

Frit sygehusvalg og ledelsesfunktionerne

Styring af sygehusvæsenet
på markedsvilkår

Af Flemming Nielsen

Resumé

Med indførelse af det frie sygehusvalg i 1992/93 ændredes sygehusvæsenets ledelsessituation markant. Fra at være et politisk ledet system med hovedvægten lagt på udgiftsstyring og sekundært på servicen over for borgerne skiftes nu over til et i realiteten markedsorienteret system med vægten lagt primært på servicen over for borgerne og sekundært på udgiftsstyringen.

Som udgangspunkt for ledelsessituationen redegøres der for de udviklingstendenser, som fører frem til beslutningen om det frie sygehusvalg.

En konsekvens af det frie valg er, at det politiske system på amtsniveau mister sin funktion og betydning – og dermed forsvinder det lokale folkestyre på sigt.

En anden konsekvens er, at udgiftsniveauet i sundhedssektoren stiger, når vi går fra en udgiftsstyring (som i 80'erne) over til en efterspørgselsstyring, d.v.s. at sundhedssektoren vil beslaglægge en stigende andel af bruttonationalproduktet.

En tredje konsekvens – og det var hovedformålet med indførelse af det frie sygehusvalg – er en bedre borgerbetjening og bedre service over for patienterne. Denne bedre service opnås ikke alene via det frie valg, men også i kraft af det øgede ressourceforbrug på området.

Den afgørende forskel er i realiteten det politiske systems muligheder for at fungere som et politisk system med alle dets styrker og svagheder. Her har man manglet en åben og fordomsfri diskussion – en diskussion som er svær og har forgreninger til hele vor demokratiopfattelse.

Sygehusvæsenets situation FØR frit sygehusvalg (1970-1980'erne)

En af baggrundene for kommunalreformen i 1970 var ønsket om at få etableret et funktionelt sammenhængende og samarbejdende sygehusvæsen med den virkning, at borgerne fik en bedre og billigere patientbehandling.

Bedre og billigere fordi den dyre konkurrence mellem amtssygehuset og bysygehuset eller mellem nabo-købstadssygehuse nu kunne – og skulle – erstattes af et samarbejde. Dette indebar, at der fx ikke skulle købes mangefold ind, men alene købes ind til de steder, hvor funktionerne blev placeret ud fra en politisk afvejning af fordele og ulemper. Derved fik man også et større og mere stabilt patientunderlag for de enkelte funktioner og dermed også en bedre kvalitet i patientbehandlingen.

Det enkelte amtsråd prioriterede, besluttede og tildelte ressourcer suverænt inden for eget amt. Amtsgrænserne fungerede som rimeligt tætte barrierer for evt. patientvandringer mellem amterne, bortset fra vandringer til de højt specialiserede sygehuse som Rigshospitalet, Århus Kommunehospital m.fl.

Ledelsesfunktionerne på *amtsniveau* var i denne situation karakteriseret ved administration i forholdsvis uændrede ydre omgivelser og økonomiske rammer. Men man så også en begyndende tilpasning til og udvikling hen mod ændrede omgivelser.

Dette skete ved planlægning og atter planlægning. Planlægningen blev nøgleordet i udbygningen af sygehusvæsenet med henblik på at kunne imødekomme befolkningens behov for sygehusedelser og lægernes øgede tilbud om behandling.

På *sygehusniveau* virkede kommunalreformen nok mere voldsomt. Den oplevedes som en centralisering (hvor den blev lanceret som en decentralisering). Dette skyldtes, at råderummet for det enkelte sygehus blev indskrænket, idet den reelle beslutningskompetence blev flyttet til amtsrådene. Samtidig oplevedes resultatet af planlægningen mange steder som et *fait accompli*, der blev trukket ned over hovedet på sygehuset.

Der blev også stillet krav til sygehusene om at løse bestemte opgaver inden for en given økonomi. Dette skete ved, at der mange steder blev lavet vejledende optageområder for det enkelte sygehus. Derved kunne man få afstemt forventet forbrug og planlagt kapacitet efter hinanden, ligesom man understøttede den planlagte arbejdsdeling mellem sygehusene. Ledelsesopgaven bestod primært i at administrere mest rationelt inden for disse relativt stabile omgivelser, hvor efterspørgslen var sikret.

Situationen ændredes imidlertid hen mod slutningen af 1970'erne. Amterne havde de fleste steder fået opbygget deres administrationer til professionelle og effektive enheder. Økonomien strammede til i takt ikke alene med at sygehusvæsenet samordnedes, men også voksede. Mange kompromiser blev nemlig opnået ved at gøre »kagen« større. Dette stillede nye krav til specielt ledelsen af sygehusene. Det var ikke nok at administrere. Der skulle nu også ledes. Ledelsen skulle være

ideskaber, proceskonsulent (hvis ordet var opfundet på det tidspunkt) og taktiker med henblik på at tilpasse og udvikle virksomheden til de ændrede omgivelser samt minimere omkostningsniveauet.

Udviklingen OP TIL FRIT sygehusvalg

Indledning

For at forstå de fulde konsekvenser af det frie sygehusvalg og den totalt ændrede ledelsessituation på såvel sygehus- som amt-niveau, er det efter min opfattelse nødvendigt at se på den udvikling inden for det lægelige og økonomiske område samt i samfundet generelt, der ubønhørligt førte frem til indførelsen af det frie sygehusvalg.

Den lægevidenskabelige udvikling

Den lægevidenskabelige udvikling accelererer: Fordoblingen i viden og muligheder sker på stadig kortere og kortere tid. Denne viden åbner nye og uanede muligheder, der alle efterspørges af befolkningen.

Tænk fx på hele transplantationsområdet.

Typisk for mange af de nye behandlingsmuligheder er, at disse personificeres, mens omkostningerne marginaliseres. I sin mest ekstreme form anbringes billedet af en patient på forsiden af formiddagspressen med velvalgte overskrifter samtidig med, at omkostningerne ved behandlingen af denne konkrete patient gøres negligeable. Ingen politiker kan stå imod, endsige rejse en principiel diskussion, om det nu er rimeligt at starte denne eller hin behandling eller gøre noget helt tredje. Konsekvensen er, at den lægevidenskabelige udvikling automatisk skaber sin egen efterspørgsel.

Den økonomiske udvikling

Den økonomiske udvikling har ingen ac-

celeration i sig – snarere tværtimod. Realøkonomisk er det et faktum, at aldersfordelingen i Danmark medfører en stigende behandlingsbyrde (flere ældre og dermed stigende behandlingsbehov) og faldende arbejdskraftmængde (antal og timer) til at varetage behandlingen. Dette skyldes ikke alene aldersfordelingen med relativt færre i de produktive aldersklasser, men også nedsættelse af arbejdstiden (fra 40 til 37 timer per uge). Konsekvensen er, at der bliver relativt færre ressourcer til at dække den stigende efterspørgsel, som den lægelige udvikling afstedkommer.

Den samfundsmæssige udvikling

I 1981 igangsatte Egmont Fonden et fremtidsstudie med det formål at få tilvejebragt en pejling af tendenser og sandsynlige problemer i det danske samfund frem mod år 2000. Den udkom i årene 1984-86 og er interessant læsning i dag.

De fleste af de træk, fremtidsstudiet forventede frem mod år 2000, er et faktum i dag. Det vil føre for vidt at gå dybt ind på alle områder, men her skal alene nævnes *tendensen* til **TINGSLIGGØRELSE**: Når man ud over at købe ting, også køber ydelser i form af nye reservedele (fx hofter, hjerter), børnepasning, ældreomsorg m.m., bliver disse ydelser tingsliggjorte og denne tingsliggørelse omfatter samtidig de mennesker, der varetager disse opgaver. Det, der i gamle dage var naturlig omsorg, er i dag en vare, der købes på linie med biler og rugbrød. Vi køber nye hofter og betaler med vor skat.

Fra aldersrentens indførelse i 1933 over folkepensionen i 1953 til bistandsloven i 1976 har den linie – som en officiel og almen accepteret politik – været indpodet i

befolkningen, at når man har betalt sin skat, har man også krav på ydelser fra det offentlige (folkepension – ens pension til alle, også A. P. Møller). Og skulle det gå galt, er det ikke »min« skyld – det offentlige træder til for at hjælpe (bistandsloven).

Tendensen understreges så sent som i 1993 med Finansministeriets redegørelse fra juni 1993 »Nyt syn på den offentlige sektor«, hvori slås fast, at Regeringen vil gøre hensynet til borgernes rettigheder til et bærende princip i fornyelsen af den offentlige sektor ved at give borgerne *ret* til fair behandling, *ret* til en ydelse inden for bestemte frister, *ret* til information, *ret* til valgfrihed, *ret* til at blive hørt, *ret* til let adgang.

Det er derfor indlysende, at vi får nye og ændrede værdinormer:

– Det er ikke længere positivt, at det offentlige bestemmer, hvor man skal behandles og hvordan. Folk ønsker selv at vælge mellem alternativer baseret på egne erfaringer.

– Folk stiller spørgsmål til behandlingsformerne. Ønsker selv at kunne vælge og fravælge behandlingsformer eller kræve nye undersøgelser og behandlinger indført.

– Der er en faldende autoritetstro over for lægeverdenen. Lægerne må selv etablere tillid og respekt.

– Den enkelte person opfatter sig selv som vigtigere end systemet og er villig til at sætte handling bag ønsker. finder sig ikke i begrænsninger, fx. ventetider.

Konflikt

De forbedrede behandlingsmuligheder ønskes naturligvis udnyttet fuldt ud af befolkningen. Befolkningen kræver dem – de har jo betalt for dem via de høje skatter

– og i øvrigt er det »deres ret«, jfr. tidligere.

Samtidig er den økonomiske situation skiftet for amtsrådene: Efter Schlüter-regeringen blev der af samfundsøkonomiske grunde foretaget en (relativ) kraftig beskæring af de økonomiske muligheder i amterne. Dette medførte en forøget vægt på prioriterings- og besparelsesopgaverne i de enkelte amtsråd.

Vi fik derfor et skift i ledelsesfunktionerne i 1980'erne: Nu var det ikke længere planlægningen, der var i højsæde. Nu domineredes styringen af de offentlige udgifter. Der kom årlige tilbagevendende sparerunder, rationaliseringstiltag og forslag til omstillinger. Alt sammen med det formål at få flere ydelser for relativ færre penge. Generelt satsedes der på decentralisering og øget vægt på ledelse. Der etableredes tværfaglige sygehus- og afdelingsledelser. Området søgtes indskrænket via privatisering (inden for serviceområder). Der fokuseredes på leder- og personaleudvikling samt øget anvendelse af teknologi. Alt sammen med det formål dels at få nedbragt omkostningerne og derved dels få styr (læs: nedgang) på de offentlige udgifter, dels imødekomme flest muligt af befolkningens behov.

Et overordnet resultat af denne udvikling blev imidlertid ventelister og utilfredshed i befolkningen over ventetider og over, hvad der opfattes som en dårlig service i sygehusvæsenet.

Det er en selvstændig diskussion, som jeg ikke skal komme ind på her, om det er den (for) stramme økonomi, der er skyld i ventelisterne og utilfredsheden, *eller* om det er amternes dårlige og mangelfulde ledelse – *eller* evt. en kombination af disse faktorer.

Sygehusvæsenets situation UNDER frit sygehusvalg

Amtsniveau

Midlet til at løse de stigende serviceproblemer med ventelister og utilfredshed bliver det frie(re) sygehusvalg.

Det frie sygehusvalg giver borgerne mulighed for selv at vælge, hvilket sygehus de vil undersøges og behandles på. Det er her forudsat, at der er et behandlingsbehov, som ikke er akut. Det er en lægelig beslutning, der afgør, om der er tale om et behandlingsbehov. Det frie valg gælder på 2 niveauer: Basisniveau og det højt specialiserede niveau (fx Rigshospitalet, Skejby). Valget af niveau kræver en lægebeslutning. Henvises man til basisniveau, kan man frit vælge mellem de fleste amtsygehuse. Sendes man herfra videre til højt specialiseret behandling, fx transplantation, kan man frit vælge mellem de højt specialiserede sygehuse, fx Århus (Skejby) og København (Rigshospitalet).

Når befolkningen får mulighed for selv at vælge deres behandlingssted, får de også mulighed for at fravælge. Konkurrencen er i fuld gang, og en særdeles vigtig konkurrenceparameter er servicen over for borgerne, både forstået som ventetid til behandling og som sygehusets »ry og omdømme« i almindelighed. Konkurrencen vil samtidig medføre pres på omkostningsreducerende forhold, hvilket yderligere gør midlet »fri konkurrence« til et (universal)mid- del, der kan løse alle problemer.

Men herved skifter ledelsesopgaven igen for amtsrådene. Principielt kan det ikke betale sig at fjerne funktioner eller spare for meget. Det gælder nemlig om at være på niveau med de øvrige amter i henseende til nye tilbud, thi man kommer til at betale for

egne patienter, uanset om de behandles i eget regi eller i anden amtskommune.

Sygehusniveau

På sygehusniveau er situationen frustrerende for sygehusledelserne. Vægten har hidtil ligget på øget effektivitet og bedre ressourceudnyttelse samt en defensiv politik. Nu skal den vendes rundt til en offensiv politik over for patienterne, således at disse (som minimum) kan fastholdes og allerhelst øges i antal på sygehuset (=succes). Men dertil kræves ressourcer. Omkostningssiden er ikke længere det eneste succeskriterium. Afsætningssiden er mindst lige så vigtig og af stigende betydning. Samtidig får man ikke de frihedsgrader fra amtsrådet, der skal til for at kunne leve op til den frie konkurrence.

Af samfundsøkonomiske grunde, herunder skattepolitiske grunde, ønsker Centralmagten ikke, at de amtslige skatter stiger. Derfor fortsætter de amtslige spare- runder, hvor hele ledelses- og administrationsapparatet er sat ind på at finde besparelser og nye måder at gøre tingene på. Dette går naturligt ud over de primære opgaver som undersøgelse, behandling og pleje samt ledelse, udvikling af personalet, styring af udviklingen. Samtidig inddrager amtsrådene mange steder helt eller delvist de indtægter, som sygehusene får for behandlingen af de udenamtslige fritvalgspatienter. Alt sammen fører det til, at der fortsat er ventelister og utilfredshed med (ledelsen af) sygehusvæsenet.

Udviklingslinier

Centralmagten synes, det går for langsomt med at få sat servicen over for patienterne i højsædet og få nedbragt ventelisterne.

Derfor indgår man i juni 1993 en aftale med Amtsrådsforeningen, hvorefter amtsrådene senest i forbindelse med budgettets vedtagelse skal have besluttet nogle servicemål, der bl.a. skal vedrøre:

- o Besked om, hvornår undersøgelse og behandling for ikke-akutte henviste patienter kan påbegyndes.
- o Hvor lang tid, der må gå fra henvisning til undersøgelse og/eller behandling kan påbegyndes.
- o Ventetider i ambulatorier, skadestuer m.m.
- o Kontakten til praktiserende læge i forbindelse med udskrivningen m.m.

Disse forhold bevirker, at der (i hvert fald i en periode) fokuseres på periferiydelserne og kun i mindre grad på kerneydelserne. De forudsættes at være i top. Dette svarer til, at vi vælger flyselskab efter fartplan og service om bord, når vi flyver, idet vi går ud fra, at vi når sikkert frem – at kvaliteten er i top. Set ud fra et fagligt synspunkt har det danske sygehusvæsen været karakteriseret af høj faglig kvalitet, som kan trues, hvis der prioriteres til fordel for perifere kvaliteter.

Nye funktioner og begreber i sygehusets daglige ledelse bliver salgs- og marketingfunktioner, kundepleje, motivation af personale, nedbrydning af faggrænser – kort sagt udvikling af virksomheden på dens egne og kundernes præmisser og ikke på et samfundsøkonomisk grundlag. Og heller ikke på et grundlag udstukket af amtsrådet med basis i den dér stedfundne prioritering mellem »asfalt på amtsvejene«, »særligt handicappede« og »gymnasieundervisningen«.

EFTER frit sygehusvalg

Diskussion af det frie valg

Det grundlæggende element i det frie sygehusvalg er »fodsåledemokratiet«. Det kaldes også EXIT og er defineret som eksistensen af muligheden for at vise sin utilfredshed med en bestemt institution ved at forlade den til fordel for en anden.

Ved at indføre frit sygehusvalg indføres grundlæggende en markedsmechanisme, der i henhold til teoribogen vil sikre en god service til en lav pris. Spørgsmålet er imidlertid:

- 1) Hvor langt holder teorien?
- 2) Hvad er konsekvenserne?

Ad 1).

Jeg vil ikke trætte læseren ved at gennemgå forudsætningerne for fuldkommen konkurrence i den rendyrkede økonomiske teori, men blot fremhæve tre væsentlige forudsætninger:

- * Der skal være fri til- og afgangsmulighed.
- * Der findes ikke en køber eller sælger, der er så stor, at denne kan påvirke (dominere) markedet.
- * Forbrugerne skal være fuldt informerede.

Ingen af forudsætningerne er opfyldte.

Forbrugerne – patienterne – er ikke fuldt informeret om de muligheder, de har for behandling de forskellige steder. I realiteten styres de af den praktiserende læge eller andre læger eller rygter om dette eller hint sygehus, overlæge osv.

Der findes producenter, der er så store, at de kan påvirke markedet, nemlig alle landsdelssygehusene. Disse har samtidig den fordel, at Centralmagten sikrer dem en monopolstilling på en lang række områder, d.v.s. der er ikke fri adgang til marke-

det. Som eksempel herpå kan nævnes hjertetransplantationsområdet, hvor den frie konkurrence blev stoppet af Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, således at Rigshospitalet blev sikret sit monopol.

Ad 2).

Billedet er imidlertid mere nuanceret end ovennævnte forudsætninger tilsiger.

Hvis den frie konkurrence får lov til at køre efter teorien, umuliggør det en langsigtet og samlet planlægning. Og der kan være mange fordele ved en langsigtet og samlet planlægning, dvs. det kan være hensigtsmæssigt at regulere konkurrencen: Hensynet til økonomien, hensynet til kvaliteten i patientbehandlingen (fastholdes via minimum patienttilgang).

Tilsvarende vil lukning af udkonkurrende sygehuse signalere en utilfredshed, uden at man præcis ved, hvad utilfredsheden går på. I praksis vil en afvanding på 10-20% af et sygehus' sædvanlige patientindtag medføre lukning. Men en lukning er forbundet med relativ store omkostninger, da det faste kapitalapparat er rimeligt stort inden for sygehusvæsenet.

Som et kuriosum kan nævnes, at ønsket om valgmulighed inden for sygehusvæsenet står i modsætning til ønsket om stabilitet inden for mange andre områder, fx klasselæreren, familielægen, ønsket om faste kontaktsygeplejersker og læger under indlæggelse m.m. Men vigtigst af alt er, at den overordnede politiske ledelse i bund og grund er fjernet. *Det er ikke længere muligt at sætte en politisk dagsorden i det enkelte amtsråd og på basis heraf udmelde en politik for amtet.* Fx. at man ikke vil behandle eller vil nedprioritere behandlingen af sygdomme, der er en følge af misbrug hos pa-

tienten selv (politik, der er udmeldt i Oregon, USA). Mindretallet af patienter vil altid kunne gå til naboamtet og få tilfredsstillet sine behov dér på hjemamtets regning. Amtsrådenes rolle som policy-maker udvandes. Forskere ved bl.a. RUC fremhæver, at vi herved får en udhuling af folkestyret, af selve demokratiet.

Samtidig med at Centralmagten lægger op til fri konkurrence, gør den, hvad den kan for at regulere konkurrence. jfr. tidligere.

Ledelsessituationen

Råderummet for lokale politiske diskussioner og prioriteringer er efterhånden, som nævnt ovenfor, indsnævret ganske betydeligt. Dette indebærer, at ledelsesfunktionerne skifter. Nu er det det amtslige niveau, der må søge at tilpasse sig de ude fra givne rammer, mens man på sygehusniveau principielt burde omstille hele ledelsessystemet fra et offentlig politisk ledet system med rammestyrt til et markedsorienteret system med frie indtægter.

Når omstillingen på sygehusniveau ikke er sket, skyldes det, at sidste forudsætning – om de frie indtægter – endnu ikke er sluppet løs. Vi lever stadig i et reguleret system for så vidt angår økonomien, dvs. med begrænsede rammer. Da ventelister ikke udrykkes med begrænsede rammer, vil de begrænsede rammer betyde borgeroprør, da borgerne jo har ret til behandling, ret til information, ret til valgfrihed osv. jfr. tidligere. Der er her to løsningsmuligheder, der begge er bragt i anvendelse af Centralmagten. Den ene omhandler indtægtsiden og den anden udgiftssiden.

Centralmagten har ved lov gennemført mulighed for forsøg, hvorefter pengene følger patienten. Dvs. når patienten i hen-

hold til de frie sygehusvalg vælger et bestemt sygehus, skal det pågældende sygehus have betaling for behandlingen af patientens bopælsamt og sygehusets ejeramt må ikke tage denne indtægt fra sygehuset. Aktuelt gælder ordningen forsøgsvis fra 1. april 1995 for patienter, der skal opereres for discusprolaps og knæledsudskiftning.

Anden løsningsmulighed var udgiftsreduktion eller flere ydelser for samme ressourcemængde. Dette kan ske ved strukturrationaliseringer mellem de enkelte sygehuskommuner. Men dette kræver, at den politiske ledelse sættes ud af spillet. Det er det, der er sket med dannelsen af HS (Hovedstadens Sygehusfællesskab). Centralmagten kunne have valgt at danne et »rigtigt« amt. Men dette ville gøre strukturrationaliseringer sværere, fordi disse ville være undergivet et direkte politisk spil med alle dets mange facetter. Nu skjules strukturrationaliseringen i et selskab, hvor beslutningerne træffes på »forretningsmæssig« basis, hvorved de alt andet lige bliver lettere at gennemføre.

Afslutning

Hele denne beskrevne udvikling rejser grundlæggende spørgsmålet, om ledelsen på det overordnede politiske niveau kan håndtere de krav til effektiv ressourceudnyttelse, som den almindelige samfundsudvikling medfører og kræver.

Med de valgte løsninger har vi dels sat den politiske dagsorden ud af kraft, dels bevæget os fra et udbudsstyret system over til et efterspørgselsstyret system, som samfundsøkonomisk vil anvende flere ressourcer på behandling end vi bruger i dag.

I bund og grund drejer det sig om den klassiske MÅL-MIDDEL-KONFLIKT,

dvs. uoverensstemmelsen i forholdet mellem det, vi ønsker os og de midler, vi har til rådighed. Men vi tager heller ikke diskussionen om målene – hverken om demokratiopfattelsen eller om sundhedsopfattelsen – den opfattes nok som *for vanskelig*...

Summary

The introduction of the freedom of choice over hospitals in 1992/93 drastically changed the management situation there. From being a politically controlled system with primary attention to cost control and secondary attention to service to the citizens, a market-oriented system is now introduced with primary emphasis on the service to the citizens and secondary emphasis on cost control. As point of departure of the management situation the development trends are discussed which lead to the decision of the free choice over hospitals. A consequence of this free choice is that the political system at county level loses its function and importance, thereby eliminating local government eventually. A second consequence is that the cost level in the health sector rises when supply management (as in the 80s) is replaced by demand management, i.e. when the health sector preempts an increasing proportion of the GNP. A third consequence, and that was the rationale for introducing the free choice over hospitals, is a better service to the citizen and better service to the patients. This improved service is not obtained solely through a free choice but also by virtue of the increased consumption of resources in that area. In reality, the decisive difference is the potential of the political system to function as a political system with all its inherent strengths and weaknesses. Here an open and unbiased discussion has been absent; a discussion that is complex and has ramifications of our entire concept of democracy.