

REGERINGEN VIL ØGE VENTETIDEN PÅ BEHANDLINGER

Regeringen har netop vedtaget en ny lov, som omhandler differentieret behandlingsgaranti og ret til hurtig udredning i sygehusvæsenet. Denne lov vil have tre effekter.

For det første vil loven for nogle patientgrupper medføre længere ventetid. Indtil nu har mange patienter, som ikke kan blive behandlet på regionernes sygehuse indenfor 1 måned, vælge at lade sig behandle på et privathospital. Med den netop vedtagne lov, vil nogle af disse patienter fremover vente op til 2 måneder på behandling. Hertil kommer, at der indføres en ny udredningsret, som i sig selv kan bidrage til at øge ventetiden for patienterne. Udredningsretten giver nemlig regionerne pligt til at udrede patienterne indenfor maksimalt 1 måned, men der er en risiko for, at regionerne vil opfatte denne ventetid som en ret til at bruge en hel måned på udredning, hvorfor nogle patienter fremover risikerer at vente længere tid på udredning end nødvendigt. Andre patienter vil muligvis vente kortere. Endeligt er der i loven et udefineret tidsrum mellem udredning og behandling, som kan forøge ventetiden yderligere. Alt i alt risikerer nogle patientgrupper med denne lov en samlet ventetid på op til 3 måneder - hvis ikke mere - hvor de tidligere har ventet betydeligt kortere tid.

For det andet vil loven betyde, at behandlinger flyttes fra privathospitalerne til de offentlige hospitaler, hvilket kan vise sig at blive dyrt for samfundet. En differentieret behandlingsgaranti betyder, at de offentlige hospitaler får længere tid til at behandle patienterne, hvorved de i højere grad vil kunne udjævne eventuelle udsving i patientstrømme og beholde flere af patienterne i eget regi. Men at flytte patienter fra privathospitalerne til de offentlige hospitaler er dog kun rent samfundsøkonomisk en god ide, hvis de offentlige hospitaler rent faktisk kan udføre behandlinger billigere end privathospitalerne. Og dette er der ikke entydigt belæg for. Faktisk er der en risiko for, at man med denne lov vil begynde at betale mere for behandlinger, end man gør i dag, hvilket samlet vil give mindre sundhed for samme skattekrone.

For det tredje vil loven betyde, at arbejdsgiverne kan risikere en længere periode, hvor medarbejderne er sygemeldt, idet nogle af de erhvervsaktive (med mindre alvorlige sygdomme) fremover skal forvente længere tid på behandling. Dette vil resultere i højere samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med højere sygedagpengeudbetalinger og et mindre arbejdsudbud.

Loven har dog også positive elementer. Fx at regeringen med denne lov forsøger at tage hånd om de borgere, der bliver kastet rundt mellem hospitalsafdelinger og praktiserende læger i længere forløb uden resultater.

På bundlinjen vil loven dog forringe en stor del af patienternes rettigheder i form af længere ventetider samt muligvis også forringe samfundsøkonomien, og dermed give borgerne mindre sundhed for samme skattekrone.

1. Det udvidede frie sygehusvalg

Det udvidede frie sygehusvalg blev indført den 1. juli 2002 og indebærer, at en patient, som er henvist til offentlig sygehusbehandling får udvidede valgmuligheder, hvis det på regionens sygehuse, herunder offentlige og private aftalesygehuse, ikke er muligt at tilbyde behandling indenfor 1 måned (30 dage).¹ Udvidede valgmuligheder betyder, at patienten fx kan vælge at få

¹ Jf. § 87 i lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 om sundhedsloven.

foretaget undersøgelsen eller behandlingen på et privathospital eller en privatklinik her i landet eller på et sygehus i udlandet, som regionerne har indgået aftale med.²

Det er vigtigt at bemærke, at ventetiden på 1 måned i dag beregnes som 30 dage fra datoen, hvor sygehuset i bopælsregionen modtager en henvisning fra henvisende læge, og frem til den dato, hvor behandlingen i det offentlige sygehusvæsen kan starte.³ I tidsfristen på 1 måned medregnes dog ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelserforløb, medmindre at denne overstiger 2 uger.⁴

2. Den nye lov

Regeringen har vedtaget en ny lov⁵, som ændrer grundlæggende træk ved det udvidede frie sygehusvalg. Særligt fremhæves to elementer:

2.1 *En ret til hurtig udredning (træder i kraft 1. september 2013)*

2.2 *En differentieret behandlingsgaranti (træder i kraft 1. januar 2013)*

Årsagen til, at disse to tilsyneladende uafhængige elementer kobles i loven er, at de ifølge regeringen samlet set er udgiftsneutrale og derfor ikke medfører merudgifter for regionerne, kommunerne eller staten. Som det fremgår af nedenstående er der dog grund til at tro, at den vedtagne lov ikke er udgiftsneutral, hvorfor tiltagene reelt bør betragtes isoleret.

Nedenfor gennemgås de to elementer enkeltvis.

2.1 Retten til hurtig udredning

Som det er i dag regulerer sundhedsloven generelt ikke, hvor lang tid der må medgå til udredning af patienter. Ved aftale med regionerne i oktober 2007 er der imidlertid indført pakkeforløb for kræftsygdomme, og med aftalen om regionernes økonomi for 2009 er der indført tilsvarende forløb for hjertesygdomme.⁶

Regeringen indfører derfor pr. 1. september 2013 en ny rettighed for patienter, der indebærer, at alle somatiske patienter indenfor 30 dage efter at henvisningen fra den praktiserende læge er modtaget på et af regionens sygehuse, skal være udredt. Hvis ikke det er fagligt muligt at afslutte udredningen inden for 30 dage, indebærer rettigheden at patienten som minimum skal have en plan for et videre udredningsforløb indenfor de samme 30 dage, jf. boks 1.

Det er centralt at bemærke, at hensigten med loven er, at vurderingen af om patienten sidenhen - ifølge den differentierede behandlingsgaranti - kan vente 30 eller 60 dage på behandling, skal baseres på den gennemførte udredning og derfor først starter efter udredningen er afsluttet.⁷

² Det bør understreges, at der i dag ikke er tale om automatisk viderehenvisning til behandling under det udvidede frie sygehusvalg. Viderehenvisning kræver et aktivt tilvalg af behandling på et aftalesygehus fra patienten.

³ Bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

⁴ Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.

⁵ Lovforslag nr. L 30: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet (Ret til hurtig udredning i sygehusvæsenet og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg m.v.).

⁶ Bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

⁷ Bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Boks 1: Udredningsretten

”§ 82 b. Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, jf. § 79, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, jf. § 75, stk. 2, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Såfremt det ikke er muligt at udrede personen inden for 1 måned, jf. stk. 1, skal regionsrådet inden for samme måned udarbejde en plan for det videre udredningsforløb.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om adgangen til udredning og regionsrådenes forpligtelser efter stk. 1 og 2.

Stk. 4. Bestemmelserne i stk. 1 og 2 omfatter ikke henvisning til psykiatrisk udredning.”

Kilde: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Med udredningsretten ønsker regeringen bl.a. at sikre, at når en patient først er henvist til hospitalet, så har hospitalet ansvaret for at afklare diagnosen. Derved ønsker regeringen at undgå, at patienter bliver kastet rundt mellem hospitalsafdelinger og praktiserende læger i et længere forløb uden nogle resultater. Desuden ønsker regeringen at sikre, at udredningen ikke bliver for lang.

Hvis ikke det er muligt for regionerne at indfri retten til udredning, så indføres der en mulighed for klageadgang via patientombuddet.

Nedenfor gennemgås CEPOS' kommentarer til regeringens netop vedtagne lov om ret til hurtig udredning.

Der er ingen garanti

Først og fremmest er det vigtigt at fastslå, at udredningsretten, som i folkemunde er blevet kaldt en 'udredningsgaranti' netop ikke er en garanti, men en rettighed. Udredningsretten er en ret for borgerne, som medfører den pligt for regionerne, at de skal sikre, at patienterne i sygehusvæsenet udredes inden 30 dage, hvis det fagligt er muligt og en pligt til at bruge kapaciteten andre steder i offentligt såvel som i privat regi, hvis det er nødvendigt.

Udredningsret uden sanktionsmuligheder

Det bør bemærkes, at udredningsretten er uden nævneværdige sanktionsmuligheder, hvis regionerne ikke overholder udredningsretten. Eksempelvis giver udredningsretten ikke patienterne mulighed for at søge alternativer til det regionale tilbud, såfremt regionernes sygehuse ikke kan imødekomme tidsfristen. Regionerne har dog ifølge lovbemærkningerne en pligt til at bruge kapaciteten i privat regi, hvis det er nødvendigt. Men der er ingen nævneværdige sanktionsmuligheder for patienterne (bortset fra klageadgang), hvis regionerne ikke gør dette. Desuden står det ikke helt klart på baggrund af loven, om regionerne grundet ressource- eller kapacitetsbegrænsninger har lov til at unnlade at udrede patienterne indenfor en måned.⁸

Udredningsretten kan i sig selv bidrage til at forøge ventetiden

Som det er i dag, så medregnes perioder, hvor patienten gennemgår et forundersøgelserforløb, almindeligvis ikke i behandlingsgarantien på 1 måned. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i ventetidsgarantien.⁹ Denne 2-ugersregel er med til at skabe fremdrift i forundersøgelserforløbet. Desuden har patienter, der venter længere tid end 1 måned på en diagnostisk undersøgelse, i dag ret til at få undersøgelsen foretaget udenfor det offentlige.

Formålet med udredningsretten er at sikre, at der maksimalt må gå 1 måned, fra man er henvist til man er udredt. Og for nogle patientgrupper må man forvente, at udredningsretten vil føre til hurtigere udredning. Særligt gælder dette patienter, som i dag kastes frem og tilbage mellem hospitalsafdelinger og deres praktiserende læge. Man må antage, at udredningsretten - som gør

⁸ Et folketings svar fra den 23. november 2012 (nr. 145 (L30) viser, at hvis de kapacitetsmæssige udfordringer skyldes mangel på en helt særlig ressource, fx en sjælden ekspertise, som regionen allerede i fuldt omfang anvender og hvor det ikke er realistisk at tilkøbe ydelsen udefra, så er det grund nok til, at udredningsretten ikke overholdes.

⁹ Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.

hospitalet ansvarlig for at afklare diagnosen - vil bevirke, at disse patienter hurtigere finder frem til den relevante ekspert og bliver udredt.

Omvendt er der en betydelig risiko for, at man i regionerne vil opfatte udredningsretten, som en ret til at bruge en hel måned på udredning, før behandlingsgarantien træder i kraft. Også selvom det ikke fagligt er nødvendigt. Dette incitament styrkes endvidere af, at dem, der planlægger udredningen, ofte vil være ansat samme sted som dem, der skal foretage behandlingen. Herved risikerer man at give de ansatte incitament til at lade patienter vente længe på udredning, hvis køen til behandling i forvejen er lang. Hvis det er tilfældet, vil udredningsretten i sig selv bidrage til at øge ventetiden for patienterne på op til 1 måned.

Hertil kommer, at der kan gå lang tid fra diagnosen er kendt (udredningen) til patienten indkaldes til samtale om behandling. En kort udredningsret kan, med mindre patientens samtykke til behandling er indeholdt i udredningsretten, således dække over en lang ventetid.

Endeligt vil udredningsretten for nogle patientgrupper ikke have nogen effekt. Dette er typisk de patienter med diffuse symptomer. Disse patienter vil formentligt overskride tidsgrænsen for udredning og ende ud med en plan for udredning.

Der findes ifølge sundhedsministeriet¹⁰ ingen tal på, hvor mange patienter der allerede i dag udredes inden for en måned, og hvor mange patienter der med den nye udredningsret forventes at blive stillet bedre end tidligere. CEPOS har derfor spurgt samtlige hospitalsdirektører, jf. notatet *Hospitalsdirektørens forventninger til udredningsretten*. De hospitalsdirektører, der havde mulighed for at deltage i undersøgelsen, svarede, at ca. 91 pct. af deres patienter i dag udredes indenfor 1 måned. Når retten til hurtig udredning bliver indført, er det deres vurdering, at 97 pct. af alle patienter fremover vil være udredt indenfor 1 måned.

Udredningsretten dækker ikke alle

Til slut er det værd at bemærke, at der er sket en ændring med den nuværende lov sammenlignet med det lovforslag, der blev fremlagt i foråret¹¹. Den nuværende lov indeholder kun en udredning for dem, der er visiteret til sygehuse, hvor det tidligere udkast indeholdt en udredning for alle. Udredningsretten i den nuværende lov omfatter således hverken patienter, som udredes i almen praksis eller speciallægepraksis eller psykiatriske patienter.

Det faktum, at udredningsretten kun gælder dem, der er visiteret til sygehuse, kan øge nogle patientgruppers tilskyndelse til at blive henvist til et hospital, således at de som patient er omfattet af udredningsretten. Dette vil modvirke sundhedsvæsenets LEON-princip om, at behandlingerne skal ske på laveste effektive omkostningsniveau, da nogle patienter vil blive stillet bedre ved at blive henvist hurtigt til et hospital, selvom det havde været billigere at patienten blev udredt hos fx den praktiserende læge eller en speciallæge.

¹⁰ Samtale med sundhedsministeriet samt lovforslagets 1. behandling.

¹¹ Fx udtalte Sundhedsminister Astrid Krag til TV2 nyhederne den 27. april 2012: "Vi ligestiller de psykiatriske patienter med resten af patienterne. De har jo ikke haft nogen ret indtil nu, de bliver altså også en del af denne her udredningsret: diagnosegarantien".

2.2 Behandlingsgarantien

Med loven har regeringen differentieret behandlingsgarantien, så ventetiden afhænger af sygdommens alvor. Herved får de mest syge patienter - efter de er udredt og har givet samtykke til behandling - ret til at vælge behandling på private sygehuse og klinikker efter 1 måned (30 dage), hvorimod retten til behandling i privat regi for de mindre syge først udløses, hvis patienten stilles en ventetid på 2 måneder (60 dage) i udsigt, jf. boks 2.

Boks 2: Differentieret behandlingsgaranti

”§ 87. En person, som er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for **2 måneder** kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter, jf. dog stk. 2. Fristen regnes fra det tidspunkt, hvor patienten er udredt, jf. § 82 b. I de tilfælde, hvor patienten ved henvisningen er udredt, regnes fristen fra modtagelse af henvisningen på regionsrådets sygehus.
Stk. 2. Når personen er henvist til behandling af alvorlig sygdom, er fristen, jf. stk. 1, dog **1 måned.**”

Kilde: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet. Egen fremhævning.

Det er Sundhedsstyrelsen, der skal udarbejde de vejledende kriterier for, hvornår en patient kan få ret til udvidet frit sygehusvalg efter 1 måned, og hvornår patienten må vente 2 måneder. Kriterierne udarbejdes med udgangspunkt i god klinisk praksis.

Nedenfor gennemgås CEPOS' kommentarer til loven om differentieret behandlingsgaranti.

Patienter skal vente op til 3 måneder på behandling

I bemærkningerne til lovforslaget står der, at:

”Formålet med at differentiere ventetiden under det udvidede frie sygehusvalg er at prioritere de mest syge patienter først og give sygehuse større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af behandlingen”.

Det bør understreges, at ingen patienter med denne lov - hverken de patienter med alvorlige eller dem med ikke-alvorlige sygdomme - for ret til en kortere ventetid på behandling sammenlignet med det, de allerede har i dag. De mest syge vil formentligt have samme vilkår som før, idet der allerede i dag foregår en lægefaglig prioritering af patienterne. De mest syge vil få en hurtig udredning og en hurtig behandling. De mindre syge patienter kan med denne lov risikere at vente op til 3 måneder på behandling¹². Først skal de vente op til 1 måned på udredning og dernæst skal de vente op til 2 måneder på behandling. Dette fremgår meget implicit af regeringens konsekvensopgørelse, jf. boks 3 nedenfor.

Boks 3: Konsekvenser for borgerne

”Forslaget vedrørende ret til hurtig udredning forventes at lette de administrative byrder for patienterne, fordi patienterne i udgangspunktet kun skal have kontakt med ét sygehus som led i et udredningsforløb. Forslaget vedrørende differentiering af retten til udvidet frit sygehusvalg forventes at have mindre konsekvenser for borgere med mindre alvorlige sygdomme, **som fremover vil være stillet en længere ventetid på behandling i udsigt**, før de får ret til udvidet frit sygehusvalg. Lovforslaget om sygehuses adgang til at afvise patienter med bopæl inden for den pågældende region er en præcisering af eksisterende praksis og har derfor ikke administrative konsekvenser for borgerne.”

Kilde: Bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet. Egen fremhævning.

Negative konsekvenser for erhvervslivet

Ifølge loven vil den differentierede behandlingsgaranti forventes at have negative økonomiske konsekvenser for erhvervslivet, jf. boks 4 nedenfor.

¹² Måske endda længere, da der er et udefineret tidsrum mellem udredningsgarantien og behandlingsgarantien.

Boks 4: Konsekvenser for erhvervslivet

”Forslaget vedrørende differentieret udvidet frit sygehusvalg forventes at have økonomiske konsekvenser for erhvervslivet, dvs. de private sygehuse og klinikker, idet en del af de patienter, som i dag behandles inden for 30 dage under det udvidede frie sygehusvalg, fremover må forventes at blive behandlet i det offentlige. Omvendt kan der blive behov for, at regionerne hver især indgår flere aftaler end hidtil om diagnostiske ydelser på private sygehuse og klinikker med henblik på, at regionerne kan overholde deres pligt til så vidt muligt at afslutte udredningen af henviste patienter inden for 1 måned. Forslaget forventes ikke at have administrative konsekvenser for erhvervslivet.”

Kilde: Bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet. Egen fremhævning.

Den direkte konsekvens vil være, at der flyttes patienter fra privathospitalerne til de offentlige hospitaler. Dette vil umiddelbart fjerne omsætning fra privathospitalerne.

Derudover vil loven for mange patienter betyde et forlænget behandlingsforløb. Dels fordi udredningen ikke er nogen garanti og dels fordi nogle af de somatiske patienter vil skulle vente længere tid på behandling. For de erhvervsaktive borgere vil dette resultere i øgede sygedagpengeudbetalinger, og for arbejdsgiverne vil resultatet være et mindre arbejdsudbud.

Den faktiske effekt vil man først kunne beregne, når man ved hvilke behandlinger, der i praksis vil have 1 hhv. 2 måneders ventetid. Retningslinjerne for, hvorvidt en patient skal vente 1 eller 2 måneder, fremgår af boks 5.

Boks 5: Visitationsmodel under sygestrejken

Ifølge ”Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.” skal afgørelsen om, hvorvidt en sygdom er alvorlig træffes ud fra følgende hensyn:

- Hvorvidt udsigten til væsentlig bedring eller helbredelse forringes betydeligt ved udsættelse af behandlingen med yderligere 1 måned.
- Hvorvidt tilstanden er ledsaget af daglige og stærke smerter med behov for stærk smertestillende medicin, og der er udsigt til, at behandling kan lindre eller fjerne smerterne i væsentlig grad.
- Hvorvidt der er daglige svære funktionsnedsættelser, hvor der er udsigt til, at behandling kan bedre eller normalisere funktionsnedsættelsen i væsentlig grad. I vurderingen af funktionsnedsættelsen kan følgende bl.a. indgå: Manglende mulighed for at bevare beskæftigelse, udføre almindelige og nødvendige personlige gøremål i dagligdagen, personlig hygiejne, fødeindtagelse, forflytning m.v.

Kilde: Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling.

Mindre sundhed for samme skattekrone?

Ifølge regeringen vil loven - som både indeholder udredningsretten og den differentierede behandlingsgaranti - totalt set være udgiftsneutral og vil derfor ikke medføre merudgifter for hverken regionerne, kommunerne eller staten.

Regeringen vurderer, at loven om differentieret behandlingsgaranti vil reducere udgifter for regionerne, idet det bliver lettere at planlægge behandlingerne, og idet den bedre behandling som følge af bedre planlægning vil reducere antallet af klager. Omvendt vurderer regeringen, at denne besparelse vil blive modsvaret af merudgifter forbundet med udredningsretten, idet denne ret dels kræver en kapacitetsopbygning, og idet den dels vil resultere i flere klager.¹³

¹³ Bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Man må som udgangspunkt betvivle udsagnet om, at loven totalt set vil være udgiftsneutral. Det skyldes, at sundhedsministeren ifølge et brev til Folketingets formand angiver, at sundhedsministeriet ikke har noget kvalificeret skøn for, hvor mange der vil blive påvirket af dette af denne lov¹⁴, hvorfor det ikke kan være muligt at beregne de økonomiske effekter.

Hertil kommer, at det langt er fra sikkert, at en differentieret behandlingsgaranti isoleret set vil reducere udgifterne for regionerne. Hvorvidt en differentieret behandlingsgaranti reducerer regionernes udgifter afhænger grundlæggende af to elementer. For det første afhænger det af, hvor mange patienter, der flyttes fra privathospitalerne til de offentlige hospitaler. For det andet afhænger det af, om det vil være billigere eller dyrere at behandle patienterne i offentligt regi. Nedenfor betragtes de to elementer enkeltvis.

Antal patienter: Hvor mange patienter, der flyttes fra privathospitalerne til de offentlige hospitaler, vil afhænge af flere ting. Dels vil det afhænge af hvilke behandlinger, der vil være underlagt en to måneders ventetidsgaranti. Dels vil det afhænge af, hvor store udsving der er i belægningsgraderne på disse behandlinger på de offentlige hospitaler og derved, i hvor høj grad de offentlige hospitaler har mulighed for at bruge den differentierede behandlingsgaranti til at udjævne antallet af udførte behandlinger over tid og undgå, at patienter tilvælger privathospitalerne.¹⁵

Prisen: Dernæst vil den økonomiske konsekvens for regionerne afhænge af, hvad det koster at øge produktionen på de offentlige hospitaler opholdt mod alternativomkostningen, dvs. hvad det alternativt koster at lade patienter behandle på privathospitalerne.

Hvis der allerede i dag er ledig kapacitet på de offentlige hospitaler, eller hvis det er muligt at frigøre ressourcer som følge af, at man opnår større fleksibilitet i tilrettelæggelsen i behandlingen af patienter, må man forvente, at der i et kortsigtet perspektiv er penge at spare ved at hive patienter tilbage i offentligt regi. Dette er under antagelse af, at marginalomkostningen på offentlige hospitaler ligger under det, som det koster at behandle patienterne på privathospitalerne.

Hertil må dog knyttes to bemærkninger.

- Hvis der er masser af ledig kapacitet på de offentlige hospitaler, så kan det betyde, at vi i dag ikke har tilpasset de offentlige hospitaler til efterspørgslen og således bruger for mange penge på driften. Det er desuden ikke særligt sandsynligt, at der er ledig kapacitet, da der i forvejen er lange ventelister på mange behandlinger.
- Hvis der ikke er ledig kapacitet på de offentlige hospitaler, men det er muligt at skaffe ledig kapacitet ved bedre opgavetilrettelæggelse, så er det på længere sigt ikke nødvendigvis den rette vej frem. Behandlinger bør på sigt udføres der, hvor behandlingerne udføres til den laveste gennemsnitlige omkostning. Det tilgængelige datamateriale tyder på, at simple standardiserede behandlinger på offentlige hospitaler i gennemsnit udføres til 100 pct. af DRG-taksten, mens behandlinger på privathospitaler udføres til 63 pct. af DRG-taksten.¹⁶ Og selv når man tager højde for forskelle i rammevilkår, indikerer dette, at flere af de simple opgaver på sigt bør flyttes til privathospitalerne. Og måske ville man få mere sundhed for samme skattekrone, hvis man i stedet lagde opgaverne hos privathospitalerne og i dette regi frigjorde ressourcer ved at sikre en bedre opgavetilrettelæggelse.

Hvis der ikke (eller kun i begrænset omfang) er ledig kapacitet på de offentlige hospitaler, betyder det, at man kan være nødt til at åbne nye afdelinger, købe flere maskiner og ansætte

¹⁴ Brev fra Sundhedsministeren til formanden for Folketinget dateret 29. oktober 2012.

¹⁵ Desuden har det også betydning for hvor stor stigningen er i den generelle efterspørgsel efter sundhedsydelser.

¹⁶ CEPOS (2011): Regionernes udbud af sundhedsydelser.

flere læger mv. for at håndtere de mange nye patienter.¹⁷ Gør man dette, så kan konsekvensen meget vel være, at man risikerer at udføre behandlinger til en takst, der ligger over den pris behandlinger i dag udføres til på privathospitalerne. Derved får man ved denne lov mindre sundhed for samme skattekrone.

Uensartet behandling

Endeligt kommer, at loven om differentieret behandlingsgaranti formentligt vil skabe en uensartet behandling i sundhedssystemet. Der er ingen tvivl om, at det ideelle må være, at to patienter med samme sygdom ikke oplever, at den ene får ret til behandling indenfor en måned, mens den anden skal vente op til to (måske tre) måneder på behandling. Men det vil formentligt aldrig være muligt for Sundhedsstyrelsen at opstille så objektive kriterier.

Selvom regeringen vil sikre, at der bliver opstillet kriterier for, hvornår en sygdom er alvorlig, og hvornår den er mindre alvorlig, så vil valget mellem 1 måned (30 dage) og 2 måneder (60 dage) altid bero på en lægefaglig vurdering, som afhænger af lægens subjektive vurdering af patienten og patientens evne til at tale sin sag.

3. Konklusion

På bundlinjen vil denne lov således forringe patientens rettigheder. Ingen patienter får ret til at vente kortere, men mange får pligt til at vente længere. Patienter med alvorlige sygdomme har samme ret som tidligere og patienter med mindre alvorlige sygdomme risikerer fremover ventetider på op til 3 måneder (hvis ikke mere).

Desuden kobler loven to tilsyneladende uafhængige elementer: Udredningsretten og den differentierede behandlingsgaranti. Argumentet for at koble disse to elementer er, at de tilsammen er udgiftsneutrale. Men dette estimat er meget usikkert, da regeringen rent faktisk ikke ved, hvor mange patienter, som vil blive påvirket af loven¹⁸, og derved ikke har mulighed for at beregne, om loven rent faktisk er udgiftsneutral. Endvidere er der også en begrundet risiko for, at en differentieret behandlingsgaranti - modsat regeringens forventning - vil forringe samfundsøkonomien, hvorved loven ikke alene vil øge ventetiderne, men også give mindre sundhed for samme skattekrone.

Det er en god ide, at tage hånd om udredningen af de patienter, som bliver kastet rundt mellem hospitalsafdelinger og praktiserende læge i længere forløb uden resultater. Men ret til hurtig udredning behøver ikke at ske på bekostning af ret til hurtig behandling.

¹⁷ Og muligvis er det netop det der lægges op til i lovbemærkningerne, hvor der står, at de frigivne ressourcer skal "anvendes til yderligere at styrke sundhedsindsatsen".

¹⁸ Brev fra Sundhedsministeren til formanden for Folketinget dateret 29. oktober 2012.