

Nationalekonomiska institutionen
EKONOMIHÖGSKOLAN VID
LUNDS UNIVERSITET

Handledare: Carl Hampus Lyttkens

Ekonomiska tolkningar av hälso- och sjukvårdens väntetider och väntelistor

Ida Johansson

Magisteruppsats
2006-02-02

Sammanfattning

Denna studie redogör för ekonomiska tolkningar av väntetider och väntelistor inom hälso- och sjukvården i syfte att utröna om det finns någon entydig sådan tolkning. Vidare diskuteras den utvidgade vårdgarantin som infördes i november 2005 och eventuella fördelningsimplikationer till följd av det väntetidstak som garantin innebär. Studien baseras på erfarenheter från tidigare forskning. Ett urval representativa studier presenteras och analyseras i syfte att återge de speglingar av väntetider och väntelistor som dominerar den hälsoekonomiska debatten.

Väntetider och väntelistor kan tolkas som en jämviktsskapande fördelningsmekanism mellan utbud och efterfråga då förseningar i vårdkonsumtionen medför att nyttan av vårdåtgärden minskar. Dock kan väntetider och väntelistor också tolkas som ett incitament till utbudssidans aktörer att bevara väntetider och väntelistor för att motivera ökade resurskrav. Dessutom bidrar läkare till väntetidsproblematiken genom att skapa efterfråga av sig själva, så kallad läkarförorsakad efterfråga. Slutligen kan väntetider tolkas som ett prioriteringsinstrument då olika urvalskriterium för behandling påverkar den relativa väntetidsfördelningen mellan patienter.

De olika tolkningarnas effekter och dess betydelse för väntetidsproblematiken är tvetydiga. De olika väntetidstolkningarna uppvisar motverkande effekter och då det inte går att särskilja effekterna till följd av de olika tolkningarna försvagas dess pragmatiska betydelse. Situationen försvåras ytterligare då den nationella vårdgarantin förväntas påverka den relativa prioritet som tillskrivs patienter.

Sökord: *waiting lists, waiting time, waiting time guarantees, priority scoring systems.*

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Syfte och avgränsningar	7
1.2 Tillvägagångssätt	8
1.3 Disposition	9
2. En överblick	11
2.1 Väntetider i Sverige	11
2.2 Väntetidens uppkomst och fortlevnad	13
2.2.1 Efterfrågan överstiger utbudet	13
2.2.2 Stokastisk efterfrågan	14
2.2.3 Teknologisk utveckling	14
2.2.4 Privatpraktiserande läkare	15
2.2.5 Väntelistors utformning och administration	15
2.3 Kostnader i samband med väntetider	16
2.4 Prioriteringsinstrument	17
2.5 Budgetargument och läkarförorsakad efterfråga	18
3. Utbud och efterfråga	19
3.1 Hälsa- och sjukvårdssektorn	19
3.2 Köteori	21
3.3 Teoretisk efterfrågemodell	22
3.4 Teoretisk utbudsmodell	24
3.5 Läkarförorsakad efterfråga	25
4. Fördelningsmekanism	26
4.1 Studiernas dataunderlag	27
4.2 Efterfråge- och utbudsvariabler	28
4.3 Efterfrågans bestämningsfaktorer	28
4.4 Utbudets bestämningsfaktorer	30
4.5 Väntetidsmått	30
4.6 Studiernas resultat	31
5. Budgetargument och läkarförorsakad efterfråga	34
5.1 Studier av ekonomiska restriktioner på allmänläkares optimala praktiseringsprofil	35
5.2 Studiernas dataunderlag	35
5.3 Incitamentens argument och variabler	36
5.4 Studiernas resultat	37
5.5 Läkarförorsakad efterfråga	38
6. Prioriteringsinstrument	39
6.1 Betydelse- och angelägenhetsprioritering	40
6.2 Urvalskriterier	42
7. Nationell vårdgaranti	45
7.1 1992 års behandlingsgaranti	45

7.2 Utvärdering av 1992 års behandlingsgaranti.....	46
7.3 Reviderad vårdgaranti	47
7.4 Fokus på tillgänglighetsproblematiken.....	48
7.5 Resursanslag och uppföljning.....	49
7.6 Riksdagsbeslut om prioriteringar	49
7.7 Fördelningsimplikationer	50
8. Analys	53
8.1 Efterfråge- vs utbudsinriktade lösningar	53
8.2 Fördelningsmekanism.....	55
8.2.1 Efterfråga	55
8.2.2 Utbud.....	57
8.2.3 Väntetidsmått	58
8.3 Budgetargument och läkarförorsakad efterfråga	60
8.4 Prioriteringsinstrument.....	61
9. Diskussion och slutsats.....	65
Litteraturförteckning	69

1. Inledning

Väntetider är ett mångfasetterat och komplicerat begrepp och har debatterats flitigt i svensk politik och media. Uppmärksamheten är välgrundad så till vida att tillgänglighet är en mycket högt prioriterad kvalitet inom svensk hälso- och sjukvård. I Hälso- och sjukvårdslagen 2 § står skrivet: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.” Vidare poängteras att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och vara lättillgänglig. Huruvida kravet på god tillgänglighet åsidosätts till följd av bristande resurser och ökade vårdbehov diskuteras ofta i termer av ökade vårdköer och långa väntetider. Väntetider och väntelistor används sålunda för att beskriva ineffektiviteter och brister i vården då differensen mellan antalet vårdsökande och antalet behandlade patienter anses alltför stor. Väntetider och väntelistor används även som politiskt påtryckningsmedel för att motivera ökade resurskrav. Långa listor och utdraget väntande sägs i sådana fall signalera otillfredsställda behov.

Köbildning är ett vanligt fenomen inom den offentligt bedrivna planerade vården och väntelistor har alltid, på gott och ont, använts som ett ransoneringsinstrument. Nytt i problembilden är dock att den medicinskteknologiska utvecklingen i alltmer accelererad takt medför ökade möjligheter att bota och lindra olika sjukdomstillstånd samtidigt som ambitionerna bland politiker och verksamhetsansvariga höjs, liksom kraven från allmänheten. Resurstillväxten har dock inte kunnat hålla jämna steg de medicinskteknologiska framstegen. Under större delen av 1990-talet upplevde hälso- och sjukvården finansiella påfrestningar. Dessa lättade något till följd av en god sysselsättningsutveckling vid decenniets slut. Trots detta är tillgänglighetsproblematiken fortfarande högst aktuell (”Hälso- och sjukvården till 2030”, 2005, s. 17).

Tillgänglighet kan diskuteras utifrån flera dimensioner och berör allt från hälso- och sjukvårdens lokalisering och allmänna kommunikationer till information, öppettider och patientavgifter. Denna studie fokuserar i huvudsak på den tidsmässiga dimensionen, själva väntan på vård. Ämnet är generellt mycket känsloladdat och har väckt stort allmänintresse. Forskare har dock tidigare visat ett förhållandevis begränsat intresse för väntetider och väntelistor. I stort kan litteraturen delas in i tre olika intresseområden; studier som berör väntelistors utformning och styrning (som exempelvis Culyer och Cullis, 1976), kostnadsestimeringar för den tid patienter tvingas vänta (som exempelvis Propper, 1991) samt modelleringar där väntelistor agerar marknadens fördelningsmekanism (som exempelvis Lindsay och Faegenbaum, 1984). Det låga intresset kan troligen härledas bl.a. till begränsningar i det statistiska underlaget då datatillgången länge varit dålig och på en alltför aggregerad nivå (Barlow och Edwards, 1996, s. 64). Under

senare tid har ämnet dock aktualiserats och alltmer forskning har gjorts för att belysa och förklara orsaker bakom väntetider och väntelistor, vem det är som väntar och varför. Trots fortsatta svårigheter har alltså den ökade datatillförlitligheten möjliggjort studier av alltmer kvalitativa aspekter av väntan och väntelistor. Forskare försöker identifiera de mekanismer som bidrar till köbildning och väntetider. Vidare undersöks väntetidens och väntelistors roll som fördelningsmekanism samt som prioriteringsinstrument och prestationsindikator i hälso- och sjukvårdens styrning och utformning. På så vis har forskningen kunnat vidgas och omfattar nu betydligt mer än bara själva väntetiden och väntelistors storlek¹.

Varför har då just tillgänglighet blivit en så högt prioriterad kvalitet inom svensk hälso- och sjukvård? Ekonomiskt och politiskt besvaras denna fråga i termer av rättvisa och effektivitet. Speciellt påpekas att; otillfredsställda vårdbehov ger upphov till fysiskt såväl som psykiskt lidande, patienters potential för hälsoförbättringar riskerar att försämrans ju längre tiden går samt att kostnaderna i samband med utebliven produktion vid sjukskrivningar är höga (Propper, 1995, s. 680). Tillgänglighetsproblem medför alltså stort lidande och höga kostnader för samhället och individen. Det säger sig själv att långa väntetider och väntelistor inte är förenliga med hälso- och sjukvårdens krav på god tillgänglighet, men när blir väntan ett problem? Regeringen införde tillsammans med landstingen och regionerna, i november 2005, en ny utökad vårdgaranti som syftar till att förbättra tillgängligheten och minska väntetiderna för planerad vård i Sverige. Sedan tidigare gäller att primärvården ska erbjuda patienter kontakt med vården samma dag som vården kontaktas och ett läkarbesök (om det behövs) inom högst sju dagar. Efter mottagen remiss inom den specialiserade vården ska ett besök där (om det behövs) erbjudas inom högst 90 dagar. Utvidgningen av vårdgarantin innebär att beslutad behandling ska inledas inom högst 90 dagar från det att beslutet om behandling fattades ("Överenskommelse", 2005, s. 1).

Väntetidsgarantier är speciellt intressanta för att de definierar när väntan är för lång och bör betraktas som ett problem. Dock är det inte självklart huruvida en väntetidsgaranti som den nyligen införda kan komma till rätta med tillgänglighetsproblemen. Vårdgarantier bör därför ses som ett ramverk utifrån vilket olika strategier för att hantera väntetider och väntelistor kan utformas. Garantins lämplighet som ett sådant ramverk och dess inverkan på väntetider och väntelistor diskuteras flitigt. Uppmärksamheten berör främst garantins generella förutsättningar och konsekvenser. En mer specifik utgångspunkt av hälsoekonomiskt intresse är garantins effektivitetseffekter samt dess inverkan på fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser.

¹ Studierna som åsyftas är bl.a. de som utgör underlag för denna studie och presenteras i mer detalj senare.

Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv kan väntetider tolkas som en jämviktsskapande fördelningsmekanism mellan hälso- och sjukvårdens utbud och efterfråga. Tillgång på vård begränsas då utifrån individers förmåga och villighet att vänta, dvs. utifrån väntelistor och kötid till skillnad från betalningsvilja och pris. Väntetider kan således antas fungera liknande ett pris på hälso- och sjukvårdstjänster då väntan medför kostnader i samband med nedsatt produktivitet, utdraget lidande, samt risk för nedsatt behandlingseffekt. Kostnaderna förknippade med väntetiden antas minska efterfrågan precis tillräckligt för att likställa efterfrågan med hälso- och sjukvårdsutbudet vid en jämviktssituation. Sådan modellering har öppnat upp för en rad ekonomiska tillämpningar av väntetider och väntelistor. Efterfrågans olika bestämningsfaktorer kan exempelvis undersökas genom att urskilja dessa ifrån störningar som bildats till följd av utbudsrestriktioner i tillhandahållningen av hälso- och sjukvård (Blundell och Windmeijer, 2000). Även utbudet kan modelleras. Iversen (1993a) diskuterar t.ex. sjukhusens strävan efter att hjälpa alla personer som kan tillgodogöra sig vård samt dess strävan efter att erbjuda patienter en så kort väntan som möjligt och den konflikt som uppstår mellan dessa båda målsättningar. Vidare kan modellen användas för att förutspå bland annat hur beslutsfattare reagerar på förändringar i väntetiden eller listans storlek och hur deras beslut i sin tur påverkar väntetiden och väntelistor (Gravelle, Smith och Xavier, 2003).

Vad kan vi då lära från dessa ekonomiska tillämpningar av väntetider och väntelistor? Kan vi utifrån dessa bidra till debatten kring väntetidsgarantier och snedvridande incitament? Är det överhuvudtaget lämpligt att direktöversätta väntetider och vårdköer till ekonomiska tillämpningar?

1.1 Syfte och avgränsningar

Frågorna är många och komplicerade. Dock måste samtliga aspekter av väntetidens och väntelistors orsaker, tolkningar och konsekvenser skärskådas för att ge en rättvis bild av tillgänglighetsproblematiken. Studien syftar till att bidra till denna bild genom att synliggöra olika ekonomiska tolkningar av väntetider och väntelistor och dess eventuella effekter. Studien syftar även till att belysa olika fördelningsimplikationer till följd den utökade vårdgarantin som infördes den 1 november 2005. Studiens problem formuleras sålunda:

Finns det någon entydig ekonomisk tolkning av väntetider och väntelistor och vad kan denna i så fall avslöja om väntetidsgarantiernas fördelningsimplikationer?

Problemet analyseras främst med avseende att belysa tolkningar som gjorts av väntetider och väntelistor för att utröna dess pragmatiska betydelse för tillgänglighetsproblematiken. Studien gör inte på något vis anspråk på att ge ett slutgiltigt svar eller någon heltäckande bild över väntelistors och väntetidens olika tolkningsmöjligheter utan är snarare ett bidrag till debatten.

Studien tar ett hälsoekonomiskt perspektiv och fokuserar på allokering och effektivitet. Det vill säga väntetidens och väntelistors roll som fördelningsmekanism, tillika budgetargument och incitament till läkarförorsakad efterfråga. Dessutom undersöks deras inflytande över prioriteringar mellan patienter och snedvridande effekter till följd av väntetidstak och garantier. Däremot bortser studien från väntetidens och väntelistors hälsopolicyimplikationer i samband med frågor kring resursfördelningsystems legitimitet och administration.

Vidare avgränsas studien så att endast väntan via väntelistor för planerad offentlig vård berörs. Det vill säga väntetider och väntelistor till vårdåtgärder som inte kräver något omedelbart omhändertagande av de sjuka. Detta eftersom tillgängligheten till den akuta vården bör diskuteras i något annorlunda termer. Akutsjukvården brottas nämligen i huvudsak med problem och frågor rörande organisationens anpassning till de speciella krav som finns på tillgänglighet och kompetens. En mycket stor andel av patientinflödet till flertalet av de stora medicinska verksamhetsområdena, såsom internmedicin, kirurgi, ortopedi, psykiatri och barnmedicin, sker via akutmottagningar vilket ställer särskilda krav. Därtill kommer frågor rörande fördelningen av akut sökande patienter mellan primärvård och sjukhusvård samt väntetiden på akutmottagningarna ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 39).

1.2 Tillvägagångssätt

För att besvara studiens syfte och problem har jag utifrån en personlig referensram gjort en noggrann litteraturgenomgång med hjälp av databaser såsom Elin, EconLit och Lovisa och sammanställt en rad sekundära källor från hälsoekonomiska tidskrifter, böcker och Internetsidor utifrån sökord som *waiting lists*, *waiting time*, *waiting time guarantees*, *priority scoring systems* etc. De källor som presenteras är valda för att ge en generell bild av väntetidsproblematiken och de ekonomiska tolkningar som har gjorts för att modellera väntetidens och väntelistors inflytande över hälso- och sjukvårdens utbud och efterfråga.

Studien är kvalitativt utformad med ett teoretiskt angreppssätt baserat på presentationer av tidigare forskning. Detta i syfte att skapa de helhetsperspektiv som studiens problem kräver. Jag har valt ut ett antal aktuella studier för närmare genomgång och analys. Urvalet sker alltså utifrån

ett helhetsperspektiv så att studierna tillsammans representerar de speglingar av väntetider och väntelistor som dominerar den ekonomiska debatten. Följande studieområden berörs:

Studier som tolkar väntetider och väntelistor som fördelningsmekanism – Fyra representativa studier har valts som underlag för en närmare genomgång av den forskning som har gjorts för att bekräfta väntetidens och väntelistors styrka som jämviktsskapande fördelningsmekanism mellan utbud och efterfråga. Det finns ett relativt stort urval av studier som inriktar sig på efterfrågans känslighet i samband med väntetidsförändringar. Däremot har ett betydligt mer begränsat antal studier gjorts som empiriskt undersöker väntetidens och väntelistors inflytande över både utbud och efterfråga. Två av studierna har valts just för att de tar ett sådant helhetsperspektiv. De resterande två har valts för att komplettera de båda andra studierna så till vida att två studier mäter efterfrågan i form av vårdutnyttjande och två som patientinflöde.

Studier som tolkar väntetider och väntelistor som budgetargument och incitament till läkarförorsakad efterfråga – Litteraturgenomgången visade ganska så snart att Tor Iversen är tongivande i frågor kring väntetider och väntelistor som incitament till utbudssidans aktörer. Därför har hans studier och dem han gjort tillsammans med Hilde Lurås valts ut för att belysa dessa frågeställningar.

Studier som tolkar väntetider och väntelistor som prioriteringsinstrument – Studierna har valts för att gemensamt ge underlag för diskussion om övergripande prioriteringsmål, olika urvalskriteriers lämplighet för att uppfylla dessa mål samt påföljande väntetidsimplikationer.

1.3 Disposition

Studien inleds med en kort bakgrundsbeskrivning där väntetidsproblematiken presenteras. Därefter förklaras syftet med studien och den frågeställning som undersöks. Vidare beskrivs de avgränsningar som gjorts och det tillvägagångssätt som ligger till grund för studiens utformning. Nästa kapitel, kapitel 2, ger en överblick över den rådande väntetidssituationen samt en redogörelse för väntelistors och väntetidens uppkomst och effekter. Kapitel 3 består av en teori-genomgång som omfattar en enkel köteori utifrån vilken utbudet och efterfrågan av en planerad behandling modelleras. Likaså sammanfattas hälso- och sjukvårdssektorns specifika förutsättningar och dess ekonomiteoretiska implikationer som läkarförorsakad efterfråga. De efterföljande kapitlen, kapitel 4-6, ägnas åt studier som tillämpar ekonomiska tolkningar av väntetider och väntelistor. Kapitel 4 ägnas åt studier som tillämpar väntetider och väntelistor som fördelningsinstrument. Studier som istället tillämpar väntetider och väntelistor som budgetargument och som incitament till läkarförorsakad efterfråga behandlas i kapitel 5. Slutligen ägnas

kapitel 6 åt studier som tillämpar väntetider och väntelistor som prioriteringsinstrument. Efter detta, i kapitel 7, presenteras den utökade vårdgarantin som trädde i kraft den 1 november 2005. I kapitel 8 analyserar de utvalda studierna utifrån hälsoekonomisk teori för att belysa och härleda ekonomiska tolkningar av väntetider och väntelistor och dess pragmatiska betydelse för väntetidsproblematiken. Analysen omfattar även fördelningsimplikationer till följd av den nationella vårdgarantin. Avslutningsvis, i kapitel 9, diskuteras slutsatser och relaterade frågor samt förslag till vidare forskning inom området.

2. En överblick

Väntelistor är en registrering av uppgifter över patienter med ett icke-akut vårdbehov och fungerar som ett planerings- och styrinstrument för hälso- och sjukvårdens verksamheter ("Tillgängligheten i fokus", 1998, s. 10). På så vis kan vården arbeta utifrån en samlad bild av efterfrågan och se till så att det är de med störst och mest brådskande behov som först får tillträde till vården. Väntetider uppkommer i olika led av vårdprocessen och förekommer bl.a. vid mottagningsbesök, diagnostiska undersökningar, behandlingar och inläggning på sjukhus. Dessvärre saknas en heltäckande bild av hälso- och sjukvårdens väntelistor och väntetider. De uppgifter som finns bygger som regel på prognoser över förväntade genomsnittliga väntetider och ger ingen fullständig bild av verkligheten. Problemets storlek är alltså inte helt känd och inte heller dess utbredning inom olika delar av vårdorganisationen. Detta till trots att Sverige så tidigt som på 1960-talet började inrapportera väntetider och redan 1981 registrerades väntetider som den största anledningen till klagomål inom hälso- och sjukvårdssektorn ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 15).

OECD har gjort en jämförelse mellan sina medlemsländer över väntetidsförekomsten vid planerad kirurgi som visar att väntetiderna är längst i England och Finland. Därefter kommer Danmark, Norge, Österrike och Spanien. Medan Holland redovisar lägst väntetidssiffror. Jämförelsen visar också att väntetider för mindre angelägna ingrepp (som exempelvis starr-operation) är systematiskt högre än för mer brådskande operationer (som exempelvis bypass-operation) (Siciliani och Hurst, 2003, s. 11). Nedan följer en överblick av väntetidssituationen i Sverige samt en redogörelse för väntelistors och väntetidens uppkomst och effekter.

2.1 Väntetider i Sverige

Landstingsförbundet bedriver ett flertal projekt för att belysa och utreda hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Däribland en genomgång av väntetider och väntelistor, "Att vänta på vård" (2003), samt återkommande nationella mätningar av väntetider inom primärvården².

² Mätningarna sker inom projektet "Väntetider i vården" som drivs av Landstingsförbundet och Socialdepartementet sedan 2001. Senaste mätningen, nr 8 i ordningen, genomfördes i oktober 2005.

Rapporten "Att vänta på vård" (2003) visar på ökade vårdbehov och stora variationer i väntetider samtidigt som allt fler patienter behandlas och det i allt högre åldrar. Den medicinska utvecklingen vidgar gränserna för vad som är möjligt att behandla och allt fler patienter kan därmed komma ifråga för behandling, vilket ställer ytterligare krav på hälso- och sjukvårdens förmåga att tillgodose de ökade vårdbehoven. Ändå förekommer väntetider och väntelistor endast i en liten del av vården, men genom den stora mängden vårdkontakter berörs likafullt många patienter i faktiska tal. Vidare har väntelistorna blivit längre till vissa behandlingar trots ett starkt ökat antal behandlingar. Antalet patienter som väntar på operation för grå starr ökar exempelvis trots ökade antal operationer, eftersom teknikutvecklingen medför att patienter inte behöver ha fullt så dålig syn som tidigare för att komma ifråga för operation (s. 5).

Väntetiden varierar alltså stort mellan olika delar av vården och för olika patienter, främst beroende på att allvarliga sjukdomar prioriteras samt att medicinsk praxis och indikationer för behandling eller operation skiljer sig åt mellan olika vårdgivare. Den specialiserade akuta slutna vården fungerar relativt väl liksom den högspecialiserade vården. Dock finns det flera områden inom dessa högst prioriterade verksamheter där tillgången på behandlingsåtgärder varierar kraftigt och där vårdbehoven inte tillgodoses. Exempelvis är tillgängligheten dålig till psykiatrisk vård, palliativ strålning och direkt ballongvidgning vid hjärtinfarkt. Även inom andra områden finns betydande variationer. Väntetiden till läkarbesök vid sjukhus varierar t.ex. från områden där mer än 87 % av patienterna tas emot inom tre månader, till områden där endast 44 % tas emot inom samma tid. Väntetiden till behandling vid sjukhus varierar ännu mer, från områden där 94 % av patienterna behandlas inom tre månader till områden där motsvarande siffra är 23 % ("Att vänta på vård", 2003, s. 5).

Även tillgängligheten till lägre prioriterade vårdområden brister på många håll och väntetiderna kan vara långa. Den senaste nationella mätning som gjorts inom primärvården (oktober 2005) visar att 94 % av patienterna med akuta vårdbehov träffar läkare samma dag. De resterande sex procenten träffar, med några enstaka undantag, läkare inom två dagar. Av de patienter som bedömts som ej akuta fick endast 63 % en läkartid inom sju dagar ("Väntetider till allmänläkare", 2005, s. 4).

Patienter tycker i allmänhet att det är rimligt att vänta på en behandling, men acceptansen avtar snabbt ju längre väntetiden är. Överstiger väntetiden sex månader är acceptansen i stort sett helt borta. Patienter som väntat länge på en operation eller behandling tycker inte heller att väntetiden påverkat resultatet av operationen eller behandlingen negativt, utan var över lag lika nöjda med resultatet som de med kortare väntetid. Detta indikerar att hälso- och sjukvården prioriterar

med hänsyn till medicinsk risk så att förtur ges till patienter vars behandlingsresultat riskerar att försämrans vid en lång väntan ("Att vänta på vård", 2003, s. 6-7).

2.2 Väntetidens uppkomst och fortlevnad

Trots ökad förståelse kring problematiken med väntelistor och väntetider skapar dessa fortfarande omfattande kostnader för samhället. Hur kommer det sig att problemen med långa väntelistor och väntetider består? Vilka faktorer är det egentligen som ligger bakom problemen? Vissa kommentatorer hävdar att de långa väntelistorna och väntetiderna är ett symptom på den kroniska resursbristen i hälso- och sjukvårdssektorn. Ett flertal studier visar emellertid att väntelisters faktiska längd många gånger överskuggas av patienter vilka har tackat nej till behandling eller som av någon anledning inte längre behöver behandlingen de väntar på. Detta kan bero på ineffektiviteter i hälso- och sjukvårdens organisation och styrning och kan härledas till alltifrån dålig administration av väntelistorna till felaktiga incitament och ett lågt intresse av att hålla väntetider och väntelistor nere (Yates, 1987 och Hanning, 1996).

Det finns också de som menar att långa väntetider som sådana skapar ytterligare väntan. När väntan börjar dra ut på tiden antas läkare nämligen kalkylera fram den rätta tidpunkten för operation eller behandling utifrån patientens sjukdomsförlopp. Patienter kommer på så vis att skrivas upp på väntelistan redan innan de faktiskt uppfyller kriterier för operation eller en behandling. Läkare manipulerar alltså väntelistorna så att patienter som lider av en sjukdom med en viss sjukdomsbild förväntas behöva operation samtidigt som deras namn står överst på väntelistan (Hanning, 1996, s. 32).

Nedan följer en mer detaljerad redogörelse över de faktorer som bidrar till köbildning och väntetider.

2.2.1 Efterfrågan överstiger utbudet

Väntelistor och väntetider är i grunden ett tecken på att efterfrågan överstiger utbudet, vilket blir extra påtagligt när det inte genom prissättning går att dämpa efterfrågan på en eftertraktad vara eller en tjänst. Orsaker till väntelistor och väntetider kan därför härledas bl.a. till efterfrågans och utbudets bestämningsfaktorer. Det kan dock finnas flera sådana bidragande faktorer och dessa

kan vara nära sammanflätade vilket gör att det många gånger är nästintill omöjligt att isolera enskilda faktorerers påverkan (Blundell och Windmeijer, 2000, s. 466).

2.2.2 Stokastisk efterfrågan

Ytterligare en förklaring till långa väntetider och väntelistor baseras på det faktum att vård-efterfrågan är stokastisk. Det är svårt att förutse och planera inför fluktuationer i patient-tillströmningen och över tid riskeras eftersläpningarna i vårdens arbetsbörda. Speciellt svårt är det att undvika köbildning och väntetider eftersom fullständig resursutnyttjande eftersträvas samtidigt som efterfrågan fluktuerar. Worthington (1987, s. 413) anser därför att väntelistor är ett nödvändigt ont för att säkerställa att hälso- och sjukvårdssektorns resursanvändning är effektiv. Väntelistorna tillhandahåller en buffert av patienter som garanterar att dyra hälso- och sjukvårds-resurser inte plötsligt står oanvända i väntan på patienter med de rätta behandlings-förutsättningarna. Med hjälp av väntelistor kan alltså sjukhus och vårdinrättningar lättare planera för en optimal resursanvändning som även omfattar en balanserad patientbörda och en lämplig mix av behandlingar och operationer för undervisning. Även patienter kan inför en inläggning eller behandling dra nytta av den planeringsmöjlighet väntelistor och bokningssystem erbjuder för att underlätta förberedelsen samt få tid att förbereda sig mentalt. Dessutom ger väntetider ibland sjukdomstillstånd den tid det krävs för självläkning, så att ett ingrepp kan undvikas. Dock kan det argumenteras att listorna är alltför stora och väntetiderna alltför långa för att kunna motiveras av dessa syften (Sreet och Duckett, 1996, s. 2).

2.2.3 Teknologisk utveckling

Förbättrade behandlingsmöjligheter till följd av den medicinskteknologiska utvecklingen tenderar att vidga indikationerna för en vårdåtgärd så att allt mindre allvarligt sjuka patienter blir aktuella för behandling. När teknologiska genombrott sker sprängvis kan det vara svårt att kompensera för de ökade behandlingsmöjligheterna med en motsvarande resursförstärkning. Teknologiförbättringar ökar också vårdefterfrågan i samband med att riskerna för patienterna kan minskas och därmed ökar den potentiella behandlingsvinsten ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 40).

Vidare kan behandlingsindikationer i sig påverka väntetider och väntelistor samt vård-efterfrågan såtillvida att förändringar i kraven på hälso- och sjukvårdens resurser antas vidga eller

strama åt indikationerna för vård för att därmed anpassa vårdens arbetsbörda till dess kapacitet ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 16).

2.2.4 Privatpraktiserande läkare

Det finns en risk att väntetider och väntelistor bevaras till följd av en eventuell intressekonflikt då läkare praktiserar inom både den offentliga och den privata sektorn. Genom att upprätthålla långa väntetider och väntelistor inom den offentliga vården kan läkare, som även har en privat praktik, lättare motivera sina patienter att söka sig till de privata praktikerna. Detta då dessa framstår som attraktivare relativt de offentliga alternativen och väntetiderna och väntelistorna framstår som kortare. På så vis kan patienter motiveras att betala ett högre pris för sin vårdkonsumtion mot att de slipper vänta (Gravelle, Smith, Xavier, 2003, s.84).

2.2.5 Väntelistors utformning och administration

Individens väntetid påverkas uppenbart av väntelistors utformning och administration även om kanske inte medelväntetiden för den totala patientgruppen påverkas nämnvärt. Traditionellt i Sverige har faktorer såsom medicinsk angelägenhet, behov, professionens prioriteringar och tid spenderad på väntelistan spelat in vid prioriteringar mellan patienter eller olika patientgrupper. Det har uppmärksammats att vissa patienter och sjukdomstillstånd ständigt prioriteras så lågt och därför får vänta så länge på vård att de riskerar att inte bli behandlade överhuvudtaget (Frankel, 1989, s. 58). Frankel (1989) förklarar att det är sjukdomstillståndens generande natur och/eller att professionen inte finner dessa patienter och sjukdomstillstånd stimulerande nog som ständigt sätter dem lägst på prioriteringslistan.

Det saknas standardiserade normer och tydliga riktlinjer som reglerar hur väntelistor bör upprättas och administreras. Det gör att rutinerna kan variera kraftigt mellan olika verksamheter och att innebörden av vissa behandlingsindikatorer skiljer sig åt från klinik till klinik. Även inom samma klinik kan variationerna vara stora eftersom olika aktörer gör sina egna tolkningar och bedömningar. Ska exempelvis de patienter som fått en tid bokad stå kvar på väntelistan? Ska patienter vars hälsotillstånd försämrats så att de sannolikt inte längre är aktuella för en operation strykas ifrån väntelistan? Ska patienter kunna stå på flera väntelistor för samma hälsoproblem samtidigt? Omfattande utvecklingsarbete pågår dock för att standardisera väntelistor och kö-

administration ingår i projektarbeten kring införandet av den utvidgade vårdgarantin ("Förberedelser", 2005, s. 6).

2.3 Kostnader i samband med väntetider

Individer på en väntelista för hälso- och sjukvård är i sämre hälsa än normalt. Hälsoförsämringen kan innebära att personen ifråga inte kan fungera normalt och inte heller utföra sina vanliga sysslor. Sådana inskränkningar medför kostnader och dessa ackumuleras så länge väntetiden förlängs. Beakta följande: Tillståndet för en patient som efterfrågar vård förblir stabilt, men hans eller hennes hälsa är sämre än normalt under hela väntetiden. Patientens försämringstakt är alltså noll, men om sjukdomstillståndet hindrar personen ifråga från att arbeta medför detta kostnader trots att sjukdomstillståndet inte försämras över tid. Sjukdomstillstånd är också många gånger mycket smärtsamma och medför medicinering även om patienten inte upplever någon faktisk försämring. Om patientens hälsa dessutom försämras under sjukdomsförloppet (positiv försämringstakt) ökar risken för att behandlingseffekterna avtar. Detta eftersom åtgärderna sätts in i ett senare skede i sjukdomsbilden. Därtill riskerar behandlingskosten att öka då det är ett svårare sjukdomstillstånd som behandlas. Värdet av en vårdåtgärd minskar alltså desto längre patienten måste vänta (Propper, 1995, s. 680).

Vidare är väntan många gånger förknippad med ånger och oro eftersom patienten inte vet hur länge han eller hon måste vänta. En känsla som lätt förvärras eftersom patienten ofta har begränsad kunskap om den förestående vårdåtgärden och dess olika risker samt att det är svårt, eller till och med omöjligt, att förutspå en vårdåtgärds exakta utfall. Osäkerheten och den ånger och oro som denna skapar kan tolkas som en kostnad, vilken inte nödvändigtvis är en funktion av vårdåtgärdens slutgiltiga utfall, utan bidrar till kostnadsbilden för väntetider och väntelistor i huvudsak genom en försämrad vårdkvalitet (Propper, 1995, s. 680).

Slutligen kan brister i samordning mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän leda till kostnadsövertäckning, t.ex. från landsting till kommun. Det finns studier som visar på sådana brister i samband med långa väntetider för kataraktoperation. Sannolikheten ökar över tid för uppkomst av vårdbehov och hjälp av olika slag, alltifrån hemhjälp, synhjälpmedel och färdtjänst till tyngre och mera kostnadskrävande insatser som sjukhemsboende eller sjukhusvård som följd av olycksfall förorsakade av nedsatt syn. Denna typ av kostnader försvinner sällan helt efter operation om de väl uppkommit. Tidig operation har beräknats kunna förhindra uppkomsten av

samhällskostnader motsvarande 75 % av de direkta kostnaderna för operation ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 17).

2.4 Prioriteringsinstrument

Vem är det som avgör vem som ska vänta och vem som ska prioriteras för behandling? Traditionellt har varje enskild läkare ansvarat för administrering av väntelistor och prioriteringen mellan sina patienter. Läkarnas yrkesutövande skiljer mellan individer och även mellan olika specialistgrenar. För flertalet hälsoproblem finns dock någon form av vårdprogram eller praxis för utredning, diagnos, behandling och uppföljning. Medicinska prioriteringsbeslut är svåra att följa upp och uppföljningen kompliceras ytterligare av variationer i praxis mellan läkare och kliniker. Dessutom påverkar praktiska begränsningar såsom balansering av operationssalar, undervisningsåtaganden och påtryckningar från ledningen att uppfylla väntetidsgarantier den relativa prioritet som ges till respektive patient eller patientgrupp. Väntetider och väntelistors sammansättning inom olika vårdspecialiteter och olika delar av landet påverkas också på en mer övergripande nivå av landstingshuvudmäns och politikers prioriteringar i samband med exempelvis budgetbeslut och tecknandet av olika vårdkontrakt (Barlow och Edwards, 1996, s. 64). Det finns en tydlig koppling mellan genomförda prioriteringar och vem som tvingas vänta på vård. Exempelvis visar Landstingsförbundets rapport "Att vänta på vård" (2003, s. 23) att så mycket som 94 % av alla patienter som gått igenom en ballongvidgning av hjärtats kranskärl fick en operationstid inom tre månader. Medan endast 23 % av de kvinnor som genomgått en bröstförminskning fick sin operation inom tre månader. Öppna och väldefinierade prioriteringsstrategier väl förankrade i hälso- och sjukvårdens organisation kan därför fungera som ett effektivt verktyg för väntelistors styrning och utformning. Förespråkare för sådana prioriteringskriterier menar att de kan leda till explicita remitteringsströsklar för allmänläkare samt mer sofistikerad planläggning av planerade vårdtjänster utifrån klinisk angelägenhet (Edwards et al., 2003, s. 230). Väntetider och väntelistor som prioriteringsinstrument kommer att diskuteras i mer detalj i kapitel 6.

2.5 Budgetargument och läkarförorsakad efterfråga³

Det finns ytterligare en aspekt att ta hänsyn till då väntetider och väntelistor diskuteras – väntetider som budgetargument. Rätten till en god vård på lika villkor finns dokumenterad i den svenska Hälso- och sjukvårdslagen. Väntelistor och väntetider har följaktligen blivit en naturlig prestationsindikator vid bedömningar av hälso- och sjukvårdens förmåga att uppfylla sina åtaganden. Därmed finns det en risk att vårdproducenter utnyttjar det faktum att väntetider existerar för att förhandla fram fördelar vid budgetdiskussioner. Iversen (1993a, s. 11-12) bekräftar väntelistor och väntetidens roll som prestationsindikator genom att visa att väntetider och väntelistor interagerar med hälso- och sjukvårdsutbudets kapacitetsanvändning. Väntetider och väntelistor till konsultation vid sjukhus signalerar graden av sjukhusets kapacitetsanvändning till remitterande läkare. Signalerna når även sjukhusets finansärer dvs. landstingen och regeringen. Väntetiden kan på så vis påverka hur mycket resurser, dvs. ytterligare kapacitet, som anslås sjukhuset vid nästa budgetförhandling. Även Gravelle, Smith och Xavier (2003, s. 84) påpekar vikten av väntetidens och väntelistors betydelse som prestationsindikator och budgetargument.

Läkares incitamentsstruktur kan också bidra till väntetidsproblematiken i form av läkarförorsakad efterfråga, då information och kunskap vanligen är asymmetriskt fördelad mellan patient och vårdgivare. Detta fenomen beskrivs vidare i kapitel 3.5 Läkarförorsakad efterfråga samt i kapitel 5.

³ Motsvarande engelskans supplier induced demand eller physician induced demand.

3. Utbud och efterfråga

3.1 Hälsa- och sjukvårdssektorn

Tjänster som tillhandahålls inom den offentliga sektorn kan sällan tolkas utifrån traditionella marknadsekonomiska modeller vilka styrs utifrån prissättning. I hälso- och sjukvårdssektorn återfinns dock tydligt identifierbara konsumenter och producenter och därmed även väl avgränsade efterfråge- och utbudssidor. Konsumenterna, dvs. patienterna, bekostar endast en mycket liten del av den totala vårdkostnaden och det saknas en monetär fördelningsmekanism för att skapa jämvikt mellan utbud och efterfråga. Det finns alltså inte något pris som avskräcker patienter från att använda hälso- och sjukvårdstjänster och sektorn präglas därför av överskottsefterfråga⁴ (Sreet och Duckett, 1996, s. 1). Avsaknaden av prissättning och det faktum att sektorn är starkt reglerad samt tredjepartsfinansierad gör att hälso- och sjukvårdens tillgänglighet istället måste begränsas av någon alternativ fördelningsmekanism. Väntetider och väntelistor har tolkats som en möjlig sådan. Resurser fördelas då efter patienters villighet att vänta. Tiden fungerar motsvarande ett pris på vård eftersom väntan medför kostnader i samband med bl.a. nedsatt produktivitet, utdraget lidande och risk för nedsatta behandlingseffekter. Väntetiden förlöper utan att patienten personligen behöver stå i kö – alltså finns det inte någon direkt kostnad för själva kötiden. Dock ackumuleras de indirekta kostnaderna och nyttan av konsumtionen minskar i takt med väntetiden till följd av nedsatta behandlingseffekter.

Efterfrågan påverkas av att patienters uppfattning om väntelistor och väntetider influerar deras beslut om att kontakta och nyttja hälso- och sjukvården. Den påverkas också av förändringar i läkares remitteringsbenägenhet till följd av ansträngda resurser i samband med långa väntelistor. Långa väntetider kan alltså tolkas som ett tecken på stockningar i patientströmningarna och avskräcker därmed från ytterligare remittering. På så vis fungerar långa väntetider som en signal mellan kolleger så att allmänläkare minskar antalet remitteringar till sjukhus vilka har fler remissåtaganden än deras kapacitet tillåter (Iversen, 1993a, s. 11).

På utbudssidan är kopplingen något mer indirekt. Det finns politiska incitament och även styrelseincitament för att säkerställa att uppfattade väntetidsprestationer anpassas till centralt definierade mål. I ett offentligt finansierat system med budgetkontroll är incitamenten svaga för producenterna, dvs. läkare och sjukhus, att öka utbudet för att möta ökade väntelistor och vänte-

⁴ Motsvarande engelskans excess demand.

tider. Tredjepartsfinansiärer, vilka är valda ämbetsmän, agerar dock till svar mot förändringar i väntetider och väntelistor såtillvida att långa väntetider och väntelistor leder till utbudsökningar medan korta väntetider istället kan leda till nedskärningar. Politiker reagerar som de gör eftersom patienter är väljare och deras röster avgör den politiska maktfördelningen. Läkare är duala i sin roll eftersom de både är producenter men också har förmåga att påverka efterfrågan genom läkarförsakad efterfråga (Gravelle, Smith och Xavier, 2003, s. 81).

Svensk hälso- och sjukvård är utformad så att en behandlingsepisod omfattar ett flertal steg från det att patienten först kontaktar hälso- och sjukvården på grund av ett hälsoproblem till dess att behandlingen avslutas. En person med ett hälsoproblem väljer, givet att inga privata vårdalternativ finns, att uppsöka primärvården eller att vänta och se. En allmänläkare avgör om patienten kan behandlas inom primärvården eller om han eller hon ska remitteras vidare till sjukhusbaserad vård. Inkomna remisser bedöms, prioriteras och sätts upp på sjukhusets väntelista för ett konsulterande besök. Konsultationen och efterföljande undersökningar leder sedan fram till diagnos och eventuell placering på väntelista för behandling eller operation. Väntetider förekommer i varierande grad genom hela behandlingsepisoden beroende på vårdgivarens organisation samt det medicinska behovets angelägenhet (Iversen, 1993a, s. 10).

Vid närmare genomgång av en behandlingsepisod är det viktigt att skilja mellan beslut fattade av patienter och av läkare. Patienten kan först tillgodogöra sig nytta av en vårdåtgärd när den tillhandahålls och dess nuvärde kommer därför att minska ju längre patienten tvingas vänta. Patienten väljer endast att söka vård så länge den förväntade diskonterade nyttan av behandlingen överstiger de förväntade kostnaderna för att placeras på en väntelista. För att väntetider ska ha något signifikant inflytande över patientens beslut måste patienten ha någon alternativ vårdgivare att ta ställning till. Om all vård produceras i ett statligt monopol kommer en lång väntan endast innebära ett val mellan att ansluta sig till en väntelista eller att helt avstå från vård. När det även finns privata vårdalternativ kommer patienten troligen att väga de långa väntetiderna inom den offentliga sektorn mot priset på den privata vården. Priset på privat vård kan således ses som ett skuggpris för att vänta (Gravelle, Smith och Xavier, s. 85-86).

Rimligtvis önskar hälso- och sjukvårdens producenter ta emot alla som kan tillgodogöra sig behandling eller operation och erbjuda dem en så kort väntetid som möjligt. En målsättning som innebär kompromisser eftersom sjukhusets kapacitetsanvändning och antalet intagna patienter kan ökas med hjälp av just ökade väntetider. Väntelistor tillhandahåller en buffert av patienter och långa väntetider kan motivera ökade resursanslag då väntetider tolkas som otillfredsställda vårdbehov. En sådan strategi är dock föremål för avtagande avkastning – ju längre väntan blir desto mer resurser leds bort från behandling mot administrering av bokningssystemet. Detta

innebär att för varje produktionskapacitet finns det en optimal väntetid vilken maximerar antalet intagna. Sjukhuset fördelar sin budget fram till den punkt där de är indifferent mellan ytterligare ökning av antalet intagna och marginell väntetidsreduktion (Iversen, 1993b, s. 9).

3.2 Köteori

Ur en mycket enkel modell från Martin och Smith (1999) där en ensam producent betjänar en enda väntelista går det att urskilja den genomsnittliga tid en person måste vänta vid jämvikt:

$\frac{1}{\mu - \lambda}$ där μ är producentens servicekapacitet och λ är frekvensen nyttillkomna på väntelistan.

Modellen kan tyckas alltför enkelt för att beskriva ett så komplicerat system som den svenska hälso- och sjukvården. Det kan dock vara behjälpligt att tänka på systemet som en helhet med en enda om än heterogen väntelista. Framst med tanke på att modellen framhåller två mycket viktiga aspekter vid bestämning av väntetider, nämligen utbudet (servicekapaciteten) och efterfrågan (patienttillskotten) (s. 143).

Det finns två traditioner inom köteori varav en baseras på stokastisk teori medan den andre har en välfärdsekonomisk bas. Den stokastiska, eller ”operations research” traditionen⁵, utgår som namnet anger från det slumpmässiga i väntelistors patienttillskott och behandlingstider. Väntetider syftar enligt denna teori till att undvika överksam tid för producenten. Följaktligen vägs patienters väntetid mot producenters överksamma tid. Den välfärdsekonomiska teorin⁶ beskriver köer som ett system för resursallokering och distribution. Modellering av individens beteende betonas och oftast antas väntetiden vara känd och deterministisk. Väntetider tolkas som ett skuggpris på grund av de möjligheter som går den väntande förbi (Iversen, 1993b, s. 3). Johansen (1987) minskar gapet mellan de båda traditionerna. Han är kritisk till antagandet att sannolikhetsfördelningen för väntelistors patienttillskott är exogent given. Istället menar han att en person fattar beslut om att ansluta sig till en väntelista eller inte. Beslutet beror på hans eller hennes uppfattning om andra personers benägenhet att ansluta sig. Väntetiden är alltså inte en given parameter utan resultatet av ett icke-kooperativt spel.

⁵ Se exempelvis Cooper (1981).

⁶ Se exempelvis Bowles (1982).

3.3 Teoretisk efterfrågemodell

Efterfrågan på planerad vård (vilket är en härledd efterfråga då det i själva verket är hälsa som efterfrågas) påverkas av befolkningens hälsoläge samt dess villighet att vänta på vård. Nedan följer en kortfattad presentation av en teoretisk efterfrågemodell från Martin och Smith (1999, s.144-146), vilken bygger på en modell av Lindsay och Feigenbaum (1984).

En patient värderar sin hälsovinst av en planerad behandling till V . Denna parameter är tänkt att representera den förväntade nettovinsten vid omedelbar behandling i termer av förbättrad livskvalitet och förväntad livslängd. Om behandlingen förskjuts framåt i tiden, t , då minskar hälsovinsten med en försämringsexponentialfunktion e^{-gt} där g är försämringsfaktorn. Därmed blir patientens värde av behandlingen efter en tids väntan, Ve^{-gt} . Det är viktigt att påpeka att försämringsfaktorn, g , inte endast är ett ekonomiskt diskonteringsinstrument. Dess viktigaste funktion är att spegla det förlängda lidandet, utebliven produktion, minskade inkomster och försämrad livskvalitet i samband med en uppskjuten behandling.

Anta att patienter möter en fast kostnad för att söka vård, C , oavsett om det gäller en privat eller offentlig vårdgivare. Kostnaden som tillkommer för att söka privata vårdalternativ, vilka antas erbjuda omedelbar vård, är priset P .

Följaktligen antas patientens nyttofunktion vara en enkel linjär kombination av dessa komponenter:

$$U(V, g, t, P, C) = Ve^{-gt} - P - C$$

Patienten möter nu tre valmöjligheter: 1) att ansluta sig till väntelistan i offentliga sektorn, 2) köpa privat vård eller 3) inte söka vård alls. Om patienten bestämmer sig för att ansluta sig till väntelistan för offentlig vård är $P=0$. Om patienten söker privat vård är $t=0$. Om han eller hon avstår vård är $U=0$. Av en parvis jämförelse av de olika alternativen kan det utläsas att:

- Patienten föredrar privat vård framför offentlig vård om nyttan av privat vård, $V - P - C$, överstiger nyttan av offentlig vård, $Ve^{-gt} - C$. Privat vård föredras om $V > P/(1 - e^{-gt})$.
- Patienten föredrar privat vård framför ingen vård alls om nyttan av den privat vård, $V - P - C$, överstiger nyttan av att avstå vård, $U=0$. Privat vård föredras om $V > P + C$.

- o Patienten föredrar offentlig vård framför ingen vård alls om nyttan av offentlig vård, $Ve^{-gt} - C$, överstiger nyttan av att avstå vård, $U = 0$. Offentlig vård föredras om $V > Ce^{gt}$.

Genom att låta g och V variera till svar mot variationer i hälsa, inkomst och preferenser kan de tre olikheterna generera behandlingsefterfrågan i form av ytorna $V \sim g$ nedan. Offentlig vård föredras i yta A, privat vård i yta B och ingen vård alls i yta C. I skärningspunkten mellan de tre ytorna är patienter indifferent mellan de tre olika vårdalternativen. Däremot om exempelvis försämringsfaktorn, g , skulle öka för marginalpatienten, allt annat lika, skulle marginalpatienten förflytta sig ut från linjen aa och därmed välja att avstå ifrån offentlig vård, eftersom nyttan av den offentliga vården minskat relativt de båda alternativen.

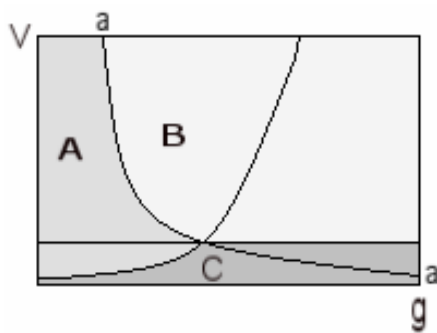


Bild 1. Efterfrågan av offentlig, privat och ingen vård vid variationer i g och V .

Genom att integrera populationstätheten i den relevanta ytan, $\phi(V, g)$, kan den total efterfrågan för offentlig vård utläsas. Det vill säga antalet patienter som söker offentlig vård ges av:

$$d(t, P, C) = \int_0^{\hat{g}} \int_{Ce^{gt}}^{P/(1-e^{-gt})} \phi(V, g) dVdg$$

\hat{g} är det högsta värdet av g vid vilket offentlig vård fortfarande föredras framför alternativen (implicit från skärningspunkten av de tre olikheterna). Efterfrågans storlek $d(\cdot)$ är alltså starkt beroende av fördelning av V och g .

3.4 Teoretisk utbudsmodell

Insikter från agentteorier och ledarskapsmodeller är ofta vägledande vid modelleringar av vårdutbudet. Utifrån beslutsfattarens nyttofunktioner bestäms omfattningen av de resurser som tillhandahålls samt intensiteten med vilken resurserna används. Följande är en kort redogörelse för en modell av en nyttofunktion för en planerad behandling hämtad från Martin och Smith (1999, s. 146-147), vilken bygger på en modell från Lindsays och Feigenbaum (1984).

En sjukhusledning handlar i nuvarande tidsperiod, period 0, och deras handlande kommer att leda till en förväntad väntetid, t_1 , i period 1. Ledningens handlingsutrymme begränsas av en årlig fast budget. Följaktligen står de inför, vid period 0, den nuvarande väntetiden, t , och den totala budgetrestriktionen, B . Anta att ledarnas nyttofunktion, $W(\cdot)$, baseras på den förväntade väntetiden för nästkommande period, t_1 , effektivitetsnivån på resursanvändningen, η , och resurserna tilldelade övriga vårdåtgärder, N . Den senare omfattar alla dimensioner av aktiviteter som inte är relaterade till behandlingen men som ger ledarna nytta.

Anta att nyttan minskar till följd av väntetidsökningar, $W_{t_1} < 0$, anta också att det finns ett negativt samband mellan nyttan och effektiviteten med vilken resurserna används, $W_{\eta} < 0$ samt att $W_N > 0$. Ledarna maximerar sin nytta, $W = W(t_1, \eta, N)$, givet budgetrestriktionen $S + N = B$ (där S är resurser ålagda behandlingen) och det teknologiska sambandet $t_1 = f(S, \eta, Q)$. Sambandet indikerar att framtida väntetider, t_1 , är en funktion av resurser som tilldelas behandlingen, S , effektiviteten med vilken dessa används, η , och den nuvarande väntelistan till behandling, Q , där $f_S < 0$, $f_{\eta} < 0$ och $f_Q > 0$. Argumentet för Q är nödvändigt för att visa att längden på nästa periods väntelista är beroende av den nuvarande.

Om behandlingens resursanvändning, S , uttrycks i sängar och varje patient är sängliggande i λ dagar (vilket kan tänkas motsvara $1/\eta$) kommer den förväntade väntetiden att bli $t_1 = \lambda Q/S$. Om jämvikt dessutom antas råda kan väntelistan och väntetiden förväntas vara stabila så att den nuvarande väntetiden, t , är lika med den framtida, t_1 . Därmed blir tidsangivelser överflödiga. Underförstått i modellen är antalet behandlade patienter i nuvarande tidsperiod, q , en funktion av behandlingsresurser och effektiviteten med vilka dessa används, $q = q(S, \eta)$ där $q_S > 0$ och $q_{\eta} > 0$.

Maximeringsproblemets lösning förlöper som följer: Effektiviteten, η , elimineras från ledarens nyttofunktion $W(\cdot)$ vilket ger nyttofunktionen $V(t, N, S, Q)$. Maximering givet budgetrestriktionen ger upphov till en rad optimala värden S^* , N^* , η^* och Q^* varav samtliga är en funktion av de två exogena parametrarna B och t . Detta ger utbudssidans ekvation $q = \Phi(B, t)$ där $\Phi_B > 0$ och $\Phi_t > 0$ vilket ger grunden för vidare analys. Slutligen, villkoret som måste uppfyllas för jämvikt är att utbudet ska vara lika med efterfrågan: $q(\cdot) = d(\cdot)$.

Efterfråge- och utbudsmodellerna beskriver väntetidens och väntelistors förväntade påverkan som jämviktsskapande fördelningsmekanismer mellan hälso- och sjukvårdens utbud och efterfråga. I nästkommande kapitel, kapitel 4, presenteras studier som estimerar liknande utbuds- och efterfrågeekvationer för att testa om de teoretiska modellernas antaganden stämmer överens med hur hälso- och sjukvården faktiskt fungerar i praktiken.

3.5 Läkarförorsakad efterfråga

Ovan nämnda teorier grundar sig på en konsument som efterfrågar en viss vara eller tjänst. Inom hälso- och sjukvårdssektorn är det dock många gånger en läkare som efterfrågar vård åt en patient – läkaren är patientens agent. Följaktligen måste hänsyn tas till hälso- och sjukvårdssektorns unika karaktäristika när köbildning och väntetider diskuteras.

Patienten vänder sig till en läkare för konsultation då denna har större kunskaper om möjliga diagnoser och behandlingar. Patienten väljer därefter att antingen överlåta vidare besluts åt läkaren eller att själv fatta beslut utifrån information från läkaren. I båda fallen är läkaren patientens agent. Då läkaren fattar samma beslut åt patienten som denna skulle ha fattat själv, givet att han eller hon var lika välinformerad som läkaren, sägs läkaren vara en perfekt agent åt patienten. En läkare kan dock vara benägen att väga in sin egennyttan, såsom inkomst, fritid och karriärmöjligheter, i de beslut han eller hon fattar. I de fall när läkare väljer, eller påverkar sin patient att välja, ett vårdalternativ som patienten själv inte skulle ha valt är efterfrågan läkarförorsakad, och speglar alltså inte patientens bästa val. Patientens marginalnytta av behandlingen överstiger då kostnaden och patienten får för mycket vård i förhållande till övriga varor och tjänster (Iversen, 1993b, s. 6-8).

Följande kapitel presenterar studier som applicerar ovan ekonomiska tolkningar av väntetider och väntelistor.

4. Fördelningsmekanism

Flera forskare modellerar intagningsprocessen för patienter i behov av planerad vård.⁷ Sådana studier tar avstamp i Lindsays och Feigenbaums (1984) tidiga arbete där semialtruistiska allmänläkares remitteringsbenägenhet bestäms utifrån hur de skattar och bedömer patienters förväntade behandlingsnytta mot förväntade kostnader, både egna och patientens. Även Frost och Francis (1979, s. 93) uppmärksammar läkarens roll vid ransonering av hälso- och sjukvårdsresurser – en % ökning av antalet allmänläkare medför en % ökning av NHS⁸ väntelista. Det är tillsynes logiskt att anta att den tid patienter behöver vänta på vård är nära sammankopplad med tillgången på vårdresurser. Dock är inte sambandet så okomplicerat som det först ger sken av. Redan tidigt konstaterades att varken antalet genomförda operationer (Buttery och Snaith, 1979) eller underskott av sängplatser (Yates, 1987) korrelerar särskilt starkt med väntelistors storlek. Att tillföra ytterligare resurser till vården kan därmed hävdas verkningslöst och snarare öka väntetiden genom ökad vårdefterfrågan. Komplexiteten bekräftas även av Goldacre, Lee och Don (1987) och Henderson, Newton och Goldacre (1995) då de inte finner något enkelt samband mellan intagning till behandling eller operation och väntelistors längd. Medan andra studier visar att antalet obehandlade vårdbehov är mindre än vad som tidigare estimerats (Williams et al., 1994) samt att kostnad förknippad med medelväntetiden för planerad behandling är relativt låg (Propper, 1990). Många av studierna kan dock ifrågasättas eftersom de på grund av databegränsningar inte kan modellera både efterfrågan och utbudet samt att aggregationsnivån i regel är för hög (Martin och Smith, 1999, s. 143).

Gravelle, Smith och Xavier (2003) fördjupar väntetidsanalysen i studien “Performance signals in the public sector: the case of health care” och utreder i vilken grad beslutsfattare på både utbuds- och efterfrågesidan influeras av väntetider och väntelistor, samt hur deras beslut i sin tur påverkar väntetider och väntelistor. Studien belyser planerad kirurgi och utgår från Lindsays och Feigenbaums (1984) modell där väntetider och väntelistor används i ett allokerande syfte och resurser fördelas utifrån patienters villighet att vänta på planerad vård. Modellen bygger i huvudsak på antagandet att förseningar och väntetider i samband med konsumtion av en vara eller tjänst kan minska dess värde och därmed också efterfrågan på varan eller tjänsten. Dagens morgontidning var t.ex. mer värdefull för läsaren idag på morgonen än vad den kommer att vara ikväll. Tidningens värde sjunker alltså med tidens gång så att den i princip inte kommer att vara

⁷ Se exempelvis Gravelle, Dusheiko, Sutton (2002).

⁸ National Health System. Det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet i England.

värd någonting efter en veckas tid. Vanligen tillämpas sådana modeller för att undersöka väntetider och väntelistors påverkan på efterfrågan av hälso- och sjukvård. Ekonomisk teori spår som bekant att ökade väntetider och väntelistor verkar avskräckande på patienter så att efterfrågan minskar. Författare som Goddard och Tavakoli (1998) i studien "Referral rates and waiting lists: some empirical evidence" och Gravelle, Dusheiko och Sutton (2002) i studien "The demand for elective surgery in a public system: time and money prices in the UK National Health Service" bekräftar det negativa sambandet mellan väntetid och efterfrågan med hjälp av estimeringar av efterfrågefunktioner för planerad sjukhusvård. Gravelles, Smiths och Xaviers studie (2003), liksom Martins och Smiths (1999) "Rationing by waiting lists: an empirical investigation" är några av de få som faktiskt utgår från ett helhetsperspektiv. De låter väntetiden influera både efterfrågan och utbud av planerade operationer. Även dessa studier finner att väntetider har en signifikant negativ påverkan på efterfrågan. Därtill visar de att föregående periods väntetid har en signifikant positiv påverkan på utbudet.

Nedan följer en närmare redogörelse över insikter från fyra utav de studier som gjorts där väntetider och väntelistor tolkas som jämviktsskapande fördelningsmekanismer.

4.1 Studiernas dataunderlag

Martin och Smith (1999) använder sig av mer än 4000 observationer från en databas som registrerar årliga utskrivningar av sjukhuspatienter och avlidna i England under en tvåårsperiod (1991-1992). Aggregationsnivån utgörs av fiktiva bostadsområden med ungefär 10 000 invånare igenomsnitt. Gravelle, Smith och Xavier (2003) undersöker en panel bestående av 24 kvartalsvis observationer från 123 Health Authorities i Storbritannien och Nordirland under perioden 1987-1993. Även Goddard och Tavakoli (1998) använder paneldata. Studien undersöker sex specialistgrenar och omfattar tolv kvartalsvis observationer från 8-14 Health Board Areas per specialistgren i Skottland under perioden 1990-1992. Gravelle, Dusheiko och Sutton (2002) använder data på en lägre aggregationsnivå än de övriga, nämligen per allmänläkarmottagning inom ett Health Authority. De använder i huvudsak tvärsnittsdata från Storbritannien men även paneldata och har 8048 observationer från 109 mottagningar under perioden 1995-1998.

4.2 Efterfråge- och utbudsvariabler

Studier av efterfrågan och väntelistor bör i princip undersöka potentiella patienttillskott till väntelistorna och patienternas reaktioner på förväntade väntetider. Detta då patienter står inför beslut om huruvida det kommer att löna sig att sätta upp sig på en väntelista idag för att få vård någon gång i framtiden. I praktiken finns dock inte några sådana data. Istället mäts ofta vård-efterfrågan med hjälp av någon form av vårdutnyttjande eller i form av patientinflöde. Martin och Smith (1999) liksom Gravelle, Dusheiko och Sutton (2002) använder sig av vårdutnyttjandet och mäter antalet förväntade rutinoperationer respektive intagningsfrekvensen för starroperationer. Gravelle, Smith och Xavier (2003) och Goddard och Tavakoli (1998) använder istället patientinflödet i form av tillskott till väntelistorna och utfärdade remisser. I samtliga studier standardiseras efterfrågevariabeln med avseende på ålders- och könsstrukturer i populationen.⁹ Följaktligen mäter exempelvis Martin och Smith (1999) antalet rutinoperationer som kvoten mellan det faktiska antalet inlagda patienter för planerad operation och det förväntade antalet inläggningar från respektive mätområde, givet områdenas storlek samt befolkningens ålders- och könsstrukturer. Förväntade antalet inläggningar baseras på landets totala antal inläggningar för rutinoperationer. Gravelle, Smith och Xavier (2003) approximerar antalet nytillkomna patienter genom att dela antalet patienter som har väntat tre månader eller mindre vid mätperiodens slut med invånarantalet i respektive mätområde. Detta eftersom data inte finns över antalet nytillkomna. Som beroende variabel i funktionen över vårdutbudet använder Gravelle, Smith och Xavier (2003) det faktiska antalet patienter som stryks från väntelistorna och läggs in för operation. Även Martin och Smith (1999) inkluderar utbudet i analysen men antar jämvikt, till skillnad från Gravelle, Smith och Xavier, med motiveringen att de faktiska förändringarna i väntelistorna sker väldigt långsamt samt att de fluktuationer som förekommer mellan specialistgrenar är inte av den omfattningen att de tyder på någon större instabilitet (s. 147).

4.3 Efterfrågans bestämningsfaktorer

I Martins och Smiths studie (1999, s. 150-151) beskrivs vårdutnyttjandet som en funktion av väntetid, behov, tillgång till familjeläkare samt tillgång till privata vårdplatser. Väntetid och tillgången till privata vårdalternativ förväntas påverka efterfrågan negativt medan behov har en positiv påverkan. Vilken påverkan som tillgången till familjeläkare har är svårare att föreslå efter-

⁹ Standardiseringen sker för att kringgå behovet av att inkludera demografiska variabler i den empiriska modellen.

som primärvården kan fungera både som ett komplement och ett substitut till sjukhusvård. Behov mäts med hjälp av ett index som baseras på socioekonomiska faktorer, mortalitet och sjuklighet. Tillgång till privata vårdalternativ mäts med hjälp av ett index baserat på antalet privata vårdplatser i och runt om varje mätområde (med hänsyn till avstånd) genom antalet invånare i och runt om mätområdet (med hänsyn till avstånd). Indexet är konstruerat för att fånga variationer i tillgänglighet eftersom priset på privat vård inte varierar nämnvärt i landet. Även tillgången till familjeläkare mäts med hjälp av ett index: antalet familjeläkare (med hänsyn till avstånd) som en proportion av mätområdets invånare (med hänsyn till avstånd).

Gravelle, Smith och Xavier (2003, s. 94-95) presenterar en liknande efterfrågefunktion men tar även hänsyn till tillgången till sjukhusvård och andelen intagna dagpatienter men utelämnar tillgången till privata vårdalternativ. Ökad tillgänglighet av sjukhusvård förväntas öka efterfrågan och likaså andelen dagpatienter. Möjligheten till intagning som dagpatient antas signalera hög kvalitet – förhållandevis billig samt bekväm vård – och/eller hög produktivitet. Ytterligare en skillnad är att Gravelle, Smith och Xavier även tar hänsyn till säsongvariationer och årliga förändringar för att fånga trender och konsekvenser av politiska policyförändringar.

Gravelle, Dusheiko och Sutton (2002, s. 435-436) använder data från allmänläkarmottagningar och läkarnas efterfrågan på sjukhusinläggningar för sina patienter undersöks utifrån faktiskt väntetid, behov, avståndet mellan mottagningar och sjukhus, mottagningskaraktäristika samt läkarnas finansiella incitament (bli ”fundholder”)¹⁰. Sju dummyvariabler används för att ange när (om någonsin) de olika mottagningarna blev ”fundholders”. Väntetiden förväntas ha olika stark effekt på ”fundholders” och ”icke-fundholders”. Mottagningskaraktäristika omfattar mottagningsläkarnas medelålder och könsfördelning, antalet patienter per läkare samt mottagningarnas öppettider. Enligt litteraturen påverkas konsultation, remittering och indirekt även intagningsfrekvens för operation och behandling. Detta eftersom mottagningars karaktäristika påverkar tillförlitligheten i läkarens bedömning av patienternas förväntade nytta av den tilltänkta vårdåtgärden. Fler patienter per läkare kan exempelvis leda till att läkarna är mer benägna att skjuta ifrån sig en del av behandlingsbördan till sjukhussektorn eller att läkarna blir mindre noggranna vid sin första bedömning av patienterna. Vidare förväntas långa avstånd mellan mottagningar och sjukhus minska remitteringen eftersom resan medför kostnader för patienten och den förväntade nettovinsten av operationen eller behandlingen minskar.

¹⁰ Allmänläkarna i studien arbetar som fristående leverantörer istället för som anställda vid NHS. I april 1991 gavs varje allmänläkarmottagning möjligheten att bli ”fundholder”. Detta medförde att de fick en fast budget för att täcka kostnader för viss planerad sjukhusvård för sina patienter vilken tidigare bekostats av de lokala Health Authorities. Eventuella överskott vid budgetårets slut tillföll mottagningen. På så vis fanns ett finansiellt incitament att minska remitteringen till sjukhusvård om det fanns andra billigare alternativ att erbjuda patienterna. 1999 togs denna möjlighet bort.

Efterfrågefunktionen i Goddards och Tavakolis studie (1998, s. 546) undersöker nytillkomna remisser med hänsyn till demografiska faktorer samt morbiditet utifrån väntetid och tillgång till vårdplatser.

4.4 Utbudets bestämningsfaktorer

Martin och Smith (1999, s.151) och Gravelle, Smith och Xavier (2003, s. 97-98) inkluderar även utbudet i sina modeller – Martin och Smith som en funktion av väntetid och tillgång till NHS-sängplatser och Gravelle, Smith och Xavier som en funktion av väntetid, behov, andel dagpatienter, säsong och år. Tillgången till NHS-sängplatser i Martin och Smiths studie används som budgetmått (se utbud under teori) och fungerar som en restriktion på utbudet. Andelen dagpatienter i Gravelles, Smiths och Xaviers studie förväntas ha ett positivt samband med antalet intagna patienter till operation eftersom en hög andel signalerar hög produktivitet.

4.5 Väntetidsmått

Förväntad väntetid baseras i samtliga studier på föregående periods väntetider trots att en mer rationell förväntningsestimering kanske vore att föredra så att förväntningarna istället baseras på historiska mönster och även framtidsförväntningar och kunskap om väntetidens bestämningsfaktorer. Väntetiden för planerad intagning till operation beräknas som antalet dagar mellan beslut om operation tills dess intagning sker. Sammantaget föreslår studierna en rad alternativa väntetidsmått:

- Medelväntetid, faktisk genomsnittsväntetid för patienterna på väntelistan.
- Medianväntetid, faktisk och estimerad.
- Andelen patienter på väntelistan som väntat längre än tre månader.
- Andelen patienter på väntelistan som väntat längre än ett år.
- Standardiserad väntetid, de faktiska väntetiderna genom den förväntade väntetiden. Det förväntade värdet baseras på genomsnittsväntan i landet givet patienters ålder och kön.
- Tid att arbeta bort väntelistan, antalet patienter som väntar vid periodens slut genom antalet intagna under perioden.
- Listans storlek, antalet patienter uppskrivna på väntelistan.

Martin och Smith (1999, s.149) väljer att använda sig av standardiserad väntetid. De motivera sitt val med att det är det enda måttet som åtminstone till viss del tar hänsyn till skillnader i behandlings- och operationsfrekvenser mellan områden. Gravelle, Smith och Xavier (2003) testar olika mått, som alla påvisar en signifikant negativ effekt på antalet nytillkomna på väntelistan, men väljer tremånadersväntetiden för att måttet ger den mest väl-specificerade efterfråge-ekvationen (s. 95). För estimering av utbudsekvationen använder de sig av medelväntetiden och proportionen patienter som väntat längre än ett år (s. 98). Goddard och Tavakoli (1998, s. 546) estimerar efterfrågan med hjälp av den faktiska medelväntetiden per specialistgren för utskrivna patienter medan Gravelle, Dusheiko och Sutton (2002, s. 438) använder olika specificeringar av medianväntetiden vid allmänläkarmottagningarna. De får fram likvärdiga resultat med olika medianspecificeringar men resultaten med den faktiska medianväntetiden kompletterad med estimerad medianväntetid i de fall där väntetidsdata saknas blir väntetidskoefficienten robustare och mer signifikant.

4.6 Studiernas resultat

Oberoende av vilket väntetidsmått som används eller vilka specialistgrenar som undersöks finner samtliga studier ett negativt samband mellan väntetider och efterfrågan samt en positiv påverkan av väntetider på utbudet trots studiernas olika dataunderlag och estimeringsmetoder.

Efterfrågeelasticiteten med avseende på väntetider:

-0,3 Gravelle, Smith och Xavier (2003)

-0,2 Martin och Smith (1999)

-0,25 Gravelle, Dusheiko och Sutton (2002)

Goddard och Tavakoli (1998) påvisar något lägre elasticitet:

-0,0167 Allmänkirurgi

-0,028 Urologi

-0,069 Öra näsa hals

-0,063 Gynekologi

-0,077 Oftalmologi

-0,096 Ortopedi

Elasticiteterna i Goddards och Tavakolis (1998) studie tyder antingen på att patienter är mer benägna att söka privata vårdalternativ för de fyra senare specialistgrenarna eller på att det är lättare att stå utan vård för dessa.

Utbudet i Gravelles, Smiths och Xaviers studie (2003, s. 98), inläggning för operation, är signifikant positivt relaterat till andelen som väntat längre än ett år och medelväntetiden.

Utbudselasticiteten med avseende på väntetider:

0,05	Gravelle, Smith och Xavier (2003) med hjälp av andelen som väntat längre än ett år och paneldata
0,083	Gravelle, Smith och Xavier (2003) med hjälp av medelväntetiden och paneldata
2,93	Martin och Smith (1999) med hjälp av standardiserad väntetid och tvärsnittsdata

Gravelle, Smith och Xavier (2003) redovisar betydligt lägre elasticitet för väntetidens påverkan på antalet intagna för operation än Martin och Smith (1999). Skillnaden kan bero på skillnader i estimeringsprocessen (olika dataunderlag – olika år samt panel- vs tvärsnittsdata), eller på att elasticiteten i jämvikt som i Martins och Smiths fall är större än vid ickejämviktsituationen i Gravelles, Smiths och Xaviers studie.

Gravelle, Smith och Xavier (2003, s. 100) estimerar utbudsekvationen även med hänsyn till efterfrågenivåerna från estimeringen av efterfrågeekvationen. Detta gör de för att särskilja efterfrågans påverkan från den direkta väntetidseffekten. Estimeringen visar att efterfrågevariabeln är positiv och signifikant relaterad till utbudet, vilket innebär att dagens utbud är större desto högre föregående periods efterfråga var. Även väntetiden har en positiv och signifikant påverkan i estimeringen.

Utbudet är positivt associerat till budgetmålet, tillgången på NHS-sängar, (0,76) i Martins och Smiths studie (1999, s.154). Vidare finner Martin och Smith att primärvårdens utbredning har en svag negativ påverkan på efterfrågan av planerad operation (-0,08) (1999, s. 154) medan Gravelle, Smith och Xavier inte finner något sådant signifikant samband (2003, s. 97). Primärvården kan alltså enligt Martin och Smith anses vara ett blygsamt substitut för planerad operation. Tillgången till privata vårdplatser har utelämnats ur Martins och Smiths slutgiltiga modell eftersom variabeln inte var signifikant (1999, s. 154).

Andelen intagna dagpatienter har en signifikant positiv påverkan på både utbudet och efterfrågan i Gravelles, Smiths och Xaviers studie (2003, s. 96, 98). Det är dock oklart huruvida sambandet i utbudsekvationen beror på att möjligheten till intagning som dagpatient signalerar hög kvalitet – förhållandevis billig samt bekväm vård – och att öknings i andelen dagpatienter

under föregående period därför ökar efterfrågan och därmed även utbudet i nuvarande period, eller om andelen dagpatienter faktiskt är en god approximering av hög produktivitet.

Den starkaste indikatorn för vårdutnyttjande är behov enligt Martin och Smith (1999, s. 154). Gravelles, Smiths och Xaviers (2003, s. 96) och Goddards och Tavakolis (1998, s. 547) resultat visar inte på en lika stark behovsinverkan. Endast ett fåtal av de socioekonomiska variablerna är individuellt signifikanta i de två sistnämnda studierna. Dessutom visar olika morbiditetsvariabler på ömsom negativ ömsom positiv påverkan. Dock påvisar de en signifikant kombinerad effekt. Det svaga sambandet kan förklaras av det faktum att generella populationsmått som mortalitet och långtgående sjukdom är dåliga prediktioner för tillståndsspecifik morbiditet. Exempelvis har cancersjuka personer sannolikt lägre efterfrågan av starroperationer eftersom behovet av sådana ingrepp är starkt åldersrelaterat.

Både utbud och efterfrågan visar på uppåtgående trender och stora säsongssvängningar enligt Gravelle, Smith och Xavier (2003, s. 98). Martin och Smith (1999) menar att väntetidens påverkan på efterfrågan och utbudet är förhållandevis konstant i hela landet (s. 155), medan Goddard och Tavakoli (1998) påpekar att variationen i väntetiden mellan regioner är ungefär två gånger större än variationen över tid (s. 547).

Sammanfattningsvis, samtliga studier finner det förväntade sambandet mellan väntetider och vårdens utbud och efterfråga. Ifrån den teoretiska modellen kan vi utläsa att ju högre efterfrågeelasticiteten med avseende på väntetider är, desto kostsammare är det att reducera väntetiden genom att öka vårdutbudet, då efterfrågan också kommer att öka till följd av den förbättrade tillgängligheten. Efterfrågans elasticitet med hänsyn till väntetider som påvisas i studiernas resultat kan dock anses så pass låga att det går att öka hälso- och sjukvårdens resurser utan att locka till sig alltför mycket nya vårdbehov. Det är dock viktigt att komma ihåg att det är ett långsiktigt samband som estimerats och att det därmed krävs långsiktiga åtgärder för att komma tillrätta med väntetidsproblemen.

5. Budgetargument och läkarförorsakad efterfråga

Iversen (1993a) var en av de första som tog upp utbudssidan av väntelistproblematiken. Han diskuterar problemen ur ett politiskt perspektiv och fokuserar på incitament för växande väntelistor i samband med budgetförhandlingar och vid restriktioner i läkarnas optimala praktiseringsprofil. Hans studier bygger på en ekonomisk tolkning av väntelistor och väntetider som incitament till utbudssidans aktörer, vilka kan leda till inkomstmotiverade beteendeförändringar, såsom läkarförorsakad efterfråga. Den politiska aspekten, alltså frågor kring väntelistor och väntetider som budgetargument, är speciellt intressant för att den tillför ytterligare en dimension till väntetider och väntelistors tolkningsmöjligheter.

Vems incitament är det då som åsyftas? För den dagliga verksamheten ansvarar som bekant läkare och sjukvårdspersonal. De fattar beslut rörande vem som står på tur för besök, behandling eller operation. På en mer övergripande nivå ansvarar politiker och landstingshuvudmän för budget och vårdkontrakt, vilket påverkar den tid som en patient väntar på behandling relativt väntetiden vid andra vårdspecialiteter och andra delar av landet. Incitamenten berör hela vårdkedjan. Väntetider till konsultation vid sjukhus signalerar graden av sjukhusets kapacitetsanvändning till remitterande läkare. Signalen når även ut till sjukhusets finansiärer och huvudmän. Väntetiden påverkar på så vis hur mycket kapacitet eller resurser som anslås till sjukhuset (Iversen, 1993b, s. 11-12). Både läkare och landstingshuvudmän har incitament att visa upp långa väntetider och väntelistor för att motivera ökade resurskrav eftersom varje enskild läkarmottagning strävar efter att maximera sin budget, liksom sjukhus och landsting eller regioner. Incitamenten stärks och ger väntetider och väntelistor hög politisk prioritet då antalet väljare som berörs av väntetider och väntelistor är väldigt stort. Regeringens inflytande över väntetiden finns implicit i de flesta publika system där det saknas tvingande kontrakt med producenterna. Iversen påpekar att så länge regeringen uppvisar en positiv betalningsvilja vid ökade väntetider och väntelistor och sjukhusen prioriterar ökade patientintagningar framför minskade väntetider kommer de långa väntetiderna och väntelistorna att bestå (Iversen, 1993b, s. 62).

5.1 Studier av ekonomiska restriktioner på allmänläkares optimala praktiseringsprofil

Professionens normer spelar en mer framträdande roll i sektorer, som hälso- och sjukvårdssektorn, där konsumenternas kunskap om tjänsten eller produkten är begränsad. Iversen och Lurås (2000 och 2002) och Iversen (2004) beaktar detta och argumenterar även för betydelsen av ekonomiska motiv i de fall när professionens åsikter och värderingar går isär. Hur ofta ska t.ex. en diabetiker kallas in för hälsokontroll? Bör en patient som ordinerats penicillin kallas till återbesök efter en vecka, eller räcker det att han eller hon hör av sig vid eventuella besvär? Frågor kring effekter av ekonomiska motiv och incitament är motiverade då det är väldokumenterat att allmänläkares remitteringsbenägenhet varierar mer än vad som kan förklaras av skillnader i behov hos de remitterade patienterna¹¹. Speciellt välmotiverat är det i väntetidssammanhang eftersom de frågor vi ställer oss kring väntetidsproblem påverkas av hur vi uppfattar den rådande situationen i hälso- och sjukvårdssektorn. Är de långa väntetiderna och väntelistorna ett kapacitets- och resursproblem? Speglar efterfrågan de hälso- och sjukvårdsbehov som vi uppfattar som befogade och medicinskt välgrundade? Ökad läkartäthet och resurstillskott kan annars fungera som ett incitament till läkarinitierad efterfråga och ytterligare påfrestningar på väntetidsproblematiken.

Iversen och Lurås (2000 och 2002) och Iversen (2004) modellerar effekter av ekonomiska restriktioner på allmänläkares optimala praktiseringsprofil vid ersättningssystem som kombinerar anslag per listad patient och ersättning per utförd vårdåtgärd. Läkares praktiseringsprofil karakteriseras av antalet listade patienter samt sammansättning och volym av olika åtgärder som läkaren tillhandahåller. Vid restriktioner på en läkares liststorlek – läkaren upplever ett patientunderskott – förutspår författarna att arvodeskomponenten i avlöningssystemet motiverar läkaren till anpassningar i sin praktiseringsprofil så att en mer serviceintensiv vård erbjuds för att kompensera inkomstbortfallet av patientunderskottet. De förväntade beteendeförändringarna kan men behöver inte vara desamma som läkarförorsakad efterfråga.

5.2 Studiernas dataunderlag

Studierna använder sig av ett unikt dataunderlag från ett kapitatorsersättningsförsök som initierades i Norge under tidigt 1990-tal. Försöket generade information om vad allmänläkare

¹¹ Se t.ex. Andersen och Mooney, Eds., (1990) för en genomgång av litteraturen kring variationer i medicinsk praxis.

anser vara sin optimala patientlistning, deras faktiska antal patienter samt inkomstuppgifter fördelade på anslag för listade patienter och det sammantagna arvodet för utförda vårdåtgärder. Studierna har alla en liknande utformning och följer en panel bestående av cirka 110 allmänläkare under en tre-, två- och femårsperiod.

5.3 Incitamentens argument och variabler

Studierna argumenterar för att de läkare som anser sig ha en optimal arbetsbörda – har en väl fungerande praktiseringsprofil – besitter någon specifik kvalitetsegenskap som lockar ett visst antal patienter trots att de får vänta på vården. Läkarna har, vid en sådan situation, inga incitament att minska väntetiden. De nyttjar alltså väntelistan som en signal för högkvalitativ vård. Däremot anses läkare som önskar att locka till sig fler patienter – upplever restriktioner i sin praktiseringsprofil – sakna de kvalitetsegenskaper som drar till sig patienter trots långa väntetider och väntelistor. De har därmed incitament att vidta åtgärder för att minska väntetiderna för att på så vis locka nya patienter och uppmuntra dem som redan är listade till fler patientinitierade besök. Även incitamenten för läkarinitierade besök stärks vid en patientrestriktion, så att läkarens praktiseringsprofil blir mer serviceintensiv än vid optimum utan någon restriktion (Iversen och Lurås, 2002, s. 190).

Empiriskt undersöks effekter av ett patientunderskott på läkarnas inkomst per listad patient. Iversen (2004) estimerar sambandet mellan allmänläkares årliga inkomst från patientavgifter per listad patient utifrån andelen listade kvinnor och äldre, läkartätheten, läkarens ålder samt dummyvariabler för att fånga eventuella tidstrender, effekter av att läkare tidigare varit avlönad med fast månadslön, läkarens kön samt om de upplever patientrestriktion eller ej (s.681-682). Skillnaden mot Iversens och Lurås studie från 2000 är i stort att de estimerar utifrån ett mer begränsat antal oberoende variabler och att de skiljer på effekter av små och stora patientunderskott (s. 458). Syftet i Iversen och Lurås (2002) är något annorlunda utformat. Istället för att estimerar inkomsteffekter till följd av patientrestriktioner undersöker de förändringar i väntetiden som läkarna erbjuder sina patienter. De estimerar antalet dagar från kontakt till läkarbesök utifrån andelen listade kvinnor och äldre samt dummyvariabler för kön och patientrestriktion. Vidare estimerar de förändringar i patientlistningen hos allmänläkare med patientrestriktion till följd av väntetiden i föregående period och andelen listade kvinnor och äldre (s. 198-199).

5.4 Studiernas resultat

Som förväntat finner författarna ett positivt samband mellan läkartätheten och intensiteten i hälso- och sjukvårdstillhandahållandet. Vidare finner de en positiv effekt av patientunderskott på antalet tjänster per listad patient. Regressionsanalysen i Iversen (2004) visar att en allmänläkare med ett underskott av patienter förväntas erhålla 15 % mer inkomst per listad patient jämfört med de kolleger som har önskat antal patienter på sin lista (s. 689). Detta stärker resultatet ifrån Iversen och Lurås (2000) – patientrestriktionen leder till en nio % ökning i inkomst per listad patient för dem som upplever ett visst patientunderskott samt 17 % för dem vars underskott är större (s. 458). De gör om estimeringen med antalet konsultationer, tidskrävande konsultationer samt laborietester som beroende variabler. Detta för att se om det är någon viss del av avgiftssystemet som har en tydligare påverkan än andra vid inkomstmotiverade beteendeförändringar (s. 459). Resultaten visar att allmänläkare erbjuder de bäst betalda tjänsterna oftare än läkare med en optimal patientlistning. Vidare erbjuder de även de sämst betalda tjänsterna – tidskrävande konsultationer – oftare än sina kollegor (s. 460). Iversen och Lurås (2002) visar att allmänläkare med patientrestriktion har en kortare väntetid än de läkare som optimerat sin liststorlek (s. 197). Resultaten visar också att läkare kan locka fler patienter att lista sig hos dem genom att korta sin väntetid. Detta eftersom det finns patienter som för att undgå väntan är villiga att lista sig hos en läkare trots att denna inte besitter samma kvalitetsegenskaper som sina kolleger utan patientunderskott. Ju kortare väntetiden är under en period desto större blir patientökningen under nästkommande period (s. 199).

Sammantaget klargör studierna att utbudssidan svarar mot ekonomiska restriktioner och incitament för att optimera inkomst och praktiseringsprofil. Denna anpassning är kostsam eftersom varje patient nu kräver mer av läkarens tid. Dessutom klargör studierna att läkarnas ersättningssystem påverkar möjligheten att uppnå ett optimalt vårdutbud ur ett patient- och samhällsperspektiv. De inkomstmotiverade beteendeförändringarna kan, men behöver inte, vara desamma som läkarförorsakad efterfråga. Det beror på hur läkarförorsakad efterfråga definieras vilket beskrivs i mer detalj nedan. Läkarförorsakad efterfråga bidrar till väntetidsproblematiken eftersom efterfrågan på hälso- och sjukvård ökar till följd av att producenterna skapar ett behov av sig själva. Nedan följer en möjlig definition samt en kort redogörelse för Iversens (2004) resonemang kring läkarförorsakad efterfråga.

5.5 Läkarförorsakad efterfråga

Det finns olika definitioner av läkarförorsakad efterfråga och Iversen (2004, s. 674) har valt att använda McGuires (2000) definition som lyder: läkarförorsakad efterfråga existerar när en läkare influerar en patients efterfråga mot vad läkaren egentligen anser vara patientens bästa val. En läkare som hjälper en patient att nå konsumtionsoptimum praktiserar alltså inte läkarförorsakad efterfråga enligt denna definition. McGuire skiljer mellan läkarförorsakad efterfråga och ransonering. Vid läkarförorsakad efterfråga påverkar läkaren patientens preferenser. Vid ransonering styr läkaren utbudet så att patienten upplever ett gap mellan sin efterfråga och sitt faktiska vårdutnyttjande. Följaktligen känner patienten missnöje vid ransonering medan hans eller hennes preferenser är manipulerade vid läkarförorsakad efterfråga och patienten är därmed nöjd.

En kärnfråga i litteraturen kring läkarförorsakad efterfråga är förmågan att skilja mellan besök initierade av läkare och de initierade av patienten själv. Därmed kan även läkarförorsakad efterfråga särskiljas från effekter av förbättrad tillgänglighet. I den relaterande studien, Iversen och Lurås (2002), hävdar författarna att skiljelinjen mellan de båda typerna av besök ofta är mer svårdefinierbar än vad litteraturen anger. Författarnas arbete visar att allmänläkare med ett patientunderskott erbjuder sina patienter en mer serviceintensiv vård än sina kolleger utan något underskott, vilket kan tolkas som ett tecken på läkarförorsakad efterfråga. Dock erbjuder de också sina patienter en kortare väntetid från det att ett besök bokas till dess att det infaller jämför med sina kolleger utan underskott. Detta kan istället tolkas som ett sätt för allmänläkare med en patientrestriktion att genom ökad tillgänglighet locka till sig fler patientinitierade besök samt öka antalet patienter som vill lista sig (Iversen, 2004, s. 690). Därmed är det inte längre självklart huruvida den ökade efterfrågan är en effekt av ökad tillgänglighet eller av läkarinitierade vårdkontakter.

6. Prioriteringsinstrument

Tidigare genomgång beskriver väntelistors och väntetidens jämviktsskapande egenskaper i ett ekonomiskt system. Konsekvenser av en sådan applicering diskuteras nedan med avseende på prioriteringar och olika urvalskriterier för patientflödet till och från väntelistor.

Prioritering innebär att välja någon eller någonting före någon eller någonting annat – att låta vissa patienter eller patientgrupper vänta på vård är alltså ett sätt att prioritera. Prioritering utifrån väntelistor och väntetider kan mycket väl anses vara förhållandevis rättvist, speciellt i jämförelser med fördelning utifrån patienters betalningsförmåga. Traditionellt väljs patienter till behandling eller operation utifrån faktorer såsom medicinsk angelägenhet, kliniska prioriteringar och den tid patienter väntat uppskrivna på någon väntelista. Vem som kommer att behandlas och när påverkas även av olika kriterier för patienters tillträde till väntelistor. Prioritering sker alltså både vid patientflödet till och från väntelistor. Väntelistor kan utformas på många olika vis beroende på dess syfte och målsättning. Olika urvalskriterier har olika påverkan och bör väljas med hänsyn till väntelistans målsättning (Barlow och Edwards, 1996, s. 63-64). Nedan presenteras fem olika mål, varav många av dem står i konflikt med varandra:

- Minska antalet patienter som väntar
- Minimera väntetiderna
- Behandla efter patienters förmåga att tillgodogöra sig behandling
- Behandla efter hälsoförluster till följd av väntan
- Skapa rättvis fördelning mellan patienter med olika sjukdomstillstånd

Oavsett vilken eller vilka målsättningar som vägleder väntelistors utformning och administrering bör dess olika prioriteringseffekter beaktas. Prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård ska ske utifrån fyra prioritetsgrupper av olika angelägenhetsgrad som fastlagts av riksdagen (se kapitel 7). Därtill finns den sedan länge etablerade kliniska prioriteringsordningar där patienterna vanligen delas in i akutfall respektive ickeakuta fall. Ickeakuta fall tilldelas i sin tur förtur, dubbel förtur eller oprioriterade. De olika prioriteringsgrupperna är inte helt entydiga så till vida att en patient kan komma att flyttas mellan grupperna allt eftersom hans eller hennes sjukdom utvecklas (Hanning, 2005, s. 23). Den faktiska fördelningen av patienter mellan olika prioritetsgrupper skiljer sig åt mellan olika vårdspecialiteter samt påverkas av läkares individuella tolkningar av vårdbehoven. Följaktligen varierar väntetiden och väntelistor även för patienter med snarlika

behov. Väntetidsproblematiken är i princip koncentrerade till de patientgrupper som är relativt lågt prioriterade såväl politiskt-administrativt som kliniskt enligt Socialstyrelsens rapport ”En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser” (1999). Medan patienter inom prioritetsgrupp I och patienter med klinisk prioritet dubbel förtur eller förtur i prioritetsgrupp II och III oftast får vård inom rimlig tid (från några minuter upp till tre månader beroende på vad tillståndet kräver). Inom prioritetsgrupp I finns patienter med svåra kroniska sjukdomar, som behöver en ofta livslång återkommande diagnostik och behandlingsjustering. Vidare redovisas att de specialister som har behandlingsansvaret för de stora folksjukdomarna, såsom diabetes, kranskärlssjukdom och stroke menar att dessa patienters vårdbehov har trängts undan till viss del under 1990-talet, bl.a. genom att kontrollintervallen för diagnostik och terapijusteringar blivit längre (s. 39).

6.1 Betydelse- och angelägenhetsprioritering

En behandlingsgaranti specificerar en borte gräns för hur länge en patient ska behöva vänta på behandling efter ett medicinskt beslut. I enlighet med hälso- och sjukvårdens prioriteringsprinciper bör således prioriteringar mellan olika patientgrupper ske inom den tidsgräns som garantin anger. Alltså ska vårdbehov vara avgörande för när en behandling påbörjas, enligt svenska Hälso- och sjukvårdslagen, men ingen patient ska behöva vänta längre än garantitiden. Generellt när prioriteringsmål bestäms bör först och främst ställning tas till huruvida prioriteringar ska hantera förseningar eller helt neka utvalda vårdbehov. De båda strategierna blandas ofta samman till följd av att en behandlings angelägenhet ofta jämförs med dess betydelse. Jämförelsen är många gånger befogad då angelägenhet och betydelse kan ha en likvärdig tolkning men därmed inte sagt att det alltid är så. Mullen (2003, s. 36-37) klagar skillnaden med ett exempel: att sy fast ett avsågat finger är extremt angeläget men bör dock, åtminstone utifrån någon definition av behov, tillskrivas en lägre betydelse än en planerad bypass-operation.

Prioritering med utgångspunkt i förseningar är relaterat till schemaläggning och innebär att patienter eller patientgrupper ordnas i turordning, eller att beslut fattas om hur snart behandling ska påbörjas, eller hur lång vänta får vara som längst. Alternativt kan prioriteringsstrategier utformas så att de tar ställning till om patienten eller patientgruppen överhuvudtaget ska beviljas behandling eller operation. Strategin utgår alltså från ransonering. Att neka tillträde till vårdåtgärder för vissa patienter eller patientgrupper är enligt Mullen (2003) en form av betydelse-

prioritering och relaterar till hur viktig en åtgärd anses vara. Om prioritering istället sker med hänsyn till effekter av uppskjuten behandling eller operation kan detta tolkas som angelägenhetsprioritering, alltså prioritering med avseende på implikationer till följd av väntetider. I praktiken bestäms prioriteringsordningen vid betydelseprioritering i relation till sjukdomars svårighetsgrad, invaliditet, förmåga att tillgodogöra sig vård, kostnads- och nyttoanalyser, ålder, social status osv. De sjukdomstillstånd som kommer att nekas vård inom det offentliga systemet vid betydelseprioritering är dem som inte anses betydelsefulla nog. Exempelvis i termer av hur mycket samhällsnytta de genererar i förhållande till dess kostnader. Angelägenhetsprioritering bedömer istället faktorer såsom risk för död, sjukdomars försämringstakt och effekter på behandlingsresultatet. De mest brådskande och angelägna sjukdomstillstånden ges alltså företräde framför dem för vilka väntan inte har fullt så effekter på behandlingsresultatet (Mullen, 2003, s. 36-37).

Relativt många studier har gjorts som undersöker de medicinska och ekonomiska effekterna av väntetider, medan det är förhållandevis få som undersöker sambandet mellan exempelvis förmåga att tillgodogöra sig vård och ransonering i relation till väntetider. Resultaten från studier som undersöker prioritering genom förseningar är blandade, men samtliga visar att långa väntetider medför negativa effekter såsom död och akutintagningar även för lågprioriterade patienter (Mullen, 2003, s. 37). Genom att retroaktivt tilldela patienter som väntat på bypassoperation prioritetspoäng från Nya Zeelands prioriteringsmodell¹² demonstrerar Jackson, Doogue och Elliot (1999) interaktionen mellan angelägenhet samt uppskjuten och nekad vård. Prioritetspoängen visar sig ge en dålig förutsägelse om hjärtproblem under väntetiden. Bland patienter med så låga poäng att de inte kvalificerade sig för offentligt finansierad vård dog fyra %, åtta % överlevde en hjärtattack och 26 % lades åter in på sjukhus för instabil kärlekskramp. Liknande siffror speglar situationen även för patienter med högre prioriteringspoäng. Neutze och Haycock (2000) presenterar ett liknande resultat och påpekar att 33 % av dem som inte kvalificerat sig för offentligt finansierad bypassoperation akutinslades inom 20 månader efter det att de nekats vård, till en ökad kostnad av 40 % jämfört med kostnader för planerad operation.

¹² Nya Zeeland använder ett poängsystem som listar patienter som väntar på planerad operation i prioriteringsordning. Poängsystemet tar hänsyn till faktorer som medicinsk angelägenhet och patienters livssituation som huruvida de arbetar eller inte, om de försörjer andra osv. Hälso- och sjukvårdens resurser är kopplade till poängsystemet så att patienter med ett lågt poängtal nekas operation och hänvisas tillbaka till primärvården för aktiv observation (Hanning, 2005, s. 25).

6.2 Urvalskriterier

Barlow och Edwards (1996, s. 63) menar att det enda sättet att uppnå en rättvis vårdfördelning utifrån väntetider och väntelistor är med hjälp av tillförlitlig kunskap om medicinsk angelägenhet med hänsyn även till sjukdomstillståndets inverkan på livskvalitet eller hälsostatus samt alternativa behandlingars kostnadseffektivitet. Studien "Evaluating Quality and Equity Issues in the Management of Hospital Waiting Lists" undersöker olika urvalskriteriers inverkan på väntetidsstrategier genom simuleringar med brittisk data över NHS aktiviteter och hälsovinster. De påpekar att olikheter i väntetider mellan kliniska specialiteter samt geografiska områden består över tid och inte kan relateras till de nyttor patienter kan tillgodogöra sig genom behandling eller operation eller hälsouppoffringar till följd av väntan.

Studien undersöker fem urvalskriterier:

- Förliden väntetid
- Maximera hälsovinst per sängplats och dag
- Resursanspråk, dvs. lägst anspråk ger hög prioritet
- Slumpmässig
- Medicinsk angelägenhet

Simuleringarna visar att urval efter resursanspråk maximerar patientgenomströmningen. Den genomsnittliga väntetiden är som längst när tiden på väntelistan används och som kortast för hälsovinstmaximeringen per sängplats och dag. Den totala hälsovinst som uppnås när alla patienter på väntelistan behandlats är störst när urval sker efter hälsomaximering per sängplats och dag. Patienternas sammantagna försakade hälsovinster är som störst vid urval efter väntetid. De uteblivna hälsovinster är betydligt mindre vid hälsovinstmaximeringen per sängplats och dag samt vid prioritering efter låga resursanspråk vilka båda även har betydligt lägre genomsnittsväntetid (Barlow och Edwards, 1996, s. 66).

I en efterföljande studie, "Clinical and lay preferences for the explicit prioritisation of elective waiting lists: survey evidence from Wales", utreds preferenser för eller mot kliniska, ekonomiska och sociala faktorer påverkan på väntetider och väntelistor (Edwards et al., 2003). Studien bygger på en enkätundersökning bland nära 2300 av hälso- och sjukvårdens finansiärer, producenter och mottagare (s. 230). Studien visar att professionen såväl som lekmän stödjer prioriteringar utifrån specifika kriterier som smärta, sjukdomars svårighetsgrad och funktions-

hinder före väntetider. 44 % av de tillfrågade allmänläkarna och 38 % av specialistläkarna ansåg att väntetider ska bestämmas utifrån medicinsk angelägenhet och i andra hand utifrån vem som väntat längst. Bland finansierarna förespråkar 40 % medicinsk angelägenhet och sedan nationellt överenskomna explicita sociala kriterier. 32 % av den tillfrågade allmänheten tycker att väntetiden först och främst ska bestämmas av en garanti (s. 232). Enligt studien är det således bara läkarna och allmänheten som anser att hur länge en patient har väntat ska ha betydelse för hans eller hennes fortsatta väntetid.

Iversen och Nord i Zweifel och Frech (1992) går ett steg längre och undersöker om läkare i praktiken följer de kliniska prioriteringskriterier de uppger att de använder till stöd för den prioriteringsstatus som de tilldelar sina patienter när de sätts upp på väntelistor. De frågar läkare vid två olika sjukhus öppenvårdsavdelningar vilka kriterier de använder för att prioritera bland inkomna remisser. Därefter analyserar de den faktiska väntetiden för dessa patienter för att se vilka kriterier som har påverkat hur länge patienterna fått vänta och om de faktiska urvalskriterierna stämmer överens med vad läkarna tidigare uppgett. För olika ryggbesvär uppger läkare exempelvis att svåra smärtor, nedsatt rörelse och sömnbesvär bidrar till hög prioritet medan faktorer som arbetsförmåga och social status endast är av mindre betydelse. Resultaten målar dock upp en något annorlunda bild av faktorernas betydelse – endast förliden väntetid, social status, samt sjukskrivningar påvisar någon signifikant effekt (s. 211). Även i denna studie visar sig alltså förliden väntetiden ha betydelse för hur lång en patients fortsatta väntan kommer att bli. Detta trots att läkarna i detta fall inte uppger väntetid som något prioriteringskriterium av betydelse.

Mullen (2003) menar att explicita prioriteringssystem som efterliknar kliniska bedömningar till viss del kan avhjälpa problemen med skillnader mellan avsiktliga och genomförda prioriteringar. Hon påpekar dessutom att sådana system har fördelen att de lättare kan användas för att automatisera och i viss mån delegera urvalsprocessen av patienter från väntelistor och in i vårdåtgärder. Genom att följa vad som bedömts som bästa medicinska praxis kan kliniska beslut bli transparenta och genomgående för att säkerställa en gemensam väntan och gemensamma behandlingsindikatorer för mottagningar, sjukhus och geografiska områden. Förespråkare av system vilka istället försöker kringgå kliniska prioriteringar väljer patienter utifrån faktorer som potential för hälsoförbättringar, kostnader och nyttoanalyser eller kanske utifrån något socialt värde för att uppnå rättvisa och eller effektivitet (s. 38). Därmed inte sagt att kliniska prioriteringar inte kan vara rättvisa eller effektiva. Det beror på hur begreppen definieras. Valet mellan olika prioriteringsstrategier lämnas dock därhän. Istället följer en presentation av den

nationella vårdgarantin som sätter ett tak för hur lång väntetiden får vara inom svensk hälso- och sjukvård.

7. Nationell vårdgaranti

Införandet av en nationell vårdgaranti, vilken trädde i kraft den 1 november 2005, är en del av en långsiktig överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet för att förbättra kvalitet, tillgänglighet och patientinflytande i vården. Vårdgarantin motiveras främst av ökade tillgänglighetskrav och syftar till att förkorta väntetiden till all behandling inom den planerade vården. Vårdgarantin fastställer en garanterad tidsgräns för behandling och stärker på så vis patientens krav på snabb och effektiv behandling. Samtidigt avser satsningen att skapa möjligheter för vården att leva upp till den satta tidsgränsen. Följande kapitel presenterar den nationella vårdgarantin och dess bakomliggande orsaker. Informationen är hämtad från Sveriges Kommuner och Landstings hemsida ”Vårdgaranti05” om inte annat anges i texten.

Den nya vårdgarantin innebär en utvidgning av landstingens tidigare åtagande för tillgänglighet till vården. Sedan 1997 finns en besöksgaranti som innebär att primärvården ska erbjuda hjälp eller besök samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare krävs ska väntetiden vara högst sju dagar. Den som fått remiss till den specialiserade vården ska erbjudas tid för besök senast inom 90 dagar. Utvidgningen av vårdgarantin omfattar all planerad vård, primärvård såväl som specialistvård, och innebär att efter beslut om behandling ska behandlingen inledas inom högst 90 dagar från det att beslutet om behandling fattades. Det är gällande prioriteringar och gemensamma medicinska indikationer som ska utlösa vårdgarantin och därmed landstingets skyldighet att inleda behandling inom 90 dagar.

I första hand ska behandling erbjudas inom det egna landstinget. Om hemlandstinget inte kan erbjuda besök och behandling inom gällande tidsgränser ska patienten få hjälp till vård inom garantitiden hos en annan vårdgivare. Hemlandstinget ska aktivt erbjuda denna vård och administrera informationsöverföring samt bekosta eventuella merkostnader för patienten så som kostnader för resor och logi. Väntetiden till behandling får dock överstiga 90 dagar, förutsatt att patienten och läkaren är överens om detta.

7.1 1992 års behandlingsgaranti

Redan 1992 infördes en behandlingsinriktad vårdgaranti för att korta väntetiderna inom tolv vårdområden med speciellt omfattande väntetidsproblem. Införandet av vårdgarantin var frivillig och gav de medverkande landstingen ett initialt resurstillskott om 500 miljoner kronor för att

underlätta genomförandet. Samtliga landsting beslöt att tillämpa vårdgarantin. Några valde även att utvidga behandlingsgarantin ytterligare så att garantin lokalt kom att omfatta fler vårdinsatser än de centralt överenskomna. Behandlingsgarantin innebar att de patienter som omfattades skulle erbjudas behandling inom 90 dagar från den dag då beslut om behandling hade fattats. Vårdgarantin löpte fram till 1996, men utan särskilda statsbidrag. De vårdinsatser som omfattades av garantin utgjorde ca 20 % av det totala antalet operationer i landet. Socialstyrelsen, i samråd med medicinska experter, sammanställde allmänna råd gällande behandlingsindikationer för att patienter runt om i landet skulle bedömdes på samma medicinska grunder inför en behandling eller operation ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 22). Följande vårdinsatser omfattades av behandlingsgarantin:

- kranskärlsutredning (angiografi)
- kranskärlsoperation
- PCTA (koronar angioplastik)
- gallstensoperation
- ljumskbråcksoperation
- höftledsoperation (prioriterade patienter)
- knäledsoperation (prioriterade patienter)
- operation vid godartad prostataförstoring, inkl TUMT - behandling
- operation vid inkontinens hos kvinnor
- operation vid livmoderframfall
- gråstarrsoperation (prioriterade patienter)
- utprovning av hörapparat (prioriterade patienter)

7.2 Utvärdering av 1992 års behandlingsgaranti

Behandlingsgaranti utvärderas av Socialstyrelsen i rapporten, "Fyra år med vårdgaranti – erfarenheter och effekter" (1997). Uppföljningen påvisar förkortade väntetider i samband med garantins införande, men endast under en kortare tidsperiod. Under garantins första år nådde i stort sett alla kliniker målsättningen om en väntetid på högst tre månader. Därefter försämrades läget dock, främst eftersom hälso- och sjukvårdens resurser minskade i kombination med oförändrad eller ökad efterfråga. Samtidigt minskade utrymmet för rationaliseringar på grund av

ökade besparingskrav, en vårdkonflikt genomfördes i slutet av år 1995 och garantins incitament försvagades i kombination med prioriteringsdiskussioner.

Endast ett initialt resursanslag anslogs till garantins införande och det ursprungliga utrymmet till rationaliseringar avtog i takt med ökade besparingar och resursnedskärningar i vården. Det blev därför allt svårare att upprätthålla en sådan produktionsnivå så att väntetiderna inte skulle överstiga behandlingsgarantins 90 dagar. Konflikter uppstod mellan olika prioriteringar av patientgrupper, vilket bidrog till att osäkerheten kring mål och medel för vårdgarantin ökade. Kritiken förvärrades ytterligare av en anmärkning i Prioriteringsutredningens slutbetänkande "Vårdens svåra val" (SOU 1995:5) om att flera av de vårdinsatser som omfattades av behandlingsgarantin inte borde vara så högt prioriterade. Vidare anmärkte utredningen att vårdgarantier som enbart berör väntetider endast har ett mycket begränsat värde för flertalet svårt kroniskt sjuka patienter och för vården i livets slutskede, dvs. för de svagaste, mest utsatta grupperna, som har störst behov av vård.

Behandlingsgarantins starkaste incitament till väntetidsreduktion var att patienter tilläts välja en annan vårdgivare om inte hemlandstinget kunde utföra behandling eller operation inom garantitiden, samt att uppgifter om väntelistor och väntetider offentliggjordes. Socialstyrelsens uppföljning visar dock att det var väldigt få patienter som utnyttjade valmöjligheten, vilket troligtvis bidrog till att trycket på att hålla garantins väntetider minskade.

Vidare redovisar Socialstyrelsen ("Fyra år med vårdgaranti", 1997) stora väntetidsvariationer mellan enskilda mottagningar och sjukhus så till vida att vissa aldrig hade några problem, medan andra ständigt överskred garantins tidsramar. Vad som orsakade dessa skillnader blev inte klarlagt. Sannolikt förekom undanträngningseffekter och omprioriteringar till följd av garantin, men det hade krävts bättre instrument för att mäta väntelistor och väntetider och bättre kännedom om vilka indikationer och prioriteringar som faktiskt tillämpats vid olika kliniker och sjukhus för att kunna genomföra djupare analyser.

7.3 Reviderad vårdgaranti

1996 reviderades 1992 års vårdgaranti. Den ursprungliga behandlingsgarantin behölls dock under ytterligare ett år men kompletterades med tidsramar för väntetider för besök i vården. Revisionen syftade till att anpassa garantin efter rådande prioriteringsdiskussioner och ett bredare hälso- och sjukvårdspolitiskt ställningstagande. Revisionen togs i bruk nästkommande år (1997) och den ursprungliga behandlingsgarantin togs bort. Istället kom garantin att omfatta, som beskrivs i

kapitlets inledande stycken, väntetidsgarantier för besök, både till primärvård och till specialist-sjukvård. Vidare gavs Socialstyrelsen i uppdrag att successivt ta fram nationella riktlinjer för patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar. Riktlinjerna skulle underlätta utformningen av regionala och lokala vårdprogram samt individuella överenskommelser mellan patient och vårdgivare och därmed stärka kroniskt sjuka patienters ställning i hälso- och sjukvården.

7.4 Fokus på tillgänglighetsproblematiken

Staten och landstingsförbundet är överens om att väntetiderna för planerad vård många gånger är oacceptabelt långa och att det saknas en heltäckande bild av väntetiderna inom svensk hälso- och sjukvård. Även om vården genom prioriteringar och olika förturer kan hantera de strikt medicinska riskerna för patienter uppskrivna på väntelistor, riskerar många att drabbas av oacceptabla hälsoförluster i form av nedsatt funktion och/eller smärta under väntetiden. Likaså kan bördan för anhöriga bli tung och om patienten är sjukskriven under väntetiden tillkommer ekonomiska förluster, både för individen och för samhället. Överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om garantins införande motiverar på så vis fokus på tillgänglighetsproblemen i den planerade vården för att förhindra allvarliga trovärdighetsproblem för hela det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Ett liknande resonemang förs av Prioriteringsdelegationen som i sin slutrapport "Prioriteringar i vården" (SOU 2001:8) betonar att hälso- och sjukvården måste ha en rimlig balans mellan behovstillfredsställelsen i olika prioritetsgrupper. Likaså måste även en godtagbar tillgänglighet garanteras mindre prioriterade grupper.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag undersökt förutsättningarna för och konsekvenserna av att utvidga den tidigare besöksgarantin till att omfatta även behandlingar. Undersökningen visar att problemet med väntetider huvudsakligen berör den planerade vården, framförallt olika kirurgiska behandlingar. Akutvården fungerar enligt Socialstyrelsen i stor utsträckning väl. De långa väntetider som förekommer på sjukhusens akutmottagningar berör i första hand patienter som egentligen inte behöver akutsjukhusens resurser. Akut sjuka personer i behov av vård får hjälp inom den tid som krävs av medicinska säkerhetsskäl ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 38).

7.5 Resursanslag och uppföljning

Till stöd för ett fortsatt förbättringsarbete tillförs landstingen 2002 årligen 1,25 miljarder kronor. För införandet tilldelades landstingen 700 miljoner kronor under 2005 samt 500 miljoner kronor per år de kommande åren för att täcka de ökade kostnaderna. Den sammanlagda satsningen på en nationell vårdgaranti och förbättrad tillgänglighet uppgick således till 1,95 miljarder kronor 2005 och 1,75 miljarder kronor per år från och med 2006. Medlen fördelas mellan landstingen baserat på dess invånarantal ("Överenskommelse", 2005, s. 2).

Det är viktigt att tillgängligheten och vårdgarantin löpande följs upp. Landstingen ska därför årligen rapportera till Socialstyrelsen hur de uppfyller åtagandena i vårdgarantin samt vilka åtgärder de vidtagit för att förbättra tillgängligheten samt hur detta påverkat väntetider till landstingets olika vårdgivare. I denna rapport ska även redovisas hur prioriteringsriktlinjerna efterföljs ("Överenskommelse", 2005, s. 2). Vidare driver Socialstyrelsen ett arbete för att ta fram riktlinjer och klinisk kunskap om olika vårdområden ur ett evidens- och prioriteringsperspektiv till stöd för garantin ("Förberedelser", 2005, s. 4).

7.6 Riksdagsbeslut om prioriteringar

Vårdgarantier, oavsett om de är besöks- och eller behandlingsinriktade, bör utformas med hänsyn till gjorda prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Sedan den 1 juli 1997 finns en allmän prioriteringsregel i Hälso- och sjukvårdslagens 2 § som fastlägger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ha företräde till vården. Även en etisk plattform, till grund för prioriteringar, har lagstadgats och utifrån denna har fyra prioriteringsgrupper tagits fram uppdelade efter angelägenhetsgrad:

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård och vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

- Prevention
- Habilitering/rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad över tid hos samma patient. En patient med en viss sjukdom kan därför under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. För varje sjukdoms- eller diagnosgrupp gäller i princip att samtliga medicinska åtgärder till följd av sjukdomen räknas till den aktuella prioriteringsgruppen. Det betyder att samtliga effektiva åtgärder, dvs. diagnostik, behandling, omvårdnad, habilitering/rehabilitering och prevention för den aktuella sjukdoms- eller diagnosgruppen hör till prioriteringsgruppen ifråga och bör prioriteras på samma sätt (SOU 2001:8).

7.7 Fördelningsimplikationer

Införandet av den utökade vårdgarantin är inte i sig ett medel för att förkorta väntetider och väntelistor. Vårdgarantier är snarare ett uttryck för en ambition att öka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet. För att denna ambition ska kunna uppfyllas förutsätts att garantin åtföljs av åtgärder av olika slag. Vilka åtgärder som kan komma ifråga beror dels på orsakerna bakom de långa väntelistorna och väntetiderna dels på vilka sjukvårdspolitiska mål som ska uppnås. Först och främst bör vi därmed fråga oss om den utökade vårdgarantin stämmer överens med den prioriteringsregel som står skriven i 2 § Hälso- och sjukvårdslagen och de allmänna riktlinjerna för prioriteringar som regeringen har antagit. Lagen förespråkar lika vård på lika villkor och vårdgarantins generella utformning är därmed i linje med lagen. Därmed inte sagt att garantin inte kommer att medföra några snedvridande fördelningsimplikationer.

Väntetidsgarantier är som sagt ett uttryck för en ambition men då resurstillgången är knapp medför alltid sådana garantier risker för att patienter prioriteras fel. Det medicinska behovet av snabba vårdinsatser varierar såväl mellan olika sjukdomar som inom en och samma sjukdomsgrupp. Fokusering på väntelistor och väntetider innebär därför en risk för att patienter med

mindre allvarliga sjukdomar som närmar sig – eller redan har passerat – en garantis tidsgräns prioriteras framför patienter med angelägnare vårdbehov men som väntat en kortare tid.

Vanligen omfattar vårdgarantier endast vissa delar av vårdkedjan som väntetiden till nybesök och väntetiden från medicinsk bedömning till undersökning och/eller påbörjad behandling. Detta kan leda till utträngning av vårdinsatser för redan diagnostiserade patienter och patienter under långtidsbehandling. Den utökade vårdgarantin omfattar dock samtliga behandlingar, men garanti-tiden löper först från och med den dagen då en behandling blir aktuell. Exempelvis då en behandling avslutats och en ny planeras, löper garantitiden först från den dagen då resultaten från den föregående behandlingen är fastställt och det är aktuellt att gå vidare i vårdprogrammet. Vidare finns risker för att resurser styrs mot tillstånd och insatser som kan kvantifieras och att de delar av hälso- och sjukvården som inte tillämpar system för att sätta upp patienter på väntelistor därmed får lägre prioritet. Enligt de undersökningar som gjorts över vem det är som väntar på vård idag kan det argumenteras att den utökade garantin fokuserar på lågt prioriterade patienter och att det därmed finns risk att patienter i prioritetsgrupp I och II trängs undan. Patienter med dubbel förtur och förtur får normalt vård inom tre månader. Dessutom är övervägande delen av all sjukhusvård av akutkaraktär, där det aldrig är aktuellt att sätta upp patienter på en väntelista ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 30). Exempelvis har kritiker uttryckt oro över att återbesök för kroniskt sjuka patienter kommer att glesas ut över tiden. Detta för att ge utrymme till fler nybesök och operationer och/eller behandlingar vilket kan leda till att långtidssjuka patienter ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 46). Vidare kan det tänkas att resurser kommer att omfördelas från högprioriterade ickeopererande specialiteter (t.ex. medicin och psykiatri) till fördel för de opererande – trots dess lägre prioritet – eftersom det där finns långa synliga operationsköer. Dessutom befaras en konfliktsituation mellan besöks- och behandlingsgarantierna. För att kunna uppfylla besöksgarantin finns det risk för att väntelistorna till behandling växer. Om istället behandlingsgarantin prioriteras finns det risk för att väntelistorna till nybesök växer.

Ekonomiskt kan den utökade vårdgarantin tolkas som ett tak för hur lång vänta får vara som längst. Politiskt kan den tolkas som ett åtagande att erbjuda befolkningen en viss servicenivå. Det finns dock inte någon direkt kopplingen mellan sanktioner och brott mot garantin i syfte att stärka garantins genomslagskraft. Inte heller belönas landstingen då de lever upp till garantins mål ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 46). Vårdgarantin i sin nuvarande utformning kan alltså uppfattas som vag och inte som någon fullvärdig garanti. Detta även eftersom det inte finns några egentliga garantier för att något av hälso- och sjukvårdens landsting eller regioner kan erbjuda patienter vård inom tre månader. Inom ramen för garantin erbjuds patienter möjligheten att söka vård utanför det egna landstinget på hemlandstingets bekostnad i de fall väntetiden

överstiger garantitiden. Dock är inte denna möjlighet i sig någon garanti för att patienter får behandling inom tre månader. För de specialiteter där väntetidsproblemen är störst är situationen sannolikt likartad i angränsande landsting, och kanske t.o.m. i hela landet. Möjligheten att söka vård utanför hemlandstinget innebär en ökad tillgänglighet för patienter. Emellertid medför ett sådant val så gott som alltid att avståndet till vårdgivaren ökar för patienten. Avståndsökningen kan tolkas som en kostnad för tillgänglighetsökningen som patienten måste väga mot fördelen att tidigare komma till behandling. Tolkningen utgår ifrån att avståndsökningen medför osäkerheter och kostnader för patienten i form av påfrestande och tidskrävande resor. Därtill försvinner den trygghet som en känd och välbekant miljö kan ge. Detta är en speciellt viktig faktor eftersom de som berörs, ofta äldre personer, befinner sig i en utsatt situation. Huruvida patienter kommer att utnyttja möjligheten att söka sig till en vårdgivare utanför sitt hemlandsting eller inte återstår att se. Om de inte gör det i någon större utsträckning försvagas de incitament som hälso- och sjukvården har för att leva upp till garantins väntetidsmål. Valfriheten att söka vård utanför hemlandstinget introducerades redan i mitten på 1990-talet och sedan 2001 har valfriheten omfattat samtliga landsting och regioner. Detta har lett till en ökning av antalet patienter som behandlats utanför hemlandstinget. Exempelvis har antalet patienter som knäledsopererats utanför hemlandstinget närapå sexdubblats och höftledsoperationerna har mer än femdubblats ("Var vårdas patienten?", 2005, s. 6).

Utan några direkta sanktioner och utan någon anmärkningsvärd ökning av antalet patienter som väljer vårdgivare utanför hemlandstinget finns det inte något direkt skäl att anta att de ekonomiska konsekvenserna för landstingen blir särskilt omfattande. Däremot finns det en stor risk för att befolkningens tilltro till systemet avtar när det kommer till allmän kännedom att behandlingsgarantin egentligen inte är någon garanti i ordets rätta bemärkelse. Det finns också en risk för att förtroendeklyftorna ökar mellan hälso- och sjukvårdspersonal och styrande sjukvårdspolitiker ("En behandlingsgaranti", 1999, s. 47).

8. Analys

Väntetider bestäms av efterfrågerelaterade faktorer som påverkar inflödet av patienter till väntelistorna och av utbudsfaktorer som påverkar utflödet. Efterfrågan på planerad vård bestäms av befolkningens hälsoläge och av de medicinskteknologiska förutsättningarna, vilka påverkar vad som är behandlingsbart samt befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården. Olika finansiella incitament, såsom kostnadsdelning, privata hälsoförsäkringar och vårdpriser i den privata sektorn, har sannolikt också en påverkan på efterfrågan. Med tanke på hur hälso- och sjukvården är uppbyggd med primärvården som grindvaktarfunktion kommer även läkares remitteringströsklar att ha betydelse för efterfrågan. Vidare kan konkurrensbetonade ersättnings-system, som ersättning per utförd åtgärd, till skillnad från fast månadsavlöning, uppmäna läkare till att öka sin tillgänglighet genom att hålla väntetider och väntelistor nere. Därmed förväntas även efterfrågan att öka. Utbudet av planerad vård bestäms av de sammantagna vårdresurserna, både de offentliga och de privata, samt med vilken produktivitet dessa används. Produktiviteten bestäms i sin tur av bl.a. hur vården finansieras och hur läkarna avlönas. Verksamhetsbaserad finansiering kommer sannolikt att främja produktiviteten jämfört med budgetbaserad finansiering. Likaså kommer läkare som avlönas per utförd åtgärd troligen att ha en mer serviceintensiv praktiseringsprofil än sina kolleger med fast månadslön.

Vidare kan konstateras att väntelistor och väntetider inte enbart används till stöd för en effektiv resursanvändning eller för att ge patienter förberedelse och tid till självläkning. Självklart bör en väntan aldrig överstiga vad som är medicinskt försvarbart. Om alla ineffektiviteter kan undvikas bör således all väntan kunna förklaras av kapacitetsmarginaler eller resursbrister. I första hand bör all väntan därutöver diskuteras för att långsiktigt komma till rätta med väntetidsproblematiken. Även i detta sammanhang kan vi dra nytta av en sådan diskussion för att öka vår förståelse för hur olika effekter till följd av väntetidstolkningar verkar.

8.1 Efterfråge- vs utbudsinriktade lösningar

Väntetidsproblematiken härstammar från obalanser mellan utbud och efterfråga. Lösningar bör därför vara utbuds- eller efterfrågeinriktade eller både och. En väntetidsgaranti kan ses som ett åtgärds paket som kombinerar olika lösningar beroende på hur garantin är utformad. Den utökade vårdgarantin fungerar som bekant som ett tak på hur lång väntan får vara. Därutöver fokuserar

den i huvudsak på efterfrågerelaterade lösningar. Ett arbete fortgår t.ex. för att fastställa riktäckande behandlingsindikatorer och kliniska prioriteringsriktlinjer inom de viktigaste behandlingsområdena där väntetiderna och väntelistorna är långa ("Förberedelser", 2005, s. 4-5). Efterfrågeinriktade lösningar bygger på uppfattningen att väntelistor återspeglar övermåttlig efterfråga då vårdpriset inte lyckas avskräcka marginalpatienter eller att belöna vårdproducenter för ytterligare vårdproduktion. Härav följer att väntelistor reflekterar fördelningsineffektivitet och att tillgängliga resurser kan omfördelas så att exempelvis hälsovinsterna ökar eller patientgenomströmningen maximeras (Sreet och Duckett, 1996, s. 3-4). Efterfrågeinriktade lösningar omfattas alltså av åtgärder för att kontrollera efterfrågan genom att ransonera tillträde till behandling och operation med hjälp av prioriteringar och behandlingsindikatorer eller med hjälp av lagar och förordningar gällande patienters rättigheter och skyldigheter. Utbudsinriktade lösningar däremot berör hälso- och sjukvårdens resurser samt dess organisation och styrning, men också omfattningen av privat vårdkapacitet som tillåts inom det offentliga systemet.

Förespråkare för omvärderingar av prioriteringssystem och behandlingsindikationer är alla överens om att väntetider inte nödvändigtvis är den bästa indikatorn för patienters potentiella behandlingsovinst. Många av dem som tvingas vänta gör det just för att deras förväntade nytta av behandling eller operation är förhållandevis liten. Det är dock viktigt att komma ihåg att strategier kring förändrade prioriteringskriterier för behandling och operation inte i första hand är designade för att eliminera väntelistor och väntetider. Deras huvudsakliga syfte är istället att skapa allokeringseffektivitet genom bättre prioriteringar i samband med resursfördelning. Det är också viktigt att komma ihåg att då urvalsstrategier baseras på någon form av viktning för medicinsk angelägenhet, vars definition är öppen för vårdpersonalens egna tolkningar, finns det fortfarande utrymme för manipulation av prioriteringsordningen¹³.

Tidig forskning avråder från utbudsrelaterade lösningar då utvidgningar av vårdinrättningar visat sig leda till ökad efterfråga istället för att minska trycket från vårdköerna (Lindsay och Feigenbaum, 1984 och Cullis och Jones, 1983). Cullis och Jones (1983, s. 1484) påpekar att efterfrågan stiger till följd av att ökad kapacitet i den offentliga sektorn då läkare omvärderar sina behandlingströsklar. Lindsay och Feigenbaum (1984, s. 417) menar att ökat utbud bidrar till längre väntelistor eftersom den förväntade förseningen fram till behandling minskar. När det inte finns några andra kostnader (som t.ex. medlemsavgifter) förknippade med att ansluta sig till en väntelista än förseningens påverkan på behandlingsvärdet, kommer minskade väntetider att öka behandlingsvärdet och därmed uppmanas fler personer att ansluta sig till listan. Av allt att döma ökar efterfrågan till följd av utbudsökningar. Vidare påverkas behandlingsindikatorerna och

¹³ Se exempelvis Sreet och Duckett (1996) eller Iversen och Nord i Zweifel och Frech (1992).

prioriteringskriterierna sannolikt till följd av det förändrade resursläget. Det återstår emellertid att reda ut varför efterfrågan påverkas och i vilken utsträckning detta sker. Först därefter går det att säga något om lämpligheten i de tolkningar som görs. Nedan analyseras därför de studier som presenterats i tidigare kapitel.

8.2 Fördelningsmekanism

De studier som granskas, vilka tolkat väntetider och väntelistor som jämviktsskapande fördelningsmekanismer, visar alla på det förväntade sambandet mellan väntetider och vårdens utbud och efterfråga. Resultaten från de tidiga studierna, som exempelvis Lindsay och Feigenbaum (1984), visar på en förhållandevis kraftig påverkan av väntetider, speciellt på efterfrågan. Efterfrågeelasticiteten med hänsyn till väntetiden löper från -0,55 till -0,64 för sjukdomstillstånd med låg försämringstakt samt från -0,65 till -0,70 för dem med högre försämringstakt. Utbudselasticiteten med hänsyn till väntetiden är 1,3. Efterfrågans och utbudets elasticitet, i de studier som liksom Lindsay och Feigenbaum (1984) studerar grupperingar av specialiteter, löper från -0,2 till -0,3 samt från 0,05 till 2,93. Dock är studierna, de tidigare jämfört med de senare men också inom dessa båda grupperingar, inte helt jämförbara. Detta eftersom skillnader i resultat delvis kan förklaras av skillnader i estimeringsprocessen (olika dataunderlag – olika år samt panel- vs tvärsnittsdata) och av olikheter i studiernas antaganden bl.a. gällande jämviktsläget. Vidare har datatillförlitligheten generellt sett förbättrats under senare år och de senare studierna kan därför använda data på en lägre aggregrationsnivå. Resultaten indikerar emellertid att efterfrågeökningen till följd av förkortade väntetider och väntelistor kanske inte är så stor som tidigare studier visat. Resultaten är helt i linje med förväntningarna från ekonomisk teori då hälso- och sjukvårdsmarknaden tycks reagera på väntetider och väntelistor som motsvarande ett pris på vård. Huruvida denna fördelningsmekanismtolkning är den enda tolkningen eller om det finns andra förklaringar till varför marknaden reagerar som den gör ska vi komma tillbaka till lite senare. Dessförinnan ska vi gå igenom några av de tillämpningar som ovan studier har valt att göra.

8.2.1 Efterfråga

Vanligen används olika behovsfaktorer för att estimerar efterfrågan på vård. Teorier kring väntetider hävdar dock att dessa faktorer är otillräckliga för att korrekt identifiera efterfrågan då hälso-

och sjukvården kännetecknas av omfattande utbudsrestriktioner såsom ransoneringar och prioriteringar och att även väntetider därmed har betydelse. Det är allmänt accepterat att köande – att personligen vänta i kö – medför kostnader för konsumenten i form av alternativkostnaden för dennes tidsanvändning. Kostnader påverkar efterfrågan och därmed fungerar tiden spenderad i kö som ett pris. Det är dock inte lika uppenbart att det finns några kostnader för att stå uppskriven på en väntelista. De tidiga modelleringarna med Lindsay och Feeigenbaum (1984) i förgrunden utgår från att väntelistors ekonomiska tolkning endast härrör värdeminskningen i samband med att varan eller tjänsten konsumeras senare istället för tidigare och inte för att själva väntan i sig har någon alternativkostnad. Nu har emellertid väntetidens alternativkostnad även vid köande via väntelistor uppmärksamats och vunnit acceptans genom studier som Proppers (1995) ”The Disutility of Time Spent on the United Kingdom’s National Health Service Waiting Lists”. Propper undersöker, med hjälp av en metod för att avslöja preferenser¹⁴, väntetidskostnader för sjukdomstillstånd helt utan eller med väldigt låg risk för försämring till följd av väntan. Hon estimerar den monetära kompensation som en sådan patient, med ingen eller väldigt låg försämringstakt, kräver som gottgörelse för tiden på väntelistan. Även om dessa patienters hälsotillstånd alltså inte försämras medan de väntar presenterar Propper en estimerad väntetidskostnad på £50 i månaden (i 1991 års priser) (s. 680). Genom att använda en försämrings-exponentialfunktion tar den teoretiska efterfrågemodellen hänsyn till det faktum att väntan leder till kostnader, även om hälsovinsten av behandlingen trots väntetiden förblir densamma. Försämringsexponentialfunktion speglar alltså även andra kostnadsaspekter samtidigt som den tar hänsyn till om hälsovinsten av behandling minskar med tiden då prognosen för patienten försämras. Oavsett minskar nettovinsten för patienten vid uppskjuten behandling.

Samtliga studier undersöker efterfrågan för planerad vård med hänsyn till ålders och könsstrukturer populationen. Efterfrågan begränsas i samtliga fall av primärvårdens grindvaktarfunktion och modelleras därmed endast som vårdutnyttjande, nytillkomna patienter på väntelistorna eller utfärdade remisser och alltså inte som samtliga anspråk på vårdtjänsten. Patienter som ransonerats bort av primärvården och konsulterande läkare finns inte med som efterfråga i någon utav studierna. Därmed underskattar resultaten sannolikt efterfrågans påverkan till följd av väntetidsförändringar. Till studiernas försvar bör dock påpekas att huruvida de valda måtten ger en bra skattning av efterfrågan eller ej beror på hur efterfrågebegreppet definieras. Om efterfråga likställs med behov av vård, istället för vårdanspråk, ger de valda måtten, sett ur hälso- och sjukvårdens perspektiv, en mer korrekt bild av efterfrågan. Detta eftersom det är hälso- och sjuk-

¹⁴ Metoden kallas ”stated preferences” och innebär att respondenter upprepade gånger väljer, givet en hypotetisk iscensättning, mellan två förbestämda alternativ. Utifrån respondenternas val utläses sedan deras preferenser gentemot alternativen. Se exempelvis Diener, O’Brian, och Gafni (1998).

vården som definierar vad som utgör ett vårdbehov liksom det är dem som anger vilka vårdbehov som ges tillträde till väntelistor. Det finns trots detta fortfarande en anledning till att ifrågasätta studierna: då behandlings- och operationsfrekvenser varierar mer än vad som rimligtvis kan förklaras av variationer i befolkningens behov, varierar även hälso- och sjukvårdens behandlingsindikatorer och de medicinska prioriteringarna. Vårdutnyttjandet och nytillkomna patienter på väntelistorna blir därmed dåliga ställföreträdare för behov.

8.2.2 Utbud

Hälso- och sjukvårdsutbudet bestäms utifrån nyttofunktioner vilka inkluderar nyttan av väntetidsförändringar. Kanske kommer denna väntetidsvariabels betydelse att öka då vårdgarantin medför en ökad fokusering på väntetidsproblematiken. Dock finns det risk att betydelsen återigen skrivs ner när vårdgarantins målväntetid väl uppnåtts. Det kan också tänkas att den ökade fokuseringen endast blir kortvarig om brott mot garantin inte efterföljs av någon sanktion. Hur ska då nyttan inkluderas i nyttofunktionen? Vilken väntetidsnivå som uppnåtts kommer mest sannolikt att påverkar nyttan. Dessutom påverkar troligtvis också väntetidsförändringen från en period till en annan. Väntetidsvariabeln kan förslagsvis utformas så att den nuvarande väntetiden samt förändringen sedan föregående period eller något vägt medeltal av nuvarande och tidigare väntetider beaktas. Det är ingen utav de presenterade studierna som tar hänsyn till nyttoeffekter till följd av förändringar i väntetiden utan inkluderar endast väntetidsnivån. Följaktligen är sannolikt väntetidens påverkan underskattad i de estimerade utbudsekvationerna om väntetiden varierat från en period till en annan under den studerade tidsperioden.

Tillhandahållandet av vård kan i sig inkluderas i nyttofunktionen då läkaren är semialtruistisk och bryr sig om patienters välbefinnande, eller då exempelvis en hög vårdproduktion belönas och/eller bidrar till statusfördelar. Med en välfungerande vinstfunktion kommer nyttan av produktionen att vara positiv fram till den punkt då kostnaderna och arbetsinsatsen för att ytterligare öka patientgenomströmningen överstiger nyttan från ytterligare produktion. Martin och Smith (1999) inkluderar tillgången till NHS-sängplatser som ett budgetmått i sin estimering. Denna variabel skulle förslagsvis även kunna tolkas som ett mått på hur mycket vård som kan produceras. Likadant kan andelen sängplatser i Gravelles, Smiths och Xaviers studie (2003) tolkas som ett mått på vårdens produktion och på så vis fånga vårdgivarnas nytta från de vårdtjänster de tillhandahåller. Den teoretiska modellen föreslår emellertid en något annorlunda vinkling då den antar att läkares och sjukvårdsledningars nytta påverkas negativt av effektivitetsnivån i resurs-

användandet. Det negativa sambandet tyder på att läkare och sjukvårdsledningen skulle föredra att ha ett gap mellan den valda effektivitetsnivån och ett fullständigt resursutnyttjande. Kanske för att det är besvärligt eller kostsamt att upprätthålla en högre effektivitetsnivå. Nyttoeffekter från effektiviteten i resursanvändningen och vårdens produktion är inte helt jämförbara även om variablerna är tillsynes väldigt högt korrelerade. Det ena sambandet behöver därmed inte utesluta det andra. En läkare kan t.ex. vinna statusfördelar bland sina kolleger genom att uppvisa en stor budget och en hög produktion. Samtidigt kan han eller hon se det som en trygghet att själv kontrollera hur dessa resurser används och ha lite extra lagerförd kapacitet att tillgå. Dessutom skulle det kunna tänkas kosta denna läkare mycket tid och möda att befinna sig på en högre effektivitetsnivå.

En sjukhuslednings nuvarande nytta påverkas också av den ärvda väntetiden från tidigare utbudsbeslut (Gravelle, Smith och Xavier, 2003, s. 87). Därför kommer ledningens beslut även att bero på dennes villighet att byta nytta i nuvarande period mot framtida nyttor. Alltså tar ledningen hänsyn till framtida konsekvenser av ett utbudsbeslut. Följaktligen finns det ett incitament för sjukhusledning och läkare att satsa på långsiktiga lösningar till väntetidsproblematiken om de är medvetna om och tar hänsyn till att ett ökat utbud leder till en ökad tillgänglighet som därmed ökar efterfrågan på de tjänster som tillhandahålls.

Hur läkares finansiella incitament är utformade påverkar utbudet och därmed även väntetider och väntelistor. Ersättningssystem som är kopplade till produktivitet förväntas leda till ett större utbud än vid fast månadslön. Av ovan studier är det endast Gravelle, Dusheiko och Sutton (2002) som tar hänsyn till detta i sin studie av allmänläkares remittering och sjukhusens intagningsfrekvens för starroperationer. De uppmärksammar att konsultation, remittering och indirekt även intagningsfrekvensen för operation och behandling påverkas av läkares "fundholder" status. Läkare som är "fundholders" har en fast budget som ska täcka operationskostnaderna för sina patienter. Detta visar sig leda till en ökad benägenhet att välja alternativa vårdåtgärder istället för operation eftersom läkarna får behålla ett eventuellt budgetöverskott vid årets slut. Olika incitaments inflytande över väntetider och väntelistor kommer att analyseras i mer detalj senare.

8.2.3 Väntetidsmått

Fokus har under 1990-talet förflyttats från väntelistor till väntetider (Gravelle, Smith och Xavier, 2003, s. 83). Flytten är välmotiverad då väntetider har en betydligt närmre koppling till medicinska behov än vad väntelistor har. Förseningar kan ha en direkt påverkan på behandlings-

resultatet medan antalet väntande patienter snarare påvisar någon form av volym än medicinsk brådska. Samtliga studier har också valt att använda olika väntetidsmått framför liststorlek i sina estimeringar. Väntetider kan mätas på en rad olika vis och det är inte självklart hur vårdproducenterna väljer att tolka de olika måttens signaler. Det finns studier som visa att väntetidsfördelningar generellt är skeva och att medianväntetiden och genomsnittsväntetiden därmed ofta är signifikant olika. Genomsnittsväntetiden är då ofta betydligt längre än medianen (Sanmartin, 2001 och Siciliani och Hurst, 2003). Därför är det att rekommendera att olika mått testas, vilket görs i flertalet av de presenterade studierna, för att hitta det mått som bäst speglar vårdproducenternas uppfattningar om väntetider och väntelistor.

Istället för att endast förlita sig på historiska väntetidsnivåer bör studier, för att nå ett optimalt resultat, hantera förväntade väntetider utifrån någon rationell förväntningsmodell. Det kan dock, med hänsyn till dagens förutsättningar, vara realistiskt att tro att vaken läkare eller patienter besitter tillräckligt med information eller kunskap för att göra någon utförligare bedömning. Förutsättningarna för mer rationella bedömningar kommer säkerligen att förbättras i takt med att information blir alltmer lättillgänglig och kunskapen om väntetider och dess bakomliggande orsaker växer.

Väntetiden för planerad intagning till operation beräknas som antalet dagar mellan beslut om operation tills dess intagning sker. I praktiken kan väntan anses betydligt mer omfattande än så. Om patienter redan vid en åkommas upptäckt väger in all väntan i samband med besök till primärvården, diagnostiserande konsultationer och kanske även medicinsk behandling innan en operation kan komma till stånd så blir väntetidssituationen betydligt annorlunda. Svårigheter att förutspå en sjukdoms utvecklingsförlopp och hälso- och sjukvårdens organisation med primärvården som grindvakt till planerad vård talar emellertid till fördel för studiernas tillvägagångssätt. Det är lätt att föreställa sig att patienter delar upp sin väntan i delmål och betänker varje ny vårdåtgärd först när den blir aktuell. Patienter överväger således möjligheterna till operation i förhållande till väntetiden när operationsplanerna presenteras av läkarna. Ändå, med tanke på mediebevakningen och de politiska diskussionerna, är det inte orimligt att anta att vårdkedjans många väntetider är korrelerade. Kanske har allmänhetens tilltro till vården försämrats så till den grad att patienter drar sig för att söka vård när ett hälsoproblem uppstår. Därmed kan de sannolikt ha en mer framskriden sjukdom och ett större behov när de väl uppsöker vården. Väntetidens påverkan över deras beslut kommer dock att underskattas till följd av att deras vårdbehov inte registreras som efterfråga förrän de faktiskt ansluter sig till vårdens väntelistor. Det kanske t.o.m. har gått så långt att de utan tilltro till vården blir akutpatienter och därmed inte omfattas av studierna överhuvudtaget. Återigen finns det anledning till att ifrågasätta om

studierna lyckas fånga alla de väntetidsinfluenser som påverkar utbud och efterfråga. Sammantaget tyder ovan resonemang på att de estimerade elasticiteterna med avseende på väntetider underskattar väntetidens inflytande över utbud och efterfråga.

Väntetider och väntelistor bestäms av samspelet mellan utbud och efterfråga och studier som inte tar ett sådant helhetsperspektiv kan därmed förbise viktiga aspekter av detta samspel. Tvärsnittsstudier som Martins och Smiths (1999) och Gravelles, Dusheikos och Suttons (2002) tar inte hänsyn till att väntetidsfördelningar generellt är skeva då prioriteringsstrategier i praktiken kan leda fram till ett utdraget väntande för vissa specifika patienter och patientgrupper. Lågt prioriterade patienter är alltså generellt överrepresenterade på väntelistor.

8.3 Budgetargument och läkarförorsakad efterfråga

Då prioriteringskriterier och behandlingsindikatorer varierar skapas osäkerhet kring vad som utgör den mest korrekta medicinska behandlingen, vilket i sin tur skapar utrymme för läkare att manipulera väntetider och efterfråga för sina vårdåtgärder för att på så vis öka sin inkomst. De flesta läkare agerar sannolikt med hänsyn till vad som är bäst för patienterna så länge medicinsk praxis är tydlig och väl accepterad. När medicinsk praxis istället är tvetydig eller omstridd kommer säkerligen finansiella incitament att spela en betydligt större roll för läkarnas agerande. För att kunna utläsa något ur de resulterande inkomstmotiverade snedvridningarna måste effekter av ökad tillgänglighet särskiljas från läkarförorsakad efterfråga. Det är emellertid inte självklart hur en sådan särskiljning bör göras. Iversen och Lurås (2000 och 2002) och Iversen (2004) menar att det finns läkare med specifika kvalitetsegenskaper som upprätthåller väntelistor och väntetider för att signalera om dessa egenskaper till patienter. Följaktligen är det bara läkare vars kvalitetsegenskaper uppfattas som underlägsna sina kollegers som är villiga att ta kostnader för att minska väntetiderna och öka tillgängligheten. Eftersom uppfattad kvalitet bland läkarna varierar kommer därmed hälso- och sjukvårdsmarknadens jämviktsläge att uppvisa en rad olika väntetider. Resonemanget kring väntetider och kvalitet kan härledas tillbaka till Becker (1991) som anger att en produkts kvalitet bedöms utifrån ett flertal dimensioner. Fram till en viss punkt signalerar överskottsefterfråga hög kvalitet hos producenter och bidrar därmed till den aggregerade efterfrågan. Den minst populära producenten försöker locka till sig kunder med hjälp av ett lägre pris medan den mest populära producenten optimerar sin verksamhet genom att välja ett pris vilket medför överskottsefterfråga och därmed även en kö av kunder. Ökad tillgänglighet följer av läkares egna åtgärder för att minska väntetider men också av mer övergripande resurs-

förstärkningar. Oavsett så förväntas ökad tillgänglighet leda till fler patientiniterade kontakter med vården. Läkare som upplever ett patientunderskott, oavsett om det är till följd av förändrade ersättningsystem eller ökad konkurrens, förväntas agera för att öka efterfrågan på sina vårdåtgärder genom läkariniterade vårdkontakter och läkarförorsakad efterfråga. Iversens och Lurås studier bekräftar samtliga förväntningar men det är fortfarande oklart om den ökade efterfrågan är en effekt av ökad tillgänglighet eller av läkariniterade vårdkontakter.

När en sådan särskiljning är möjlig återstår det sedan att försöka utröna om de läkariniterade besöken beror på preferensskiftningar hos patienterna – alltså läkarförorsakad efterfråga – eller på i förväg fastställda åtgärdskvantiteter – alltså ransonering. Denna särskiljning är viktigt för vår fulla förståelse av incitamentsstrukturers inverkan på väntetider och väntelistor. Studierna uppmanar oss exempelvis till att ifrågasätta om det verkligen finns något genuint underskott på läkare då hälso- och sjukvårdens organisation och ersättningsystem påverkar hur läkarbrister uppfattas. En läkarbrist i en situation kan mycket väl övergå till ett patientunderskott i en annan, vilket i sin tur kan tänkas influera vilka vårdtjänster som tillhandahålls: Lön betalas ut oberoende av hur många patienter en läkare betjänar, medan en kapitationsersättning uppmuntrar läkare till att lista så många patienter som möjligt eftersom läkarnas lön nu står i direkt proportion till antalet patienter de har listade. När en kapitationsersättning ersätter månadslön kan alltså en läkarbrist istället övergå i ett patientunderskott. Detta ger oss ett begrepp om vilken kraftfull inverkan incitamentsstruktur kan ha över vårdens utbud och efterfråga. En utbudsökning i form av ökad läkartäthet kan alltså leda till snedvridningar och ineffektiviteter såtillvida att den ökade konkurrensen om patienterna stärker läkarnas incitament för läkarförorsakad efterfråga.

8.4 Prioriteringsinstrument

Hälso- och sjukvården styrs i stor utsträckning med hjälp av primärvårdens grindvaktsfunktion och utifrån olika prioriteringskriterier och behandlingsindikatorer. De båda senare bör utvärderas med avseende på både normativa och deskriptiva aspekter. Normativa frågor berör vilka kriterier som ska ligga till grund för de prioriteringar som görs, medan deskriptiva frågor avser huruvida de angivna prioriteringskriterierna faktiskt är dem som används i praktiken. Den politiska och mediala fokuseringen på antalet patienter på väntelistor och tiden dessa väntar kan mycket väl ha överskuggat kraven på att behandla patienter utifrån medicinska behov, vilket är den norm som fastsällts i Hälso- och sjukvårdslagen och i de övergripande prioriteringsriktlinjerna. Iversens och

Nords studie i Zweifel och Frech (1992) bekräftar denna oro, då de finner att de av läkare uppgivna prioriteringskriterier inte stämmer överens med de prioriteringar som faktiskt genomförs i praktiken. Istället sker prioritering i betydligt större utsträckning efter förliden väntetid än vad som avses i de angivna prioriteringsstrategierna. Enligt författarna är inte detta förvånande eftersom individer har svårt att föreställa sig de makroeffekter som uppkommer till följd av deras handlande. Dessutom är individers enskilda prioriteringsbeslut inte öppna för insyn, vilket gör att det inte finns något direkt incitament för läkare att följa de övergripande prioriteringsstrategier som finns (s. 215). Även Mullen (2003) tar upp frågor kring huruvida vårdpersonals personliga preferenser och värderingar influerar de kliniska prioriteringar som görs. I de fall då sjuksköterskor är dem som tilldelar patienter prioriteringsstatus – även då detta sker efter formellt givna poängsystem – visar Mullen att det finns tydliga tendenser till snedvridningar till fördel för barn och patienter med svåra smärtor (s. 39).

Enskilda vårdgivares preferenser och tolkningar av givna prioriteringskriterier påverkar alltså hur länge en patient måste vänta i förhållande till övriga patienter. Detta talar för formella och transparenta prioriteringssystem som är väl förankrade i samtliga delar av hälso- och sjukvårdens organisation, för att på så vis minimera utrymmet för enskilda tolkningar (därmed minimeras även utrymmet för läkarförorsakad efterfråga). Hur väntetider och väntelistor skulle påverkas av ett sådant system beror på hur detta utformas. Det kan mycket väl utformas med en direkt avsikt att minska väntetider men det kan lika gärna utformas i något annat syfte.

Resultaten från de presenterade studierna visar på enskilda vårdgivares inflytande över väntetider och väntelistor. De påvisar även att enskilda vårdgivare troligen har starkare preferenser för väntetid som prioriteringskriterium än vad som formellt anges i de genomsamma prioriteringsriktlinjerna för hälso- och sjukvården. Det är dock inte bara urvalskriterier som avgör vem som ska prioriteras för behandling eller operation, även olika behandlingsindikatorer vid den medicinska bedömningen spelar in. Även dessa behöver explicit fastställas för att minska prioriteringsvariationer både inom och mellan vårdgivare.

Generellt sett utgår ofta behandlingsindikationer från en för respektive specialitet gemensam kunskapsbas, men tillämpas på olika sätt av olika vårdgivare, vilket resulterar i betydande variationer. En del av variationerna kan förklaras av trögheter i spridningen av ny teknologi. Därutöver påverkas också behandlingsindikatorer av resurstillgången. Tendens till snävare indikationer finns om resurserna är knappa och omvänt vid god resurstillgång, så att gränserna mellan dubbel förtur, förtur och oprioriterad kommer att anpassas med hänsyn till resursläget. Vidare leder förbättrade behandlingstekniker till att de medicinska riskerna för patienter minskar,

vilket bidrar till att antalet behandlingsbara patienter ökar. De potentiella behandlingstvinsterna ökar och därmed kan även lindrigare sjuka patienter komma i fråga för behandling.

I samband med den utökade vårdgarantin finns det risk att hälso- och sjukvården manipulerar med givna prioriteringsordningar för de patienter som närmar sig eller överstigit garantins tak. Oavsett vilket urvalskriterium som normalt tillämpas så finns det risk att denna sätts åt sidan och att patienter istället väljs för behandling eller operation utifrån förliden väntetid trots att patienter med mer angelägna behov då trängs undan. Det är tillsynes ineffektivt att låta patienter vänta någon längre tid efter det att ett behov konstaterats. Det faktum att väntetidsfördelningar visat sig skeva tyder på att vissa vårdbehov ständigt förbises för vissa specifika patienter och patientgrupper. Därmed bör dessa patienters behov ses över och kanske också omvärderas. En mer betydelseinriktad prioriteringsstrategi skulle kunna komma tillrätta med problemet om dessa behov faktiskt visar sig vara så lågt prioriterade som de i praktiken är av en godtagbar anledning. Ett sådant övervägande blir alltmer akut då dessa behov annars hotar att tränga undan mer angelägna behov i en strävan att uppfylla vårdgarantins väntetidstak.

Hanning (2005, s. 81) ifrågasätter förekomsten av undanträngningseffekter i samband med de tidigare försöken med vårdgarantier i Sverige. Hon resonerar kring operationer av grå starr och påpekar att en kraftig ökning av antalet operationer följde av behandlingsgarantis avskaffande 1996. Samtidigt ökade väntetiden för samtliga prioriterade patientgrupper. Därav drar hon slutsatsen att behandlingsgarantin kan ha verkat hämmande på trendutvecklingen inom kirurgin för grå starr. Om starrpatienter skulle ha prioriterats framför övriga patienter till följd av behandlingsgarantin skulle antalet operationer ha minskat istället för ökat vid dess avskaffande. En annan tolkningsmöjlighet är förslagsvis att det inträffade istället skulle kunna vara ett tecken på att en undanträngning har skett under garantitiden av lågt prioriterade starrpatienter. För att kunna uppfylla en garantis krav kan behandlingsindikatorerna göras snävare så att lågt prioriterade patienter inte längre skrivs upp på väntelistor överhuvudtaget. En sådan undanträngning eller att aktivt neka lågt prioriterade patienter tillträde till väntelistor kan dock anses positivt så länge de frilagda resurserna går till dem med större behov.

En del av garantin som möjligtvis kan leda till att behandlingsindikatorerna snävas är att hemlandstinget är betalningsansvarig för patienter som väntat längre än garantitiden och söker vård utanför hemlandstinget. Som beskrivit tidigare finns det emellertid risk för att denna sanktion blir verkningslös om patienters kostnader (t.ex. i form av påfrestande och tidskrävande resor) i samband med att söka vård utanför hemlandstinget överstiger den förväntade nyttovinsten från att få behandling tidigare. Om sanktionen skulle visa sig effektiv kommer denna troligen att

fungera som incitament för att inte sätta upp patienter på väntelistor om det redan från början är känt att garanteringen inte går att uppnå.

9. Diskussion och slutsats

Väntelistor och väntetider kan tolkas som ett pris på vård dvs. som en fördelningsmekanism mellan utbud och efterfråga. De kan också tolkas som ett incitament i samband med budgetmaximering. På en effektivt fungerande marknad förespår ekonomisk teori att ett högt pris verkar avskräckande på vissa konsumenter vilket kan leda till minskade vinster för producenten. Dock kan konsumenters förväntningar om hög kvalitet hos produkten eller någon speciell beskaffenhet hos denna motivera ett högre pris. Långa väntetider och väntelistor kan tänkas ge motsvarande kvalitetssignal till hälso- och sjukvårdens producenter, eller så är de helt enkelt en konsekvens av patienternas begränsade valmöjlighet mellan offentliga och privata alternativ eller att helt avstå vård. Dessutom, om läkare är avlönade med en fast månadslön så kommer de via ersättningsystemet varken att belönas eller bestraffas till följd av hur mycket vårdåtgärder de producerar. Genom långa väntelistor och väntetider kan hälso- och sjukvården då argumentera för ökade resursanslag utan att läkarnas inkomst från själva vårdproduktionen påverkas. Incitamenten för väntetider och väntelistors bevarande blir därmed väldigt starka. Troligtvis så starka att de inverkar på väntetidens och väntelistors roll som fördelningsmekanism.

Om läkare istället avlönas med hänsyn till utförda vårdåtgärder kommer säkerligen deras optimala praktiseringsprofil att förändras till fördel för högt ersatta åtgärder. Ersättningsformen ger läkarna incitament till att öka sin produktivitet, vilket kan resultera i minskade väntetider och väntelistor. Dock kan inkomstmotiverade beteendeförändringar (exempelvis läkarförorsakad efterfråga) förväntas till följd av ersättningsformen om läkare upplever någon restriktion på sin optimala praktiseringsprofil. Därmed ökar efterfrågan och alltså inte enbart till följd av ökad tillgänglighet utan även på grund av att utbudssidans aktörer skapar ett behov av sig själva. Det är svårt att avgöra vilka utav olika ersättningsformers många effekter som kommer att dominera. Det är emellertid oerhört viktigt att dessa begrundas utifrån situationen i fråga och att de alltid ges utrymme vid väntetidsdiskussioner.

Vårdgarantin fungerar som ett tak i sammanhanget. Den kan motivera till att stärka väntetidens och väntelistors funktion som prestationsindikator så länge väntetiden är över eller strax under väntetidsgränsen. Utbudet blir därmed rörligare ovanför taket än under. Om brott mot garantin inte medför några konsekvenser som exempelvis böter, dåligt anseende, förlorat förtroende, etc. förlorar dock prestationsindikatorfunktionen i styrka. Vid ersättningssystem relaterade till utförda åtgärder förstärks troligen effekterna av garantin då dåligt anseende och förlorat förtroende slår hårdare mot vårdgivarna. För att kompensera för en eventuellt ökad

arbetsbörda i samband med att garantin ska uppfyllas finns det risk för omprioriteringar, förändrade behandlingsindikatorer samt försämrad kvalitet då läkarna kan tänkas ägna mindre tid för varje patient och minska antalet återbesök osv.

Det kan dock vara svårt att avgöra om förändrade behandlingsindikatorer samt remitterings-trösklar faktiskt är en effekt av vårdgarantier eller om det beror på att resurstillgången förändrats. Vid ett försämrat resursläge tenderar behandlingsindikatorer att bli snävare då vårdgivare förväntas anpassa sig efter de givna förutsättningarna. På motsvarande vis vidgas indikatorerna till följd av en resursökning. Vidare kan långa väntetider och väntelistor fungera som ett tecken på stockningar i patientströmningarna och kan därmed avskräcka läkare från att remittera patienter. På så vis kan långa väntetider fungera som en signal mellan kolleger så att allmänläkare minskar antalet remitteringar till sjukhus vilka har fler remissåtaganden än deras kapacitet tillåter.

Om vården arbetar efter strikta och väletablerade prioriteringsordningar och behandlingsindikatorer (finns dock så gott som alltid rum för vårdpersonalens egna tolkningar och manipulationer av dessa) kommer väntelistor och väntetider troligtvis att bli mer homogena mellan specialiteter vid olika sjukhus och områden. På så vis borde det bli lättare att se skillnader i kapacitetsanvändning och konkurrensfördelar vilket gör att hälso- och sjukvården lättare kan ges resursförstärkningar i de specifika fall där detta är motiverat. (Ger alltså utrymme för utbudsinriktade lösningar.) Det borde även bli lättare för patienter att jämföra vårdgivare och de kan således känna en större trygghet i att deras behov kommer att bedömas likartat oberoende av vilken vårdgivare de uppsöker. Det blir följaktligen billigare att byta vårdgivare då kostnader i samband med informationssökandet och oron som osäkerheten ger kan minskas. Ökad rörlighet ger patienter betydligt större valmöjligheter än vad de har idag. Efterfrågan på en enskild vårdåtgärd blir på så vis mer förändringsbenägen och incitamenten till effektiviseringar ökar till följd av den ökade konkurrensen mellan vårdgivarna. Detta gör, liksom den ökade transparensen gällande kapacitetsanvändning och konkurrensfördelar i produktionen att väntetider kan tolkas som en mer uppenbar fördelningsmekanism. Dessutom stärks tolkningen ytterligare av det faktum att utrymmet för läkarförorsakad efterfråga minskar då gråzonen för vad som anses vara bästa medicinska praxis krymper. Förändringar i efterfrågan och utbudet till följd av väntetidsförändringar kommer då att få en mer direkt och entydig förklaring.

Långa väntetider och väntelistor har fram till idag belönat snarare än bestraffat vårdgivare, vilket sannolikt har underminerat väntetidens tolkning som fördelningsmekanism. Dock har studier visat på att tolkningens förväntningar faktiskt uppfylls. Detta talar för tolkningen men med reservation för att den påvisade effekten kanske är ännu starkare än vad studierna visat då

resultaten säkerligen påverkats av utbudssidans incitament till läkarförorsakad efterfråga och försök till budgetmaximering med hjälp av väntetidsargument.

Det faktum att väntetider och väntelistor har fortlevt trots åtskilliga åtgärdsförsök talar för att väntelistor och väntetider tidigare har manipulerats för att motivera ökade resurskrav. En väntetidsgaranti kan istället ge incitament till att underskatta antalet väntande patienter. I den utsträckning som väntelistor och väntetider ses som ett politiskt snarare än ett hälso- och sjukvårdsrelaterat problem kan underskattning anses ganska lockande då målsättningen är att minska antalet rapporterade väntelistfall. För den hälsoekonomiska tolkningen ställer sådana underskattningar till problem då även skattningar av utbuds- och efterfrågeförändringar till följd av väntetider och väntelistor blir felaktiga.

Dessutom är det två ytterligare aspekter att betänka. För det första behöver inte långa väntetider och väntelistor nödvändigtvis vara ett tecken på problem vid just den klinik där problemen visat sig. Istället kan de t.ex. härledas till primärvården i de fall då allmänläkarmottagningar inte förmår avlasta sjukhusen. Problemen kan också uppstå då kommuner inte kan erbjuda färdigbehandlade patienter plats i omsorgen eller då det finns brister i resursutnyttjandet och samordningen inom sjukhusets organisation. För det andra är det viktigt att komma ihåg att det inte rör sig om en väntelista och en orsak. Det finns många olika typer av väntelistor och orsakerna till att dessa växer kan vara vitt skilda. Det rör sig oftast om relativt komplexa samband med många bidragande orsaker.

Det är därför avgörande för väntetidsproblematikens framtida utveckling att sjukhus och vårdgivare får incitament till att styra sin egen väntelista och väntetid istället för att använda dem som påtryckningsmedel vid budgetförhandlingar. Incitamenten kommer troligen att besvaras med förändrade behandlingsindikatorer så att behovsbegreppet omvärderas och/eller så kommer prioriteringar och praxis att anpassas till de nya förhållandena. Därför är det viktigt att incitamenten utformas med avseende på vad de har för konsekvenser för vilka vårdbehov som kommer att behandlas och när. I kombination med tydliga och väl förankrade behandlingsindikatorer och prioriteringsstrategier kan förutsättningar för vårdgarantins ambition skapas.

Dock är de olika väntetidstolkningarnas effekter och pragmatiska betydelse för väntetidsproblematiken i dagsläget tvetydiga. De olika väntetidstolkningarna uppvisar motverkande effekter och då det inte går att särskilja effekterna till följd av de olika tolkningarna försvagas dess pragmatiska betydelse. Situationen försvåras ytterligare då den nationella vårdgarantin förväntas påverka den relativa prioritet som tillskrivs patienter.

För att komma tillrätta med väntetidsproblematiken och skapa en mer heltäckande bild över dess verkningar uppmuntras vidare forskning på området. Det finns exempelvis en rad punkter som återstår att begrunda för framtida studier. Samtliga presenterade studier antar att preferenser är myopiska. Nästa steg vore att använda rationella förväntningsmodeller för att mer korrekt fånga hälso- och sjukvårdens förväntningar på väntetider och väntelistor. Vidare vore det intressant om en fullständigt dynamisk teoretisk modell togs fram för att studera skillnader i väntetidseffekter vid jämvikt och icke-jämviktssituationer. Databegränsningar har tidigare ofta styrt studiers utformning och perspektiv men den ökade datatillgängligheten kan säkerligen leda fram till studier som sträcker sig över längre tidsintervall för att på så vis fånga mer långtgående trender och minska känsligheten för tidsspecifika influenser. En mer fullständig modell borde ta hänsyn även till väntan i övriga delar i vårdkedjan och inte endast väntetiden från det att beslut om behandling eller operation fattas. Slutligen, det finns fler tänkbara variabler vars förklaringsgrad borde utredas. Exempelvis variabler relaterade till den privata vårdsektorn som privata hälsoförsäkringar och sjukhus konkurrenskraft. I takt med att datatillgängligheten förbättras och förfinas kan studieperspektiven säkerligen vidgas och ger mer nyanserade förklaringar till variationer i väntetider och väntelistor. Därmed kan vi sannolikt också förvänta oss mer långtgående och mer precisa väntetidstolkningar.

Litteraturförteckning

- Andersen, T.F. och Mooney, G., Eds., (1990), *The Challenges of Medical Practise Variation*, Macmillian, London
- ”Att vänta på vård. En analys av tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård”, (2003), Landstingsförbundet, EO Print, Stockholm
- Barlow, J. och Edwards, R.T., (1996), “Evaluating Quality and Equity Issues in the Management of Hospital Waiting Lists”, *Managing Virtual Enterprises IEMC*, 63-68
- Becker, G.S., (1991), “A Note on Restaurant Prices and Other Examples of Social Influence on Price”, *Journal of Political Economy*, 99, 1109-1116
- Blundell, R. och Windmeijer, F., (2000), “Identifying demand for health resources using waiting times information”, *Health Economics*, 9, 465-474
- Bowles, R., (1982), ”Delay as a Rationing Device”, *International Journal of Social Economics*, 9, 90-105
- Cooper, M.V., (1981), “A Survey of Methods for Pure Nonlinear Integer Programming”, *Management Science*, 27, 353-362
- Cullis, J.G., Jones, P.R., (1983), ”Inpatient waiting: a discussion and policy proposal”, *British Medical Journal*, 287, 1483-1486
- Culyer, A.J. och Cullis, J.G., (1976), “Some Economics of Hospital Waiting Lists in the NHS”, *Journal of Social Policy*, 5, 239-264
- Diener, A., O’Brian, B., Gafni, A., (1998), ”Health care contingent valuation: a review and classification of the literature”, *Health Economics*, 7, 313-326
- Edwards R. T., Boland, A., Wilkinson, C., Cohen, D., Williams, J., (2003), “Clinical and lay preferences for the explicit prioritisation of elective waiting lists: survey evidence from Wales”, *Health Policy*, 63, 229-237
- ”En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser”, (1999), Socialstyrelsen
- Farnworth, M.G., (2003), “A game theoretic model of the relationship between prices and waiting times”, *Journal of Health Economics*, 22, 47-60

- Frankel, S.J., (1989), "The natural history of waiting lists – some wider explanations for an unnecessary problem", *Health Trends*, 21:2, 56-58
- Frost, C.E.B. och Francis B.J., (1979), "Clinical decision-making: a study of general surgery within Trent RHA", *Social Science and Medicine*, 13A, 193-198
- "Fyra år med vårdgaranti – erfarenheter och effekter", (1997), Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:2, Stockholm
- "Förberedelser" = "Förberedelser för en utvidgad och reell vårdgaranti", (2005), Sveriges Kommuner och Landsting,
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4126&A=16042&FileID=76170&NAME=projektplan%5Ffrevid%5F11jan05.pdf> (2005-10-11)
- Gravelle, H., Dusheiko, M. och Sutton, M., (2002), "The demand for elective surgery in a public system: time and money prices in the UK National Health Service", *Journal of Health Economics*, 21, 423-449
- Gravelle, H., Smith, P. och Xavier, A., (2003), "Performance signals in the public sector: the case of health care", *Oxford Economic Papers*, 55, 81-103
- Goddard, J.A. och Tavakoli, M., (1998), "Referral rates and waiting lists: some empirical evidence", *Health Economics*, 7, 545-549
- Goldacre, M., Lee, A. och Don, B., (1987), "Waiting list statistics. 1. Relation between admissions from waiting list and length of waiting lists", *British Medical Journal*, 295, 1105-1108
- Hanning, M., (2005), Maximum Waiting-time Guarantee – a remedy to long waiting lists? Assessment of the Swedish Waiting-time Guarantee Policy 1992-1996, Ph.D. Thesis, Faculty of Medicine, 41, Uppsala University
- Hanning, M., (1996), "Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden", *Health policy*, 36, 17-35
- Henderson, J., Newton, J.N. och Goldacre, M., (1995), "Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding", *British Medical Journal*, 311, 783-785
- "Hälso- och sjukvården till 2030. Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt.", (2005), Sveriges Kommuner och Landsting
- "Hälso- och sjukvårdslagen: med kommentarer", Sahlin, J., (2000), Norstedts juridik, Stockholm
- Iversen, T., (2004), "The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients", *Journal of Health Economics*, 23, 673-694

- Iversen, T., (1993a), "A theory of hospital waiting lists", *Journal of Health Economics*, 12, 55-71
- Iversen, T., (1993b), An economic approach to hospital waiting lists, Ph.D. Thesis, University of Oslo
- Iversen, T. och Lurås, H., (2002), "Waiting Time as a Competitive Device: An Example from General Practice", *International Journal of health Care Finance and Economics*, 2, 189-204
- Iversen, T. och Lurås, H., (2000), "Economic motives and professional norms: the case of general medical practice", *Journal of Economic Behaviour & Organization*, 43, 447-470
- Jackson, N.W., Doogue, M.P. och Elliot, J.M., (1999), "Priority points and cardiac events while waiting for coronary bypass surgery", *Heart*, 81:4, 367-373
- Johansen, L., (1987), Collected works of Leif Johansen, Amsterdam, North-Holland, cop.
- Lindsay, C.M. och Feigenbaum, B., (1984), "Rationing by waiting lists", *American Economic Review*, 74:3, 404-417
- Martin, S. och Smith, P., (1999), "Rationing by waiting lists: an empirical investigation", *Journal of Public Economics*, 71, 141-164
- McGuire, T.G., (2000) "Physician agency", i Iversen, T., (2004), "The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients", *Journal of Health Economics*, 23, 673-694
- Mullen, P., (2003), "Prioritising waiting lists: how and why?", *European Journal of Operational Research*, 150, 32-45
- Neutze, F.M. och Haycock, D., (2000) "Prioritisation and cardiac events while waiting for coronary bypass surgery in New Zealand", *New Zealand Medical Journal*, 113:1105, 69-70
- Propper, C., (1995), "The Disutility of Time Spent on the United Kingdom's National Health Service Waiting Lists", *The Journal of Human Resources*, 30:4, 677-700
- Sanmartin, C., (2001), "Toward standard definitions of waiting timers", Western Canada Waiting List Project, Final Report
- Siciliani, L. och Hurst, J., (2003), "Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries", OECD Health Working Paper No. 7.
- SOU 2001:8, Socialdepartementet, (2001), Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, professionen och medborgare. Fritzes offentliga publikationer, Stockholm

SOU 1995:5, Socialdepartementet, (1995), Vårdens svåra val, Fritzes offentliga publikationer, Stockholm

Sreet, A. och Duckett, S., (1996), "Are waiting lists inevitable?", *Health Policy*, 36, 1-15

"Tillgängligheten i fokus. Uppföljningssystem för köer och väntetider i sjukvården", (1998), Landstingsförbundet

"Var vårdas patienten? En analys av patientströmmar mellan landstingen. Studie omfattande patientregistret 1998-2002", (2005), Socialstyrelsen

"Vårdgaranti05", Sveriges Kommuner och Landsting, webbsida, <http://www.skl.se/artikel.asp?C=3657&A=13616> (2005-10-11)

"Väntetider i vården", Sveriges Kommuner och Landsting, webbsida, http://sas.skl.se/vivprod/cgi/broker.exe?_service=viv_p&_program=viv_pgm.websida.sas&_ml=frameset.html (2005-10-11)

"Väntetider till allmänläkare – Åttonde nationella mätningen: Hösten 2005", (2005), Landstingsförbundet

Worthington, D.J., (1987), "Queuing Models for Hospital Waiting Lists", *The Journal of the Operational Research Society*, 38:5, 413-422

Yates, J., (1987), *Why are we waiting? Analysis of Hospital Waiting-lists*, Oxford University Press, Oxford

Zweifel, P. och Frech, H.E., Eds., (1992), *Health Economics Worldwide*, Vol. 1, Kluwer Academic Publishers

"Överenskommelse" = "Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården", (2005), Sveriges Kommuner och Landsting