

København, den 20. dec. 2002

Statsrevisoratet har den 21. oktober 2002 fremsendt beretning nr. 1/02 om ventetider i sygehussektoren.

Statsrevisoratet anmoder i skrivelsen om, at jeg inden fire måneder efter beretningens fremsendelse afgiver en redegørelse til statsrevisorerne for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen har givet anledning til. Redegørelsen tilsendes samtidigt rigsrevisor.

Beretningen har som overordnet formål at belyse ventetidsudviklingen i Danmark i perioden 1990-2002, herunder kvaliteten af ventetidsoplysningerne i bl.a. Landspatientregisteret, ventetidernes længde og omfang samt indsatsen til nedbringelse af ventetiderne.

Det beskrives i beretningen, at der de senere år er gennemført en række initiativer, som helt eller delvist tager sigte på at reducere ventetiderne til behandling. Dette vedrører bl.a. det frie sygehusvalg, ventetidsaftalen fra 1993, hjerte- og kræftbehandlingsplanerne, loven om maksimale ventetider for undersøgelse og behandling af livstruende hjerte- og kræftsygdomme, en forbedret ventetidsinformation til patienterne, tre-årsaftalen med amterne om bl.a. ventetid fra 1999 samt en gradvis, årlig forøgelse af sygehusenes ressourcer.

Den helt centrale konklusion i beretningen er, at det, trods disse initiativer, ikke er lykkedes at reducere den gennemsnitlige ventetid til behandling i Danmark.

Jeg vil gerne understrege, at netop dette forhold udgør en helt afgørende forudsætning for de initiativer, som den nye regering efter sin tiltræden i november 2001 har gennemført på sygehusområdet. Det vedrører ikke mindst den udvidelse af det frie sygehusvalg pr. 1. juli 2002 og etableringen af en pulje på 1½ mia. kr. i 2002 til sygehusene til en særlig indsats på ventetidsområdet, der er beskrevet i beretningen. Hertil kommer, at der gennem de økonomiske aftaler med amterne for 2003 og gennem finansloven for 2003 er sikret mulighed for, at amterne også til næste år kan yde en ekstra indsats med henblik på at nedbringe ventetiden til behandling. Det er min klare forventning, at der med disse initiativer er taget et afgørende skridt i retning af at gøre noget ved ventetidsproblemet. Udviklingen i ventetiderne inden for det seneste halve år tyder i høj grad på det.

Beretningen rejser nogle problemer, som jeg gerne vil kommentere.

I tilknytning til gennemgangen af reglerne på sygehusområdet påpeges, at nytten af det frie sygehusvalg hidtil har været mindre end forventet. Jeg opfordres derfor til at overveje, hvilke skridt der kan tages som følge heraf.

Jeg er meget enig heri, og der er allerede sket væsentligt nyt på området. Den styrkelse af det frie sygehusvalg, som nu senest er gennemført, indebærer således, at alle patienter fra 1. juli 2002 har fået ret til frit valg af privat hospital, privatklinik eller sygehus i udlandet, som det offentlige har indgået en aftale med, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde den enkelte patient behandling inden for 2 måneder.

Jeg kan oplyse, at der i løbet af de første 3 måneder siden ordningens start er godt 2.000 patienter, som har benyttet sig heraf.

Samtidig er Indenrigs- og Sundhedsministeriets internetbaserede Venteinfosystem blevet udvidet fra 25 udvalgte sygdomme til nu i alt 131 undersøgelser, behandlinger og operationer. Udvidelsen

har ikke mindst betydet væsentligt bedre information om ventetiderne på kræftområdet. Der er desuden foretaget en række ændringer i ventetidsdefinitionerne, som giver et mere retvisende billede af den reelle ventetid til behandling. Endelig indberetter som noget nyt også en række privathospitaler og privatpraktiserende speciallæger til venteinfosystemet, således at det samlet er kommet til at dække et meget bredt spektrum af undersøgelser, behandlinger og operationer samt en bred vifte af behandlingssteder.

Alt i alt bidrager udvidelsen af venteinfosystemet til at give patienterne en betydeligt bedre information om ventetider end tidligere.

Ud over at stille patienterne væsentligt bedre end tidligere forventer jeg, at der med den nye fritvalgsordning også kan opnås en bedre udjævning af de forskelle i ventetid, der i dag er mellem de enkelte amter. Det kan desuden imødeses, at ordningen vil bidrage til en forbedret kapacitetsudnyttelse, idet patienterne får lettere adgang til at søge de steder hen i sygehusvæsenet, hvor der er overskudskapacitet.

Beretningen omtaler den såkaldte Omstillings- og incitamentspulje fra 1997, der via en finanslovsbevilling udmøntede i alt 250 mio. kr. til gennemførelse af en række konkrete projekter i amterne. Sundhedsministeriet godkendte de enkelte projekter inden igangsætning, prioriteret inden for ni indsatsområder (bl.a. patientforløb, ledelse, elektive enheder, informationsteknologi og økonomiske incitament). Der godkendtes i alt 86 projekter.

Som beskrevet i beretningen foreligger der for alle afsluttede projekter en rapport fra amtet om projektet samt et revisionsgodkendt regnskab. Rigsrevisionen har ingen bemærkninger til disse rapporter og regnskaber.

Ministeriet har som opfølgning på projekterne gennemført 2 større evalueringsprojekter, som tilsammen evaluerer de væsentligste af de gennemførte projekter. Evalueringsprojekterne vedrører etablering af elektive enheder på sygehusene samt initiativer til forebyggelse af unødige indlæggelser på medicinske afdelinger.

Som påpeget af Rigsrevisionen, foreligger der ikke en konkret dokumentation for ministeriets gennemgang af rapporter og regnskaber. Det anføres i beretningen, at den foretagne gennemgang af projektrengskaber og rapporter burde have været dokumenteret bedre, og at nytten af projekterne samlet burde have været bedre belyst.

Jeg tager denne kritik til efterretning.

For så vidt angår Landspatientregisteret anføres det i beretningen, at det er en mangel, at der i registeret alene sker registrering af tiden fra lægehenvielsen til sygehusbehandlingen, men ikke særskilt af den ventetid, der medgår fra henvisning til forundersøgelse. Rigsrevisionen anfører, at dette først kan forventes rettet op ved den planlagte overgang til forløbsbaseret patientregistrering pr. 1. januar 2003.

Ministeriet opfordres til desuden at overveje, om der ved fremtidige ændringer i Landspatientregisteret, herunder etableringen af forløbsbaserede registreringer, vil kunne skabes grundlag for at foretage sammenholdelser mellem oplysningerne i Landspatientregisteret og i ministeriets Ventetidsinformation på internettet.

Jeg vil gerne understrege, at etablering og vedligeholdelse af et nationalt system til løbende registrering af aktiviteten på de enkelte af landets sygehuse og afdelinger, herunder sikring af at

systemet er a jour med den faglige og strukturelle udvikling i sygehusvæsenet, er en kompliceret opgave. Set i et lidt bredere perspektiv er Danmark i øvrigt blandt de meget få lande i verden, der har udviklet et sådant nationalt system. Den kritik, der rejses i beretningen af Landspatientregisteret og dets anvendelsesmuligheder, og som jeg er enig i, bør ses i dette lys. De problemer vedrørende registrering i Landspatientregisteret, som anføres, skyldes, at alle registerets oplysninger er knyttet til den enkelte sygehuskontakt, ikke til de enkelte patienters behandlingsforløb. Det indebærer, at man i princippet ikke kan afgøre, om to eller flere indlæggelser eller ambulante besøg er knyttet til den samme sygdom, eller om der er tale om sygehuskontakter af forskellige årsager. Man kan heller ikke med sikkerhed afgøre, hvilken efterfølgende behandling en given forundersøgelse eventuelt måtte være knyttet til. Jeg skal bemærke, at der er tale om erkendte problemstillinger, som ikke mindst ligger til grund for de overvejelser om etablering af det forløbsbaserede Landspatientregister (FLPR) i Sundhedsstyrelsen, som omtales i beretningen.

Den kontaktbaserede opbygning indebærer, at f.eks. den løbende opfølgning på ordningen om maksimal ventetid ved livstruende sygdomme er tilrettelagt uden brug af Landspatientregisteret. Ministeriet følger i stedet udviklingen via antallet af henvendelser til Sundhedsstyrelsen, som modtager de sager, hvor amterne ved en henvisning kan se, at de ikke har mulighed for selv at opfylde målsætningerne i ordningen. Som anført i beretningen har der siden ordningens etablering i 1999 kun været tale om ganske få sådanne sager.

Etableringen af FLPR betyder dog ikke, at den løbende udvikling og forbedring af det eksisterende Landspatientregister er sat i stå. Senest har regeringen således i september måned aftalt sammen med amterne at igangsætte et særligt analysearbejde, der skal forbedre kvaliteten og validiteten af Landspatientregisterets ventetidsoplysninger. Arbejdet tager bl.a. sigte på at udarbejde et sæt overvågningsrutiner for sygehusenes indberetninger af ventetidsopgørelser til registeret og at tydeliggøre retningslinjerne for indberetningerne. Jeg forventer, at de første resultater af dette analysearbejde kan implementeres i løbet af 2003.

Jeg skal endelig afslutningsvis præcisere, at der ikke, som man kunne få indtryk af i beretningen, via FLPR vil blive skabt fuld overensstemmelse mellem ventetidsoplysningerne i Landspatientregisteret og i ministeriets Ventetidsinformation. Det skyldes, at dataene i Landspatientregisteret er baseret på den ventetid, som patienterne rent faktisk har oplevet, mens oplysningerne i Ventetidsinformation er udtryk for sygehusenes egne, fremadrettede skøn over den maksimale ventetid, der kan være ved ny henvisninger til en afdeling. Det betyder, at patienterne typisk vil komme til behandling hurtigere end anført i Ventetidsinformationssystemet.

Med venlig hilsen
Lars Løkke Rasmussen

/John Erik Pedersen