fra tidligere forhandlinger mellem amter og stat¹⁶ er blevet lagt oveni baseline, hvilket betød, at sygehusene i gennemsnit skulle øge deres aktivitet med 6 pct. i 2002 for overhovedet at få del i puljepengene, og med 16 pct. hvis samtlige midler skulle udbetales (39).

På grund af problemerne med afgrænsning af den elektive aktivitet blev beregningen af baseline som nævnt ændret pr. 14/11 2002, så den samlede baseline for hver amtskommune fremover opgøres som summen af det pågældende amts henholdsvis elektive og akutte forbrug. Baseline kom derfor til at omfatte *"... den samlede værdi af al somatisk sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, og som finansieres af en amtskommune ved egne eller fremmede sygehuse, klinikker mv... og som pr. 10. oktober er registreret for perioden 1. juli 2000 til 30 juni 2001."* (64, side 3).

I forbindelse med ændringerne i meraktivitetsmodellen blev der samtidig indlagt et "loft" på 3 pct. over den accepterede stigning i værdien pr. kontakt, der kan medregnes i amternes aktivitetsopgørelser. Dette loft blev indført for at modvirke såkaldte "DRG-creep", der forekommer, når sygehusene registrerer flere og/eller tungere diagnoser på en patient end tidligere. DRG-creep kan forekomme som del af en naturlig udvikling i patientsammensætning og behandlingsteknikker, men kan også skyldes ændringer i registreringspraksis i takt med ændrede incitamenter, f.eks. ved øget brug af aktivitetsbaseret finansiering. For at undgå at midlerne fra ventelistepuljen blev uddelt på baggrund af ændret registreringspraksis mere end egentlig meraktivitet, indførtes et loft på 3 pct. over værdistigningen pr. kontakt. Ændringerne i værdi pr. kontakt opgøres ved at sammenholde den gennemsnitlige værdi pr. kontakt i perioden fra 1. juli 2000 til 30. juni 2001 med

¹⁶ De aftalte aktivitetsstigninger og ekstra midler omfattede bl.a. de i alt 60.000 ekstra behandlinger og medfølgende 850 mio. kr., der indgik som del af økonomiaftalen mellem den daværende regering og amterne i 2001(52)

værdien pr. kontakt for den opgjorte periode 2002 (39;64). Loftet over tilskudsberettiget værdistigning pr. kontakt er siden blevet sænket til først 2 pct. og siden 1½ pct. Samtidig er der løbende blevet ændret på udbetalingsreglerne i forhold til 2002, så meraktivitet ikke længere udløser tilskud svarende til fuld DRG-værdi. For 2003 og 2004 dækker ventelistepuljen således kun 70 pct. af værdien af den opnåede meraktivitet (62;63).

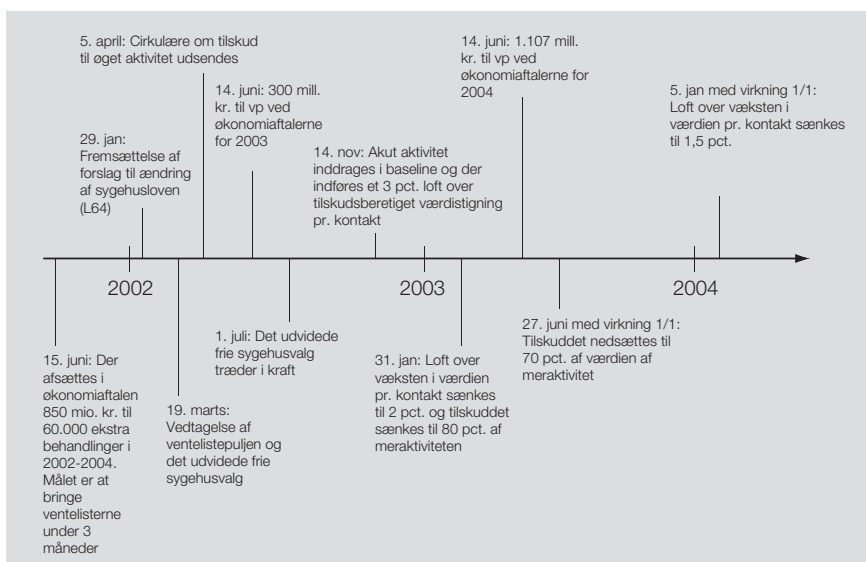
5.2.5.4 Det udvidede frie sygehusvalg

Udover ventelistepuljen indførte regeringen også det udvidede frie sygehusvalg, der pr. 1. juli forbedrede patienternes muligheder for at gøre brug af det frie sygehusvalg. Selvom det udvidede frie sygehusvalg er blevet vedtaget ved lov i Folketinget, så er der ikke tale om en egentlig lovfæstet behandlingsgaranti, da loven ikke giver en juridisk bindende garanti for behandling indenfor 2 måneder. Loven udvider til gengæld patienternes valgmuligheder, i og med at den giver patienterne ret til at vælge behandling på såkaldte aftalesygehuse¹⁷ med kortere ventetider end sygehuse i bopælsamtets regi. Derved adskiller det udvidede frie valg sig fra den hidtidige fritvalgsordning, der kun omfattede offentlige sygehuse uden væsentligt længere ventelister end tilsvarende afdelinger (65). I slutningen af 2003 var der i forbindelse med det udvidede frie valg indgået aftaler med godt og vel 150 private og udenlandske sygehuse (38). Det udvidede frie sygehusvalg træder i øvrigt først i kraft, hvis bopælsamtet ikke er i stand til at levere behandling indenfor 2 måneder efter modtagelse af henvisning. Udgifterne til evt. befordring og ledsagelse i forbindelse med benyttelse af det udvidede frie sygehusvalg afholdes af patienten selv (66).¹⁸

¹⁷ Aftalesygehuse består af private sygehuse eller udenlandske sygehuse som Amtsrådsforeningen har indgået aftale med.

¹⁸ I denne tidsfrist medregnes ikke forundersøgelsesforløb, med mindre ventetiden til undersøgelsen er længere end 2 uger. I så fald indregnes tiden over 2 uger i tidsfristen. Hvis behandlingen udsættes på grund af patientens ønske eller grundet patientens helbredstilstand medregnes den resulterende, ekstra ventetid heller ikke i den 2 måneders frist. Det udvidede frie sygehusvalg gælder i øvrigt ikke for følgende behandlingsgrupper: organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, refertilitetsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk operation, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling, ophold på rekonvalescenthjem og andre behandlinger efter indenrigs- og sundhedsministerens nærmere bestemmelse (66).

Figur 5-1: Politiske initiativer og vedtagelser vedrørende ventelister i Danmark 2002-04



Kilder: (60-64)

5.3 Effekter af ventelisteinitiativerne

5.3.1 Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 1993

Hvis ventetidsaftalerne fra 1993 og 1994 evalueres på baggrund af det opstillede mål om nedbringelse af ventetiderne til operation til højst 3 måneder, så må aftalerne betragtes som en fiasko. Ventetidssituationen blev faktisk forværret fra 1992 til 1995. Sundhedsministeriet opgjorde i 1997, at andelen af ventelistepatienter, der blev opereret indenfor 3 måneder, gradvist faldt fra 72 pct. i 1992 til 66 pct. i 1995, og at den gennemsnitlige ventetid i dage for ikke-akutte patienter faktisk steg fra 84 dage i 1992 til 99 dage i 1995 (49;67) (se tabel 5-1).

Evalueres ventetidsaftalerne derimod i forhold til de aktivitetsmål, der var stillet op, må aftalerne generelt siges at have været en succes. Operationsaktiviteten steg i 1993 og 1994 med hhv. 11.269 og 22.961 operationer, hvilket er væsentligt mere end forudsat i aftalerne. I 1995 skete dog et fald på 2.169 operationer i forhold til niveauet fra 1992 på grund af en længerevarende arbejdsnedlæggelse for sygeplejerskerne. Sundhedsministeriet estimerede, at arbejdsnedlæggelsen forårsagede ca. 18.300 aflyste operationer (67). Hvis der ses bort fra reduktionen i antallet af operationer i 1995, så blev aktivitetsmålene altså overholdt.

På trods af at produktionsmålet blev nået i 1993 og 1994, skete der imidlertid ikke et fald i ventetiderne, og den reducerede aktivitet i 1995 påvirkede umiddelbart heller ikke ventetiden væsentligt. Resultaterne tyder på, at

Tabel 5-1: Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 1993

	1992	1993	1994	1995	Absolut ændring 1992-1995	Relativ ændring i pct. 1992-1995
Gennemsnitlig ventetid i dage	84	91	98	99	15	18
Andel der ventede mere end 3 mdr.	28	31	33	34	6	21
Operationsaktivitet (antal operationer)	888.434	893.703	905.395	880.265	-2169	0
Meraktivitet i forhold til 1992 (antal operationer)	-	11.269	22.961	-2169	32.061	-

Kilder: (49;67)

de antagelser, der lå til grund for anbefalingerne fra Sundhedsministeriets ventetidsudvalg (68) om nedbringelse af ventelisterne via meraktivitet, ikke holdt stik i praksis.

5.3.2 Den tremåneders ventetidsgaranti for udvalgte behandlinger

Forsøgsordningen fra 1995 medførte en reduktion i ventetiden for udskiftning af knæled. I 1994 ventede 76 pct. af patienterne længere end 3 måneder på indlæggelse, mens det kun var tilfældet for 40 pct. i 1995 (50). Den umiddelbare reduktion i ventetiden er dog ikke entydig. Sundhedsministeriets opgørelse fra 1997 påpeger således, at 70 pct. af patienterne ventede mere end 3 måneder i 1995 (67). Tilsvarende beskriver Sundhedsministeriet, at den mediane ventetid faldt fra 172 dage i 1994 til 152 i 1995, mens DSI's og DIKE's evalueringer finder, at ventetiden i samme periode reduceres fra 172 til 120 dage. Selv om der er uoverensstemmelser mellem de to opgørelser, ses der dog en klar faldende tendens i den mediane ventetid til knæledsalloplastik. For diskusprolapsoperationer kunne der ikke konstateres nogen væsentlig ændring i ventetiden. I 1994 ventede 20 pct. af patienterne mere end 3 måneder, mens 25 pct. af patienterne måtte vente over 3 måneder i 1995. Den mediane ventetid for diskusprolapsoperationer var stort set konstant i hele perioden.

Antallet af knæ-opererede steg med indførelsen af ventetidsgarantien, men pga. sygeplejerskekonflikten i foråret 1995 er det svært af drage entydige konklusioner vedrørende den samlede aktivitet. I foråret 1996 lå aktiviteten stort set på samme niveau som i foråret 1994 og stigningerne efter garantiens indførsel var ikke større, end de stigninger der havde været i perioden forinden.

Samlet set indfrie de forsøgsordningen ikke forventningerne, og ventetidsgarantien blev ikke opfyldt. Der fandt som sagt en marginal stigning sted i antallet af knæoperationer, men stigningen skete formodentlig delvist på bekostning af andre patientgrupper, og den observerede stigning var allere-

de planlagt før garantien blev indført (50). De økonomiske incitamenter kom heller ikke til at spille nogen væsentlig rolle. Det skyldes dels, at den økonomiske afregning ved behandling uden for bopælsamtskommune ikke var særlig attraktiv for det modtagende sygehus, og dels at patienterne kun i meget begrænset omfang ønskede at blive behandlet udenfor bopælsamtskommune.

5.3.3 Ventetidsgaranti for cancer og visse livstruende sygdomme

Ordningen om ventetidsgaranti for cancer og visse livstruende sygdomme er ikke blevet formelt evalueret. Sundhedsstyrelsen anslår, at der behandles en sag om ugen, men det er uklart, hvor mange patienter, der kræver at blive visiteret via Sundhedsstyrelsen (69). Dagens Medicin anslog den 30. maj 2002, at halvdelen af strålebehandlingscentrene ikke overholder ventetidsgarantien (70), men hverken Sundhedsstyrelsen eller Indenrigs- og Sundhedsministeriet har lavet nogle systematiske opgørelser over, hvor mange patienter der ikke bliver behandlet indenfor tidsgrænserne. I medierne har der flere gange været historier om afdelinger med for lange ventetider til bl.a. kræftbehandling og undersøgelser (71). Ifølge Sundhedspolitisk redegørelse fra 2002 ligger ventetiden for operation og forundersøgelse for brystkræft, livmoderhalskræft, tarmkræft og lungekræft dog typisk omkring 1-2 uger, hvorved behandlingsgarantien overholdes. Selvom der er tegn på, at ventetiderne på området generelt overholdes, har der dog været eksempler på mere svingende ventetider, særlig for strålebehandling mod brystcancer og for udredning og behandling af lungekræft (43;179).

5.3.4 Den tremåneders ventetidsmålsætning fra 2001

På grund af regeringsskiftet i efteråret 2001 og det efterfølgende kursskifte i indsatsen mod ventelister, nåede ventetidsmålsætningen fra 2001 aldrig at blive implementeret efter hensigten. I stedet indgik de planlagte aktivitetsstigninger og de medfølgende midler i ventelistepuljen, hvor de blev lagt til den baseline, som amterne skulle nå op på, før de kunne få del i puljemidlerne. Fordi ventetidsmålsætningen blev indlemmet i ventelistepuljen, er det heller ikke muligt at sige noget om dens konsekvenser. Konsekvenserne af ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg behandles samlet i følgende afsnit.

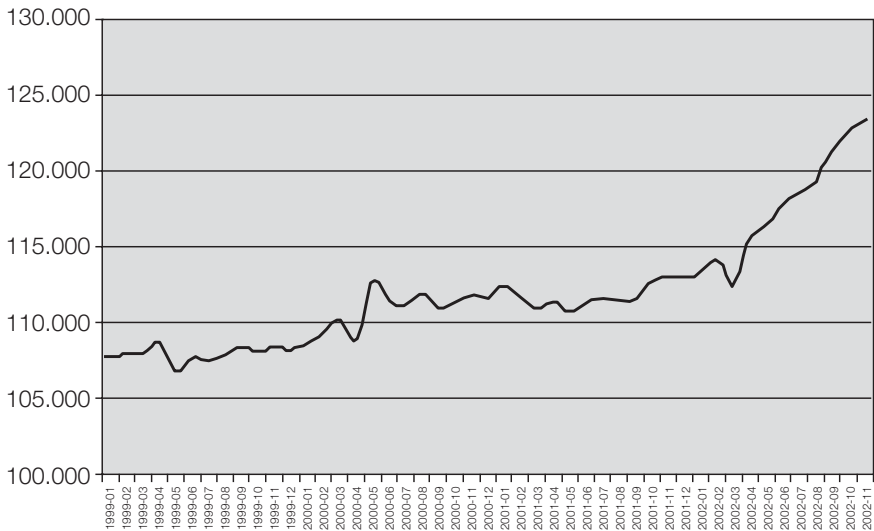
5.3.5 Ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg fra 2002

Forskellige udmeldinger fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet kunne tyde på, at regeringens ventelistepolitik har haft succes med at øge sygehusenes aktivitet på de typiske ventelisteområder. Af nedenstående figurer fremgår det således, hvordan aktiviteten for såvel 18 udvalgte operationer¹⁹ som

¹⁹ De 18 udvalgte behandlinger blev valgt fordi antallet af operationer er relativt højt og fordi der historisk har været relativt lange ventetider til netop disse behandlinger (39). De 18 behandlinger omfatter: Operation for galdesten, operation for nyre- og uretersten, ESWL-behandling for nyre- og uretersten, operation for grå stær, sterilisation (mænd), høreforbedrende operation, ledbåndsrekonstruktion i knæ, operation for brok, fjernelse af mandler, prostataoperation, sterilisation v. laparoskopi, fjernelse af livmoder, operation for nedsunken livmoder, operation for diskusprolaps, meniskoperation v. arthroscopi, hofteledsplastik (totalprotese), knæledsplastik, operation for åreknuder (72).

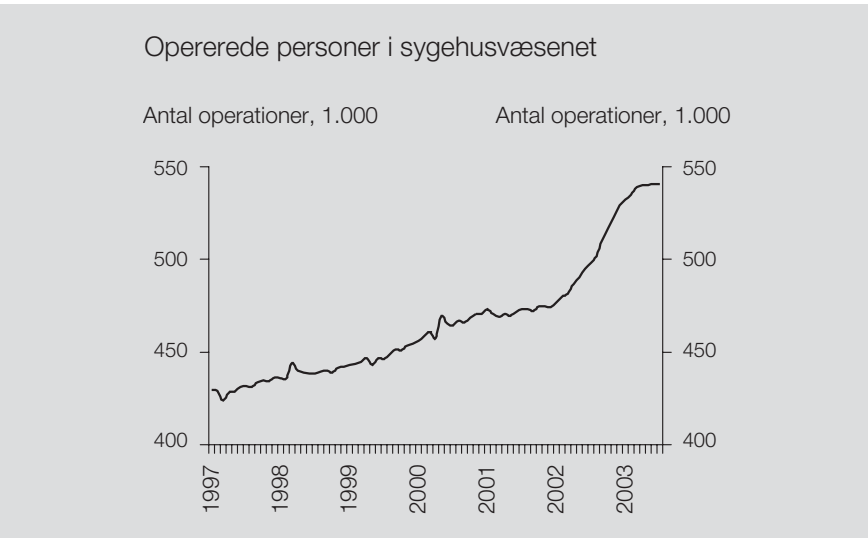
antallet af opererede personer i sygehusvæsenet er steget betydeligt siden ventelistepuljen blev igangsat i foråret 2002.

Figur 5-2: Udviklingen i antal udførte operationer - 18 udvalgte, 1999-2002



Kilde: (39)

Figur 5-3: Udviklingen i antallet af opererede personer i sygehusvæsenet 1997-2003



Kilde: (38)

Der er ligeledes tegn på, at det udvidede frie sygehusvalg har haft relativ succes med at øge udnyttelsen af det frie sygehusvalg. En nylig evalueringsrapport fra Amtsrådsforeningen mfl. viser, at ca. halvdelen af de garantiberettigede patienter tager imod tilbuddet om behandling udenfor hjemmet. Fra introduktionen af ordningen 1. juli 2002 og til udgangen af 2003 drejede det sig om i alt ca. 26.000 patienter, der benyttede det udvidede frie sygehusvalg (73).

Målt på output er der altså tegn på, at ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg har medført dels en øget aktivitet på de typiske ventelisteoperationer og dels en øget brug af frit sygehusvalg. Det centrale spørgsmål er imidlertid, om initiativerne har haft nogen effekt på outcome, dvs. om initiativerne lever op til de oprindelige intentioner om en betydelig nedbringelse af ventetiderne.

Det er umiddelbart svært at give et entydigt svar på spørgsmålet, bl.a. fordi der kun er udgivet begrænset ventelistestatistik fra centralt hold siden indførelsen af de seneste ventelisteinitiativer. Som førnævnt er ventetiderne tidligere blevet offentliggjort årligt i bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriets publikation "Sundhedssektoren i tal". Det skete imidlertid ikke i foråret 2003, hvor den ellers plejer at udkomme. Ventetidsstatistikkerne, der tidligere blev offentliggjort i Sundhedssektoren i tal, var baseret på Landspatientregisteret (LPR), og gengav således de bagudrettede ventetider, hvilket vil sige de gennemsnitlige ventetider, som patienterne ventede i det foregående år. Dermed var det muligt at få et overblik over udviklingen i ventetiderne, og på den måde vurdere effekterne, eller mangel på samme, af forskellige ventelisteinitiativer.

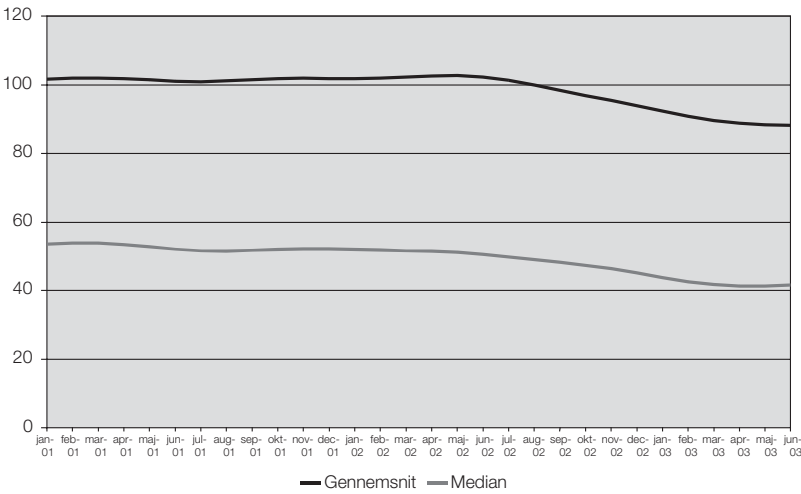
En del af forklaringen på, at LPR-ventetiderne ikke blev offentliggjort i 2003 fremgik af Indenrigs- og Sundhedsministerens udtalelser i oktober 2003, hvor han i Jyllands-Posten erklærede, at den hidtidige ventelisteopgørelse ikke er det papir værd, den er skrevet på. Opgørelserne beskyldes således for at give "...totalt ubrugelig information..." (6, side 2), dels fordi amterne indberetter tallene på forskellige måder, og dels fordi opgørelserne indeholder fejl i form af såkaldte nuldagspatienter og patienter med urealistisk lange registrerede ventetider (6). Indenrigs- og Sundhedsministerens udtalelser skal ses i forbindelse med en opfordring til mere ensrettet og korrekt registrering, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte til samtlige amters sundhedsforvaltninger i oktober. Denne opfordring byggede på en analyse af ventetidsopgørelserne fra LPR foretaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der viste, at godt og vel 10 pct. af de elektive opererede hel-døgnspatienter i 2002 var registrerede med 0 dages ventetid fra henvisning

²⁰ Betegnelsen nuldagspatienter dækker over patienter, der tilsyneladende er blevet henvist og opereret på samme dag, hvilket ikke er muligt, når der er tale om elektive patienter. Nuldagspatienter er derfor normalt udtryk for fejlregistreringer.

til operation, og at knap 5 pct. af de registrerede ventende havde haft ventetider på over et år. Derudover viste analysen betydelige forskelle i amternes registreringspraksis, hvilket tilsyneladende skyldes de enkelte amters valg af patientadministrativt system mere end reelle forskelle i ventetiderne (74).

Det fremgår ikke af Indenrigs- og Sundhedsministeriets analyse af ventetidsopgørelserne, om de har forsøgt at rense opgørelserne for alle ekstreme værdier, de såkaldte outliers, hvilket måske kunne give et bedre overblik over den reelle udvikling i ventetiderne. På samme måde kunne Indenrigs- og Sundhedsministeriet have frasorteret registreringerne fra de amter, der grundet anderledes patientadministrative systemer umiddelbart ikke var sammenlignelige.²¹ Til gengæld indeholdt Indenrigs- og Sundhedsministeriets analyse af ventetiderne i LPR nedenstående figur, der viser udviklingen i den gennemsnitlige ventetid for opererede heldøgnspatienter fra januar 2001 til juni 2003.

Figur 5-4: Gennemsnitlig sæsonkorrigeret ventetid for opererede heldøgnspatienter, januar 2001 - juni 2003 (74)



Kilde: (74)

Figuren viser, at der er en betydelig forskel på den gennemsnitlige og den mediane ventetid, hvilket kunne tyde på, at registreringerne indeholder outliers, der i de fleste tilfælde er udtryk for fejl. Mens de mange outliers, som det også anføres i analysen, medfører et upålideligt gennemsnit og sætter

²¹ Denne strategi blev fx benyttet i Sundhedsministeriets publikation Sundhedssektoren i tal - 1999, hvor de registrerede ventetider for Nordjyllands Amt, Fyns Amt, Ringkøbing Amt og Viborg Amt blev udeladt på grund af nye registreringsmetoder (75).

spørgsmålstegn ved niveauet for de registrerede ventetider, så burde det stadig være muligt at udlede nogle udviklingstendenser fra figuren, ikke mindst fra den mediane ventetid, der ikke i samme omfang påvirkes af ekstreme værdier. Figuren tyder således på, at den gennemsnitlige mediane ventetid for opererede heldøgnspatienter faldt fra ca. 56 dage i juni 2002 til ca. 41 dage i juni 2003, hvilket giver en nedgang på omkring 27 pct.²² Figuren siger imidlertid ikke noget om udviklingen i ventetider for ambulante behandlinger, hvorfor den heller ikke kan benyttes som et generelt billede på udviklingen i ventetiderne.

Problemerne med ventetidsopgørelsernes pålidelighed har i øvrigt været kendt længe, hvorfor en arbejdsgruppe om ventetidsoplysninger i LPR, bestående af repræsentanter fra såvel sygehusejerne som de centrale sundhedsmyndigheder, allerede i marts 2003 foreslog en ny model for indberetning af ventetidsdata (74), og det blev efterfølgende besluttet, at de nye regler skulle træde i kraft pr. 1/1 2004. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet betyder de nye regler, at det ikke vil være muligt at sammenligne ventetiderne før/efter indførslen af den nye registreringspraksis (74), og dens indkørselsperiode betyder ifølge Vicedirektør i Sundhedsstyrelsen Kjeld Kjeldsen, at der *"...først om nogle år vil... være et grundlag for at følge udviklingen i de faktiske bagudrettede ventetider."* (76, side 10). Når Kjeld Kjeldsen med henvisning til LPR-ventetiderne fra før 2004 samtidig vurderer, at *"De gamle tal var utroværdige. At lave statistik på dem er ikke hensigtsmæssigt"* (76, side 10)", så må det betyde, at der fra officiel side ikke offentliggøres detaljeret dokumentation for ventelistepuljens og det udvidede frie sygehusvalgs eventuelle effekt på de bagudrettede, realiserede ventetider.

I stedet for at gøre brug af den tidligere benyttede ventelistestatistik baseret på LPR, henviser Indenrigs- og Sundhedsministeriet nu i stedet til data fra deres internetbaserede forbrugerhjemmeside www.ventefno.dk, der bygger på de enkelte sygehusafdelingers forventede, maksimale ventetider. Forskellige udmeldinger fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet peger på, at ventetiderne ifølge Venteinfo er faldet markant siden indførelsen af ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg. I "Strategi for det behandlende sundhedsvæsen – Patienten først" fra december 2003 konkluderede Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen således, at ventetidskurven er knækket, idet de gennemsnitlige maksimale ventetider fra juli 2002 til november 2003 faldt fra ca. 26 uger til ca. 21 uger for 18 hyppigt forekommende operationer (38).

²² I forbindelse med ventetidsopgørelser i Landspatientregisteret skal det bemærkes, at en aktivitetsforøgelse på kort sigt kan påvirke gennemsnittet i opadgående retning, hvis den øgede aktivitet betyder, at nogle af de tidligere lavtprioriterede patienter med lange ventetider pludselig bliver indkaldt til behandling. Idet LPR måler den bagudrettede ventetid for de behandlede patienter, vil disse måske relativt få patienter kunne trække det samlede gennemsnit op, selvom ventetiden i realiteten vil være faldet for flertallet af patienterne. Denne effekt vil dog forsvinde, efterhånden som afdelingerne får "ryddet op" i de langtidsventende patienter.

Den overordnede udvikling stemmer overens med indholdet i Indenrigs- og Sundhedsministerens skriftlige besvarelse af et §-20 spørgsmål i folketinget om mere udførlig dokumentation for effekten på ventetiderne for hver enkelt af de 18 operationer (44). Besvarelsen bestod bl.a. af nedenstående tabel 5-2.

Tabel 5-2: Ventetider i dage opgjort vha. Venteinfo-databasen mellem 1998-2004²³

	Dec 1998	Dec 1999	Dec 2000	Dec 2001	Dec 2002	Dec 2003	Apr 2004
Brok	206	177	189	189	134	125	110
Diskusprolaps	90	88	97	98	106	98	84
Fjernelse af livmoder	88	103	111	123	88	97	85
Fjernelse af mandler	125	168	147	203	159	121	97
Galdesten	186	161	148	157	128	104	97
Grå stær	230	354	311	292	149	111	95
Kunstigt hofte	205	190	200	208	156	134	117
Kunstigt knæ	205	190	200	208	179	146	135
Meniskoperation	68	138	146	167	126	109	100
Nedsunken livmoder	122	131	137	144	103	115	106
Nyresten - knusning	-	77	94	86	90	89	86
Nyresten - operation	-	81	85	80	90	103	110
Prostata	148	148	152	161	147	149	149
Rekonstruktion af ledbånd i knæ	109	180	208	186	165	139	134
Sterilisation, kvinder	109	180	208	186	182	190	189
Sterilisation, mænd	-	134	140	187	216	205	206
Udlevering af høreapparat	376	378	298	255	261	293	273
Åreknuder	191	206	235	285	287	321	323
Gennemsnitlig ventetid	182	177	178	186	158	151	142

Kilde: (44)

Det fremgår, at ventetiderne er faldet for de fleste af de 18 behandlingstyper, og at den gennemsnitlige ventetid er faldet fra 186 dage i december 2001 til 151 dage i december 2003, hvilket svarer til et fald på knap 19 pct. i den toårige periode. Sammenligningstidspunkterne er valgt, fordi december 2001 er sidste tilgængelige data inden ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg trådte i kraft i sommeren 2002. December 2003 er valgt, fordi opgørelser helst skal foretages på samme tid af året for at kontrollere for sæsonbetingede variationer.

Der er altså tegn på, at regeringens indsats for nedbringelse af ventelisterne

²³ Ventetiderne i tabellen er ikke helt sammenlignelige, idet den såkaldte "udredningstid" (dog maks. to uger), der består af perioden efter forundersøgelse, hvor prøver mv. undersøges og fortolkes, ikke medregnes i opgørelserne af ventetid efter juli 2002. Opgørelserne af ventetiderne efter juli 2002 kan altså være en anelse undervurderet ift. de tidligere år (44).

har haft en effekt på ventetiderne. Samtidig viser tallene dog også, at ventetiden for diskusprolaps er forblevet på 98 dage mellem 2001 og 2003, og at ventetiderne faktisk er steget for seks andre behandlingstyper i perioden (knusning og operation af nyresten, sterilisation af mænd og kvinder, udlevering af høreapparat og behandling for åreknuder). Samlet set er der altså kun sket et fald i ventetiderne for 11 af de 18 udvalgte behandlinger mellem december 2001 og december 2003. Det er samtidig interessant, at tre af de seks behandlinger, hvortil ventetiderne er steget, ikke er omfattet af reglerne om udvidet frit sygehusvalg (sterilisation af både mænd og kvinder samt udlevering af høreapparat), hvilket kunne være tegn på, at sygehusene har nedprioriteret disse grupper til fordel for behandling af mere mobile patienter, der er omfattet af de nye regler for frit sygehusvalg, og derfor har bedre mulighed for at benytte andre udbydere med kortere ventetider. Det kunne frygtes, at samme mønster gør sig gældende for andre patientgrupper, såsom de ældre medicinske patienter, der ofte ikke har reel mulighed for at gøre brug af fritvalgsordningerne. En anden forklaring kunne være, at sygehusene har fået ekstra incitament til at rapportere ventider under 2 måneder på de områder, der er omfattet af det udvidede frie valg.

Afslutningsvis kan det bemærkes, at Indenrigs- og Sundhedsministeriets valg af databehandlings- og fremstillingsmetode har bidraget til uklarheden omkring omfanget af nedgangen i ventetiderne. De gennemsnitlige, fremadrettede maksimale ventetider, der i flere tilfælde er blevet benyttet som officiel dokumentation for ventetidsindsatsen, bygger på såkaldte "uvægtede gennemsnit" (77). Det betyder, at ovennævnte 18 behandlingstyper indgår i det samlede gennemsnit med samme relative vægt, selvom der langt fra foretages lige mange af de pågældende operationer om året. Samtidig indgår gennemsnittene fra de enkelte sygehusafdelinger også med samme relative vægt, selvom afdelingerne naturligvis ikke foretager lige mange indgreb i et givent tidsrum (78). Indenrigs- og Sundhedsministeriet begrundet valget af databehandlings- og fremstillingsmetode med, at alle behandlinger er lige vigtige. Selvom der f.eks. behandles langt flere patienter med grå stær, end der foretages hofteledsudskeftninger, så bliver sidstnævnte operation eller ventetid ikke mindre vigtig, argumenteres det (78). Umiddelbart ville en sådan betragtning, der jo i øvrigt stemmer fuldt overens med den grundlæggende lighedstanke i det danske sundhedsvæsen, vel forventes at føre til en vægtning i forhold til antallet af behandlinger og behandlingssteder. I den nuværende beregning af den gennemsnitlige, maksimale ventetid, der benyttes som officiel dokumentation for ventelisteindsatsens positive effekter, vejer enkelte behandlingstyper og -steder således uforholdsmæssigt meget i forhold til deres faktiske antalsmæssige forekomst, hvorved de netop *ikke* bliver lige vigtige i det samlede gennemsnit.

Det ville være muligt at danne sig et mere nuanceret indtryk af effekten på ventetiderne, hvis der i stedet for det uvægtede gennemsnit blev offentlig-

gjort detaljeret dokumentation for den månedsvise udvikling i hver af de 18 behandlingstyper og for hvert af de involverede behandlingssteder, der benyttes til at udregne det samlede gennemsnit. På trods af gentagne henvendelser til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der råder over Venteinfo-databasen, har det ikke været muligt at få adgang til den månedsvise udvikling i ventetiderne for specifikke behandlinger. Argumentet har været, at de pågældende tal ikke tidligere er blevet offentliggjort (77).

Det fremgår af ovenstående forløb, at det er vanskeligt at sige noget entydigt om ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalgs effekt på ventelisterne. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har afvist de ellers tidligere benyttede tal fra LPR som indikator for udviklingen, og henviser i stedet til det uvægtede gennemsnit for 18 udvalgte behandlinger, der viser et fald fra 26,7 uger i juli 2002 til 22,7 uger i juli 2003 (78). Samlet set tyder tallene fra Venteinfo altså på, at ventelistepuljen og det udvidede frie sygehusvalg har haft succes med nedbringelse af ventetiderne til elektiv behandling.

5.4 Opsummering

Ventelister og ventetider til elektiv behandling har spillet en fremtrædende rolle i den danske sundhedspolitik gennem de sidste 10-15 år, hvilket også afspejles i den række af ventelisteinitiativer, der er blevet gennemført i perioden. De fleste af initiativerne har ikke haft succes med at nedbringe de gennemsnitlige ventetider, der på trods af øget aktivitet lå relativt stabilt gennem 90'erne. Der er dog tegn på, at ventetiderne for cancer og visse livstruende sygdomme generelt ligger indenfor behandlingsgarantiens rammer, hvilket nok også skal ses i lyset af det øgede fokus på området gennem kræftplanen og den høje kliniske prioritering af livstruende sygdomme. Der rapporteres dog samtidig om tidsmæssigt mindre overskridelser af garantiene på visse områder – bl.a. behandling mod bryst- og lungecancer. Grundet den mangelfulde datakvalitet og opgørelse på området er det vanskeligt at sige noget entydigt om effekterne af de sidste par års ventelisteinitiativer. Der er tegn på, at både de bag- og fremadrettede gennemsnitlige ventetider er faldet som følge af ventetidspuljen og det udvidede frie sygehusvalg. Et nærmere blik på den anvendte Venteinfo-opgørelse viser imidlertid, at ventetiden kun er faldet for 11 af de 18 undersøgte behandlinger mellem december 2001 og december 2003. Da tre af de seks behandlingstyper, hvor ventetiden er steget, ikke er omfattet af den udvidede fritvalgsordning, kunne udviklingen tolkes som tegn på, at mindre mobile patienter bliver nedprioriteret til fordel for de mere mobile elektive patienter. Ændringerne i Venteinfo kunne i princippet også skyldes det simple forhold, at amterne/sygehusene har fået incitament til at rapportere ventetider under to måneder på områder omfattet af den udvidede fritvalgsordning for dermed at reducere udgifterne til fritvalgspatienter. Selv om det således ikke er muligt at sige noget entydigt om ventetiderne på grund af datamangler, er det til gengæld ret entydigt, at aktiviteten er steget som følge af de seneste års initiativer på området.

6 Internationale erfaringer med ventelisteinitiativer: Hvad er blevet prøvet, hvor og hvordan har det virket?

I dette kapitel diskuteres udvalgte ventelisteerfaringer fra de gennemgåede 10 lande. Gennemgangen er kategoriseret ud fra de forskellige venteliste forklaringer, der blev udledt i den analytiske ramme og består kun af et eksemplificerende udpluk af initiativer. De gennemgåede erfaringer er valgt fordi de vurderes som særligt repræsentative for den pågældende kategori af ventelisteinitiativer, og/eller fordi initiativerne fremstår som væsentlige referencepunkter i litteraturen. Samtlige erfaringer fra de gennemgåede lande bliver således ikke diskuteret. Der henvises til bilag 1 for en mere udførlig gennemgang af de enkelte landes erfaringer med ventelister.

Inden erfaringerne fra de enkelte lande gennemgås, er det relevant at referere et par relaterede resultater fra et større OECD-studie om internationale variationer i ventetider til elektiv kirurgi (3;45). Den primære metodiske forskel mellem OECD-studiet og indeværende projekt ligger i brugen af regressionsanalyser, som OECD-studiet anvender til at påvise generelle sammenhænge på ventelisteområdet. Selvom dette bestemt udgør et værdigt forsøg på at opnå ny viden om det meget komplekse ventelisteområde, så rummer den udbredte anvendelse af regressionsanalyser dog også en fare for at overse eller overgeneralisere centrale sammenhænge.

Ved hjælp regressionsanalyser finder studiet således bl.a. en negativ sammenhæng mellem ventetid til behandling og kapacitet (målt som antallet af akutsenge og antallet af læger) samt brugen af aktivitetsbaseret finansiering. Det er bestemt plausibelt, at disse parametre kan have en betydning for ventetiden til elektiv behandling, men man bør nok passe på med at drage alt for entydige konklusioner på baggrund af de observerede resultater. Resultaterne fra regressionsanalyserne kan i noget omfang være et indirekte resultat af en række andre faktorer, f.eks. strukturelle forskelle i sundhedssystemernes grundlæggende organisering og finansiering. Eksempelvis er samtlige lande der indgår i undersøgelsen, og hvor der ikke er registreret ventetid til elektiv behandling, finansieret af sociale eller private forsikringer. Samme lande har i større omfang haft tradition for aktivitetsbaseret finansiering. F.eks. har sygehuse baseret på social forsikring i Tyskland, Østrig og Luxemburg haft tradition for aktivitetsbaseret aflønning pr. produceret sengedag, hvilket fremmer en høj kapacitet målt på senge og sengedage. Således kan resultaterne af regressionsanalysen mht. kapaciteten målt i

senge og den aktivitetsbaserede finansiering let tænkes at være resultat af, at de forsikringsbaserede systemer sjældent opgør ventetider og evt. har mere fokus på styring af efterspørgselssiden. Det er her bemærkelsesværdigt, at USA er det land, der har absolut lavest kapacitet målt på antallet af akutte sengepladser, men samtidig ikke har registrerede ventelister. Dette kunne tyde på, at sammenhængen mellem kapacitet og ventetid ikke er så simpel som OECD antyder i deres rapport. Derfor er øget kapacitet eller mere aktivitetsbaseret finansiering heller ikke nødvendigvis hele svaret på de lange ventelister, hvilket understøttes af en række regressionsanalyser gennemført på nationale niveauer, hvor der ikke er tegn på, at ventetid kan forklares gennem regionale forskelle i kapacitet og ressourcer (79). Resultaterne understreger problemerne med at overføre konklusioner mellem lande med grundlæggende forskellige finansieringssystemer og organisationsstrukturer.

Endelig skal det bemærkes, at enhver analyse naturligvis afhænger af det tilgængelige og anvendte datamateriale. I udarbejdelsen af rapporter indhenter OECD ofte information fra de deltagende landes ministerier og det må formodes, at disse ministerier videregiver den "officielle historie" om venteliste-problematikken - ikke mindst i kraft af deres tilknytning til de siddende regeringer og i lyset af ventelisternes ofte højtprofilerede politiske rolle. Som det fremgår nedenstående, er der dog sjældent entydig konsensus om hverken status på eller årsagerne til ventelister, hvorfor det heller ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt primært at benytte den officielle version i en analyse af venteliste-problematikken.

Hvor OECD-studiet i kraft af regressionsanalyserne og det primære data-grundlag altså tager en mere overordnet tilgang til ventelisteområdet forsøger indeværende rapport i højere grad at analysere venteliste-problematikken "nedefra" via en gennemgang af enkeltstudier om initiativer fra de 10 lande. Disse enkeltstudier omfatter både publicerede artikler og officielle statistikker såvel som såkaldt "grå litteratur". Det er hensigten, at det valgte fokus på mikro-niveauet og det forskelligartede kildemateriale skal åbne op for en mere detaljeret forståelse, der således kan supplere OECD-studiets relativt overordnede tilgang til venteliste-problematikken.

6.1 Empirisk afgrænsning

Ud af de mere end 540 referencer fra litteratursøgningen omhandlede langt størstedelen af teksterne ventelistesituationen i lande med nationale, skattefinansierede sundhedssystemer, der dækker alle indbyggerne i de pågældende lande. De fleste referencer fokuserede geografisk på et eller flere af følgende 10 lande, hvorfor gennemgangen også er afgrænset til kun at omfatte disse: Australien, Canada, Danmark, England, Finland, Holland, New Zealand, Norge, Spanien og Sverige.

Manglen på ventelisteinformation i lande med forsikringsbaserede sundhedsvæsen, herunder både de private og sociale forsikringssystemer, gør det vanskeligt at vurdere omfanget af eventuelle ventelister i lande omfattet af disse kategorier. I litteraturen eksisterer der således ofte kun sporadiske opgørelser af ventetider til behandling i de forsikringsbaserede systemer. Den offentlige debat om ventelister fylder også væsentligt mindre i disse lande, hvilket sandsynligvis skyldes en kombination af flere årsager. For det første tyder den sparsomme evidens på, at ventelisterne i forsikringssystemerne er kortere end i lande med nationale ordninger. For det andet er debatten i lande med forsikringssystemer i højere grad fokuseret på, hvad forsikringerne dækker, og de problemer personer uden forsikringsdækning støder ind i. Samtidig er ventelister i lande med forsikringsordninger ofte et anliggende mellem forsikringsselskaberne/sygekasserne og deres forsikringstagere, og ikke mellem politikerne og patienten, hvorfor ventelistedebatterne har sværere ved at blive politiseret i forsikringssystemerne. Endelig eksisterer der heller ikke nationale ventelisteopgørelser i mange af disse lande, hvilket giver relativt vanskelige vilkår for større nationale debatter om emnet.

6.2 Initiativer der bygger på en opfattelse af ventelister som resultat af en uberettiget ubalance mellem udbud og efterspørgsel

En ubalance mellem udbud og efterspørgsel kan overordnet anses som enten et midlertidigt eller et permanent problem. Når ubalancen opfattes som et midlertidigt problem, forklares den ofte ved, at behandlingssystemet i en periode har haft svært ved at følge med efterspørgslen, hvorfor der er oparbejdet en "pukkel" af ventende patienter. De (antaget) midlertidige svingninger i produktionen kan have flere årsager, som f.eks. arbejdsnedlæggelser, tidligere besparelser eller en historisk stor efterspørgsel. Når problemerne vurderes at være af mere permanent karakter opfattes ubalancen som strukturelt funderet. Initiativer rettet mod nedbringelse af oparbejdede pukler af patienter er normalt midlertidige, mens en strukturel underbudgettering vil søges løst med en mere permanent vækst i de tilgængelige ressourcer. Ventelisteinitiativer, der bygger på en opfattet ubalance, vil altså ofte være forskellige, alt efter om ubalancen vurderes at være midlertidig eller permanent. Derfor behandles de to tilgange også separat i gennemgangen.

6.2.1 Udvalgte erfaringer med midlertidige ekstrabevillinger

Den internationale litteraturgennemgang viste adskillige eksempler på initiativer, der har søgt at skabe balance mellem udbud og efterspørgsel gennem midlertidige bevillinger. Nogle af de tydeligste eksempler stammer fra henholdsvis det engelske "ventelisteinitiativ", der løb mellem 1986 og 1995, og fra den danske tremåneders ventelistegaranti der løb fra 1993 til 1995.

I England blev der i forbindelse med det såkaldte "ventelisteinitiativ" i perioden fra 1986 til 1995, bevilliget ressourcer fra en central pulje til afvikling af ventelisterne. Pengene blev bevilliget dels ift. omfanget af ventelisterne på det pågældende hospital, og dels i forhold til hospitalernes behov (2). Der blev i alt bevilliget £ 252 millioner (2). En samlet undersøgelse af 44 initiativer udgået fra disse ekstrabevillinger viste senere, at mens det nok var muligt at øge aktiviteten via de øgede ressourcer, så blev den hurtigt inødekomet af ny tilgang til ventelisterne, som i en række tilfælde faktisk oversteg de opnåede aktivitetsstigninger. Udviklingen kunne tyde på, at den øgede aktivitet har påvirket henvisningspraksis, hvilket bekræfter tendensen til, at efterspørgslen følger udbuddet. Kun seks ud af de 44 projekter formåede at nedbringe ventelisterne gennem øget aktivitet. I yderligere 11 tilfælde blev ventelisterne nedbragt, uden at aktiviteten blev øget (80).

I 1991 blev der som supplement til ovennævnte pulje indført en ventetidsmålsætning på 2 år, der senere blev sænket til 18 måneder. Samtidig blev ventelisteinitiativerne i højere grad rettet mod patienter med meget lange ventetider til behandling. Det lykkedes i vid udstrækning at opfylde målsætningen, men antallet af personer, der ventede mindre end 18 måneder, voksede dog tilsvarende i samme periode (2). I 1996 blev der gennemført en evaluering af puljens bevillinger. En af konklusionerne var bl.a., at det øgede fokus på patienter med lange ventetider havde forstyrret den kliniske prioritering, så patienter med længst ventetid ofte fik højere prioritet end patienterne med de største behov. Desuden blev det konkluderet, at de midlertidige bevillinger ikke havde forbedret effektiviteten, hvilket ellers havde været en af hensigterne bag indførelsen. Dette forhold blev begrundet med bevillingernes midlertidige karakter, der virkede hæmmende for en hensigtsmæssig planlægning af mere varige tiltag (81).

De danske erfaringer med midlertidige bevillinger støtter observationerne fra England. Det bedst dokumenterede eksempel stammer fra ovennævnte tremåneders ventetidsgaranti, der løb fra 1993 til 1995. Initiativet byggede på en aftale indgået i begyndelsen af 1993 mellem Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen samt Københavns og Frederiksberg kommuner, om at ventetiden til operationer på sygehusene skulle nedsættes til højst 3 måneder inden udgangen af 1995 (49). Det blev på den baggrund beregnet, at der eksisterede en "pukkel" af ventende patienter, der ville kræve en stigning i operationsaktiviteten på i alt 22.500 operationer over en treårig periode, hvilket ifølge planen skulle nedbringe og stabilisere ventetiderne. Antallet af nødvendige operationer blev siden revideret i 1994, hvor det blev aftalt, at der i perioden 1994-1995 skulle foretages yderligere 14.000 operationer, såfremt målsætningen skulle nås. Der blev i alt afsat omkring 1 mia. DKK til opnåelse af den ekstra aktivitet (49). Målsætningen om det øgede antal operationer blev da også mere end opfyldt i både 1993 og 1994, mens den operative aktivitet faldt væsentligt i 1995 på grund af sygeplejerskekonflik-

ten. Grundet den faldende aktivitet i 1995 lykkedes det ikke at opnå den tilsigtede aktivitetsstigning på 41.000 ekstra operationer i forhold til niveauet i 1992. Der blev dog stadig foretaget ca. 32.000 ekstra operationer i perioden sammenlignet med den ellers planlagte aktivitet. Denne stigning kunne imidlertid ikke aflæses på ventetiderne, der tværtimod fortsatte med at stige mellem 1992 og 1995. På baggrund af erfaringerne med ventetidsmålsætningen konkluderede Sundhedsministeriets ventetidsudvalg i 1997, at ventelisterne ikke alene kunne tilskrives en pukkel af ventende patienter (67). Udvalget bemærkede, at *"... for 12 af de i ventetidssammenhæng mest relevante operationer er antallet af operationer - under indlæggelse, ambulant og i speciallægepraksis - steget med ni procent i aftaleperioden. Dette har dog ikke medført en tilsvarende reduktion af ventetiden, hvor andelen, der venter mere end tre måneder på indlæggelse, tværtimod er steget fra 38 procent i 1992 til 47 procent i 1995. Operationsaktiviteten under indlæggelse er i perioden faldet for nogle af de tolv operationer og steget for andre. Der kan således ikke konstateres en entydig sammenhæng mellem stigen-de operationsaktivitet og faldende ventetider."* (67, side 8)

Erfaringerne fra både England og Danmark viser, at det er vanskeligt at producere sig ud af lange ventelister gennem midlertidige bevillinger, tilsyneladende fordi efterspørgslen har en tendens til at vokse med det øgede udbud af sygehusydelser. Ifølge den analytiske ramme kan dette forhold mellem aktivitet og ventetid forklares gennem ændringer i de praktiserende og de visiterende lægers henvisningskriterier, som følge af den øgede opmærksomhed på de pågældende ventetider og den øgede aktivitet. Dele af de observerede stigninger i efterspørgsel kan sandsynligvis også tilskrives en øget opmærksomhed i befolkningen, samt et generelt øget forventningsniveau i kraft af de ofte højt profilerede ventelisteinitiativer.

6.2.2 Udvalgte erfaringer med permanente budgetudvidelser

Erfaringerne med permanente budgetudvidelser som svar på lange ventelister er mere tvetydige end erfaringerne med midlertidige bevillinger. Der er for det første ikke lokaliseret mange referencer til permanente budgetudvidelser, der kan kædes direkte sammen med forekomsten af ventelister. Det kan skyldes, at permanente udvidelser i sagens natur efterhånden ophører med at blive opfattet som "ét initiativ", og derfor heller ikke evalueres som sådan. Derudover er der heller ikke fundet eksempler på rene, vedvarende udgiftsstigninger, der ikke er suppleret med andre ventelistetiltag, hvilket gør det yderligere kompliceret at vurdere en eventuel effekt af mere permanente tilskudsordninger. På trods af den noget uklare evidens er der dog visse tegn på, at permanente udgiftsstigninger alene ikke er nok til en permanent nedbringelse af ventelister og ventetider.

Det norske sundhedsvæsen kan nævnes som eksempel på et system, der er blevet tilført flere ressourcer over en længere periode og med henvisning

til bl.a. nedbringelse af ventelisterne. Op gennem halvfemserne øgede Norge de offentlige bevillinger til sundhedsvæsenet væsentligt og omlagde samtidig den økonomiske styring fra primært rammestyring til delvis aktivitetsbestemt finansiering. I perioden fra 1996 til 2002 steg udgifterne til de somatiske sygehuse f.eks. med 25,8 pct. (målt i faste 2002-priser) (82).²⁴ Som følge af de øgede ressourcer blev aktiviteten på sygehusene også øget gennem halvfemserne - ikke mindst efter indførelsen af den aktivitetsbestemte finansiering i 1997. Et af problemerne var dog, at langt den største vækst indledningsvist fandt sted inden for det akutte medicinske område, der oplevede en vækst på 36 pct. i antallet af indlæggelser i forhold til befolkningens størrelse. Til sammenligning steg antallet af de elektive kirurgiske indlæggelser kun med 4 pct., hvilket ikke førte til væsentlige nedbringelser i ventetiden til behandling (83). Pointen er, at det norske sundhedsvæsen ikke formåede at nedbringe ventelisterne op gennem 90'erne, på trods af de ellers betydelige udgiftsstigninger i perioden.

Siden regeringsskiftet i 1997 har England prioriteret en reduktion af ventelisterne særdeles højt, hvilket også har medført en relativt høj vækst i sundhedsudgifterne. I april 2002 blev den maksimale ventetidsmålsætning nedsat fra 18 til 15 måneder. Det er samtidig regeringens hensigt, at ventetidsmålsætningen efterhånden skal strammes, så målsætningen i år 2005 bliver på 6 måneder, mens den maksimale ventetid nedbringes til 3 måneder i 2008. Til opnåelse af disse mål blev der besluttet en gennemsnitlig årlig real vækst i udgifterne til sundhedsvæsenet på 7,4 pct. indtil finansåret 2007/2008 (84). Erfaringerne fra England viser dog, at det, på trods af det massive politiske pres, har været svært at øge den elektive kirurgiske aktivitet væsentligt. Selvom det lykkedes at øge den elektive aktivitet i 1998 med ca. 8 pct., var aktiviteten i 1999 og 2000 faktisk uændret i forhold til 1998 (2). Der er imidlertid tegn på, at antallet af ventende og ventetiderne er faldet siden 1997. I 1997 befandt der sig således 1.220.100 patienter på venteliste, mens der i juni 2003 var 999.600 ventende NHS-patienter, hvilket svarer til et samlet fald på 165.400 patienter eller 13,5 pct. Samtidig var der i juni 2003 kun registreret 34 patienter med ventetider over 12 måneder, hvilket er 20.500 færre end i juni 2002 og 30.200 færre end i 1997. Antallet af patienter, der ventede på ambulant behandling, viste også markante fald i samme opgørelse. Knap 200 patienter ventede i juni 2003 mere end 21 uger på ambulant behandling, hvilket er 29.900 færre end i juni 2002 (85).

Som med flertallet af de gennemgåede initiativer er det dog svært at vurdere, om det observerede fald i ventetiderne hovedsageligt skyldes de øgede ressourcer, eller om de også, eller måske især, skal forklares gennem andre

²⁴ Det skal hertil nævnes, at udgangspunktet ikke var specielt lavt i international sammenhæng, tværtimod. Norge har gennem længere tid været et af de lande, der bruger relativt flest ressourcer på sundhedsvæsenet.

tiltag på sundhedsområdet, som f.eks. de dele af NHS-reformerne, der sigter specifikt mod ændring af incitamenterne for opretholdelse af lange ventelister. Det er under alle omstændigheder vanskeligt at se initiativerne isoleret fra hinanden, da de ekstra ressourcer sandsynligvis har været en forudsætning for opfyldelse af ventetidsmålsætningerne, ligesom de tilknyttede incitament måske kan ses som del af forklaringen på, at de ekstra ressourcer ikke blot er blevet omsat til øget efterspørgsel og dermed på længere sigt uændrede ventelister.

I den internationale litteratur stilles der generelt spørgsmålstejn ved effekten af at øge den elektive kirurgiske aktivitet, både mht. midlertidige og mere permanente budgetudvidelser. På kort sigt kan der i nogle tilfælde konstateres en korrelation mellem øget aktivitet og kortere ventelister, men en række undersøgelser har forgæves søgt at genfinde sammenhængen på længere sigt (86;87). Erfaringer synes således at pege på, at en række andre faktorer end blot aktivitetsniveau og ressourcer spiller ind på ventelistedannelsen. Den uklare sammenhæng mellem aktivitet og ventelister taler altså imod opfattelsen af ventelister som en "pukkel" af ventende patienter (26;37;88).

Hvis der tages udgangspunkt i en given befolkning med et givent behandlingsbehov, så burde en øget aktivitet ellers teoretisk set kunne eliminere ventelisterne. Praksis tyder imidlertid på, at antagelsen om et givent behandlingsbehov ikke er holdbar, idet efterspørgslen tenderer at flytte sig i takt med aktivitetssøgninger, hvorfor en befolknings behandlingsbehov i et vidst omfang må betegnes som dynamiske. Der må i den forbindelse formodes at være en betydelig variation i efterspørgselselasticiteten mellem de forskellige behovs- og operationstyper. Selvom der stadig er uenighed om, hvor stor en betydning ventetiderne egentlig har for ændringer i efterspørgsel og henvisningsmønstre (89;90), så viser en række studier, at sundhedssystemers behandlingspraksis ofte varierer med ventetiderne, hvilket bl.a. kan forklares ved, at praktiserende og visiterende lægers henvisningsmønstre ændrer sig, når ventetiden til behandling ændres (31;37;91). Samlet set tyder erfaringerne således på, at det generelt vil være vanskeligt at producere sig ud af ventelisteproblemerne.

Merbevillinger kan imidlertid godt udgøre en forudsætning for gennemførelse af større reformer bestående af supplerende delelementer, hvormed flere virkemidler i kombination kan have en positiv effekt på ventelisterne. Det er f.eks. tvivlsomt, om implementeringen af udbredt præstationsstyring i NHS, og her især ventetidsmålsætningerne samt det udvidede frie sygehusvalg i Danmark, ville have haft samme effekt, hvis ikke begge initiativer var blevet indført i kombination med betydelige tilførsler af ekstra ressourcer.

6.3 Initiativer der bygger på en opfattelse af ventelister som resultat af for lave patientomkostninger

Fra en økonomisk teoretisk betragtning vil der fra samfundets side altid være overefterspørgsel efter gratis ydelser. Et sundhedssystem, der tilrettelægges efter at imødekomme efterspørgslen ved prisen nul, vil derfor altid være overdimensioneret, set i forhold til den nytte patienterne får ud af de givne ydelser. I det lys kan ventetiderne betragtes som en form for omkostning, som patienterne må "betale" i fraværet af en monetær prissætning af de efterspurgte sundhedsydelser. Ventetiden er altså nødvendig for at skabe en ligevægt mellem udbud og efterspørgsel. Hvis problemet ikke vurderes at ligge i udbudsniveauet, dvs. antallet og/eller typen af behandlinger, findes der grundlæggende to alternative muligheder for at skabe ligevægt gennem påvirkning af efterspørgselssiden: Brugerbetaling eller afvisning af overefterspørgslen via skærpet prioritering.

Brugerbetaling til sygehusvæsenet anvendes ikke i nævneværdigt omfang i de offentligt integrerede sundhedssystemer. Erfaringerne med brugerbetaling på sygehusydelser stammer primært fra lande med private forsikringsordninger, som f.eks. USA, hvor brugerbetaling medfører en reduceret efterspørgsel efter sygehusydelser. Der er ligeledes brugerbetaling på sygehusydelser i en række lande med social forsikring, som f.eks. Frankrig. Dog er brugerbetalingsandelen i lande med social forsikring ofte dækket af supplerende private forsikringer, hvorfor effekten må formodes at være væsentligt mindre. Fra de integrerede sundhedssystemer vides, at brugerbetaling ofte reducerer efterspørgslen på ydelser uden for sygehusvæsenet, og der er næppe tvivl om, at øget brugerbetaling på sygehusydelser også vil reducere efterspørgslen efter sygehusydelser. Litteraturgennemgangen identificerede imidlertid igen erfaringer med brugerbetaling for elektiv kirurgi i lande med ventelister til behandling. Der findes dog en række eksempler på, at ventelister er forsøgt nedbragt gennem offentlige tilskud til forsikring for mulig privat behandling (28). Effekterne af sådanne initiativer er imidlertid dårligt belyst i den gennemgåede litteratur.

Velfærdsstatslige lighedshensyn har traditionelt udelukket brugen af brugerbetaling som prioriteringsmekanisme i de integrerede sundhedssystemer. Et nærliggende alternativ er, at lade eksperter og politikere prioritere eksplicit blandt patienternes indbyrdes behov, hvilket i teorien giver en mere fair prioritering, idet patienternes relative behov dermed kommer til at spille en større rolle for bestemmelsen af den enkeltes ventetid. Eksplicit prioritering kan samtidig være med til at forbedre den allokative efficiens, hvormed sundhedsvæsenet så at sige giver mere sundhed for pengene.

Flere lande har eksperimenteret med eksplicit prioritering i forsøget på at komme ventelisteproblemer til livs, hvoraf nogle af de mest omtalte tiltag har fundet sted i New Zealand og Norge.

New Zealand har siden 1996 arbejdet med indførelse og udbyggelse af deres nu landsdækkende prioriteringssystem for elektive patienter. Systemet beror på en lang række nationale retningslinjer, der er vedtaget gennem en længere proces og med input fra såvel relevante kliniske eksperter som almindelige borgere, der er blevet inddraget ift. bestemmelse af, hvilke værdier prioriteringen skal bygge på. Systemet er opbygget som et slags point-system, hvor de patienter, der forventes at få flest fordele ved behandling samt vurderes at have det største kliniske behov, bliver tildelt flest "point" ud fra de givne retningslinjer på det pågældende område. Patienternes samlede points er derefter bestemmende for, hvilken af tre overordnede prioriteter den pågældende patient skal behandles med (92).

Patienter med de relativt største behov og den bedste mulighed for at nyde gavn af en behandling får højeste prioritet, hvilket betyder, at de enten får en fast behandlingsdato (indenfor maksimalt 6 måneder) med det samme eller gives vished om, at de vil modtage behandling indenfor 6 måneder. Derudover kan patienterne også blive sat under "aktivt opsyn", hvilket betyder, at de ikke er berettiget til behandling i nærmeste fremtid, men at de har krav på løbende vurderinger af deres tilstand samt eventuelt opfølgende behandling hos praktiserende læge. Endelig er der også patienterne i den sidste kategori, der ikke opfylder kravene til elektiv behandling og henvises tilbage til opfølgende kontrol hos praktiserende læge. Der findes to former for point-tærskler, der er afgørende for, hvilken af de tre prioriteringskategorier en given patient havner i. Den første tærskel er sat af de kliniske eksperter og afspejler deres vurdering af, hvilke indikationer der bør udløse et elektivt behandlingsforløb. Den anden tærskel er mere variabel, idet den udgøres af de enkelte sundhedsdistrikters (*District Health Boards*) finansielle råderum. Den finansielle tærskel beregnes ud fra det pågældende distrikts historiske og forventede efterspørgsel samt de tilgængelige økonomiske ressourcer (93).

Der er flere fordele ved det new zealandske prioriteringssystem, der i princippet både giver øget vished for patienterne i kraft af de tre behandlingskategorier, større national lighed i adgangen til behandling i kraft af de nationale retningslinjer, bedre allokativ efficiens i kraft af den eksplicite inddragelse af behov/mulighed for at drage nytte af behandlingen samt en bedre indsigt i befolkningens reelle behandlingsbehov. Endelig er prioriteringssystemet også med til at tydeliggøre sammenhængen mellem økonomiske ressourcer og behandlingskapacitet, fordi fastsættelsen af de finansielle kategori-tærskler er direkte afledt af det økonomiske råderum i hvert enkelt sundhedsdistrikt.

Det new zealandske prioriteringssystem er yderligere interessant, fordi det gennem de sidste par år er blevet suppleret og forbundet med et udbredt præstationsmålingssystem på ventetidsområdet. Hver måned bliver samtlige

21 sundhedsdistrikter målt ift. 8 indikatorer²⁵ (*Elective Services Performance Indicators*), der giver et billede af, om det enkelte distrikt lever op til regeringens målsætninger på det elektive område. Resultaterne offentliggøres på internettet, så offentligheden og de folkevalgte politikere, der styrer sundhedsdistrikterne, kan følge udviklingen (94;95).

Ventelistestatistikkerne peger på, at den new zealandske tilgang til venteliste-problemerne har formået at nedbringe ventetiderne til elektiv behandling. Det er svært at sige, om udviklingen hovedsageligt skyldes systemets evne til at afvise marginale patienter eller om de øgede ressourcer til elektiv behandling og indførelsen af præstationsmålinger på ventetidsområdet også har haft en betydning. I hvert fald synes tendensen at være ganske tydelig, idet antallet af patienter med ventetider over henholdsvis 6 måneder og 2 år faldt betragteligt i forbindelse med implementeringen af regeringens venteliste-strategi i 2000 (se f.eks. figur B-10 i bilag 1). Ifølge figur B-11 i bilag 1 er det samlede antal patienter på venteliste ikke faldet betydeligt, men i kraft af den øgede brug af prioriteringskategorierne, har flere af disse patienter til gengæld fået klar besked om, hvad de kan forvente af hjælp og indenfor hvilken tidsramme.

I Norge begyndte man allerede at diskutere eksplicit prioritering i slutningen af 80'erne, hvor et større offentligt finansieret udredningsarbejde barslede med en rapport om emnet (96). I 1990 gennemførte den norske regering en seksmåneders ventelistegaranti, der byggede på eksplicit prioritering af patienterne. Initiativet byggede på 5 prioriteringskategorier, hvor den første kategori var forbeholdt akutte patienter, og den sidste kategori de patienter, der var vurderet til at have det mindste behandlingsbehov. I de tilfælde, hvor udeladelse af behandling derimod blev vurderet til at kunne få katastrofale eller meget alvorlige konsekvenser på længere sigt (for enkeltpatienter, patientgrupper eller samfundet som helhed), blev patienterne placeret i kategori 2, hvilket udløste en "garanti" for behandling indenfor 6 måneder. Hvis det lokale hospital ikke kunne leve op til ventetidsgarantien var det ansvarlige fylke forpligtet til at finde alternativ behandling på et andet offentligt hospital. Effekterne af ventetidsgarantien var dog ikke imponerende. De første data om ventelistegarantien stammer fra slutningen af 1993, hvor 76.077 patienter blev placeret i kategori 2, hvilket berettigede til behandling indenfor 6 måneder. Opgørelsen fortæller samtidig om 2.917 garantibrud, hvilket svarer til 3,8 pct. af garantibehandlingerne. I de følgende år skete der en markant stigning i både antallet af garantipatienter og i antallet af garantibrud. I

²⁵ De otte indikatorer omfatter bl.a. om patienterne får rettidig og korrekt besked om ventetider, om afdelingerne lever op til de maksimale ventetider for forundersøgelse hos specialist (6 mdr.) og for behandling (6 mdr.), om patienterne under aktivt opsyn blev genundersøgt mindst hver 6. måned og om hospitalerne rent faktisk gør brug af de vedtagne prioriteringskriterier i dagligdagen (94).

midten af 1997 var der således 103.940 opskrevne patienter med ventelistegaranti, mens andelen af garantibrud var steget til 15,4 pct. af de samlede garantibehandlinger (49).

Resultaterne peger på, at ventetidsgarantien efterhånden blev udhulet i kraft af såvel ændringer i prioriteringen (målt på antallet af tildelte garantier) som en stigning i antallet af garantibrud. Det stigende antal garantibrud blev forklaret med, at det simpelthen ikke var muligt at henvise til andre offentlige hospitaler, når de alle døjede med lange ventelister og ventetider. Ventelistegarantien indeholdt ingen automatiske sanktionsmuligheder, eftersom garantien ikke var juridisk bindende. Samtidig viste der sig at være store variationer fra fylke til fylke, i forhold til hvilke patienter der blev placeret i hvilke prioriteringskategorier, og dermed hvor mange der blev tildelt en ventetidsgaranti (83). Erfaringerne peger således på, at det er vanskeligt at udarbejde stringente prioriteringsmodeller, der også kan efterleves i praksis. De norske erfaringer tyder samtidig på, at mens prioriteringen måske nok formåede at prioritere *blandt* patienternes behov, så formåede den ikke for alvor at afvise patienter med marginale behov, hvorfor effekten på ventetiderne også var begrænset. I et forsøg på at imødekomme problemerne blev den norske ventetidsgaranti indskærpet i 1997. Ventelisterne forblev dog uacceptabelt lange, og i 2001 blev garantiordningen afskaffet.

Erfaringerne fra New Zealand viser, at det i nogle tilfælde er muligt at nedbringe ventelisterne og ventetiderne via påvirkning af efterspørgselssiden. Den eksplicitte prioritering har formelt fungeret siden 1996, men opgørelserne tyder på, at der først har været succes med nedbringelse af ventetiderne gennem de sidste par år, hvilket dog også kunne hænge sammen med indførelsen af øgede præstationsmålinger og flere ressourcer. Under alle omstændigheder har den eksplicitte prioritering i New Zealand været med til at klargøre forholdet mellem ressourcer og ydelser for både befolkningen, beslutningstagerne og de ansatte i sundhedsvæsenet. De norske erfaringer med prioritering har været mindre succesfulde, i hvert fald ift. nedbringelse af ventetiderne og indfrielse af ventetidsgarantien. Erfaringerne fra Norge viser, hvor vanskeligt det kan være at implementere store nationale prioriteringsprojekter på ensartet vis i de udførende niveauer.

6.4 Initiativer der bygger på en opfattelse af ventelister som resultat af uhensigtsmæssige incitamenter indbygget i de offentligt drevne sundhedsvæsen

Ifølge denne opfattelse skal baggrunden for uhensigtsmæssigt lange ventelister hverken findes i et utilstrækkeligt udbudsniveau eller i en overdimensioneret efterspørgsel, som følge af gratis adgang til sundhedsydelser i de integrerede sundhedsvæsen. I stedet søges forklaringen i uhensigtsmæssige incitamenter, der fremmer opretholdelsen af uhensigtsmæssigt lange ventelister. Ventelisterne kan således ses som et pressionsmiddel i kampen

om flere ressourcer eller som tegn på klinisk dygtighed. Mange reformer indeholder tiltag, der søger at ændre incitamenterne for opretholdelsen af lange ventelister. De mest anvendte reformer i den gennemgåede litteratur, omfatter etablering af interne markeder samt introduktion af diverse fritvalgsordninger, ofte kombineret med en form for ventelistegaranti, hvor patienterne selv kan vælge et andet sygehus med kortere ventetid, hvis der ikke kan tilbydes behandling indenfor en given tidsfrist. Derudover er der også lokaliseret enkelte initiativer, der eksplicit forbinder hospitalernes finansiering til forudbestemte ventetidsmålsætninger, hvormed de økonomiske incitamenter for opretholdelse af lange ventelister forsvinder. Endelig er der også eksempler på brug af mere hierarkisk baserede virkemidler rettet mod hospitalsledelserne.

6.4.1 Interne markeder

Princippet bag oprettelsen af interne markeder er som oftest, at den praktiserende læge (eller en form for sammenslutning), på patientens vegne, skal handle med de sygehuse, der tilbyder den bedste løsning. Sådanne reformer kan bl.a. ses som et forsøg på at underminere muligheden for kunstig opretholdelse af lange ventelister, da patienterne, med hjælp fra de praktiserende læger, antages at søge til de sygehuse, der kan præstere den korteste ventetid. De interne markeder, hvor sygehuse i princippet konkurrerer om de praktiserende lægers gunst, er mest kendt fra England, hvor man fra begyndelsen af 90'erne og til 1997 forsøgte at indføre et internt marked. Tanken bag indførelsen af de interne markeder var, at konkurrencen ville tvinge sygehuse til at være mere effektive og tilbyde de mest attraktive behandlingsløsninger, hvilket ville betyde lavere ventetider til behandling. Overordnet set fik de interne markeder imidlertid aldrig den tiltænkte betydning. En senere evaluering fandt det umuligt at vurdere, hvilken effekt de interne markeder egentlig har haft på ventelisterne (97), men udviklingen i de engelske ventelister i perioden tyder på, at reformen havde meget begrænset indvirkning på ventelisterne (2). Den oplagte forklaring på de manglende resultater på ventelisterne er, at de praktiserende læger ikke i væsentligt omfang gjorde brug af muligheden for at flytte efterspørgslen mellem sygehuse, hvilket ellers var det grundlæggende element bag ideen.

6.4.2 Frit sygehusvalg og diverse garantiordninger

Fritvalgsordninger og ordninger hvor amtet/hospitalet skal anviser behandling ved ventetider der overstiger en given målsætning, ligger sådan set i tråd med interne markeder, idet de placerer hospitalerne i en konkurrencesituation, hvor ventetiderne (ifølge hensigterne) skal udgøre et af de væsentligste konkurrenceparametre. I manglen på entydige og nemt forståelige kvalitetsparametre vil hospitalerne i mange tilfælde hovedsageligt kunne konkurrere på ventetiderne ift. tiltrækningen/fastholdelsen af fritvalgspatienter. I den grad patienterne/den ansvarlige administrative enhed gør brug af deres frie valg og fravælger hospitaler med lange ventelister, vil der således opstå et

pres for udligning af ventetiderne. Hospitalerne får dermed styrkede incitamenter til at mindske ventetiderne til behandling.

Et af de klareste resultater i litteraturgennemgangen angående fritvalgs- og garantiordninger kommer fra Sverige, hvor man i 1991 indførte en ventetidsgaranti på 3 måneder for 12 forskellige behandlinger. Hvis hospitalet med det primære ansvar for patienten ikke kunne tilbyde behandling inden for den garanterede ventetid, havde patienten ret til at blive behandlet på et andet hospital eller på en privat klinik på hjemhospitalets regning. Effekterne af reformen var indledningsvis meget tydelige. Før reformen ventede 50 pct. af patienterne mere end 3 måneder på behandling, hvilket året efter reformens ikrafttrædelse var nedbragt til kun 6 pct. Det viste sig dog efterfølgende, at patienterne ikke benyttede sig af det frie valg i den udstrækning det var tiltænkt, hvorfor presset på sygehusene og dermed ventelisterne også blev mindsket (98). I 1995 var ventetiden til behandling højere end før reformen blev gennemført, og i 1996 blev ordningen afskaffet.

I Danmark har der i princippet været frit sygehusvalg siden 1993. De første mange år var det imidlertid forholdsvis vanskeligt at bruge det frie valg i praksis, hvorfor det oprindeligt også kun var et fåtal af patienter, der benyttede sig af muligheden. Det er svært at vurdere, om det frie sygehusvalg i den meget lange indkøringsperiode har haft nogen reel effekt på ventetiden til behandling. Til gengæld satte indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i juli 2002 for alvor gang i patienternes benyttelse af det frie valg. Ifølge ovennævnte undersøgelse fra Amtsrådsforeningen et al gør ca. halvdelen af ventelistepatienterne, med udsigt til mere end 2 måneders ventetid til behandling på offentlige sygehuse, brug af det udvidede frie sygehusvalg. Mellem 1. juli 2002 og 31. december 2003 gjorde i alt ca. 26.000 patienter brug af ordningen, hvilket repræsenterer en samlet omsætning på ca. 380 mio. kr. (73).

Der er endnu ikke foretaget nogen formel evaluering af det udvidede frie sygehusvalgs samlede effekt på ventelisterne, men der er tegn på, at i hvert fald nogle af ventetiderne er faldet, siden indførelsen af de nye tiltag (38;39;74). Det er imidlertid uklart, om disse fald primært bør tilskrives den øgede aktivitet som følge af de betydelige merbevillinger, eller om de skyldes indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Det er samtidig uklart, i hvilket omfang den stigende aktivitet og de faldende ventelister har medført flere henvisninger fra de praktiserende læger, hvorfor det heller ikke er muligt at vurdere, om initiativerne vil have en blivende effekt.

Erfaringerne med såvel interne markeder som fritvalgs- og garantiordninger viser, at det i praksis har været vanskeligt at tvinge ventelisterne og ventetiderne ned gennem øget konkurrence mellem de offentlige sygehuse. I England kom køber-sælger modellen og det interne marked aldrig til at spille

den tiltænkte rolle, hvorfor hospitalernes grundlæggende incitamentsstrukturer mht. opretholdelse af ventelister heller ikke blev påvirket i betydeligt omfang. I Sverige havde tremåneders garantiordningen indledningsvis en målbar effekt, der dog forsvandt over tid, eftersom der ikke var nogen sanktioner ved garantibrud, og eftersom der ofte ikke var alternative hospitaler med lavere ventetider at henvise til. I Danmark har det udvidede frie sygehusvalg sat skub i brugen af det frie valg, der nu udnyttes af ca. halvdelen af de garantiberettigede patienter. Samtidig er ventetider og ventelister tilsyneladende faldet for nogle behandlingstyper. Fordi det udvidede frie sygehusvalg blev iværksat samtidig med merbevillingerne i meraktivetetspuljen, er det vanskeligt at sige, præcist hvilken rolle det udvidede frie sygehusvalg har spillet for de observerede fald i ventetiderne. Der er dog næppe tvivl om, at ordningen har lagt et pres på sygehusene, for at holde ventetiderne under de to måneder, der udløser det udvidede frie sygehusvalg.

6.4.3 Finansiering i forhold til opnåelse af specifikke ventelistemålsætninger

En af de mest omtalte omlægninger af incitamentsstrukturen, der er identificeret i litteraturstudiet, stammer fra den australske delstat Victoria. I starten af 90'erne havde sundhedsvæsenet i Victoria gennem en længere periode haft problemer med stabilt lange ventelister (28). Derfor indførte Victoria i 1993 et nyt venteliste- og finansieringssystem, der skulle gøre op med sygehusenes incitamenter til at opretholde lange ventelister. Det skulle nu gøres fordelagtigt for sygehusene at have korte ventelister. Som led i et større ventelisteinitiativ blev patienterne derfor inddelt i tre kategorier, alt efter hvor akut lægerne vurderede det pågældende behandlingsbehov. Samtidig blev der i juli 1993 indført delvis DRG-finansiering, idet 50 pct. af sygehusenes finansiering blev gjort aktivitetsbaseret. Udover DRG-midlerne blev der afsat midler i en meraktivetetspulje, som kunne finansiere en aktivitetsstigning på maksimalt 7 pct. Sygehusene kunne imidlertid kun modtage midler fra meraktivetetspuljen, såfremt det pågældende sygehus ikke havde nogle patienter i den meste akutte kategori 1, der ventede mere end de anbefalede 30 dage på behandling. Fra den 1. april 1994 blev dette kriterium udstrakt til også at gælde for kategori 2 patienter, der ventede mere end 90 dage på behandling (28). De nye finansieringsregler gav sygehusene et ekstra incitament til at kanalisere aktiviteten i retning af ventelistepatienterne, og især i retning af ventelistepatienterne i kategori 1 der havde de klinisk vurderede største behov.

Effekterne af Victorias finansieringsreform var ganske tydelige. Kategori 1 patienter med en ventetid på mere end 30 dage forsvandt fra ventelisterne, mens der skete et væsentligt fald i antallet af kategori 2 patienter, der ventede mere end 90 dage. Samtidig forblev antallet af kategori 3 patienter omtrent på det oprindelige niveau, hvilket kunne tyde på, at patienterne ikke blot blev nedprioriteret til de underliggende kategorier (28). Initiativet har i

øvrigt vist sig bæredygtigt, idet det stadig fungerer i Victoria (og i flere andre australske delstater). Der er dog blevet påvist betydelig variation i appliceringen af de tre ventelistekategorier. Ved et hospital blev mere end 20 pct. af patienterne på venteliste til en ny hofte f.eks. placeret i kategori 1, mens flere andre hospitaler overhovedet ikke placerede nogle hoftepatienter i den mest akutte kategori 1 (99). Erfaringerne bekræfter ovennævnte vanskeligheder forbundet med ensartet applicering af eksplicitte prioriteringstiltag. Ordningen i Victoria sikrer dog stadig hurtigst hjælp til patienterne med de største behov, idet mere end 99 pct. af patienterne i kategori 1 fortsat bliver behandlet indenfor 30 dage (100).

I det spanske INSALUD, der på daværende tidspunkt var ansvarlig for sundhedsydelser til ca. 40 pct. af Spaniens befolkning, gennemførtes fra 1996-2000 et ventelisteinitiativ med paralleller til det australske initiativ. Initiativet bestod af flere forskellige virkemidler, men forsøgte bl.a. at binde ekstrabevillinger direkte til nedbringelse af ventelister og ventetider. Den grundlæggende tilgang gik ud på, at myndighederne beregnede den samlede offentlige kapacitet, og sammenlignede denne med det behandlingsbehov der ville kræves, for at systemet kunne nå de vedtagne ventetidsmålsætninger. Der blev derefter allokateret midler i forhold til det beregnede behandlingsbehov, dvs. i forhold til typen og antallet af nødvendige behandlinger. De offentlige hospitaler kunne kun få adgang til disse ekstra, øremærkede midler, hvis/når hospitalerne kunne dokumentere, at deres faciliteter allerede blev udnyttet på effektiv vis, hvilket betød, at 75 pct. af formiddagskapaciteten blev udnyttet. De behandlinger, der ikke kunne klares i offentligt regi via overarbejde, blev foretaget på private sygehuse. Det specielle ved det spanske INSALUD-ventelisteinitiativ er imidlertid, at adgang til de ekstra midler fra og med 1998 var betinget af, at hospitalerne levede op til ventelistemålsætningerne. Hospitalerne ville således miste en andel af deres ekstrabevillinger, hvis de ikke levede op til målsætningerne og jo mere de ramte ved siden af, jo flere midler gik de glip af. I 1996 var målsætningen en fjernelse af patienter med ventetider på mere end et år, mens målsætningen i 1997 var, at den gennemsnitlige ventetid skulle under 100 dage, og at den maksimale ventetid ikke oversteg 9 måneder. Målsætningen for de maksimale ventetider blev i 1998 sat til 6 måneder, hvilket også var gældende for 1999 og 2000. Målsætningerne for de gennemsnitlige ventetider blev yderligere skærpet, så de i 1998 var på 80 dage, i 1999 på 60 dage og i 2000 på 60 dage (4).

Udover de generelle tilskudsordninger til hele hospitaler muliggjorde de spanske INSALUD ventelisteinitiativer også personlige incitamenter til nedbringelse af ventetiderne til sygehusbehandling. Hvis sygehusledelserne levede op til målsætningerne modtog de således en årlig bonus på mellem 4.357 og 7.513 Euro, afhængig af hospitalets størrelse og specialiseringsgrad. Lægerne og andre faggrupper kunne også tildeles ekstra bonus, såfremt deres afdeling opnåede forudbestemte målsætninger. Disse mål-

sætninger blev aftalt på de enkelte sygehuse mellem ledelserne og de ansattes faglige repræsentanter. Den maksimale bonus for de ansatte kunne i 1999/2000 udgøre 6 pct. af lønnen for lægerne (1803 Euro), 4 pct. for sygeplejersker (649 Euro) til 2 pct. af lønnen for andet personale, såsom assistenter, sekretærer og portører (252 Euro) (4).

Det viste sig hurtigt, at INSALUDs initiativer tilsyneladende havde en positiv effekt på ventelisterne og ventetiderne til behandling. Allerede i december 1996 var antallet af patienter med ventetider over 12 måneder faldet fra 21.525 til 2.624 patienter. Ved hjælp af de nye tiltag var det lykkedes at øge antallet af elektive, kirurgiske behandlinger med 7,1 pct. i forhold til de tilsvarende tal fra 1995. Samtidig var det samlede antal patienter på venteliste faldet og den gennemsnitlige ventetid nedbragt fra 210 dage til 135 dage (4). Resultaterne fra 1997 var ligeledes særdeles positive. I slutningen af året var antallet af patienter, med ventetider på mere end 9 måneder, således blevet reduceret fra 19.052 patienter til kun 876 patienter, og den gennemsnitlige ventetid faldt i samme periode fra 135 dage til 98 dage. Det samlede antal patienter på ventelisterne faldt fra 165.735 i december 1996 til 148.247 i december 1997 (4). Sidst i 1998 var det yderligere lykkedes at reducere antallet af patienter med ventetider på mere end 6 måneder, idet antallet faldt fra 24.993 til 530 patienter. De gennemsnitlige ventetider faldt samtidig fra 98 dage til 66 dage, mens det samlede antal ventende patienter faldt fra 148.247 i december 1997 til 132.221 i december 1998. I slutningen af 1999 var antallet af langtidsventende patienter (over 6 måneder) yderligere reduceret til 513 patienter og den gennemsnitlige ventetid til 62 dage.

I december 2000 var antallet af langtidsventende steget til 2.826 patienter, den gennemsnitlige ventetid til 67 dage og det samlede antal ventende til 158.228 patienter. Stigningerne tilskrives øget efterspørgsel på ambulant behandling som følge af ventelisteinitiativerne samt et øget fokus på voksende udbud af hjerteoperationer, der var med til trække ressourcer fra andre områder (4).

6.4.4 Hierarkisk baserede ændringer af incitamentsstrukturen rettet mod sygehusledelserne

Mens ændringerne af incitamenterne for opretholdelse af lange ventelister i Victoria og Spanien har bundet opnåelse af ventelistemålsætningerne til den overordnede finansiering på sygehus- og afdelingsniveau, så har de nylige reformer af NHS også knyttet målsætningerne specifikt til sygehusledelsernes hierarkiske incitamentsstrukturer. Det betyder, at ledelsen af NHS-trusts der kun modtager én eller nul stjerne ud af tre mulige i det såkaldte *star rating* præstationsmålingssystem og ikke formår at vende udviklingen, risikerer at få inddraget driftsmæssige frihedsgrader samt at blive sat under skærpet administration fra centralt hold. Såfremt situationen fortsætter, kan ledelsen i sidste konsekvens risikere afskedigelse.

Bedømmelsen af de engelske NHS-trusts foretages på baggrund af en række indikatorer, der kan opdeles i tre kategorier (3;101;102):

- 1) Et begrænset antal hovedmål der er direkte afledt af regeringens overordnede sundhedspolitiske prioriteringer og målsætninger.
- 2) Et større og bredere favnende antal supplerende indikatorer udviklet i samarbejde med det engelske sundhedsministerium og andre relevante sundhedsmyndigheder.
- 3) Såkaldte *clinical governance* undersøgelser, der indgår i *star rating* bedømmelserne, hvis der er tvivl om, hvorvidt en *trust* skal tildeles henholdsvis nul/én stjerne eller to/tre stjerner.

Ventetidernes politisk fremtrædende rolle understreges af, at hele fem af de ni hovedmål i præstationsmålingerne for akutte trusts i 2003 blev udgjort af ventetidsmålsætninger. Såfremt en *trust* ligger langt fra opnåelse af tre af hovedmålene, men i øvrigt opfylder resten, så tildeles den nul stjerner (102). Derfor er ventetidsmålene særdeles centrale for opnåelse af gode vurderinger i *star rating* systemet. De fem ventetidsmål bestod i 2003 af: 1) Antallet af akutte patienter der venter mere end 12 timer på indlæggelse, efter de var blevet henvist fra skadestue, 2) antallet af patienter der ventede længere på behandling end normeret, hvilket i 2003 ville sige 12 måneder, 3) antallet af ambulante patienter der ventede længere end normeret, hvilket i 2003 ville sige 21 uger, 4) andelen af patienter der ventede mindre end fire timer på skadestuen fra ankomst til indlæggelse, overførsel eller udskrivelse og 5) andelen af patienter hvor henvisende læge har mistanke om kræft der ventede i 2 uger eller mindre på forundersøgelse hos specialist (101;102).

De engelske *trusts* motiveres som nævnt til at opfylde kriterierne, og dermed forbedre deres stjerne-status via såvel de tilknyttede økonomiske- som hierarkiske incitamenter. *Trusts* med tre stjerner opnår øget autonomi i ledelses- og driftsspørgsmål og får adgang til midler fra en særlig "præstationsfond", der i 2003/2004 indeholder £ 500 mio. Samtidig bliver der fremover øget mulighed for økonomisk belønning af enkelte afdelinger, der gør en ekstra indsats for reducere ventetiderne (3). Omvendt mister *trusts* med en eller nul stjerne ledelsesmæssige frihedsgrader, og risikerer at bliver sat under skærpet administration samt i sidste ende overtaget af mere succesfulde *trusts* (3).

Som tidligere nævnt har Labour-regeringens bestræbelser gennem de sidste par år tilsyneladende haft succes med at nedbringe ventelisterne. Da det er vanskeligt at adskille de enkelte elementer i den omfattende sundhedsreform fra hinanden, er det imidlertid ikke muligt at konkludere, hvilke af elementerne der primært har forårsaget den observerede udvikling. Samtidig er det vigtigt at nævne, at de forholdsvis markante incitamenter der er indbygget i den engelske sundhedsreform, tilsyneladende også har medført utilsig-

tede, negative konsekvenser, der i flere tilfælde har berørt kvaliteten i de leverede ydelser (se bilag 1 for mere om de utilsigtede konsekvenser).

Erfaringerne fra Victoria i Australien, INSALUD i Spanien og fra det engelske NHS kunne tyde på, at systemet rent faktisk kan påvirke ventelisterne og ventetiderne gennem påvirkning af sygehusenes incitamenter for opretholdelse af uhensigtsmæssigt lange ventelister. Alle tre steder har de formået at nedbringe antallet af patienter på venteliste samt gjort betydelige indhug i antallet af patienter med lange ventetider, hvilket i øvrigt defineres forskelligt i de tre systemer. Litteratursøgningen fandt ingen undersøgelser af eventuelle utilsigtede konsekvenser som følge af ventelisteinterventionerne. Erfaringerne fra NHS viser imidlertid, at *star rating* systemet har haft betydelige, negative utilsigtede konsekvenser, hvilket bør inddrages i den samlede vurdering²⁶ – særligt ift. initiativer der introducerer betydelige incitamenter for opnåelse af specifikke målsætninger. Jo større betydning sundhedsvæsenets aktører tillægger incitamenterne (finansielle såvel som hierarkiske), jo mere vægt vil der også blive lagt på opfyldelse af kravene i tiltagene. De specifikke og nødvendigvis målbare krav/indikatorer risikerer dermed at trække opmærksomhed fra andre og overordnet set vigtigere opgaver, hvilket kan føre til utilsigtede, negative konsekvenser. Der er generelt behov for mere forskning om utilsigtede konsekvenser af ventelisteinitiativer.

6.5 Opsummering

Samlet set må erfaringerne med initiativer til nedbringelse af ventelister vurderes som relativt nedslående, og de internationale erfaringer giver ingen klare løsninger på, hvordan ventetiden til elektiv behandling nedbringes mest effektivt.

Selvom ventetiden på kort sigt kan nedbringes gennem midlertidige og mere permanente merbevillinger, så viser empirien på området en klar tendens til, at ventelisterne og ventetiden efter en periode igen stiger tilbage til udgangspunktet. Således viser erfaringerne fra flere lande, at mens man i nogle tilfælde kan konstatere en nedgang i ventetiden til behandling umiddelbart efter igangsættelsen af øget behandlingsaktivitet, så kan der på længere sigt ikke konstateres nogen reel reduktion i ventetiden til behandling. Teorien om ventelister som en pukkel af ventende patienter, der kan fjernes gennem en midlertidigt øget behandlingsaktivitet, kan altså ikke understøttes af de internationale erfaringer med ventelisteinitiativer. I en række tilfælde kan det endda påvises, at ventetiderne er steget i forhold til perioden forud for de pågældende ventelisteprojekter. Det skyldes, at såvel systemet som patienterne tilsyneladende tilpasser sig det nye behandlingsudbud, formentlig

²⁶ For en gennemgang af de væsentligste af de negative utilsigtede konsekvenser, som er observeret i kølvandet af *star rating* systemet, henvises til Kjellberg og Sørensen (2003) (102)

hovedsageligt gennem ændringer i henvisningskriterierne hos praktiserende og visiterende læger. Derfor kan efterspørgslen efter elektiv behandling til dels betegnes som en dynamisk størrelse.

De gennemgåede efterspørgselsorienterede initiativer har imidlertid heller ikke formået at nedbringe ventelisterne. Der kunne ikke lokaliseres nogen erfaringer med brugerbetaling for elektiv behandling i de offentlige integrerede sundhedssystemer, hvorfor det heller ikke er muligt at konkludere på deres eventuelle effekt på ventelisterne. Erfaringerne fra forsikringsbaserede sundhedssystemer og fra andre serviceområder tyder dog på, at brugerbetaling generelt har en dæmpende effekt på efterspørgslen og dermed sandsynligvis også på ventelistedannelsen. Indførelsen af øget brugerbetaling strider dog mod det nuværende sundhedsvæsens grundlæggende værdier, hvorfor forslaget heller ikke har spillet nogen betydende rolle i debatten om mulige løsninger af venteliste-problematikken. Eksplicit prioritering af patienterne i forhold til ekspertkriterier kunne udgøre en alternativ løsning på problemerne med den dynamiske efterspørgsel. Eksplicit prioritering ville således i teorien muliggøre en approksimering af, hvor megen aktivitet/skærpelse af henvisningskriterierne der ville kræves, for at opnå en given nedbringelse af ventelisterne. De gennemgåede erfaringer med eksplicit prioritering viser dog heller ikke her nogen ubetingede succeser, eftersom ensartet implementering af sådanne tiltag har vist sig særdeles vanskelig i praksis. Samtidig har den skærpede prioritering ikke for alvor formået at begrænse efterspørgslen gennem afvisning af potentielt marginale patienter. Mens tiltagene måske har medført en mere rimelig fordeling mellem patienterne, har de i flere tilfælde derfor heller ikke haft nogen betydelig effekt på de samlede ventelister. New Zealand synes her at være en undtagelse, idet ventetiderne tilsyneladende er faldet i takt med en ambitiøs og vedvarende satsning på et prioriteringssystem, der formelt har fungeret siden 1996.

Der er ligeledes blandede erfaringer med de ventelisteinterventioner, der retter sig mod incitamenterne for opretholdelse af ventelister. Ifølge de gennemgåede erfaringer synes oprettelsen af interne markeder således ikke at udgøre løsningen på lange ventetider. Fritvalgs- og diverse garantiordninger kan have en effekt på ventelisterne, såfremt de bruges i et sådant omfang, at de lægger et reelt pres på hospitalerne. Der er dog også flere eksempler på, at sådanne initiativer ikke har ført til nævneværdige ændringer af ventelistesituationen. De umiddelbart største effekter synes at komme fra de initiativer, der på forskellig vis har været i stand til at påvirke specifikt i forhold til incitamenterne for opretholdelse af ventelisterne. Ved at knytte merbevillinger direkte til ventetiderne lykkedes det f.eks. i Victoria i Australien og i INSALUD i Spanien at nedbringe antallet af patienter, der ventede længe på behandling. På samme måde kan de seneste effekter af de engelske ventelisteinitiativer til dels tilskrives det pres, der i forbindelse med de betydelige

reformer af det engelske sundhedsvæsen er blevet lagt på sygehusene, og her især sygehusledelserne for at reducere ventelisterne. Gennem indførelse af udbredt præstationsstyring er sygehusledelsernes incitamentsstrukturer på flere måde blevet knyttet direkte til overholdelse af ventetidsmålsætningerne, hvilket har medvirket til faldende ventetider. Samtidig er der dog også fundet talrige eksempler på betydelige utilsigtede konsekvenser, når systemerne reagerer uhensigtsmæssigt på de pålagte pres. De klareste eksempler stammer her fra England, hvor sygehusene bl.a. begyndte at manipulere med ventelistestatistikkerne for at overholde ventetidsmålsætninger. Andre former for modarbejdelse af systemet kan bl.a. være undladelse af informering om mulighederne for brug af behandlingsgaranti og frit sygehusvalg.

Den primære praksiskonklusion fra litteraturgennemgangen er, at det på sigt vil være vanskeligt at producere sig ud af lange ventelister, i hvert fald så længe aktivitetsforøgelse ikke knyttes til ændringer i incitamentsstrukturerne på udbudssiden og/eller til skærpet prioritering på efterspørgselssiden. Ingen af de to alternativer synes dog at være den perfekte løsning på lange ventelister. Problemet med ambitiøse, nationalt anlagte prioriteringstiltag kan således være, at de i praksis er meget svære at implementere, mens der i forbindelse med tiltag rettet mod ændrede incitamentsstrukturer ofte meldes om betydelige, negative utilsigtede konsekvenser.

7 Diskussion og perspektivering: Hvorfor er ventelister så svære at afskaffe, og hvad kan vi gøre ved dem?

Efter at have gennemgået de internationale erfaringer med forskellige ventelisteinitiativer er der ingen tvivl om, at ventelisterne er særdeles svære at afskaffe, hvorfor de også har spillet en fremtrædende og tilbagevendende rolle i sundhedsdebatterne i de fleste af de gennemgåede lande. Både den analytiske ramme i kapitel 3 og den empiriske gennemgang i kapitel 6 gennemgår nogle af de specifikke, bagvedliggende årsager til de besværlige ventelister. I dette afsnit vil vi forsøge at samle nogle af trådende, og diskutere et par af de væsentligste årsager fra et mere overordnet perspektiv.

7.1 Behovsdefinitionen

Der er flere overordnede grunde til, at det i praksis har vist sig særdeles vanskeligt at nedbringe ventelisterne i samtlige de gennemgåede sundhedssystemer. Den første centrale årsag ligger i den komplekse dannelse af de behandlingsbehov, der via de praktiserende og visiterende læger materialiseres i elektive behandlingsforløb. Den traditionelle opfattelse er her, at de fleste patienter opsøger, diagnosticeres, henvises og behandles på baggrund af de samme objektive behandlingskriterier over alt. I praksis er det imidlertid en hel række faktorer på flere niveauer, der er afgørende for, hvad og hvordan der vurderes at være et legitimt behov for offentligt betalt elektiv behandling. For eksempel har gentagne studier vist, at de praktiserende lægers henvisningsmønstre til en vis grad afhænger af deres opfattelse af ventelistesituationen på de tilknyttede sygehuse. På samme måde spiller befolkningens forventningsniveau til lægevidenskabens muligheder på forskellige områder formentlig også en betydelig rolle for, hvor mange der rent faktisk søger behandling for specifikke lidelser. Samtidig er de anvendte behandlingsteknikker i konstant udvikling, hvilket yderligere er med til at flytte på indikationsgrænserne for elektiv behandling.

Pointen er, at behovet for elektiv behandling og dermed efterspørgslen ikke udgør en konstant størrelse, som man uden videre kan sigte efter via forskellige ventelistetiltag. Tværtimod er der tegn på, at den ekstra behandlingsskapacitet og opmærksomhed, der følger med de ofte højt profilerede tiltag, kan være med til at stimulere en øget efterspørgsel, så tiltagene virker stik imod hensigten om nedbringelse af ventelisterne. De beskrevne sammenhænge betyder således også, at den voksende efterspørgsel med fordel kan tages i betragtning, inden der sættes ventelisteinitiativer i gang. Centrale spørgsmål vil i den forbindelse være, om det nuværende behand-

lingsniveau allerede ligger på et rimeligt niveau i forhold til gevinsterne ved behandling, og i forhold til niveauerne i andre lande vi normalt sammenligner os med. Samtidig kan det i forhold til efterspørgselsreaktionerne også være relevant at spørge, om gevinsterne ved og behovet for øget behandlingsaktivitet eventuelt ville være større indenfor andre diagnoser.

7.2 Systemperspektivet

De generelt dårlige resultater fra de gennemgåede ventelisteinitiativer skal endvidere ses i relation til ventelisternes position som del af et større, sammenhængende sundhedssystem. Ventelister bør ikke ses som et isoleret problem, men snarere som en integreret del af hele den elektive behandlingsproces, der igen er resultat af samspillet mellem mange forskellige faggrupper, enheder og niveauer. For at kunne forklare ventelisteinitiativernes generelt manglende resultater, bør fokus derfor udvides til ikke bare at indeholde det enkelte ventelisteinitiativ og dets virkemidler, men også det omkringliggende system som det pågældende initiativ forsøger at påvirke. I det lys bliver det klart, hvorfor flere af de gennemgåede ventetidsgarantier ikke har haft nogen reelle effekter på ventelisterne. Ventetidsgarantier er f.eks. i sig selv ikke noget specielt virksomt værktøj, eftersom deres effekter afhænger fuldstændig af de bagvedliggende mekanismer (f.eks. ændrede hierarkiske og/eller økonomiske incitamenter, øgede ressourcer eller organisatoriske reformer) der skal muliggøre den pågældende garanti. Ventetidsgarantier kan således bestå af alt lige fra hensigtserklæringer med signalværdi som eneste virkemiddel til stort anlagte og lovfæstede initiativer, som den nuværende udvidede fritvalgsordning. I og med at en ændring af ventelistesituationen ofte kræver ændringer på flere niveauer i den elektive behandlingsproces, er det derfor også oplagt, at initiativer, der opfatter ventelisterne som en isoleret del af sundhedssystemet, sandsynligvis heller ikke vil få de store effekter.

Når ventelisteproblemet opfattes som en integreret del af sundhedssystemet, bliver det samtidig muligt at inddrage de utilsigtede konsekvenser, som flere af de gennemgåede ventelisteinitiativer har medført. I gentagne tilfælde har ventelisteinitiativer således påvirket den kliniske prioritering, så patienter med den længste ventetid er kommet foran patienter med lægefagligt vurderede større behov. Når forskellige ventelisteinitiativer lægger pres på systemet, kan det altså give efterdønninger andre steder, hvilket i flere tilfælde har haft skadelige effekter for nogle af de patientkategorier, der ikke er omfattet af de pågældende ventelisteinitiativer.

8 Konklusion

Litteraturen om internationale ventelisteerfaringer indbyder hverken til entydige eller klare konklusioner. Det skyldes både, at det grundlæggende er vanskeligt at sammenligne erfaringer fra lande med vidt forskellige baggrunde og de betydelige metodiske problemer, der knytter sig til opgørelsen og fortolkningen af ventelisterne. Da det samtidig er umuligt at foretage en fuldstændig udredning af de utallige variable med indflydelse på ventelistesituationerne i forskellige sundhedssystemer, må konklusionerne nødvendigvis tolkes med forbehold.

Der er flere grunde til, at ventelisterne til elektiv behandling udgør et problem i de fleste vestlige, offentligt integrerede sundhedssystemer. Ventelister kan således udgøre et betydeligt problem for de patienter, der må vente på behandling. Der er tegn på, at ventelistepatienterne udgør en meget heterogen gruppe i den henseende, eftersom det ofte kun er en mindre del af de ikke-akutte ventelistepatienter, der oplever forværret prognose og/eller svære smerter samt alvorlig funktionsnedsættelse, mens de står på venteliste. For en større del af patienterne medfører ventetiden tilsyneladende kun moderate eller få negative konsekvenser, mens en mindre gruppe patienter slet ikke oplever nogen gener forbundet med at stå på venteliste.

Der er i den forbindelse tegn på, at det nuværende danske ventelisteniveau ikke udgør noget stort problem for sundhedstilstanden blandt flertallet af de ventende patienter, hvorfor en generel nedbringelse af ventelisterne, fra et rent sundhedsøkonomisk synspunkt, heller ikke nødvendigvis udgør den mest hensigtsmæssige målsætning i forhold til en optimal anvendelse af knappe ressourcer. Til gengæld udgør ventelisterne et betydeligt politisk problem, hvilket også gør det relevant at undersøge fænomenet nærmere. Noget tyder således på, at ventelister generelt opfattes som et større problem i befolkningen end blandt flertallet af de patienter, der rent faktisk oplever ventetiden i praksis. Dette skyldes formentlig den betydelige opmærksomhed, som ventelisteproblematikken har modtaget i medierne og fra politisk hold gennem de sidste år.

Endelig kan ventelister til elektiv behandling også udgøre et samfundsøkonomisk problem i den grad de begrænser patienternes arbejdsevne, øger udgifterne til sygedagpenge eller fordyrer selve behandlingsforløbet. Litteraturen er meget sparsom på området, men summarisk skønnes (med flere forbehold) ventelistepatienterne at tegne sig for omkring 5-7 pct. af udgifterne til sygedagpenge. Erfaringer viser, at det i nogle tilfælde godt kan betale sig rent økonomisk at nedbringe udgifterne til sygedagpenge gennem målrettede ventelisteinitiativer, hvilket dog ville stride imod lighedsidealene i det danske såvel som i de fleste andre vestlige sundhedsvæsen.

Der findes flere forskellige delvist supplerende forklaringer på forekomsten af lange ventetider til elektiv behandling. Ifølge de efterspørgselsfokuserede forklaringer er ventelister et udtryk for, at omkostningerne ved behandling er for små for patienterne, hvorfor systemet behandler for mange patienter med marginale behov. I denne forklaring udgør ventetiden den omkostning, som patienterne må betale i fraværet af en monetær pris. Hvis både efterspørgslen på sundhedsydelser og omfanget af de resulterende ventelister opfattes som uhensigtsmæssige, er der grundlæggende to alternative muligheder for at skabe ligevægt mellem udbud og efterspørgsel: Brugerbetaling og/eller en skærpet medicinsk prioritering.

Heroverfor står de udbudsorienterede forklaringer, hvor den ene tilgang opfatter ventelisterne som et udtryk for en simpel men uberettiget ubalance mellem udbud og efterspørgsel, hvorfor behandlingskapaciteten må udvides - enten midlertidigt eller mere permanent. Den anden udbudsorienterede tilgang ser ventelister som resultat af uhensigtsmæssige incitamenter for hospitalerne til at opretholde lav produktivitet og lange ventelister. Ifølge den forklaring vil løsningen på lange ventelister enten bestå af strukturelle ændringer af incitamentsstrukturen, eller være mere specifikt rettet mod sundhedsvæsenets ledelsesniveau.

Bortset fra brugerbetaling kan samtlige af ovenstående forklaringer og medfølgende løsningsforslag genfindes i de gennemgåede internationale erfaringer med ventelisteinitiativer. Samlet set må erfaringerne med initiativer til nedbringelse af ventelister vurderes som nedslående, og de internationale erfaringer leverer desværre heller ingen klare løsninger på, hvordan ventetiden til elektiv behandling nedbringes mest effektivt. Selvom ventetiden på kort sigt kan nedbringes gennem midlertidige og mere permanente merbevillinger, så viser empirien på området en tendens til, at ventelisterne og ventetiden efter en periode igen stiger tilbage til udgangspunktet. Det skyldes, at såvel systemet som patienterne tilsyneladende tilpasser sig det nye behandlingsudbud, formentlig hovedsageligt gennem ændringer i henvisningskriterierne hos praktiserende og visiterende læger. De gennemgåede efterspørgselsorienterede initiativer har i flere tilfælde heller ikke formået at nedbringe ventelisterne, eftersom den skærpede prioritering ikke for alvor har formået at begrænse efterspørgslen gennem afvisning af potentielt marginale patienter. Samtidig har det vist sig særdeles vanskeligt at gennemføre ensartet implementering af sådanne prioriteringstiltag. Mens tiltagene måske har medført en mere rimelig fordeling mellem patienterne, har de i flere tilfælde ikke haft nogen betydelig effekt på de samlede ventelister. New Zealand synes her at udgøre en undtagelse, idet ventetiderne tilsyneladende er faldet i takt med en ambitiøs satsning på et veludbygget prioriteringssystem. De umiddelbart største effekter synes at komme fra de initiativer, der på forskellig vis har været i stand til at påvirke incitamenterne for opretholdelse af ventelisterne. Ved at knytte merbevillinger direkte til ventetiderne, lykkedes

det f.eks. i Victoria i Australien og i INSALUD i Spanien at nedbringe antallet af patienter, der ventede længe på behandling. På samme måde kan de seneste effekter af de engelske ventelisteinitiativer til dels tilskrives det pres, der i forbindelse med de pågående reformer af det engelske sundhedsvæsen er blevet lagt på sygehusene, og her især sygehusledelserne for at reducere ventelisterne. Samtidig er der dog også fundet talrige eksempler på utilsigtede konsekvenser, når systemerne reagerer uhensigtsmæssigt på de pålagte pres.

Den primære praksiskonklusion fra litteraturgennemgangen er, at det på sigt vil være vanskeligt at producere sig ud af lange ventelister, i hvert fald så længe aktivitetsforøgelserne ikke knyttes til ændringer i incitamentsstrukturerne på udbudssiden og/eller til succesfuld skærpet prioritering på efterspørgselssiden. Såvel teorien som empirien peger på, at ventelisterne næppe kan nedbringes gennem de traditionelle udbudsorienterede initiativer, der søger at påvirke ventelisterne alene gennem øget aktivitet. Derfor har flere lande på det seneste forsøgt sig med øget aktivitet koblet med reformer rettet mod efterspørgselssiden (direkte eller indirekte) og/eller incitamenterne for opretholdelse af lange ventelister. Nogle af de mest succesfulde initiativer mht. nedbringelse af ventelisterne stammer således også fra New Zealand, der har indført skærpet prioritering samt øget ressourcerne, og fra Victoria i Australien hvor man både har indført eksplicit prioritering af patienternes behov og fjernet incitamenterne for opretholdelse af lange ventelister.

I forbindelse med uddragning af praksiskonklusioner fra de gennemgåede internationale initiativer er det vigtigt at huske på, at erfaringer fra andre sundhedssystemer ikke nødvendigvis kan overføres direkte til danske forhold. Et initiativs effekter afhænger både af det oprindelige ventetidsniveau og den øvrige kontekst, som initiativet vedtages og implementeres i. Det kan således tænkes, at der er en nedre grænse for, hvornår ovennævnte policytiltag har en gunstig effekt på ventetiderne, f.eks. hvis udgangspunktet er de (i international sammenhæng) lave ventetider i Danmark. En forudsætning for positive resultater synes dermed at være solidt kendskab til før-situationen samt analyser af effekter undervejs, ligesom de anvendte incitamenter skal tilpasses den specifikke kontekst.

I lyset af såvel de danske som de internationale ventelisteerfaringer er det sluttelig relevant at pege på et par centrale betingelser for en mere læringsbaseret policydannelse på ventetidsområdet. Der skal som minimum udvikles pålidelige opgørelser over ventelisteproblemets omfang over tid, så det bliver muligt at vurdere effekterne af de vedtagne initiativer. Det er samtidig vigtigt, at nye initiativer følges op med detaljerede og nuancerede studier af, hvordan forskellige incitamenter virker – såvel alene som i samspil med andre strukturer i sundhedsvæsenet.

Bilag 1:

Gennemgang af internationale erfaringer med ventelisteinitiativer

Australien

Introduktion

Det australske sundhedssystem minder i nogen grad om det danske. Der er fri adgang til sundhedsvæsenet, og det er de australske delstater, der i fællesskab med regeringen har ansvaret for administration og finansiering af sundhedssystemet. Sygehusledelserne udpeges af sundhedsministeren, men hospitalerne betragtes alligevel som relativt autonome under ledelse af de otte delstater. Den australske stat og de regionale delstater finansierer hver især 45 pct. af udgifterne til driften af sygehuse, mens de sidste 10 pct. dækkes af private indbetalinger (3). Hvert femte år forhandler regeringen med delstaterne om mål og ressourcer for sektoren i de australske *Medicare Agreements* (28). Størstedelen af de australske sundhedsudgifter dækkes af det offentlige, der i 2000 tegnede sig for 72,3 pct. af de totale udgifter (103).

Selvom et vedvarende fokus på ventetider og ventelister har affødt adskillige ventelisteinitiativer, så er problemet stadig på den sundhedspolitiske dagsorden i Australien (3). Ventetiderne til elektiv behandling varierer en del mellem de australske delstater. Den gennemsnitlige mediane ventetid for elektiv behandling lå for eksempel i 2000 på 22 dage i Queensland, mens den udgjorde 36 dage i Tasmanien (104). Samlet set blev 90 pct. af patienterne behandlet indenfor 175 dage i 1999/2000. Variationen strakte sig her fra 134 dage i Queensland til 292 dage i Tasmanien. Patienter, der måtte vente mere end 12 måneder på at blive behandlet, udgjorde 4,4 pct. af det samlede antal på ventelister i hele Australien, hvor variationen går fra 1,6 pct. i The Northern Territory til 6,7 pct. i Tasmanien (104).

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne

Et væsentligt tiltag i forsøget på at løse ventelisteproblemerne i Australien blev taget i perioden 1993-98, da delstater og territorier, i en ny forhandlingsaftale med den nationale regering om det australske Medicare forpligtede sig til fremover at indhente sammenlignelige ventelistedata for elektive kirurgiske behandlinger. Dette skulle bl.a. give et overblik over den nationale ventetidssituation. Ventetidsdatasamlingen skulle udelukkende dække de offentlige hospitaler med akutfunktion (104). I Medicare-aftalen for 1998-2003 blev denne aftale udvidet, således at opgørelser omkring en række indikatorer for ventelistebekæmpelsen blev føjet til listen over data, som hospitalerne skulle indberette.

Et af de mest interessante ventelisteinitiativer i Australien bygger netop på ovenstående ventelisteindikatorer, der i de omtalte Medicare-aftaler i forskelligt omfang er blevet knyttet til hospitalernes finansiering. Ventelisteindikatorerne udgøres bl.a. af tre forskellige ventelistekategorier, som patienterne inddeles i, alt efter hvor akutte deres behov er:

- 1) Kategori 1: Indlæggelse bør ske indenfor 30 dage, når patientens tilstand har potentiale til hastig forværring og risikerer at ende i en akut indlæggelse.
- 2) Kategori 2: Indlæggelse bør tilstræbes indenfor 90 dage, når patientens tilstand forårsager nogen smerte eller funktionsnedsættelse, men sandsynligvis ikke udvikler sig til en akutsituation eller forværres med kort varsel.
- 3) Kategori 3: Indlæggelse/behandling er acceptabel indenfor en ikke nærmere bestemt tidsramme, når patientens tilstand kun forårsager begrænset/ingen smerter eller funktionsnedsættelse og sandsynligvis ikke forværres betydeligt med kort varsel/risikere at udvikle sig til en akutsituation. Ventetiderne for patienterne i kategori 3 måles i forhold til, om de har ventet over eller under et år på behandling (3).

Patienter der venter længere end de tilsigtede maksimale ventetider, betegnes som "langtidsventende". Det kliniske behov, der vurderes af den visiterende speciallæge, er bestemmende for, hvilken behandlingskategori en patient skal placeres i (3).

Det oftest citerede ventelisteinitiativ der bygger på omtrent samme kategorier, som de ovenfor beskrevne, stammer fra delstaten Victoria, der i starten af 90'erne døjede med stabilt lange ventelister. De traditionelle måder at tackle ventelister på, såsom ventelistepuljer og incitament for patienterne til at bruge den private sektor havde været forsøgt, uden at det havde givet varige reduktioner i ventelisterne (28). Derfor indførte delstaten Victoria i 1993 et nyt finansieringssystem, der forsøgte at mindske sygehusenes incitament til at opretholde ventelister. Forsøget i Victoria skulle med andre ord gøre det fordelagtigt at have korte ventelister (28). Fra og med juli 1993 blev finansieringen af delstatens hospitaler ændret fra retrospektive rammebevillinger til delvis aktivitetsfinansiering (50 pct.) gennem implementering af det australske DRG-system. Ud over de budgetterede DRG-midler blev der afsat midler til en meraktivitetspulje, der maksimalt kunne finansiere en 7 pct. aktivitetsstigning, og dermed udgjorde "loftet" for den planlagte aktivitet. Modtagelse af de ekstra midler var imidlertid indledningsvis betinget af, at det pågældende sygehus ikke havde nogen ventende patienter i kategori 1. I april 1994 blev dette krav yderligere udvidet, så udbetaling af ekstrabevillinger for meraktivitet også blev betinget af, at det pågældende hospital ikke havde nogle kategori 2 patienter, der havde ventet længere end 90 dage. Dermed fik hospitalerne altså et ekstra incitament til at kanalisere aktiviteten

i retning af ventelistepatienterne, og især mod ventelistepatienterne med de klinisk vurderede største behov (28).

I ventelistedebatten i 1998 blev der peget på, at ventetiderne kunne blive kortere, hvis den uudnyttede kapacitet indenfor den private hospitalssektor blev anvendt. De private hospitaler udnyttede kun 70 pct. af deres kapacitet, og der blev peget på, at de ville kunne behandle yderligere 665.000 patienter årligt, hvilket kunne lette det store pres på de offentlige sygehuse (105). Denne debat om udnyttelsen af den private hospitalssektor skal ses i lyset af tegningsgraden for private sygeforsikringer. Antallet af australiere med privat sygeforsikring faldt således fra 50 pct. i 1984 til 30,5 pct. i 1998. Fra og med 1997 blev der derfor indført forskellige skattefordele til de dele af befolkningen, der tegnede en privat sygeforsikring. I december 2003 var 43,2 pct. af australierne omfattet af privat sygeforsikring (106).

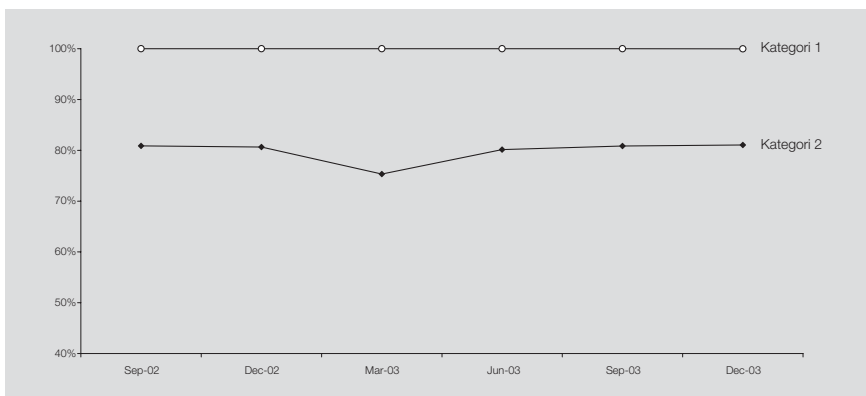
Effekter af ventelisteinitiativerne

Det er svært at vurdere den samlede effekt af de beskrevne initiativer, eftersom det ikke er lykkedes at lokalisere nogle systematiske evalueringer med fokus på hele Australien. Der er endvidere mangel på sammenlignelige data omkring effekten af den øgede brug af private forsikringer. I 1999 til 2001 hvor antallet af private forsikrede steg betydeligt faldt middelventetiderne for de fleste kirurgiske indgreb. Da der imidlertid også skete en stigning i ventetiderne til flere behandlinger, er det dog vanskeligt at forklare nedgangene gennem den øgede brug af privatforsikringer (3).

Til gengæld synes der at være en målbar effekt, når sygehusenes finansiering kædes eksplicit sammen med ventetiderne, så sygehusene belønnes for lavere ventelister. Effekterne af den beskrevne reform i Victoria var f.eks. ganske tydelige, idet antallet af patienter i kategori 1 faldt fra 849 patienter i juli 1993 til kun 5 i juli 1994. Antallet af kategori 2 patienter blev ligeledes reduceret fra 5.435 patienter til 3.026 patienter året efter. Samtidig forblev antallet af kategori 3 patienter stabilt på ca. 15.300 patienter, hvilket kunne indikere, at patienterne ikke blot blev "nedskrevet", men at ventetiderne reelt blev nedbragt gennem en øget aktivitet og skærpet visitering.

Victorias håndtering af venteliste problemerne har i øvrigt vist sig bæredygtig, idet systemet stadig benyttes i Victoria (og i de fleste andre australske delstater og territorier) (99). De tre prioriteringskategorier fungerer tilsyneladende stadig efter hensigten, hvilket fremgår af ovenstående figur B1.

Figur B1: Andel af patienter fra den elektive, kirurgiske venteliste der behandles indenfor de kliniske ventetidsgrænser



Kilde: (100)

Det fremgår af figuren, at samtlige patienter, i den mest akutte kategori 1, bliver behandlet indenfor den anbefalede periode på maksimalt 30 dage mens ca. 80 pct. af patienterne i kategori 2 bliver behandlet indenfor de anbefalede 90 dage (100). En nylig undersøgelse fra Victoria peger imidlertid på betydelige problemer i forhold til ensartetheden i appliceringen af de tre prioriteringskategorier. Blandt 19 af Victorias største hospitaler var der således et hospital, hvor over 20 pct. af patienterne, på venteliste for en ny hofte, var placeret i kategori 1, mens fem andre steder slet ikke havde placeret nogen patienter i den mest akutte kategori 1. Det samme mønster synes at gøre sig gældende på nationalt plan. F.eks. placeres 16,3 pct. af ventelistepatienterne i Victoria i kategori 1 mod hele 43,6 pct. i Tasmanien, hvilket næppe kan forklares alene ud fra forskelle i morbiditet mellem de to populationer. Forskellene skyldes nok snarere forskellige fortolkninger og anvendelse af de ret vide kategorier (99).

På trods af den uensartede anvendelse tyder erfaringerne fra Victoria alligevel på, at ændrede incitamentter på hospitalsniveau rent faktisk kan påvirke ventelisterne (28). Det er dog stadig uklart, hvilke sundhedsgevinster de patienter der ikke længere bliver henvist til behandling, eventuelt går glip af i forbindelse med den skærpede visitering.

Canada

Introduktion

Det canadiske sundhedssystem er primært offentligt finansieret, men flertallet af udbyderne udgøres af private not-for-profit institutioner (3). I 1999 blev ca. 70 pct. af de samlede sundhedsudgifter betalt af staten, og Canada ind-

tager dermed en andenplads efter USA blandt de G7 lande, som har det største private sundhedsforbrug (107). I Canada administreres og finansieres størstedelen af sundhedsvæsenet regionalt i de 10 provinser og de 3 territorier (3). Ventelister og ventetider til behandling bliver således også registreret lokalt og ikke nationalt i Canada, og der er store forskelle i den måde, hvorpå de enkelte provinser opgør deres ventelister. Derfor er det også vanskeligt at få et samlet overblik over den canadiske ventelisteproblematik, hvilket gør det ekstra svært at drage entydige konklusioner for landet som helhed. Det canadiske *Fraser Institute*, hvor nedenstående data også stammer fra, opgør dog årligt ventetiderne i de forskellige provinser på baggrund af undersøgelser og spørgeskemaer.

Canada har, i lighed med en række andre lande, oplevet en stigning i ventetiderne til behandling. Fra at have haft en gennemsnitlig ventetid til behandling på ca. 10 uger i 1993, var den gennemsnitlige ventetid i 1998 på 14,2 uger og i 2001 på 16,2 uger, hvilket i 86 pct. af tilfældene vurderes som uacceptabelt af kliniske specialister fra de forskellige behandlingsområder (108). De canadiske ventetider er for en række diagnoser længere end i både USA, Sverige og Tyskland, men dog ikke så lange som i England og New Zealand (109). Ventelisterne i Canada er således steget betydeligt – på trods af en massiv offentlig tilførsel af ressourcer. I perioden fra 1999 til 2000/01 steg ventetiderne fra henvisning til specialistkonsultation fra 4,9 uger til 7,2 uger. Herudover steg ventetiden fra specialistkonsultation til selve behandlingen fra 8,2 til 9,0 uger i samme periode (109). Samlet set var der i 2000-01 878.088 personer, der ventede på behandling i Canada, hvilket udgør en forøgelse på 3 pct. siden 1999 (109).

Ved opgørelserne af ventelisterne i 2002 sås en yderligere stigning på 1,9 pct. Ventetiden fra henvisning til behandling var således steget til i alt 16,5 uger. På trods af den totale stigning på nationalt plan skjulte stigningen nedbringelser af ventetiderne i tre af de canadiske provinser, mens syv andre provinser oplevede stigninger i ventetiderne i (110). Den korteste ventetid fra henvisning til specialistkonsultation var på 5,7 uger i provinsen Saskatchewan, mens den længste ventetid indenfor samme kategori lå på 10,2 uger i provinsen New Brunswick. Ventetiden fra specialistkonsultation til behandling steg i perioden fra 2000/01 til 2001/02 med 2,2 pct. for landet som helhed. I enkelte af provinserne faldt ventetiden dog drastisk (Alberta, British Columbia, Prince Edward Island) og i andre blot et smule (Quebec, New Brunswick). De øvrige fire provinser stod således for den samlede stigning. Den korteste ventetid mellem specialistkonsultation og behandling blev fundet i Ontario (7 uger), mens den længste ventetid indenfor samme område var på 26,9 uger i Saskatchewan. De korteste ventetider fandtes indenfor de onkologiske specialer, mens de længste fandtes indenfor ortopædkirurgien og oftalmologien (110). Stigningerne i ventetiderne til behandling er sket på trods af en kapitalindsprøjtning til det canadiske sundhedsvæsen på 23,4

mia. canadiske dollars i år 2000. I 2003 blev der bevilliget yderligere 35 mia. canadiske dollars over en femårig periode til sundhedsvæsenet (111).

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne

Litteratursøgningen identificerede ingen deciderede evalueringer af nationale Canadiske ventelisteinitiativer, men derimod en del litteratur om analyser og undersøgelser af ventelisteproblematikken samt ventelisternes opkomst og forsøg på afvikling. Da ventelisterne samtidig registreres og administreres af de enkelte delstater, er det vanskeligt at danne sig et samlet overblik over de canadiske ventelisteinitiativer. Det har derfor været nødvendigt at fokusere på udvalgte, lokale eller regionale initiativer samt mere enkeltstående studier i fremstillingen af ventelistesituationen i Canada.

Et af de canadiske studier konkluderede, at der var en betydelig forskel på ventetiden til behandling (her for elektiv karkirurgi) for patienter med samme kliniske behandlingsbehov og lige påtrængende behov. Studiet fandt, at adgangen til behandling i høj grad afhang af det kliniske behandlingsbehov, men selv indenfor samme prioriteringsgruppe var der betydelige forskelle i ventetiden, hvilket kunne tyde på, at der er andre variable, der har indflydelse på den medicinske prioritering end det aktuelle behandlingsbehov (112). Tendensen blev underbygget året efter af et andet studie, der nåede samme resultat. Dette studie forsøgte desuden at pege på forklaringer og fandt, at bl.a. praksis i forbindelse med indskrivningen af patienterne på en venteliste havde betydning for ventetiden (113). Problemerne med variation i adgangen til sundhedsydelser samt prioritering i forhold til behandlingsbehov var netop medvirkende til igangsættelsen af det såkaldte *Western Canada Waiting List Project*, der beskrives nedenstående.

Et andet canadisk studie fra år 2000 undersøgte, hvorvidt der kunne ses en sammenhæng mellem offentlige midler brugt i sundhedssektoren og længden af ventelisterne. Studiet var ikke i stand til at finde nogen sammenhæng mellem udgiftsniveauet og ventelisternes omfang. Ifølge undersøgelsen kan yderligere midler til sundhedssektoren ikke reducere ventelisterne, tværtimod kunne flere midler endda have den omvendte effekt - at ventetiden blev forlænget på visse områder (især indenfor medicinsk onkologi, strålebehandling og hjerteoperationer). Undersøgelsen fandt desuden, at det eneste område hvor en ressourceforøgelse var gavnlig i forhold til ventetiderne, var på medicinområdet. Undersøgelsen pegede på, at man kunne forkorte ventelisterne ved at overføre midler fra primær- og sygehussektoren til medicinområdet, og at det ikke var størrelsesordenen på de offentlige udgifter til sundhedssektoren, der var bestemmende for ventelisterne, men derimod organiseringen og incitamenterne indenfor sektoren (108).

Western Canada Waiting List Project

Det ambitiøst anlagte ventelisteprojekt er baseret på et samarbejde mellem

20 forskellige organisationer bestående af syv regionale sundhedsmyndigheder, fire lægesammenslutninger, fire sundhedsministerier på provinsniveau, fire institutter for sundhedstjenesteforskning samt *Health Canada* (3). Projektet påbegyndtes i november 1998 som et tværfagligt og tværorganisatorisk prioriteringsprojekt omkring udviklingen af indikationskriterier og pointsystemer indenfor fem forskellige behandlingsformer og -specialer.

Hensigten med projektet har været at afhjælpe problemer med lange ventelister gennem udvikling af et pointsystem til prioritering mellem patienter henvist til operation mod grå stær, generelle kirurgiske indgreb, hofte- og knæoperationer, MRI skanninger samt børnepsykiatri (114). Det overordnede formål med projektet har været at sikre mere lighed indenfor det canadiske sundhedssystem, samt øge mulighederne for at patienter med de største behov og den bedste mulighed for at drage nytte af behandling, også er dem der blev prioriteret højest på ventelisterne (114).

Forud for projektet blev patienter typisk registreret på ventelisterne indenfor tre kategorier som hhv. alvorligt behandlingskrævende, semi-behandlingskrævende eller elektive patienter. Indenfor disse kategorier var der ingen mulighed for prioritering af patienterne i forhold til deres behandlingsbehov, og patienterne blev således behandlet i den rækkefølge, de var skrevet på ventelisten (114). Der var endvidere stor forskel på, hvorledes de enkelte hospitaler og enkelte læger anvendte prioriteringsmekanismer i forhold til ventelisterne. Projektets mål var således bl.a. at udvikle standarddefinitioner og retningslinier for ventelisterne (114).

Projektet har dels bestået af lokalisering og fastsættelse af kriterier for prioritering, dels af flere pilottestninger af kriterierne samt sikring af validitet og reliabilitet. Undervejs i implementeringen af projektet er kriterierne blevet justeret i forhold til resultaterne, og hvert enkelt indikationsniveau har fået numeriske vægte, hvorefter de er blevet testet på ny. Dernæst blev hindringer samt problemer i forhold til implementeringen af prioriteringskriterierne identificeret, og sluttelig blev der afholdt en række diskussionsmøder med befolkningen for at afstemme projektet med befolkningens opfattelser.

Effekter af ventelisteinitiativerne

Der er ikke identificeret nogle systematiske, nationale evalueringer af canadiske ventelisteinitiativer, hvilket sandsynligvis skyldes, at ventelisterne administreres og registreres på regionalt niveau. De foreløbige resultater fra *Western Canada Waiting List Project* blev udgivet i form af en omfattende rapport i marts 2001, mens den sidste opdatering fra det canadiske ventelisteprojekt udkom i maj 2002. På daværende tidspunkt var bevillingen til projektet blevet fornyet, og arbejdet består nu primært i implementering af prioriteringsværktøjerne i de enkelte provinser (se www.wcwl.org for mere information om projektet). Projektets implementering bærer præg af, at det

canadiske sundhedsvæsen er decentralt styret af de enkelte provinser, og der er således stor forskel på, hvor langt man er nået med implementeringen af prioriteringsværktøjerne og standardiseringen af ventetidsregistreringen i de enkelte provinser. Litteratursøgningen lokaliserede ingen systematisk overordnet evaluering af resultaterne.

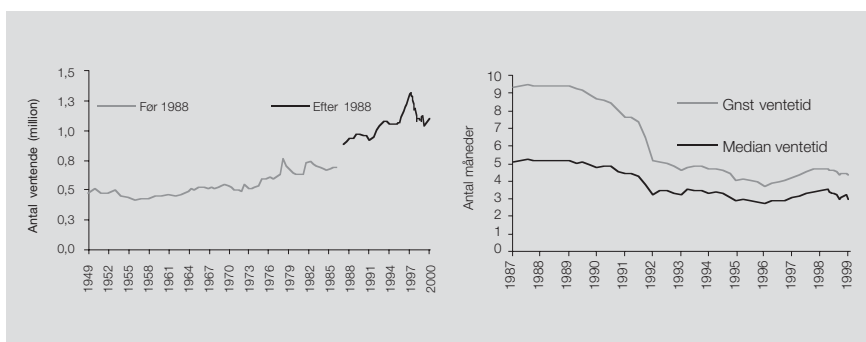
England

Introduktion

Det engelske sundhedssystem er kendetegnet ved universel dækning til alle sundhedsydelse, der primært finansieres gennem de offentlige skatter. Sundhedsydelserne leveres hovedsageligt af det offentlige via *the National Health Service* (NHS) (3).

England er det land i verden, der har mest erfaring med registrering af ventelistepatienter. Ved grundlæggelsen af NHS i 1948 var der således allerede registreret ca. ½ million patienter på de engelske ventelister (1), og i 1949 var ventelister til sygehusbehandling for første gang på dagsordenen i det engelske parlament. De første spæde ventelisteinitiativer blev iværksat i 50'erne (1). På grund af en enestående tradition i England for at føre statistik over ventende til sygehusbehandling kan de engelske ventetider følges gennem en meget lang periode, hvilket illustreres af nedenstående figurer.

Figur B-2 og B-3: Udviklingen over tid i antallet af ventende patienter i England samt den gennemsnitlige og mediane ventetid (89)



Kilde: (89)

Det fremgår, at antallet på ventelisterne har været i næsten uafbrudt stigning i perioden 1949 til 1988, med undtagelse af ventetiden omkring 1978 og 1990 der viste en faldende tendens. Faldet i 1990 kan delvist forklares ved øget fokus på patienter, der ventede meget længe. Springet i antallet af ven-

tende i 1988 skyldes inkludering af ambulante patienter i ventelistestatistikken. Efter 1998 kan der observeres en væsentlig reduktion i antallet af patienter, der venter på behandling samt en svag reduktion i ventetiden til behandling. Det ændrer dog ikke ved, at England stadig er et af de vestlige lande med de generelt længste ventetider til sygehusbehandling (45), hvorfor emnet fortsat ligger højt på den sundhedspolitiske dagsorden.

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne

I 1962 kom et af de første egentlige initiativer på ventelisteområdet i form af et cirkulære til hospitalsejerne udformet af det engelske sundhedsministerium, hvori hospitalerne blev opfordret til at gennemgå deres ventelister. I 1963 blev der udsendt endnu et cirkulære, hvori hospitalerne blev kraftigt opfordret til at foretage egentlige tiltag i forhold til den såkaldte "venteliste-pukkel". Året efter blev det i Sundhedsministeriets årsrapport fra 1964 konkluderet, at de største stigninger i ventetiden var sket indenfor de specialer, hvor der havde været de største stigninger i aktiviteten (1). På den baggrund blev der derfor udstedt flere autorisationer indenfor de specialer, hvor der var lokaliseret problemer.

I 1986 lancerede de konservative det såkaldte "Ventelisteinitiativ". Mellem finansårene 1987/88 og 1990/91 blev der afsat £119 mio. til en fond, der havde til formål at yde tilskud til forbedringer i sygehusenes effektivitet. Ventelisteinitiativet sluttede formelt i 1994/95. På daværende tidspunkt var der i alt blevet bevillet £252 mio. fra fonden (2).

I 1991 blev der indført en række patientrettigheder i England. En af målsætningerne var her, at ingen patienter skulle vente mere end 18 måneder på operation. Denne målsætning blev i 1995 udvidet til at omfatte alle hospitalsbehandlinger. Desuden blev der indført en målsætning om maksimalt 12 måneders ventetid for hjerteroperationer samt maksimalt 26 ugers ventetid til ambulant behandling (115).

Mens de konservative var ved magten i England, gennemførtes desuden en gennemgribende reform, der skulle etablere et internt marked for sundhedsydelser. Tanken var, at sygehusene skulle konkurrere mod hinanden om patienternes og de praktiserende lægers gunst. Selvom reformen ikke var direkte rettet udelukkende mod ventelisterne, indeholdt den en forhåbning om, at øget konkurrence også ville medføre kortere ventelister (2;116). Det interne marked blev afskaffet efter det engelske regeringsskifte i 1997.

New Labour regeringen tiltrådte i 1997 med et centralt valgløfte på sundhedsområdet, om at ventelisterne senest i år 2000 skulle nedbringes med 100.000 patienter til ca. 1.050.000 (117). En ny sundhedsreform indeholdende en kombination af økonomiske og hierarkiske virkemidler blev derfor vedtaget og implementeret.

I alt blev der over to budgetår i perioden fra 1998/99-2000/01 således beviliget £737 mio. til nedbringelse af ventelister i England (118). Ressourcerne blev fordelt på en række initiativer i form af generelle aktivitetssøgninger, særlige fonde der skulle belønne gode resultater og sanktionere dårlige, udrykningsenheder der skulle rådgive hospitalerne i forbindelse med ventelisteafviklingen samt puljer til hospitalsudstyr.

I april 2002 annoncerede den engelske regering videre, at ventetidsmålsætningen årligt skal nedsættes med 3 måneder indtil år 2005, hvor den maksimale ventetidsmålsætning således vil være faldet fra de oprindelige 18 måneder til 6 måneder. Der er desuden sat et langsigtet mål om, at ventetiden skal nedbringes til 3 måneder i 2008. Ventetidsmålsætningen for ambulante patienter vil ligeledes blive justeret nedad på løbende basis, indtil den i 2005 efter planen skal ligge på 3 måneder (3). Til opnåelse af disse mål er der blevet knyttet en gennemsnitlig årlig realvækst i udgifterne til sundhedsvæsenet på 7,4 pct. indtil 2007/8 (84).

Et af de mest kontroversielle elementer i Labour-regeringens sundhedsreform har været den udbredte indførsel af præstationsmålinger og -styring, der vha. såvel økonomiske som hierarkiske virkemidler skal virke som bindeled mellem den centrale regerings ventelistemålsætninger og de enkelte trusts. Allerede i 1998 blev der således indført en "præstationsfond" på £ 32 mio. til de sundhedsregioner, der opnåede de største reduktioner i ventelister og -tider. Udover øgede positive, økonomiske incitamenter blev der fra 1998 også knyttet meget håndgribelige hierarkiske (og i sidste ende også økonomiske) incitamenter til opnåelse af regeringens målsætninger på sundhedsområdet: Såfremt ledelserne af de regionale og lokale sundhedsforvaltninger gentagne gange ikke formår at leve op til de eksplicitte forventninger, så risikerer de at blive fyret (3).

Siden skærpelsen af specielt ledelsernes incitamentsstrukturer i 1998 er præstationsmålings og -styringssystemet blevet markant udbygget i England. I reformkataloget "the NHS Plan" fra 2000 blev det således besluttet, at samtlige engelske trusts fremover skulle vurderes ud fra en række kriterier (119), der siden er blevet udbygget.

Alt efter hvor mange af kriterierne de enkelte trusts kan opfylde, bliver de nu tildelt mellem nul og tre stjerner i de årlige, offentliggjorte vurderinger. Trusts med den bedste bedømmelse tildeles tre stjerner, mens trusts, der generelt klarer sig godt, men ikke har formået samme konsistent høje niveau, får to stjerner. Trusts, hvor der er grund til bekymring over specifikke ydelser, tildeles en enkelt stjerne, og trusts med de ringeste bedømmelser i forhold til indikatorerne og/eller begrænset fremgang i implementeringen af tidligere vurderinger modtager ingen stjerner. Bedømmelsen af de engelske NHS trusts foretages på baggrund af en række indikatorer, der kan opdeles i tre

kategorier (3;101;102): 1) Et begrænset antal hovedmål der er direkte afledt af regeringens overordnede sundhedspolitiske prioriteringer og målsætninger, 2) et større og bredere favnende antal supplerende indikatorer udviklet i samarbejde med det engelske sundhedsministerium og andre relevante sundhedsmyndigheder, 3) såkaldte *clinical governance* undersøgelser der indgår i star rating bedømmelserne, hvis der er tvivl om, hvorvidt en *trust* skal tildeles henholdsvis nul/en stjerne eller to/tre stjerner. Ventetidernes fremtrædende rolle understreges af, at hele fem af de ni hovedmål i præstationsmålingerne i 2003 blev udgjort af ventetidsmålsætninger (101).

De enkelte trusts motiveres til at opfylde kriterierne, og dermed forbedre deres stjerne-status via de tilknyttede økonomiske og hierarkiske incitamenter. *Trusts* med tre stjerner opnår øget autonomi i ledelses- og driftsspørgsmål, og får adgang til midler fra den tidligere omtalte præstationsfond, der i 2003/2004 indeholder £ 500 mio. Samtidig bliver der fremover øget mulighed for økonomisk belønning af enkelte afdelinger, der gør en ekstra indsats for reducere ventetiderne (3). Omvendt mister *trusts* med en eller nul stjerne ledelsesmæssige frihedsgrader og risikerer at blive sat under skærpet administration samt i sidste ende overtaget af mere succesfulde *trusts* (3).

Effekter af ventelisteinitiativerne

Da ventelisteproblematikken kom på dagsordenen i slutningen af 40'erne og starten af 50'erne, blev højere effektivitet gennem højere belægningsprocent og kortere indlæggelsesperiode for patienterne set som hovedløsningen på ventelisteproblemet. Antallet af ventelistepatienter faldt da også midt i 50'erne, men steg igen få år efter.

De første egentlige initiativer fra 1962 og 1963 havde ingen effekt i forhold til længden af ventelisterne, og væksten i udstedte autorisationer fra 1964 medførte blot yderligere stigninger i ventetiden. Disse erfaringer var med til at skabe en forståelse for, at øget udbud af ydelser ikke var tilstrækkeligt for at imødekomme den stigende efterspørgsel (118), og det blev konkluderet, at ventelisterne ikke kunne tilskrives en pukkel af ventende patienter.

Det såkaldte "Ventelisteinitiativ" fra 1986 og fremefter havde heller ikke succes med at få nedbragt ventelisterne. Antallet af patienter der ventede mere end 18 måneder, blev dog voldsomt reduceret i perioden. En evaluering fra 1996 af fondens effekter konkluderede samtidig, at fondens bevillinger havde påvirket den kliniske prioritering, således at de patienter, der havde ventet længst, ofte fik prioritet over patienter med et relativt større behov. Rapporten konkluderede samtidig, at fonden ikke havde bidraget til en forbedret effektivitet, snarere tværtimod. Den forværrede effektivitet blev begrundet med bevillingernes midlertidige karakter, der ofte vanskeliggjorde hensigtsmæssig planlægning af mere varige tiltag. Desuden blev bevillinger-

ne ofte givet sidst i finansåret med krav om, at ressourcerne skulle anvendes inden udgangen af finansåret (81).

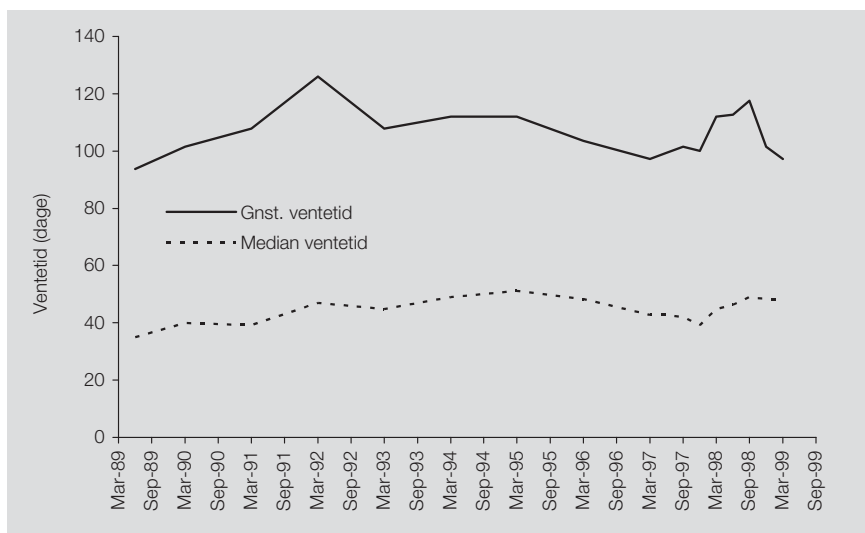
En anden evaluering (80) af i alt 44 tiltag igangsat under samme "Ventelisteinitiativ" fra 1986 fandt, at selvom nogle aktivitetsøgninger kunne medvirke til at reducere ventetiden, så havde de svært ved at nedbringe det samlede antal patienter, der ventede på behandling. Det skyldtes, at aktivitetsøgningerne i mange tilfælde blot medførte et højere antal henvisninger. Evalueringen søgte ikke specifikt at afdække, hvorfor et øget aktivitetsniveau medførte en øget tilgang til ventelisterne. Den øgede tilgang til ventelisterne kom dog meget hurtigt efter aktivitetsstigningen, og det ansås derfor som sandsynligt, at det øgede antal henvisninger skyldtes ændringer i behandlingspraksis. Ændringerne i behandlingspraksis blev betragtet som resultat af de ændrede ventetider (2).

Denne sammenhæng bakkes i øvrigt op af et studie fra 1998, der illustrerede, hvordan henvisningsmønstret hos engelske praktiserende læger ændrede sig, når ventetiden til behandling ændredes (31). Goddard et al har i et andet studie observeret samme tendens (32). Der er imidlertid stadig uenighed om, hvor stor en betydning ventetiderne har for ændringer i efterspørgsel og henvisningsmønstre. Et studie af Martin et al bekræfter således tendensen, men vurderer samtidig, at effekten er mere moderat end antaget i de andre studier (89).

Indførelsen af patientrettighederne og den 18 måneders maksimale ventetid i 1991 viste umiddelbart en effekt på ventelisterne (1). Da 18 måneders målsætningen blev indført, var der dog allerede relativt få patienter, der måtte vente mere end 18 måneder. Efter indførelsen blev antallet af patienter, der ventede mere end 18 måneder, stort set elimineret.

De Konservatives "interne marked" blev afskaffet i 1997, og en senere evaluering fandt det umuligt at vurdere, hvorvidt det interne marked havde medført kortere eller længere ventelister (97). Udviklingen i de engelske ventelister tyder dog på, at reformen havde meget begrænset effekt på ventelisterne (2), hvilket bekræftes af nedenstående figurer B-4 og B-5.

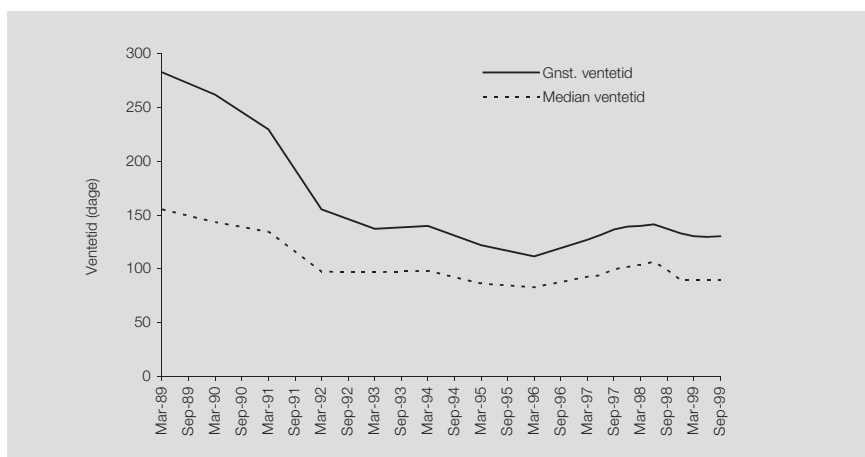
Figur B-4: Gennemsnitlig og median ventetid for behandlede patienter i England



Kilde: (3)

Anm: Ventetid defineres her som perioden fra henvisningsbeslutning til indlæggelse på et NHS hospital og inkluderer ikke midlertidige og selvvalgte udsættelser.

Figur B-5: Gennemsnitlig og median ventetid for patienter på venteliste i England



Kilde: (3)

Anm: Opgørelsen inkluderer midlertidige og selvvalgte udsættelser.

Det fremgår, at de gennemsnitlige ventetider for ventende på listen faldt betydeligt i starten af 90'erne, mens de reelle ventetider for behandlede patienter holdt sig forholdsvis konstant på trods af Ventelisteinitiativet, indførelsen af patientrettigheder og det interne marked. Figurerne udtrykker formentlig initiativernes succes med at nedbringe antallet af patienter, der ventede meget lang tid på behandling, hvorved de gennemsnitlige ventetider for ventende patienter faldt betydeligt. Den reelle ventetid for størstedelen af patienterne forblev imidlertid forholdsvis uændret i perioden, hvilket kan skyldes ændringer i henvisningspraksis.

I 2000 udarbejdede det engelske analyseinstitut *King's Fund* en samlet evaluering af ventelisteinitiativerne frem til 1997 (2). Det blev her konkluderet, at der primært var to årsager til de engelske ventelisteinterventioners generelt manglende resultater.

For der første havde man alt for længe hold fast i den fejlagtige forståelse af ventelisterne som en "pukkel" af ventende patienter. Denne misforståelse medførte en række midlertidige indgreb og puljer for at fjerne "puklen", der alle blev betegnet som mislykkedes.

For det andet blev eksisterende variationer i behandlingspraksis ignoreret. F.eks. søgte den engelske sundhedspolitik at sikre lighed ved fordeling af ressourcer til de engelske regioner, men undlod samtidig at sikre et ensartet behandlingsniveau indenfor de enkelte specialer på tværs af regionerne. Denne praksis blev begrundet ved en berøringsangst i det engelske sundhedsministerium i forhold til fastsættelse af klinisk praksis, hvilket betød, at der heller ikke blev arbejdet imod ensartede standarder.

Den engelske ventelistepolitik ændrede sig imidlertid drastisk i 1997 fra at bestå af midlertidige bevillinger med henblik på afvikling af formodede pukler til mere permanente bevillinger og strukturelt baserede tiltag. I forbindelse med den nye regerings reformer blev der således i særdeleshed sat fokus på forskellige incitamenter til nedbringelse af ventelisterne, såvel økonomiske som hierarkiske. Det er f.eks. siden 1997 blevet gjort meget klart over for det ledende personale i de ansvarlige sundhedsdistrikter, at ventelisterne skulle ned. Presset har sågar medført, at der blev talt om et "frygtens klima" (120).

Det er stadig uklart præcis hvor effektfulde incitamenterne har været, eftersom det ikke er lykkedes at lokalisere nogle samlede evalueringer af Labour-regeringens ventelisteinitiativer. Når det er sagt, er der dog tegn på, at de ambitiøse reformer har haft en effekt på ventelisterne – især på de meget lange ventetider. Antallet af patienter, der ventede mere end 12 måneder på behandling faldt således fra 208.000 patienter i september 1988 til ca. 42.000 patienter i september 2001 (3).

En afledt konsekvens af det massive fokus på at nedbringe ventelisten til operation i 1998/1999 var imidlertid en betydelig stigning i ventetiderne til ambulant behandling. Således steg antallet af patienter, der ventede over 13 uger, fra 248.000 i marts 1997 til 456.000 patienter i marts 1999. Andelen, der blev set inden 13 uger, faldt i samme periode fra 83 pct. til 77 pct. I marts 1999 ventede 144.000 patienter ligeledes mere end 26 uger (121). I år 2000 og 2001 kom der imidlertid fokus på og dermed penge til ambulant behandling. Ventetiden og antallet af patienter, der ventede mere end 13 uger, faldt til 284.000 i marts 2001. Der var dog stadig godt 82.000 patienter, der ventede mere end 26 uger (121).

I sommeren 2003 udgav det engelske sundhedsministerium en række ventelistetal, der kunne tyde på, at ventetiderne til både ambulant og indlæggelseskrævende behandling er faldet markant de sidste par år. Det samlede antal ventende patienter på NHS' ventelister var således faldet til under én million patienter. I 1997 befandt der sig således 1.220.100 patienter på listen, mens der i juni 2003 var 999.600 ventende NHS-patienter, hvilket svarer til et samlet fald på 165.400 patienter. Samtidig var der i juni 2003 kun registreret 34 patienter med ventetider over 12 måneder. Det er 20.500 færre end i juni 2002 og 30.200 færre end i 1997. Antallet af patienter, der ventede på ambulant behandling, viste også markante fald i samme opgørelse. Knap 200 patienter ventede i juni 2003 mere end 21 uger på ambulant behandling, hvilket er 29.900 færre end i juni 2002. Endvidere faldt antallet af patienter med ventetider over 13 uger for ambulante behandlinger med 86.700 patienter mellem juni 2002 og juni 2003. Der var dog stadig 158.800 patienter med ventetider over 13 uger (85).

I forbindelse med offentliggørelsen af de officielle ventelistestatistikker er der i øvrigt flere gange blevet sat spørgsmålstegn ved datakvaliteten i de observerede ventetider, hvilket udgør en komplicerende faktor i forhold til tolkningen af ventelisteinitiativernes effekter. Allerede i 1998 blev det antydnet, at det observerede fald i ventelisterne kunne være sket som følge af "administrative tilpasninger" af ventelisterne (2). Dette blev bekræftet i december 2001, hvor den engelske Rigsrevision kunne afsløre, at en række *NHS trusts* havde foretaget såkaldt "upassende justeringer" af deres ventelister (122). Begrebet "upassende justeringer" dækkede både over fejlagtige rutiner, direkte manipulering samt forfalskninger af ventelisterne. Justeringerne begyndte, da ventetidsreformen blev introduceret og tiltog i omfang, efterhånden som presset på systemet blev øget. De dengang afslørede justeringer omfattede ca. 6.000 patienter, og har derfor ikke i sig selv kunnet forklare faldet i antallet af patienter på ventelisterne. Modsat kan man frygte, at et system, der bl.a. har været parat til at lave dokumentfalsk for at få de officielle ventelister nedbragt, også kan have søgt at påvirke efterspørgslen på andre måder for at nedbringe ventelisternes tilsyneladende omfang. Der kan derfor stilles spørgsmålstegn ved, i hvilken grad der har været tale om en

reel effekt på ventetiderne, og i hvilken grad de noterede nedgange i ventelisterne kan være et resultat af forkerte og misvisende indberetninger.

Endelig har indføringen af øget præstationsstyring, og her især det omtalte *star rating* system, haft betydelig utilsigtede, negative konsekvenser. F.eks. svarede 20 pct. af de adspurgte læger i en undersøgelse, at de ofte opprioriterede patienter, der var tæt på at nå den maksimale ventetidsgrænse på 18 måneder, selvom de ikke ville have fulgt samme behandlingsrækkefølge, hvis de udelukkende skulle anvende den sædvanlige kliniske prioritering (122).²⁷

Finland

Introduktion

Det finske sundhedsvæsen drives af kommunerne efter meget overordnede og brede rammer sat af Social- og Sundhedsministeriet. Kommunerne udbyder både behandling på hospital og i sundhedscentre. Hospitalerne er organiserede i større hospitalsdistrikter, hvor flere kommuner er sammenlagt i et slags sygehusfællesskab. Systemet er finansieret af flere forskellige offentlige kilder samt begrænset brugerbetaling. Litteratursøgningen identificerede kun få artikler omhandlende de finske ventelister og skrevet på de "skandinaviske" sprog eller engelsk.

Med hensyn til status på den finske ventelistesituation var der ifølge en pressemeddelelse fra Social- og Sundhedsministeriet i 2002 ca. 110.000 patienter, der havde ventet mere end de maksimalt 3 uger på ambulant behandling, mens 165.000 patienter havde ventet mere end de foreskrevne maksimalt 3 og 6 måneder på specialiseret behandling (123). Samtidig er der blevet lokaliseret betydelige forskelle i ventetiderne til en række operationer, hvor ventetiderne til hofte- og knæledsoperationer f.eks. varierer fra 1 til 18 måneder, mens ventetiderne til operation for grå stær varierer fra under 1 måned til 2 år (124;125). Der er i øvrigt ikke frit sygehusvalg for almindelige patienter i det finske sundhedsvæsen (124).

På trods af de relativt lange finske ventetider erklærede 81,3 pct. af finnerne sig interessant nok tilfredse med deres sundhedsvæsen i en patienttilfredshedsundersøgelse fra 1996. Dermed kom det finske sundhedsvæsen ind på en andenplads i undersøgelsen, der inkluderede 15 lande. Danmark indtog førstepladsen med 90,6 pct. tilfredse borgere (126).

²⁷ En tidligere DSI-publikation har i øvrigt behandlet de nylige engelske erfaringer med præstationsstyring samt de resulterende utilsigtede konsekvenser på mere indgående vis (102).

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne

Eftersom det finske sundhedsvæsen i høj grad beror på decentrale beslutninger i de enkelte kommuner og i de enkelte sygehusfællesskaber, har den finske ventelistepolitik hidtil ikke været karakteriseret ved samme store nationale ventelistetiltag, som f.eks. har været tilfældet i lande som Danmark, England og Norge. Af samme grund er der kun lokaliseret begrænset litteratur om større finske initiativer, hvorfor fremstillingen også inddrager nyligt *planlagte* ventelistetiltag.

Det første, større centrale ventelisteinitiativ lokaliseret i litteratursøgningen begyndte i 2002, hvor den finske regering besluttede at tildele sygehusdistrikterne i alt 25 mio. Euro i øremærkede merbevillinger til nedbringelse af ventelisterne til såvel forundersøgelse som egentlig behandling. Efter aftale blev den statslige merbevilling matchet af kommunerne, der ligeledes bevilgede i alt 25 mio. Euro til nedbringelse af ventelisterne (123). 25 pct. af pengene skulle benyttes til at begrænse ventelisterne på primærniveau, mens de resterende midler skulle bruges til at nedbringe ventetiderne til operationer og øvrige behandlinger (127).

I sommeren 2002 vedtog den finske regering samtidig en principbeslutning om, at alle indbyggere i fremtiden skal garanteres sundhedsfaglig behandling indenfor rimelig tid. Det blev samtidig vedtaget, at principperne omkring retten til behandling skulle nedfældes i lov inden udgangen af 2004. Der blev knyttet en årlig merbevilling på 104 mio. Euro til opnåelse af målsætningerne i principbeslutningen (ikke kun til ventetidsmålsætningerne) (128). I forbindelse hermed blev der i juli 2002 nedsat en arbejdsgruppe, der bl.a. havde til opgave at komme med forslag til ny lovgivning samt ventelistetiltag. I begyndelsen af 2004 afleverede arbejdsgruppen sin rapport, der indeholdt nedenstående hovedforslag (129).

For det første skal de maksimale ventetider skrives ind i den nationale sundhedslovgivning. Arbejdsgruppen foreslår, at de maksimale ventetider til ikke-akut konsultation i primær-sektoren sættes til 3 dage, mens ventetiden til forundersøgelse på sekundært niveau maksimalt må ligge på 3 uger fra henvisning og ventetid til egentlig behandling på 6 måneder.²⁸ Det skal samtidig indskrives i lovgivningen, at patienterne har ret til behandling andetsteds og på hjemkommunens regning, såfremt de ikke kan blive behandlet indenfor de angivne maksimale tidsrammer.

For det andet foreslås det, at sygehusdistrikterne i fællesskab skal nå til enighed om hvilke indikationskriterier, der skal udløse behandling, hvormed de betydelige regionale forskelle i behandlingspraksis forsøges udjævnet.

²⁸ Ventetiden til psykiatrisk hjælp og behandling til børn og unge foreslås fastholdt på de eksisterende tre måneder.

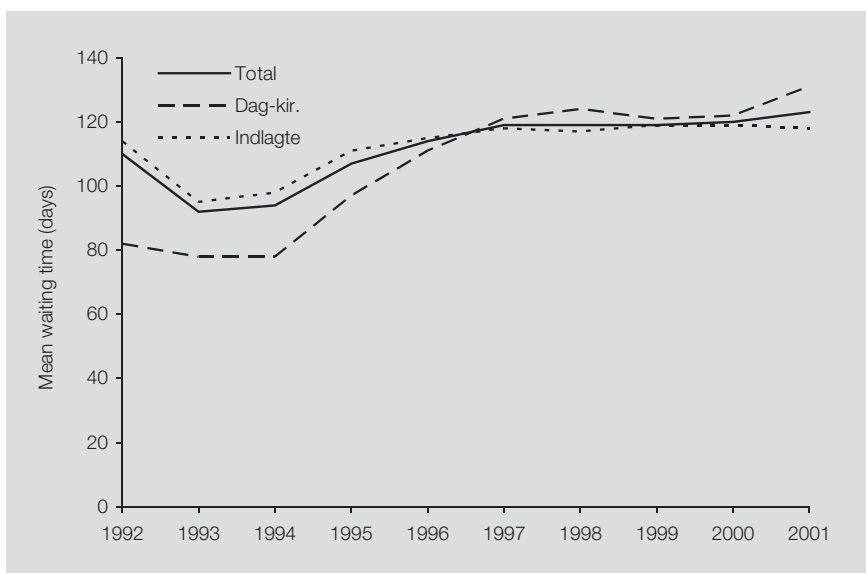
Regionale forskelle i behandlingspraksis er gentagne gange blevet fremhævet som et betydeligt kvalitetsproblem i det finske sundhedsvæsen (130). Arbejdsgruppen har allerede udarbejdet retningslinjer for 11 centrale sygdomsgrupper og der er opnået enighed om indikationskriterier på det kirurgiske område (131). Det er meningen, at der inden udgangen af 2004 skal vedtages nationale anbefalinger for samtlige sygdomsgrupper.

Endelig foreslår arbejdsgruppen også en tættere opfølgning på og kontrol af tilgængeligheden til sundhedsydelser. Der skal således etableres fælles ventelistedefinitioner og -opgørelser, som de enkelte enheder har pligt til at følge og deltage i. Alle ventelisteopgørelser skal i øvrigt være offentligt tilgængelige (129).

Effekter af ventelisteinitiativerne

Det fremgår af nedenstående figur, at et ellers generelt øget fokus på ventelisterne ikke har haft nogen observerbar effekt på de gennemsnitlige ventetider til behandling, der tværtimod er steget med 1,5 pct. om året mellem 1992 og 2001 (3).

Figur B-6: Gennemsnitlig ventetid for behandlede patienter (samlet, ambulant, sengeliggende)



Kilde: (3)

Det er ikke lykkedes at lokalisere nogen systematiske evalueringer af de nyligt gennemførte initiativer, hvorfor det også er vanskeligt at konkludere på deres effekter. Ifølge en opgørelse fra det finske Social- og Sundhedsministerium havde de ekstra 50 mio. Euro indtil juni 2003 resulteret

ret i 60.000 behandlinger (123). Ifølge en beregning fra sygehusdistrikterne lavet i 2002 ville det imidlertid koste i alt 130 mio. Euro at nedbringe de observerede ventelister til ambulant behandling samt sygehusbehandling (132), hvorfor det er yderst tvivlsomt, om de bevilligede 50 mio. Euro vil have nogen markant og blivende effekt på de finske ventelister. I dansk sammenhæng er det i øvrigt interessant, at den kommende finske maksimale ventetidsgaranti sættes til 6 måneder, hvilket jo er markant længere end den danske behandlingsgaranti på 2 måneder.

Afslutningsvis er der en enkelt finsk artikel der fortjener omtale, selvom den ikke omhandler specifikke ventelistetiltag (133). Artiklen fokuserer på, om der er en sammenhæng mellem omfanget på ventelister og operationsraterne for et givent optagsområde. For at svare på spørgsmålet sammenlignes ventelisterne for syv kirurgiske procedurer med operationsraterne, der blev trukket fra *The Finnish Hospital Discharge Register*. Venteliste-tallene stammer fra en forespørgsel til de finske hospitaler foretaget i 1987. Operationsraterne stammer ligeledes fra året 1987. Undersøgelsen konkluderede, at der for fem af behandlingerne var en positiv korrelation mellem længden af ventelisterne og en høj operationsfrekvens.²⁹ Resultaterne viser med andre ord, at flere af behandlingsområderne med en høj operationsfrekvens også havde de relativt længste ventelister. En af årsagerne til den observerede sammenhæng kan ifølge artiklen ligge i forskelle indenfor den medicinske praksis. Indikationerne for operation indenfor de pågældende behandlingsområder var således også forholdsvis uklare. Resultaterne peger altså på, at årsagen til lange ventelister tilsyneladende ikke skyldes utilstrækkelige ressourcer, men nok i højere grad bør tilskrives såkaldt udbudsinduceret efterspørgsel i forbindelse med variationer i lægernes henvisnings- og behandlingsmønstre (133).

Holland

Introduktion

Det hollandske sundhedssystem er baseret på en kombination af social forsikring og privat forsikring. Den mest velhavende tredjedel af befolkningen har således mulighed for at fravælge det offentlige system til fordel for en privat forsikringsordning, mens resten af befolkningen kan vælge mellem en række konkurrerende offentlige sygekasser. Ca. 80 pct. af sygehusene er private non-profit organisationer, mens resten er drevet af det offentlige.

²⁹ Der var en statistisk signifikant sammenhæng for skævt storetå, herniorrhapi og for fjernelse af livmoderen, mens sammenhængen var positiv men ikke signifikant for fjernelse af galdeblæren og fjernelse af hæmoroïder. Der var ingen sammenhæng for operation for åreknuder, mens der var en negativ korrelation for grå stær operationer.

Den hollandske debat om ventetider til behandling startede for alvor i 1994, da en lovændring medførte, at arbejdsgiverne frem for staten fremover skulle betale sygedagpenge til de ansatte. Formålet med lovændringen var en øget indsats fra arbejdsgivernes side for at få sænket sygefraværet, hvilket også lykkedes. En bivirkning ved ændringen blev dog de første initiativer til arbejdsgiver-finansierede sundhedsklinikker, hvor ansatte kunne blive behandlet uden ventetid og dermed spare arbejdsgiverne for væsentlige udgifter. Klinikkerne blev efter meget modstand siden nedlagt, men diskussionen havde affødt et øget fokus på ventelister og problemerne omkring dem.

Opgørelser over de hollandske ventetider til behandling er først blevet systematisk indsamlet siden år 2000, og det er endnu ikke alle sygehuse, der bidrager med information. Informationen er desuden karakteriseret ved, at de enkelte sygehusafdelinger ikke har været forpligtigede til at indsende information om ventetider, og derfor ofte kun indsender information om udvalgte behandlinger. Universitetshospitalerne og de private hospitaler har desuden heller ikke været omfattet af ventetidsregistreringen (134). På trods af at ventetiden til sygehusbehandling gennem en del år har stået højt på den politiske dagsorden, eksisterede der således i længere tid begrænset viden om de hollandske ventelisteforhold. I 2002 og 2003 afsatte regeringen derfor øremærkede midler af til forbedring af datakvaliteten i ventetids- og ventelisteopgørelserne (3).

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelisterne

Et af de første egentlige initiativer til bekæmpelsen af de hollandske ventelister blev etableret i 1997. I perioden mellem 1997 og 2000 bevilligede den hollandske regering 332 mio. gylden (ca. 1,1 mia. kr.) til en ventelistepulje rettet mod flere behandlinger på sygehusene (135). Sygehuse med lange ventelister samt sygehuse, der etablerede initiativer til bekæmpelse af ventelisterne, var berettigede til midler fra puljen. 79 ud af i alt 109 sygehuse modtog penge fra puljen (3).

De senere år er der samtidig blevet introduceret initiativer, der øger hospitalernes incitament til at begrænse ventetiderne til behandling. Udbyderne af sundhedsydelser er således blevet enige om ensartede definitioner og registreringer af ventetiderne, hvilket muliggør et samlet overblik og sammenligninger. Samtidig har den hollandske hospitalsammenslutning (NVZ), på baggrund af de ensartede ventelistedata, introduceret en landsdækkende hjemmeside (<http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/pub/html/wachttijden.php>), hvor patienter og praktiserende læger kan få et overblik over de aktuelle ventetider for specifikke hospitaler og specifikke behandlingstyper. Hver tredje semester samler NVZ ventetidsinformationerne og runder dem til alle hospitaler, hvormed der foretages en form for benchmarking af deres præstationer på ventetidsområdet (3).

De praktiserende læger er i øvrigt frit stillet til at henvise patienter til de sygehuse, der kan præstere de laveste ventetider til den pågældende behandling, hvilket betyder, at hospitalerne må konkurrere med hinanden om lave ventetider – i hvert fald på behandlingsområder med mobile patienter. Patienter kan også henvises til flere sygehuse ad gangen, og derefter vælge behandlingsstedet, der kan levere behandlingen med mindst ventetid. Endelig er sygekasserne også begyndt at tilbyde "ventetids-mediering", hvor de, på vegne af patienterne, sørger for at vælge alternative behandlingssteder med kortere ventetider end på det først udpegede hospital (3).

Et andet større nationalt initiativ rettet mod nedbringelse af ventetiderne kom i 2000, med fastsættelsen af en ventetidsnorm for patienter der venter på sygehusbehandling. Ventetidsnormen blev indgået mellem de organisationer, der repræsenterer henholdsvis hospitalerne, lægerne og sygekasserne (3). Ventetidsnormen angav i første omgang, at 80 pct. af ventelistepatienterne skulle være behandlet inden for 7 uger, og at 80 pct. af de patienter, der ventede på ambulant behandling, skulle være behandlet indenfor 6 uger (136). Efterfølgende er ventetidsnormerne blevet udviklet og indskærpet, så 80 pct. af patienterne nu skal have adgang til konsultation/behandling indenfor 2 dage hos praktiserende læge, 3 uger for diagnose og forundersøgelse på sygehuse, ved specialister og Riagg (*Regional Institute for Mental Welfare*), 4 uger ved ambulante behandlinger og 5 uger for egentlig klinisk behandling. Fra 1. januar 2003 har ventetidsnormerne været "bindende" for de behandlende institutioner, (137), om end der ikke er knyttet eksplicitte sanktioner til overholdelse af normerne (138).

Udover initiativer direkte rettet mod incitamenterne for opretholdelse af ventetider og ventelister har Holland også gennemført ændringer i finansieringsformerne. Disse ændringer har hovedsagelig sigtet mod øget produktivitet på sygehusene, og har således fokuseret på udbudssiden. Fra 2000 har hospitalerne således modtaget ressourcer vha. aktivitetsbaseret finansiering i stedet for de tidligere bloktilskud. Siden 2003 er hospitalerne begyndt at overgå til DRG-relateret finansiering (*kaldet Diagnosis treatment combination - DBC*), hvilket signalerer et yderligere øget fokus på efterspørgselsbaseret styring frem for den tidligere udbudsorienterede tilgang (3;138). Ændringerne i finansieringsformerne er også forsøgt justeret, så aktivitetsstigninger især foregår på de ventelistetruede behandlingsområder. Dette sker f.eks. ved, at meraktivitet af patienter på ventelisterne takseres dobbelt i afregningssystemet (3;138).

Effekter af ventelisteinitiativerne

Initiativet med ventelistepuljen fra 1997 blev evalueret af det hollandske analyseinstitut Prismant. Prismant konkluderede, at selvom de ekstra midler havde givet flere operationer, så var ventelisterne ikke blevet væsentligt kortere (135;139). Det blev endvidere konkluderet, at de økonomiske ekstrabe-

villinger ikke var en tilstrækkelig løsning på ventelisteproblematikken. I perioden marts 1998 til marts 2000 blev den samlede venteliste for operationer kun reduceret med 7.676 patienter – fra 85.876 patienter til 78.200 patienter. Samtidig steg ventelisterne for dagkirurgi fra 65.302 patienter til 69.500 patienter, hvilket giver en stigning på 4.198 patienter. De fleste sygehuse brugte de økonomiske ekstrabevillinger fra puljen til at foretage flere operationer indenfor de behandlingsområder, hvor ventelisterne var længst. Dette førte til en stigning på henholdsvis 7 pct. i antallet af hofteoperationer, 33 pct. i antallet af knæoperationer og 27 pct. flere operationer imod grå stær. Trods denne stigning i antallet af operationer blev ventelisterne inden for områderne kun reduceret marginalt eller stagnerede. Ventetiden for grå stær-operationer med sygehusindlæggelse faldt f.eks. kun fra 16 uger til 15 uger, på trods af at aktiviteten i samme periode blev øget med 27 pct. (135;139).

Initiativet med ventetidsnormerne fra 2000 så heller ikke umiddelbart ud til at have succes med nedbringelse af de hollandske ventelister og ventetider. En undersøgelse fra 2001 fandt, at de fastsatte ventetidsnormer i mange tilfælde ikke blev overholdt (140;141). Nedenstående tabel viser, at mens ventetidsnormen (Treek-norms) på daværende tidspunkt foreskrev, at 80 pct. af sygehuspatienterne skulle behandles indenfor 5 uger, så ventede 36 pct. af patienterne længere. Mens alle patienterne ifølge normen skulle behandles indenfor 8 uger, måtte 23 pct. af patienterne vente længere i praksis.

Tabel B-1: Ventetider for elektiv behandling i Holland

Acceptabel ventetid ifølge patienterne	Treek-normer	Faktisk ventetid
<i>Ambulante klinikker</i> Gnst. Ventetid: 2,8 uger 75 pct. anser ventetid <3 uger som rimelig 6,5 pct. anser ventetid >5 uger som rimelig	80 pct. venter <3 uger 100 pct. venter <5 uger	Gnst. Ventetid: 5,2 uger 46 pct. venter <3 uger, 54 pct. venter længere 67 pct. venter <5 uger, 33 pct. venter længere
<i>Hospital</i> Gnst. Ventetid: 2,4 uger 76 pct. anser ventetid <4 uger som rimelig 1 pct. anser ventetid <8 uger som rimelig	80 pct. venter <5 uger 100 pct. venter <8 uger	Gnst. Ventetid: 5,3 uger 64 pct. venter <5 uger, 36 pct. venter længere 77 pct. venter <8 uger, 23 pct. venter længere

Kilder: (140;141)

Hvis man ser på de bagudrettede, gennemsnitlige ventetider for patienter, så ser det heller ikke ud til, at vedtagelsen af ventetidsnormer havde nogen effekt på ventetiderne. Nedenstående tabel B-2 viser, at de gennemsnitlige ventetider tværtimod steg for samtlige de 11 omfattede behandlingsgrupper fra 2000 til 2001.

Tabel B-2: Gennemsnitlig ventetid i uger for allerede behandlede patienter

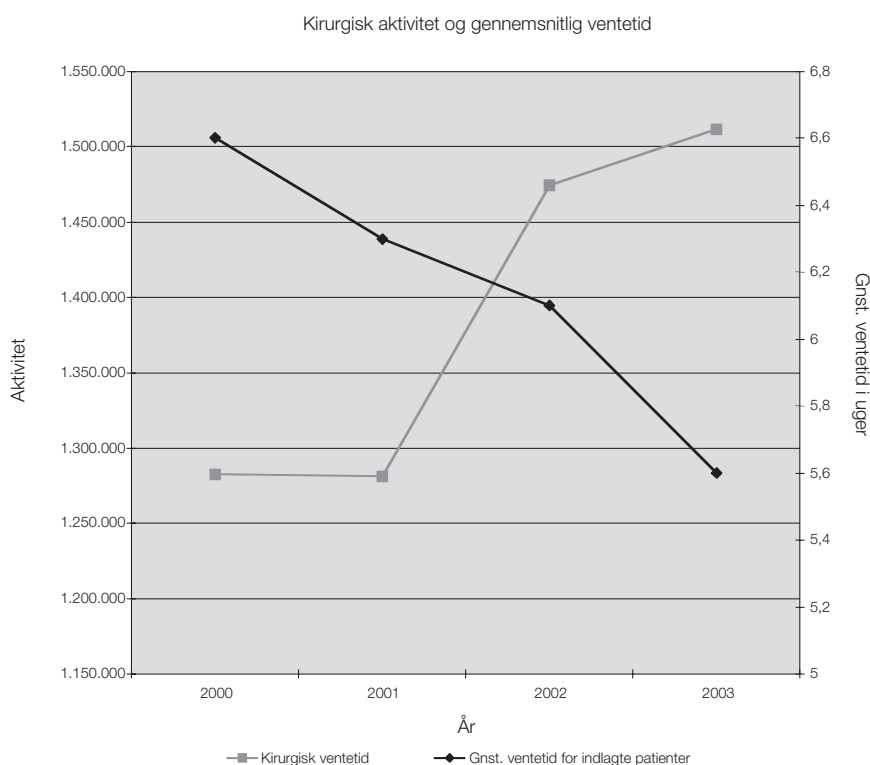
Procedure	2000	2001	Ændring i pct.
Operation for grå stær	15,8	16,6	5 pct.
PTCA	2,6	11,9	366 pct.
Coronar-bypass	-	17,8	-
Fjernelse af galdeblæren	10,1	13,0	29 pct.
Operation for brok	10,8	12,4	15 pct.
Prostataoperation	8,6	9,2	7 pct.
Fjernelse af livmoderen	8,7	9,5	9 pct.
Knæartroskopi	12,1	13,1	8 pct.
Hel og delvis udskiftning af hofte	13,7	15,4	12 pct.
Udskiftning af knæ	12,2	17,4	43 pct.
Operation for åreknuder	15,3	18,3	20 pct.

Kilde: (3)

I en rapport fra bl.a. det hollandske sundhedsministerium udgivet i 2002 blev det konkluderet, at dårlig planlægning og organisering var skyld i ventetiderne (142). Den traditionelle opfattelse af, at det er mangel på penge og kapacitet, der forårsager ventelisterne, vurderes som værende en mindre betydende faktor. Årsagerne til ventelisterne skal ifølge rapporten i stedet findes i dårlig prioritering og planlægning på sygehusene. Sygehusledelserne udnytter ikke de eksisterende muligheder for at effektivisere behandlingerne på sygehusene (142). Rapporten fremhæver, at sygehusledelserne ikke tilrettelægger, hvordan de kan udnytte kapaciteten optimalt i forhold til behandling af ventelistepatienter, f.eks. ved hjælp af handlingsplaner. Rapporten viser videre, at kun et sygehus ud af otte har forsøgt at udarbejde en handlingsplan. Her blev handlingsplanen i øvrigt aldrig implementeret i praksis. Ifølge rapporten har organiseringen og arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene haft stor indflydelse på ventetiderne. Det er kendetegnende, at sygehusene hurtigt indfører og accepterer ny medicinsk teknologi, hvilket derimod ikke er tilfældet, når det gælder implementering af organisatoriske forandringer og *best practice* for ventetidsbehandlinger. Rapporten anbefaler, at man fremover skal belønne sygehuse, der er innovative på dette område – da det ellers bliver svært at skabe den nødvendige forandring. Rapporten peger endvidere på, at det er en almindelig opfattelse indenfor sygehussektoren, at personalemangel er en væsentlig årsag til ventetidsproblematikken. I den forbindelse antyder rapporten, at personalemanglen flytter sygehusledelsens fokus væk fra problemerne med at udnytte de eksisterende personaleressourcer optimalt. Sygehusledelserne bør i stedet blive bedre til at pleje og stimulere det nuværende personale – bl.a. ved at give personalet mere ansvar. Det vurderes, at en reduktion i personalets sygefravær på 1 pct. vil udløse mere arbejdskraft, end der på nuværende tidspunkt er mangel på (142).

Modsat de hollandske venteliste-initiativer fra slutningen af 90'erne og begyndelsen af 2000 er der tegn på, at de seneste initiativer har haft en effekt. Det er svært at sige, om det hovedsageligt er den øgede produktion via målrettet aktivitetsbaseret finansiering eller ændringerne i incitaments-strukturerne i form af ventetidsmediering og -benchmarking der har medført de faldende ventetider, men tendensen virker markant (jævnfør nedenstående figur B-7). Det fremgår ikke af litteraturen om de hollandske ventelister, hvordan den betydelige meraktivitet har påvirket efterspørgslen efter elektiv behandling, men ifølge erfaringerne fra andre lande vil det øgede udbud sandsynligvis medfører ændringer i henvisningsmønstrene, hvilket kan føre til pres for stigende sundhedsudgifter og/eller øgede ventelister og -tider.

Figur B-7: Udviklingen i kirurgiske behandlinger og gennemsnitlig ventetid i Holland



Kilde: (138)

Holland er interessant nok det eneste land med et forsikringsbaseret sundhedssystem, hvorfra der er identificeret studier, der på systematisk måde har indsamlet ventetidsdata. Dette skyldes formodentlig, at den hollandske regering, ved central registrering af ventelister og ventetider samt ved imple-

menteringen af ventetidsnormer mv., har gjort ventelister til et nationalt problem. Således er ventetid til sygehusbehandling ikke længere blot et problem mellem den enkelte sygekasse og patienten, men til dels også en sag mellem patienten og regeringen. De eksisterende dataindsamlinger har identificeret et ventelisteproblem, der umiddelbart har lignende omfang ift. den danske ventelistesituation. Dette er interessant, i lyset af at det danske sundhedsministerium, i en sammenligning mellem Danmark og Holland fra 1999, dvs. før der eksisterede gode systematiske opgørelser af ventetiden i Holland, konkluderede, at ventelister i Holland formodentlig ikke udgjorde noget stort problem (143). Det er således ikke utænkeligt, at en bedre registrering i andre lande med forsikringsbaserede sundhedssystemer også ville afsløre betydelige ventetider til behandling.

New Zealand

Introduktion

Det new zealandske sundhedssystem er kendetegnet ved universel dækning og finansieres primært gennem de offentlige skatter. Ventelister og rationering/prioritering har været meget omdiskuterede emner i New Zealand siden starten af 90'erne. En analyse af sundhedssystemet fra 1991 konkluderede således bl.a., at ventetider til sygehusbehandling var et sundhedsvæsenets væsentligste problemer. Undersøgelsen identificerede desuden en række administrative problemer samt betydelige problemer i forhold til ulighed i adgang (144). De daværende problemer med ventelister medførte bl.a., at mange læger tidligere henviste deres patienter til behandling, inden patienterne overhovedet havde et reelt behov for behandling. På den måde kunne der sikres adgang til ventelisterne, når behovet over tid materialiserede sig hos de pågældende patienter (145).

Siden begyndelsen af 90'erne har det new zealandske sundhedsvæsen gennemgået flere reformer. Et tilbagevendende diskussionsemne i forbindelse med vedtagelsen af reformerne i 1993, 1996 og senest i 1999 har været ventetiderne og antallet af personer på venteliste til sygehusbehandling. Selvom der således har været megen fokus på ventelistesituationen, så udgør ventetiderne fortsat et problem i det new zealandske sundhedssystem (3).

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelister

I 1993 blev det new zealandske sundhedssystem fundamentalt ændret gennem en sundhedsreform, der havde flere overordnede formål. Reformen sigtede bl.a. mod nedbringelse af ventelisterne til sygehusbehandling, øget lighed i adgangen til sygehusvæsenet, øget effektivitet og en generelt bedre sygdomsforebyggelse (144). Reformen byggede på en adskillelse af køber- og sælgerrollerne i sygehusvæsenet og betød bl.a., at sygehusene nu skul-

le konkurrere mod hinanden. De 14 folkevalgte sundhedsbestyrelser blev udskiftet med fire regionale sundhedsmyndigheder (RHA - Regional Health Authorities). Disse skulle fremover fordele ressourcerne og "købe" ydelser af 23 nyoprettede "sundhedsentrepriser" (CHE - *Crown Health Enterprises*), der efter reformens indførelse sørgede for driften af de offentlige sygehuse. Entrepriserne skulle byde på servicekontrakter udbudt af de regionale sundhedsmyndigheder, hvilket skulle øge effektiviteten og give flere penge til kerneydelserne (146). Adskillelsen af køber og sælger skulle ikke kun øge konkurrencen mellem de forskellige entrepriser, men også mellem entrepriserne og private udbydere (145).

På trods af de omfattende sundhedsreformer i begyndelsen af 90'erne fortsatte de new zealandske ventelisteproblemer, og i 1996 blev de markedsfokuserede tiltag rullet noget tilbage. Entrepriserne blev omdøbt til den mere neutrale betegnelse "*Hospital and Health Services*", og blev ikke længere betegnet som for-profit institutioner. Samtidig blev "konkurrence" delvist erstattet med "samarbejde" som definerende begreb i beskrivelsen af det new zealandske sundhedssystem, og de regionale sundhedsmyndigheder blev udskiftet med én enkelt "køber" kaldet *the Health Funding Authority* (HFA) (147). Samtidig blev der sat fart på et tidligere forslag fra regeringens rådgivende udvalg på sundhedsområdet (*National Advisory Committee on core Health and Disability Services*) om, at ventelisterne med fordel kunne udskiftes med bookingsystemer (148). Bookingsystemerne blev gradvist indført fra 1996, men blev først formelt indført for alle offentlige sygehuse 1. juli 1998. Samtidig blev der bevilget ekstra 84 mio. NZ\$ pr. år over en treårig periode, så det nye system ikke blev overbelastet af tidligere tiders opsparede ventelister (146).

Det grundlæggende princip i bookingsystemet er, at alle elektive patienter tildeles point ud fra en række eksplicitte kriterier³⁰ (*Clinical Priority Assessment Criteria - CPAC*), der skal virke som indikatorer for både patienternes behov for og potentielle gavn af behandling (93). Patienterne tildes mellem nul (laveste prioritet) og 100 point (højeste prioritet), der derefter er bestemmende for, hvilken prioritet (og dermed ventetid) patienterne tildes i booking-systemet. Der er udviklet eksplicitte kriterier og scoringssystemer for en lang række elektive behandlinger. Samtidig er der opstillet tærskler for, hvilken CPAC-score patienterne skal opnå, før de placeres på listen over patienter med ret til behandling indenfor 6 måneder. Disse kliniske tærskler bygger på kliniske eksperters vurdering af, hvornår det vil være mest hensigtsmæssigt at tilbyde kirurgisk behandling (93). Patienternes adgang til behandling er imidlertid ikke udelukkende afhængig af den klini-

³⁰ De eksplicitte kriterier består af nationale guidelines, der er blevet udviklet gennem en længere proces med fokusgrupper bestående af kliniske specialister såvel som brugere og forskere. Inden den endelige vedtagelse er retningslinjerne samtidig blevet sendt i høring blandt alle registrerede specialister (146).

ske vurdering og CPAC-scoren. Budgetterne i de enkelte sygehusområder er også afgørende for, hvilke pointtærskler der udløser behandling. De finansielle tærskler fastlægges mellem sygehusene og køberne af sygehusydelser ift. historisk og forventet efterspørgsel samt tilgængelige ressourcer (93), der således også er bestemmende for, hvor alvorlig en given lidelse skal være, før patientens pointtildeling udløser en booking til behandling (149). Patienternes adgang til behandling er således både afhængig af, hvilken score de pågældende patienter tildeles og af behandlingstærsklen udstukket af de økonomiske rammer.

På trods af ændringerne i 1996 og yderligere bevillinger fortsatte ventelisterne med at vokse i slutningen af 90'erne og i 1999 blev den konservative regering afsat til fordel for en Labour-ledet koalition, der kort efter, atter en gang, vedtog markante reformer af det new zealandske sundhedssystem. Der blev taget yderligere afstand fra det tidligere fokus på markedskræfter, idet *the Health Funding Authority* blev afskaffet. I stedet blev ansvaret for planlægning og levering af hospitalsydelser overdraget til 21 hovedsageligt folkevalgte sundhedsbestyrelser (*DHB - District Health Boards*).³¹ Det blev vedtaget, at allokeringen af offentlige midler til DHB'erne skulle ske på baggrund af både befolkningsantal og befolkningens relative behov for sundhedsydelser. Samtidig blev der lagt op til øget brug af præstationsmålinger og -styring i form af nationale strategier for sundhedsvæsenet (147). Således vedtog regeringen i begyndelsen af 2000 en ny strategi for nedbringelse af ventetiderne (150).

Strategien for nedbringelse af ventetiderne til elektiv behandling nedlagde fire overordnede mål, der ifølge planen skulle virkeliggøres via syv strategier. De fire mål består af følgende elementer:

- 1) Alle patienter med et behovsniveau, der kan dækkes indenfor de tilgængelige økonomiske rammer, skal maksimalt vente 6 måneder på behandling fra forundersøgelsen.
- 2) De offentligt finansierede sundhedsydelser skal ligge på et niveau, der er tilstrækkeligt til, at patienter kan få adgang til behandling, før de oplever urimelige lidelser, forværret helbred og/eller uarbejdsdygtighed.
- 3) Alle patienter skal have lige adgang til elektiv behandling, uanset hvor i landet de bor.
- 4) En maksimal ventetid på 6 måneder til første forundersøgelse/visitation hos specialist.

I det følgende præsenteres de syv medfølgende strategier og deres praktiske implementering. Hvor andet ikke er nævnt bygger fremstillingen på regeringens ventelistestrategi (150).

³¹ Flertallet af bestyrelsernes medlemmer består af lokalt valgte politikere mens et mindretal af medlemmerne udpeges af Sundhedsministeriet (147).

- 1) Nationalt konsistente kliniske vurderinger:** Udvikling af nationale retningslinjer skal støtte lægerne i deres vurdering af patienternes behov, således at patienterne med de største behov også opnår den hurtigste adgang til behandling. De kliniske retningslinjer skal ikke udgøre et rigtigt scoringsinstrument, men snarere virke som en hjælp i den kliniske beslutningsproces, der i sidste ende afhænger af den lægelige vurdering. Udover øget brug af kliniske retningslinjer foreskriver strategien også øget brug af eksplicite og sammenlignelige evalueringsværktøjer til vurdering af eventuelle regionale forskelle i adgang til elektiv behandling.

I praksis benyttes der i dag tre forskellige former for retningslinjer:

- 1) Henvisningsretningslinjer til brug for de praktiserende læger (*referral guidelines*),
- 2) henvisningsretningslinjer til brug for sygehusene i prioritering af hvilke henviste patienter der først bliver indkaldt til forundersøgelse og visitation (*Access Criteria For First Specialist Assessment*) og
- 3) de kliniske prioriteringskriterier der benyttes af speciallægerne til at vurdere patienternes relative behov og mulighed for at drage nytte af behandlingen (*Clinical Priority Assessment Criteria*) (151).

- 2) Øget udbud af elektive ydelser:** Strategien vil gøre op med de midlertidige bevillinger i form af den såkaldte *Waiting Times Fund*, der udgjorde en betydelig del af de new zealandske ventelisteinitiativer i sidste halvdel af 90'erne (1996 til 2000). I stedet skal ekstrabevillinger udelukkende ydes over en længere periode, og målrettes områder med de største behov og den største ulighed i adgangen.

- 3) Større vished for patienterne:** Ifølge strategien var et af de største problemer med ventelister, at patienterne sjældent fik ordentlig besked på selv de allermest basale spørgsmål, hvilket førte til usikkerhed og dermed utilfredshed. Strategien slår derfor fast, at alle patienter, som et minimum, skal oplyses om sandsynlig diagnose, om hvorvidt de er berettigede til offentligt finansieret behandling, den maksimale ventetid og evt. bookingdato og/eller hvornår de evt. skal genundersøges, samt hvem de skal kontakte i tilfælde af problemer. Afhængig af patienternes prioritet skal de inddeles i tre (fire inkl. henvisning tilbage til praktiserende læge) kategorier bestående af: 1) Patienter der allerede har fået behandlingsdato, 2) patienter der gives vished om behandling indenfor 6 måneder og 3) patienter under aktivt opsyn, hvilket omfatter patienter med behov for elektiv kirurgi, men hvor der enten ikke er ressourcer til det p.t., eller hvor patientens tilstand forventes at udløse behandling indenfor et år eller to. Disse patienter har krav på genundersøgelse hver sjette måned. Endelig er det også muligt at blive henvist tilbage til observation under den praktiserende læge (152).

4) Forbedring af de offentlige sygehuses kapacitet: Ifølge strategien skal dette ske gennem udfasning af midlertidige merbevillinger til fordel for mere bæredygtige, langsigtede bevillinger samt klarere definitioner på de forventede serviceniveauer. Derudover skal der, i en overgangsperiode, åbnes yderligere for brug af private udbydere til at få bugt med eventuelle "pukler" samt til aflastning i perioder med usædvanlig stor efterspørgsel.

5) Forbedret kontakt mellem det primære og det sekundære niveau: Gennem øget og forbedret samarbejde skal der opnås en mere effektiv ventelistehåndtering.

6) Aktiv styring af og fokus på sygehussektorens præstationer: Forventningerne til sygehusenes præstationer skal klargøres gennem vedtagelse af minimumstandarder og øget fokus på og måling af outcome fremfor output. Der skal samtidig fokuseres mere på *best practice* gennem videndeling, øget samarbejde og benchmarking-projekter. Ifølge strategien skal den øgede præstationsstyring bindes tættere sammen med incitamenter (f.eks. øget/begrænset autonomi for sygehusledelserne) til opnåelse af de satte mål. Fokus på outcome fremfor output skal bl.a. indgå i finansieringen af sygehusene, hvor lave ventetider og høj produktion i højere grad skal belønnes.

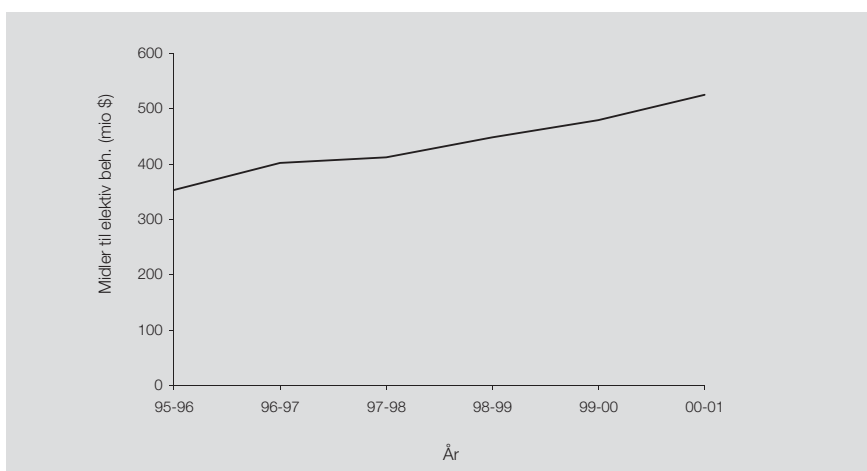
I praksis er regeringens strategi om øget fokus på og styring af sygehusenes præstationer i forhold til ventelisterne blevet udmøntet i otte såkaldte *Elective Services Performance Indicators* (ESPIs). Indikatorerne retter sig alle mod forskellige dele af den elektive behandlingsproces, og opstiller standarder som de forskellige *District Health Boards* skal arbejde mod at overholde. Deres præstationer ift. ESPIerne er offentligt tilgængelige via internettet, hvor resultaterne på de enkelte områder samtidig er markeret med grøn, gul eller rød, alt efter om resultaterne er indenfor eller stærkt på vej mod det forventede niveau (grøn), tæt på det acceptable niveau men stadig med rum for forbedring (gul) eller langt fra det forventede præstationsniveau (rød) (95). Indikatorerne giver således mulighed for indbyrdes sammenligning af de forskellige distrikters resultater på ventelisteområdet.

7) Opbygning af tillid i befolkningen: Dette skal ske gennem bedre kommunikation til borgerne om, hvad de kan forvente af det offentligt finansierede sundhedssystem samt bedre efterlevelse af målsætningerne fra sygehusenes side.

Med hensyn til ressourcer har regeringen gennem de sidste mange år tilført flere penge til bekæmpelse af ventelisterne og her især til elektive behandlinger.

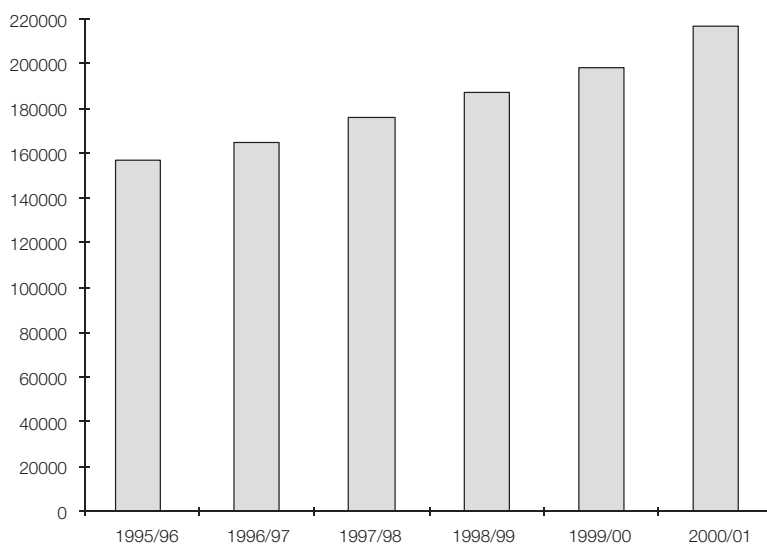
Nedenstående figurer (B-8 og B-9) viser således udviklingen i de offentlige udgifter til elektive behandlinger såvel som selve udviklingen i antallet af behandlinger. Det fremgår, at der er sket en betydelig vækst i ressourcerne til elektive behandlinger, hvilket også har medført en markant stigning i antallet af behandlede patienter (en årlig vækst på 7,4 pct. mellem 1995/96 og 2000/01)(3).

Figur B-8: Offentlige bevillinger til elektive ydelser i New Zealand



Kilde: (3)

Figur B-9: Udviklingen i antallet af offentligt finansierede kirurgiske, elektive udskrivninger i New Zealand



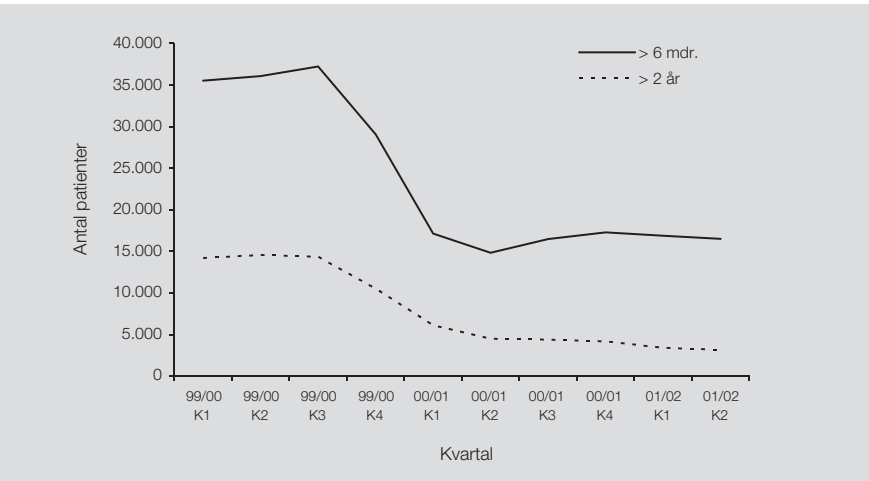
Kilde: (3)

Effekter af ventlisteinitiativerne

Det er vanskeligt at vurdere, hvilken effekt reformen fra 1993 havde på ventelisterne. Det kan dog konkluderes, at ventelisterne ikke umiddelbart blev kortere efter reformen. På trods af at regeringen øgede ressourcerne til sundhedsvæsenet med ca. NZ\$ 100 mio. om året de efterfølgende 4 år, voksede ventelisterne i samme periode med ca. 8.000 personer. Kapitalindsprøjtningerne medførte en reel aktivitetsstigning, dog primært indenfor det akutte medicinske område (145), hvilket samtidig medførte en væsentlig aktivitetsnedgang på det elektive område. Regeringen opfordrede i stigende grad patienter med høj indkomst til at benytte private udbydere, og reformen medførte dermed en øget ulighed i adgangen til behandling, hvilket var stik imod intentionerne om en mindskeelse af uligheden. Incitamenterne til øget effektivitet gennem konkurrence havde heller ikke umiddelbart den ønskede effekt, snarere tværtimod. De lokale sundhedsmyndigheder indgik i højere grad kontrakter med de entrepriser, der kunne tilbyde de laveste priser, og medvirkede derfor til et øget fokus på faldende udgifter frem for effektivisering. Dette resulterede bl.a. i, at entrepriserne afviste patienter fra andre optagsområder end deres eget. Konkurrenceelementerne medførte desuden, at samarbejde og erfaringsudveksling på tværs af entrepriserne ophørte (145).

Evalueringer af effekten af prioriterings- og bookingsystemet peger på, at systemet har haft en effekt på længden af ventelisterne. Nedenstående figur B-10 viser udviklingen fra sidste kvartal af 1999 til første kvartal af 2002 i antallet af patienter, der venter henholdsvis mere end 6 måneder og mere end 2 år på behandling. Det fremgår, at antallet af ventende patienter er faldet betragteligt i begge grupper.

Figur B-10: Antallet af patienter på venteliste der venter mere end 6 måneder og mere end 2 år i New Zealand (3)



Kilde: (3)

En rapport fra det new zealandske sundhedsministerium beretter om udviklingen i ventelisterne, at antallet af patienter på venteliste, der hverken har fået tid til behandling eller sikkerhed for, at de er kvalificerede til at blive behandlet, faldt med 56 pct. fra juni til september 2000 (fra 37.133 til 16.408 personer). I samme periode faldt antallet af patienter, der havde ventet i mere end 6 måneder på at blive behandlet med 43 pct. (fra 26.813 til 15.188 personer). Antallet af patienter der havde ventet i mere end 2 år, faldt i samme tidsrum med 44 pct. (fra 10.100 til 5.686 personer) (153).

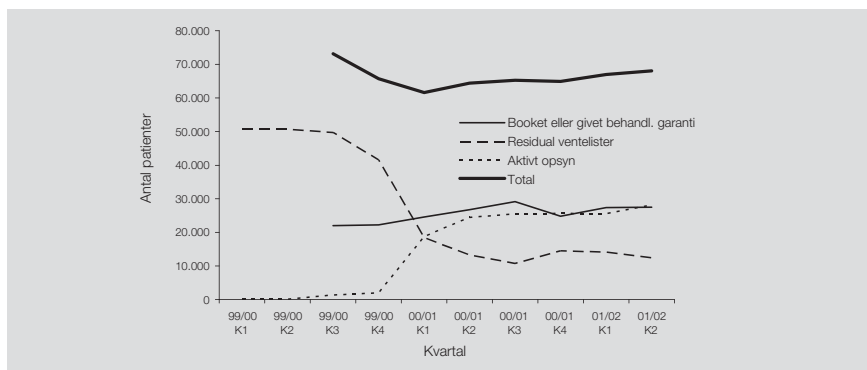
Evalueringer viser dog også, at nedbringelse af ventelisterne blot er en af reformernes konsekvenser, og at de ikke alle kan beskrives som entydigt positive. Et studie fra år 2000 beskriver bl.a., hvorledes systemet ikke har formået at sikre ensartede nationale indikationskriterier i praksis, og at der fortsat ikke er ressourcer nok til at behandle de patienter, der ifølge pointsystemet og de klinisk besluttede tærskler har ret til behandling indenfor 6 måneder (146). Samtidig har der været flere eksempler på markante udsvingninger i de finansielle indikationsniveauer for behandling, hvilket betyder, at patienter på et givent indikationsniveau kan være berettigede til behandling indenfor 6 måneder det ene år, mens tilsvarende patienter ikke nødvendigvis er berettigede i det næstfølgende år. Dette på trods af at regeringen, efter indførslen af systemet, flere gange har tilført ekstra ressourcer for at opnå ligevægt mellem det finansielle og kliniske indikationsniveau for behandling (146;148).

Et nyere studie fra juli 2002 peger ligeledes på, at en del patienter oplever, at de kommer "i klemme" i systemet, fordi de ikke scorer point nok til at opnå en bookning og behandling indenfor de angivne 6 måneder. Når de finansielle og kliniske indikationsniveauer ikke stemmer overens, bliver nogle patienter således sat på en såkaldt *residual-liste* eller "semi-akut" liste på trods af, at de ifølge de nationale standarder for systemet burde have point nok til at blive behandlet. Disse patienter bliver oplyst om, at de grundet finansielle restriktioner ikke kan tilbydes behandling, men at de vil blive placeret på en venteliste og blive tilbudt behandling indenfor de næste 12 måneder, hvis budgetterne tillader det. Problemerne med residual-lister har bl.a. ført til mistanke om, at det hovedsageligt er meget syge patienter, der scorer nok point i systemet til at blive behandlet, og at det samtidig er de patienter, der vil få det relativt mindste udbytte af behandling, fordi de når at blive så dårlige, inden de behandles (93). Samme undersøgelsen bekræfter i øvrigt, at pointscoren er stærkt korreleret med ventetiden, således at patienter med flest points rent faktisk også venter kortest tid på behandling. Samtidig viste undersøgelsen dog også, at ca. 10 pct. af patienterne med et egentligt behandlingskrav (pointscore over eller lig med indikationsniveauet) ikke var blevet behandlet indenfor et år på undersøgelsestidspunktet. Undersøgelsen viste videre, at mens CPAC-systemet nok afspejlede patienternes behov, så formåede det ikke i tilfredsstillende omfang at priori-

tere adgangen til behandling ud fra patienternes relative mulighed for at nyde gavn af behandling (93).

Antallet af patienter på residual-listen er dog faldet betydeligt indenfor de seneste par år, hvilket også fremgår af nedenstående figur B-11:

Figur B-11: Ventelistepatienternes status



Kilde: (3)

Figuren viser dog samtidig en mangedobling i antallet af patienter "under aktivt opsyn". Denne kategori dækker over patienter med et behov for elektiv kirurgi, men hvor patienternes tilstand ikke lever op til kravene for, hvornår den offentlige finansiering dækker en operation. Disse patienter sendes ofte tilbage til løbende opsyn af den praktiserende læge, der kan opgradere patienten, hvis tilstanden forværres.

Implementeringen af bookingsystemet kører nu på ottende år og har været præget af betydelige vanskeligheder, bl.a. omkring opnåelse af ensartet anvendelse af prioritetsværktøjerne og omkring opsigtsvækkende forskelle mellem de klinisk- og finansielt bestemte behandlingstærskler. På trods af de langtrukne startvanskeligheder er ventetiderne dog tilsyneladende faldet, og bookingsystemet har givet et større overblik over de reelle ventetider samt en mere eksplicit og, hævdes det, mere fair prioritering i og med at patienternes behov og mulighed for at nyde gavn af behandling nu vejer tungere end ventetid per se. Samtidig giver systemet en oplagt mulighed for præstationsstyring ift. nationalt vedtagne målsætninger, hvilket også udnyttes bl.a. via offentligt tilgængelig, internetbaseret præstationsmonitorering (<http://www.electiveservices.govt.nz>).

På trods af de mange initiativer og de faldende ventetider udgør ventelisterne imidlertid stadig et betydeligt diskussionsemne på den new zealandske sundhedsdagsorden, hvilket bl.a. afspejles i mediernes fortsatte fokusering på specifikke ventelistepatienters situation.

Norge

Introduktion

Den primære sundhedssektor er i Norge decentralt organiseret under kommunerne. Sygehusvæsenet har gennem de sidste par år gennemgået store organisatoriske ændringer. Fra at have været organiseret regionalt under de norske fylker (svarende til de danske amter), blev sygehuse og øvrige lands- og landsdelsdækkende funktioner fra 1. januar 2002 underlagt staten. Vedvarende problemer med ventelister og ventetider til sygehusbehandling var en af årsagerne til de omfattende norske strukturændringer (154;155).

Sygehusreformen medførte bl.a. oprettelse af 32 såkaldte helseforetak, der udgøres af landets 85 sygehuse og godt 350 specialinstitutioner på sundhedsområdet. Disse institutioner omfatter udover sygehusene også psykiatriske institutioner, ambulanceservice m.v. De 32 helseforetak er organiseret under fem større Regionale Helseforetak, der er underlagt det norske Helsedepartement og dermed landets sundhedsminister. De Regionale Helseforetak fungerer som selvstændige virksomheder, der har ansvaret for, at alle har lige adgang til sundhedsydelse i det pågældende regionale område. Det norske sygehusvæsen er efter reformen reguleret og styret på to niveauer. Overordnet er det staten, der ejer og finansierer sygehusene og sætter de overordnede rammer for budget og aktivitet, mens det er de enkelte helseforetak, der er økonomisk og juridisk ansvarlige og skal sørge for den daglige drift.

Den norske ventelistesituation er kendetegnet ved en mangfoldighed af aktører ift. ventelisteinitiativer. De enkelte helseforetak og de Regionale Helseforetak kører selvstændige initiativer indenfor rammerne af regeringens politiske prioriteringer. Derudover besluttede det norske Storting at overføre en milliard NOK fra den norske oliefond til oprettelse af en "patientbro til udlandet", hvilket betød, at patienter på statens regning blev tilbudt behandling i udlandet. Derudover har den norske sygeforsikring (Trygdeetaten) gennem længere tid kørt en forsøgsordning, hvor sygemeldte kan komme foran i køen og derved hurtigere vende tilbage til arbejdet.

Udover de mange aktører på ventelisteområdet har det norske sundhedsvæsen også gennemgået talrige mindre og større reformer (bl.a. indførsel af aktivitetsbaseret finansiering, fritvalgsordninger og strukturreformen i 2002) gennem de sidste år. De mange aktører og talrige reformelementer er med til at gøre det særdeles vanskeligt at udrede, hvilke initiativer der har ført til hvilke effekter på de norske ventelister. Følgende gennemgang må derfor læses med vanlige forbehold for det mangelfulde datamateriale og evidensgrundlag.

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelister

Det første nationale ventelisteinitiativ i Norge blev igangsat i 1984 med den såkaldte "Aksjon venteliste". Initiativet bestod af en forsøgspulje, hvorfra fylkerne kunne søge tilskud til projekter med henblik på nedbringelse af ventetiden til behandling af ledeligt samt hofte- og hjerteoperationer (49). I perioden 1984-87 blev der samlet bevilliget 66 mio. NOK fra puljen. I 1988 blev midlerne overført til en mere generel udviklings- og effektiviseringspulje på sundhedsområdet, hvor nedbringelse af ventelisterne blot var et af flere formål (49).

I modsætning til f.eks. den danske ventelistebehandling begyndte Norge i slutningen af 80'erne at knytte venteliste-problemet mere eksplicit til prioriteringen af de offentligt finansierede sundhedsydelser. På baggrund af en offentlig udredning om prioritering i sundhedsvæsenet (96) introducerede den norske regering i 1990 en maksimal ventetid på 6 måneder for behandling af ikke-akutte sygdomme. Ventetidsgarantien tog udgangspunkt i de fem prioriteringsniveauer, som ovennævnte udredningskommission var nået frem til i deres rapport fra 1987 (96):

- 1) Første prioritet: Tiltag som er nødvendige, i og med at det har livstruende konsekvenser - for enkeltpatienter, patientgrupper eller samfundet som helhed - hvis de ikke tilvejebringes øjeblikkeligt.
- 2) Anden prioritet: Tiltag som er nødvendige, i den forstand at udeladelse vil få katastrofale eller meget alvorlige konsekvenser på længere sigt - for enkeltpatienter, patientgrupper eller samfundet som helhed.
- 3) Tredje prioritet: Tiltag med dokumenteret nytteeffekt, men hvor konsekvenserne ved udeladelse er klart uønskede, men uden at være så alvorlige som under første og anden prioritet.
- 4) Fjerde prioritet: Efterspurgte tiltag, der antages at have en sundheds- og livskvalitetsfremmende effekt, og hvor skadevirkningerne ved udelukkelse er klart mindre tungtvejende end ved udeladelse af højere prioriterede tiltag.
- 5) Nul prioritet: Sundhedsydelser som er efterspurgt, men hverken betegnes som nødvendige eller har en klart dokumenteret nytteværdi.

Patienter med behov for tiltag i første kategori blev betegnet som akutte patienter og var derfor ikke omfattet af ventetidsgarantien. Ventetidsgarantien fra 1990 dækkede derimod patienterne i den anden prioriteringskategori, der krævede behandling for på sigt at undgå alvorlige konsekvenser for patienten, patientgruppen eller samfundet. I henhold til den nye lovgivning blev det enkelte fylke nu ansvarlig for at fremskaffe behandling til patienter omfattet af garantien. I praksis betød dette, at patienten havde ret til at blive behandlet på et andet offentligt sygehus, i tilfælde af at det lokale sygehus ikke kunne opfylde forpligtelsen (156). Patienterne i de tre resterende kategorier havde ikke krav på behandling indenfor en bestemt tidsramme.

I juli 1997 blev den gamle seksmåneders behandlingsgaranti for ikke-akutte sygdomme erstattet af en ny og skærpet tremåneders behandlingsgaranti samt en garanti på maksimal ventetid til forundersøgelse på 30 dage. Patienterne fik samtidig krav på behandling uden for fylket, herunder også på privathospitaler, såfremt patientens bopælsfylke ikke kunne overholde garantien. Kriterierne for, hvornår garantien trådte i kraft, blev samtidig skærpet, så patienterne fremover blev tildelt den tremåneders behandlingsgaranti, når følgende kriterier var opfyldt (16):

1. Patienten vil forventeligt få et klart og betydelig tab af livslængde og/eller livskvalitet dersom behandling udsættes. Dette kan være smerte/lidelse store dele af døgnet eller væsentlige problemer i forbindelse med vitale livsfunktioner.
2. Der foreligger god dokumentation for, at udsigterne vedrørende livslængde eller livskvalitet dels kan forbedres væsentligt ved aktiv behandling og omvendt vil forværres uden behandling, og dels at senere behandlingsmuligheder og gevinster kan tabes ved en behandlingsudsættelse.
3. De forventede resultater står i et acceptabelt forhold til omkostningerne.

De nye kriterier omfattede i praksis væsentligt færre patienter end den tidligere garanti (49), og det tredje kriterium, om at det forventede resultat skulde stå i et acceptabelt forhold til omkostningerne, var helt nyt.

Samtidig med indførelsen af de skærpede ventetidsmålsætninger i 1997 blev finansieringen af sundhedsvæsenet ændret fra rammestyring, som siden 1980 havde været den dominerende styringsform, til delvist aktivitetsbaseret finansiering ift. DRG-takster (indledningsvist 35 pct.). Baggrunden for finansieringsreformen var bl.a., at det norske sundhedsministerium fandt den tidligere finansieringsmodel utilstrækkelig i forhold til at motivere fylkerne til at prioritere i overensstemmelse med de nationale målsætninger om nedbringelse af ventetiderne (143). Den øgede brug af aktivitetsbaseret finansiering skulle give fylkerne større incitament til at forøge aktiviteten og derigennem reducere ventelister og ventetider. De efterfølgende år blev den aktivitetsbaserede andel af finansieringen gradvist øget, og i 1999 var 50 pct. af sygehusenes midler relateret til aktiviteten, mens de resterende 50 pct. fortsat var budgetlagte rammeoverførsler (157). Siden er andelen af aktivitetsbaseret finansiering sat noget ned, og i 2004 er 40 pct. af de omfattede ydelser relateret til aktivitetsniveauet (158). Før strukturreformen i 2002 adskilte den norske rammestyring sig i øvrigt fra den danske model, i og med at de norske sygehuse og fylker i vidt omfang modtog efterbevillinger i tilfælde af budgetoverskridelser.

I et forsøg på at øge kapaciteten har Norge også forsøgt sig med køb af behandlinger i udlandet. I 2000 besluttede det norske Storting at allokere en milliard NOK fra den norske oliefond til behandling af ca. 10.000 patienter i udlandet over en treårig periode. De fleste behandlinger har været indenfor det ortopædiske speciale samt plastickirurgi (3). I et forsøg på at øge kapaciteten i det norske sundhedsvæsen, er der samtidig blevet tilført betydelige ekstra ressourcer.

De maksimale ventetider blev i starten af 2001 erstattet med en løsere formulering om, at visse patienter har ret til nødvendig behandling indenfor en passende tidsramme, hvilket vurderes på individuel basis (3). Selvom man dermed gik bort fra de fastsatte maksimale ventetider, blev der stadig angivet kriterier for, hvem der havde ret til behandling indenfor "en passende tidsramme". Denne kategori dækkede patienter, der 1) risikerer tab af forventet levetid eller livskvalitet, såfremt behandlingen udskydes og 2) hvor den forventede gevinst af behandlingen står mål med de forbundne omkostninger. I modsætning til tidligere blev retten til behandling samtidig juridisk bindende, idet patienterne fik mulighed for at indgive klager over den oplevede ventetid ift. deres diagnose og tilstand (3).

Siden begyndelsen af 2001 har der været frit sygehusvalg i Norge. Den bagvedliggende idé har været, at sygehusene i højere grad skal konkurrere om patienterne, - både på kvaliteten i de leverede ydelser og på ventetiderne. Derfor er der også blevet oprettet såvel telefonservice samt en central hjemmeside (www.sykehusvalg.net), hvorfra det er muligt at få oplyst de forventede ventetider for en lang række behandlingstyper. De maksimale private rejseomkostninger i forbindelse med frit sygehusvalg er sat til 440 NOK, således at det offentlige betaler de omkostninger, der ligger ud over dette maksimale beløb (3).

Som del af en større strukturreform overtog den norske stat pr. 1. januar 2002 ansvaret for sygehusdriften i Norge. En af baggrundene for den norske sygehusreform var en uklar fordeling af finansieringsansvaret, der medførte vedvarende politiske spil mellem sygehuse, fylke og stat, hvor ventelisterne ofte blev benyttet som pressionsmiddel for flere midler. Den statslige overtagelse af sundhedsvæsenet skulle bidrage til at ændre ventelisternes rolle i dette budgetspil, hvorfor den nye struktur i sig selv forventes at medvirke til at reducere ventetiderne. Et af hovedelementerne i reformen var som sagt, at de norske fylker blev nedlagt, og sygehusdriften overtaget af de fem Regionale Helseforetak, der igen står som ejere af de underliggende datterselskaber, de såkaldte helseforetak. De Regionale Helseforetak fungerer som selvstændige enheder med juridisk og økonomisk ansvar og ledes af statsligt udpegede bestyrelser. Reformen skulle efter hensigten give en bedre overordnet styring, en tydeligere ansvars- og rollefordeling på alle niveauer samt en bedre ressourceudnyttelse. Disse forventede forbedringer

skulle bl.a. resultere i lavere ventetider (159;160). Den nye struktur betyder, at regeringen vedtager de overordnede rammer og prioriteringer, der kommunikeres videre til de Regionale Helseforetak via såkaldte *foretaksmøter* og styringsdokumenter. Disse styringsdokumenter fastlægger de økonomiske rammer for de Regionale Helseforetak samt præciserer regeringens målsætninger, prioriteringer og resultatkrav (159). Indenfor disse rammebetingelser er det op til de enkelte Helseforetak, hvordan de vil løse opgaven. De kan f.eks. frit vælge om de selv vil producere de påkrævede ydelser, eller om de finder det mere hensigtsmæssigt at købe dem fra andre offentlige virksomheder eller fra private udbydere. Ventelisterne blev i øvrigt tillagt høj prioritet i den norske regerings første styringsdokumenter (2002) til de Regionale Helseforetak (159). Det var således gjort meget klart for de nyoprettede helseforetak, at der snarest skulle gøres noget ved ventelisterne på de norske sygehuse.

Effekter af ventelisteinitiativerne

Litteratursøgningen lokaliserede ingen formelle evalueringer af de puljeprosjekter, der blev sat i værk i forbindelse med "Aksjon venteliste", der løb mellem 1984-1988, hvorfor det ikke er muligt at slå fast, om de midlertidige bevillinger havde nogen effekt på ventetiderne og ventelisterne.

Der findes dokumentation for effekterne af prioriteringsinitiativerne fra 1993 og fremad (3). Ventelisteopgørelserne har imidlertid været udsat for en del kritik. En undersøgelse fra 1995 viste f.eks., at mere end halvdelen af patienterne i den undersøgte gruppe ikke levede op til kriterierne for den venteliste-kategori, de stod opført i. Dette skyldtes enten, at de allerede var blevet behandlet, at de ikke ønskede behandling eller at deres tilstand ikke udløste den prioritering, de oprindeligt var blevet tildelt (161). Derfor skal tallene også læses med visse forbehold.

Det fremgår af nedenstående tabel B-3, at ventelistegarantien tilsyneladende ikke havde den store succes med at nedbringe ventelisterne. Selvom antallet af patienter ikke siger noget om de reelle ventetider, så viser tabellen en støt stigning i antallet af garantibrud (dvs. patienter der har ventet mere end 6 måneder på behandling) i perioden. Tabellen viser også, at mens de mediane ventetider fra 1996 og 1997 måske har været acceptable, så fortsatte de med at stige for de observerede behandlinger. Det er dog vigtigt at bemærke, at tallene ikke siger noget om, hvor mange af patienterne der rent faktisk ventede frivilligt på behandling. Det er således muligt, at nogle af patienterne har foretrukket at vente på behandling ved deres lokale sygehus i stedet for at gøre brug af ventelistegarantien og rejse efter hurtigere behandling. På baggrund af en undersøgelse af 500 kirurgiske ventelistepatienter vurderes det således, at ca. en tredjedel af patienterne faktisk var "frivilligt" ventende (162).

Tabel B-3: Den norske ventetidsgaranti fra 1990-97. Tabellen viser udelukkende ventetiderne for den 'gamle' ventetidsgaranti på 6 måneder

1. ventelister:

Tidspunkt for måling	Antal patienter på venteliste m. garanti	Antal garantibrud	Garantibrud i pct. af antal på venteliste
31.12.93	76.077	2.917	3,8
31.03.94	74.289	3.410	4,6
30.06.94	76.772	4.732	6,2
30.09.94	83.098	6.860	8,3
31.12.94	85.187	5.251	6,2
31.03.95	81.806	4.655	5,7
30.06.95	88.066	6.203	7,0
30.09.95	96.629	10.270	10,6
31.12.95	97.002	8.867	9,1
30.04.96	101.407	10.014	9,9
31.08.96	115.166	18.486	16,1
31.12.96	112.538	19.115	17,0
30.04.97	103.940	16.011	15,4
31.08.97	65.187 ³²	19.511	

2. Ventetid:

Behandling	Median ventetid i antal dage i perioden 1.5.96-31.8.96	Median ventetid i antal dage i perioden 1.5.97-31.8.97	Forskel
Genere1kirurgi	48	54	+6
Ortopædisk	73	97	+24
Kirurgi			
Urologi	55	62	+7
Gynækologi	46	53	+7
Øre-, næse- og hals	41	75	+34
Øjenoperationer	57	84	+27

Kilde: (49)

Udover manglende succes på nationalt plan, viste ventetidsgarantien sig også vanskelig at implementere i praksis. Det viste sig således, at der var betydelige variationer mellem fylkerne ift. hvilke patienter, der blev tildelt den nationale garanti. Nogle steder var kun 20 pct. af patienterne f.eks. dækket af garantien, mens 60 pct. var dækket i andre fylker (143). Sådanne variationer kan næppe forklares ved lokale forskelle i morbiditet. Et studie af lægernes opfattelser af garantiordningen viste samtidig, at lægerne opfattede de eksterne retningslinjer som uhensigtsmæssigt indgribende i deres kliniske vurderinger. 31 pct. angav i den forbindelse, at de ugentligt oplevede,

³² Det store fald i registreringer efter den 31. august 1997 skyldes at den nye og skærpede ventetidsgaranti trådte i kraft pr. 1. juli 1997. Fra da af blev garanti-patienter registreret andetsteds.

hvordan garanti-patienter kom foran i køen, selvom de ikke vurderede, at deres tilstand berettigede det (163).

Opstramningerne af ventetidsgarantien i 1997 var et forsøg på at imødekomme nogle af de problemer med ordningen, der var blevet observeret siden dens introduktion i 1990. Ændringerne så også ud til at have en effekt, eftersom antallet af garantibrud faldt fra 25.000 i december 1997 til ca. 5.000 i april 1999 (3). Efter indførslen af den aktivitetsbestemte finansiering og tremåneders ventetidsgaranti i 1997 faldt antallet af garantibrud således i både 1998 og 1999. Fra centralt hold blev det forklaret med den øgede aktivitet (16), hvilket dog ikke stemmer helt overens med den forholdsvis beskedne aktivitetsstigning på det elektive område i samme periode. En alternativ forklaring på faldet i garantibrud kan være, at der har fundet en omprioritering sted, således at patienter uden garanti har fået en længere ventetid på bekostning af patienterne med garanti. De skærpede krav til den nye garanti medførte, at kun halvt så mange patienter kom til at stå på den garanterede venteliste, hvilket kan have afstedkommet de færre garantibrud (143).

Faldet i antallet af garantibrud er endvidere blevet forklaret ud fra den ændrede incitamentsstruktur. Før 1997 kunne det være fordelagtigt for sygehuse at have så mange garantibrud som muligt, da sygehuse med venteliste-problemer generelt fik tildelt ekstra ressourcer. Efter 1997 begyndte det imidlertid at blive et problem at have mange garantibrud, dels fordi patienterne i højere grad kunne søge andre steder hen, og dels fordi aktivitet og økonomi nu blev koblet. En oplagt "kreativ" løsning på problemerne omkring garantibrud og forsvindende patienter kunne simpelthen være at give færre patienter en behandlingsgaranti. Fra lægelig side er denne adfærdsændring blevet bekræftet (164), og fra data kan der konstateres ekstreme geografiske variationer, i forhold til antallet og typen af patienter der blev tildelt behandlingsgaranti (83). Dette kunne være tegn på, at det stadig ikke kun var befolkningens sygelighed, der spillede ind på chancen for at blive tildelt en behandlingsgaranti. Antallet af garantibrud udgør således en mangelfuld indikator for effekten af såvel den skærpede ventetidsgaranti som introduktionen af aktivitetsbaseret finansiering.

Den skærpede ventetidsgaranti fra 1997 blev afskaffet ved slutningen af 2000. En af grundene var, at garantien ikke beskyttede de patienter, der ikke var akutte men alligevel havde behov for en kortere ventetid end de garanterede maksimale 3 måneder. Derudover var garantien ikke bindende for fylkene, hvorfor de heller ikke mødte nogle sanktioner, hvis og når de ikke var i stand til at leve op til garantien (3).

Regeringens eget udvalg på ventelisteområdet - "Lønning II udvalget" har i øvrigt kritiseret de norske initiativer for at fokusere for ensidigt på selve ven-

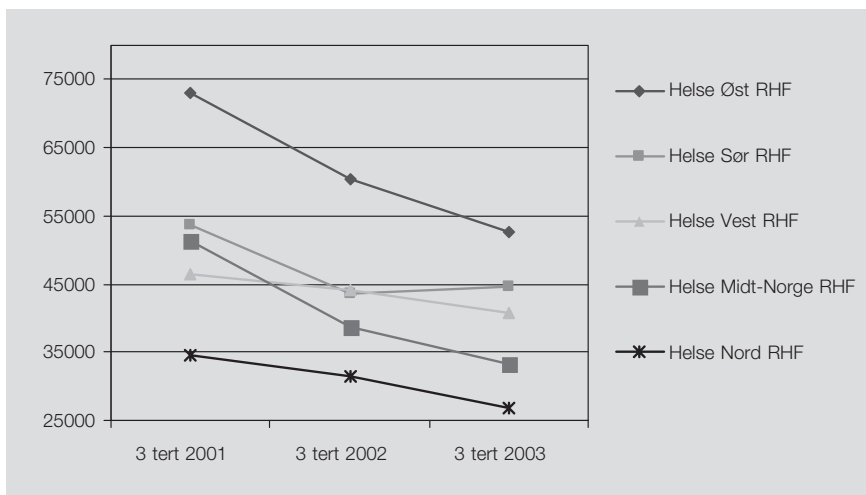
telisterne, hvilket kan medføre skævvridning af prioriteringen til fordel for de målelige aktiviteter. En sådan skævvridning er problematisk, da aktiviteterne på de nemmest målelige områder ikke nødvendigvis udgør områderne med de største behov (165). Ventelistegarantierne er ydermere blevet kritiseret for at være politisk fastsatte og uden nogen form for medicinsk begrundelse (164), hvilket formodentlig også kan være med til at forklare, hvorfor klinikerne har implementeret ventetidsgarantierne på så uensartet vis.

Indførelsen af den aktivitetsbaserede finansiering i 1997 formåede at øge aktiviteten på sygehusene. Indledningsvis fandt langt den største vækst imidlertid sted på det akutte medicinske område, der oplevede en 36 pct. stigning i antallet af indlæggelser i forhold til befolkningens størrelse. Til sammenligning steg de elektive kirurgiske indlæggelser kun med 4 pct. i samme periode, på trods af en stærk politisk fokusering på området (83). I en evaluering af produktivitetsudviklingen i forbindelse med den øgede aktivitetsbaserede finansiering blev det samtidig fundet, at den aktivitetsbaserede finansiering havde medført et væsentligt tab i omkostningseffektiviteten, selv om der skete en mindre forbedring i den tekniske effektivitet (157). Omkostningseffektiviteten blev forværret, fordi meget af den ekstra aktivitet blev gennemført til overtidsbetaling, hvor lønudgifterne derfor var væsentligt højere. Det medførte, at omkostningen pr. produceret enhed steg, samtidig med at de enkelte læger nu producerede flere ydelser end før. De nyeste tal peger dog på, at den største vækst nu forekommer på det elektive område. Samtidig er der også observeret en positiv udvikling i såvel den tekniske effektivitet som omkostningseffektiviteten fra 2001 til 2002. Førstnævnte steg således med 4,7 pct. i perioden, mens omkostningseffektiviteten steg med 4,2 pct. i samme periode. I opgørelsen tages der dog forbehold for ændringer i DRG-opgørelserne som følge af strukturreformen, hvilket kan have ændret registreringspraksis og på den måde påvirket de observerede resultater. Hvis det antages, at samtlige ændringer i DRG-indeks henføres til ændringer i kodningspraksis/DRG-vægte, så er der stadig tale om en vækst på 2,4 pct. for den tekniske effektivitet fra 2001 til 2002 og på 1,5 pct. for omkostningseffektiviteten (159).

Det generelle budskab ovenpå den omfattende norske strukturreform i begyndelsen af 2002 er, at den har haft en positiv effekt på ventelisterne og ventetiderne, der således begge vurderes at være for nedadgående. Af en nylig ventelisteopgørelse fra Norsk Patientregister fremgår det f.eks., at der pr. 31/12 2003 stod knap 200.000 patienter på venteliste, hvilket er 20.000 færre end det foregående år og 60.000 færre end to år tidligere. Den gennemsnitlige ventetid for behandlede patienter faldt fra 94 dage i slutningen 2002 til 79 dage i slutningen af 2003, hvilket giver et fald på 16 pct. Det samlede antal patienter på venteliste faldt med 25 pct. i samme periode. Det fremgår videre, at den fremadrettede ventetid for patienter er blevet ca. halveret på de 2 år, der er gået siden reformen trådte i kraft. Antallet af patienter

med ventetider på over et år er faldet med 77 pct. i samme periode, så der pr. 31/12 2003 stod knap 8.500 langtidsventende patienter på venteliste i Norge. Endelig er der samtidig tegn på, at de regionale variationer i ventetider er blevet væsentligt udlignet, siden reformen trådte i kraft (155). Det fremgår af figur B-12, at samtlige helseregioner har formået at nedbringe antallet af ventende patienter, siden reformen trådte i kraft.

Figur B-12: Udviklingen i antal ventende patienter i Norges fem regionale helseforetag 2001-2003



Kilde: (155)

Helsedepartementet forklarer den positive udvikling med flere forhold: højere effektivitet i sygehusvæsenet, bedre udnyttelse af de tilgængelige resourcer i kraft af det frie sygehusvalg, de mange behandlinger foretaget i udlandet og endelig en generel oprydning i ventelisterne, så de nu i højere grad består af patienter, der rent faktisk venter på behandling (160).

Selvom udviklingen i ventetiderne umiddelbart tegner positivt, så er der i flere omgange blevet sat spørgsmålstegn ved de norske ventetidsopgørelser. I forbindelse med det betydelige fald i antallet af patienter på ventelister umiddelbart efter sygehusreformen i 2002 kom det for eksempel frem, at størstedelen af faldet sandsynligvis skyldtes en omfattende sanering af ventelisterne. Ud af et fald på 20.000 patienter fra efteråret 2001 til efteråret 2002 vurderes det, at mellem 10.000 og 15.000 af de formodede patienter var uretmæssigt placeret og slet ikke ventede på behandling (5). I ovennævnte ventetidsopgørelse fra Norsk Patientregister konstateres det således også, at "Ventelistestatistikken har været af varierende kvalitet. Det som kommer ut fra registreringerne er ikke av bedre kvalitet enn det som bliver lagt inn. Det er økende fokus på dette området, noe som har ført til en kva-

litetshevning, men det er fremdeles et stykke igjen før reglene for registrering er entydige og bliver praktisert på samme måte ved alle institusjoner." (155, s. 1)

Udover usikkerheden i den reelle udvikling i ventetiderne og ventelisterne er der også sået tvivl om, hvorvidt faldene primært skal henføres til sygehusreformen, eller om de skal henføres til allerede eksisterende tiltag, eller tiltag der ikke er direkte relateret til de strukturelle ændringer. Den udbredte tvivl om de eksakte årsager bag de faldende ventelister afspejles f.eks. i den seneste af SINTEF Unimeds årlige status-rapporter om det norske sygehusvæsen. Her benytter de følgende oversigt til at forklare den observerede udvikling i ventelisterne fra 1/1 2002 til 31/12 2002 (159).

Figur B-13 (egen oversættelse): Mulige strategier i helseforetakenes kamp mod ventelister

Antal ventende 1/1-2002 + Rekruttering til venteliste i løbet af året 2002 - Antal ventelistepatienter som forsvinder ved <i>ventelistesaning</i> - Antal ventelistepatienter <i>ordinært behandlet</i> ved eget helseforetak - Antal ventelistepatienter som behandles ved helseforetakenes <i>køb af sundhedsydelse hos andre</i> (fx private specialister) - Antal ventelistepatienter behandlet ved andre helseforetak under ordningen "<i>frit sygehusvalg</i>" - Antal ventelistepatienter ekstraordinært behandlet ved Trygdeverkets "<i>køb af sundhedsydelse</i>" (Sykepengeprosjektet) - Antal ventelistepatienter behandlet i udlandet under ordningen "<i>køb af sundhedsydelse i udlandet</i>". = Antal ventende 31/12-2002
--

Kilde: (159)

Ud af de nævnte forklaringer vurderer rapporten forsigtigt, at ventelistesaningeringer muligvis har bidraget mest til den observerede afkortning af ventelisterne. Det er imidlertid ikke muligt endegyldigt at konkludere på ventelistesaningernes reelle effekt, eftersom der ikke findes data eller opgørelser over, hvor mange patienter der blev fjernet fra listerne i de pågældende initiativer (159). Samtidig med at rapporten beskriver dele af den observerede udvikling som "papireffekter", så rapporteres der samtidig om tegn på en vis stigning i antallet af elektive, kirurgiske behandlinger og et mindre fald i antallet af nyhenvisninger (159).

Det kan altså ikke udelukkes, at den norske reform har haft en positiv effekt på ventetiderne til sygehusbehandling, men de mangelfulde opgørelser sætter under alle omstændigheder spørgsmålstegn ved, om den observerede udvikling primært kan tilskrives selve reformen, eller om den primært skyldes sanering af ventelisterne eller nogle af de andre tiltag (frit sygehusvalg, sygesikringsfinansierede behandlinger til sygemeldte, behandlinger i udlandet), der ikke er direkte relateret til reformen. Om ikke andet så viser forløbet i hvert fald, at strukturreformen har ændret betydeligt på helseforetakenes incitamenter til korrekt ventelisteregistrering, hvilket i sig selv er positivt. De store uregelmæssigheder i registreringen vækker dog også stof til eftertanke, eftersom hele reformen og utallige ventelisteinitiativer byggede på selv samme yderst mangelfulde opgørelser.

Spanien

Introduktion

Det spanske sundhedsvæsen er kendetegnet ved universel dækning og finansieres for den største del via skatten. Sundhedsvæsenet styres på decentral basis i de 17 autonome regioner, og andrager en med europæiske øjne relativ lille del af det samlede bruttonationalprodukt - 7,7 pct. af BNP i 2000 (3). I lighed med de fleste andre offentligt finansierede sundhedssystemer oplevede Spanien også stigende venteliste problemer i 90'erne, hvilket affødte en del initiativer fra politisk hold. De bedst dokumenterede spanske tiltag stammer her fra det såkaldte INSALUD (*the National Institute of Health*), der mellem 1996-2000 iværksatte en række interessante ventelisteinitiativer. Da litteraturgennemgangen ikke har lokaliseret andre betydelige, spanske initiativer, vil gennemgangen fokusere på disse tiltag. I den gennemgængende periode var INSALUD ansvarlig for sygehusydelser til 14 millioner spaniere, hvilket svarer til ca. 38 pct. af befolkningen (166). Før ventelistetiltagene i midten af 90'erne døjede INSALUD med betydelige ventelister og ventetider, idet der, ifølge det spanske *Central Waiting List Information System*, stod knap 170.000 på venteliste til kirurgiske indgreb i juni 1996. Disse patienter måtte i gennemsnit vente 210 dage på behandling (4).

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelister

Første del af INSALUDs ventelisteinitiativ begyndte i anden halvdel af 1996, og sigtede specifikt imod eliminering af ventetider på over et år inden udgangen af 1996. Det første konkrete tiltag bestod i en undersøgelse af kvaliteten af ventelisteopgørelserne. Samtlige hospitaler blev bedt om at validere deres ventelister og stramme op på eventuelle mangler, hvorefter 20,5 pct. af de observerede ventende patienter kunne fjernes fra listerne. Gennemgangene viste dog også en hel del patienter, der ikke tidligere havde fremgået af de officielle ventelister, hvilket betød en tilgang på 24.000 patienter. Det samlede antal ventende patienter var pr. 1. juni 1996 på 168.265

personer. Af disse patienter havde 21.525 ventet mere end et år på behandling. Udover ventelistesaneringerne blev der også gennemført en række tiltag, der skulle nedbringe ventelisterne (4).

Der blev vedtaget fælles kriterier for håndteringen af ventelister, og det blev vedtaget, at indsatsen skulle rettes mod definerede "målgrupper" blandt de ventende patienter. Målgruppen for 1996 var de patienter, der var tilgået ventelisterne før 1. januar 1996, hvilket drejede sig om 53.722 patienter. Det blev beregnet, hvor megen elektiv behandlingskapacitet der skulle til for at fjerne målgruppen. Det blev samtidig vurderet, at kun 65 pct. af kapaciteten blev udnyttet på daværende tidspunkt, og det blev derfor målsat, at den udnyttede kapacitet i formiddagstimerne skulle stige til mindst 75 pct. på alle hospitaler. Når hospitalerne dokumenterede, at deres faciliteter blev udnyttet på effektiv vis (dvs. mindst 75 pct. udnyttelse) kunne de ydermere få støtte fra en øremærket ventelistepulje beregnet til at finansiere ekstra aktivitet blandt ventelistepatienterne (3). Denne betingede merfinansiering blev givet i forhold til antallet og typen af ekstra behandlinger. De patienter, der ikke kunne behandles indenfor den således udvidede kapacitet, skulle enten henvises til INSALUD hospitaler uden ventelister på det pågældende område, eller henvises til private behandlingssteder der var indgået kontrakt med.

I 1997 blev ventelistemålsætningerne og tilgangen justeret. Målsætningerne var nu at nå ned på en gennemsnitlig ventetid for elektive patienter på 100 dage og en maksimal ventetid på 9 måneder, hvilket pr. 31. december 1996 drejede sig om knap 20.000 patienter. Målgruppen blev defineret som de patienter, der var sat på ventelisten før 1. april 1997. Med hensyn til tilgangen blev ventelisteregistrene yderligere forbedret, og efterspørgselssiden blev nu også inddraget. Dette skete gennem udvikling af kliniske retningslinjer, der gav anbefalinger om, hvilke indikationer der skulle udløse behandling. Derudover blev der også udviklet yderligere retningslinjer for, hvordan hospitalerne skulle håndtere ventelisterne. Retningslinjerne rettede sig bl.a. mod prioriteringskriterier, patientflows og ventelisteopgørelserne. I forbindelse hermed blev der indført månedlige overvågninger af forskellige ventelisteindikatorer, der bl.a. fokuserede på udviklingen i behandling af målgruppen, antallet af patienter med ventetider over 9 måneder og den gennemsnitlige ventetid. I lighed med det foregående år blev det også beregnet, hvor megen kapacitet det ville kræve at behandle hele målgruppen, og hvor megen kapacitet der var til rådighed indenfor de normale rammer. Budgetterne for allokeringen af de øremærkede midler blev beregnet ud fra antallet og typen af de nødvendige behandlinger, og blev derefter udsendt til de enkelte hospitaler i begyndelsen af året. Til forskel fra 1996 blev midlerne nu uddelt månedsvis på baggrund af antal og typer af patienter fra målgruppen, som hospitalet havde opereret i den foregående måned. Hospitalerne blev altså præmieret månedsvis, såfremt de formåede at øge aktiviteten indenfor målgruppen.

Initiativet fortsatte i årene 1998, 1999 og 2000 i lettere modificeret form. Målsætningen for ventetiderne blev sat til 6 måneder, og de gennemsnitlige målsætninger for ventetid til elektiv behandling blev løbende skærpet, først til 80 dage i 1998, til 60 dage i 1999 og til 55 dage i 2000. Der blev identificeret en række initiativer, der skulle medvirke til opnåelse af målene. Disse indeholdt de sædvanlige beregninger og sammenligninger af målgruppen, og af den tilgængelige kapacitet i det offentlige system samt en vurdering af de alternative behandlingsmuligheder i det private, ved andre INSALUD hospitaler eller via midler til overarbejdsbetaling. I lighed med de foregående år blev behovet for ekstra finansiering til hospitalerne beregnet på baggrund af målgruppens behandlingsbehov og omkostningerne forbundet hermed. Til forskel fra de andre år var midlerne imidlertid ikke længere kun afhængig af øget aktivitet. Fra og med 1998 blev merfinansieringen tildelt ud fra opnåelse af ventetidsmålsætningerne i form af antallet af patienter med ventetider på mere end 6 måneder og den gennemsnitlige ventetid. De hospitaler der ikke nåede målsætningerne, mistede ekstra finansiering proportionalt med resultaternes afvigelse fra de fastsatte målsætninger. I det første år med denne allokeringsform kunne hospitalerne få udbetalt de resterende dele af merfinansieringen sidst på året - under betingelse af at de samlet set havde levet op til målsætningerne.

Udover vedtagelsen af retningslinjer og øremærket finansiering indeholdt de spanske INSALUD-initiativer også personlige incitamenter til nedbringelse af ventetiderne til sygehusbehandling. Hvis sygehusledelserne levede op til målsætningerne, modtog de således en årlig bonus på mellem 4.357 og 7.513 Euro, afhængig af hospitalets størrelse og specialiseringsgrad. I 1997 og 1998 blev 50 pct. af bonussen gjort afhængig af aktiviteten og kvalitetsindikatorer (ventetidsmålsætningerne vejede her i alt 35 pct.), mens de resterende 50 pct. blev gjort afhængig af overholdelse af de økonomiske målsætninger. Denne afvejning blev indført for at undgå uhensigtsmæssige budgetoverskridelser i forbindelse med forsøg på opnåelse af ventetidsmålsætningerne, der i øvrigt var sat som kriterium for opnåelse af de andre bonusser. Det var ikke kun ledelsesniveauet, der blev belønnet hvis et hospital levede op til ventetidsmålsætningerne. Fra 1997 blev der afsat særlige puljer, som lægerne og andre faggrupper fik del af, såfremt deres afdeling opnåede forudbestemte målsætninger. Disse målsætninger blev aftalt på de enkelte sygehuse mellem ledelserne og de ansattes faglige repræsentanter. De maksimale bonusser for de ansatte svingede i 1999/2000 mellem 6 pct. af lønnen for lægerne, 4 pct. for sygeplejersker til 2 pct. af lønnen for andet personale (4).

Effekter af ventelisteinitiativerne

Effekterne fra INSALUDS ventelisteinitiativer viste sig kort efter deres begyndelse. I december 1996 var antallet af patienter med ventetider over 12 måneder faldet fra 21.525 til 2.624 patienter, mens 75 pct. af patienterne i

målgruppen var blevet behandlet, svarende til 40.082 patienter. 58 pct. af patienterne var blevet behandlet indenfor de normale åbningstider, mens 15 pct., 8 pct. og 18 pct. havde modtaget behandling i henholdsvis de udvidede tidsrum, ved andre INSALUD hospitaler og ved private hospitaler. I kraft af de nye tiltag var det lykkedes at øge antallet af elektive, kirurgiske behandlinger med 7,1 pct. i forhold til de tilsvarende tal fra 1995. Det samlede antal patienter på venteliste var faldet til 165.735 personer, hvis gennemsnitlige ventetid samtidig var nedbragt til 135 dage (4).

Resultaterne fra 1997 var ligeledes positive. I slutningen af 1997 var antallet af patienter med ventetider på mere end 9 måneder blevet reduceret fra 19.052 patienter til kun 876 patienter. Den gennemsnitlige ventetid faldt samtidig fra 135 dage til 98 dage. Det samlede antal patienter på ventelisterne faldt fra 165.735 i december 1996 til 148.247 i december 1997 (4).

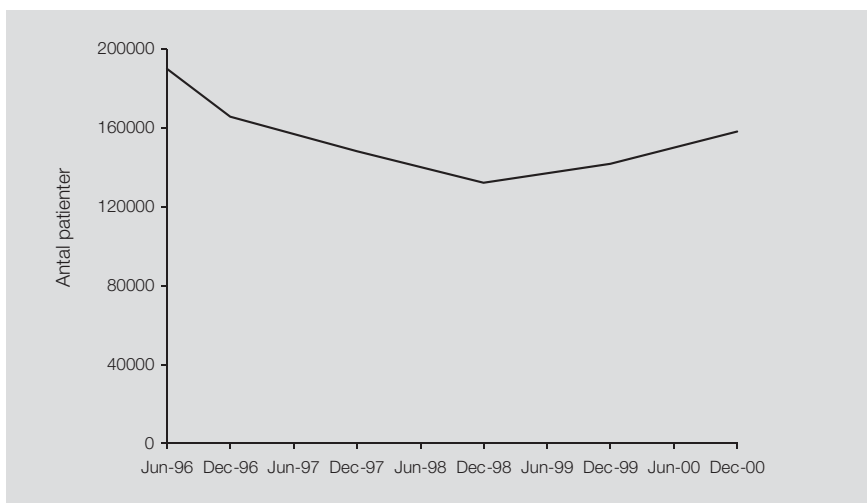
Den positive udvikling fortsatte i 1998 og 1999. Sidst i 1998 var det således lykkedes at reducere antallet af patienter med ventetider på mere end seks måneder fra 24.993 til kun 530 patienter. De gennemsnitlige ventetider faldt samtidig fra 98 dage til 66 dage, mens det samlede antal ventende patienter faldt fra 148.247 i december 1997 til 132.221 i december 1998. I slutningen af 1999 var antallet af langtidsventende patienter (over 6 måneder) yderligere reduceret til 513 patienter, mens den gennemsnitlige ventetid lå på 62 dage. Det samlede antal ventende på listerne steg i 1999, så de sidst på året talte 141.827 patienter, hvilket afspejlede en stigende efterspørgsel.

I december 2000 var antallet af langtidsventende steget til 2.826 patienter, den gennemsnitlige ventetid til 67 dage og det samlede antal ventende til 158.228 patienter. Stigningerne tilskrives øget efterspørgsel på ambulant behandling som følge af ventelisteinitiativerne samt et øget fokus på voksende udbud af hjerteoperationer, der har været med til trække ressourcer fra andre områder (4).

Erfaringerne fra Spanien peger på, at det godt kan lade sig gøre at nedbringe ventelisterne og ventetiderne gennem en flerstrengt indsats rettet mod såvel udbuds- som efterspørgselssiden. På udbudssiden blev der afsat øremærkede midler (henholdsvis 18,6 mio. Euro, 30 mio. Euro, 48 mio. Euro og 45 mio. Euro mellem 1996 og 1999) til behandling af patienter i målgrupperne (3). Via denne betingede merfinansiering lykkedes det at øge udbuddet betragteligt, hvilket fremgår af figur B-15. Den totale aktivitet steg således med gennemsnitligt 7,9 pct. pr. år mellem 1996-1999, mens den kun steg med 2 pct. i 2000 (3). Udover at fremme øget aktivitet påvirkede INSALUDs ventelisteinitiativer også hospitalernes incitament, ved at kæde merfinansieringerne og de ansattes finansielle bonusser eksplicit sammen med opnåelse af ventemålsætningerne. De spanske ventelisteinitiativer forsøgte også at kontrollere efterspørgslen gennem introduktion af retnings-

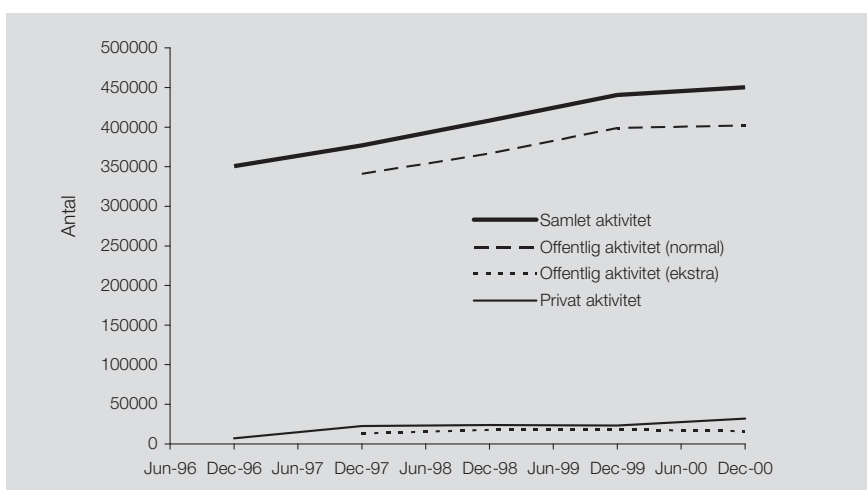
linjer og eksplicitte indikationsgrænser. Litteratursøgningen identificerede ingen studier af erfaringerne med disse retningslinjer. Nedenstående figur B-14 viser, at det samlede antal personer på venteliste begyndte at stige fra 1999, samtidig med at aktiviteten også var kraftigt voksende. Dette kunne betyde, at det øgede fokus og den øgede aktivitet har påvirket efterspørgslen, hvilket kan gøre det svært at opretholde de lavere ventetider uden yderligere øgede omkostninger til det elektive område.

Figur B-14: Patienter på venteliste i det spanske INSALUD 1996-2000



Kilde: (3)

Figur B-15: Udvikling i kirurgisk aktivitet i det spanske INSALUD 1996-2000



Kilde: (3)

Sverige

Introduktion

Det svenske sygehusvæsen minder i høj grad om det danske. Det er de svenske landsting (svarende til de danske amter), der driver de svenske sygehuse, og sundhedsudgifterne er, som i Danmark, finansieret gennem en kombination af amtslige indkomstskatter og statstilskud. Det svenske Landstingsförbund svarer til Amtsrådsforeningen i Danmark, og varetager landstingenes interesser i forhold til den svenske stat. Ventelisterne har været på den politiske dagsorden i den svenske Riksdag siden 1980'erne, og spiller fortsat en fremtrædende rolle i den svenske sundhedspolitiske debat.

Udvalgte initiativer til nedbringelse af ventelister

Gennem indførelse af det såkaldte Dagmarsystem tog den svenske regering i 1985 det første initiativ til nedbringelse af ventelisterne til sygehusbehandling. Dagmarsystemet er en form for udligningsordning, der oprindeligt bestod af en omlægning af statslige særtilskud og tidligere øremærkede erstatningsordninger fra den offentlige sygesikring til et samlet bloktilskud til landstingenes opgaver på sundhedsområdet. Regeringens intentioner med omlægningen og Dagmarsystemet var, at regioner med udbyggede og relativt velfungerende sundhedsvæsen overførte ressourcer til regioner med knap så udviklede sundhedsvæsen.

Da Dagmarsystemet blev indført, var der ikke nogen specifikke ventelisteaftaler mellem regeringen og landstingene i forbindelse med tildelingen af bloktilskud. Først i 1987 blev der via Dagmarsystemet tilført ekstrabevillinger på 70 mio. SEK til amterne, med henblik på at antallet af hjerte-, hofte- og grå stær operationer skulle øges. Tilskuddet blev siden gjort permanent, for at operationsaktiviteten inden for de tre områder kunne opretholdes, og det indgik som en del af det almindelige bloktilskud, mod at amterne opfyldte en ventetidsgaranti på maksimalt 3 måneder (49). Aftalen om ventetidsgarantien omfattede, at patienter, der ventede på hjerte-, hofte- og grå stær operationer, blev sorteret i prioriteringsgrupper med eksplicitte indikationsniveauer. Disse forskellige prioriteringsgrupper fik tilhørende maksimale ventetider, der varierede fra 1 uge til 12 måneder. Såfremt de fastsatte mål for ventetider ikke blev overholdt, skulle patienterne tilbydes behandling på et andet sygehus, eventuelt i en anden region. Udgifterne til behandling skulle betales af hjemamtet.

Ventetidsgarantien fra 1987 på hjerte-, hofte- og grå stær operationer blev videreført i 1990, da Landstingsförbundet genforhandlede med regeringen. Samtidig blev der afsat en pulje på 50 mio. SEK, hvorfra landstingene, i forbindelse med ventelisteinitiativer, kunne søge tilskud til informationsindsamling, konsulentbistand og forsøg med nye organisationsformer. Ved

genforhandling mellem staten og Landstingsförbundet i 1991 blev dette udviklingselement videreført, og der blev afsat yderligere 10 mio. SEK til udbygning af informationssystemer med henblik på forbedret informationsudveksling og herunder udarbejdelse af fælles ventelistekriterier og indikationsniveauer (49).

Ved samme forhandlinger i 1991 blev det desuden besluttet at indføre en ny ventetidsgaranti for 12 udvalgte behandlinger, der skulle træde i kraft fra 1992. Det blev gjort valgfrit for de enkelte amter, hvorvidt de ville tilslutte sig aftalen. Der blev i forbindelse med garantien afsat en pulje på 500 mio. SEK, som de amter, der accepterede aftalen, ville modtage ressourcer fra. Samtlige svenske amter tilsluttede sig aftalen. Ventetidsgarantien indebar, at patienter, der var blevet henvist til behandling for en af de 12 pågældende sygdomme, skulle tilbydes behandling på et andet hospital eller på privatklinik, såfremt primærhospitalet ikke kunne tilbyde behandling indenfor en tre måneders garantiperiode. Udgifter til behandling udenfor det pågældende amt eller til privat behandling skulle afholdes af hjemamtet (49). Ventetidsgarantien fra 1992 kan splittes op i følgende virkemidler:

- Fastsættelse af acceptabel tidsgrænse på 3 måneder, hvorefter ventetiden betragtes som problematisk. Dette medførte et specifikt mål for sundhedsvæsenet til udformningen af deres strategier.
- Muligheder for patienter for at søge andre udbydere, når den primære udbyder ikke kan tilbyde behandling indenfor 3 måneder. Økonomiske konsekvenser af patienternes valg pålægges den primære udbyder.
- Overvågning og registrering af ventetider og efterfølgende mediedækning af ventetider.
- Etablering af indikationer for prioritering af patienter på ventelister. Dette forbedrede beslutningsprocedurerne for lægerne og smidiggjorde antageligt kommunikationen mellem læge og patient, når det drejede sig om effektueringen af behandling (167).

Aftalen mellem staten og Landstingsförbundet om den udvidede ventetidsgaranti blev videreført frem til 1996, hvor generelle ventetider til primærsektoren og specialbehandling blev føjet til aftalen (49).

I 1992 gennemførte Sverige desuden den omfattende Ädel Reform, der bl.a. medførte, at kommunerne overtog ansvaret for plejehjem og hjemmepleje. En pointe i denne reform var desuden, at kommunerne ligeledes fik det økonomiske ansvar for færdigbehandlede patienter på hospitalerne. På denne måde ønskede man at frigive de godt 3.000 sengepladser, der i 1992 var optaget af patienter, der ventede på plejehjemsplads eller mulighed for pleje i eget hjem (168).

I 1997 blev der indgået nye aftaler om ventelistegarantier, men disse omfat-

tede fundamentalt alle patientgrupper og fokuserede primært på de faser i et behandlingsforløb, der går forud for sygehusbehandlingen, f.eks. hjælp indenfor den primære sektor, henvisninger til speciallæger mv. Ifølge garantien skulle den primære sektor kunne garantere kontakt til læge samme dag, som henvendelsen var foretaget, og ventetid til lægebesøg måtte maksimalt vare 8 dage. Ved konsultation hos speciallæge blev den maksimale ventetid sat til 3 måneder, dog kun én måned ved uklar prognose. Patienter, der ikke kunne komme i konsultation indenfor disse garantier, havde ret til at opsøge læge i andre landsting eller indenfor den private sektor. Hjemmet blev pålagt alle udgifter til de patienter, der gjorde brug af ventelistegarantien (169;170). I aftalen indgik desuden, at en eventuel behandling skulle påbegyndes umiddelbart efter lægekonsultationen. Der blev dog ikke udspecifiseret nogen maksimal ventetid i forbindelse hermed (168).

Siden midten af 90'erne blev der gradvist udviklet nationale guidelines for behandling i Sverige. Håndteringen af ventelister og ventetider afhang dog alligevel meget af det enkelte landsting og det enkelte hospital, og de regionale forskelle var betydelige (171). Landstingsförbundet vedtog derfor i 1997 en række retningslinier vedrørende adgang og ventetider, som skulle være implementeret i de enkelte landsting før år 2000 (169).

I 1998 indførtes projektet "Väntetider i Vården" i Sverige. Formålet med projektet var at forbedre tilgængeligheden til det svenske sundhedsvæsen gennem udvikling af et nationalt system med opfølgning og analyse af ventetider. Samtlige landsting deltog i projektet. Et andet mål i arbejdet med at forbedre adgangen til elektiv behandling var at få implementeret Europarådets anbefalinger til kriterier for håndtering af ventelister og ventetider i sundhedsvæsenet. Anbefalingen indeholder en række retningslinier og kriterier indenfor 10 områder, der relaterer sig til ventelister, deres registrering og offentliggørelse (172). Der blev i 1999 endvidere bevilliget i gennemsnit 650.000 SEK ekstra pr. landsting til justering af de lokale IT-systemer, så landstingene havde mulighed for at deltage i de målinger, der skulle effektueres.

Fra 1998 blev ventelistedebatten primært domineret af efficiensspørgsmål. Den svenske socialstyrelse indledte i 1999 et projekt om udarbejdelse af retningslinier for prioritering af forskellige diagnosegrupper i sundhedssektoren. Disse retningslinier skulle udover egentlige empirisk påviste effekter indeholde omkostningseffektivitet og en samlet bedømmelse af sygdommens sværhedsgrad i forhold til denne (170).

Fra slutningen af 1990'erne blev ønsket om genetablering af en egentlig national behandlingsgaranti flere gange fremsat i den offentlige debat og i den svenske Riksdag. Flere landsting havde uafhængigt af hinanden indført egne garantier, men størstedelen af de svenske patienter var ikke dækket,

og gentagne forhandlinger mellem Landstingsförbundet og den svenske regering kunne ikke etablere et grundlag for genindførelse af behandlingsgarantien. Først i april 2002 opfordrede Landstingsförbundet regeringen til at godkende en udvidet ventetidsgaranti, der også omfattede behandling indenfor sygehussektoren (168;173).

I april 2000 blev der endvidere lanceret en svensk internetdatabase med forventede ventelister og ventetider som et led i projektet "Väntetider i Vården" fra 1998 (www.vantetider.se). Informationsdatabasen er siden løbende blevet udbygget og dækker således ventetider og ventelister for ambulante besøg indenfor 25 forskellige specialer, 6 diagnoser og 27 forskellige elektive behandlinger. For hver af de udvalgte diagnoser og behandlinger er der information om forventet ventetid i uger for såvel forundersøgelse som behandling. Målgruppen for informationen er patienter, der befinder sig i en situation med behov for at sammenligne forskellige behandlingsudbydere. Et af principperne i den svenske ventelistepolitik har været, at de konkrete ventetider bør afhænge af den pågældende patients diagnose og sygdomsgrad, således at det er de individuelle behov for behandling, der bliver styrende for den kliniske prioritet. Dette gør det vanskeligt at informere om ventetider gennem en database på internettet, og ventetidsinformationen kan derfor kun anvendes som en overordnet retningslinje for, hvor lang ventetiden vil være på forskellige behandlingssteder.

Sideløbende med lanceringen af ovennævnte ventelistehjemmeside tilsluttede 17 af de 21 svenske landsting sig en anbefaling om stort set ubegrænset frit valg for patienterne indenfor både den primære og sekundære offentlige sektor. Det frie valg omfattede også specialistbistand med undtagelse af enkelte specialeområder såsom pædiatri, gynækologi og psykiatri (170;174). Anbefalingen ændrede ikke patienternes rettigheder væsentligt, men tilbudet om frit valg afhang nu ikke længere af ventetider i eget landsting. Frit valg havde også tidligere været en mulighed indenfor de fleste landsting, men anbefalingen medførte enkelthed, øget geografisk lighed og gennemskuelig, hvilket efter hensigten skulle medføre en højere udnyttelsesgrad af det frie valg (170;174).

I overenskomstforliget mellem regeringen og Landstingsförbundet i 2001 blev det aftalt, at landstingene fra år 2002 fik tilført 1,25 mia. SEK ekstra til bekæmpelse af ventelisterne. I årene derefter fra 2002-2004 ville der ligeledes hvert år blive afsat 1,25 mia. SEK. Fokus i indsatsen lå på tilgængeligheden til besøg indenfor primærsektoren samt behandling indenfor sygehussektoren. Som en del af aftalen skulle Landstingene inden udgangen af 2001 indsende en handlingsplan til det svenske Socialdepartement. Disse planer skulle dels indeholde en oversigt over ventelisteproblemerne indenfor det enkelte landsting, hvilke planer det pågældende landsting havde i forbindelse med bekæmpelsen af ventelisterne og forbedringen af tilgangen til

sundhedssystemet, samt hvilke indsatser landstinget havde påtænkt for at forbedre deres indrapportering til den nationale ventelistedatabase. De efterfølgende år er det pålagt hvert landsting at afrapportere til Socialdepartementet om udviklingen indenfor deres ventelister og senest 1. november hvert år.

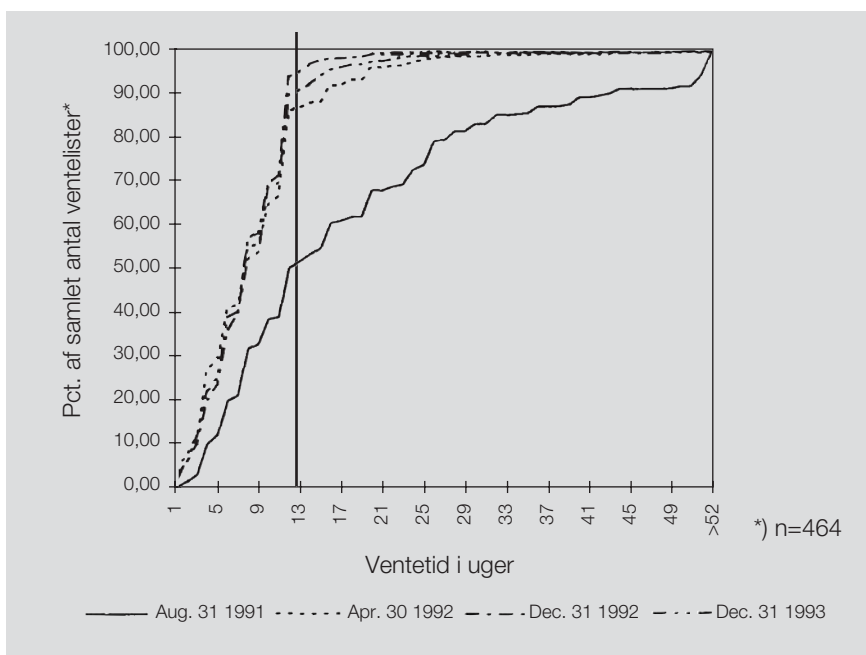
I år 2002 blev beløbene for år 2003 og 2004 foreslået hævet med hhv. 3 mia. SEK i 2003 og 4 mia. SEK i 2004. Disse beløb er ud over de 1,25 mia. SEK, der blev indgået aftale om i 2001. Ved indgåelse af den nye aftale bliver frit valg indenfor sundhedssektoren nationalt dækkende, og regeringen anser, at forudsætningerne for at kunne leve op til den nationale behandlingsgaranti med denne aftale nu burde være på plads (175;176).

Effekter af ventelisteinitiativerne

Aftalen fra 1987 om kompensation til sygehusene, hvis sygehusene havde en merproduktion inden for henholdsvis bypass-operationer, hoftealloplastikker eller grå stær operationer, havde stort set ingen effekt i forhold til længden af ventetiderne. Hvorvidt aftalen fra 1989/90 havde en reel effekt i forhold til ventetider er uklart. Sammenligningerne mellem områderne viste dog, at ventetiderne varierede en del, men forblev lange for enkelte diagnosegrupper (172). Fra december 1990 til december 1991 kan der identificeres en nedgang i ventelisterne indenfor bypass-, hofte- og grå stær operationer. Denne nedgang skete umiddelbart mens forhandlingerne om den udvidede ventetidsgaranti, for de yderligere 12 udvalgte sygdomskategorier, var i gang. Nedgangen fortsatte de første fire måneder af 1992, efter at den udvidede garanti var trådt i kraft, men ophørte i løbet af sommeren, hvilket muligvis kan forklares af generel lav aktivitet grundet ferieperioden.

I januar 1992, da den udvidede ventetidsgaranti trådte i kraft, var der 51.100 patienter på ventelister indenfor de 12 sygdomskategorier, der var dækket af garantien. Samme år i december var ventelisterne reduceret med 21 pct. til 40.300 ventende patienter. Året efter i december 1993 var der igen sket en stigning i antallet, og den totale venteliste var på 41.500. Aftalen for de 12 udvalgte diagnoser var altså umiddelbart succesfuld i forhold til at få elimineret de lange ventetider. Ventetiderne begyndte dog at stige igen efter to år, og i 1996 havde ventetiderne nået samme niveau som forud for introduktionen af behandlingsgarantien.

Figur B-16: Ændringer i svenske ventetider mellem 31. august 1991, 30. april 1992 og 31. december 1993



Kilde: (98)

Figur B-16 viser de svenske ventetider målt som en ratio for forholdet mellem ventelisterne og produktion fra 31. august 1991, 30. april 1992, 31. december 1992 og 31. december 1993. Undersøgelsen bygger på data fra 464 ventelister. Det fremgår af figuren, at udviklingen i ventetider fra 1991 til 1992 generelt var positiv, og at den svenske reform havde en positiv effekt på ventetiden. Efter april 1992 er andelen af patienter, der er blevet behandlet før 13. uge, ca. 85 pct., hvor den tilsvarende procentdel før reformen var ca. 50 pct. Tilsvarende blev 95 pct. af patienterne behandlet indenfor 17 uger efter reformens ikrafttræden, hvorimod den tilsvarende procentdel først var opnået efter et års ventetid forud for reformen. Kurverne fra 1992 og 1993 ligger meget tæt og viser, at ventetiden til behandling er meget kortere i årene efter reformen.

Behandlingsgarantien blev imidlertid nedlagt i 1996, da man ikke længere mente, at incitamenterne i garantien kunne afhjælpe ventelisteproblemet. Garantien blev afløst af en ny aftale mellem regeringen og Landstingsforbundet, hvor fokus i stedet lå på tilgængelighed til den primære sektor.

Den svenske Socialstyrelse konstaterede igen i 1999, at ventelisterne var uacceptabelt lange, og at der var behov for et helhedsbillede af ventetidsproblemerne. Problemer med ventelister var hovedsageligt gældende for

elektiv behandling og primært indenfor de kirurgiske områder. Der blev også konstateret lange ventelister på de akutte modtageafdelinger. Ventelisterne ved modtageafdelingerne var, ifølge Socialstyrelsen, ikke et resultat af disse afdelingers arbejde, men snarere problemer der opstod, fordi mange af patienterne burde være blevet behandlet og plejet indenfor primærsektoren. Årsagerne til disse ventelister blev derfor også delvist tilskrevet problemer indenfor den kommunale primærsektor (177). Ädelreformens bidrag til bekæmpelsen af ventelister havde tilsyneladende ikke haft den ønskede effekt, og plejegarantien fra 1997 om direkte adgang til primærsektoren formåede tilsyneladende heller ikke at mindske presset på sygehussektoren indenfor de tiltænkte områder.

I debatten om hvorvidt der skulle genindføres en nationalt dækkende behandlingsgaranti, argumenterede den svenske Socialstyrelse i 1999 med, at erfaringerne fra landsting med behandlingsgaranti ofte viste, at der ikke eksisterede nogen alternativer for patienterne udenfor landstinget, hvorfor garantierne ofte var meningsløse. I mange tilfælde var ventelisterne udenfor landstingsgrænsen mindst lige så lange eller længere, hvorfor det ikke var praktisk muligt at indfri behandlingsgarantien. Med en behandlingsgaranti var der desuden en risiko for, at de patienter, der havde stået relativt længe på venteliste, ville blive prioriteret højere end patienter med et mere akut behov, der imidlertid ikke havde ventet så længe (173).

En undersøgelse fra 2002 af effekten af en regional behandlingsgaranti for Stockholms Läns landsting indenfor hoftealloplastik, grå stær, galdestensoperationer og reumatologisk udredning konkluderede, at godt 40 pct. af patienterne ventede udover de 3 måneder, som garantien var på. Tallet indeholder dog væsentlige variationer for de fire behandlinger, og for både galdestensoperationerne og hoftealloplastikkerne ventede omkring 60 pct. af patienterne mere end 3 måneder. I forhold til ventetiden mellem henvisning og første undersøgelse ventede 31 pct. ligeledes mere end 3 måneder. Årsagerne blev primært forklaret ved manglende information til patienterne, om de muligheder som var indeholdt i behandlingsgarantien. En fjerdedel af patienterne kendte overhovedet ikke til behandlingsgarantien, og 45 pct. af patienterne mente ikke, at de havde fået oplysninger om garantien (178).

9 Referencer

- (1) Hamblin R, Harrison A, Boyle S. Access to Elective Care: Why Waiting Lists Grow. London: King's Fund, 1998.
- (2) Harrison A, New B. Access to elective care: what should really be done about waiting lists? London: King's Fund, 2000.
- (3) Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. Paris: OECD, 2003. (OECD Health Working Paper N°6)
- (4) Moral L, de Pancorbo CM. Surgical Waiting List Reduction Programme -The Spanish Experience. <http://www.hope.be/07publi/publicns/waiting2/frame.htm>. Sidst opdateret: 2001. Udskrevet: 27-8-2004.
- (5) Gedde-Dahl S. Minst 10.000 på venteliste ventet ikke. <http://aftenposten.no/nyheter/iriks/article435115.ece>. Sidst opdateret: 13. november. Udskrevet: 03-05-2004
- (6) Ambrosius T, Grund J. Minister angriber tal for ventetider. Jyllands-Posten 2003;(23. oktober):2.
- (7) Albret P. Sundhedsøkonomer: Kampen mod ventelisterne er langt fra slut. Mandag Morgen 2003;(18):29-33.
- (8) Cullis J. Waiting Lists and Health Policy. In: Frankel S, West R, editors. Rationing and Rationality in the National Health Service. London: Macmillan, 1993: 15-41.
- (9) Rudbeck B, Knudsen MS, Gyldmark M, Alban A. Brugerbetaling i sundhedsvæsenet - kortlægning og analyse. København: DSI, 1995.
- (10) Christensen U, Rasmussen S. Konsekvenser af ventetid til operation. København: DIKE, 1998.
- (11) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal - 2001/2002. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (12) Derret S, Paul C, Morris JM. Waiting for elective surgery: effects on health related quality of life. International Journal for Quality in Health Care 1999; 11(1):47-57.
- (13) Nilsdotter AK, Lohmander LS. Age and waiting time as predictors of outcome after total hip replacement for osteoarthritis. Rheumatology 2002;(41):1261-1267.
- (14) NHS Executive. National surveys of NHS patients: General practice 1998. London: NHS Executive, 1999.
- (15) Anderson G, Black C, Dunn E, Alonso J, Nørregård JC, Anderson TF et al. Willingness To Pay To Shorten Waiting Time For Cataract Surgery. Health Affairs 1997; 44(11):1603-1610.
- (16) Kopperud GS. Betalingsvillighet for behandlingsgaranti - analyse av en befolkningsundersøkelse. Oslo: HERO - Health Economics Research Programme at the University of Oslo, 2000.
- (17) Dunn E, et al. Patient's Acceptance of Waiting for Cataract Surgery; what makes a wait too long? Soc Sci Med 1997; 44(1603):1610.
- (18) Sundhedsministeriet. Sygedagpenge og ventetid i sundhedsvæsenet. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1995.
- (19) Magnussen J, Mathisen T, Nyland K, Rønningen L. Sykepengeprosjektene - god samfunnsøkonomi? En gjennomgang og vurdering av forsøksvirksomheten 1993-1994. Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning, 1995.

- (20) Rasmussen H. Vælgerne: Hellere skat end ventelister. BT 1994;(14. november):8.
- (21) Frandsen AG, Hansen DG, Petersen S, Slothuus U. Danskernes ønsker til sundhedsvæsenet. Odense: Odense Universitetsforlag, 2000.
- (22) van Praag C. Social and Cultural Report 2002: The Quality of the Public Sector (Summary). The Hague: Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2002.
- (23) Donelan K, Blendon JB, Schoen C, Davis K, Binns K. The Cost of Health System Change: Public Discontent In Five Nations. Health Affairs 1999; 18(3):206-216.
- (24) Hanning M, Danneskiold-Samsøe B. Ventetidsgarantier i Norden - veje til kortere ventelister og ventetider i sundhedsvæsenet? København: DSI, 1996. (DSI rapport 96.03)
- (25) Vrangbæk K. Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs hønse? Ventetidsgarantier til sygehusbehandling. Århus: Magtudredningen, 2001.
- (26) Lindsay CM, Feigenbaum B. Rationing by waiting lists. American Economic Review 1984; 74(3):404-417.
- (27) Iversen T. A theory of hospital waiting lists. J Health Econ 1993; 12(1):55-71.
- (28) Street A, Duckett S. Are waiting lists inevitable? Health Policy 1996; 36(1):1-15.
- (29) Frankel S. The natural history of waiting lists - some wider explanations for an unnecessary problem. Health Trends 1989; 21:56-58.
- (30) Hansen JH. Ventelister til sygehusbehandling - mekanismer med betydning for ventelistedannelsen. Odense: Centre for Health and Social Policy, 1998. (CHS Working Paper 1998:5)
- (31) Earwicker S, Whynes D. General practitioners' referral thresholds and choices of referral destination: an experimental study. Health Econ 1998; 7:711-722.
- (32) Goddard JA, Malek M, Tavakoli M. An economic model of the market for hospital treatment for non-urgent conditions. Health Econ 1995; 4(1):41-55.
- (33) Kjellberg J, Herbild L, Svenning AR. Patientsammensætning, aktivitetsændringer og ventelister. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003.
- (34) Kjoller M, Rasmussen NK. Sundhed & sygelighed i Danmark 2000 - udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, SIF, 2002.
- (35) Aaron HJ, Schwartz WB. The painful prescription: rationing hospital care. Washington DC: The Brookings Institution, 1984.
- (36) Andersen TF, Mooney G. The challenges of medical practice variation. London: Macmillan, 1990.
- (37) Cullis JG, Jones PR. Inpatient waiting: a discussion and policy proposal. BMJ 1983; 287:1483-1486.
- (38) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Strategi for det behandlende sundhedsvæsen - Patienten først. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
- (39) Clemmesen F, Hansen M. Erfaringerne med meraktivitetsfinansiering af sygehuse. Samfundsøkonomen 2003;(3):11-16.
- (40) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal 2001/2002. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (41) Albret P. Hemmeligholdte tal: Regeringens ventelistesucces er overdrevet. Mandag Morgen 2004;(15):11-15.
- (42) Kjellberg Christensen J. Ventetid til elektiv kirurgi - et simpelt kapacitetsproblem? Ugeskr Laeger 2001; 163(41):5708-5712.
- (43) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedspolitisk redegørelse 2002. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2002.

- (44) Rasmussen LL. Svar på § 20-spørgsmål: Om tallene bag indenrigs- og sundhedsministerens vurdering af faldet i sygehusenes ventetider (Spm. nr. S 3573 stillet den 28/4 2004 af Lone Møller). www.ft.dk. Sidst opdateret: 2004. Udskrevet: 27-8-2004.
- (45) Siciliani L, Hurst J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. Paris: OECD, 2003. (OECD Health Working Paper no. 7)
- (46) Kjellberg J, Schiøler T, Svenning AR. Ventelister og elektiv aktivitet - Udviklingen af ventelister og elektiv aktivitet i Danmark - Sammenligning med Norge, Sverige og Finland. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2002.
- (47) Amtsrådsforeningen. Rapport fra Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe vedrørende definition af ventelistebegrebet på sygehuse. København: Amtsrådsforeningen, 1982.
- (48) Indenrigsministeriet. Ventetider til sygehusbehandling - redegørelse fra Indenrigsministeriets arbejdsgruppe vedrørende ventetider til sygehusbehandling. København: Indenrigsministeriet, 1986.
- (49) Blom-Hansen J. Sisyfos på arbejde - ventetidsgarantier i de skandinaviske lande. Nordisk Administrativt Tidsskrift 1998; 4.: 359-389
- (50) Christensen U, Knudsen MS, Rudbeck B. Ventetid til operation - evaluering af forsøgsordning med ventetidsgaranti. København: DIKE, DSI, 1996.
- (51) Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. København: Sundhedsministeriet, 2001.
- (52) Amtsrådsforeningen. Amternes økonomi 2002. København: Amtsrådsforeningen, 2002.
- (53) L64 (som fremsat) (2002): Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse).
- (54) L143. Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse). Lov nr. 143 af 25. marts 2002.
- (55) L64 (som fremsat) (2002): Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse).
- (56) Rasmussen LL. 2001-02, 2. samling - S 291 onsdag 16. januar 2002, Tale 111, 2002.
- (57) L64 (som fremsat) (2002): Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse).
- (58) Amtsrådsforeningen. Amternes økonomi 2004. København: Amtsrådsforeningen, 2004.
- (59) Amtsrådsforeningen. Aftale om amternes økonomi i 2004. <http://www.arf.dk/-Oekonomi/Oekonomiaftaler/AftaleOmAMternesOekonomi2004.htm>. Sidst opdateret: 2003.
- (60) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. CIR nr. 48 af 05/04/2002 (historisk): Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2002 til øget aktivitet på sygehusområdet m.v.
- (61) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. CIR nr. 127 af 14/11/2002 (Gældende): Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2002 til øget aktivitet på sygehusområdet m.v.
- (62) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. CIR nr. 83 af 27/06/2003 (Gældende): Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2003 til øget aktivitet på sygehusområdet m.v.
- (63) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. CIR nr. 6 af 05/01/2004 (Gældende): Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2004 til øget aktivitet på sygehusområdet m.v.
- (64) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. CIR nr. 127 af 14/11/2002 (gældende): Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2002 til øget aktivitet på sygehusområdet mv. 2002.

- (65) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Frit valg af sygehus. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (66) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Om udvidet frit sygehusvalg fra 1. juli 2002. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (67) Sundhedsministeriet. Afsluttende rapport fra Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg. 2 udg. København: Sundhedsministeriet, 1997.
- (68) Sundhedsministeriet. Første rapport fra Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg. København: Sundhedsministeriet, 1993.
- (69) Sundhedsstyrelsen. Personlig kommunikation med Sundhedsstyrelsen. 2003.
- (70) Christensen L, Felsby O. Ventegaranti overholdes ikke. Dagens Medicin 2002;(30. maj): 10.
- (71) Pedersen FS. Lange ventetider for patienter med kræft. Berlingske Tidende 2004;(8. juni):4.
- (72) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Personlig kommunikation via e-mail med Indenrigs- og Sundhedsministeriets 7. kontor. 2004.
- (73) Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapport fra arbejdsgruppen om evaluering af det udvidede frie sygehusvalg. København: Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004.
- (74) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Datakvaliteten i ventetidsopgørelserne baseret på Landspatientregisteret. Upubliceret arbejde, 2003.
- (75) Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal - 1999. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1999.
- (76) Steenberger A. Ventetidsopgørelsen nulstillet. Mandat 2004;(3): 10-12.
- (77) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Personlig kommunikation med Indenrigs- og Sundhedsministeriets 7. kontor. 30-3-2004.
- (78) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Personlig kommunikation med Indenrigs- og Sundhedsministeriets 7. kontor. 24-3-2004.
- (79) Piene H, Loeb M, Hem KG. Hospital capacity and waiting time for treatment - is there a connection?. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120(25):2988-2992.
- (80) Newton JN, Henderson J, Goldacre MJ. Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding. BMJ 1995; 311(7008):783-785.
- (81) Clinical Standards Advisory Group. District Elective Surgery: Access to and availability of services. London: HMSO, 1996.
- (82) Torvik H. (red.). SAMDATA sygehus 2002 - sammenligningsdata for den somatiske specialist-helsetjenesten 2002. Trondheim: SINTEF Unimed, 2003.
- (83) Hansen FH. (red.). SAMDATA Sygehus Rapport 1999: Sykehussektoren på 1990-tallet: Stor vekst - stabile fylkesvise forskjeller. Trondheim: SINTEF Unimed, 2000.
- (84) The House of Commons. Budget 2002. London: The Stationery Office, 2002.
- (85) Department of Health. Waiting lists stay below a million - Press release. http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4047395&chk=i%2BD4Pt. Sidst opdateret: 2003. Udskrevet: 15-8-2003.
- (86) Harley M. Waiting times in trauma and orthopaedic surgery. Community Medicine 1988; 10: 57-65.
- (87) Piene H, Loeb M, Hem KG. [Hospital capacity and waiting time for treatment-is there a connection?]. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120(25):2988-2992.

- (88) Piene H, Loeb M, Hem KG. [Hospital capacity and waiting time for treatment-is there a connection?]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120(25):2988-2992.
- (89) Martin S, Smith P. Rationing by waiting list: an empirical investigation. *Journal of Public Economics* 1999; 71:141-164.
- (90) Gravelle H, Dusheiko M, Sutton M. The demand for elective surgery in a public system: time and money prices in the UK National Health Service. *Journal of Health Economics* 2002; 21(3):423-449.
- (91) Goddard JA, Tavakoli M. Referral rates and waiting lists: some empirical evidence. *Health Econ* 1998; 7(6):545-549.
- (92) Cumming J. Defining core services: New Zealand experiences. *J Health Serv Res Policy* 1997; 2(1):31-37.
- (93) Derrett S, Paul C, Herbison P, Williams H. Evaluation of explicit prioritisation for elective surgery: a prospective study. *Journal of Health Services Research & Policy* 2002; 7(suppl 1):14-22.
- (94) New Zealand Ministry of Health. What are Elective Services Performance Indicators (ESPIs)? <http://www.electiveservices.govt.nz/index.cfm?%3D748%20%20Y2%3DDR8%262%2C891D%5EPEKU%3E%24G%22%26%24UK7K%2B71%24%5FP%20%0A>. Sidst opdateret: 2004. Udskrevet: 27-4-2004.
- (95) New Zealand Ministry of Health. How do I interpret the ESPI data? <http://www.elective-services.govt.nz/index.cfm?%3E748%20%20Y2%3DDR8%262%2C891D%5EPEKU%3E%24G%22%26%24UK7K%2B71%24%5FJK%0A>. Sidst opdateret: 2004. Udskrevet: 27-4-2004.
- (96) NOU. Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. Oslo: NOU, 1987. (Norges offentlige udredninger 1987:23)
- (97) Le Grand J, Mays N, Mulligan J-A. *Learning from the NHS Internal Market*. London: King's Fund, 1998.
- (98) Hanning M. Maximum waiting-time guarantee--an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy* 1996; 36(1):17-35.
- (99) Russell C, Roberts M, Williamson TG, McKercher J, Jolly SE, McNeil J. Clinical categorisation in elective surgery in Victoria. *ANZ J Surg* 2003; 73:839-842.
- (100) Department of Human Services. *Hospital services report - December quarter 2003*. Melbourne: Department of Human Services, 2004.
- (101) Commission for Health Improvement. *NHS performance ratings - Acute trusts, Specialist trusts, Ambulance trusts*. London: Commission for Health Improvement, 2003.
- (102) Kjellberg J, Sørensen J. *Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003.
- (103) OECD. *OECD Health Data 2002*. Paris: OECD, 2002.
- (104) Australian Institute of Health and Welfare. *Waiting times for elective surgery in Australia 1999-00*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2002.
- (105) Hospitalnet. *Private hospitaler kan nedbringe ventelister (Australien)*. <http://www.hospitalnet.dk>. Sidst opdateret: 1998.
- (106) PHIA. *Coverage of Hospital Insurance Tables*. Offered by Registered Health Benefits Organisations by State. <http://www.phiac.gov.au/statistics/membershipcoverage/hosquar.htm>. Sidst opdateret: 2004. Udskrevet: 30-8-2004.
- (107) Hospitalnet. *Udviklingstendenser i det canadiske sundhedsvæsen*. <http://www.hospitalnet.dk>. Sidst opdateret: 2000.

- (108) Fraser Forum. Empirical Analysis I: What is the impact on waiting time of increased government health spending? http://oldfraser.lexi.net/publications/forum/2000/08/section_04.html. Sidst opdateret: 2000. Udskrevet: 30-8-2004.
- (109) Waiker M, Wilson G. Hospital waiting lists in Canada. 11th edition. Vancouver BC: The Fraser Institute, 2002.
- (110) Esmail N, Walker M. Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada. 12th edition. Vancouver BC: The Fraser Institute, 2002.
- (111) Graham JR. Competition, Not Money, will Cure Health Care. Vancouver BC: The Fraser Institute, 2003.
- (112) Sobolev B, Brown P, Zelt D. Variation in time spent on the waiting list for elective vascular surgery: a case study. Clin Invest Med 2000; Vol 23, no 4.
- (113) Sobolev B, Brown P, Zelt D. Modeling and Analysis of Multistate Access to Elective Surgery. Health Care Management Science 2001; 4:125-132.
- (114) WCWL. From Chaos to Order - Making Sense of Waiting Lists in Canada. Final Report. Alberta: Western Canada Waiting List Project, 2001.
- (115) Department of Health. The patient's charter. London: Department of Health, 1996.
- (116) Department of Health. Public Expenditure on Health Services; Waiting lists. Government Response to the First Report from the Health Committee Session 1990-91. London: HMSO, 1991.
- (117) Secretary of State for Health. The New NHS: modern, dependable. London: The Stationery Office, 1997.
- (118) National Audit Office - Department of health. Inpatient and outpatient waiting in the NHS. London: National Audit Office, 2001.
- (119) NHS. The NHS Plan. London: The Stationary Office, 2000.
- (120) Warden J. Waiting lists respond to cash boost. BMJ 1998; 317:618.
- (121) Morgan B, Wright K. Hospital waiting lists and waiting times. [London]: House of Commons Library, 1999. (Research Paper 99/60)
- (122) National Audit Office - Department of health. Inappropriate adjustments to NHS waiting lists. London: Department of health, 2001.
- (123) Ministry of Social Affairs and Health. Press release 251/2003: Tackling treatment waiting lists. <http://pre20031103.stm.fi/english/hao/current/haocurrent2921.htm>. Opdateret: 18-9-2003. Udskrevet: 30-8-2004.
- (124) Järvelin J. Health care systems in transition: Finland. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems: 2002. (Vol. 4, No. 1, 2002)
- (125) Rissanen P, Häkkinen U. Priority-setting in Finnish health care. Health Policy 1999; 50(1-2):143-153.
- (126) Mossialos E. Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. Health Econ 1997; 6(2):109-116.
- (127) Ministry of Social Affairs and Health. Press release 73/2003: Health care waiting lists under the knife. <http://pre20031103.stm.fi/english/hao/current/haocurrent2587.htm>. Opdateret: 14-3-2003. Udskrevet: 30-8-2004.
- (128) Social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådets principbeslut om trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden. Helsinki: Social- och Hälsovårdsministeriet, 2002.
- (129) Social- och hälsovårdsministeriet. Pressmeddelande: Praxisen inom hälso- og sjukvården revideras. Helsinki: Social- och hälsovårdsministeriet, 2004.

- (130) Keskimäki I, Aro S, Teperi J. Regional variation in surgical procedure rates in Finland. *Scand J Soc Med* 1994; 22(2):132-138.
- (131) Social- och hälsovårdsministeriet. Personlig kommunikation med det finske Social og Sundhedsministerium. 20-4-2004.
- (132) Ministry of Social Affairs and Health. Hospital districts estimate waiting lists and cash needed to cut them. <http://pre20031103.stm.fi/english/hao/current/haocurrent2031.-htm>. Sidst opdateret: 30-5-2002. Udskevet: 30-8-2004.
- (133) Nordberg M, Keskimäki I, Hemminki E. Is there a relation between waiting-list length and surgery rate? *International Journal of Health Planning and Management* 1994; 9(3):259-265.
- (134) Hospitalnet. Giver opgørelser af ventetiderne et reelt billede af virkeligheden? <http://www.hospitalnet.dk>. Sidst opdateret: 2002.
- (135) Hospitalnet. 332 millioner gylden har ikke reduceret ventelisterne væsentligt. <http://www.hospitalnet.dk>. Sidst opdateret: 2001.
- (136) Nienoord-Buré CD, Talma HF. Wachttijdstm voor midischspecialistische zorg in ziekenhuizen - resultaten per november 2001. Utrecht: Prismant, institut van en voor de zorg, 2002.
- (137) Zorgverzekeraars Nederlands. Zorgverzekeraars Nederlands - Issues - Waiting lists. <http://www.zn.nl/international/english/issues/waitinglists/factsandfigures.asp#>. Sidst opdateret: 2004. Udskevet: 30-8-2004.
- (138) Dutch Ministry of Health Care WaS. Personlig kommunikation med det hollandske sundhedsministerium. 29-4-2004.
- (139) laeven AMK, Mathijssen SW, Van Vliet C, Talma HF. Het Wachttijstfonds 2000 - De verandering gaat door. Utrecht: Prismant, 2001.
- (140) Friele R, Dane A, Andela M. Wachten duurt lang (waiting takes long). *Medisch Contact* 2001; 56(14):542.
- (141) Brouwer W, van Exel J, Hermans B, Stoop A. Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. *Health Policy* 2003; 63(3):289-298.
- (142) Bon R, van der Maten M. Wachttijden in ziekenhuizen. Verslag van een verkenning naar de praktijk van ziekenhuizen en verzekeraars. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002.
- (143) Sundhedsministeriet. Sygehusvæsenet - en dansk og international sammenligning. København: Sundhedsministeriet, 1999.
- (144) Upton S. *Your Health & the Public Health*. Wellington: Minister of Health, 1991.
- (145) Maani K, Yeoh A, Wallace K. New Zealand Health Reform - A systems thinking study of restructuring. Upubliceret arbejde, 1998.
- (146) Gauld R, Derrett S. Solving the surgical waiting list problem? New Zealand's 'booking system'. *Int J Health Plann Manage* 2000; 15(4):259-272.
- (147) Devlin N, Maynard A, Mays N. New Zealand's new health sector reforms: back to the future? *BMJ* 2001; 322(7295):1171-1174.
- (148) Edgar W. Rationing in Health Care - A New Zealand Perspective on an International Dilemma. *Schweizerische Ärztezeitungen* 2000; 81(4):190-194.
- (149) Seddon ME, French JK, Amos DJ, Ramanathan K, McLaughlin SC, White HD. Waiting times and prioritization for coronary artery bypass surgery in New Zealand. *Heart* 1999; 81(6):586-592.
- (150) New Zealand Ministry of Health. Reduced Waiting Times for Public Hospital Elective Services - Government Strategy - March 2000. Wellington: New Zealand Ministry of Health, 2000.

- (151) New Zealand Ministry of Health. What are referral, assessment, and management guidelines? <http://www.electiveservices.govt.nz/index.cfm?%3D748%20%20Y2%3DDR-8%262%2C891D%5EPEKU%3E%24G%22%26%24UK7K%2B71%24%5FX%20%0A>. Sidst opdateret: 2004. Udskrevet: 27-4-2004.
- (152) New Zealand Ministry of Health. What happens to the patient seeking elective services? <http://www.electiveservices.govt.nz/index.cfm?%3D748%20%20Y2%3DDR8%262%2C891D%5EPEKU%3E%24G%22%26%24UK7K%2B71%24%5F%5C%20%0A>. Sidst opdateret: 2004. Udskrevet: 27-4-2004.
- (153) New Zealand Ministry of Health. Elective Services Second Quarterly Report for 1 October - 31 December 2001. Wellington: New Zealand Ministry of Health, 2002.
- (154) Pedersen KM. Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform. Paper presented at the Annual conference for Norwegian Health Economists 2002.
- (155) Sintef Helse. Ventelistedata per 31.12.2003. <http://www.npr.no/InfoVent/ventelistenotat0303.pdf>. Sidst opdateret: 2004. Udskrevet: 5-2-2004.
- (156) Sosial- og helsedepartementet. Foreskrift av 25. juli 1990 om ventetider og prioritering av pasienter. Rundskriv nr I.25/92. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1990.
- (157) Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering? Oslo: HERO - Health Economic Research Programme at the University of Oslo, 2001.
- (158) Helsedepartementet. Innsatsstyrt finansiering 2004. Oslo: Helsedepartementet, 2004.
- (159) Kalseth J. (red.). Samdata 2003: Samdata Sykehus Rapport, Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2002. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2004.
- (160) Helsedepartementet. Kraftig Reduksjon i ventetidene i 2003. Oslo: Helsedepartementet, 2004.
- (161) Sosial- og helsedepartementet. Ventetidsgarantier - kriterier og finansiering. St meld nr. 44, 1-35. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.
- (162) Eldøen G. Sykehuskø - rett vei til god helse? Oslo: Kommuneforlaget, 1996.
- (163) Lian OS, Kristiansen IS. [Waiting list guarantee between medicine and bureaucracy]. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118(25):3921-3926.
- (164) Guldvog B. Meningsløse ventetidsgarantier. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117:329.
- (165) ODIN-redaksjonen. "Lønning II"-utvalget advarer mot for sterk konsentrasjon om ventelistingene. <http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/shd/1996/pressem/030005-070131/-index-dok000-b-n-a.html>. Sidst opdateret: 20-12-1996. Udskrevet: 30-8-2004.
- (166) Gaminde I. Priorities in health care: A perspective from Spain. Health Policy 1999; 50:55-70.
- (167) Hanning M. I väntan på vård. Vårdgarantier i Norden - bakgrund, utformning och effekter. Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning, 1996. (NIS Rapport 3/96)
- (168) Landstingsförbundet. Swedish health care in the 1990's - Trends 1992-2000. Stockholm: Landstingsförbundet, 2002.
- (169) Hospitalnet. Landstingsförbundet vedtager retningslinier for patientrettigheder (Sverige). <http://www.hospitalnet.dk>. Sidst opdateret: 1997.
- (170) Socialdepartementet L. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2002. Stockholm: Landstingsförbundet, 2001.

- (171) Landstingsförbundet and Hanning, M. Plan för Väntetider i vården - etapp II (2001-2002). http://www.lf.se/hs/vantetider_projplan.htm. Sidst updateret: 2002.
- (172) Hanning M. Waiting Lists in Sweden. Internt notat. [S.l.]: [S.n.], 2002.
- (173) Hospitalnet. Behandlingsgaranti virker ikke - bedre med frit sygehusvalg. <http://www.hospitalnet.dk>. Sidst opdateret: 1999.
- (174) Landstingsförbundet, Knutsson H. Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet, 2002.
- (175) Socialdepartementet Regeringskansliet. Staten tillför 4,25 miljarder till vården 2003. <http://www.finans.regeringen.se>. Sidst updateret: 2002.
- (176) Socialdepartementet Regeringskansliet. Pressmeddelande - Regeringen tillför 4,25 miljarder till vården 2003. http://www.regeringen.se/galactica/service=irnews/owner=-sys/action=obj_show?c_obj_id. Sidst updateret: 10-8-2002.
- (177) Socialdepartementet, Landstingsförbundet. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för ökad tillgänglighet inom hälso och sjukvården. <http://www.lf.svekom.se/artikeldokument.asp?C=2112&A=4809&FileID=19239&NAME=tillganglighet.pdf>. Sidst updateret: 3-10-2001. Udskevet: 30-8-2004.
- (178) Landstingsrevisorerna. Revisionsrapport: Varför väntar patienterna - en uppföljning av vårdgarantin. http://www.sll.se/w_rev/6301.cs. Sidst updateret: 2002.
- (179) Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). Kvaliteten af lungecancerbehandlingen opgjort på lands- og amtsniveau (1. og 2. halvår 2003). Nationale resultater (1. og 2. halvår 2003). http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/4503?_ARTIKEL_ID_=2144040721095109&contextfolderids=2144040106132257%2C2144040221172351%2C2144040721092658. Sidst updateret: 2-9-2004. Udskevet: 7-9-2004.

Ventelister til elektiv behandling

Hvorfor er de et problem, hvorfor opstår de og hvad kan der gøres ved dem?

Ventelister til elektiv behandling har gennem de sidste 10-15 år spillet en særdeles fremtrædende rolle i sundhedsdebatten i såvel Danmark som i flere af de lande, vi normalt sammenligner os med på sundhedsområdet. Med afsæt i et større litteraturstudie søger nærværende rapport at belyse og perspektivere ventelisteproblematikken gennem besvarelse af centrale spørgsmål om ventelisternes konsekvenser, deres dannelse og mulighederne for en varig nedbringelse.

Rapporten består af en gennemgang af eksisterende litteratur om ventetidernes konsekvenser set fra et patient-, et samfundsøkonomisk- og et borgeropfattelsesperspektiv samt en redegørelse for og kategorisering af forskellige forklaringer på ventelistedannelse. Disse forklaringer benyttes som struktureringsværktøj for en gennemgang af nyere ventelisteinitiativer i udvalgte lande – hovedsageligt med integrerede sundhedssystemer som det danske.

Selvom de internationale ventelisteerfaringer hverken indbyder til entydige forklaringer på ventelisternes opståen eller på hvordan de mest effektivt kan reduceres, så er det alligevel muligt at fremdrage et par praksiskonklusioner fra undersøgelsen. Erfaringerne viser således, at det på sigt vil være vanskeligt at producere sig ud af ventelisteproblematikken gennem de traditionelle udbudsorienterede initiativer - i hvert fald så længe aktivitetsforøgelse ikke knyttes til ændringer i incitamentsstrukturen på udbudssiden og/eller til succesfuld skærpet prioritering på efterspørgselssiden. Flere af de undersøgte lande har da også og med en vis, omend svingende, succes forsøgt sig med øget aktivitet koblet med reformer rettet mod efterspørgselssiden og/eller mod incitamenter for opretholdelse af lange ventelister.