

# Ventelister – hvorfor opstår de, og hvad kan der gøres ved dem?

Senior projektleder Jakob Kjellberg & direktør Jes Søgaard

DSI Institut for Sundhedsvæsen

## Resumé

De internationale erfaringer med ventelisteinitiativer giver ikke klare og entydige konklusioner, alligevel peger litteraturstudiet på visse gennemgående tendenser:

Ud fra erfaringerne med midlertidige og varige ekstrabevillinger kan man ikke påvise nogen entydig sammenhæng mellem elektiv aktivitet og ventelister. Opfattelsen af ventelister som tegn på en »pukkel« af ventende patienter kan derfor ikke bekræftes af empirien på området. Tværtimod er der meget, der tyder på, at øget udbud påvirker de praktiserende lægers henvisningskriterier, hvilket giver øget efterspørgsel. Derfor er det i praksis svært at producere sig ud af venteliste-problemerne.

En alternativ løsning kunne være øget brugerbetaling og/eller brug af private forsikringer. Effekten af sådanne tiltag på ventelisterne er imidlertid dårligt belyst. En anden mulighed er eksplicit prioritering af patienternes behov. Erfaringerne tyder dog på, at prioritering sjældent fører til faldende ventelister, fordi man med initiativerne ikke formår at afvise patienter med marginale behov. Derimod kan initiativerne levere øget vished for patienterne samt en mere fair prioritering, der i højere grad bygger på patienternes behov for behandling.

Den sidste kategori af initiativer retter sig mod incitamenter forbundet med opretholdelsen af ventelister. I denne kategori er der tegn på, at frit-valgs-ordninger og andre påvirkninger af incitamentsstrukturen kan have en positiv effekt på ventelisterne.

I offentligt integrerede sundhedssystemer uden brugerbetaling findes der næsten altid ventetid til elektiv kirurgisk behandling. I denne artikel søger vi at afdække de internationale erfaringer med forskellige ventelisteinitiativer og bygger på en gennemgang af litteraturen på området. Selv om analysen kun omhandler erfaringer fra lande med offentligt integrerede sundhedssystemer, er det vigtigt at understrege, hvor svært det er at sammenligne ventelisteinitiativer på tværs af tid og grænser. Derudover indgår ventelisteinitiativer ofte som en del af større reformprojekter, hvilket gør det vanskeligt at isolere og vurdere effekterne af enkelte delelementer. Endelig er der kun foretaget meget få systematiske evalueringer af specifikke ventelisteinitiativer, hvorfor evidensen på området kan betegnes som mangelfuld. Derfor må artiklens resultater også betragtes som tentative.

## Metoder

Der er søgt i MEDLINE fra og med 1993 med MESH-terminer *Waiting-Lists* kombineret med *Health-Care-Rationing*. Resulta-

ter af søgningen var 202 referencer. Dernæst er der søgt på *Waiting-Lists* og fritekst: surgery, minus den første søgning og med samme afgrænsning. Denne søgning gav 540 referencer. Desuden er der søgt i Spriline under *vårdgaranti* og i DSI-bib på emneordene venteliste samt ventetid og garanti i kombination. De specifikke referencer anvendt i artiklen er medtaget, fordi de enten eksemplificerer en teoretisk forklaring på fenomenet ventelister eller i kraft af deres empiriske resultater.

## Hvorfor opstår ventelister, hvad har man gjort for at nedbringe dem, og hvordan har det virket?

Der findes flere teorier og teorigennemgange om ventelister til elektiv behandling [1-5]. Teorierne kan groft opdeles i tre kategorier i forhold til den formodede underliggende årsag til ventelisterne. Hvor teori 1 og teori 2 handler om udbudssiden fokuserer man i teori 3 på efterspørgslen efter elektiv behandling. Reformen sigter typisk mod udbudssiden, når årsagen til ventelisterne antages at ligge i manglende behandlingskapacitet, og mod efterspørgselsiden, når behandlingskapaciteten vurderes at ligge på et tilstrækkeligt højt niveau [6]. I det følgende gennemgås teorierne, og udvalgte internationale erfaringer indplaceres i forhold til de tre opfattelser af årsagen til ventelister.

**Teori 1:** Ventelister er udtryk for en simpel, men uberettiget ubalance mellem udbud og efterspørgsel. Reformen inden for denne kategori retter sig mod udbudssiden og har ofte karakter af mere eller mindre selektive merbevillinger [7]. Bevillingerne er midlertidige, når ubalancen opfattes som en pukkel af ventende patienter, og permanente, når ubalancen vurderes at være strukturel. I praksis udmøntes disse bevillinger ofte som aktivitetsbestemt finansiering koblet med venteliste-garantier.

**Teori 2:** Ventelister opstår som resultat af perverse incitamenter for læger og sygehuse til at opretholde lav produktivitet og lange ventelister. Ventelister opfattes her som våben i kampen om flere resurser i de rammestyrede, integrerede sundhedsvæsen, hvor stramme bevillingsrammer bruges for at lægge pres på sygehusenes produktion. På samme måde kan lange ventetider opfattes som indikator for klinisk dygtighed [2]. I det lys har hverken klinikere eller sygehusledelser incitament til at nedbringe ventelisterne [8]. Reformen rettet mod perverse incitamenter kan enten være af strukturel karakter (f.eks. frit sygehusvalg eller etablering af interne markeder) eller være specifikt rettet mod sundhedsvæsenets ledelsesniveau.

**Teori 3:** Ventelister er udtryk for, at omkostningerne ved behandling er for små for patienterne, hvorfor systemet behandler for mange patienter med marginale behov. Ifølge

#### Centrale nøglepunkter om internationale erfaringer med ventelisteinitiativer

- De internationale erfaringer med ventelisteinitiativer giver ikke klare og entydige konklusioner.
- Der kan ikke påvises nogen direkte sammenhæng mellem det elektive aktivitetsniveau og ventelister.
- Teorien om ventelister som en »pukkel« af ventende patienter kan ikke bekræftes af empirien på området.
- Øget klinisk prioritering fører sjældent til faldende ventelister, men kan bidrage til øget vished for patienterne samt en generelt mere fair prioritering, der i højere grad bygger på patienternes behov for behandling.
- Internationale erfaringer peger på, at frit-valgs-ordninger og andre påvirkninger af incitamentsstrukturerne kan have en positiv effekt på ventelisterne.

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. Ventetiden udgør her den omkostning, som patienterne må betale i fraværet af en monetær prissætning. Det er således ventetiden, der skaber ligevægt mellem udbud og efterspørgsel [1]. Fra et samfundsmæssigt perspektiv er ventetid imidlertid en uhensigtsmæssig måde at fordele goder på, da ingen drager nytte af ventetiden (i modsætning til f.eks. brugerbetaling, hvor modtageren har nytte af modydelsen). Hvis denne overefterspørgsel efter sundhedsydelser opfattes som uhensigtsmæssig, er der grundlæggende to muligheder for at skabe ligevægt mellem udbud og efterspørgsel: brugerbetaling og skærpet medicinsk prioritering.

#### Reformer målrettet teorien om ubalance mellem efterspørgsel og udbud

Der findes mange eksempler på reformer, hvormed man har søgt at skabe balance mellem udbud og efterspørgsel gennem midlertidige bevillinger. Flest eksempler er der fra England, hvor der i perioden fra 1988 til 1995 blev bevilliget resurser fra en central pulje til afvikling af ventelister. I alt blev der bevilliget £252 mio.[7]. En samlet evaluering af 44 venteliste programmer viste efterfølgende, at det var muligt at øge aktiviteten via bevilling af ekstraresurser, men at den øgede aktivitet blev imødekommet af ny tilgang til ventelisterne, som i en række tilfælde overgik den øgede aktivitet. Det lykkedes kun at nedbringe ventelisten gennem øget aktivitet i seks ud af de 44 projekter. I yderligere 11 tilfælde blev ventelisten nedbragt, dog uden at aktiviteten blev øget [9].

Erfaringerne med permanente budgetudvidelser er mere tvetydige end erfaringerne med midlertidige bevillinger. I Norge har man op gennem 1990'erne væsentligt øget de offentlige bevillinger til sundhedsvæsenet og endvidere omlagt den økonomiske styring fra rammestyrt til aktivitetsbestemt

finansiering, bl.a. med henblik på at nedbringe ventelisterne. Aktiviteten på sygehusene blev da også øget op gennem 1990'erne, men langt den største vækst skete inden for det akutmedicinske område med en 36% vækst i antallet af indlæggelser. Til sammenligning var der kun 4% vækst i de elektive kirurgiske indlæggelser, hvilket ikke medførte nogen væsentlig nedbringelse i ventetiden til behandling [10].

Siden regeringsskiftet i 1997 har man i England opprioriteret en reduktion af ventelisterne, hvilket har medført en relativ høj vækst i sundhedsudgifterne. I april 2002 annoncerede den engelske regering, at ventetidsmålsætningen nedsattes fra 18 mdr. til 15 mdr. og med yderligere 3 mdr. pr. år indtil 2005, hvor ventetidsmålsætningen vil være 6 mdr. Desuden er der sat som mål, at den maksimale ventetid skal nedbringes til 3 mdr. i 2008. Til disse mål blev der knyttet en gennemsnitlig årlig realvækst på 7,4% indtil finansåret 2007/2008 [11]. Erfaringerne fra England viser, som i Norge, at det på trods af det massive politiske pres og merbevillinger har været svært at øge den elektive kirurgiske aktivitet væsentligt. Selv om det lykkedes at øge den elektive aktivitet i 1998 med ca. 8%, var aktiviteten i 1999 og 2000 uændret i forhold til i 1998 [7]. Ventelisterne og ventetid til behandling i England er ganske vidst faldet siden satsningen i 1998, men faldet var faktisk mest markant i de år, hvor aktiviteten ikke blev øget [12].

Generelt stilles der i den internationale litteratur spørgsmålstegn ved effekten af at øge den elektive kirurgiske aktivitet. Mens der på kort sigt kan konstateres en korrelation mellem øget aktivitet og faldende ventelister, har man i en række undersøgelser forgæves søgt at genfinde denne sammenhæng på længere sigt. Der er heller ikke observeret nogen entydig sammenhæng mellem ventetider og elektiv aktivitet, hospitalernes resurseforbrug eller socio-økonomiske faktorer [1, 13-15]. Noget tyder altså på, at en række andre faktorer end aktivitetsniveau og resurser spiller ind på dannelsen af ventelister.

Den manglende sammenhæng mellem aktivitet og ventelister taler imod teorien om ventelister som tegn på en »pukkel« af ventende patienter [1, 14, 16]. Teoretisk set burde en finansiering af stigende aktivitet op til det niveau, hvor der ikke længere er nogen yderligere efterspørgsel eliminere ventelisten. Men alt tyder på, at dette niveau hele tiden flytter sig. Det skyldes delvis den teknologiske udvikling, der muliggør behandling af nye patientgrupper. Herudover viser en række studier, at ændrede ventetider også medfører ændringer i behandlingspraksis. Det betyder, at praktiserende og visiterende lægers henvisningsmønstre har en tendens til at ændre sig, når ventetiderne til behandling ændres [6, 12, 16-19]. Derfor er det i praksis vanskeligt at producere sig ud af venteliste problemerne.

#### Reformer målrettet mod perverse incitamenter for opretholdelsen af lange ventelister

Erfaringerne med frit-valgs-ordninger og interne markeder er blandede, ikke mindst pga. variationerne i den praktiske im-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

plementering af ordningerne. De klareste resultater stammer fra Sverige, hvor man i 1991 indførte en tremånedersventetidsgaranti på 12 forskellige behandlinger. Såfremt hospitaler med primært ansvar for den pågældende patient 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 tydelige. Hvor 50% af patienterne ventede mere end 3 mdr. før reformen, var andelen nedbragt til 6% i 1992. Det viste sig dog snart, at de patienter, der ikke blev behandlet inden for garantiperioden, sjældent benyttede sig af det frie valg, hvorfor presset på sygehusene tog af [20]. I 1995 var ventetiden til behandling højere end før reformen blev gennemført, og i 1996 blev ordningen stoppet.

Den mest radikale omlægning af incitamentsstrukturen fundet i litteraturstudiet kommer fra den australske delstat Victoria, hvis sundhedssystem minder om det nordiske. Her havde man længe haft problemer med stabilt lange ventelister. De traditionelle måder at løse venteliste-problematikken på, såsom ventelistepuljer og incitamenter for patienterne til at bruge den private sektor, havde været forsøgt, men uden nævneværdig succes [8]. Som led i et større ventelisteinitiativ blev patienterne i 1992 inddelt i tre kategorier, alt efter hvor akut behandlingsbehovet var. I 1993 blev der indført delvis aktivitetsbestemt finansiering (DRG)-finansiering, hvor budgettet oprindelig blev fastsat med henblik på opnåelse af en 15% besparelse på sygehusudgifterne over tre år. Ud over DRG-midlerne blev der afsat en pulje af resurser, der skulle finansiere en vækst i aktiviteten på 7%. Denne pulje kunne sygehusene søge kvartalsvis. Ansøgningskriteriet var, at det pågældende sygehuse ikke havde såkaldte kategori 1-patienter, der ventede mere end de anbefalede 30 dage. Pr. 1. april 1994 gjaldt tilsvarende betingelser for sygehuse med kategori 2-patienter, der ventede mere end 90 dage. Effekten af reformen udeblev ikke. Kategori 1-patienter, der ventede mere end 30 dage, forsvandt helt, og der skete et væsentligt fald i antallet af kategori 2-patienter, der ventede mere end 90 dage. Desuden skete der et mindre fald i antallet af kategori 3-patienter, hvilket indikerer, at patienterne ikke blot blev nedklassificeret [8]. Erfaringerne fra Victoria tyder på, at systemet faktisk kan påvirke ventelisterne.

De fleste erfaringer med specifikke påvirkninger af incitamenterne på ledelsesniveau kommer fra England. I forbindelse med den engelske labourregerings ambitiøse sundhedsreform, blev det gjort meget klart over for det ledende personale i de ansvarlige sundhedsdistrikter, at ventelisterne skulle ned. Manglende resultater kan medføre fyring, og der er i den forbindelse blevet talt om et »frygtens klima« [21]. I december 2001 afslørede den engelske rigsrevision imidlertid, at man på en række engelske offentlige sygehuse havde foretaget »upassende justeringer« af deres ventelister [22]. Disse »upassende justeringer« dækkede både over fejlagtige rutiner og egentlige forfalskninger af ventelisterne. Justeringerne begyndte, da

ventetidsreformen blev introduceret, og tiltog i omfang efterhånden som presset på systemet blev øget [22]. Der kan derfor stilles spørgsmål ved, om de kortere engelske ventelister er begrundet i en mindre ubalance mellem efterspørgsel og behov, eller om systemet også har »tilpasset« sig den nye incitamentsstruktur på anden vis.

### Reformer, der ser ventelister som udtryk for, at systemet accepterer patienter med marginale behov

Lighedshensyn udelukker ofte brugerbetaling som prioriteringsmekanisme i de integrerede sundhedssystemer, og ved litteraturgennemgangen finder man således ingen erfaringer med nævneværdig brugerbetaling for elektiv kirurgi i lande med ventelister. Et nærliggende alternativ kunne være at lade betalingsvilje og -evne erstatte af eksperters prioritering af patienternes behov. Både i New Zealand, Norge og Australien har man således forsøgt at gennemføre en mere eksplicit prioritering blandt patienterne. I New Zealand er prioriteringssystemet for elektive patienter opbygget således, at de patienter, der forventes at få flest fordele ved behandlingen, også får flest point, hvilket giver forsteret til behandling [23]. I Norge og Australien er prioriteringssystemerne baseret på en blanding af, hvor akut sygdommen er, og hvor effektiv den påtænkte behandling forventes at være. Her udløser en høj prioritering en ventelistemålsætning. Effekten af prioriteringsmekanismene på ventetiderne til behandling har ikke været formelt evalueret. Erfaringerne fra Norge viser dog store variationer fra fylke til fylke mht., hvilke patienter der tildeles en ventetidsmålsætning [10]. Det kunne indikere, at det er vanskeligt at udarbejde stringente prioriteringsmodeller, som kan efterleves i praksis. Da man i de nævnte lande blot har prioriteret mellem behovene og ikke har formået at afvise patienter med marginale behov, må effekten af prioriteringen på ventelisterne også formodes at være begrænset.

### Diskussion

De internationale erfaringer med ventelisteinitiativer tyder på, at ventelisterne ikke udgør et simpelt kapacitetsproblem, idet efterspørgslen har en tendens til at følge udbuddet. Initiativer, der alene opfatter ventelisterne som en oparbejdet »pukkel« af patienter, har derfor ikke store chancer for succes. Problemet er imidlertid, at alternative måder at tackle venteliste-problemerne på heller ikke har været ubetingede succeser.

Økonomer argumenterer ofte for, at fraværet af patientomkostninger ved at stå på venteliste og efterfølgende modtage behandling gør, at marginale patienter med tvivlsomme behandlingsprognoser vil vedblive med at opsøge behandling. Hvis systemet ikke formår at afvise disse patienter, vil efterspørgslen fortsætte til det punkt, der i økonomernes terminologi svarer til marginale *benefits* på nul, hvilket i praksis vil sige, at behandlingen ikke er direkte kontraindikeret. Ved de hidtidige forsøg på at definere, hvilke patienter der har så

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

stort et behov, at de bør modtage behandling betalt af samfundet, har man ikke for alvor formålet at afvise marginale patienter.

Ved løsninger, hvor alle behov søges tilfredsstillet gennem næsten ubegrænsede midler til aktivitetstigninger, har man heller ikke formålet at løse problemerne. Dels fordi aktivitetssøgningerne på længere sigt sjældent kan følge med tilgangen af nye patienter, og mere fundamentalt fordi der generelt ikke kan konstateres nogen direkte sammenhæng mellem aktivitet, resurser og ventetiden til behandling. Ventelisteinterventionerne med den umiddelbart største effekt har da også været dem, der har ændret incitamenterne til opretholdelse af ventelister. Reformerne i Victoria fjernede incitamentet til at overestimere det nødvendige behandlingsniveau, ligesom den svenske reform i en periode formåede at reducere ventetiden til behandling. Endelig kan de seneste effekter af de engelske ventelisteinitiativer til dels ses som resultatet af det pres, der blev lagt på sygehusene for at reducere ventelisterne.

Ved litteraturgennemgangen blev der ikke fundet nogen simple og entydige løsninger på ventelisteproblemerne, ligesom der er fundet få klare konklusioner. De internationale erfaringer synes dog at afkræfte teorien om, at ventelister udgør en pukkel af patienter, der kan barberes væk via en midlertidig merfinansiering. Ventelisterne skyldes nok nærmere underliggende årsager, hvoraf incitamentsstrukturen og manglende kriterier for prioritering af patientbehov formodentlig udgør to af de væsentligste. Uden en klarere definition af, hvilke patienter der har så stort et behov, at de har krav på offentligt betalt behandling, er der overhængende risiko for, at tilstrømningen af nye patienter vil vedblive med at være mindst lige så stor, som de aktivitetstigninger systemet kan præstere.

Korrespondance: *Jakob Kjellberg*, DSI Institut for Sundhedsvæsen, Dampfærgevej 27-29, DK-2100 København Ø. E-mail: [jkc@dsi.dk](mailto:jkc@dsi.dk)

Antaget: 8. juli 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

- Lindsay CM, Feigenbaum B. Rationing by waiting lists. *Am Econ Rev* 1984; 74:404-17.
- Frankel S. The natural history of waiting lists – some wider explanations for an unnecessary problem. *Health Trends* 1989;21:56-8.
- Iversen T. A theory of hospital waiting lists. *J Health Econ* 1993;12:55-71.
- Rationing and rationality in the National Health Service – The persistence of waiting lists. London: Macmillan, 1993.
- Hansen JH. Ventelister til sygehusbehandling – mekanismer med betydning for ventelistedannelsen.. Odense: Centre for Health and Social Policy, 1998;5.
- Hurst J, Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris: OECD Health Working Papers, 2003;6.
- Harrison A, New B. Access to elective care: what should really be done about waiting lists? London: Kings Fund, 2000.
- Street A, Duckett S. Are waiting lists inevitable? *Health Policy* 1996;36:1:1-15.
- Newton JN, Henderson J, Goldacre MJ. Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding. *BMJ* 1995;311:783-5.
- Sintef. Samdata sykehus. Trondheim: Sintef, 2000.
- The House of Commons. Budget 2002. London: The Stationery Office, 2002.
- Harrison A. The war on waiting. *Health Care UK*:2000:52-60.
- Harley M. Waiting times in trauma and orthopaedic surgery. *Commun Med* 1988;10:57-65.
- Piense H, Loeb M, Hem KG. Sykehuskapasitet og ventetid for behandling – er det noen sammenheng? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120:25:2988-92.
- Nordberg M, Keskimaeki I, Hemminki E. Is there a relation between waiting-list length and surgery rate? *International Journal of Health Planning and Management* 1994;9:259-65.
- Cullis JG, Jones PR. Inpatient waiting: a discussion and policy proposal. *BMJ* 1983;287:1483-6.
- Earwicker S, Whyne D. General practitioners' referral thresholds and choices of referral destination: an experimental study. *Health Econ* 1998;7:711-22.
- Goddard JA, Tavakoli M. Referral rates and waiting lists: some empirical evidence. *Health Econ* 1998;7:545-9.
- Kjellberg J, Herbild L, Svenning AR. Patientsammensætning, aktivitetsændringer og ventelister. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003.
- Hanning M. Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy* 1996;36:17-35.
- Warden J. Waiting lists respond to cash boost. *BMJ* 1998;317:618.
- National Audit Office – Department of health. Inappropriate adjustments to NHS waiting lists. London: The Stationery Office, 2001.
- Cumming J. Defining core services: New Zealand experiences. *J Health Serv Res Policy* 1997;2:31-7.