

Bestuingsforslag nr. B 1. Fremsat den 7. oktober 1992 af Torben Lund (S), Hanne Andersen (S), Dorte Bennedsen (S), Martin Glerup (S), Anna-Marie Hansen (S), Qvist Jørgensen (S), Tove Lindbo Larsen (S), Lone Møller (S) og Ingrid Rasmussen (S)

## **Forslag til folketingsbeslutning**

### **om maksimal ventetid på sygdomsbehandling**

Folketinget opfordrer regeringen til inden den 1. juli 1993 i samarbejde med amtskommunerne, Københavns og Frederiksberg Kommuner samt Rigshospitalet at udarbejde en samlet

handlingsplan, der over en 2-årig periode kan nedbringe patienternes ventetid på sygdomsbehandling på sygehuse eller hos speciallæge til maksimalt 3 måneder fra henvisning.

### Bemærkninger til forslaget

Hurtig og kompetent sygdomsbehandling er en fundamental rettighed for borgerne. Denne ret fungerer ikke i praksis, idet tusinder af borgere må stå på venteliste i månedsvis for at få den nødvendige behandling.

De eksisterende ventetider på sygdomsbehandling betyder store omkostninger – både menneskelige, sociale og økonomiske.

Derfor fremsættes dette beslutningsforslag for at sikre, at der etableres en ventetidsgaranti, der nedbringer ventetiden på sygdomsbehandling til maksimalt 3 måneder. Ved sygdomsbehandling forstås såvel sygehusbehandling som behandling hos speciallæger.

#### Ventelisternes omfang og ventetidernes længde

Pr. 31. december 1991 var der godt 15.000 personer på venteliste til operation for grå stær, hofteoperationer, knæoperationer eller åreknuder (lidelser, der er omfattet af Sundhedsstyrelsens venteliste-statistik).

Endvidere stod knap 600 personer på venteliste til coronar bypass-operation (hjerteroperation) og godt 650 personer til medicinsk forundersøgelse.

Af tabel 1 fremgår det, at den gennemsnitlige ventetid for de oplyste lidelser er mellem 5 og 8 måneder. Imidlertid er der tale om en beregnet ventetid, idet der er meget store regionale svingninger for ventetiden på behandling af de forskellige lidelser. Et par eksempler kan belyse dette:

I Københavns Kommune må man vente i 9 måneder for at blive opereret for grå stær, mens ventetiden i Frederiksberg Kommune er 2,3 måneder. Ligeledes må man i Roskilde Amtskommune vente i 8,7 måneder på en sådan operation, mens ventetiden i Vestsjælland Amtskommune er 3,5 måneder.

Hofteoperationer må man i Ribe Amtskommune vente på i 4,5 måneder. Knæoperationer er der i Fyns Amtskommune 17,5 måneders ventetid på; i Ringkøbing Amtskommune er der 15,1 måneders ventetid og i Vejle Amtskommune 5,1 måneders ventetid. For at blive opereret for åreknuder må man i Københavns Kommune vente i 9,6 måneder og i Frederiksberg Kommune 2,4 måneder.

Således er der altså stor forskel på, hvor lang ventetiden er, fra amtskommune til amtskommune. Paradoksalt nok er det i flere tilfælde naboamter, der har henholdsvis den korteste og den længste ventetid på behandling for den samme lidelse.

Ovenstående beskrivelse dækker som nævnt kun de lidelser, der indgår i Sundhedsstyrelsens statistik.

Det samlede antal patienter, der har stået på venteliste i mere end 3 måneder, var i 1990 knap 57.400 personer.

(Kilde: Sundhedsstyrelsen: operationsmønstret og ventetider ved danske sygehuse 1990, Sygestatistik II:55:1992). Der foreligger ikke nyere tal.

Tabel 1: Antal personer på venteliste til operation for grå stær, hofteoperationer, knæoperationer eller åreknuder pr. 31. december 1991 samt beregnet gennemsnitlig ventetid.

Lidelse	Antal personer på venteliste	Gennemsnitlig ventetid
Grå stær	7.488	5,6 mdr.
Hofteoperation	3.031	6,9 mdr.
Knæoperation	1.795	7,9 mdr.
Åreknuder	2.721	5,7 mdr.

Kilde: Sundhedsstyrelsens venteliste-statistik, 1991:2

### Ventetidernes konsekvenser

Ventetiden for patienter har både menneskelige og sociale samt økonomiske konsekvenser.

De sociale og menneskelige konsekvenser drejer sig om en belastning af patienternes forhold til arbejdsmarked og familie.

Sygemelding i hele eller dele af ventetiden kan betyde en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet, der i værste fald kan resultere i fyring. I en interviewundersøgelse af patienter på en ortopædkirurgisk venteliste (jf. Søren Walther-Larsen, Troels G. Nielsen & Andrea Kisling: »Ventelistens sociale konsekvenser«, Ugeskrift for læger, 1986:36, pp. 2307-2309) når man det resultat, at 39 pct. af de erhvervsaktive på venteliste var sygemeldt i kortere eller længere tid i ventetiden. 7 pct. af de erhvervsaktive blev fyret fra deres job på grund af sygdom.

I samme interviewundersøgelse er undersøgt ventelistepatienternes subjektive vurdering af deres psykiske tilstand. Over 80 pct. af patienterne følte sig påvirket psykisk af at stå på venteliste. Disse patienter følte som oftest forholdet til familien ændret i form af irritabilitet, depression, afhængighed af andres hjælp samt et reduceret aktivitetsniveau.

De økonomiske konsekvenser er dels privatøkonomiske og dels samfundsøkonomiske.

De privatøkonomiske konsekvenser ses i form af mindre indkomst under sygemelding samt udgifter til medicin m.v.

De samfundsøkonomiske konsekvenser ses på en række områder i form af udgifter til

- forsørgelse - eksempelvis sygedagpenge - i ventetiden, når denne medfører sygemelding
- lægebesøg i ventetiden
- medicin i ventetiden
- hjælpemidler i ventetiden
- hjemmepleje.

Ingen af disse områder er statistisk belyst, og det er således ikke umiddelbart muligt at kvantificere de samfundsøkonomiske omkostninger.

Det skal dog nævnes, at Socialforskningsinstituttet (jf. Mogens Nord-Larsen: »Langvarig sygdom«, Socialforskningsinstituttet, rapport 1991:5) har søgt at beregne, hvor mange sygedagpenge der udbetales som følge af for lange ventetider.

Socialforskningsinstituttet når frem til, at for lange ventetider på sygehusindlæggelse og speciallægeundersøgelser årligt afstedkommer op mod 350.000 dagpengeuger. Dette svarer til, at der årligt udbetales ca. 700 mio. kr. i »unødige« sygedagpenge på grund af ventetider.

Alt i alt må det således skønnes, at der er meget betydelige økonomiske omkostninger forbundet med eksistensen af ventetider på sygdomsbehandling.

### Økonomiske konsekvenser af at nedbringe ventetiderne

Ved flere lejligheder er det søgt at kvantificere omkostningerne ved at nedbringe ventetiden på sygdomsbehandling på sygehuse til maksimalt 3 måneder.

I forbindelse med diskussionen om Socialdemokratiets forslag om borgernes rettigheder (lovforslag nr. L 174 og beslutningsforslag nr. B 45 og B 46, se Folketingstidende 1991-92, forhandlingerne sp. 4899 og 6347 samt tillæg A sp. 3853, 3875 og 3889) er Finansministeriets Budgetdepartement fremkommet med varierende skøn for omkostningerne ved at nedbringe ventetiderne på de områder, der er omfattet af Sundhedsstyrelsens ventetidsstatistik.

I september måned 1991 beregnede Budgetdepartementet således en omkostning på 200 mio. kr. Dette skøn blev opjusteret med 300 mio. kr. i januar 1992 til i alt 500 mio. kr., idet de områder, hvor Sundhedsstyrelsen ikke fører ventetidsstatistik, blev inddraget. I april 1992 var denne pris ifølge Budgetdepartementet steget til 1 mia. kr.

Amtsrådsforeningen har ligeledes søgt at beregne omkostningerne ved at nedbringe ventetiderne. Amtsrådsforeningen når frem til, at det vil koste 800 mio. kr. at nedbringe ventetiderne til 3 måneder.

Som disse stærkt varierende skøn antyder, er der grund til at diskutere beregningsmetoderne, og beregningerne er behæftede med betydelig usikkerhed. Men uanset valget af metode er der i ingen af beregningerne taget højde for de besparelser, der opstår ved at nedbringe ventetiden.

Som anført ovenfor er der betydelige omkostninger forbundet med ventelistepatienter. En afskaffelse af al ventetid ud over 3 måneder vil selvsagt nedbringe disse omkostninger.

Det må således skønnes, at der ikke vil være væsentlige meromkostninger forbundet med at nedbringe ventetiden for sygdomsbehandling til maksimalt 3 måneder.

Forudsætningen herfor er, at kassetænkningen i den offentlige økonomi nedbrydes. De økonomiske ressourcer, der i øjeblikket anvendes på forsørgelse og servicering af ventelistepatienter, skal kanaliseres over i behandlingssystemet.

Denne omflytning af de økonomiske ressourcer skal nødvendigvis ske i tæt samarbejde med kommuner og amtskommuner.

Kombineret med en bedre planlægning og ressourceudnyttelse vil en sådan omflytning af ressourcer mellem de offentlige kasser muliggøre, at ventelisterne nedbringes uden væsentlige offentlige meromkostninger til gavn for både den enkelte borger og samfundet som helhed.

*Etablering af ventetidsgaranti*

Der forudsættes en etableringsperiode på 2 år. Det forudsættes endvidere, at der under denne gradvise indførelse af ventetidsgarantien tages udgangspunkt i de mest alvorlige sygdomme. Herved forstås sygdomme, der er livstruende eller invaliderende, samt sygdomme, hvor ventetiden er forbundet med store gener – eksempelvis i form af smerter, bevægelsehæmmethed eller stort medicinforbrug.